

Salvatore Singarelli

Primario al “S. Spirito”

(1988 - 2012)

L'ESPERIENZA
DI UN
MEDICO
OSPEDALIERO



Sommario

| | |
|--|----|
| Prefazione | 4 |
| Organizzazione della attività e routine della Divisione di Otorinolaringoiatria (fine anni '80) | 6 |
| Organico della Divisione ORL, la catena di comando, attrezzature e tecnologia (fine anni '80) | 10 |
| Organico | 10 |
| La catena di comando | 10 |
| Attrezzature e tecnologia della Divisione..... | 11 |
| Ambulatori visita | 11 |
| Audiovestibologia..... | 12 |
| Sala operatoria | 12 |
| Sterilizzazione | 13 |
| Interventi di riconversione della attività della Divisione, implementazione tecnologica, programmazione della attività (anni '90-2000) | 15 |
| Il giro della corsia del Primario con i suoi Collaboratori. | 15 |
| La presa in carico del paziente ricoverato, primi interventi per l'umanizzazione della Corsia | 17 |
| La riorganizzazione della attività ambulatoriale..... | 17 |
| Nuovi ambulatori (otologia, oncologia, vestibologia)..... | 18 |
| Interventi strutturali | 18 |

| | |
|---|-----------|
| La comunicazione..... | 20 |
| La sala operatoria | 20 |
| Interventi strutturali | 20 |
| La teleria monouso in sala operatoria..... | 21 |
| La sterilizzazione..... | 22 |
| L'implementazione tecnologica | 23 |
| La sicurezza in sala operatoria..... | 24 |
| La programmazione dei ricoveri..... | 27 |
| Il percorso post ricovero | 28 |
| Day Hospital e Week Surgery (2002-2003) | 34 |
| Il GIC (Gruppo Interdisciplinare Cure) testa e collo, (2010) | 38 |
| Tiroide | 44 |
| L'ambulatorio polispecialistico per lo studio e la cura delle malattie della tiroide..... | 44 |
| Gruppo tiroide ASL AL (2009)..... | 45 |
| Attività di formazione (anni '90 -2012) | 47 |
| <i>1990. La protezione del personale sanitario e del paziente da infezioni gas, elettricità, farmaci, in ambito ORL. Problemi e assetti organizzativi</i> | <i>48</i> |
| <i>1994-2012. Workshop di Otologia (18 edizioni, dal 1994 al 2012)</i> | <i>49</i> |
| <i>1995. La malattia nodulare della tiroide.....</i> | <i>50</i> |

| | |
|--|----|
| <i>1994-1997 Corso policentrico di microchirurgia otologica (4 edizioni dal 1994 al 1997)</i> | 50 |
| <i>1999. I tumori maligni del cavo orale e orofaringe (dalla diagnosi alla terapia)</i> | 53 |
| <i>2005-2011. Corso teorico pratico di chirurgia della Tiroide (7 edizioni, dal 2005 al 2011)</i> | 54 |
| <i>2005-2006. Assistenza e gestione del paziente tracheotomizzato (2 edizioni)</i> | 57 |
| <i>2005. Le masse laterocervicali (percorsi clinico diagnostici). (2 edizioni)</i> | 57 |
| <i>2007. La malattia nodulare e il tumore differenziato della tiroide: dalla diagnosi alla terapia</i> | 57 |
| <i>2008 Corso pratico di ecografia per Medici di Medicina generale</i> | 57 |
| <i>2011. Le malattie della tiroide, dalla diagnosi alla terapia, focus sui percorsi aziendali (3 edizioni)</i> | 59 |
| <i>2012. Il paziente tracheotomizzato</i> | 61 |
| Casistica operatoria | 61 |
| Orecchio | 63 |
| Collo e ghiandole salivari: | 63 |
| Naso e seni paranasali: | 63 |
| Cavo orale..... | 63 |
| Per concludere | 64 |
| Ringraziamenti | 66 |

Prefazione

Sino agli anni '90 il Primario presentava a fine anno alla Direzione sanitaria dell'Ospedale una relazione sulle attività della struttura della quale aveva la responsabilità. Venivano elencate, in una sorta di consuntivo, le prestazioni effettuate, numero e tipologia degli interventi, eventuali criticità nell'assetto organizzativo, progetti per l'anno a venire. Le relazioni venivano raccolte in un piccolo volume e distribuite a chi ne facesse richiesta.

Era un modo per avere una opinione documentata sia sul livello professionale dei Colleghi sia sulla capacità di risposta globale dell'Ospedale alle aspettative dei cittadini.

Il nuovo assetto giuridico del Medico ospedaliero ha modificato la prospettiva. Il Primario è un dirigente, Direttore della SOC (struttura operativa complessa) di pertinenza. Risponde ad un mandato aziendale formulato attraverso obiettivi. Alla annuale relazione di attività si è sostituita la scheda degli obiettivi e le percentuali numeriche che testimoniano l'aderenza agli obiettivi della attività della struttura.

L'opuscolo che consegno alla attenzione del lettore, è la relazione sintetica dei miei 24 anni da Primario dell'Ospedale "S. Spirito" di Casale Monferrato. Il 16/5/1988 mi furono consegnate le chiavi del Reparto con il suo capitale umano e tecnologico. Ventiquattro anni dopo le riconsegno col bilancio delle cose fatte.

Organizzazione della attività e routine della Divisione di Otorinolaringoiatria (fine anni '80)



Anni '80; la Divisione ORL

I posti letto della Divisione di Otorinolaringoiatria erano poco più di 20. La parte alberghiera era piuttosto carente e mostrava i segni del tempo. Poco spazio era destinato alla parte direzionale

della Divisione: una stanza di degenza era stata riconvertita a studio del Primario, uno dei bagni che un tempo serviva due camere di degenza era utilizzato dal Capo sala come ufficio per la programmazione della turistico degli infermieri. Un raccogliatore, appoggiato ad un tavolo nell'ambulatorio centrale, testimoniava una attività amministrativa fatta di una scarna corrispondenza con i vari uffici dell'Ospedale.

Le visite ambulatoriali non erano prenotate . Valeva la regola: siamo sempre aperti, dalle 9 alle 12. I pazienti si presentavano di buon ora, nelle prime ore del mattino. Un paravento mobile separava l'area di attesa dalla corsia Al di là del paravento si svolgeva la vita della corsia: l'andirivieni del carrello con i farmaci per la somministrazione delle terapie, il briefing quotidiano in cucina per il caffè, il giro malati. Alle 9, ultimato il lavoro in Corsia, ovvero la visita dei pazienti ricoverati, si aprivano le stanze visita per i pazienti ambulatoriali che erano in attesa sin dalle prime ore del mattino. Le impegnative, raccolte da un Infermiere, venivano suddivise in tre blocchi di uguale altezza : le visite destinate a ciascuno dei tre Medici della Divisione. L'attività si concludeva alle 11.

Qualche piccola variazione nella routine nei giorni di sala operatoria, il martedì e il giovedì, quando sporadicamente era richiesta la presenza di più di un Medico in sala operatoria.

Alla pausa pranzo seguiva un lungo pomeriggio dedicato alla attività professionale dei Medici, ad evadere le visite di pazienti

inviati dal Pronto Soccorso, al giro pomeridiano di controllo della Corsia.

Ricoveri ed interventi non erano programmati. I pazienti venivano ricoverati al bisogno dal Pronto Soccorso e dall'ambulatorio. Un numero significativo di pazienti, che superava di gran lunga i pazienti chirurgici, venivano ricoverati per accertamenti. Questo gruppo di pazienti in attesa di accertamenti, ovvero qualche visita specialistica, gli esami di laboratorio, qualche radiografia, dava alla Corsia quel tono familiare, alberghiero che abbiamo dimenticato da tempo, nella rapida rotazione dei pazienti chirurgici nella attuale situazione organizzativa della SOC. Un numero non sporadico di ricoveri che con i criteri attuali sarebbero stati definiti impropri, avevano una giustificazione non clinica ma "sociale": carenza di assistenza familiare e situazioni disagiate. Anziani con malattie croniche svernavano letteralmente nel Reparto.

Il paziente chirurgico si ricoverava diversi giorni prima dell'intervento chirurgico. La lunga attesa era destinata agli esami diagnostici e di preparazione all'intervento.

Il ricovero del paziente operato si concludeva a cicatrizzazione avvenuta.

| Data | SINTOMATOLOGIA E DECORSO | | PRESCRIZIONI |
|--------------|--------------------------|------|--------------|
| | Mattino | Sera | |
| 70 FEB. 1975 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |

In Lab. AX Ponce
 ECG

Interfero -
 meocoz.

Interfero

Le diete

**Cartella clinica: la pagina di diario di un paziente operato.
Nella colonna a sinistra i giorni di degenza**

L'indice di occupazione dei posti letto era molto elevato; a questo contribuivano pazienti in attesa, operati e sottoposti ad accertamenti. La percentuale di occupazione dei posti letto era un dato cruciale per l'Amministrazione, parametro principale sul quale si fondava l'erogazione delle risorse.

Organico della Divisione ORL, la catena di comando, attrezzature e tecnologia (fine anni '80)

Organico

Negli anni '80 la Corsia era affidata a infermieri professionali e generici. Il lavoro era coordinato da un Capo sala. Non vi era un organico dedicato alla Sala operatoria. Vi era un'unica infermiera strumentista che, quando era libera dagli impegni di sala operatoria, assisteva i Medici nelle attività ambulatoriali e faceva lavoro di corsia. I Medici in forza alla Divisione erano un aiuto, il Dr. G. De Agostino che già aveva retto le sorti della Divisione come Primario facente funzioni, e due Assistenti, il Dr. Paolo Fracchia e il Dr. Gianfranco Coppo.

