SANITÀ NOTIZIE

PERIODICO TRIMESTRALE D'INFORMAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 SAVONESE
Anno IV - N. 1 - Marzo 2003 - Aut. tribunale di Savona n. 919 del 28.03.2000 - Sped. in abb. postale Art. 2 comma 20/c L. 662/96 - Fil. di Savona

All'U.O. Medicina 2 del "S. Paolo" a Savona una video capsula da 500 euro per esplorare bene l'intestino tenue

Savona è all'avanguardia in Italia

(Articolo di Giorgio Menardo a pagina 3)

Ristorante "S. Paolo" Scegliere fra diversi menù pensando al cuore

Il servizio deriva da un accordo fra A.S.L. n. 2 del Savonese e Istituto alberghiero di Celle che prepara anche i dolci per i bimbi ospiti a pediatria e chirurgia pediatrica

(Articolo di Ubaldo Fracassi a pagina 2)

A Urologia pediatrica

Oltre cinquecento interventi di correzione dell'ipospadia da parte di un'equipe savonese aggiornata in aiuto dei bambini

(Articolo di Giuseppe Romagnoli e Fabio Faranda a pagina 6)

Un aiuto insperato per gli esami endoscopici dell'intestino tenue è arrivato da una ditta di Israele che ha messo in commercio un sistema rivoluzionario costituito da una capsula delle dimensioni di cm. 2,7 x 1,1 che viene deglutita dal paziente e non è più ovviamente recuperabile.
Dotata di due sorgenti di luce e di una videocamera, invia ad un computer 50mila immagini della parte finora inaccessibile dell'intestino tenue: otto metri di percorso fra il duodeno e il colon. Il "S. Paolo" è fra i primi 25 in Italia a dotarsi di questa tecnica.

Pazienti a pranzo nella sala di Cardiologia.

GLI ARTICOLI ALL'INTERNO

- Chirurgia della mano: scambi scientifici con le Università di Genova e Pavia 5
- L'obbligo del consenso all'atto medico 8
- Come aiutare i bambini ad un corretto linguaggio .10
- Novità positive nell'accoglienza al Pronto Soccorso del "S. Paolo" 12
- Invito allo "sballo test" rivolto ai giovani discotecari 14
- 2001: bilancio consuntivo con i fiocchi quello della nostra A.S.L. 16
- Le modalità per la fornitura gratuita dei prodotti sanitari 19
- Lavori edilizi in corso sul territorio dell'A.S.L. n. 2 Savonese 20
- Ospedale di Albenga: valutazioni positive dopo un anno di direzione gestionale 22
- L'impegno della nostra A.S.L. in difesa dei bambini brasiliani 24
- L'esperienza in un ospedale africano dell'Uganda 26
- Note di storia del vecchio "S. Paolo" 27

- I Convegni:
  - "Gestione del paziente con epilessia" 4
  - "La medicina palliativa e la valorizzazione del rapporto medico-paziente" 13

AI LETTORI

A causa delle nuove norme che disciplinano i costi di spedizione postale, "Sanità Notizie" verrà distribuita prevalentemente presso le Unità Operative dei dipendenti dell'A.S.L. n. 2 del Savonese, gli Studi di medicina generale e dei pediatri e le Farmacie di tutta la provincia di Savona.

Collaborazione tra il "S. Paolo" di Savona e l'Istituto alberghiero di Celle

A pranzo e a cena facendo prevenzione cardiovascolare con il consiglio dei medici

I pazienti ospedalizzati compiono le loro scelte gastronomiche su un menù prestabilito a costo invariato

Ubaldo Fracassi
Direttore generale dell'A.S.L. n. 2 del Savonese

Il Direttore Generale U. Fracassi, il Direttore Gestionale R. Bellasio e l'assessore provinciale D. Ramello.

In primo piano, Massimo Parodi, Presidente Unione provinciale Albergatori.

Le dietiste Laura Starnini e Laura Ebli. Sopra: docenti e studenti dell'Istituto di Celle.

Prestazioni mediche qualificate ma anche una ottima situazione alberghiera con grossa attenzione alla qualità di vita dei pazienti ricoverati: il binomio vincente dell'ospedale pubblico del futuro.

Dall'11 marzo 2003 la Scuola Alberghiera di Celle Ligure ha iniziato ad occuparsi della "ristorazione" degli ammalati ricoverati nella **Cardiologia** dell'Ospedale San Paolo di SAvona. Primo caso in Italia di questa qualificata collaborazione.

Tale iniziativa, *il cui costo per singolo pasto non supera quello che attualmente l'ASL 2 stanzia per i pazienti ricoverati*, prevede una fase iniziale di 6 mesi così articolata:

i ragazzi dell'alberghiero servono (*con la loro divisa*), a pranzo e a cena, le pietanze scelte dai pazienti su un menù prestabilito;

i medici ella cardiologia, coadiuvati dalle dietiste della ASL 2, insegnano come fare prevenzione cardiovascolare con il cibo. A tal proposito sono previste alcune ore di insegnamento presso la Scuola Alberghiera;

i ragazzi preparano nei giorni festivi o in occasioni di compleanni e onomastici dolci per i bambini ricoverati in **pediatria** e **chirurgia pediatrica**;

è previsto inoltre che durante questa esperienza, la collaborazione tra i cardiologi e gli allievi dell'alberghiero, si concretizzi con la pubblicazione di specifiche ricette per il "cuore". In pratica, nel rispetto della competenza e creatività, i ragazzi dell'alberghiero coadiuvati da Chef professionisti, creano e servono pasti sia dietetici che a basso contenuto di grassi, applicando tutti gli insegnamenti utili per prevenire le malattie cardiovascolari.

Tale iniziativa, insegna inoltre ai pazienti ricoverati che si può mangiare bene seguendo delle regole dietetiche per prevenire le malattie di cuore.

Dal punto di vista didattico i ragazzi della scuola imparano a cucinare in maniera finalizzata alla prevenzione del rischio cardiovascolare, sia dei soggetti ad alto rischio, sia per quelli già colpiti da infarto o angina pectoris. Tale esperienza prevede un arricchimento dal punto di vista umano - per il contatto con persone che soffrono - e da quello professionale perché potranno applicare queste conoscenze nei ristoranti in cui andranno a lavorare, fornendo un servizio diversificato ed altamente qualificato per i numerosi pazienti che soffrono di malattie cardiovascolari.

Effettuare esperienze di formazione all'interno di un reparto ospedaliero che, purtroppo, ha come connotazione preminente quella legata al disagio e alla sofferenza, rappresenta inoltre un momento di presa di coscienza e di riflessione sui valori della vita quotidiana e sull'importanza della solidarietà contribuendo, più di tanta attività didattica, alla crescita umana e sociale deglia llievi e dei formatori come professionisti e come esseri umani.

Tale iniziativa è stata portata a termine grazie alla stretta collaborazione tra l'ASL 2 Savonese nella persona del primario dott. P. Bellotti, Direttore della U.O. Cardiologia, ed il Presidente dell'Unione provinciale Albergatori di Savona M. Parodi, i Direttore dell'Unione Industriali dott. L. Pasquale ed il Direttore del Centro di Formazione Turistico Alberghiera "Miretti" di Celle Ligure, Prof. Giuseppe Vallerga.

A PRANZO

Pasta alla crudaiola
(pasta, olio crudo, pomodoro, basilico, aglio, peperoncino)
Pasta alla boscaiola
(pasta, funghi, pomodoro, aglio, prezzemolo, olio)
Consommè con pastina - per UTIC
Pomodori ripieni di riso
(pomodori, riso, aglio, basilico, dadolata di verdure)
Involtini di maiale magro all'ortolana
(maiale magro, pomodoro fresco, salvia)
Alici gratinate
Zucchine ripiene
(zucchine ripiene, cotte al forno, con vellutata di pomodoro al basilico)
Frutta cotta - per UTIC

A CENA

Pasta con melanzane
(pasta, olio extravergine, melanzane, basilico, aglio)
Pasta con calamari
(calamari, salvia, aglio, peperoncino, scorza di limone, olio extravergine)
Crema di asparagi - per UTIC
Carpaccio di tacchino con salsa al radicchio rosso
Filetti di merlano all'acqua pazza
(filetti di pesce, pomodoro, aglio, basilico, olio, peperoncino)
Ricotta con maggiorana, insalatina di campo e noci
Frutta cotta - per UTIC

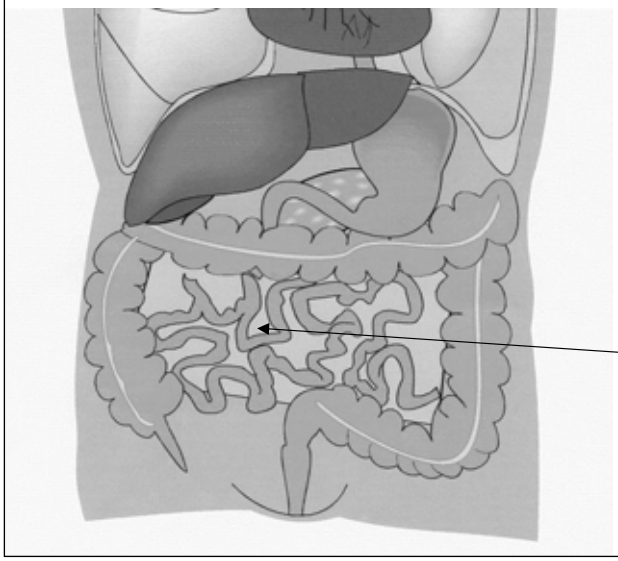
Un sistema rivoluzionario per l'endoscopia senza tubi

Con la videocapsula ora è possibile esplorare gli otto metri di intestino tenue che vanno dal duodeno al colon

Giorgio Menardo
Direttore U.O. Medicina II – Ospedale "S. Paolo" di Savona

Il progresso della gastroenterologia, cioè di quella parte della medicina interna che si occupa delle malattie dell'apparato digerente è stato scandito dalle tappe della endoscopia digestiva.
Fino a tutti gli anni 60 la esplorazione endoscopica si limitava alla rettoscopia effettuata con un tubo di metallo che permetteva nei casi più fortunati di "vedere" gli ultimi 30 cm dell'intestino ed all'esofagoscopio rigido che consentiva di esplorare l'esofago ma solo in anestesia generale e quasi esclusivamente per rimuovere corpi estranei.
I fibroscopi flessibili entrarono nella pratica clinica nei primi anni 70 rendendo possibile l'eplorazione di esofago, stomaco e duodeno dall'alto , mentre dal basso con i colonscopi flessibili fummo in grado di esplorare tutto il colon per una lunghezza di circa 2 metri.
Migliorando gli apparecchi l'endoscopia digestiva da diagnostica divenne anche operativa, con la possibilità di fare biopsie, cioè prendere piccoli pezzi di tessuto da studiare al microscopio , e di fermare la maggior parte delle emorragie iniettando nelle vene sanguinati agenti sclerosanti, o legando i vasi, in seguito si passò al trattamento delle ulcere sanguinanti sempre iniettando sostanze in grado di fermare le emorragie. In endoscopia si possono asportare i polipi, realizzando la profilassi dei tumori del colon, e si possono raggiungere anche le vie biliari ed operare sul coledoco estraendo calcoli, introducendo protesi per risolvere l'ittero.
Nonostante questi formidabili progressi degli ultimi trent'anni rimanevano però inesplorabili endoscopicamente circa gli 8 metri di intestino tenue che vanno dal duodeno al colon e che sono sede di varie patologie studiabili fino a due anni fa solo mediante radiografie con pasto di bario.
Per colmare questa lacuna una ditta israeliana ha messo a punto, dopo molti studi, un sistema rivoluzionario: una capsula delle dimensioni di mm 27 x 11 (come una pillola di antibiotico) contiene al suo interno: due sorgenti di luce per illuminare la scena da riprendere, una telecamera, che scatta due fotogrammi al secondo,una radio che trasmette queste immagini all'esterno e due batterie per alimentare le sorgenti di luce, la telecamera e la radio per un periodi di 8 ore.
Sul corpo del paziente vengono posizionati dei sensori (molto simili agli elettrodi dell'elettrocardiogramma) che captano i segnali trasmessi dalla radio della capsula e li convogliano ad un registratore appeso alla cintura del paziente.
Durante il suo viaggio all'interno dell'intestino la capsula riprende 50.000 immagini che vengono trasmesse al registratore esterno quindi, finito l'esame, riversate su un computer, sul quale il medico vedrà poi un film di circa due ore individuando le eventuali patologie presenti.Durante l'esame, che si svolge ambulatorialmente, senza bisogno di ricovero, il paziente può passeggiare andare in auto, mangiare, fare cioè tutto quello che farebbe normalmente se non stesse eseguendo l'esame.
Lo studio dell'intestino tenue con la video capsula è indicato :
-nei sanguinamenti occulti
-nella angiodisplasia, cioè quando sono presenti malformazioni dei vasi che sanguinano nell'intestino.
-nella malattia celiaca
-nei malassorbimenti di altra origine
-nei polipi e nei tumori del tenue.
-nella malattia di Crohn
L'uso della video capsula ha delle controindicazioni e non deve essere usata:
-se ci sono stenosi, cioè restringimenti intestinali perché potrebbe bloccarsi a livello della strettoia e richiedere un intervento chirurgico per recuperarla,
- nei portatori di pacemaker cardiaci,
- nelle gravide,
- nei diabetici.

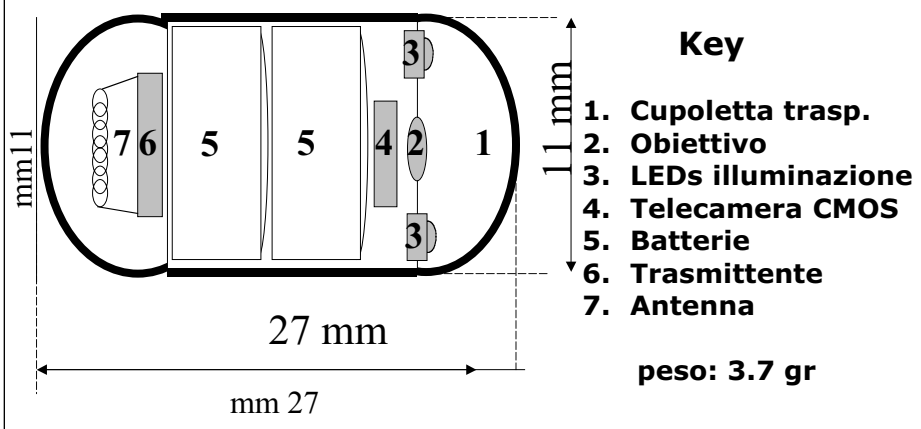
Apparato Gastroenterico



La capsula ha dei limiti: non sostituisce, almeno per ora, né la gastroscopia né la colonscopia e non consente, sempre per ora, di fare prelievi bioptici.
Prima di far ingerire la capsula ad un paziente è necessario escludere ostruzioni al transito è quindi necessario far eseguire uno studio radiologico con bario dell'intestino tenue, secondo alcunee line guida americane sarebbe anche sufficiente una ecografia delle anse intestinali senza studio radiolo-

gico con bario.
Rispetto a tutti gli altri sistemi questo è il primo esame endoscopico che può essere fatto senza introdurre tubi, cavi elettrici, fibre ottiche all'interno del paziente, ma che procede con la peristalsi, come il cibo, in maniera estremamente naturale.
Il costo di una capsula (monouso) è di circa 500 euro ai quali si aggiungono i costi per l'ammortamento della restante attrezzatura che costa circa 35.000 euro (i costi sono a totale carico dell'ASL e per il momento non vi è ticket non essendo ancora stato stabilito dalle autorità sanitarie centrali).
Il nostro ospedale ha acquistato questa apparecchiatura circa un anno fa ed ed è stato tra i primi 25 a dotarsene in Italia, mettendo i Savonesi in grado di usufruire tempestivamente di uno degli strumenti diagnostici più avanzati esistenti al mondo.

