

# L'OSPEDALE

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



Periodico dell'ANMDO  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
MEDICI DIREZIONI OSPEDALIERE

postatarget  
magazine  
Tariffa Pagata Magazine  
Aut. DCB Centrale/PT Magazine  
Aut. 63/2004  
valida dal 01-01-2004  
Posteitaliane

N° 4/04

## 30° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

- L'Azienda Sanitaria: quale "Direzione". Considerazioni scientifiche e presentazione del Congresso
- Il governo dell'ospedale e le regole del gioco
- La direzione nella sanità privata
- Riflessioni di logistica ospedaliera

## RISK MANAGEMENT

La gestione del rischio clinico: esperienza di due Aziende Ospedaliere della Regione Campania

## ORGANIZZAZIONE

Governare gli ospedali: varietà ed efficacia delle strategie di direzione

## PROGRAMMAZIONE

Ospedale senza dolore

## GESTIONE

La semplicità, la complessità e la complicatezza nei modelli organizzativi: un approccio generale

## EDILIZIA OSPEDALIERA

Il nuovo "centro trapianti" dell'Azienda S. Orsola Malpighi di Bologna

## LINEE GUIDA

L'igiene ambientale in sanità

## ORIZZONTI



**EDICOM**  
info@gsanews.it • <http://www.gsanews.it>



## Pall Filtration, Separation, Solution

Nonostante gli ottimali sistemi di decontaminazione presentino un'alta margine di sicurezza, può succedere che, a causa dell'irregolarità dell'impianto di distribuzione, i fluidi per uso ospedaliero prelevati ai punti d'uso non rispettano pienamente i quei requisiti di purezza per gli usi cui sono destinati.

Ad esempio l'acqua utilizzata dai pazienti, in particolare da quelli immunocompromessi, e dagli operatori deve essere priva di batteri e contaminanti, così come quella destinata al lavaggio degli strumenti e quella utilizzata dalle apparecchiature biomedicali.

Le massime considerazioni valgono quando si tratta di gas medicali e di vapori e composti di tutti i fluidi che, attraversando un sistema di distribuzione nel quale possono annidarsi e crescere cellule batteriche, potrebbero costituire potenziali veicoli di infezioni nosocomiali.

Queste situazioni possono essere risolte ricorrendo all'unico sistema in grado di garantire la più assoluta sicurezza: la filtrazione applicata ai punti critici.

Pall, da molti anni specialista della filtrazione anche nell'ambito medico, si propone come il partner ideale in quanto non solo dispone di una serie di prodotti particolarmente studiati per lo scopo specifico, ma offre anche tutti i supporti necessari che traggono dall'analisi del problema, del sistema e dei fluidi in gioco e, attraverso la consulenza ed il supporto tecnico per lo studio della soluzione ottimale, si completano con un'assistenza post-vendita qualificata.



Pall Medical

Divisione della Pall Italia srl  
Via G. Druzzoni 28/40 20146 Milano

Tel. 02/47796.1  
Fax 02/4122905  
www.pall.com

Filtration, Separation, Solution...  
© 1997 Pall Corporation. Tutti i diritti sono riservati. Pall Medical è un marchio registrato di Pall Corporation.



*Nella mappa dei servizi  
scopri la nostra rotta*

[www.servicemed.it](http://www.servicemed.it)

Chi Siamo

Servizi

Aspetti Clinici

Prodotti

News

Eventi

Dove Siamo

Servizi

Benvenuti sul sito della Service Med, la società specializzata nella fornitura di prodotti, servizi e consulenze territoriali per:

**TERAPIA E PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO  
ALLETTAMENTO E MOBILIZZAZIONE DEI DEGENTI  
PROFILASSI INTRA-POST OPERATORIA DELLA TROMBOSI VENOSA PROFONDA**

Privacy

**SERVICE MED** srl Servizi e Forniture Medicali

Via dell'Agricoltura, 38 - 37012 Buscengo - Tel. 045 6717441 - Fax 045 713000 - E-mail: info@servicemed.it



# BARRIERTECH

Surgical Barrier System



## Una soluzione nuova. Dai molti usi

Barriertech è il nuovo sistema integrato di supporto alle équipes di sala operatoria.  
Un servizio di assistenza tecnico-gestionale combinato  
con l'utilizzo di materiali tessili innovativi,

### Il sistema

Barriertech è un sistema di servizi.  
Un team di esperti è a disposizione  
della équipe per:

- La definizione del protocollo di lavoro
- La realizzazione di kit personalizzati
- L'assistenza ed il mentoring

### I materiali

Barriertech prevede l'utilizzo di teli e camici  
realizzati in trilaminati e microfibra, tessuti  
riutilizzabili e conformi alle più recenti  
Normative Europee (EN 13752).



**servizi ospedalieri**

soluzioni per l'assistenza

[www.serviziospedalieri.it](http://www.serviziospedalieri.it)

SITE UGALD

SESTRIANO DI TRIVARI

Via Cavino 13 - 40130 Ferrara (FE)

Tel. 0522-96187.11 - Fax 0522.77.28.00

STABILIMENTO DI CASTELLARZU

Casa Molino di Villa Zuccheri - 64020 Castellano (TE)

Tel. 0862.28.770 - Fax 0862.58.81.65

STABILIMENTO DI LUCCA

Via S. Pietro a Vico 205 - 55100 Lucca (LU)

Tel. 0583.86.75.00 - Fax 0583.86.27.41



# SOMMARIO

**L'OSPEDALE** - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz - Anno 57 - Numero 4 Ottobre-Dicembre 2004

Direzione, Amministrazione, Redazione e Pubblicità  
EDICOM s.r.l.