Molti anni dopo, con il processo di aziendalizzazione degli Ospedali, cambiò lo stato giuridico dei Medici che da Primari, Aiuti e Assistenti, divennero Dirigenti di 1° e 2° livello (gli ex Primari).

La catena di comando

La catena di comando negli anni '80 era lineare. Organizzazione piramidale, responsabilità decrescenti dall'Aiuto (una sorta di sostituto del Primario e di fatto suo braccio destro) agli Assistenti. Progressione di carriera legata alla età ma anche alla capacità di ampliare l'area delle responsabilità sia gestionali-organizzative che professionali.

I margini di autonomia di ciascun Medico si realizzavano nell'ambito di indirizzi e direttive del Primario, il dominus della Divisione. Non vi era nessun tipo di "contratto" con l'Amministrazione sulla tipologia delle prestazioni che erano richieste al Primario. Detto altrimenti, il Primario faceva quello che voleva nell'ambito organizzativo. L'aziendalizzazione ha teoricamente fornito strumenti proporzionati alla attività nell'ambito di obiettivi; di fatto nulla è cambiato.

Attrezzature e tecnologia della Divisione.

Il bilancio clinico otorinolaringoiatrico di un paziente richiede un supporto tecnologico che nel corso degli anni si è arricchito di nuovi strumenti. L'Otorinolaringoiatra esplora piccole cavità anfrattuose. Indispensabili sono l'illuminazione delle cavità e gli strumenti ottici per ingrandire: ottiche rigide, flessibili, microscopio. Quale era la tecnologia a disposizione dei Medici della Divisione?

Ambulatori visita

Poltrone visita e riuniti visita risalivano agli anni '60 e alla tecnologia dell'epoca. Strumenti ottici: una ottica rigida per esame laringoscopico e un fibroscopio in pessime condizioni, un vecchio microscopio ZEISS degli anni '50. Arredi in alluminio da ambulatorio.



Divisione ORL, fine anni '80: la sala visita

Audiovestibologia

L'attrezzatura per l'audiologia era di buon livello, adeguata alle prestazioni richieste. Per la vestibologia la tecnologia era carente, al passo coi tempi. Negli anni a venire ci sarebbe stato un impulso e un rinnovamento delle apparecchiature diagnostiche.

Sala operatoria

Un microscopio ZEISS manuale tuttora in funzione. Nessun apparato di registrazione, nessun strumento ottico, solo ferri chirurgici destinati sia alla chirurgia testa e collo che alla

microchirurgia dell'orecchio, iniziata anni prima dal Prof. Nicelli, che aveva diretto la Divisione come Primario e proseguita poi dal Dr. De Agostino, anche se gli interventi di chirurgia dell'orecchio medio erano da considerarsi sporadici e marginali nella attività complessiva della Divisione.

Sterilizzazione



Divisione ORL, fine anni '80. la sala sterilizzazione e lavaggio dei ferri del reparto



Divisione ORL, fine anni '80: servizi igienici e sterilizzazione

Divisione

I ferri utilizzati per l'attività ambulatoriale venivano lavati e sterilizzati con un bollitore in uno dei bagni della degenza, riconvertiti a locale di sterilizzazione, senza perdere la loro funzione principale di sala da bagno.

Sala operatoria

Si alternava una sterilizzazione ad immersione dei ferri con una sterilizzazione in autoclave. La teleria veniva sterilizzata nel blocco operatorio della Chirurgia generale. I cestelli, aperti per un intervento, venivano richiusi e utilizzati anche giorni dopo, nella convinzione che il materiale contenuto fosse ancora sterile, essendo stato il cestello richiuso.

Interventi di riconversione della attività della Divisione, implementazione tecnologica, programmazione della attività (anni '90-2000)

Il giro della corsia del Primario con i suoi Collaboratori.

Il Primario che osserva, interroga il paziente in una camera con altri degenti, lo scambio di informazioni con i Collaboratori, l'accordo sul percorso diagnostico e sulla cura o, viceversa, la discussione nel caso di vedute divergenti, le indicazioni di tipo organizzativo all'infermiere e al capo sala: quali esami fare quali terapie somministrare, quando operare. Questo processo corale mi dava un sottile malessere per l'invadenza nella sfera privata del paziente, per l'atteggiamento paternalistico del Medico, per il colloquio infruttifero col paziente che, nei punti sensibili, ergeva una barriera di difesa. E che dire della catena delle responsabilità? Tutto condiviso in una sorta di corale presa in carico del paziente. Per questi motivi non ho inserito nella mia routine quotidiana il giro della Corsia. Un rapido giro della

Corsia era affidato ai Collaboratori, all’Aiuto, coadiuvato dagli Assistenti. Seguiva un briefing quotidiano sui ricoverati e sulla programmazione della attività giornaliera, prima che ognuno si dedicasse ai propri compiti. Il Primario visitava i pazienti singolarmente nella stanza visita, presentati da un medico e con l’assistenza di un infermiere.



Divisione ORL, fine anni '80: la Corsia

Ero a conoscenza, anche se non presente nel corridoio della corsia, della situazione generale del Reparto riferita ai pazienti

ricoverati. Ogni mattina trovavo sulla mia scrivania l'elenco dei pazienti, suddiviso in: pazienti in studio, pazienti in lista operatoria, pazienti operati, eventuali appoggi da altre Divisione; mi venivano segnalate le possibili situazioni critiche e i casi gravi. Questa sorta di antenna sul reparto è stata routine per 20 anni.

La presa in carico del paziente ricoverato, primi interventi per l'umanizzazione della Corsia

L'area degenza presentava evidenti carenze dal punto di vista alberghiero. Il reparto avrebbe dovuto essere ristrutturato secondo moderni criteri di edilizia sanitaria. La carenza alberghiera del reparto era condivisa da tutti i reparti di degenza dell'Ospedale, pertanto un intervento selettivo sul reparto ORL non era proponibile se non nell'ambito di un progetto generale di ristrutturazione dell'Ospedale, processo che si è avviato solo negli ultimi anni e che non è ancora concluso. Era comunque possibile un miglioramento della degenza riducendo il numero dei letti nelle camere con più di tre-quattro letti. E mi attivai con la Direzione sanitaria per promuovere una riduzione dei posti letto, non dando peso alla equivalenza letto = potere = risorse, ovvero meno letti meno potere meno risorse.

La riorganizzazione della attività ambulatoriale

Le attività della Divisione erano concentrate nelle prime ore del mattino, rallentavano poco prima della pausa pranzo. Nel

pomeriggio , salvo le urgenze, non c'erano attività programmate. Presi la decisione di spostare una parte delle sedute ambulatoriali nel primo pomeriggio.

Nuovi ambulatori (otologia, oncologia, vestibologia)

Organizzai ambulatori dedicati al paziente oncologico (follow up dei pazienti trattati) e al paziente otologico (operati di chirurgia dell'orecchio medio). I pazienti che afferivano in questi ambulatori, dalla loro istituzione nel 1988 a tutt'oggi, sono stati personalmente seguiti dal Primario; non ho mai fatto uscire da un controllo un paziente oncologico e di questo ne sono orgoglioso perché, a mia conoscenza, in ambito ORL non ci sono strutture che seguono i pazienti oncologici a vita.

Il paziente vertiginoso fu oggetto di una attenzione particolare, attraverso una moderna diagnostica strumentale e dando impulso alla riabilitazione. Uno dei miei Collaboratori, il Dr. G. Coppo, si è distinto nella cura del paziente vertiginoso e ipoacusico .

Interventi strutturali

La ristrutturazione delle attività richiedeva una diversa suddivisione degli spazi. Nell'Ospedale non era utilizzata in alcun ambito, amministrativo o clinico, una barriera divisoria, come ora si vedono ovunque, di vetro con struttura in alluminio. La divisione degli spazi era affidata a paraventi mobili, soffietti di tela montati su una cornice di alluminio. Feci erigere una barriera in vetro alluminio per separare la corsia dall'area ambulatoriale e utilizzai uno dei retrocorpi a segreteria di

Reparto. Le funzioni di segreteria (accettazione degli utenti, prenotazione visite, contatti telefonici con pazienti, archiviazione e corrispondenza, sistemazione e conservazione cartelle cliniche) furono affidate a turno a infermieri.



Divisione ORL, inizi anni '90. Il box segreteria nell'area di attesa

Le periodiche richieste di un impiegato amministrativo a cui affidare la segreteria rimanevano inevase. E' solo da due anni

che la Divisione ha in forza un segretario part time; presenza indispensabile per la registrazione delle prestazioni.

La comunicazione

La rubrica telefonica dell'Ospedale (reparti di Degenza, Servizi vari, Amministrazione) era contenuta in un unico foglio dattiloscritto. Il reparto aveva in dotazione un unico apparecchio telefonico al centro della corsia, prospiciente la sala visita; i Medici avevano un telefono dedicato nel loro studio così come il servizio di audiometria, situato all'esterno della divisione. La registrazione e documentazione della attività era affidata a registri cartacei.