Composizione schematica della capsula M2A™



Programma

08.30
Registrazione dei partecipanti e pre Test;
09.00-09.30
Saluto ai partecipanti da parte del Direttore generale dell'ASL 2 Savonese e del Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Savona;
Introduzione al Convegno.
A. Leonardi (Savona)

09.30-11.00
L'età Pediatrica
Moderatori
S. Francione (Milano),
A. Ferrari (Savona);
Convulsioni febbrili e non.
N. Villeneuve (Marsiglia);
Epilessie parziali idiopatiche a punte centro-temporali.
C. Dravet (Marsiglia);
Aspetti medico-sociali nell'adolescente con epilessia.
G. Daquin (Marsiglia);
Epilessia e Malattie Metaboliche.
E. Veneselli (Genova).

11.00-11.30
Coffee Break

11.30-13.00
L'età adulta
Moderatori
C. Dravet (Marsiglia),
E. Veneselli (Genova);
Epilessia nelle Malattie Internistiche.
A. Primavera (Genova);
Epilessia e maternità.
G. Regesta (Genova);
Epilessia e Depressione.
C. Albano (Genova);
Epilessia ed età senile.
M. Manzino (Genova).

AZIENDA SANITARIA LOCALE 2 SAVONESE

DIVISIONE
DI NEUROLOGIA

GESTIONE DEL PAZIENTE CON EPILESSIA

approccio
medico e chirurgico

convegno accreditato
E.C.M.

Organizzato
dalla U.O. di Neurologia
Ospedale "S.Paolo"
Asl 2 Savonese

12 Aprile 2003
Sala della Sibilla
Fortezza del Priamar
Savona

Con il patrocinio di:
S.I.N.
S.N.O.
L.I.C.E. Sezione Liguria
Ordine dei Medici
della Provincia di Savona

13.00-14.30
Colazione di lavoro

14.30-16.00
Il Paziente Farmacoresistente
Moderatori
G. Regesta (Genova);
A. Leonardi (Genova);
Meccanismi di farmacoresistenza.
A. Seitun (Genova);
Indicazioni alla Chirurgia: metodi, strategie, risultati.
S. Francione (Milano);
Neuroimaging nei pazienti con epilessia.
P. Vitali (Genova),
E. Maccagnano (Milano);
Paziente non operabile.
P. Tanganelli (Genova).

16.00-16.30
Coffee Break

16.30-18.15
Tavola Rotonda organizzata dalla L.I.C.E. per discussione di casi clinici problematici.
Organizzatore e moderatore,
R. Gaggero (Genova).

18.15-18.30
Test di valutazione e chiusura del convegno

Informazioni
Il corso è gratuito. Per ragioni organizzative è necessario confermare la propria partecipazione entro il 15 marzo 2003 mediante e-mail o fax alla segreteria.

Segreteria scientifica
A. Ferrari, Ospedale San Paolo
A. Leonardi, U.O. Neurologia
M. Manzino, tel. 019.8404 282
fax 019. 8404 961
e-mail: neu.sv@asl2.sv.it

Intensi scambi scientifici con Genova e Pavia

Al dott. M.I. Rossello l'Università ligure ha conferito la Docenza in Traumatologia della mano presso il Dipartimento di Scienze motorie. In preparazione il 22° Corso propedeutico di chirurgia e riabilitazione della mano.

Giampiero Storti

L'anno 2003 si apre con un nuovo e più stretto rapporto tra il Centro Regionale di Chirurgia della mano del nostro Ospedale e le strutture Universitarie. Il Dott. M.I. Rossello ha infatti ricevuto dall'Università di Genova l'incarico di Docenza in Traumatologia della mano presso il Dipartimento di Scienze Motorie, diretto dal Prof. Franchin, di recente subentrato al Prof. Francesco Pipino. Il primo atto di collaborazione con l'Università di Genova si è concretizzato con una convenzione grazie alla quale i medici specializzandi in Ortopedia e in Chirurgia Plastica potranno usufruire dell'esperienza e delle strutture del Centro di Savona per affinare le proprie conoscenze in materia di Chirurgia della mano; uguale convenzione è in via di rinnovamento con la Cattedra di Ortopedia dell'Università di Pavia, storicamente legata al Centro savonese fin dagli anni '60, quando il compianto Prof. Aldo Scalfi venne chiamato a dirigere la Divisione di Chirurgia del nostro Ospedale.

I primi frutti di questo rapporto si sono già raccolti: la Dott.ssa Stefania Briano, specializzanda della Scuola di Ortopedia dell'Università di Genova, ha vinto una Borsa di studio indetta per l'anno 2003 dalla Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia per un lavoro di ricerca su *"I risultati a lungo termine nei reimpianti di segmenti di arto superiore"*, elaborato in base alla casistica del Centro savonese; inviato dalla Scuola di specialità in Chirurgia plastica frequenta ora il reparto il Dott. Alessandro Gualdi, appena rientrato da uno stage di un anno presso l'Istituto di Chirurgia plastica dell'Università di Helsinki; inoltre è in arrivo dall'Università di Pavia la Dott.ssa Spingardi, specializzanda in Ortopedia, non appena avrà terminato uno stage semestrale presso il prestigioso "Institut française de Chirurgie de la main" di Parigi diretto dal Prof. Alain Gilbert, con il quale, grazie all'opera del Prof. Gianni Camera e della Dott.ssa Margherita Costa, coadiuvati dal Prof. Renzo Mantero e dal neo Prof. Mario Igor Rossello, il Centro savonese collabora per la stesura di un testo in lingua inglese sulle malformazioni congenite della mano di prossima pubblicazione.

Nel mese di giugno, inoltre, si svolgerà il tradizionale Corso Propedeutico di Chirurgia della Mano, giunto ormai alla 22° edizione, che vedrà come sempre coinvolta l'Università di Genova e la Società Italiana di Chirurgia della Mano. Il Corso, presieduto dal Prof. Franchin, diretto dal Prof. Mantero insieme con il Prof. Rossello e coordinato dal Dott. Giovanni Priano, avrà inizio domenica 8 con la consueta giornata inaugurale al Palazzo della Sibilla, sul Priamar, per proseguire fino a sabato 14 con le lezioni teorico-pratiche destinate ai medici e ai fisioterapisti ai primi approcci con la disciplina.

Il Corso si avvarrà come sempre della presenza, in qualità di docenti, di prestigiose figure del mondo della chirurgia della mano come Dominique Thomas, di Grenoble, caposcuola dei terapisti della mano francesi. Già numerose sono le adesioni al Corso, che nella passata edizione raggiunse il record storico di 108 iscritti e per il quale il Ministero della salute riconobbe ben 39 crediti formativi.

Nella foto, M.I. Rossello.

Al "S. Paolo" oltre 500 interventi su questa patologia

Per correggere le malformazioni congenite dell'uretra dei bambini è bene intervenire nei primi dodici mesi dalla nascita

Il programma di trattamento preventivo personalizzato dell'ambulatorio di urologia pediatrica di Savona

Giuseppe Romagnoli
Direttore U.O. Chirurgia, Urologia ed Andrologia Pediatrica
Ospedale "San Paolo" – Savona

Fabio Faranda
Dirigente Medico U.O. Chirurgia, Urologia ed Andrologia Pediatrica
Ospedale "San Paolo" - Savona

Si definisce ipospadia lo sbocco anomalo del meato uretrale in un punto qualsiasi del rafe penieno, dalla fossetta navicolare al perineo. Più il meato è prossimale, più è probabile trovare una "recurvatio" ventrale che può interessare tutto il pene o parte di esso.
La classificazione dell'ipospadia è basata sulla posizione del meato, ma vedremo che non sempre questo è vero, perché, se è presente una "recurvatio", la sua correzione può far si che il meato si venga a trovare in posizione più prossimale, così come un'uretra sottile, membranosa, può dover essere aperta fino a trovare un tessuto sano, circondato dal suo corpo spongioso, e anche in questo caso un'ipospadia apparentemente distale può richiedere la ricostruzione di un tratto molto lungo.
Una classificazione più generale riconosce tre tipi fondamentali: anteriori,medie e posteriori. Ciascuna a sua volta può essere suddivisa in vari tipi a seconda dei rapporti anatomici con le strutture contigue (Foto 1).
L'incidenza è molto alta, ed è stata calcolata in 1 su 200 – 300 nati vivi. La frequenza diminuisce proporzionalmente dalle forme più distali a quelle prossimali, passando dal 50% delle anteriori al 20% delle posteriori, mentre è proporzionale alla gravità della lesione la frequenza delle malformazioni associate; le più comuni sono il testicolo ritenuto e l'ernia inguinale.
Se sono presenti anomalie associate come l'ano imperforato o il mielomeningocele è indicato uno screening urologico, in quanto l'incidenza di malformazioni urinarie in questi casi è molto elevata.
Nelle forme gravi di ipospadia associate a criptorchidismo deve inoltre essere esclusa la possibilità di uno stato intersessuale come la sindrome adreno-genitale,la disgenesia gonadica mista, lo pseudoermafroditismo maschile e l'ermafroditismo.
Dal punto di vista anatomico è caratteristico l'aspetto a mantello del prepuzio (Foto 2), a causa della mancata fusione ventrale, tranne che nella rara variante con megameato a prepuzio intatto, in cui la malformazione diviene evidente solo dopo la retrazione del prepuzio.

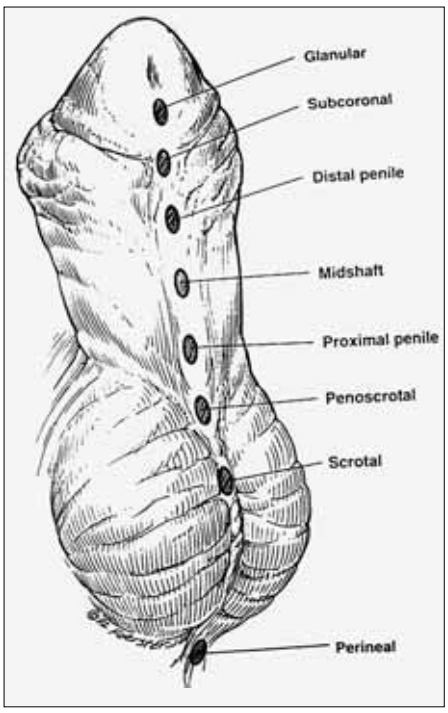


Foto 1

L'incurvamento cui si è fatto cenno è un'entità ancora non ben compresa dal punto di vista eziopatogenetico, e può essere dovuto a tessuto fibroso (chordee), a disproporzione corporo-cavernosa, a brevità del piatto uretrale. Anche la sua correzione deve pertanto individuarne la causa, il che avviene sempre intraoperatoriamente, dopo aver liberato i tessuti ed effettuato un test di erezione. Il meato uretrale appare talvolta puntiforme e stenotico, e questo può richiedere un intervento precoce di meatoplastica per allargare l'orifizio e permettere un mitto senza ostacoli.
Il trattamento chirurgico dell'ipospadia è una sfida notevole a causa della difficoltà di scelta dell'intervento ottimale e del comunque elevato numero di complicanze a tutt'oggi segnalate nelle varie casistiche della letteratura mondiale. Sono state descritte più di 200 tecniche chirurgiche diverse, il che la dice lunga sulla non ottimale efficacia di ciascuna di esse. E' importante quindi aver dimestichezza con un certo numero di queste, in modo da utilizzare quella ottimale per ciascun tipo di ipospadia da trattare, e ottenere quindi da ciascuna i migliori risultati. Quello che è certo è che non esiste una sola tecnica sicura che possa essere applicata in tutti i casi.
Per quanto riguarda l'età in cui effettuare l'intervento abbiamo osservato che mediamente il periodo ottimale è intorno all'anno di vita, anche se la situazione anatomica o problemi associati possono far slittare l'epoca dell'intervento.
E' in tutti i casi auspicabile risolvere il problema prima che il bambino inizi ad avere una vita di relazione e

di socializzazione , per evitare i problemi psicologici che questa patologia implica e per cui vengono trattate anche le forme più lievi, che altrimenti non comporterebbero problemi di ordine funzionale. Nella valutazione dei tempi vanno tenuti in considerazione anche quelli legati al trattamento delle eventuali possibili complicanze, che generalmente si attuano ad almeno sei mesi di distanza dall'intervento principale.

U.O. DI CHIRURGIA E UROLOGIA PEDIATRICA
OSPEDALE SAN PAOLO – SAVONA

Direttore: ***Prof. G. ROMAGNOLI***

Dirigenti Medici: ***Dr. F. FARANDA***
Dr. V. BARBIERI
Dr. G. SICIGNANO
Dr. A. LANGONE

Caposala: ***Sig.ra A. TRAVERSO***

Segreteria: ***Sig.ra M. FERRARO***

Telefono: 0198404900 *E-mail: chped-sv@asl2.sv.it*
Fax: 0198404902 *savona44@interfree.it*

Le tecniche chirurgiche possono essere effettuate in uno o due tempi, riservando questi ultimi alle forme molto gravi o ai reinterventi nei casi di deiscenza completa o dopo ripetuti interventi.

I tessuti utilizzati per confezionare la neouretra possono essere quelli locali, tubulizzando il piatto uretrale come nell'intervento di Snodgrass, ribaltando un lembo di cute a base parameatale come nell'intervento di Mathieu, utilizzando il foglietto interno del prepuzio per ricavare un lembo peduncolato che viene ruotato anteriormente e applicato come "on lay" o tubulizzato, come proposto da Duckett, oppure possono essere prelevati da altra sede. La mucosa buccale del labbro inferiore o della guancia può essere una valida alternativa nei casi in cui i tessuti locali non sono utilizzabili, e può essere usata come "on lay", tubulizzata, o applicata come innesto per ricostituire un nuovo piatto uretrale, e poi tubularizzata successivamente in un secondo tempo chirurgico.