Sede legale: via Zavanasco, 2  
20084 Lachiarella (MI)

Sede operativa:  
Via Alfonso Corti, 28 - 20133 Milano  
tel. 02 70 63 36 94- 70 60 21 06  
fax 02 70 63 34 29  
e-mail: info@gsanews.it  
http://www.gsanews.it

Direttore responsabile: Ilva Gottardi

Direttore editoriale: F. Finzi

Segreteria scientifica: K. Kob  
Comitato di direzione: U.L. Aparo, A. Biamonte,  
A. Cavoli, G. Dal Pozzolo, C. Del Giudice, G. Finzi,  
K. Kob, F. Longanella, A. Montanile, G. Pelissero,  
U. Podner Komarony, A. Rampa, G. Schirripa,  
D. Stalteri, G. Turchi

Comitato di redazione: U.L. Aparo, C. Cattananti,  
C. Del Giudice, G. Finzi, K. Kob, A. Marcolongo, G. Pelissero

Hanno collaborato

G. Finzi, K. Kob, A. Rampa, A. Sciacca, P. Cacciari, E. Ricchi, G. Martinelli,  
I. Frascari, A. Mazzeo, A.E. Mazzeo, B. Rizzoli, M. Rizzoli, B. Ferrando,  
G. Macrina, C. Capanni, T. Faraoni, L. Turco, A. De Luca, T. Fratti,  
C. Amaducci, S. Landi, B. Padelletti, M. Aiardi, F. Romagnoli, L. Mari,  
G. Borselli, R. Banfi, B. Zamparelli, G. Maratazzo, G. Federico, F. Onofaro,  
P. Di Pinto, P. Borsato, M.B. Tessadori, M. Galante, M.T. Morelli, A.M. Mucci,  
T. Campione, V. Cesarotti, B. Di Silvio, N. Martinelli

Abbonamenti

ITALIA ANNUO € 30,99  
EUROPA  
PAESI EXTRA EUROPEI € 103,29  
Copia € 1,29  
C.C.P. 38498200

fotolito e stampa:  
T&T STUDIO - MILANO  
GRAFICHE JODICE - ROSATE (MI)

Autorizzazione del tribunale di Milano n°264 del 04/05/2001.  
La pubblicità non supera il 45% del numero delle pagine di ciascun fascicolo della rivista.

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

Testata volutamente sottoposta a certificazione di tiratura e diffusione in conformità al Regolamento C.S.S.T. Certificazione Stampa Specializzata Tecnica per il periodo:

01/01/2003 - 31/12/2003  
Tiratura media: N. 5250 copie  
Diffusione media: N. 5044 copie  
Certificato CSST N.2003-737 del  
23 Febbraio 2004

Società di Revisione: CONSULAUDIT

Tiratura del presente numero:  
4.500 copie

ASSOCIATO A:

A.N.E.S.  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



"Ai sensi dell'art. 2 comma 2 del codice di deontologia relativo al trattamento dei dati personali nell'esercizio dell'attività giornalistica, si rende nota l'esistenza di una banca-dati personali di uso redazionale presso la sede di Via Alfonso Corti, 28 - Milano. Gli interessati potranno rivolgersi al responsabile del trattamento dei dati sig. ra Barbara Amoroso presso la sede di Milano Via Alfonso Corti, 28 per esercitare i diritti previsti dalla legge n. 675/96"



in copertina  
Ospedale di Silandro  
Val Venosta, Provincia  
Autonoma di Bolzano

## 30° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

5

## EDITORIALE

19

## RISK MANAGEMENT

La gestione del rischio clinico: esperienza di due Aziende Ospedaliere della Regione Campania

20

## ORGANIZZAZIONE

Governare gli ospedali: varietà ed efficacia delle strategie di direzione

24

## PROGRAMMAZIONE

Ospedale senza dolore

34

## GESTIONE

La semplicità, la complessità e la complicatezza nei modelli organizzativi: un approccio generale"

36

## EDILIZIA OSPEDALIERA

Il nuovo "centro trapianti" dell'Azienda S. Orsola Malpighi di Bologna

40

## LINEE GUIDA

L'igiene ambientale in sanità

46

## RUBRICHE

## ORIZZONTI

66

**STERRAD NX**

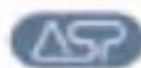
# Quando la velocità è importante

Strumenti sterili quando vuoi e  
dove vuoi



Il sistema STERRAD NX compatto e a bassa temperatura sterilizza la maggior parte degli strumenti medicali in meno di 30 minuti.

- Processo di sterilizzazione delicato e asciutto
- Strumenti sterili e confezionati
- Strumenti sterili per un uso immediato o futuro
- Sicuro, conforme alla EN ISO 14937



ADVANCED STERILIZATION PRODUCTS®

*Johnson & Johnson*

# L'azienda sanitaria: quale "Direzione"

## Considerazioni scientifiche e presentazione del Congresso

**K. Kob**

Segretario Generale - Segreteria scientifica A.N.M.D.O.