Le comunicazioni telefoniche avvenivano coram populo; i pazienti in attesa di visita erano in ascolto involontario delle telefonate e assistevano al manifestarsi delle varie situazioni emotive che accompagnano la comunicazione al telefono. Chiesi e ottenni in tempi brevi un congruo numero di linee telefoniche.

La sala operatoria

Interventi strutturali

Una sala operatoria, in un mini blocco operatorio dove operavano anche Oculistica e Dermatologia, era dedicata all'Otorino. Il blocco operatorio era stato oggetto di interventi di ristrutturazione pochi anni prima, tuttavia presentava, dal punto di vista strutturale, criticità per i percorsi dei pazienti e la

sterilità ambientale. Non erano state previste infatti barriere architettoniche per separare l'area sterile dalla area circostante. I comportamenti del Personale sanitario, Medici e Infermieri, all'interno del mini blocco operatorio e della sala operatoria stessa non erano proceduralmente corretti per il rispetto e mantenimento della sterilità ambientale.

I medici avevano accesso anche con gli abiti “civili”, con l'unica protezione del camice. Interventi strutturali per dividere il percorso pulito da quello sporco non erano proponibili in quella struttura. Feci erigere nel corridoio antistante la sala operatoria una barriera in vetro alluminio con porta, per creare una camera intermedia tra corridoio esterno e sala operatoria. Resi obbligatoria per i medici e personale infermieristico la divisa da sala operatoria, mascherina cappello e scarpe da utilizzare solo nell'area sterile.

La teleria monouso in sala operatoria

La teleria in uso nella sala operatoria era sterilizzata in sede e consegnata in cestelli. Un cestello conteneva teleria sufficiente a più di un intervento, ovvero veniva aperto e richiuso diverse volte anche nell'arco di diversi giorni, fino ad esaurimento del materiale. La sterilità avrebbe dovuto essere garantita da un coperchio che si apriva e chiudeva dopo che le mani del chirurgo o della strumentista avevano preso quanto serviva. Attualmente l'obbligo di tracciabilità del percorso di ogni materiale che viene utilizzato per un singolo intervento impone una certificazione della sterilizzazione attraverso codici su

etichette che vengono riportati nei report. Avevo suggerito di allestire set pluriuso in tela per singolo intervento, ma la soluzione che infine promossi fu più semplice e sicura per la sterilità: set monouso in tessuto non tessuto. Nel corso di diversi soggiorni come visiting doctor negli Stati Uniti a metà degli anni '80, avevo notato che la teleria in sala operatoria era stata quasi del tutto abbandonata a favore dei set monouso, che davano eccellenti garanzie di sterilità. Richiesi e ottenni che l'Ospedale acquistasse dei set monouso. Da allora i set monouso sono stati introdotti in tutte le sale operatorie dell'Ospedale e hanno progressivamente sostituito la teleria pluriuso.

La sterilizzazione

In un reparto chirurgico la sterilizzazione è una procedura cruciale. Le complicazioni di un atto chirurgico condotto con procedura non sterile prolungano il ricovero del paziente e sono fonte di una cascata di complicazioni che possono vanificare gli obiettivi di un intervento ben condotto. I ferri chirurgici erano - come consuetudine conservati in armadi vetrinetta. Poco prima dell'intervento veniva fatta la cernita dei ferri necessari che venivano immersi in una grande bacinella piena di liquido sterilizzante (fine anni '80). Concluso il tempo della immersione, venivano presi a due mani dalla strumentista, già lavata e in tenuta sterile, e poggiati gocciolanti e in ordine sparso sul tavolo porta strumenti.

Chiesi che gli strumenti venissero sterilizzati in autoclave prima dell'intervento. Progressivamente adottai cestelli con

strumentazione dedicata al singolo intervento, condizione indispensabile per la tracciabilità, che successivamente divenne obbligatoria per legge.

L'implementazione tecnologica

La sala operatoria dell'Otorinolaringoiatria era una struttura a bassa tecnologia. Elettrobisturi, un microscopio operatorio manuale, un vecchio apparato fresante per la chirurgia dell'orecchio medio costituivano l'apparato tecnologico della sala operatoria. Nessun apparato video e di registrazione degli interventi. Incominciai da qui. La formazione dei medici e degli infermieri di sala richiedeva una visione degli interventi di microchirurgia in diretta. Videocamera, monitor e apparato di registrazione furono introdotti in sala operatoria. La registrazione degli interventi di microchirurgia e la visione diretta su monitor degli stessi divenne routine. Da allora tutti gli interventi furono registrati e sono tuttora a disposizione di chi voglia visionarli, avendone l'autorizzazione.



Equipe chirurgica in attività nella sala operatoria dell'ORL

La sicurezza in sala operatoria

La sicurezza del paziente e del personale medico e infermieristico che opera nel blocco operatorio è determinata da diversi fattori. Il fattore umano è determinante per la sicurezza. Rispetto delle regole, concentrazione, attenzione ai particolari, spirito di gruppo sono l'amalgama necessario per prevenire incidenti da disattenzione e superficialità. I comportamenti in una sala operatoria devono essere improntati al rispetto del paziente. Le microconflittualità tra i componenti della equipe

non devono manifestarsi alla presenza del paziente che, viceversa, deve sentirsi al centro della attenzione.

L'altro cardine su cui poggia la sicurezza è la struttura (impiantistica, microclima, ecc..) e la tecnologia utilizzata (elettrobisturi, apparecchi di monitoraggio, ecc..). Fu avviato un processo di formazione dei medici e infermieri sul tema della sicurezza. Il materiale documentativo raccolto venne utilizzato per un Convegno nazionale sul tema della sicurezza che organizzai nel 1990 .



XIV CONVEGNO NAZIONALE
DI AGGIORNAMENTO A.O.O.I.

**LA PROTEZIONE DEL PERSONALE
SANITARIO E DEL PAZIENTE DA
INFEZIONI GAS, ELETTRICITÀ,
FARMACI, IN AMBITO ORL.
PROBLEMI E
ASSETTI ORGANIZZATIVI**

A cura di: Prof. SALVATORE SINGARELLI

S. MARGHERITA LIGURE
23 settembre 1990

1990. Atti del Convegno nazionale sulla protezione del personale sanitario

La programmazione dei ricoveri

I ricoveri non erano programmati e non esisteva alcuna lista di pazienti in attesa di intervento. Era consuetudine dire ai pazienti di ricoverarsi il lunedì. Le motivazioni di un ricovero erano varie: accertamenti su malattie, terapie mediche da somministrare, stabilizzazione di malattie in fase subacuta e, infine, casi chirurgici. I casi chirurgici rappresentavano circa il 30% della casistica. Molti ricoveri erano protratti nel tempo, erano i cosiddetti “ricoveri sociali”; in altre parole la Divisione suffragava carenze dell’apparato assistenziale pubblico. L’inappropriatezza dei ricoveri, che negli anni ’80-’90 non era oggetto di indagine e di provvedimenti amministrativo-sanitari, aveva un risvolto positivo per l’economia della Divisione: l’indice di occupazione dei posti letto era molto elevato e su questo parametro venivano assegnate risorse: medici e personale infermieristico.

Quando ebbi la direzione della Divisione iniziai un percorso che aveva come obiettivo: la riduzione ai minimi termini delle degenze dei pazienti, l’attivazione di procedure ambulatoriali alternative al ricovero, la programmazione dei ricoveri sulla base della nostra capacità a evadere le richieste. Il programma era ambizioso ma si scontrava con abitudini consolidate che vedevano il paziente ruotare attorno alla struttura sanitaria e non viceversa. L’abitudine era di dire al paziente “ si ricoveri lunedì, facciamo gli esami poi si vede”. Gli esami venivano diluiti nel corso dei giorni, il paziente era in sospenso, in attesa di risposte e decisioni .

L'attività di programmazione richiedeva un apporto di segreteria, tradizionalmente appannaggio del ramo amministrativo, separato dall'ambito clinico. La Divisione non aveva in forza Personale amministrativo. La Divisione era vissuta in termini di assistenza, ovvero di attività clinica, e non come erogatrice di Servizi che, come tali, richiedono procedure amministrative e di segreteria . Addestrai degli infermieri e soprattutto il capo sala a svolgere compiti di segreteria, compiti che tuttora svolgono, dopo 24 anni.

Il risultato immediato della attività di programmazione fu una maggiore articolazione delle attività della Divisione, una diminuzione dei ricoveri impropri, un incremento della attività chirurgica, una diminuzione significativa della degenza post chirurgica, un aumento delle attività connesse con la comunicazione alla Utenza. Era diminuita l'attività alberghiera della Divisione, a favore di quella clinica.

Il percorso post ricovero

Il lessico attualmente in uso in ambito di politica sanitaria si avvale di termini quali: integrazione col Territorio, percorso assistenziale, servizi in rete, aspetti comunicativi nella relazione medico paziente, corretto utilizzo delle risorse, pianificazione delle risorse, tetto delle prestazioni, maggiore efficienza, ecc.. E' un lessico che indica il paziente al centro di un sistema articolato che si adatta con flessibilità per accompagnarlo lungo un percorso guidato e protetto. Un approccio olistico al paziente e alla malattia non può prescindere dal vedere il paziente anche

dopo la dimissione dall’Ospedale, al ritorno nel “Territorio”. Il Territorio è la casa, gli affetti, il medico di medicina generale, la città, la propria vita. Ha senso continuare con la dicotomia Ospedale-Territorio? Accompagnare il paziente dopo la dimissione dal reparto ospedaliero è un dovere del Medico, prima che un adempimento di un protocollo concordato con tutti gli attori investiti dall’obbligo della cura e dell’assistenza del cittadino paziente.