La mucosa vescicale non deve essere utilizzata fino al meato uretrale esterno, perché la sua esposizione all'aria comporta una retrazione e di conseguenza una stenosi del meato.

Nel 1988 presso la nostra Divisione è stato utilizzato per la prima volta al mondo un epitelio uretrale coltivato "in vitro" per la costruzione della neouretra. I risultati di questa ricerca e dell'applicazione clinica sono stati pubblicati nel 1990 sul New England Journal of Medicine e nel 1993 sul Journal of Urology. Il gruppo della Harvard University di Boston, con cui esiste un rapporto di collaborazione, ha successivamente ripreso e portato avanti gli studi di ingegneria tissutale, che offrono una valida alternativa nella sostituzione di organi.

Viene spesso indotta una stimolazione ormonale con testosterone somministrato un mese prima dell'intervento, non tanto per aumentare le dimensioni dei tessuti su cui si deve intervenire, quanto per migliorarne la vascolarizzazione, e questo risulta particolarmente utile quando si utilizzano dei lembi peduncolati.

L'intervento viene sempre eseguito con una magnificazione ottica di 2 – 3 X, allo scopo di ottenere la massima precisione nelle suture con l'utilizzo di fili molto sottili (6 e 7/0).

Foto 2 - L'ipospadia è una malformazione congenita dell'uretra maschile, caratterizzata da incompleto sviluppo della sua parte inferiore e anomala posizione del meato (orifizio).

Dopo l'intervento le urine vengono drenate attraverso un catetere uretrale che funziona anche da stent e che viene lasciato in sito dai 6 ai 15 giorni a seconda dei casi. Durante questo periodo il paziente viene sottoposto a terapia antibiotica di copertura e, se necessario, a terapia con Ossibutinina per prevenire spasmi vescicali.

Alla rimozione del catetere si può avere una prima valutazione del risultato, ma è necessario attendere ancora diversi giorni per escludere la comparsa di complicanze, normalmente costituite da stenosi o fistolizzazione.

Un intervento chirurgico correttamente eseguito consente un risultato ottimale sia dal punto di vista funzionale che dal punto di vista estetico, senza esiti anche tardivi dal punto di vista psicologico, e con una "restituito ad integrum" del paziente ad una vita normale.

Presso la nostra U.O. sono stati eseguiti a tutt'oggi oltre 500 interventi di correzione dell'ipospadia seguendo sempre le tecniche più recenti su cui viene svolto un costante aggiornamento da parte della nostra equipe.

Il nostro Ambulatorio, attivo martedì, mercoledì e venerdì mattina su prenotazione telefonica o attraverso il C.U.P.A., è aperto ai pazienti affetti da questa patologia per essere valutati e avviati ad un programma di trattamento che viene individuato per ogni singolo caso.

Siamo inoltre a disposizione di tutti i Pediatri e Medici del Territorio per ogni tipo di spiegazione inerente questo argomento che riguarda, come abbiamo avuto modo di sottolineare, una malformazione molto frequente e molto impegnativa dal punto di vista delle scelte chirurgiche e dell'applicazione delle tecniche ottimali.

L'obbligo del consenso all'atto medico nell'art. 32 della Costituzione, nella Legge n. 833 del 23.12.1978 e nel Codice deontologico

Per difendere i beni assoluti della vita, della salute e dell'integrità psico-fisica, il paziente deve approvare le prestazioni sanitarie

Ma di fronte ad un esplicito rifiuto del malato, ogni atto diagnostico e curativo deve essere sospeso o interrotto. La procedura concreta per l'esame retto-colonscopico.

Michele Giugliano
Dirigente Medico Direzione Sanitaria.
Hugo Martines
Dirigente Medico Medicina II - Endoscopista.
Elmo Fanciulli
Dirigente Medico Medicina II - Endoscopista.

1. Fonti di riferimento. L'obbligo del consenso all'atto medico trova i suoi principi fondamentali dell'art. 32 della Costituzione e nell'art. 33 della LEgge 23 dicembre 1978, n. 833 nonché, sotto il profilo deontologico, per la professione medica, negli artt. 30-35 del Codice di deontologia approvato dal Consiglio Nazionale della FNOMCEO il 2-3 ottobre del 1998 e nel capo II della Convenzione sui Diritti dell'uomo e sulla biomedica approvata ad Oviedo il 4 aprile 1997 e ratificata con Legge 28.03.2001, n. 145.
2. Principi basilari. Il consenso all'atto medico deve essere espresso:
a) dal paziente destinatario dell'atto medico;
b) sulla base di una preventiva informazione fornita dal medico.

3. L'informazione nel contesto dell'atto medico.
L'informazione è da considerare sempre parte integrante del progetto terapeutico-assistenziale e non un semplice atto dovuto, finalizzato esclusivamente alla espressione, da parte del paziente, di un consenso contingente.
Va tenuto presente che il paziente, in quanto titolare del diritto all'informazione, può consapevolmente manifestare la volontà di non essere informato o di essere informato in parte, volontà che il medico ha l'onere di rispettare, dandone atto nella documentazione relativa all'atto medico.
L'informazione spetta al medico curante della Unità operativa ospedaliera e/o territoriale e dei Servizi ambulatoriali e non può essere delegata al personale infermieristico e tecnico.
Per le prestazioni di routine è sufficiente che il medico fornisca al paziente una succinta informazione sul tipo di patologia e sulla terapia praticabile; per le prestazioni diagnostiche-strumentali - in particolare per quelle invasive, che comportano un determinato rischio - e per gli atti chirurgici sia ordinari sia in regime di Day-Surgery, l'informazione da dare deve non essere quella comune, bensì concretarsi in una approfondita e dettagliata descrizione della malattia e della cura farmacologica praticabile, nonché delle terapie alternative e delle conseguenze possibili e probabili che possono derivare dall'attività terapeutica, il tutto facendo uso di linguaggio semplice chiaro e comprensibile.
In sintesi:
- l'informazione non deve, necessariamente, approfondirsi nelle questioni di stretta pertinenza tecnica;
- la documentata volontà del paziente di non essere informato o di delegare ad altro l'informazione deve essere rispettata;
- le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza;
- ogni ulteriore richiesta di informazione del paziente deve essere soddisfatta.

Consenso: lo strumento più valido che la persona umana possiede per difendere, nell'ambito delle prestazioni sanitarie, "i beni assoluti della vita, della salute e dell'integrità psico-fisica" considerati essenziali, naturali e assoluti, è il "consenso".
Il consenso - da quale si può prescindere solo se il paziente non è in condizioni di comprendere (stato di shock, coma, ecc.) e contemporaneamente versi in grave pericolo di vita (art. 54 del Codice Penale), tanto da rendere improcrastinabile il trattamento - rende legittimo l'operato del medico, che incorrerebbe altrimenti nelle sanzioni previste per chi commette i reati di lesione personale, di violenza privata o di soppressione della coscienza e della volontà (art. 728 C.P.).
L'espressione del consenso compete esclusivamente al paziente destinatario dell'atto medico; può essere destinatario della informazione il congiunto, previa autorizzazione del paziente.
In ogni caso, dinanzi a esplicito rifiuto di un paziente capace di intendere e di volere, il medico deve desistere da qualsiasi atto diagnostico e curativo, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà del diretto interessato.
Sulla formulazione scritta del consenso, non esiste a oggi una normativa di legge per cui il consenso debba essere espresso per iscritto, tranne che per le trasfusioni di sangue e emoderivati, per quanto previsto dalla Legge sulla privacy e sulla sperimentazione dei farmaci. E' bene, però, che ciò sia fatto per iscritto, come prova certa dell'avvenuta informazione.
4. Consenso del legale rappresentante. Nei casi di soggetti minori di diciotto anni, interdetti o inabilitati, il consenso all'atto medico deve essere espresso dal legale rappresentante o da chi esercita la patria potestà.
Nel caso di opposizione da parte del legale rappresentante al trattamento medico, necessario ed indifferibile, il medico è tenuto ad informare l'Autorità Giudiziaria competente ed a porre in essere quanto necessario pre salvare la vita e l'incolumità del paziente.
Fin qui i concetti generali e le considerazioni medico-legali sul tema del Consenso Informato.
Ma se volessimo entrare nello specifico, come è fatto un modulo di consenso informato e cosa contiene?
Presentiamo di seguito il modulo di consenso informato predisposto per l'esecuzione di un esame endoscopico abbastanza frequente, **l'esame retto - colonscopico**, in maniera tale che un po' tutti possano conoscere, capire e familiarizzarsi con detta pratica endoscopica. Infatti riteniamo che solo attraverso un'informazione presentataci in maniera chiara e comprensibile dall'operatore chirurgo, in questo caso dall'endoscopista, è possibile saperne di più sulla tecnica, esserne più coinvolto, in maniera tale da poter esprimere successivamente un valido consenso o in alternativa un rifiuto all'esame.
Nel caso di un esame endoscopico l'informazione deve essere completa, esauriente e comprensibile; ogni definizione va attentamente espressa e ogni dubbio del paziente va soddisfatto. Se del caso si può invitare il paziente a ripetere per sommi capi quello che ha capito, ricercando quell'allenaza terapeutica tra il paziente e l'operatore endoscopista.

Ospedale "S. Paolo" di Savona - U.O. Medicina Generale II

SCHEDA
CONSENSO INFORMATO PER RETTO-COLONSCOPIA

Note informative per il paziente

Che cosa è la colonscopia?

La colonscopia è una tecnica che permette al medico di guardare nel grosso intestino per vedere se esiste qualche lesione che possa causare i vostri disturbi. Permette anche di ottenere in modo semplice ed indolore dei campioni di tessuto da esaminare. L'endoscopio è un tubo flessibile del diametro di 9-10 mm. con una luce al suo termine, che verrà fatto passare attraverso il canale anale nel colon per esplorarlo.

E' dolorosa?

La colonscopia di solito è più fastidiosa che dolorosa. Qualora tuttavia il dolore fosse forte (per le curve dell'intestino o per le cicatrici da precedenti operazioni) possono essere somministrati dei farmaci per meglio tollerare l'esame.

Cosa fare prima dell'esame?

Dovete scrupolosamente eseguire la preparazione che vi è stata indicata affinché il vostro intestino sia perfettamente pulito; in questo modo l'esame sarà più facile e i risultati saranno più attendibili. Se la pulizia non sarà sufficiente l'esame sarà rinviato e occorrerà ripetere la preparazione in modo più scrupoloso.

Come si svolge l'esame?

Dopo aver tolto le scarpe, gonna, pantaloni e slip, verrete fatti accomodare su un lettino sul fianco sinistro e quindi l'esame avrà inizio, preceduto da una esplorazione rettale. Attraverso il canale anale verrà introdotto lo strumento che verrà fatto proseguire, se possibile e necessario, fino alla fine del colon. Le possibilità di successo dipendono dalle condizioni di pulizia, dalla conformazione del vostro intestino e dalla vostra collaborazione.

Verrà immessa dell'aria onde distendere le pareti e avere una visione migliore e ciò potrà provocarvi qualche fastidio costituito dalla sensazione di dovervi "scaricare" o "sentire la pancia gonfia". Informate il personale presente dei vostri problemi e verrete aiutati a risolverli.

L'esame durerà alcuni minuti e lo strumento sarà tolto. Globalmente, la percentuale di complicanze in corso di endoscopia solo diagnostica è inferiore al 4 per mille.

La polipectomia

Dirante l'esame è possibile incontrare dei polipi. Si tratta di protuberanze rivolte verso l'interno dell'intestino che hanno la tendenza ad aumentar di volume con il passare del tempo. Essi possono anche dare origine ad alcune complicanze quali sanguinamento, ostruzione intestinale, ma soprattutto, in alcuni casi, possono trasformarsi in tumore maligno.

E' per questo che è necessario togliere i polipi e ciò può essere fatto attraverso la colonscopia, per cui qualora durante l'esame se ne trovasse uno, esso verrà asportato. Questa procedura non comporta dolore.

Possono essere sottoposti a polipectomia endoscopica tutti i pazienti che presentino polipi voluminosi, non siano portatori di Pace-maker ed abbiano una coagulazione normale.

La polipectomia è dolorosa?

La polipectomia non è una procedura pericolosa: occorre però considerare che si tratta di un vero e proprio intervento chirurgico e, come tale, comporta dei rischi. Infatti sono possibili complicanze in circa l'1% dei casi.

Tali complicanze sono:

- emorragia in genere; è autolimitata ma necessita, per prudenza, di un ricovero ospedaliero di osservazione e, raramente, di un intervento chirurgico per arrestarla;
- perforazione; è la complicanza più grave e necessita sempre di un intervento chirurgico.

1) Il paziente è portatore di Pace-Maker SI NO

2) Il paziente assume farmaci che alterano la coagulazione SI NO

_____

(firma del Medico)

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto dichiaro di aver compreso tutto quanto riportato sopra e di evere avuto spiegazioni esaurienti. Consento pertanto ad eseguire la colonscopia e l'eventuale polipectomia.

_____

(firma del Paziente)

_____

(firma del Medico Endoscopista)

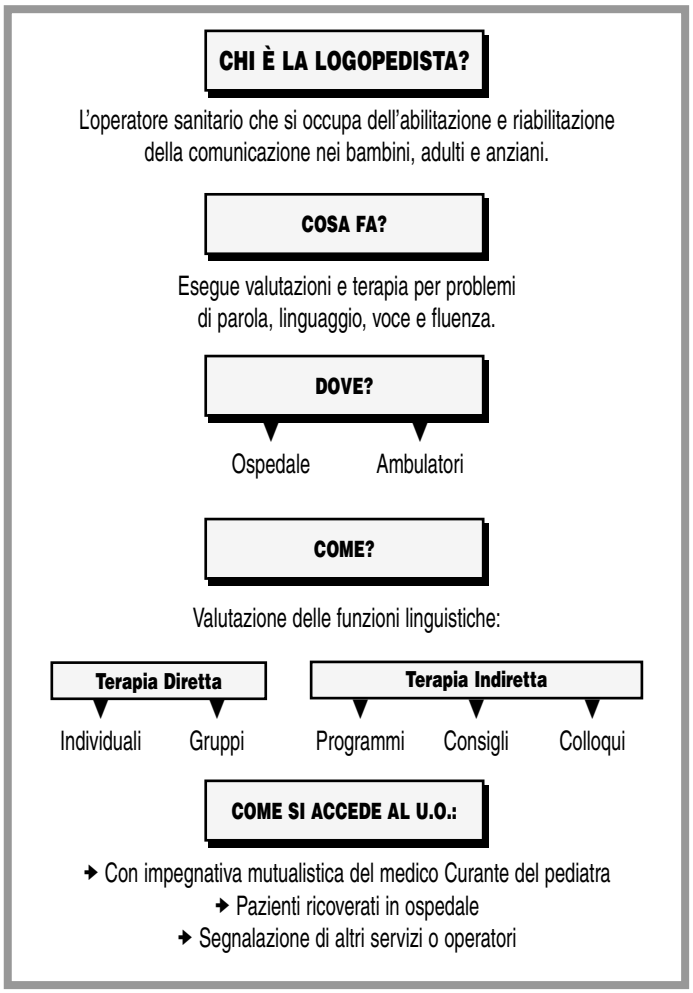
Savona, _____

N.B.: I pazienti che eseguiranno l'esame in narcosi dovranno essere accompagnati e non potranno guidare autoveicoli per 24 ore. Portare eventuali esami precedenti e/o radiografie (clisma a doppio contrasto). Per eventuali chiarimenti e/o informazioni il numero di telefono dell'Ambulatorio è il seguente: 019-8404224.