Molti si chiederanno, perché il Consiglio Direttivo A.N.M.D.O., recependo la proposta della Segreteria scientifica, abbia scelto questo titolo. Ecco la risposta. L'idea è nata sabato, 20 dicembre 2003, quando durante una seduta della Segreteria scientifica A.N.M.D.O., riunitasi presso la Direzione Medica dell'Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi di Bologna, il nostro Presidente Gianfranco Finzi, è stato informato telefonicamente che il giorno prima, il 19 dicembre, il Consiglio dei Ministri aveva approvato un disegno di legge dal titolo **"Principi fondamentali in materia di Servizio sanitario nazionale"**, documento rimasto "segretissimo" fino al giorno della deliberazione. "I principi fondamentali" prevedevano, tra l'altro, la creazione di una nuova figura manageriale, chiamata **"Coordinatore clinico aziendale"**, scelta tra i direttori di struttura complessa e designata dagli stessi, con la contemporanea

soppressione, a discrezione delle Regioni, della figura del Direttore sanitario aziendale. (Fig. 1) Decidemmo che la problematica andava affrontata subito, senza perdita di tempo, non tanto per i potenziali risvolti di ordine sindacale, ma soprattutto per le conseguenze che le proposte governative, qualora trasformate in norma di legge, avrebbero prodotto all'interno dell'attuale assetto organizzativo sanitario del Paese. Non si tratta, pertanto, di una semplice difesa di categoria, bensì di un obbligo morale di un'associazione che, rappresentativa di professionisti di settore, oltre a perseguire finalità sindacali, in sanità riveste, da più di mezzo secolo, anche e soprattutto un importante ruolo in campo organizzativo-gestionale. Infatti, lo Statuto A.N.M.D.O. ed il Regolamento affidano alla Segreteria scientifica il compito di "perfezionare l'organizzazione ospedaliera e dei servizi sanitari territoriali sotto il profilo della

pianificazione, programmazione, organizzazione e gestione aziendale, del **governo clinico aziendale, di presidio e delle articolazioni territoriali**, dell'organizzazione igienico-sanitaria, dell'etica professionale ed aziendale e delle tecniche assistenziali. Inoltre, la Segreteria scientifica ha il preciso compito di collaborare con l'Autorità sanitaria, anche ai fini dell'aggiornamento delle disposizioni vigenti in materia ospedaliera e dei servizi sanitari territoriali. (Fig. 2) In tale ottica, la Segreteria scientifica, oltre a sentirsi in dovere di partecipare a tutte le iniziative coordinate dal Presidente Finzi, ha proposto al Consiglio Direttivo A.N.M.D.O. quale titolo del 30° Congresso ANMDO di Sorrento, **"L'Azienda sanitaria: quale "Direzione"**. Un titolo che apparentemente può prestarsi a varie interpretazioni, ma che in realtà si prefigge un solo ed unico obiettivo: L'A.N.M.D.O. desidera, e ritengo che ne abbia i presupposti scientifici, partecipare attivamente, ossia in forma critica e costruttiva, al dibattito culturale in corso che riguarda la sanità in evoluzione, con

Disegno di legge, approvato in data 19 dicembre 2003 dal Consiglio dei Ministri, dal titolo:

**"Principi fondamentali in materia di Servizio sanitario nazionale"**



K. Kob, L'Azienda Sanitaria. Quale "Direzione" Sorrento 2004

1

Fig. 1

Tra l'altro, lo Statuto affida, alla Segreteria scientifica, i seguenti compiti:

- perfezionare l'organizzazione ospedaliera e dei servizi sanitari territoriali sotto il profilo della pianificazione, programmazione, organizzazione e gestione aziendale, del **governo clinico aziendale, di presidio e delle articolazioni territoriali**, dell'organizzazione igienico-sanitaria, dell'etica professionale ed aziendale e delle tecniche assistenziali, nonché di collaborare con l'Autorità sanitaria, anche ai fini dell'aggiornamento delle disposizioni vigenti in materia ospedaliera e dei servizi sanitari territoriali."



K. Kob, L'Azienda Sanitaria. Quale "Direzione" Sorrento 2004

2

Fig. 2

Fig. 3

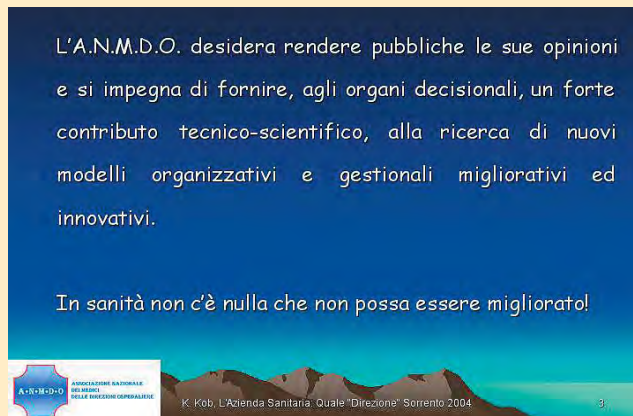


Fig. 4



un'ampia visione europea. L'A.N.M.D.O. desidera rendere pubbliche le sue opinioni e si impegna a dare, agli organi decisionali, un forte contributo tecnico-scientifico, alla ricerca di nuovi modelli organizzativi e gestionali migliorativi ed innovativi. Gli esperti della qualità ben sanno che non c'è nulla che in sanità, così come in altri settori, non possa essere migliorato. (Fig. 3). Di fronte a simili scenari in corso, e mi riferisco in particolare ai recenti provvedimenti governativi citati dal Presidente Finzi, l'A.N.M.D.O. non accetta e non accetterà mai il ruolo di spettatore passivo! Il 30° Congresso A.N.M.D.O. ha affrontato una tematica di grande interesse per il nostro sistema socio-sanitario, da diversi anni in continua e rapida evoluzione. Non dimentichiamo, inoltre, che tutti noi dobbiamo essere fieri del fatto che il modello sanitario italiano risulti essere tra i più evoluti all'interno dell'Unione Europea. Molti non se ne stanno rendendo conto!! Infatti, all'interno dei Paesi dell'Unione Europea, il **sistema sanitario italiano** si distingue da tanti