Il nuovo reparto (2003)

IL MONFERRATO 14 GENNAIO 2003

SANITA A Otorinolaringoiatria anche la degenza oculistica

Santo Spirito, nuovo reparto

Venerdì 24 gennaio, alle ore 11, saranno inaugurati ufficialmente in ospedale i nuovi locali dell’Unità Operativa Autonoma di Otorinolaringoiatria e della degenza di Oculistica.

Nello specifico, l’O.R.L. ha in dotazione otto posti letto, mentre l’oculistica ne ha a disposizione cinque.

Al nuovo reparto, raggiungibile percorrendo il corridoio alla destra dell’ingresso principale, si accede attraverso un ampio atrio, mentre gli ambulatori sono accessibili dall’esterno ed hanno anche un collegamento interno.

Tutta la struttura occupa una superficie di 1100 metri quadrati e ha a disposizione un terrazzo di circa 100 metri quadrati.

La stessa è stata completamente rinnovata per quanto riguarda gli impianti elettrici, igienico sanitari e di riscaldamento. Inoltre è stato adeguato anche l’impianto dei gas medicali nelle stanze adibite alla degenza, che rispondono non solo ai requisiti strutturali, ma anche a quelli dell’umanizzazione. La zona ambulatoriale, ben suddivisa e di comodo accesso, offre un’ampia sala d’accesso, servizi igienici, bagno servoassistito ed un insieme di accorgimenti che rendono anche più confortevole il soggiorno dei pazienti.

Per l’intera opera, sono stati spesi circa 660.000 euro. L’intervento è stato realizzato in autofinanziamento dall’Asl.



14 gennaio 2003: l’annuncio sul “Monferrato” della inaugurazione del nuovo Reparto ORL

Il 2003 fu l'anno della svolta per la SOC ORL. Fu realizzato il trasferimento della Divisione dal corridoio prospiciente il Pronto Soccorso al braccio che un tempo era occupato dalla SOC di Dermatologia.

Il trasferimento fu l'atto finale di una serie di trasformazioni della parte alberghiera dell'Ospedale, operazione presentata come "umanizzazione" della Corsia, neologismo con un forte accento autoreferenziale che indicava la ristrutturazione dell'area delle degenze e dei servizi nel rispetto delle normative di sicurezza e con una attenzione al confort alberghiero.

La ristrutturazione delle aree della degenza si realizzava anche con la progressiva riduzione dei posti letto, che è tutt'ora uno degli elementi di criticità dell'Ospedale.

La SOC di Otorinolaringoiatria fu ricollocata nell'ala che aveva ospitato per anni la SOC di Dermatologia. La nuova ORL fu subito molto gradita agli Utenti e ad Amministratori e Politici come carta di qualità che dava lustro ad una struttura della rete pubblica della Sanità, da sempre in affanno nel confronto "alberghiero" con la Sanità privata. La ristrutturazione fu progettata sia al tavolo che in cantiere con i tecnici della ditta incaricata e con l'inestimabile apporto dei tecnici dipendenti dell'Ospedale: elettricisti, falegnami, idraulici.



Il nuovo Reparto. Medici e infermieri della SOC; la capo sala signora Morosin, la dott.sa Focati, Responsabile SITRO



24 gennaio 2003: l'inaugurazione del nuovo Reparto. La benedizione di sua Eccellenza il Vescovo, il compianto Mons. Zaccheo. A destra il dr. S. Singarelli e il Direttore generale dr. C. Tabasso



24 gennaio 2013: l'inaugurazione del nuovo Reparto: Medici, Infermieri, Autorità civili e religiose

I lavori di ristrutturazione furono guidati da alcuni principi basilari. La nuova Struttura doveva offrire spazi adeguati ai servizi e alla attività di comunicazione. Fu progettata e realizzata una ampia sala riunioni con biblioteca annessa, aree diversificate per l'attesa, sala segreteria e archivio, studi medici, area degenza protetta, mini centrale di sterilizzazione, area ambulatoriale nel seminterrato con accesso dall'interno del reparto e dall'esterno, ampi spazi spogliatoi e relax per infermieri nel seminterrato, laboratorio di microchirurgia nel

seminterrato. La corsia, che un tempo aveva ospitato più di 40 posti letto, fu ristrutturata in tre aree: un'area di accoglienza rivolta verso il corridoio esterno, un'area di servizi e tecnologica al centro (sala infermieri, sala visita, studi medici) e infine, nell'area più protetta, le stanze di degenza: 12 posti letto destinati alla SOC ORL e alla SOC Oculistica. Il modulo architettonico che era nato con la ristrutturazione aveva sottolineato la trasformazione della SOC in una struttura erogatrice di servizi. La curva di attività della SOC ORL, documentata dalle prestazioni verso l'utenza esterna e verso i pazienti ricoverati, si impennava parallelamente alla riduzione dei posti letto; si era completato il processo di trasformazione di una SOC, a prevalente impronta alberghiera sino agli anni '80, ad una SOC erogatrice di servizi.

Day Hospital e Week Surgery (2002-2003)

Day Surgery e Day Hospital sono termini oramai acquisiti nel lessico quotidiano. Day Surgery si riferisce alla degenza di un solo giorno, eventualmente compresa la notte (Day Surgery con pernottamento) del paziente operato. Solo una certa tipologia di interventi possono essere effettuati in regime di Day Surgery. Per gli altri interventi, che richiedono ricoveri oltre il giorno, si ricorre al ricovero ordinario. Cruciale per la sicurezza del paziente, quando si opera in regime di Day Surgery, è la formazione degli infermieri, l'applicazione di procedure verificabili, il mantenimento del contatto col paziente anche dopo la dimissione. Nel 2002 abbiamo chiesto alla Direzione

l'autorizzazione ad iniziare l'attività di Day Surgery su casi selezionati. Riporto integralmente la richiesta indirizzata ai Vertici Aziendali nella quale si sottolineavo che la Day Surgery era il punto di arrivo di un percorso di qualità (riduzione della degenza media per intervento, programmazione dei ricoveri e degli esami pre intervento, calendario dei controlli post intervento) iniziato alla fine degli anni '80.

**Regione Piemonte ASL 21
Ospedale S.Spirito
Divisione di Otorinolaringoiatria
e Patologia cervico-facciale
Primario: Dott. S.Singarelli
Casale Monferrato (AI)
tel. 0142 434220/222**

*Al Commissario
Dr. Carlo Tabasso*

*Al Direttore Sanitario ASL 21
Dr. Corrado Rendo*

*Alla Direttrice Sanitaria del Presidio Ospedaliero
Dott.sa Paola Costanzo*

*Al Capo Dipartimento Area Chirurgica
Dr. Augusto Rolla*

Al Capo Dipartimento Area Emergenza Accettazione

Dr. Francesco Ricagni

***Alla Responsabile del Servizio Infermieristico
Signora M.E. Focati***

***Oggetto: attivazione Day Surgery in ambito
Otorinolaringoiatrico e Chirurgia Cervico Facciale***

Premessa

Facendo seguito ai contatti avuti con la Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero, soprattutto con la Dott.sa Sassi, che è stata prodiga di consigli in ambito normativo, e con l'approvazione del Capo Dipartimento della Area Chirurgica, Dr. Augusto Rolla, comunichiamo che il Personale Medico e Infermieristico della Unità Operativa è stato formato per riconvertire nell'anno 2002 una quota significativa della attività chirurgica dal regime di ricovero ordinario a quello di Day Surgery. Il Personale Medico, che nella sua totalità può svolgere attività di Day Surgery nell'ambito della propria competenza ed esperienza, e il Personale Infermieristico sono stati informati e formati sulle procedure della Day Surgery. Nell'opera di formazione del Personale segnalo la fattiva collaborazione della Capo Sala, Signora Mirella Morosin. Con i Dirigenti Medici della Unità Operativa e con la consulenza e collaborazione del Dr. F. Ricagni, a capo del Dipartimento

Emergenza Accettazione e Responsabile del Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione, sono state messe a punto nei dettagli le procedure per la Day Surgery.

Alla Direzione Sanitaria è noto che abbiamo lavorato da diversi anni per il raggiungimento di questo obiettivo, alla cui realizzazione siamo giunti attraverso una progressiva riduzione dei tempi di degenza media per ogni tipologia di intervento, riduzione della Ospedalizzazione che è stata ben gradita dalla Utente e senza il verificarsi di complicazioni statisticamente significative. La nostra esperienza sulla “degenza breve” post chirurgica, premessa indispensabile all’avviamento della Day Surgery, è positiva. Il rapporto con l’Utente-Paziente è più stretto. L’informazione nella fase prericovero, nell’immediato post operatorio, i contatti telefonici frequenti nel post operatorio e nella fase organizzativa del ricovero, danno al Paziente–Utente e ai suoi Familiari sicurezza e fiducia nella Struttura e lo fanno sentire partecipe e protagonista dell’Evento-Cura.

La day Surgery fu autorizzata con deliberazione della Direzione Generale.

Nel 2002 la percentuale di interventi in regime di Day Surgery era già il 70,8%, nel 2003 costituiva il 77,7% del totale, percentuale molto elevata che richiese un adeguamento dei modelli organizzativi della SOC.