L'impegno degli ospedali di Albenga Savona e Cairo per il recupero e la rieducazione funzionale ad un corretto linguaggio e l'intervento sui disturbi di letto-scrittura dei bambini

Vito De Giglio
Direttore U.O. Recupero e Riabilitazione funzionale Albenga-Savona-Cairo
Antonella Panero
Logopedista coordinatrice U.O. R.R.F.
Raffaela Rolla
Logopedista U.O. R.R.F. - Albenga

È il caso di dire "la logopedista, questa sconosciuta!"?
Infatti molte persone ancora oggi non sanno di che cosa si occupa la logopedista. Precisiamo subito, non di piedi, ma bensì letteralmente del "insegnamento del linguaggio".
In questo breve specchietto cerchiamo di fare un po' di educazione sanitaria spiegando appunto in quale età e per quali motivo gli utenti si rivolgono sempre più numerosi al servizio di Logopedia.
Il servizio di logopedia, operante nell'unità operativa di recupero e rieducazione funzionale, è presente nei tre poli riabilitativi ospedalieri siti presso l'Ospedale di Albenga, Lungo Centa Croce Bianca (tel. 0182 542286), l'Ospedale di Savona (tel. 019 8404957) e presso l'Ospedale di Cairo (tel. 019 5009324).
Nelle sedi di Savona e Cairo vengono trattati i pazienti adulti con problemi di voce, di linguaggio sia in regime ambulatoriale sia di degenza ospedaliera.
Presso la sede di Albenga, non essendo in servizio nessuna logopedista nell'unità operativa territoriale pediatrica, da diversi anni si interviene su patologie riguardanti pazienti in età evolutiva e adulta.
Per ciò che riguarda gli interventi in pediatria la maggior richiesta avviene per disturbi fonologici del linguaggio. Cosa significa ciò?
Molto spesso il linguaggio nei bambini anche senza alcun problema organico non evolve in maniera fisiologica e permane una comunicazione verbale ridotta o la permanenza di suoni articolati in maniera anomala. Questi problemi vanno valutati e risolti prima dell'ingresso alla scuola elementare onde evitare, come spesso capita, problemi di lettura e scrittura. A proposito di ciò sono stati sensibilizzati con una lettera i pediatri affinché ci segnalino precocemente i piccoli pazienti che entro i quattro anni e mezzo non strutturano un linguaggio sia a livello fonemico che livello morfo-sintattico cioè hanno difficoltà a comporre una frase completa in maniera corretta. Infatti purtroppo sono in continuo aumento i disturbi di letto-scrittura che ci vengono segnalati dai genitori, dai medici curanti e dagli insegnanti: nell'anno 2002 sono stati effettuati 151 training rieducativi a bambini dai 7 ai 10 anni.
È in progetto per l'anno 2003, in vista dell'ampiamento di organico del Servizio territoriale, la possibilità di effettuare un test sui "prerequisiti della Letto-scrittura" che permetterebbe di individuare in età prescolare i bambini con ogni probabilità avranno difficoltà nell'apprendimento scolastico.
Ciò faciliterebbe il nostro intervento dandoci la possibilità di pianificare maggiormente il lavoro riedu-



cativo.
L'intervento logopedico affianca anche il lavoro degli Ortodonzisti: infatti sempre più spesso il medico specialista ci invia pazienti con dismorfismi dentali derivanti da disturbi della deglutizione .
Per risolvere questi è necessario associare una rieducazione motoria della muscolatura preposta alla deglutizione e modificare l'atteggiamento posturale linguale.
Infatti solo la correzione ortodontica con apparecchi non risolve da sola il problema malocclusivo.
Al fine di ciò essendo alto il numero di piccoli pazienti in lista d'attesa per questa problema, la terapia avviene in piccoli gruppi, anche al fine di svolgere in concomitanza alla correzione ortodontica l'intervento logopedico.
Nell'età adulta oltre ai pazienti che vengono ricoverati presso i Reparti di Medicina e Chirurgia del nostro nosocomio e che vengono valutati per problemi di linguaggio conseguenti ad accidenti cerebrali (ictus, emorragie) o per problemi di deglutizione (per interventi O.R.L. o problemi geriatrici) vengono trattati problemi di voce (disfonie) soprattutto in persone che usano la voce come strumento principale per svolgere la loro attività lavorativa.
La terapia si avvale di moderne apparecchiature come il Visualizzatore della Voce, in dotazione sia nell'ambulatorio di Albenga che a Savona, e permette di effettuare una valutazione obiettiva della tonalità, il volume e la respirazione che il paziente usa quando "fona" ed è quindi un valido ausilio per l'inquadramento del caso e la conseguente terapia .
Oltre al paziente disfonico adulto spesso interveniamo su pazienti detti "piccoli urlatori" cioè bambini che spesso abusano della voce durante il gioco o a scuola.
Presso la sede di Albenga e Savona, e più recentemente presso l'Ospedale di Cairo, si svolge due volte alla settimana una "scuola" per pazienti che hanno subito l'asportazione totale della laringe (laringectomizzati) che devono imparare a parlare con una nuova voce detta "voce esofagea".

LOGOPEDIA

adulto	bambino
laringectomia parziale e totale	ritardo del linguaggio
disfagia	dislessia
disfonia	balbuzie
afasia e trauma cranico	disfonia e deglutizione atipica

Questa scuola è la prima sorta in Italia strutturata con interventi multidisciplinari cioè di tutti gli operatori: fisiatra, fisioterapista, logopedista, maestro laringectomizzato e consulente psicologo.
Nel 1997 venne pubblicato un "breviario" di esercizi da parte dell'ASL 2 Savonese scritto da noi operatori e tuttora in uso durante la terapia.
Questi pazienti sono stati operati presso i vari Ospedali limitrofi e spesso accedono a tale scuola pazienti "stagionali" cioè che trascorrono lunghi periodi, soprattutto in inverno, in Liguria dove il clima è più mite e più vivibile rispetto ad altre regioni del nord.
Prossimamente con la riapertura delle sale operatorie, presso la clinica Salus, il lavoro in collaborazione con gli ORL sarà ancora in aumento.
Dalla nostra variabile attività si comprende facilmente che essendo il nostro un Servizio Intradipartimentale, la nostra attività spazia dall'età adulta a quella pediatrica interagendo con diverse specializzazione sia nell'ambito della medicina Pediatrica che adulta e quindi Neurologica, O.R.L., Geriatrica comportando così una grande mole di lavoro.
Nell'anno passato sono state effettuate, solo nella sede di Albenga, più di 4000 prestazioni ambulatoriale e ospedaliere.
Il nostro intento è quello di sensibilizzare l'utenza sull'importanza dell'intervento logopedico precoce nell'ambito dell'età pediatrica e di non arrendersi di fronte ai problemi di linguaggio, che inficiano la qualità della vita di molte persone adulte.

Cambia il ruolo dell'operatore che stava dietro il vetro del bancone

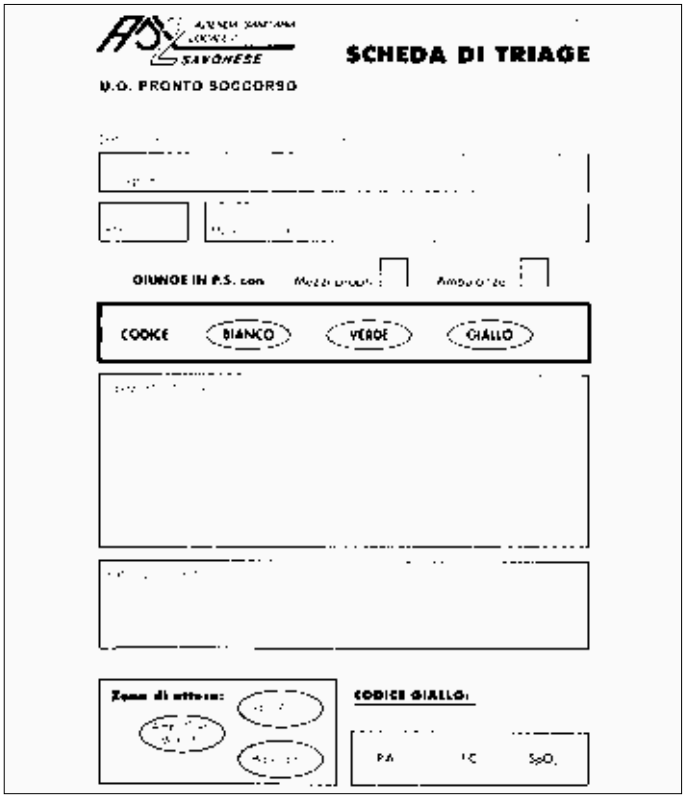
Pronto un locale per la valutazione preliminare del paziente deambulante o barellato da parte di un infermiere professionale "triageur" con compiti di prima accoglienza e assistenza

Roberto Lerza
Direttore U.O. Pronto Soccorso

Guglielmo Lagorio
Capo Sala f.f. U.O. Pronto Soccorso

Al Pronto Soccorso dell'ospedale S. Paolo di Savona la funzione di triage infermieristico, cioè quella attività volta alla selezione e regolamentazione degli accessi dei pazienti in base al livello di urgenza, è stata svolta per anni da un operatore che, attraverso un vetro (triage di bancone), colloquiava con i pazienti. Tale procedura sanitaria oggi non è più soddisfacente, sia perché il numero degli accessi al Pronto Soccorso è in continuo aumento, sia perché è poco rispettosa della privacy e soggetta ad una elevata percentuale di errore. Il lavoro dell'infermiere professionale triageur è oggi sempre più convulso e lo espone a rischi di errore. Pertanto è stato deciso di avviare l'organizzazione di un vero triage di valutazione che è diventato pienamente operativo alla fine del 2002. Da un punto di vista logistico è stato individuato un locale adiacente a quello dove si svolge la registrazione anagrafica, ove poter attuare una valutazione preliminare del paziente

che giunge in Pronto Soccorso specie nei momenti di affollamento. Il locale è particolarmente idoneo in quanto ha un accesso sulla sala di attesa e si affaccia anche sullo spazio antistante la sala di visita. L'I.P. triageur può così accogliere sia pazienti deambulanti, sia occuparsi di quelli che accedono barellati tramite ambulanza. Il compito del



SCHEDA DI TRIAGE

U.O. PRONTO SOCCORSO

GIUNGE IN P.S. con

CODICE BIANCO VERDE GIALLO

CODICE GIALLO:

PA FC SpO2

TABELLA CODICE COLORE E DESCRIZIONE

ROSSO	Emergenza. Pericolo di vita immediato. (Non c è attesa).
GIALLO	Urgenza indifferibile. Pericolo di vita potenziale. (Non c'è attesa compatibilmente con altre emergenze in atto).
VERDE	Urgenza differibile. (Assistenza dopo i casi più urgenti).
BIANCO	Pazienti ambulatoriali. (Assistenza dopo i casi più urgenti).

personale addetto al triage è principalmente quello della attribuzione del codice-colore di gravità (rosso, giallo, verde, bianco) che però non sarà più determinato attraverso un vetro ma con una diretta valutazione del paziente e compilazione di una scheda molto elementare ove saranno indicate brevi note anamnestiche (valutazione soggettiva), i parametri vitali e i diretti riferimenti alla patologia in atto (valutazione obiettiva), il relativo codice-colore. Il triageur quindi è colui che instaura il primo contatto con il paziente, determina il grado di priorità dell'intervento e inoltre sorveglia la sala d'attesa avendo costantemente sotto controllo la situazione; può inoltre intervenire anche con quei temporanei presidi terapeutici (es. borsa di ghiaccio, immobilizzazione di un arto) che possono alleviare la sofferenza durante l'attesa. Anche dopo l'attribuzione del codice il triageur sorveglia ed eventualmente rivaluta i pazienti.

Per quanto riguarda la formazione, nel nostro pronto soccorso lavorano già alcuni infermieri certificati da specifici corsi di triage. È nostra intenzione estendere questa formazione al restante personale e programmare da un lato protocolli idonei ad affrontare le patologie più frequenti e dall'altro periodici controlli della qualità del triage specie per quanto riguarda la sottostima (undertriage) e la sovrastima (overtriage) della gravità dei pazienti. Riteniamo che l'avvio di questa procedura possa costituire oltre che un notevole miglioramento qualitativo del servizio offerto all'utenza, un fondamentale elemento di motivazione del personale che lavora al pronto soccorso.