altri modelli perché presenta i presupposti per una reale pianificazione e programmazione territoriale delle strutture e dei servizi, perché permette la programmazione e implementazione di una politica di aria vasta, ed infine perché è uno dei pochi sistemi esistenti che garantiscono il raccordo ospedale-territorio e, quindi, la continuità assistenziale, con una chiara visione socio-sanitaria. (Fig. 4). Nel Servizio Sanitario Nazionale, il ruolo dei **Direttori sanitari aziendali, dei Direttori medici di presidio ospedaliero e di distretto**, nell'ambito del governo clinico aziendale, è fondamentale. Altri Stati dell'Unione Europea, meno fortunati di noi, non dispongono di questa figura specialistica preposta alla "Clinical governance", per cui la devono ancora inventare! (Fig. 5) In tale contesto va detto anche che, negli ambiti di competenza, assumono una importante responsabilità di governo clinico anche i direttori di dipartimento, nonché i direttori di struttura complessa ed i responsabili di

struttura semplice. (Fig. 6) Desidero infine ringraziare tutti coloro che hanno contribuito all'organizzazione di questo importante Congresso: il Presidente Gianfranco Finzi ed i componenti il Consiglio Direttivo; i colleghi della Segreteria scientifica per il grande lavoro svolto durante le varie fasi della preparazione del programma; i colleghi della Segreteria sindacale, in particolare l'amico Alessandro Rampa, per i preziosi suggerimenti forniti; la Sezione regionale A.N.M.D.O. della Campania, in particolare l'amico Francesco Longanella, per la collaborazione offerta in ordine agli aspetti logistici, le Istituzioni e Associazioni, in particolare la Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva, che ci hanno onorati del loro patrocinio, i nostri sponsor per il supporto fornito; la CSR Congressi per gli aspetti organizzativi; ed a tutti coloro che, pur non essendo stati espressamente menzionati, hanno contribuito alla buona riuscita di questo Congresso.



Fig. 5

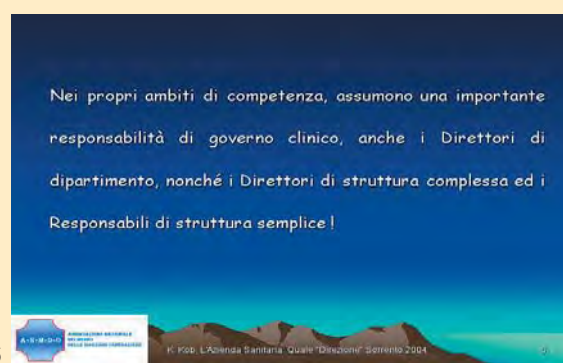


Fig. 6





## COME POSSIAMO PROTEGGERE QUESTA PAZIENTE IN SALA OPERATORIA DAL RISCHIO DI FARSI DEL MALE ?

colore blu e il compromesso.

Tutti sappiamo che non bisogna violare compromessi con l'averci un simile comportamento prima e durante un intervento chirurgico può avere una conseguenza™).

Le statistiche europee riportano una percentuale di infezioni post operatorie nella fascia chirurgica pari al 2%. Molto spesso, la causa di queste infezioni sono i batteri che migrano dalla cute del paziente fino alla ferita chirurgica. Evitare l'infezione

Per impedire che questo si verifichi occorre adottare il copriarea impermeabile, proprio come Klinidrape. L'impermeabilità, l'assoluta assenza di fori, ed il nuovo concetto Klinidrape come drapeo fissa gli standard nel drappaggio per un migliore controllo della infezione in sala operatoria. Per ulteriori informazioni su Klinidrape come drapeo e sul sistema completo di servizi e di prodotti Klinidrape, potete consultare il sito [www.klinidrape.com](http://www.klinidrape.com) o contattarci direttamente all'indirizzo [info@klinidrape.com](mailto:info@klinidrape.com).

© 2009, B.P. Fabiani, S. Sironi,  
S. Pini. È vietata in tutto  
il ristampa o l'uso non autorizzato  
senza permesso scritto.

# Il governo dell'ospedale e le regole del gioco

**A. Rampa**

*INT Milano*

Parlare di Sanità in costante rapida evoluzione è persino banale.

Parlare di bisogno di governo all'interno dell'ospedale (e in genere all'interno del paese) è persino ovvio.

Parlare di costanti progressive difficoltà nell'allineamento tra le accresciute e condivisibili richieste di sanità e di salute e le sempre più insufficienti risorse che il paese può allocare nel settore è persino lapalissiano. Parlare dell'irreversibilità del processo di aziendalizzazione in sanità è comunque scontato. Parlare di come la ricerca e l'individuazione di un giusto equilibrio tra evoluzione della sanità, accrescita richiesta da parte dei cittadini e crisi delle risorse (finite nella doppia accezione del termine) all'interno dell'ospedale passi attraverso una rinnovata strategia di governo dell'ospedale che si può realizzare solo con un nuovo forte ruolo centrale della Direzione Sanitaria d'Azienda e della Dirigenza Medica di Presidio è un dovere fondamentale di questo congresso che risponde ad un enorme bisogno di conoscenza, di chiarezza e di grande condivisione che solo l'ANMDO all'interno del quadro sanitario italiano è in grado di garantire se svolge fino in fondo e bene il proprio compito.

In questo roboante e mutevole sistema di dubbi, di valori e di

convulsa ricerca di salute, chi siamo noi? chi vogliamo essere noi? che cosa si aspetta da noi il paese? che cosa si aspetta dall'ANMDO chi intraprende (fortunato lui e... ahi lui...) la professione di Medico di Direzione Sanitaria? Dove va la nostra professione e il nostro ruolo? Dove abbiamo sbagliato fin qui? Su questi argomenti e su una rinnovata capacità di governo, comune e condivisa fonda e deve vertere sia l'analisi che il dibattito che dobbiamo sviluppare oggi, in questi giorni, in questi pochi mesi futuri, altrimenti il Paese imparerà a fare a meno di noi e a sostituirci con qualcuno o qualcos'altro e forse farà bene: certamente ce lo saremo cercati.