La programmazione dei ricoveri, la stragrande maggioranza dei quali chirurgici, e l’attivazione della Day Surgery avevano provocato una considerevole oscillazione del numero dei pazienti ricoverati nell’arco della settimana. Durante i fine settimana, essendo stati dimessi i pazienti operati e non

essendoci attività chirurgica programmata, non vi erano pazienti ricoverati. Chiesi pertanto alla Direzione sanitaria dell'Ospedale di avviare il modello organizzativo della Week Surgery. Siamo all'inizio del 2003, nove anni fa. La Week Surgery comporta l'espletamento delle attività chirurgiche nell'arco della settimana corta. I pazienti vengono dimessi nel fine settimana, salvo i casi (peraltro un numero esiguo) per i quali è necessario prolungare il ricovero. La SOC pertanto chiude l'area della degenza nel fine settimana e riapre il lunedì mattina. La chiusura della degenza nei fine settimana consentiva un migliore utilizzo delle risorse, già carenti nel 2003, senza mettere a rischio la sicurezza dei pazienti. Il modello organizzativo della Week Surgery, che abbiamo inaugurato nel 2003 nell'Ospedale "S. Spirito" e su scala regionale, è stato successivamente adottato da altri Ospedali e attualmente lo possiamo considerare un modello organizzativo ottimale per una SOC che opera prevalentemente in regime di Day Surgery e con ricoveri ordinari programmati e di breve durata.

Il GIC (Gruppo Interdisciplinare Cure) testa e collo, (2010)

Sino agli anni '90 l'Otorinolaringoiatra è stata la principale figura di riferimento per la cura dei tumori del distretto cervico facciale: vie aero digestive superiori, naso e seni paranasali, ghiandole salivari. Gli interventi per le neoplasie avanzate erano molto demolitivi, con compromissione non solo della integrità fisiognomica ma anche delle funzioni (fonazione, deglutizione, motilità del collo e arto superiore). L'Oncologo e il

Radioterapista erano figure rilevanti, soprattutto per gestire e controllare la malattia quando recidivava e andava in progressione. Lavorando gomito a gomito con la Divisione di Oncologia del S. Spirito e il Servizio di Radioterapista dell'Ospedale di Alessandria, nel corso degli anni abbiamo di fatto costituito ***un team multidisciplinare*** per la cura delle neoplasie testa e collo. Dagli anni '90 abbiamo iniziato ad applicare protocolli di conservazione d'organo, utilizzando in diversa combinazione chemioterapici somministrati dagli Oncologi e Radioterapia, sino all'utilizzo attuale delle cosiddette target therapy.

I pazienti affetti da tumori testa e collo presentano problematiche complesse nella definizione del percorso diagnostico-terapeutico. Le terapie sono frequentemente multimodali e coinvolgono Chirurgo cervico facciale, Radioterapista, Oncologo, figure alle quali possono affiancarsi altri Specialisti (Chirurgo maxillo facciale, Chirurgo plastico) quando è richiesto.

Il ***Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) testa e collo*** è il modello organizzativo che raggruppa le figure professionali che ruotano attorno al paziente con neoplasia del distretto cervico facciale. Il GIC si riunisce e si prende cura collegialmente del paziente, sia nella fase della stadiazione della malattia, sia nella definizione delle terapie, che nella valutazione dei risultati delle terapie. Il GIC si riunisce con periodicità stabilita e quando occorre per visitare collegialmente i pazienti. I componenti del

GIC testa e collo sono Medici dell’Ospedale “S.Spirito” di Casale Monferrato e dell’Ospedale Civile di Alessandria. Per facilitare gli incontri dei componenti del Gruppo utilizziamo la videoconferenza come piattaforma comunicativa. In videoconferenza si è tutti attorno ad un tavolo virtuale, si visiona collegialmente la documentazione, si referta e si programma il percorso successivo del paziente.

Allego il documento di richiesta della costituzione del GIC interaziendale, formalizzato da delibere aziendali della ASL AL e della Azienda Ospedaliera di Alessandria.

***Al Direttore generale
Avv. Gianpaolo Zanetta
Al Direttore sanitario ASL AL
Dr. Gianfranco Ghiazza
Al Direttore dei Presidi Ospedalieri
Dr. Paolo Tofanini***

*Oggetto: richiesta di formalizzazione di GIC interaziendale
testa e collo ASL AL ASO*

Premessa

I pazienti affetti da tumori testa e collo (10 casi l'anno ogni 100 mila abitanti) presentano, come noto, problematiche complesse

sia durante il percorso diagnostico_terapeutico sia per quanto riguarda gli aspetti riabilitativi dei trattamenti. Questi ultimi sono molto spesso multimodali: Chirurgo cervico facciale, Radioterapista, Oncologo sono le figure base di riferimento alle quali si affiancano altri Specialisti quando è richiesto. Lo scambio di informazioni tra Specialisti che ruotano attorno al paziente non sempre è efficace e ben codificato e questa condizione è causa di inefficienze che gravano su pazienti che affrontano quotidianamente i gravi problemi della loro malattia e sulle Amministrazioni per quanto compete il lato economico.

*Da tempo abbiamo costituito un nucleo testa e collo nel nostro Ospedale con una stretta collaborazione tra la SOC da me diretta e la SOC di Oncologia diretta dal dr. Mario Botta. La collaborazione si concretizza in visite collegiali in revisione dei casi trattati e nella condivisione dei piani di trattamento. Per i trattamenti radioterapici, intesi come cura mono modale multimodale o palliativa , siamo in stretto rapporto di collaborazione con la SOC di Radioterapia dell'ASO di Alessandria (direttore dott.sa Paola Franzone). **Allego file che documenta i casi oncologici trattati negli ultimi 5 anni.***

Di fatto nel corso degli anni abbiamo costituito un GIC testa e collo interaziendale.

E'recente la messa a punto di una piattaforma comunicativa interaziendale basata sulla video conferenza. I casi vengono discussi collegialmente in videoconferenza; i partecipanti hanno diretto accesso a tutta la documentazione, la refertazione è

comune. Il paziente viene convocato una sola volta per comunicare il parere e le decisioni prese. La video conferenza è registrata e costituisce un efficace strumento di aggiornamento e formazione per Medici e infermieri che vengono invitati ad assistervi e a partecipare attivamente.

*Considerato quanto in premessa richiediamo di **formalizzare con atto deliberativo un GIC testa e collo interaziendale tra ASL AL e ASO.** Al GIC partecipano:*

ASL AL (Ospedale S.Spirito):

SOC Oncologia (Direttore: Dr. Mario Botta): Dr. Alberto Muzio, Dott.sa Gattoni

SOC Anatomia Patologica (direttore Dr. M. Pavesi): Dr. M. Pavesi, Dr. M Pastormerlo

SOC Radiologia: Dr. Emanuele Oppezzo, Dr. Gian Vittorio Salmaso

SOC ORL (direttore Dr. S. Singarelli): Dr. S. Singarelli, Dr. A. Berni

ASO AL

SOC Radioterapia (Direttore Dott.sa Paola Franzone): Dott.sa Paola Franzone, Dott.sa Laura Berretta

Dal punto di vista amministrativo andranno codificate le prestazioni in videoconferenza.

Prospettive future

Questo è un GIC molto compatto, operativo e già collaudato. Può costituire un polo di attrazione verso gli Specialisti della ASL AL che a diverso titolo si occupano di pazienti con neoplasie testa e collo. Gli Specialisti possono partecipare a tutte le riunioni programmate in video conferenza, proporre temi da sviluppare, essere membri attivi del GIC.

La videoconferenza può essere estesa a specialisti esterni anche extra regione nell'ambito di percorsi di aggiornamento e formazione.

Dr. Mario Botta

Dr. Paolo Tofanini

Dr. Salvatore Singarelli

24/02/10

Il GIC si riunisce settimanalmente in videoconferenza. Il parere collegiale è formulato dall'Otorinolaringoiatra (dr. S. Singarelli, dr. A. Berni), dall'Oncologo (dr. A. Muzio, dott.sa E. Gattoni); dal Radioterapista (dott.sa P. Franzone, dott.sa L. Berretta)

Ci siamo riuniti in videoconferenza a tutt'oggi 65 volte e abbiamo pianificato il trattamento, prevalentemente multimodale, di 67 pazienti con neoplasia del distretto cervico facciale

La riunione di un team dedicato al paziente con neoplasia della testa e collo in videoconferenza è una esperienza innovativa nella regione Piemonte e può essere presa come esempio di modello attuativo di un GIC in quelle realtà nelle quali tutte le risorse professionali che ruotano attorno al paziente neoplastico non sono disponibili in un'unica sede

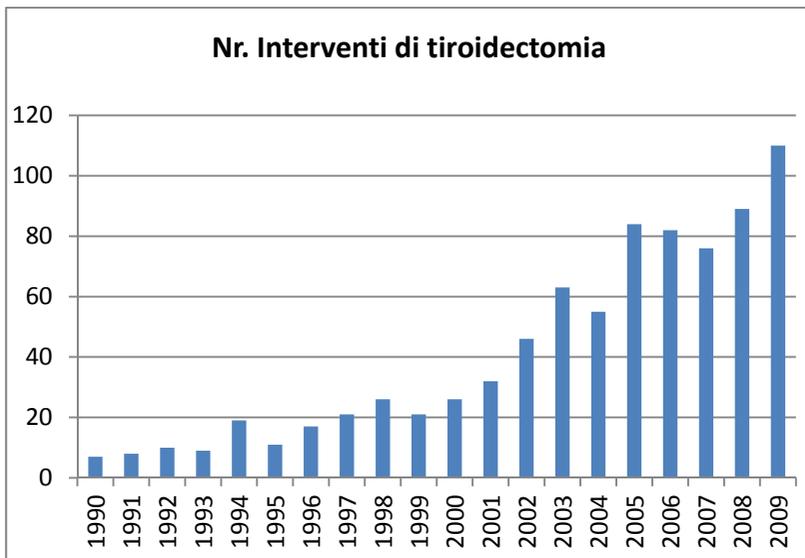
Tiroide

L'ambulatorio polispecialistico per lo studio e la cura delle malattie della tiroide

La chirurgia della tiroide e delle paratiroidi è considerata un settore di eccellenza della SOC ed è testimoniata dai dati di attività, in incremento costante dal 1995 (vedi tabella), da quando è operante nel Presidio Ospedaliero un ambulatorio multidisciplinare per lo studio e la terapia medica e chirurgica delle malattie tiroidee, frutto della collaborazione tra la SOC di Otorinolaringoiatria e quella di Diabetologia diretta dal dr. G. Bargerò e, in un periodo successivo, con la collaborazione della SOC di Medicina diretta dalla dott.sa M. Girino. Nell'ambulatorio tiroide il paziente viene visitato collegialmente dall'Endocrinologo (referente dott.sa A. Caramellino) e dall'Otorinolaringoiatra (dr. S. Singarelli, dr. P. Fracchia).