AZIENDA SANITARIA LOCALE 2 SAVONESE

COMITATO ETICO

Fortezza del Priamar

"Sala della Sibilla" - C.so Mazzini - Savona

17 maggio 2003

La medicina palliativa e la valorizzazione del rapporto medico-paziente

ore 8.30
Registrazione dei partecipanti
ore 8.45
Somministrazione pre-test
ore 9.00
Saluto delle autorità
Avv. Ubaldo Fracassi
Direttore Generale A.S.L. n° 2 "Savonese"
Dr. Renato Giusto
Presidente Ordine dei Medici, Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Savona
Dr. Carlo Ruggeri
Sindaco Comune di Savona

Moderatori:
Dr. Sebastiano Gandolfo Dr. Aldo Pastore
ore 9.15
Medicina palliativa: perché il Parere di un Comitato Etico?
Prof.ssa Mariella Lombardi Ricci
Presidente Comitato Etico A.S.L. n° 2 "Savonese"
ore 10.00
Qualità della vita e qualità delle cure
Dr. Carlo Peruselli
Responsabile dell'U.O. Cure Palliative ASL di Biella;
segretario EACP (Associazione Europea Cure Palliative)
membro Comitato didattico SIMPA (Scuola Italiana Medicina Palliativa);
coordinatore commissione regionale Piemonte per le cure palliative
ore 10.45
Intervallo
ore 11.00
L'equipe di cure palliative: modelli di integrazione
A.F.D. Cesarina Prandi
A.S.L. Torino IX
ore 11.30
Di fronte alla malattia avanzata: il vissuto dell'operatore e la relazione con il paziente
Dr.ssa Silvia Di Leo
Servizio di Psicologia Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro - Genova

ore 12.00
Dibattito
ore 13.00
Rinfresco

ore 14.00
Tavola rotonda: *"Che fare? La medicina palliativa nella realtà savonese"*
Moderatori:
Dr. Franco Becchino
Dr. Paolo Viglierchio

Partecipano:
Dr. Fulvio Brema
Direttore U.O. Oncologia A.S.L. n° 2 "Savonese"
Dr. Federico Cortese
Medico responsabile dell'Hospice "Istituto Rossello"
Dr. Domenico Gianpietruzzi
Presidente dell'Associazione "SavonaInsieme"
Dr. Maurizio Modenesi
Responsabile U.O. Anziani
Sig.ra Liliana Peluffo
Coordinatore infermieristico U.O. Oncologia A.S.L. n° 2 "Savonese"
Dr. Enrico Tassinari
Medico di Medicina Generale
Dr. Massimo Vecchietti
Direttore D.E.A. A.S.L. n° 2 "Savonese"

Conducono:
Carlo Peruselli
Cesarina Prandi
ore 16.00
Dibattito
ore 17.00
Chiusura del convegno
Dr. Franco Vairo
Direttore Sanitario A.S.L. n° 2 "Savonese"
ore 17.15
Somministrazione post-test
Per informazioni e iscrizioni:
Esprit congressi e formazione
Via XX Settembre 5/3
Tel. e fax: 010/561712 cell. 335/5669794
fax: 010 / 5969910

L'impegno di un gruppo di operatori del servizio tossicodipendenze (psicologi, infermieri e assistenti sociali) dell'A.S.L. n. 2 del Savonese

Lo "sballo test" è un gioco cui sono invitati i giovani che frequentano i locali pre-discoteca della provincia durante serate/evento

Maura Chiarlone
Dirigente Psicologo - Ser.T. Savona

Marijuana, hashish, anfetamine, cocaina, allucinogeni, eroina, ecstasy… sono molte le sostanze stupefacenti che, leggere o pesanti, naturali o sintetiche, offrono piacere e sollievo a coloro che ne fanno uso. Ogni sostanza è legata ad una specifica cultura, ad elaborati riferimenti esistenziali, modi di essere ed esprimersi, percezioni della vita e del mondo. In relazione ad esse nascono gruppi che, intorno ad un comportamento di consumo, creano codici, generano linguaggi, selezionano adepti.

Nel nostro paese la presenza di sostanze definite droghe di sintesi (fra le quali la più conosciuta è l'ecstasy) si sta manifestando in modo sempre più influente ed obbliga a ridefinire obiettivi, metodi, strumenti degli interventi preventivi e di soccorso. I primi studi lasciano emergere una realtà molto più variegata di quanto ci si potesse immaginare; infatti gli interessati al fenomeno non sono solamente i giovani legati ad una cultura dell'emarginazione ma anche soggetti socialmente integrati, come ad esempio studenti e lavoratori che appartengono a famiglie "non problematiche".

A tal fine un gruppo di operatori del Ser.T. (Servizio Tossicodipendenze) della A.S.L. n.2 Savonese (psicologi, infermieri ed assistenti sociali), che si occupa del fenomeno "nuovi stili di abuso" ha creato un progetto di intervento denominato "Ecstasy 2000" teso a comprendere il processo della diffusione delle nuove sostanze, dei comportamenti ad esse collegati e a fornire informazioni non distorte sulla fenomenologia in questione. Abbiamo rilevato l'importanza di creare un nuovo stile comunicativo che coinvolga i ragazzi nel loro habitat notturno naturale (pub, birrerie, centri di ag-

gregazione in genere), il tutto attraverso un approccio ludico ed informale.
In una prima fase del progetto abbiamo identificato alcuni locali di ritrovo prediscoteca e, grazie anche alla collaborazione dei gestori, abbiamo organizzato delle serate/evento in cui è stato proposto un gioco da noi ideato, lo Sballotest: il gioco, liberamente ispirato al Sette e mezzo, presenta quaranta carte "regolari" e cinque carte "ecstasy"; pescando queste ultime il ragazzo, che ha sballato, per ritornare in gioco deve attingere tre carte da un mazzo speciale ove, come nella vita reale, potrà imbattersi in varie sostanze stupefacenti o eventi ad esse collegati (ad esempio rapporti sessuali a rischio, incidenti stradali, segnalazioni alle autorità ecc.).
Il giocatore potrà, pescando da questo mazzo speciale la carta "Jolly" ed attraverso una dichiarazione al gruppo, rientrare in gioco. Il gruppo dovrà decidere se accettare o meno il rientro del giocatore che ha sballato. Compito dell'operatore sarà allora sollecitare una discussione sulla validità di certi proponimenti e fornire informazioni sui problemi in cui si potrebbe incorrere facendo uso di sostanze. Coloro che vincono il gioco (facendo "sette e mezzo" o raggiungendo un punteggio elevato) vengono omaggiati di un gadget originale (maglietta, top, portachiavi) e per tutti c'è la possibilità di ricevere materiale informativo e preservativi. Su ogni gadget è impresso il nostro logo "Me gusta la pasta", coniato rifacendosi al testo di un famosa canzone di Manu Chao "Me gusta la maria, me gustas tu". Abbiamo così voluto giocare sul doppio senso della parola "pasta" che nel linguaggio giovanile indica la pasticca di ecstasy. Per evitare equivoci, al centro del logo abbiamo disegnato un appetitoso pasticcino alla crema: il messaggio sottinteso è "Ci sono tanti tipi di pasta… puoi scegliere!".
Usando tale modalità comunicativa verbale e visiva di tipo seduttivo, il nostro intento è quello di poster avvicinare i ragazzi superando le loro naturali difese e proponendo una figura di esperto che usa il loro stesso linguaggio. Nel corso delle serate il "dibattito" sull'uso delle cosiddette nuove droghe non è limitato al momento del gioco Sballotest: nel locale viene infatti allestito un "punto informativo" attivo nell'arco dell'intero evento, a cui i ragazzi possono rivolgersi per chiarire dubbi e per attingere a materiale informativo.
Il successo di questa iniziativa, che si è svolta nel corso dell'anno 2002, ci ha portato a ripetere l'esperienza proponendo il secondo Sballotest Tour con dieci serate programmate nei locali liguri.
L'appuntamento con i ragazzi nei vari locali è alle 22.30, nelle ore cioè che precedono l'entrata in discoteca e in cui, secondo le ricerche, vengono assunte le "pasticche" per caricarsi di energia al fine di affrontare la nottata.

PROSSIMI APPUNTAMENTI

Sballotest

dalle ore 22,30

La Ghironda
CELLE LIGURE
Sabato 22 marzo 2003

La Corte dei Baroni
CARCARE
Sabato 12 aprile 2003

Pilade
FINALE LIGURE
Sabato 24 maggio 2003

Baquito
FINALE LIGURE
Sabato 14 giugno 2003

PROGETTO ECSTASY 2000

Gruppo di lavoro

Maura Chiarlone
dirigente psicologa, Ser.T Asl 2 Savona;
Mauro Selis
dirigente psicologo, Ser.T Asl 2 Savona;
Deborah Gandini
Ed. professionale, Ser.T Asl 2 Savona;
Elisabetta Granelli
I.P. Ser.T Asl 2 Albenga;
Barbara Castiglione
psicologa borsista, Progetto Ecstasy 2000;
Elisabetta Giribaldi
psicologa volontaria, Progetto Ecstasy 2000;
Valentina Giusta
psicologa volontaria Progetto Ecstasy 2000.

Si è chiuso in attivo rispetto al 2000
ed è stato recentemente approvato dalla Regione Liguria

L'assistenza sanitaria sul territorio e in ospedale ai 280.858 residenti della provincia di Savona è stata assicurata dai 3.058 dipendenti della nostra Azienda con un costo di quasi seicento miliardi di vecchie lire

In evidenza l'impegno per investimenti in grandi opere edili e strutturali e in apparecchiature tecnico-scientifiche e sanitarie

Claudio Balbi
Direttore Dipartimento Economico Finanziario

QUADRO DI RIFERIMENTO:

L'Azienda Sanitaria Locale n. 2 "Savonese" ha assicurato nel corso dell'esercizio 2001, l'erogazione dei servizi relativi ai livelli essenziali di assistenza (prevenzione, distrettuale ed ospedaliera) nel territorio di propria competenza, coincidente con quello della Provincia di Savona; gli assistiti residenti nei comuni della Provincia stessa, alla data del 31.12.2001, risultano essere 280.858, ai quali sono state garantite le prestazioni sanitarie, svolte sia in forma diretta, attraverso il funzionamento dei propri presidi, sia ospedalieri che territoriali, sia mediante l'utilizzo di strutture accreditate per il ricovero e la riabilitazione di anziani portatori di handicap fisici o psichici e tossicodipendenti; a tali strutture, anche se principalmente per casistica altamente specialistica, si è fatto ricorso altresì per l'assistenza ospedaliera.

L'assistenza ospedaliera in forma diretta è stata erogata tramite i tre presidi ASL di Savona (Osp. S. Paolo), Albenga (Osp. S.M. Misericordia) e Cairo M. (Osp. S. Giuseppe).

L'Azienda conta, al 31.12.2001, 3.058 dipendenti distribuiti tra le funzioni di supporto tecnico, logistico ed amministrativo e quelle di diretta erogazione dell'assistenza sanitaria nelle sue diverse componenti; i principali servizi di tipo "alberghiero" (ristorazione, lavanderia, guardaroba, pulizia) sono erogati in appalto da aziende esterne specializzate.

ANDAMENTO GESTIONALE:

L'andamento dei principali indicatori di attività pone l'accento sull'aumento del numero di interventi chirurgici, valutato al + 11.5% rispetto all'esercizio 2000; un tale risultato è stato raggiunto grazie alla combinazione di diversi fattori: notevole aumento delle sedute operatorie, avvio ancorché parziale, dell'attività interventistica in giornata (day-surgery e one-day surgery), diminuzione delle liste e dei relativi tempi di attesa.
La rete dell'emergenza integrata ospedale-territorio è garantita dal DEA di 1° livello; nelle strutture a gestione diretta ASL 2 sono interessate le 3 sedi di Pronto Soccorso, l'U.T.I.C., la Terapia Intensiva di Rianimazione, le Automedicali che coprono 24 ore su 24 il territorio degli Ambiti sanitari 1 e 2 (Albenganese e Finalese), 3 (Bormide), 4 (Savonese). L'integrazione degli interventi in "rete" ha reso possibile la c.d. "distrettualizzazione dell'emergenza" che si estende anche al D.E.A. di 2° livello dell'Osp. S. Corona di Pietra Ligure.
L'attività residenziale, semi-residenziale e diurna di assistenza riabilitativa per anziani, portatori di handicap fisico e psichico e tossicodipendenti è svolta sia in forma diretta attraverso proprie strutture dotate complessivamente di oltre 200 posti letto, sia attraverso convenzioni con strutture "accreditate".
Completano il quadro dell'attività dell'Azienda i Presidi per l'Assistenza Ambulatoriale ubicati sul territorio, i Servizi di Medicina di base, Farmaceutica, le Strutture Consultoriali, il Servizio Tossicodipendenti ed i Servizi di Prevenzione (Igiene, Veterinaria, Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro).
Le attività sopra descritte hanno assorbito nell'anno 2001 risorse di poco inferiori ai 600 miliardi di lire, in larga misura provenienti da trasferimenti di quote del Fondo Sanitario Regionale da parte della Regione Liguria.
Il miglioramento del saldo economico dell'Azienda, passato da una perdita di circa 4.721.000 € nel 2000 ad un utile di 25.204 € nell'esercizio 2001 è stato possibile grazie ad una profonda azione di risanamento dei conti: nel 2001 è stato raggiunto il pareggio di bilancio a garanzia dei livelli essenziali di as-

REGIONE LIGURIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 SAVONESE

Bilancio di Esercizio anno 2001

STATO PATRIMONIALE

	(valori in Euro) ANNO 2000		(valori in Euro) ANNO 2001
ATTIVO			
A) IMMOBILIZZAZIONI	77.157.314		81.717.959
B) ATTIVO CIRCOLANTE			
Scorte	2.526.503		2.639.350
Crediti	78.596.264		56.623.273
Disponibilità liquide	6.506.128		26.209.859
Totale ATTIVO CIRCOLANTE (B)	87.628.896		85.472.482
C) RATEI E RISCONTI	2.099		193.414
D) CONTI D'ORDINE	5.302.647		5.302.647
ATTIVO GESTIONE LIQUIDATORIA	2.562.690		135.860
TOTALE ATTIVO	**172.653.646**		**172.822.362**
PASSIVO			
A) PATRIMONIO NETTO	93.151.824		89.335.016
Utile/Perdita di esercizio	- 4.721.066		25.204
TOTALE PATRIMONIO NETTO	88.430.758		89.360.220
B) FONDI PER RISCHI ED ONERI	-		95.171
C) PREMIO DI OPEROSITA' SUMAI	1.063.196		1.145.059
D) DEBITI	75.293.170		76.783.405
E) RATEI E RISCONTI	1.185		-
F) CONTI D'ORDINE	5.302.647		5.302.647
PASSIVO GESTIONE LIQUIDATORIA	2.562.690		135.860
TOTALE PASSIVO NETTO	**172.653.646**		**172.822.362**

CONTO ECONOMICO

	(valori in Euro) ANNO 2000		(valori in Euro) ANNO 2001
A) VALORE DELLA PRODUZIONE			
1. Contributi c/esercizio	253.023.446		352.300.699
2. Proventi e ricavi d'esercizio	6.369.189		113.022.407
3. Concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche	729.500		1.458.571
4. Compartecipazioni alla spesa per prestazioni sanitar	4.385.141		4.748.194
5. Costi capitalizzati	5.379.373		6.527.253
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE	**269.886.650**		**478.057.124**
B) COSTI DELLA PRODUZIONE			
1. Acquisti di esercizio	27.007.806		26.833.676
2. Acquisti si servizi	119.328.072		315.168.513
3. Godimento beni di terzi	1.479.059		1.699.115
4. Personale	107.648.428		112.176.732
5. Spese amministrative generali	6.277.146		6.504.557
6. Ammortamenti e svalutazioni	4.136.401		4.413.822
7. Accantonamenti tipici dell'esercizio	486.962		2.206.028
8. Oneri diversi di gestione	7.991.709		8.263.220
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	**274.355.584**		**477.265.663**
Differenza valori e costi della produzione (A-B)	- 4.468.934		791.461
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	- 195.556		- 278.814
D) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	70.954		- 358.260
Risultato prima delle imposte (A-B+C+D)	- 4.593.536		154.386
E) IMPOSTE E TASSE	- 127.529		- 129.182
UTILE DI ESERCIZIO	**- 4.721.066**		**25.204**

sistenza erogati come sopra descritto.
In particolare le risorse disponibili sono state così impiegate:

Livello territoriale
L. 294.213.507.210

Livello ospedaliero
L. 285.562.821.946

per un totale di
L. 579.776.329.156

PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO:

Nel contesto dell'andamento generale della gestione è stato adottato l'atto di programmazione strategica "Piano Aziendale Triennale 2001÷2003 adozione degli indirizzi gestionali per l'esercizio 2001", con il quale sono definiti, in conformità al Budget generale aziendale, gli obiettivi strategici pluriennali ed annuali riguardanti le diverse aree gestionali (attività generali, assistenza ospedaliera, attività distrettuali e prevenzione).