Come allora poter già qui oggi dare alcune importanti risposte a questi quesiti che coinvolgono sia le regole del gioco del Governo della sanità che il nostro ruolo presente e futuro è presto detto e può essere solo frutto di un concerto di voci giovani e meno giovani che consentano di ridefinire la nostra identità, le nostre aspirazioni e il nostro impegno per la sanità del paese in un perfetto mix tra l'esperienza dei vecchi professionisti di tante stagioni e l'entusiasmo dei giovani che si sono avvicinati da poco alla nostra professione. Cominciamo dal condividere alcuni principi stabili nel tempo che devono ispirare in modo nobile la nostra vita di ogni

giorno dandoci le certezze cui possiamo costruire il nostro operato:

- ① Noi siamo e vogliamo continuare ad essere artefici in prima persona del rispetto delle regole che il Paese si da in ambito sanitario
- ② Noi siamo e vogliamo continuare ad essere esperti e attenti osservatori dei bisogni sanitari da trasferire in termini di proposta al tavolo della politica
- ③ Noi siamo e vogliamo continuare ad essere fedeli servitori dello Stato che nella sua storia ci ha sempre affidato ruoli di grande complessità e responsabilità
- ④ Noi siamo e vogliamo restare l'interlocutore dei cittadini all'interno dell'ospedale
- ⑤ Noi siamo e vogliamo restare mediatori competenti tra le richieste inevitabilmente e giustamente particolari che i clinici portano sui tavoli del potere gestionale intra ed extra ospedale
- ⑥ Noi siamo e vogliamo restare operatori ad alta professionalità in specifici settori igienico-organizzativi di cui ogni organizzazione sanitaria non solo italiana non può fare a meno
- ⑦ Noi siamo e vogliamo restare attivi in prima persona nel fondamentale confronto tra rappresentanti dei lavoratori e istituzioni sanitarie
- ⑧ Noi siamo e vogliamo restare abili attuatori nel quotidiano della capacità di risolvere i problemi che anche la più minuziosa pianificazione non può evitare in assoluto
- ⑨ Noi siamo e vogliamo rimanere punto di riferimento per tutti gli operatori della sanità che sempre più necessitano di nuove competenze non più solo cliniche ma organizzative e gestionali soprattutto nel

versante del buon uso comune della risorsa che il paese ci affida

⑩ Noi siamo e vogliamo rimanere interpreti fondamentali del processo di aziendalizzazione che riteniamo assolutamente irreversibile e (pur in mezzo a grandi difficoltà) unico in grado di fornire a questo paese una grande sanità con le risorse comunque disponibili.

Per fare bene tutto questo siamo oggi chiamati a studiare di più, lavorare di più, a confrontarci di più tra noi e con gli altri colleghi che operano in sanità.

Dobbiamo riacquisire il piacere di analizzare tra noi e coi colleghi clinici e con tutto il personale degli ospedali le diverse realtà operative, le prospettive, le speranze, i sogni, le delusioni, dobbiamo ricreare la città ospedale in cui tutti si sentono parte importante di un insieme importante e in cui tutti lavorano per un futuro migliore in un mondo migliore dove la salute è comunque un valore centrale.

Dobbiamo confermare e diffondere la nostra scelta di lavorare al servizio della comunità ospedale e dei cittadini usando il nostro potere solo nell'interesse comune.

Abbiamo sempre fatto tutti così? Non lo so e non posso dirlo, errori certo ne abbiamo commessi e ci dobbiamo impegnare a conoscerli, a farli conoscere e a scusarci in particolare per l'uso improprio del nostro potere quando e se c'è stato.

Quando dico che dobbiamo studiare di più, confrontarci di più fra noi, creare e diffondere una rinnovata cultura del e nel nostro agire mi riferisco per esempio a come in questo paese le regole del gioco esistono, ma troppo spesso sono poco conosciute e fraintese o male interpretate. Tocca a noi contribuire a questo processo di conoscenza che al contempo rivaluta e riqualifica il nostro

ruolo di primi attori all'interno dell'ospedale. Ecco l'esempio: ancora oggi, a 10 anni dall'inizio del processo di aziendalizzazione nella sanità del nostro paese, frequentemente sono costretto a ricordare ed a fare chiarezza dentro e fuori l'ospedale (anche ad autorevoli personaggi del mondo sanitario) sulla differenza che esiste tra Azienda e Impresa. Sarebbe interessante verificare tra di noi quanti conoscono che l'Impresa, in estrema sintesi, ha come prima finalità il profitto, mentre l'Azienda ha, sempre in estrema sintesi, come prima finalità il buon uso delle risorse e perciò fare Azienda nella Sanità Pubblica non è uno scandalo (come spesso ci si vede ancora rimproverare) ma un dovere sociale fondamentale che risponde anche al principio etico di dare *più sanità possibile* (curandone anche in parallelo qualità e appropriatezza) con le risorse predefinite che il Paese ci affida. Fare Impresa, attività assolutamente nobile, nella sanità pubblica non ci interessa e non ci viene chiesto, tutt'al più è una sfida in più per gli amici e i colleghi che operano nel privato, i quali a fonte di questa sfida in più possiedono tempi e dinamiche gestionali più agili e in genere diverse.

Vedete, già questo accenno ci potrebbe portare molto lontano nell'analisi e nella conoscenza: credo che, caro Presidente Finzi, forse meriterebbe un incontro ad hoc dal titolo: come migliorare reciprocamente le nostre performances professionali confrontandoci tra Direzioni Sanitarie del pubblico e del privato: credo si potrebbe veramente crescere insieme e favorire l'interscambio di ruoli e professionalità oggi giuridicamente possibile, ma non privo di incognite nel senso etimologico del termine. Era solo un esempio ma io lo butto lì...