Dal 2009 l'ambulatorio si arricchisce della presenza di un Medico radiologo ecografista, consulente dell'Ospedale

Mauriziano di Torino. Consulenza attualmente sospesa per problemi di bilancio.



Tab. Numero di interventi di tiroidectomia per anno (1990-2009)

Gruppo tiroide ASL AL (2009)

L'azienda ASL AL, dalla sua costituzione, ha promosso un processo di riorganizzazione aziendale complesso, che ha fornito l'occasione per un incontro tra gli Specialisti degli

Ospedali costitutivi della ASL. Abbiamo promosso un confronto tra il gruppo tiroide dell’Ospedale di Casale, riunito nell’ambulatorio per la diagnosi e terapia delle malattie nodulari della tiroide, e gli Specialisti degli altri ospedali della ASL AL coinvolti nel percorso diagnostico terapeutico del paziente con patologia tiroidea: Endocrinologi, Otorinolaringoiatri, Chirurghi, Laboratoristi, Anatomico patologi. Riunioni periodiche si sono succedute dal 2009. Il “**Gruppo tiroide ASL AL**” è stato formalizzato con delibera del Direttore Generale nel 2010. L’obiettivo dei lavori del Gruppo, del quale ho avuto la Coordinazione, è stato di “**..formalizzare le linee guida utili ad operare in maniera integrata tra le diverse specialità coinvolte..**”, con una immediata finalità pratica: la verifica dei percorsi diagnostici secondo le direttive delle Società Scientifiche e le direttive regionali in materia, la standardizzazione delle procedure nelle diverse postazioni erogatrici delle prestazioni indirizzate al paziente tiropatico, la informazione/formazione attraverso corsi e materiale di consultazione ¹

Il Gruppo Tiroide ASL AL ha promosso e organizzato Corsi di aggiornamento sul paziente affetto da patologia tiroidea, indirizzati ai Medici della ASL AL.

¹ **le malattie della tiroide dalla diagnosi alla terapia parte 1**
le malattie della tiroide dalla diagnosi alla terapia parte 2

Dispense a cura del Gruppo Tiroide ASL AL

Attività di formazione (anni '90 -2012)

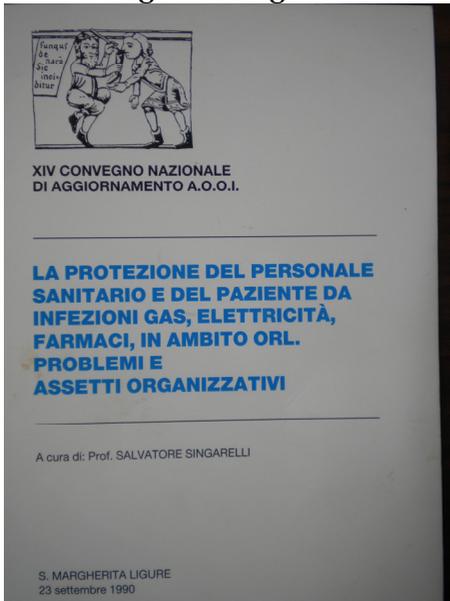
Non c'è crescita professionale per il Medico senza un adeguato programma di aggiornamento e formazione. La riduzione delle risorse, a fronte del progressivo incremento dei costi in ambito sanitario, ha focalizzato l'interesse dei managers della Sanità e dei Dirigenti Medici sulle misure di contenimento dei costi. La formazione è stata pertanto indirizzata più sul versante gestionale che non su quello professionale, lasciato alla discrezione e alla buona volontà dei medici: L'aggiornamento professionale amplia l'offerta delle prestazioni della struttura sanitaria, migliora la visibilità della stessa, riduce la mobilità passiva e attrae pazienti da altre ASL della Regione e fuori Regione. Pertanto nessun programma di gestione può prescindere dalla qualità della prestazione medica che è la principale attrattiva della struttura sanitaria. Qualità che dovrebbe essere soggetta a verifica, indirizzata nei settori di interesse strategico per l'Azienda e il territorio. Qualità che dovrebbe essere riconosciuta e premiata attraverso incentivi anche di natura economica.

L'aggiornamento e la formazione dei medici della SOC di Otorinolaringoiatria è stato costante nel corso degli anni attraverso la frequenza regolare dei Congressi delle Società Scientifiche, di Convegni, Corsi monotematici, con la frequenza come visiting doctor di strutture in Europa e negli Stati Uniti. Contestualmente a questo continuo processo di aggiornamento individuale dei medici vi è stata una costante opera di formazione su temi cruciali della nostra Specialità indirizzata ai

medici ospedalieri, ai medici di medicina generale, agli Specialisti della Regione e fuori Regione, testimoniata dagli innumerevoli Corsi che sono stati organizzati dagli anni '90 a tutt'oggi. Elenco gli eventi formativi più rilevanti dei quali sono stato l'organizzatore:

1990. La protezione del personale sanitario e del paziente da infezioni gas, elettricità, farmaci, in ambito ORL. Problemi e assetti organizzativi

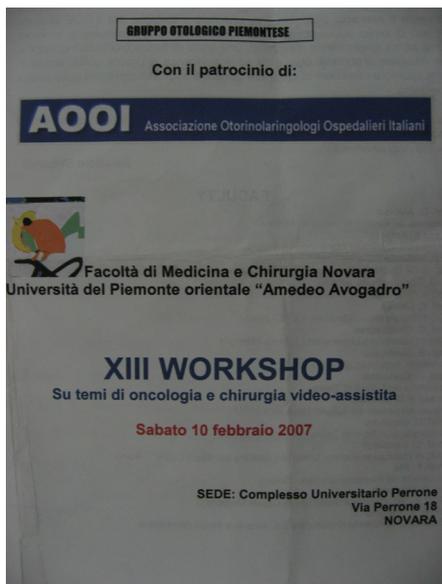
*XIV Convegno nazionale di aggiornamento AOOI
Santa Margherita Ligure 23 Settembre 1990*



Atti del Convegno nazionale sulla protezione del personale sanitario

1994-2012. Workshop di Otologia (18 edizioni, dal 1994 al 2012)

Manifestazione annuale, con inizio nel 1994 e giunta quest'anno alla XVIIIa edizione, promossa dal Gruppo Otologico Piemontese. La manifestazione, con il carattere del Convegno, organizzata dalla SOC di Otorinolaringoiatria con l'apporto di membri del GOP e della Clinica ORL dell'Università di Novara, è sempre stata ospitata dal Direttore della Clinica ORL della Università di Novara prof. F. Pia



2007. Locandina del XIII workshop del Gruppo Otologico Piemontese (GOP)

1995. La malattia nodulare della tiroide

Casale Monferrato, 1995

Convegno per Medici di Medicina generale e Specialisti

1994-1997 Corso policentrico di microchirurgia otologica (4 edizioni dal 1994 al 1997)

Corso teorico pratico policentrico (ORL del Santo Spirito, ORL dell'Ospedale FBF di Milano, Clinica ORL 1 e 2 dell'Università di Torino, ORL dell'Ospedale Molinette di Torino)

In ciascuna delle strutture i Corsisti si esercitavano nel laboratorio di dissezione su modelli biologici, simulando interventi chirurgici sull'orecchio medio. Osservavano interventi in diretta in sala operatoria, confrontando le esperienze dei diversi Centri

IL GRUPPO OTOLOGICO PIEMONTESE

In collaborazione con lo
STUDIUM ORL FRANCO COCCHINI

ORGANIZZA

3° Corso Policentrico di Microchirurgia Otológica

INFORMAZIONI GENERALI

Durata del corso: 4+4 GIORNI con WORKSHOP al termine

Numero di partecipanti: 6

Quota di iscrizione: L. 900.000

La quota di iscrizione è comprensiva delle colazioni di lavoro e delle dispense fornite.