OSPEDALI A GESTIONE DIRETTA:

Particolare attenzione è stata riservata alla ottimizzazione dell'offerta dei servizi ospedalieri. Nonostante il grande incremento di risorse destinato nel 2001 a questa funzione, si sono contabilizzati in totale ricavi per prestazioni rese pari a 127.621.180 € e costi di acquisizione dei diversi fattori produttivi pari a 125.468.970 €.
Ciò ha portato ad un saldo complessivo positivo della funzione di 2.222.210 € che sono stati reinvestiti sul territorio con l'incremento delle A.D.I. e l'aumento dei posti letto convenzionati per anziani.

NUOVE INIZIATIVE

Le principali iniziative che rappresentano ulteriori sviluppi di attività già esistenti sono così sintetizzabili:

- Avvio delle sedute operatorie in regime di Day-surgery e one-day surgery (chirurgia in giornata).
- Attivazione di un ambulatorio filtro presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale S. Paolo di Savona, con la collaborazione dei Medici di Medicina Generale.
- Implementazione dei servizi offerti dalla divisione di riabilitazione e recupero funzionale dell'Ospedale di Cairo M. con l'avvio di ulteriori 4 letti di Day-Hospital e l'apertura all'esterno degli ambulatori di fisiatria.
- Predisposizione dello "Studio di fattibilità" per la progettazione del nuovo ospedale di Albenga previsto sulle aree della ex-caserma Turinetto.
- Rinnovo dei locali e trasferimento presso la nuova sede del Pronto Soccorso dell'Ospedale S.M. Misericordia di Albenga.
- Riduzione delle liste di attesa di tutte le specialità ambulatoriali al di sotto dei 30 giorni, nell'ambito del "Progetto abbattimento liste".
- Avvio della sperimentazione del Budget dei Medici di Medicina Generale legato alla quota capitaria (consumi di servizi diagnostici, di ricoveri ambulatoriali, farmaceutici).
- Consolidamento ed incremento dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, in particolare:
  - Assistenza domiciliare per minori e disabili;
  - Aumento del numero di prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata;
  - Miglioramento dell'offerta dei servizi residenziali per anziani (R.S.A. e R.P.);
  - Apertura nuovi centri diurni per malati di Alzheimer e potenziamento del Centro diurno per l'accoglienza dei giovani nell'ambito 4;
  - Avvio del Servizio di prevenzione dell'abuso alcoolico nella popolazione giovanile;
- Ampliamento quali-quantitativo dei servizi offerti dal Dipartimento di prevenzione.

INVESTIMENTI IN APPARECCHIATURE TECNICO-SCIENTIFICHE SANITARIE

- Apparecchiature varie per anestesia e rianimazione:
  INVESTIMENTO £. 900 milioni
- Apparecchiature diverse per laboratorio:
  INVESTIMENTO £. 500 milioni
- Apparecchiature diverse per fisiot. e riabiliazione:
  INVESTIMENTO £. 200 milioni
- Apparecchiature diverse per diagnostica-immagini:
  INVESTIMENTO £. 1.200 milioni
- Apparecchiature diverse per chirurgia:
  INVESTIMENTO £. 200 milioni
- Apparecchiature diverse per otorinolaringoiatria:
  INVESTIMENTO £. 420 milioni
- Apparecchiature diverse per neurologia:
  INVESTIMENTO £. 265 milioni
- Sostituzione tecnologie obsolete-radiologia:
  INVESTIMENTO £. 250 milioni
- Apparecchiature radioterapia:
  INVESTIMENTO £. 1.000 milioni

INVESTIMENTI IN GRANDI OPERE EDILI E STRUTTURALI

- Lavori per rinnovo locali Terapia Intensiva Osp. S. Paolo – Sv ed attivazione di nuovi 6 posti letto di post-intensiva:
  INVESTIMENTO £. 300 milioni
- Ristrutturazione locali R.S.A. di Alassio (40 p.l.):
  INVESTIMENTO £. 1.000 milioni
- Ristrutturazione e messa a norma Padiglione Astengo Osp. S. Paolo Valloria (SV):
  INVESTIMENTO £. 400 milioni
- Lavori di consolidamento locali Osp. Albenga:
  INVESTIMENTO £. 500 milioni

CONCLUSIONI:

Appare evidente che lo sforzo intrapreso di migliorare i servizi offerti sia qualitativamente che quantitativamente si è pienamente conciliato con l'obiettivo primario del pareggio di bilancio: appare pertanto di primaria importanza essere riusciti a garantire l'erogazione dei servizi richiesti senza un ulteriore aggravio di ticket e diritti vari per il cittadino.

Ecco le modalità per ottenere la fornitura gratuita dei prodotti

G.L. Figini
Direttore U.O Farmaceutica Territoriale A.S.L 2 Savonese
M. Bessero
Dirigente Farmacista U.O Farmaceutica Territoriale A.S.L 2 Savonese
E. Farulla
Farmacista U.O. Farmaceutica Territoriale A.S.L. 2 Savonese

L'assistenza sanitaria integrativa è rivolta a tutti i cittadini affetti da determinate patologie per le quali necessitano particolari prodotti: presidi per incontinenza e ritenzione urinaria, presidi per colo-ileo-urostomie, siringhe e diagnostici per diabetici, ossigeno liquido, alimenti per nutrizione artificiale, alimenti dietoterapici per insufficienza renale cronica, morbo celiaco, fibrosi cistica del pancreas e altre patologie metaboliche.

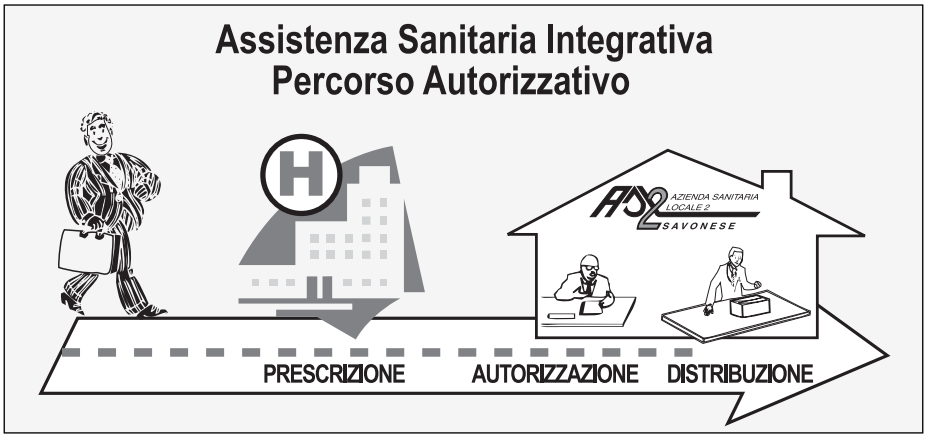
A chi rivolgersi e come ottenere la fornitura gratuita dei prodotti? Il cittadino avente diritto dovrà presentare al Servizio competente dell'ASL (Unità Operativa Medicina di Base e Specialistica o Dipartimento Assistenza Socio Sanitaria e Riabilitazione), la proposta redatta da un medico specialista ospedaliero o convenzionato che ha avuto in cura l'utente e quindi responsabile del trattamento terapeutico.

La prescrizione dovrà essere corredata da specifiche relazioni sanitarie che lo specialista riterrà opportune per mettere in evidenza le necessità della persona che ha in cura.

La proposta specialistica deve riportare l'indicazione qualitativa e quantitativa di materiale sanitario, dispositivi medici o alimenti dietoterapici necessari e la durata del periodo di trattamento.

La prescrizione specialistica verrà valutata e autorizzata dal Servizio competente dell'ASL; in mancanza di tale autorizzazione non è possibile accedere alla distribuzione.

Dove ritirare? Il Servizio di riferimento per la fornitura del materiale sanitario è la **Unità Operativa Farmaceutica Territoriale** della ASL2 Savonese che riceve le richieste preventivamente autorizzate e provvede alla distribuzione diretta all'utente presso uno dei centri di distribuzione o, per alcuni prodotti, presso il domicilio dell'utente.



AZIENDA SANITARIA LOCALE 2 SAVONESE
U.O. Farmaceutica Territoriale
Via Collodi, 13 - 17100 Savona
Tel. 019 8405750 - Fax 019 8405792

Norme di riferimento. Le leggi nazionali e regionali e le disposizioni aziendali, che regolamentano l'Assistenza Sanitaria Integrativa sono le seguenti:

- D.M. n° 332 del 27/08/99 e successiva modifica D.M. n°321 del 09/08/2001 ("Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN: modalità di erogazione e tariffe");
- Legge n.115 del 16/03/1987 ("Disposizioni per la prevenzione e cura del diabete mellito");
- D.M. del 08/06/01 ("Assistenza sanitaria integrativa relativa a prodotti destinati ad una alimentazione particolare) e Delibera Regionale n.1698 del 16/05/97 (" Assistenza sanitaria integrativa a soggetti affetti da malattia celiaca: indicazioni operative")

La distribuzione diretta attraverso l'assistenza farmaceutica territoriale offre importanti vantaggi sia ai cittadini utenti, sia all'Azienda Sanitaria:

- Minori spostamenti per l'assistito grazie alla possibilità di ritirare i prodotti di cui ha diritto nel punto di distribuzione più vicino alla propria residenza o, per alcuni prodotti, di riceverli direttamente al domicilio;
- Informazione obiettiva e aggiornata all'utente sul corretto utilizzo dei prodotti;
- Recepimento dei reali bisogni assistenziali tramite il costante contatto utente/azienda sanitaria;
- Raccolta diretta ed elaborazione di dati farmacoepidemiologici e farmacoeconomici;
- La distribuzione diretta, infine, permette di razionalizzare la spesa farmaceutica territoriale rendendo disponibili le risorse economiche per altri interventi sanitari sulla popolazione senza modificare i livelli di assistenza farmaceutica.

Nei prossimi numeri di Sanità Notizie dedicheremo uno spazio per ciascuna tipologia di prodotti: presidi per incontinenti, presidi per colo-ileo-urostomizzati, materiale per medicazione, siringhe e diagnostici per diabetici, prodotti dietetici per la nutrizione entrale e artificiale a domicilio, ossigenoterapia domiciliare.

Cesare Branchetti
Direttore
Dipartimento Tecnologico
ASL n. 2 del Savonese

LAVORI IN CORSO

Carlo Buscaglia
Direttore U.O. Gestione
impianti e apparecchiature
ASL n. 2 del Savonese

Padiglione Vigiola Ospedale "S. Paolo" di Savona. Ristrutturazione facciate e copertura;
Progetto e Direzione Lavori:
Dipartimento Tecnologico ASL 2;
Importo Lavori: € 200.000;
Fine lavori prevista: Aprile 2003.

Sede U.O. Veterinario (interno area p. Amburgo, ex macello comunale - Savona): Ristrutturazione completa.
Progetto e direzione lavori:
Dipartimento Tecnologico ASL 2;
Importo lavori: € 417.830;
Fine lavori prevista: ottobre 2003.

Ospedale "San Paolo" - Savona Adeguamento e messa a norma camere di degenza - monoblocco.
Progetto e direzione lavori:
Dipartimento tecnologico ASL 2;
Importo lavori: € 1.023.029,75;
Fine lavori: dicembre 2003.

Presidio Poliambulatoriale di Via Collodi 13, Savona:
Ristrutturazione Facciate e copertura.
Progetto e Direzione lavori: Dipartimento Tecnologico ASL 2.
Importo Lavori: € 454.696,53;
Fine lavori: Giugno 2003.

RSA Santuario di Savona.
Ristrutturazione Completa.
Direzione Lavori: Dip. Tecn. ASL 2.
Importo lavori: € 3.907.258,39;
Fine lavori: Giugno 2004.

Ospedale "S. Paolo" di Savona
Padiglione Astengo:
Ristruttrazione e messa a norma.
Progetto e Direzione lavori: Dip. Tecnologico ASL 2;
Importo lavori: € 1.786.339,14;
Fine lavori: Settembre 2003.

Come è noto da alcune settimane l'Ingegner Carlo Buscaglia, direttore dell'U.O. Gestione impianti e apparecchiature è ricoverato in gravissime condizioni presso il reparto di rianimazione dell'ospedale S. Paolo di Savona. Con questa notizia vogliamo significare la partecipazione di tutti i colleghi esprimendo a Lui e ai suoi familiari la nostra solidarietà.