Per tornare al tema.

Il mio collega e amico Karl Kob, che è molto più scienziato di me, qualche giorno fa ad un giovane collega di nome Vastola (che ringrazio se presente) il quale ci aveva inviato una mail rispondeva con una breve analisi sulla Clinical Governance che vi voglio riportare virgolettato perché lo trovo un alto esempio di sintesi esplicativa su quello che è il mio e forse anche il vostro pensiero sull'argomento:

**“Caro collega, effettivamente, sul concetto “governo clinico” c’è una grande confusione. Penso che i primi a disconoscere il significato del termine “clinical governance” siano proprio i vertici politici. Come rappresentanti dell’Associazione scientifica e sindacale ANMDO, cerchiamo di portare avanti una strategia che a medio-lungo termine consideriamo comunque vincente, ma non è cosa semplice. Laddove, in genere, i (veri) direttori sanitari di matrice igienistica ed esperti in tecniche manageriali e, quindi anche di clinical governance, si occupano di governo clinico con diligenza, serietà, trasparenza e professionalità, quasi nessuno metterà mai in discussione il loro ruolo. Laddove, invece, le cose non si fanno così, si va “disperatamente” in cerca di figure alternative che in realtà di norma non ne hanno le competenze. Quindi spetta a noi farci conoscere ed apprezzare, ma attraverso i fatti e non le parole..”**



Ecco un'autorevole conferma di quanto prima affermavo riguardo alla clinical governance e alle regole del gioco che riassumerei in un programma di attività personale/collettivo in estremissima sintesi: (e vi va bene in quanto mi hanno dato solo 20 minuti a fronte ad una mia autonomia di discorso senza bere e senza pause di 8-10 ore .. e credo che su questi argomenti ci sarebbe proprio da riempirle tutte)

1. ogni settimana dedicare un po' di tempo a parlare tra colleghi della stessa equipe sull'importanza dell'aggiornamento costante e del produrre ricerca e del pubblicare
2. almeno ogni mese partecipare ad un incontro con colleghi di altri enti che fanno il nostro lavoro e confrontarsi con loro su casi particolari sull'applicazione di nuove leggi - problematiche comuni e innovative ecc. (qualche amico del Veneto ricorderà il tavolo dei medici di Direzione Sanitaria della provincia di Verona che avevo introdotto nel '96 e che ha ben funzionato per anni, anche dopo il mio ritorno a Milano, dove peraltro io stesso non ho più ripetuto l'esperienza ....)
3. partecipare anche se non iscritti ANMDO (l'iscrizione semmai può venire dopo) alle riunioni e agli incontri di formazione previsti in ogni regione ogni anno e realizzati dall'ANMDO.
4. leggere l'"Ospedale" e "ANMDO News" che nelle nostre intenzioni sono il primo e deve diventare il secondo il veicolo di informazione, formazione, conoscenza e confronto per chi fa il nostro lavoro a prescindere dall'iscrizione ANMDO perché la nostra professione si salva solo se remiamo tutti insieme forte e nella stessa direzione (nella duplice eccezione del termine)

E da ultimo consentitemi insieme ad un saluto e ad un abbraccio a tutti voi una preghiera frutto dei miei 25 anni di questo lavoro: non accettate mai, in nessun caso e in nessuna circostanza, scorciatoie professionali nel senso di ruoli per i quali non avete totale e pieno titolo: credetemi sembrano salti in avanti invece sono solo salti nel buio.



# KLINIKline

Vince sempre  
al gioco  
del silenzio

La famiglia Klinik line si allarga e cresce:  
lavasciuga pavimenti, aspiratori, monospazzole



Dove pulizia, igiene e silenzio sono d'obbligo, Klinik Line di FIMAP è la soluzione ideale per garantirli e rinnovarli quotidianamente. Klinik Line è la linea completa e versatile di macchine professionali, esclusiva della pulizia di aree di cura, ospedali, cliniche ed ambienti che richiedono i più alti standard

di pulizia e sanificazione. Klinik Line viene offerta anche con la speciale formula di noleggio Colfrenti ed il servizio di manutenzione programmata Happy Clean. Dove il rispetto del silenzio è la prima regola da rispettare, FIMAP vince sempre.



**FIMAP**  
pulito personalizzato

020300-013770001

# La direzione nella sanità privata

## A. Sciacca

Direttore Sanitario Centro Catanese di Oncologia  
(Gruppo Ospedaliero TechHosp) Catania

Nell'ultimo decennio la disponibilità al cambiamento organizzativo rappresenta un tema di notevole rilevanza nel dibattito sul S.S.N., anche se non è stata sempre sufficiente l'attenzione sugli aspetti organizzativi, prevalendo i risvolti politici ed ideologici. E' quanto mai attuale parlare di Direzione Sanitaria alla luce del cambiamento organizzativo richiesto sia alle nostre organizzazioni che ai Direttori Sanitari in qualità di responsabili del "Governo Clinico complessivo dell'Azienda". "Oggi il cambiare e il saper cambiare stanno sempre più cedendo il passo ad un fenomeno avvincente ed inquietante insieme: il vivere nel cambiamento, meglio ancora il saper vivere nel cambiamento" Botteri 2003 e l'esperienza evidenzia che, le cose cambiano rapidamente e che, spesso, i cambiamenti sono determinati da necessità sociali complesse e da forti esigenze di mediazione. Il problema non è, forse, quello di spingere le persone a cambiare, ma di orientare i cambiamenti e le persone di una organizzazione verso finalità, scopi ed obiettivi comuni che tutelino sia il benessere dell'organizzazione sia la soddisfazione dei collaboratori e di tutti gli Stakeholders. La figura del Direttore Sanitario deve riproporsi in quest'ottica. Le organizzazioni oltre a riscoprire il patrimonio delle competenze danno la giusta importanza a quei