Per informazioni e per l'invio delle quote fare riferimento al:

Dott. G.F. Coppo
Gruppo Otológico Piemontese
Divisione ORL
Ospedale «S. Spirito»
Casale Monferrato (Alessandria)
Telefono (0142) 434220/222
Fax (0142) 434361

A cura di: - ROBERTO ALBERA

- VLADIMIRO FELLETTI

- PAOLO MARCATO

- BRUNO MORRA

- SALVATORE SINGARELLI

***1996. Locandina del III° Corso Policentrico di
Microchirurgia Otológica***

FINALITA' DEL CORSO

Il corso è indirizzato a un numero ristretto di partecipanti che vogliono approfondire sia le conoscenze delle tecniche chirurgiche attraverso l'osservazione diretta di interventi eseguiti da diversi operatori nei Centri promotori sia la preparazione anatomica e dissezionaria in laboratorio.

Il Corso si svolge in due periodi di quattro giorni ciascuno durante i quali il Discente frequenterà per due giorni consecutivi ciascuno dei quattro Centri.

CENTRI PROMOTORI

CASALE MONF.:

Divisione ORL Ospedale «S. Spirito»
(Primario Dott. S. Singerelli)

MILANO:

Divisione ORL Ospedale Fatebenefratelli
(Primario Prof. V. Felletti)

TORINO 1:

Clinica Orl 1 (Direttore Prof. A. Sartoris)
Clinica Orl 2 (Dir. Prof. G. Cortesina)

TORINO 2:

Divisione Orl Ospedale «Molinette»
(Primario Dott. B. Morra)

PROGRAMMA DEL CORSO:

Calendario 1996: 6 - 9 maggio

17 - 20 settembre

21 settembre Workshop conclusivo

Al mattino sedute di chirurgia con presenza diretta in sala operatoria.

Al pomeriggio lezione teorica con supporto video su temi prestabiliti ed esercitazioni dissezionarie guidate su temporale in laboratorio.

I Responsabili Scientifici delle esercitazioni microdissezionarie sono i dott.ri: G. Felisati (Milano), V. Ferrero (Torino), S. Nosengo (Albenga), A. Tombolini (Sanremo).

Al termine del Corso è previsto un Workshop di un giorno indirizzato a Specialisti e con la partecipazione dei Docenti presso l'Aula magna della II Facoltà di Medicina e Chirurgia di Novara - Università di Torino.

Avrà come tema l'approfondimento di argomenti controversi in campo otologico e sarà organizzato dal Prof. Francesco Pia e dal Dott. Paolo Pisani della Clinica ORL, Facoltà di Medicina e Chirurgia di Novara - Università di Torino.

Il programma dettagliato relativo alla frequenza dei Centri e agli argomenti trattati nelle lezioni teoriche sarà fornito agli Specialisti alla iscrizione.

1996. Il programma del Corso di microchirurgia otologica

1999. I tumori maligni del cavo orale e orofaringe (dalla diagnosi alla terapia)

Casale Monferrato, 20 Novembre 1999

| | | |
|--|---|---|
| <p>ELENCO RELATORI E MODERATORI</p> <p>Dr. A. Berni U.O.A. di ORL A.S.L. 21 Casale Monferrato</p> <p>Dr. M. Botta Primo U.O.A. di Oncologia A.S.L. 21 Casale Monferrato</p> <p>Dr. G. Bottero Primo U.O.A. di Oncologia A.C.N. Santi Antonio e Biagio - Alessandria</p> <p>Dr. G. Coggio U.O.A. di ORL A.S.L. 21 Casale Monferrato</p> <p>Prof. G. Cortesina Direttore II Clinica ORL Università di Torino</p> <p>Dott.ssa D. De Giovanni U.O.A. di Oncologia A.S.L. 21 Casale Monferrato</p> <p>Dr. P. Fracchia U.O.A. di ORL A.S.L. 21 Casale Monferrato</p> <p>Dr. P. Galantere Primo U.O.A. di Radioterapia Ospedale San Paolo - Milano</p> <p>Dr. S. Gallico Cattedra e Divisione Maxillo-Facciale Ospedale San Paolo - Milano</p> <p>Dr. M. Moratti Primo U.O.A. di ORL A.C.N. Santi Antonio e Biagio - Alessandria</p> <p>Dr. V. Novella Responsabile U.O.A. di Radioterapia A.C.N. Santi Antonio e Biagio - Alessandria</p> <p>Dr. C. Poletti Primo U.O.A. di Radiologia A.S.L. 21 Casale Monferrato</p> <p>Dr. S. Rosso Cattedra di Epidemiologia Università di Torino</p> <p>Prof. A. Sarantis Direttore I Clinica ORL Università di Torino</p> <p>Dr. F. Scelzi U.O.A. di ORL A.C.N. Santi Antonio e Biagio - Alessandria</p> <p>Dr. S. Singarelli Primo U.O.A. di ORL A.S.L. 21 Casale Monferrato</p> | <p>INFORMAZIONI GENERALI</p> <p><u>Sede del Convegno</u></p> <p>Palazzo Treville Accademia Filarmonica Via Mameli, 29 Casale Monferrato (AL) tel. 0142.452269</p> <p><u>Modalità di partecipazione</u></p> <p>La partecipazione al Convegno è gratuita. Per motivi organizzativi l'iscrizione deve pervenire alla Segreteria organizzativa entro il 31.10.99 utilizzando l'apposita scheda allegata.</p> <p><u>Attestato di partecipazione</u></p> <p>Agli iscritti al Convegno verrà rilasciato al termine dei lavori un attestato di partecipazione.</p> | <p>U.O.A. DI OTORINOLARINGOIATRIA E PATOLOGIA CERVICO-FACCIALE</p> <p>Primo: Dr. S. Singarelli</p> <p>I TUMORI MALIGNI DEL CAVO ORALE E OROFARINGE (DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA)</p>  <p>CASALE MONFERRATO 20 Novembre 1999 PALAZZO TREVILLE Via Mameli, 29</p> |
|--|---|---|

1999. Locandina del Convegno “I tumori maligni del cavo orale e orofaringe”

| PROGRAMMA SCIENTIFICO | | |
|--|---|---|
| <u>Coordinatore:</u> Dr. S. Singarelli Primo U.O.A. di ORL A.S.L. 21 Casale Monferrato | Sessione mattutina Presidente: Prof. G. Cortesina | Sessione pomeridiana Presidente: Prof. A. Sartoris |
| <u>Con il patrocinio di</u> Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Alessandria Azienda Ospedaliera Nazionale Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo Alessandria Azienda Sanitaria Locale 21 Casale Monferrato | ore 9 Saluto delle autorità | ore 14.30 Tavola rotonda Coordinatore: A. Sartoris Terapia del K iniziale del cavo orale e tonsilla M. Moratti - Novella |
| <u>Segreteria scientifica</u> Dr. G. Coppo U.O.A. di ORL A.S.L. 21 Casale Monferrato tel. 0142.434220 fax 0142.434361 | ore 9.30 Qual'è il problema ? S. Singarelli | ore 15 Tavola rotonda Coordinatore: G. Cortesina Terapia del K avanzato del cavo orale e tonsilla S. Gallo - P. Gabriele - G. Bottero |
| <u>Segreteria organizzativa</u> Ufficio Formazione A.S.L. 21 Graziella Inverso tel. 0142.434409 fax 0142.434388 | ore 9.45 Epidemiologia S. Rosso | ore 15.30 Il fallimento (la ripresa di malattia) e la palliazione S. Singarelli - D. De Giovanni |
| | ore 10 Quadri clinici (diagnosi-stadiazione-evoluzione): - K pavimento orale e lingua P. Fracchia - A. Berni - C. Poletti - K tonsilla e base lingua G. Coppo - F. Scelli - C. Poletti | ore 16 Discussione |
| | ore 11 Intervallo | ore 16.30 Chiusura dei lavori |
| | ore 11.20 Terapia: - Chirurgia tradizionale S. Singarelli - Chirurgia ricostruttiva S. Gallo - Radioterapia P. Gabriele - Chemioterapia M. Botta | |
| | ore 13 Colazione di lavoro | |

1999. Programma del Convegno “I tumori maligni del cavo orale e orofaringe”

2005-2011. Corso teorico pratico di chirurgia della Tiroide (7 edizioni, dal 2005 al 2011)

Sede dei Corso: SOC ORL, Ospedale “S. Spirito”. Corso indirizzato a Medici Specialisti, Responsabili di struttura complessa ORL e Chirurghi con partecipazione attiva in sala operatoria dei Corsisti. Docenti interni ed invitati. Nel corpo docente anche operatori di provata esperienza provenienti da strutture prestigiose, per permettere ai Corsisti di arricchire la

loro esperienza attraverso il confronto di tecniche e strategie operatorie diverse.