In attesa del nuovo ospedale in regione Ledoga per il quale i Comuni di Albenga, Alassio e Cisano sul Neva hanno già approvato le varianti ai rispettivi strumenti urbanistici

Ristrutturata l'antica sede ora funzionale alle esigenze di tutte le Unità operative e dei servizi, nominati tutti i direttori, migliorato il comfort dei pazienti

Teresiano De Franceschi
Direttore gestionale dell'Ospedale di Albenga

E' trascorso un anno da quando, approvato dall'Atto di Autonomia Aziendale il Direttore Generale della ASL 2 ha proceduto alla nomina del Direttore Gestionale di Presidio, figura innovativa, nello spirito del Piano Sanitario Regionale per procedere nella direzione della separazione delle funzioni tra Ospedale e territorio.
In questo anno con una vincente sinergia tra i vertici aziendali, il personale medico, il personale sanitario, le U.O. Tecniche ed amministrative siamo riusciti a far compiere all'Ospedale S.M. di Misericordia di Albenga passi da gigante per irportarlo all'efficienza, funzionalità ed economicità che sono necessari alla popolazione del Comprensorio Ingauno, nell'attesa dell'entrata in funzione del nuovo Ospedale in regione Ledoga.
E' terminata la ricostruzione del tetto ed il restauro della facciata che riportano il vecchio convento cinquecentesco attuale sede dell'Ospedale di Albenga agli antichi splendori con una spesa dioltre 1.500.000 , soldi ben spesi in quanto tale investimento verrà integralmente ricuperato con la vendita di questo bene per finanziare la costruzione del Nuovo Ospedale.
In tal modo, a breve, l'Ospedale riacquisterà così gli spazi necessari ad avere piena funzionalità per tutte le Unità Operative ed i Servizi oltre a tornare ad essere un gioiello architettonico di uno dei più bei Centri Storici della Liguria e, permettetemi un po' di campanilismo, d'Italia.
Come previsto sta terminando la messa in opera di due modernissime sale operatorie componibili, nonché di lacune camere di degenza dotate di ogni comfort per poter svolgere all'interno dell'Ospedale l'attività libero professionale, ed anche in questo caso il finanziamento verrà quasi completamente recuperato in quanto al momento del trasferimento nel nuovo Ospedale le sale operatorie potranno essere colà rimontate.
E' stata effettuata, in questo anno, proprio nelle more del restauro ora terminata, una operazione che ha portato, ad acquisire, con un contratto di affitto di beni e servizi, Villa Salus, una clinica privata a pochi passi dall'Ospedale ove si sono potute insediare le divisioni di ORL ed OFT ed ampliare le sedute operatorie, che hanno portato in due mesi di utilizzo una caduta delle liste di attesa per effettuare l'intervento di cataratta a 3 mesi (a inizio 2002 era 8 mesi) e prevediamo che al momento in cui l'articolo andrà in stampa il tempo di attesa sarà azzerato (credo unico caso in tutta la Liguria).
Sono stati nominati TUTTI i Direttori di U.O. che negli anni erano stati mano a mano tolti da Albenga per accorparli con quelli di Savona.
In particolare sono stati nominati il Direttore Sanitario Dr. Vincenzo Furfaro, il Direttore dell'U.O. Anestesia Dr. Giorgio Barbino, il Direttore dell'U.O. Radiologia Dr. Orlandi, il Direttore dell'U.O. Otorinolaringoiatria Dr. Marino Peirano, il Responsabile del P.S. Dr. Giancarlo Abregal, ed è stato espletato l'11 marzo il concorso per il Direttore dell'U.O. Oculistica e siamo in attesa delle decisioni del Direttore Generale.
Presso la Divisione Medica sono stati installati tre monitor multifunzionali più due in telemetria per poter seguire malati complessi venendo a costituire un'area ad alta intensità di cura che così buoni frutti ha dato presso l'Ospedale di Savona.
Con l'acquisizione di un modernissimo ecodoppler la Divisione di Medicina ha ripreso l'esecuzione di un esame che l'aveva vista, agli albori di questa tecnica, all'avanguardia e che in seguito per miopi politiche di bilancio era stata costretta ad abbandonare costringendo i pazienti a recarsi i altri ospedali.
Per il comfort dei pazienti in alcune delle sezioni di degenza sono stati installati televisori in tutte le stanze e nel corso dell'anno verà esteso questo servizio in tutte le camere di degenza così come è attivo, presso il DH medico, sempre nell'ottica di migliorare il comfort dei pazienti, un impianto di filodiffusione musicale, che dovrebbe alleviare i pazienti che là devono soggiornare per terapie giornaliere, a volte anche pesanti, il fastidio e la noia di un prolungato soggiorno a letto.
E' operante ormai da molti mesi una guardia anestesiologica sulle 24 ore che permette una assistenza continua specializzata a malati critici permettendo di trattenere presso il nostro nosocomio patologie di maggiore complessità.
Allo scopo di migliorare il servizio nel-

l'area di emergenza e aumentare la complessità dei casi trattati nel nostro Ospedale è attiva una guardia tecnica sulle 24 ore nel laboratorio di analisi ed i radiologia in modo di fornire al Pronto Soccorso ed ai reparti di degenza risposte diagnostiche in tempo reale.
Con la collaborazione dei Servizi Territoriali abbiamo la presenza quotidiana del neurologo in Oepedale cosa che ci permette di ridurre in modo sensibile i trasferimenti per consulenza in altri nosocomi.
E' stato totalmente ristrutturato il vecchio Pronto Soccorso ove nei prossimi giorni verrà sistemato il 118 permettendo di avere una maggiore integrazione tra i servizi di emergenza territoriali ed ospedalieri.
Con l'opera del personale interno e la supervisione dell'U.O. Tecnica aziendale è stata completamente ristrutturata la Cardiologia, restauro che ha incontrato l'ammirazione ed il compiacimento dell'Assessore Regionale alla Sanità e che permetterà un migliore utilizzo delle modernissime apparecchiature di cui è stata dotata comprese quelle per l'esecuzione dei Tilt Test ed i controlli dei pace maker che prima costringevano i pazienti a viaggi presso altri nosocomi.
Come avete potuto leggere in altri articoli il Day Surgery del nostro ospedale è efficientissimo ed ormai interventi che un tempo richiedevano lunghe e fastidiose degenze si risolvono nell'arco di poche ore, cosicché interventi di ernia, varici, ed anche colecistectomie divengono per la bravura dei colleghi chirurghi, e l'efficienza di gestione del Day Surgery, poco più che fastidiose formalità. E' talmente alto il grado di organizzazione che uno dei medici che in esso opera fa parte della commissione regionale che organizza e regolamenta tale attività.

Tabella Realizzazioni 2002

Sistemazione tetto e facciata ala storica

due sale operatorie nuove

4 camere per intramoenia

nomina dei direttori U.O.

Direttore Sanitario

Radiologo

Anestesista

Otorinolaringoiatra

Oculista

Responsabile P.S.

Letti monitorizzati in medicina

TV nelle camere

Guardia anestesiologica h 24

ristrutturazione cardiologica

Tilt Test

Controllo Pacemaker

118 in Ospedale

Tavolo radiografico digitale
ed ecografo dedicato al PS

Ambulatorio per le patologie minori in PS

Day Surgery centralizzato

La Radiologia è stata dotata di due modernissimi tavoli radiografici completamente digitali di cui uno dedicato per ottimizzare i tempi ed i percorsi per i pazienti afferenti al Pronto Soccorso, nonché di un nuovo ecografo per ridurre i tempi di attesa dei pazienti. E' necessario anche segnalare che con un encomiabile sforzo di tutto il personale il servizio TAC è stato finalmente esteso, nelle ore diurne, anche al Pronto Soccorso.
A proposito del Pronto Soccorso l'utilizzo dei nuovi locali, la nuova sistemazione dell'Ambulatorio per le patologie minori all'interno dell'area critica ha comportato un aumento degli accessi arrivati nel 2002 a oltre 32.000 (sic!) che testimoniano quale sia l'impatto e l'amore della popolazione del Comprensorio per l'Ospedale S.M. di Misericordia di Albenga.
Durante quest'anno anche le procedure per la costruzione del nuovo ospedale hanno fatto passi da gigante. I Consigli Comunali di Albenga, Alassio e Cisano sul Neva hanno approvato le varianti ai rispettivi piani regolatori utili a valorizzare al massimo i beni dell'ASL necessari al finanziamento del Nuovo Ospedale; il Comune di Albenga ha acquistato dal demanio militare la parte di area da aggiungere a quella di sua proprietà su cui verrà costruito l'Ospedale, in regione Ledoga; l'ASL e il Comune hanno stipulato una convenzione per la cessione in diritto di superficie dell'area in questione; il progetto definitivo è terminato e a giorni, al termine della Conferenza dei servizi che si sta svolgendo in Regione, verrà rilasciato il titolo edilizio (quella che è comunemente chiamata concessione edilizia) che permetterà all'ASL di indire la gara europea per la costruzione dopodiché pochi mesi per il progetto esecutivo e poi, finalmente, vedremo sorgere il Nuovo Ospedale di Albenga.
Per il futuro e fino al trasferimento nella nuova sede verranno ulteriormente potenziati tutti i servizi ad oggi in essere e sono in progetto attività dipartimentali che porteranno nel nostro ospedale nuove attività specialistiche in modo di completare la rosa dei servizi che sono necessari ad un ospedale con una intensa valenza territoriale come il nostro.

Entra nel terzo anno di attività la cooperazione con la città di Nova Venécia in Brasile

Il nostro impegno totale a difesa dei bambini vittime di gravi violenze o di inadempienze familiari

Tra gli obiettivi la formazione del personale locale e il coinvolgimento dei Soggetti istituzionali

Maria Pia Esposito
Dirigente psicologo – ASL n. 2 del Savonese
Nucleo Operativo Consultoriale Ambito 1 Albenga
Dipartimento Assistenza Socio Sanitaria e Riabilitazione

Nel 2001 ha avuto inizio il progetto triennale di cooperazione internazionale in Brasile che vede l'impegno del Dipartimento di Assistenza Socio Sanitaria e Riabilitazione ed al quale partecipo in qualità di cooperante responsabile tecnico del progetto.
Il progetto, denominato: "C A S A L A R" - Protezione in forma di accoglienza, orientamento e appoggio socio-famigliare in difesa dei diritti dei bambini/adolescenti vittime di violenze o di gravi inadempienze famigliari e recupero dell'istituto della famiglia, ha ricevuto l'approvazione e finanziamento dall'Unione Europea in qualità di progetto pilota.
Questo progetto ha l'obiettivo di migliorare la qualità dell'attività della Casa Lar perché passi da una fase, provvisoria parzialmente organizzata ad una fase caratterizzata da una metodologia di lavoro strutturata in maniera stabile, efficiente, efficace, attraverso la formazione e qualificazione di operatori locali.
Il raggiungimento degli obiettivi del progetto permetterà di promuoverlo anche presso altre Prefetture e pubbliche Istituzioni.
Il progetto Casa Lar si localizza in un quartiere popolare della città di Nova Venécia - ES. (Brasile); in prossimità del centro della città e di facile accesso alle scuole pubbliche, al centro sanitario, servito di acqua, luce, telefono e risanamento di base.
A partire dal 2001 il progetto ha iniziato l'implementazione di un programma di qualità a garanzia di un intervento integrale e personalizzato su ciascun bambino e nucleo famigliare multiproblematico, creando un gruppo interdisciplinare costituito dai vari rappresentanti del servizio pubblico e privato: Gruppo di lavoro integrato.
Dalla metodologia messa a punto ne sono derivati vantaggi quali:
• massima attenzione verso i bisogni dell'utenza (i bambini),
• efficacia dell'intervento prestato,
• efficienza del sistema che presta il servizio,
• conservazione dell'esperienza acquisita dalla struttura,
• operatori preparati ed aggiornati,
• trasparenza nelle attività svolte e nel servizio prestato.
Tra gli obiettivi principali del progetto, che mi impegnano in prima persona, c'è la formazione del personale locale che prevede il coinvolgimento delle Istituzioni locali quali i Comuni, i Tribunali per i Minorenni e il Servizio sanitario locale.
Il progetto, rivolto essenzialmente alla tutela dell'infanzia e al miglioramento della qualità della vita in seno alla famiglia, vede coinvolti in tal senso non solo il bambino ma la famiglia intera inserita nel tessuto sociale; ed è proprio in questa direzione che il programma del progetto sta sviluppando positivamente iniziative rivolte alla formazione, avviamento al lavoro e generazione di rendita delle mamme (PRO.CA.RE. – Programma di capacitazione e riscatto sociale).
Nell'attività della casa lar la pluralità degli interventi previsti sui minori accolti, il coinvolgimento di personale operante in diversi comparti (Tribunale, Servizi Sociali, Sanità, Volontariato, ecc..), l'utilizzo di strumenti e servizi di rete, il rispetto di leggi e regolamenti di settore rendono necessaria l'istituzione di regole e procedure che possano garantire nel tempo un servizio di attendimento ai bambini corretto e completo, e un miglioramento continuo del servizio prestato.
Elementi essenziali di un sistema qualità sono:
• la definizione della "mission" e di una appropriata conseguente politica,
• l'organizzazione di una idonea struttura di servizio,
• la definizione dei processi operativi,
• la definizione degli obiettivi e la pianificazione delle attività,
• la disponibilità delle risorse necessarie,
• il controllo delle attività,
• la gestione della documentazione.
L'inserimento di un Sistema Qualità all'interno di una struttura "aperta" quale è quella della casa lar richiede un grande impegno da parte di tutti gli attori coinvolti nel servizio di attendamento ai bambini. Il successo di tale progetto dipende prima di tutto dall'amore e dalla disponibilità presente in ognuno di noi, coinvolti più o meno in una azione dove l'obiettivo principale è dare una opportunità di vita a chi sfortunatamente non ne ha avute.
Nel riquadro, alcuni dati statistici sull'attività svolta:

Nel 2002 sono passati per la Casa Lar 70 bambini come segue:

Destinazione	Totale
Reintegrazione famigliare	61
Adozione nazionale	5
Adozione internazionale	2
Affido provvisorio	-
Tutela	-

Alcuni tra i dati più significativi che evidenziano i risultati raggiunti col nuovo modello di lavoro proposto sono legati all'attendimento integrale ai bambini (PPA):

Destinazione	Totale
Ricoveri ospedalieri/giorni di degenza	8/38
Visite medico-specialistiche	160
Interventi psico-pedagogici	195
Esami di laboratorio	171
Ricreazione, sport, eventi culturali, ecc..	132
Colloqui psicologici, visite domiciliari, studi sociali	121
Interventi di emergenza	22
Piani personalizzati di intervento (PPA)	48
Incamminamento all'insegnamento pedagogico- scolastico	58

Col terzo ed ultimo anno di progetto si prevede la conclusione delle attività con la pubblicazione di un testo relativo ai risultati e agli obiettivi raggiunti, che sarà diffuso sia in Brasile che in Italia e con la realizzazione di un seminario divulgativo in Brasile. L'autore ringrazia per la sensibilità dimostrata sia dalla Direzione Generale dell'ASL, sia dal Direttore del Dipartimento di Assistenza Socio Sanitaria e Riabilitazione diretto dalla dottoressa Paola Pregliasco, che hanno contribuito con la loro disponibilità alla realizzazione del progetto di cooperazione internazionale.