valori (forse dimenticati) che tengono conto della dignità del paziente e della necessità di servire in maniera efficace e senza arroganza i Clienti che afferiscono alle organizzazioni stesse. Quindi riconoscimento del valore dell'innovazione, con un Direttore Sanitario capace di fornire risposte adeguate al cambiamento. Il successo del cambiamento organizzativo si fonda sul lavoro di chi assume la responsabilità di promuoverlo, con la qualificazione delle abitudini e del pensiero (cultura) delle persone che operano in organizzazione, affinché possano definire i problemi e trovare soluzioni con modalità nuove. Non credo ci sia differenza di funzioni e competenze del Direttore Sanitario sia che esso operi in una struttura pubblica o privata: in entrambi i casi il servizio è rivolto ad un bene primario "la salute" che non ammette deroghe o distinzioni. Servizio caratterizzato da specifiche competenze igienico-organizzative e di direzione strategica. Servono competenze acquisite attraverso un percorso formativo specialistico. La cultura sanitaria del privato non è più "cultura del risparmio o del parcheggio del malato dimesso dall'ospedale pubblico" è diventata "cultura della professionalità e dell'efficienza" adeguata ad indirizzare la libera scelta della clientela tra offerte sanitarie paragonabili. La ospedalità privata

è presente sul mercato con competenze sia strategico-gestionali che strettamente cliniche, anticipando l'offerta ed estendendola da una consolidata e valida area di media specialità ad aree quali l'emergenza e l'eccellenza, competenze che sino ad ieri erano a carico esclusivo della Sanità Pubblica. Per quanto attiene, nello specifico, gli ambiti di intervento della Direzione Sanitaria essi vanno dalla *garanzia del momento sanitario dell'ospedale con la realizzazione degli obiettivi dell'istituto ed ottemperanza agli obblighi di legge ad ambiti di intervento in igiene, organizzazione, governo clinico*. Il Governo Clinico attiene alla appropriatezza clinica ed organizzativa ed alla qualità tecnica e percepita delle prestazioni sanitarie erogate; in particolare riguarda:

- ▶ L'appropriatezza
- ▶ I risultati
- ▶ Il Risk management
- ▶ Le infezioni ospedaliere
- ▶ Il Contenzioso giudiziario

La responsabilità del Governo Clinico appartiene ad ogni livello organizzativo e professionale, preminente è il Ruolo di Direzione e di Governo da parte del Direttore Sanitario.

Sul piano operativo una Direzione Sanitaria, disponibile al cambiamento, deve stimolare l'apprendimento di una nuova cultura: *Nuovo modo di pensare al lavoro* da parte di tutti gli operatori per produrre nuovi comportamenti tra persone-struttura/cultura-persone, da cui far scaturire il *Cambiamento* richiesto. I cambiamenti, infatti, non avvengono perchè stabiliti dall'ordinamento (anche!) ma

vanno costruiti e guidati grazie a nuovi modi di pensare e conseguentemente di agire (*Valori condivisi*), dopo aver costruito uno spazio progettuale.

Il cambiamento organizzativo consiste nell'orientare i rapporti fra le varie parti del sistema-organizzazione verso gli obiettivi aziendali e i risultati attesi, realizzando un allineamento efficace fra cambiamenti individuali ed istituzionali e richiede un cambiamento culturale e una ri-definizione del sistema di rapporti, passando dall'idea di "meccanismo" all'idea di persone che hanno inteso e vivono il cambiamento.

✓ Ogni azione organizzativa si sostiene su due pilastri:

- ▶ La Norma (*autorità*)
- ▶ La Cultura (*leadership*).

Sul piano operativo un approccio in grado di supportare la progettazione di un sistema di misurazione dei risultati è la "gestione per processi" (il percorso del paziente): essa riguarda il percorso effettivo (ciò che si fa), il percorso di riferimento (best practice interna) ed il percorso obiettivo. Studia l'insieme delle azioni e delle prestazioni erogate anche da soggetti differenti, finalizzate ad affrontare uno specifico problema di salute riferito ad un gruppo di pazienti con caratteristiche omogenee, dall'inquadramento diagnostico alla risoluzione.

La gestione per processi è orientata sia alla rilevazione dei fenomeni economici (costo di gestione) sia dei parametri clinico-sanitari (risultati finali). La gestione per processi favorisce i cambiamenti della struttura organizzativa e del sistema delle responsabilità, aumenta l'integrazione inter-intra aziendale, dispone di uno strumento di accumulo-diffusione delle conoscenze maturate dall'organizzazione, avvia il "ciclo di miglioramento continuo". In sintesi aggiunge elementi utili per

completare il ciclo della valutazione di sistema che sta alla base del principio di Governance-benchmarking. Essa è capace di superare le criticità di sistema perché favorisce l'analisi della gestione e dei risultati prodotti; induce la tempestività dell'azione correttiva, produce flessibilità nell'adattarsi a modificazione dell'ambiente esterno.

Il successo del Governo delle organizzazioni complesse si fonda su un mix di strumenti operativi e di qualità personali, intendendo per questo, quelle competenze che sono il risultato del rapporto fra l'individuo e l'ambiente lavorativo (dato dinamico ed evolutivo). Oggi ai Manager della Sanità, Direttori Sanitari inclusi, è chiesto di saper perseguire le finalità (soddisfare i bisogni) e,

quindi, di dimostrare con evidenze oggettive di riuscire a rispondere alle richieste della comunità locale ed ai specifici bisogni di salute, erogando prestazioni di servizi di diagnosi e cura, in quantità e qualità coerenti con la domanda. Il "prodotto" in Sanità deve rispondere a logiche multifattoriali.