2009. Ospedale “S.Spirito”. Corsisti e corpo docente del V° Corso Teorico pratico di chirurgia della Tiroide



*2009. Corso Teorico pratico di chirurgia della Tiroide.
Discussione e presentazione dei casi clinici*

2005-2006. Assistenza e gestione del paziente tracheotomizzato (2 edizioni)

Ospedale “S. Spirito”. Corso di aggiornamento curato dalla SOC ORL e dalla SOC Anestesia e rianimazione, indirizzato a medici e infermieri

1^a edizione 14 settembre 2005

2a edizione 18 gennaio 2006

2005. Le masse laterocervicali (percorsi clinico diagnostici). (2 edizioni)

Corso di aggiornamento e formazione indirizzato a medici ospedalieri e a medici di medicina generale

1° edizione 11 giugno 2005

2° edizione 26 novembre 2005

Ospedale Santo Spirito di Casale

2007. La malattia nodulare e il tumore differenziato della tiroide: dalla diagnosi alla terapia

Ospedale “S. Spirito”, tre edizioni

Corso di aggiornamento indirizzato a medici di medicina generale delle ASL di Casale, Alessandria, Novi e Tortona. Il corso si è svolto in tre edizioni di due giornate

2008 Corso pratico di ecografia per Medici di Medicina generale

Corso pratico indirizzato ai medici di medicina generale per illustrare la semiotica ecografica della ghiandola tiroide



2008. Corso pratico di ecografia per medici di medicina generale: dimostrazione pratica



2008. Corso pratico di ecografia per medici di medicina generale. Docenti e Corsisti

2011. Le malattie della tiroide, dalla diagnosi alla terapia, focus sui percorsi aziendali (3 edizioni)

➤ *1° edizione*

19 marzo e 2 aprile 2011

Ospedale “S.Spirito”

Casale Monferrato

➤ *2° edizione*

14 maggio e 28 maggio 2011

***Sede scienze infermieristiche Della Università
Tortona***

➤ 3° edizione
21 maggio e 18 giugno 2011
Sede: Centro “ Il Caimano ”
Acqui Terme



***LE MALATTIE
DELLA TIROIDE
(DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA)***

Focus sui percorsi aziendali

***A cura del Gruppo tiroide ASL AL(*)
Coordinatore: Dr. S. Singarelli***

1° edizione

***19 marzo e 2 aprile 2011
Ospedale “S. Spirito”
Casale Monferrato***

Locandina del Corso, edizione di Casale Monferrato

2012. Il paziente tracheotomizzato

Corso di aggiornamento formazione indirizzato alle logopediste della ASL AL

22 marzo 2012

Ospedale “S. Spirito”, Casale Monferrato

Casistica operatoria

E' la casistica operatoria, in una SOC a vocazione chirurgica quale è l'Otorinolaringoiatrica, a definire la capacità di gestione dei pazienti con patologie da trattare chirurgicamente. La chirurgia nel corso degli ultimi decenni si è affinata. Vi è un maggiore rispetto per le funzioni d'organo, una maggiore attenzione alle sequele estetiche, una integrazione con altre terapie non chirurgiche che consentono di limitare l'estensione della chirurgia e le problematiche conseguenti. Sono applicati quotidianamente gli approcci mini invasivi (cicatrici di 3 cm per tiroidectomie su ghiandole con noduli di 3-4 cm), gli approcci video endoscopici per la chirurgia del naso e seni paranasali, l'approccio microscopico per la tonsillectomia. L'utilizzo di strumentario moderno limita il danno tissutale da chirurgia. Tutto questo si traduce in tempi di degenza ridotti rispetto al passato, in percentuali basse di complicazioni, anche in pazienti con patologie multiple d'organo e anziani, in sequele estetiche da chirurgia accettabili.



Esempio di approccio esterno mini invasivo nella tiroidectomia

In tabella sono enumerati gli interventi che ho personalmente eseguito dal maggio 1988 a aprile 2012, a riprova del ruolo attivo e non solo gestionale della figura apicale del Primario e a riprova della fiducia dei pazienti che nessuna forma di comunicazione crea, se non il lavoro e il risultato del lavoro.

Ho operato 6.600 pazienti. Gli interventi più rilevanti, sotto il profilo qualitativo e numerico, sono sottoelencati:

Orecchio

| | |
|--|-----|
| Interventi per otosclerosi | 253 |
| Timpanoplastiche con mastoidectomia: | 237 |
| Ricostruzione timpanica (miringoplastiche) | 291 |

Collo e ghiandole salivari:

| | |
|---|-----|
| Tiroidectomie e paratiroidectomie ² | 801 |
| Parotidectomie ³ | 285 |
| Svuotamento delle stazioni linfonodali del collo ⁴ | 350 |
| Laringectomie totali e parziali | 136 |
| Cordectomie per via esterna | 105 |

Naso e seni paranasali:

| | |
|---|------|
| Settoplastiche | 1260 |
| Interventi per malattia polipoide naso sinusale | 445 |
| Microlaringoscopia | 580 |

Cavo orale

| | |
|---|-----|
| Interventi demolitivi sulla lingua e/o mandibola per neoplasia | 40 |
| Tonsillectomie ⁵ | 590 |

² Sul mio canale su You tube http://youtu.be/6MbcHt6Zo_s
<http://youtu.be/7MGYXed9IC8> <http://youtu.be/jiEfMwnyz-c>

³ Sul mio canale su you tube:: <http://youtu.be/2SDRjt7akgg>
<http://youtu.be/3RqAe49VrTY>

⁴ Sul mio canale su You tube <http://youtu.be/PWc5rk1i48>
<http://youtu.be/fB0GNKZRJ1M>

⁵ Sul mio canale su You tube: <http://youtu.be/oJe7OfU63UQ>

Per concludere

Il range operativo di una SOC in un Ospedale integrato in una rete ospedaliera e con una prospettiva di integrazione di “quadrante” non è sino ad ora definito contrattualmente. Quali prestazioni vengono richieste ad una SOC di Otorinolaringoiatria? Quali le richieste della Utenza dell’area di riferimento che devono ***necessariamente e obbligatoriamente*** essere esaudite con livelli qualitativi (risultati, complicazioni) verificabili? Le prestazioni sono quantificabili, in una sorta di bilancio preventivo? Le risorse tecnologiche e umane (Medici Infermieri Tecnici) sono adeguate numericamente e qualitativamente al raggiungimento di obiettivi aziendali che non possono ruotare solo sul contenimento dei costi ma essere finalizzati a dare risposte concrete alla attuale percezione del bisogno di salute, che è diversa da quella percepita negli anni ‘60 o ‘90?

La qualità delle prestazioni di una SOC sono il risultato del valore professionale della Equipe, della capacità di direzione, della previsione a medio e lungo termine della evoluzione dei modelli organizzativi, della capacità di comunicazione con il cittadino utente.

La crescita professionale è un lungo processo in divenire, mai concluso, e si traduce in una crescita del livello qualitativo delle prestazioni. La crescita non è la routine, quella misurata dai numeri e dai pesi; è un processo che assorbe energia, che richiede risorse supplementari. La loro carenza, per obiettive ristrettezze economiche o per disarmonica distribuzione delle risorse in ambito aziendale, è vicariata dallo spirito di sacrificio

della equipe sino al punto in cui anche la routine viene a essere messa a rischio. Possiamo affermare, a prova di smentita, che senza risorse non c'è crescita e senza crescita c'è un livellamento della routine, a cui segue la disaffezione e la mancata risposta alle richieste dei cittadini utenti.

La formazione professionale del Medico, a qualsiasi livello operi nell'ambito del SSN, deve confrontarsi con il bisogno reale di salute dei cittadini, salute sottoposta alla complessa griglia degli accertamenti, talora succedanei della cura, bene primario che, nella nostra società medicalizzata, è definibile solo in senso negativo, ovvero come assenza di malattia.

Ringraziamenti

Ringrazio i pazienti e i loro famigliari per la fiducia con la quale si sono affidati alle mie cure, i miei stretti collaboratori che si sono succeduti nel tempo: i dott.ri Coppo, De Agostino, Berni, Fracchia, la capo sala signora Mirella che ha ereditato la direzione del personale della SOC dal sig. Giovanni Novelli; il corpo infermieri dell'ORL attuale e quelli che si sono succeduti nel tempo, le strumentiste, dalla signora Bocalatte ora in pensione, alle signore Bergami, Poncina, Degiorgis e Mezzasalma, trasferita da poco in altro Ospedale, la tecnica di audiometria Signora Scagliotti da poco più di un anno in pensione. Ai colleghi dell'Ospedale e ai medici di medicina generale va un saluto affettuoso e un ringraziamento per l'interazione positiva che abbiamo avuto nel corso dei decenni. Una parola di commiato e ringraziamento alla Direzione Sanitaria dell'Ospedale, al Direttore dr. Paolo Tofanini, al Direttore sanitario della Azienda dr. Corrado Rendo e ai loro collaboratori. Un saluto e un ringraziamento anche al corpo amministrativo con tutte le sue articolazioni e al personale tecnico, elettricisti falegnami idraulici che per anni ci hanno supportato con una grande capacità di risolvere i piccoli e grandi problemi nella gestione di un corpo vivo pulsante e pieno di tecnologia quale è l'Ospedale.

Infine un ringraziamento ai Direttori Generali e Commissari che hanno avuto nel corso degli anni il difficile compito di fare quadrare il bilancio. A loro va tutta la mia umana comprensione e il ringraziamento per quanto hanno fatto per fornire all'Otorinolaringoiatria dell'Ospedale di Casale Monferrato le risorse indispensabili al buon operare.

Il Dr. Salvatore Singarelli è nato a Rho (Milano) nel 1947. Si laurea in Medicina e Chirurgia nel 1972 presso l'Università degli Studi di Milano. Si specializza in Otorinolaringoiatria e patologia cervico facciale nel 1975 presso l'Università di Pavia. Dal 1973 al 1988 è Assistente Otorinolaringoiatra e successivamente Aiuto della Divisione di Otorinolaringoiatria dell'Ospedale "S. Corona" di Garbagnate Milanese. E' Primario Otorinolaringoiatra nell'Ospedale "S. Spirito" di Casale Monferrato dal 1988 al 2012.

e-mail: singarelli@hotmail.com
sito web: <http://www.singarelli.it/>