Riflessioni dopo il ritorno in Italia da una esperienza sanitaria al "St. Mary's" di Lacor in Uganda

L'ospedale africano già al centro di un'epidemia di virus "Ebola" ha un bacino di utenza di un milione di persone

Giancarlo Rodino
I.I.D. Operatore Professionale Sanitario Esperto
Dipartimento Assistenza Socio Sanitaria e Riabilitazione
dell'A.S.L. n. 2 del Savonese

Tra il 15 novembre 2001 ed il 14 novembre 2002 sono stato coinvolto in un programma di cooperazione internazionale nel nord dell'Uganda presso l'ospedale St. Mary's di Lacor (Gulu).
Alcuni dei lettori, probabilmente, ricorderanno questo ospedale per essere stato il punto di riferimento ugandese (tra l'ottobre del 2000 ed il febbraio del 2001) durante un'epidemia di virus Ebola. Dei trecento, circa, casi trattati nei 5 mesi di epidemia, 85 sono stati i decessi tra cui 14 tra il personale dell'Ospedale e precisamente 3 allievi infermieri, 7 infermieri, 3 aiuto infermieri ed 1 medico.
L'attività dell'ospedale, notissimo in Africa per la qualità dei servizi erogati, si rivolge ad un bacino d'utenza di circa un milione di persone e si concretizza in 26 mila ricoveri l'anno e 250 mila contatti (visite ambulatoriali, day hospital ecc). Sono presenti i reparti base (medicina, chirurgia, traumatologia, pediatria, T.B.C., malnutriti, pronto soccorso, unità di cure intensive) per un totale di 475 letti (con un tasso d'occupazione del 115%) ed i servizi essenziali (laboratorio, farmacia, radiologia, ecografia, endoscopia, blocco operatorio, centrale di sterilizzazione, lavanderia). Dato l'alto tasso di fertilità, il reparto che più lavora è, ovviamente, la pediatria seguito a ruota dalla medicina e chirurgia. Un discorso particolare merita il reparto malnutriti: da quando la ribellione al governo centrale si è intensificata (febbraio 2001), e con essa gli assalti alla popolazione residente nei vari distretti, l'economia locale (basata principalmente sull'agricoltura di sussistenza) è crollata e l'occupazione dei 45 posti letto del reparto si è stabilizzata sul 210%. Le patologie più rappresentate sono l'AIDS, la malaria, le affezioni delle vie respiratorie e la chirurgia di guerra in tutte le classi d'età.
L'ospedale, fondato nel 1960 dal Dr. Piero Corti, è diretto da un consiglio d'amministrazione tra i cui componenti siede, di diritto, il direttore del dipartimento infermieristico; è sostenuto dalla Fondazione Piero Corti (per il 60% del totale dei costi), dal Governo ugandese (20%) ed il contributo diretto dei pazienti (20%). Il bilancio annuo complessivo e di 1,6 milioni di dollari.
Durante la mia permanenza sono stato attivamente coinvolto, in qualità di "Consultant Principal Nursing Officer" nella riorganizzazione del dipartimento infermieristico dell'ospedale, nell'insegnamento ai 152 allievi della locale scuola di nursing e nella pianificazione dei corsi d'aggiornamento per il personale infermieristico. Miei collaboratori principali sono stati la "matron" dell'ospedale (termine anglosassone ormai desueto che indica il Direttore del Dipartimento infermieristico degli ospedali del "terzo mondo"), la direttrice della scuola e le "in-charge" (Capo Sala) dei vari reparti e/o servizi. La mia presenza si è concretizzata, per quanto attiene la riorganizzazione dell'assistenza, nell'adozione di un nuovo schema di turnazione (il vecchio "3 – 1") in

sostituzione dello schema sino ad allora in uso e che prevedeva sei lavorativi diurni ed un riposo, 7 notturni smonto e due riposi; creazione di protocolli relativi allo smaltimento dei rifiuti taglienti e preparazione dei relativi contenitori rigidi utilizzando materiale di recupero; abolizione del sistema di "sterilizzazione" mediante bollitura ed introduzione del metodo a secco per gli strumenti di medicazione; istituzione di una "reparto scuola" nel reparto di medicina (la sezione femminile); incentivazione dell'uso di materiale monouso; introduzione di un sistema (artigianale ma funzionale come confermano i risultati dei test microbiologici) di disinfezione delle padelle e pappagalli; progettazione, costruzione ed utilizzo di solleva malati a barella; acquisto di barelle a cucchiaio e formazione del personale al loro uso. Rispetto all'attività didattica l'intervento formativo è stato mirato alla formazione "on job" di tre Clinical instructors, cui compito è quello di seguire gli allievi in tirocinio e facilitare l'inserimento di nuovi infermieri in reparto; introduzione del processo di nursing, a livello teorico, presso la scuola infermieri; elaborazione, realizzazione ed implementazione di un modello di cartella infermieristica nel reparto scuola esteso all'intero reparto di medicina ed in corso d'adozione in chirurgia al momento della mia partenza; training all'uso della cartella del personale dei citati reparti. Con la collaborazione attiva delle Capo Sala, sono stati progettati due corsi d'aggiornamento per il personale infermieristico l'uno relativo alle tecniche di prelievo, conservazione, trasporto e registrazione degli esami di laboratorio, l'altro di Basic Life Support, ad entrambe hanno partecipato tutti gli infermieri in servizio. In collaborazione con la Matron e due Capo Sala, sono state preparate due relazioni presentate a congressi internazionali relative, rispettivamente, all'esperienza maturata durante il "periodo Ebola" e di presentazione del protocollo e dei materiali usati per lo smaltimento dei taglienti.

Un sentito grazie all'Azienda che mi ha permesso questa esperienza, all'Associazione Italiana di Solidarietà tra i Popoli (AISPO) la O.N.G. che mi ha scelto per questo impegnativo compito, ai colleghi italiani (un chirurgo, un farmacista ed un biologo) che hanno lavorato con me ed a Voi lettori per la cortese attenzione.

L'ospedale "S. Paolo" di Savona poggia le sue fondamenta su circa 3.800 pali di ontano poiché "galleggia" sulla falda acquifera sottostante

Nel 1890 furono costruiti quattro pozzi per rifornire d'acqua le corsie, la cucina e la lavanderia

G.B. Ghigliazza

Talvolta mi sono state chieste notizie sullo stato e sul contenuto dei sotterranei o cantine dell'edificio del San Paolo di Corso Italia. Non esistono sotterranei nella vecchia sede per il semplice motivo che sarebbero pieni di acqua cosa che di fatto succede negli unici piccoli locali sotterranei, praticamente non utilizzati, situati sotto la sede dell'ex cucina prospiciente via Giacchero, puntualmente allagati non appena nel Letimbro scorre una pur minima quantità d'acqua.

Questa caratteristica ricchezza d'acqua del sottosuolo ben la conosceva il Consiglio Comunale quando nel "*Programma per la costruzione di un nuovo ospedale nella città di Savona*", inviato agli Ingegneri e Architetti che concorrevano per l'assegnazione del progetto scrisse: "*L'acqua si avrà dai pozzi, che potranno essere praticati ovunque si riconoscerà più conveniente, e saranno segnati sul progetto attesochè la località presenta facile mezzo di praticarne in ogni sua parte.*"

Il problema dell'acqua del sottosuolo (la falda acquifera si trova a 2 metri di profondità) si presentò immediatamente ai costruttori dell'edificio che lo risolsero, come apprendiamo dall'ottima relazione di M. Levi e G. Simoncelli [1], con le fondamenta poggianti su circa 3.800 pali di ontano.

Seguendo le indicazioni dell'Amministrazione comunale furono così costruiti più pozzi nei quattro cortili che oltre a servire per l'irrigazione del terreno servivano ovviamente per il rifornimento di acqua delle corsie, della cucina e della lavanderia. I due cortili di sud e quello di nord-ovest erano coltivati ad aranceto e la vendita delle arance era uno dei cespiti del San Paolo tanto che in quarant'anni solo due volte risulta che non trovandoli a vendere l'Amministrazione, decise di donarne una parte alle suore e una parte ai ricoverati dell'Ospedale e dell'Ospizio del Santuario.

Il rifornimento di acqua causò un primo problema a due anni dall'inaugurazione ma poi di essa, tranne che di quella piovana che filtrava dai tetti, non si parlò più fino al 3 Giugno del 1890 quando il Presidente comunicò alla Commissione Amministratrice: *"che nel prossimo mese di Ottobre a cura della Società Galoupin dicesi che verrà messa in attività l'acqua potabile pel servizio della città e che sarebbe conveniente e utile adottarla. Propone qualora la Commissione intenda farne uso, di incaricare qualche membro della Commissione di studiare un progetto di impianto e canalizzazione per la distribuzione interna. La Commissione sentita l'esposizione e proposta del Presidente, fatte le opportune considerazioni sulla utilità di avere nello stabilimento l'acqua potabile delibera di adottarla in servizio dello stabilimento ed incarica i membri sig. Cacciò* [ingegnere], *delegato ai lavori, e Meirocco* [medico], *delegato per l'Ospedale, di studiare un relativo progetto d'impianto e distribuzione."*

Non risulta, dalla documentazione successiva in nostro possesso, che la Commissione abbia mai concluso i suoi lavori ma fortunatamente, come molte volte sarebbe avvenuto i seguito, San Paolo in persona offrì un aiuto insperato. Esattamente un anno dopo, infatti, (16 Giugno 1891) la Società Anonima Acquedotto di Savona comunicava al Presidente dell'Ospedale che *"unanimemente animata dal desiderio di contribuire al benessere di questo ospedale ha deliberato di concedere all'Amministrazione dell'Ospedale Civico di San Paolo l'acqua di cui essa avrà bisogno senza limitazione di quantità al prezzo di centesimi quindici per metro cubo* [circa 1.200 lire attuali mentre per i privati il costo era di 25 centesimi al m^3] *assumendo a carico della società le spese tutte occorrenti per la deviazione e diramazione dell'acqua potabile all'interno dell'ospedale cioè collari e valvola di presa, tubi, rubinetti d'arresto, contatore e un rubinetto di presa per ogni piano con vaschetta e relativi tubi di scarico*." L'Ammi-

nistrazione ovviamente accettò non senza aver prima considerato che *"l'acqua che si consuma nello stabilimento nella quantità a calcolo di tre metri cubi, viene giornalmente attinta dai pozzi a mezzo di pompe aspiranti-prementi assai faticose per le quali è necessaria l'opera di inservienti o di un uomo con la spesa approssimativa di Lit. 700 annue, e che invece provvedendosi l'Ospedale a mezzo dell'Impresa dell'acqua potabile alle offerte condizioni la stessa quantità di tre metri cubi d'acqua al giorno al prezzo di cent. 15 a M.c. la spesa si ridurrebbe a sole 164,25 circa annue, per cui, anche duplicandosi il consumo con vantaggio dell'igiene la spesa resterebbe ancora al di sotto della metà di quella attuale, e si potrebbe anche profittarne per servizio di lavanderia delle biancherie*." Il Presidente ringraziò pertanto la Soc. Acquedotto per le concesse facilitazioni e inviò la delibera al Municipio, quale proprietario del fabbricato, per la necessaria approvazione

Le considerazioni e le previsioni degli Amministratori del San Paolo, di cui non si ha notizia abbiano mai frequentato corsi di menagement alla Bocconi, risultarono tuttavia per cinque anni in linea con le previsioni poichè effettivamente tanti ne occorsero perché il consumo di acqua raddoppiasse, A dieci anni dall'impianto il consumo era quadruplicato, ma, essendo rimasto invariato il costo a m^3, l'Amministrazione rimase in pari con le spese del 1890. Il consumo del 1900 fu,infatti, di 5.230 m^3 con una spesa di lire 744,30. Ci vollero altri 100 anni per raddoppiare ulteriormente il consumo pro capite di acqua; nel 1900 i ricoverati al San Paolo furono poco più di 1.000 con un consumo medio pro capite di 5,23 mc^3 mentre nel 2.001 i ricoverati furono circa 24.000 con un consumo globale di 262.389 mc^3 e di 10,93 mc^3 pro capite.

Una quindicina d'anni dopo l'Ufficiale sanitario del Comune di Savona in una sua relazione sull'impiego dell'acqua potabile nel Comune evidenziava il notevole miglioramento della situazione igienica globale del Comune di Savona con una notevole diminuzione delle malattie infettive e diffusive della popolazione. In effetti, fu dall'inizio del secolo XX, come abbiamo già avuto modo di affermare, che il San Paolo diede iniziò a un suo progressivo e rapido miglioramento che coincise, se non fu addirittura da esso promosso, con il miglioramento di tutta la sanità savonese.

[1] M. Levi - G. Simoncelli, "Relazione storico-artistica sull'Ospedale Civico San Paolo, 1991.

EDITORE
SANITÀ NOTIZIE
ASL 2 AZIENDA SANITARIA LOCALE 2 SAVONESE

Periodico trimestrale di informazione dell'ASL n. 2 del Savonese

I dati riferiti ai destinatari di "Sanità Notizie" vengono utilizzati esclusivamente per l'invio della pubblicazione e non vengono ceduti a terzi per nessun motivo

DIREZIONE

Ubaldo Fracassi
Direttore generale
Mario Carminati
Direttore Amministrativo
Franco Vairo
Direttore sanitario

© Copyright ASL n. 2 Savonese
Via Manzoni, 14 - 17100 Savona
Tel. 019 84041
C.F. e P. IVA 01062990096

Stampa: Coop Tipograf
C.so Viglienzoni, 78 r.
17100 Savona
Tel. 019 804947 - Fax 019 806657
e-mail: cooptipo@tin.it

REDAZIONE

Direttore editoriale: **Giampiero Storti**
e-mail: g.storti@asl2.liguria.it

Direttore responsabile: **Mario Lorenzo Paggi**

Hanno collaborato a questo numero:
Ubaldo Fracassi; Giorgio Menardo; M.I. Rossello; Giuseppe Romagnoli; Fabio Faranda; Michele Giugliano; Hugo Martines; Elmo Fanciulli; Vito De Giglio; A. Panero; R. Rolla; Roberto Larza; Guglielmo Lagorio; Maura Chiarlone; Claudio Balbi; Gian Luigi Figini; M. Bessero; E. Farulla; Cesare Branchetti; Aldo Oriti; Teresiano De Franceschi; Maria Pia Esposito; Giancarlo Rodino; G.B. Ghigliazza, Paolo Bellotti, Margherita Vizio, G. Storti, N. Sguerso, A. Leonardi, Morena Scurani, V. Giusta, M. Selis.

Questo numero è stato stampato e distribuito gratuitamente in 9.700 copie e inviato presso le U.O. agli oltre 3000 dipendenti dell'A.S.L. n. 2 Savonese, a tutti i medici iscritti all'Ordine provinciale di Savona, a tutti i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta della Provincia di Savona e alle oltre 100 farmacie per la distribuzione diretta ai pazienti. Viene inviato alle Istituzioni, ai Comuni e alle Parrocchie, alle Associazioni di Tutela e Volontariato, ai Sindacati. Una parte viene distribuita gratuitamente presso i nostri ambulatori.