Tra i compiti di una attuale Direzione Sanitaria specifica valorizzazione deve essere posta anche alla "Gestione delle risorse umane" attraverso sistemi di formazione condivisi ed integrati. Monitorando periodicamente la soddisfazione degli operatori attraverso la valutazione del clima organizzativo e del feedback interaziendale. La sfida per il futuro non consiste quindi nella ricerca di una nuova, l'ennesima,



alchimia per porre vincoli contabili o organizzativi o per modificare gli assetti istituzionali vigenti ma, piuttosto, nello sviluppo di sistemi e strumenti in grado di fornire elementi utili per supportare il processo decisionale rendendo possibile la corretta valutazione dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità del sistema. Solo in tal modo, infatti, si renderà possibile stabilire quale *modello di Sanità* implementare ed avviare, in tal modo, concretamente il passaggio da sistemi di governement a quelli di governance. Si porrà, così, il recupero del paziente e dei problemi di salute dai quali esso è affetto al centro dell'attenzione, della programmazione, dell'organizzazione e della gestione. Si potrà così motivare il coinvolgimento dei *Professionisti* nella gestione anche attraverso

l'impiego di informazioni in grado di rappresentare le loro modalità di lavoro, favorendo, altresì, il "ciclo di miglioramento continuo". Per poter fare fronte al cambiamento richiesto il Direttore Sanitario deve avere capacità di progettare l'azione direzionale nell'ambito delle strategie delle politiche aziendali; deve saper valutare i nuovi bisogni "di salute" emergenti dalla domanda del territorio mediante una azione di marketing sanitario e deve acquisire la capacità di migliorare i sistemi di comunicazione della Direzione Sanitaria lavorando in gruppo, riuscendo a decentrare, delegare e gestire i conflitti ed i cambiamenti. In sintesi deve possedere quella che viene definita la capacità di management, cioè cultura organizzativa (da non sovrapporre o confondere con la cultura professionale) per aiutare l'azienda

a produrre servizi migliori, utilizzare in maniera ottimale le risorse, conseguire l'indispensabile risultato economico.

Deve soprattutto sapere:

- ▶ Interpretare le nuove esigenze per rispondere alla clientela con efficacia, in un segmento che necessita di un forte dialogo e di grande comprensione tra CHI produce un servizio e CHI lo riceve;
- ▶ vigilare sulla partecipazione al progetto di evoluzione e di crescita significativa;
- ▶ tener in gran conto che "Le organizzazioni che erogano servizi professionali alla persona non potranno mai essere migliori degli individui che le compongono" (Henry Mintzberg) e dei loro valori di riferimento.



**Vileda Swep System**  
L'innovativo sistema professionale dedicato alle strutture sanitarie

Vileda Swep-System è un sistema di pulizia pre-impiantato nato per soddisfare le esigenze del settore sanitario e studiato per garantire il miglior risultato in termini di pulizia, igiene, efficienza ed ergonomicità.

Grazie a Vileda Swep System ottieni risultati eccellenti, rispettando allo stesso tempo l'ambiente: le frange, in microfibra, necessitano di una ridotta quantità di soluzione detergente e garantiscono migliori performance.

Un team di esperti saprà indicarti il metodo più appropriato a seconda dell'area di applicazione (alta, medio o basso rischio) e saprà supportarti in ogni momento grazie alle proprie competenze e alla propria professionalità.

**vileda**  
PROFESSIONAL

Helping you make a difference

IMP di R. Freudenberg s.p.a.  
Divisione Professional - Viale Monza, 28 - 20127 Milano  
Tel. 02 2666.1 - Fax 02 25821780



# Essere bene assistiti per voi è indispensabile



*Air Liquide Sanità Service, nel cuore dell'ospedale, condivide con medici e pazienti le esigenze e il desiderio quotidiano di migliorare la qualità delle terapie*



Air Liquide Sanità Service assicura servizi integrati ospedalieri in ambito:

- **OncoBiologia:** realizzazione chiavi in mano di banche biologiche automatizzate e fornitura di apparecchiature per il congelamento e la crioconservazione.
- **Igiene:** linea completa di distribuzione ospedaliera (ANOG).
- **Medical Global Service:** fornitura di gas medicinali e progettazioni, analisi e manutenzione degli impianti per la loro distribuzione.
- **ModuAir:** produzione on-site di aria medica.
- **Progettazione, costruzione e gestione chiavi in mano di centrali di sterilizzazione (Omnic).**



***In condizioni di massima tranquillità e sicurezza.***

# Riflessioni di logistica ospedaliera

A.M. Mucci\*, M. Galante\*, M.T. Morelli\*, T. Campione°

\*Direzione Sanitaria Ospedale Renzetti di Lanciano (CH)

° Direzione Medica Ospedaliera Az. Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

## MA COS'È LA LOGISTICA?

Alcuni, derivando il termine dal mondo militare, la definiscono come "scienza che si occupa del mantenimento degli eserciti affinché questi possano trovarsi sempre nelle migliori condizioni materiali per eseguire il loro compito": una organizzazione quindi di mezzi e servizi. In una struttura ospedaliera spesso il termine indica la semplice movimentazione dei beni, tanto è vero che si va a comporre di argomenti riguardanti i percorsi dei materiali (puliti/sporchi, sterili/infetti, leggeri/pesanti) delle persone (pz interni ed esterni, operatori, visitatori) e dei dati (clinici, amm.vi, statistici) e via di seguito. E' vero che è compito della DMO *tracciare i percorsi* e non solo da un punto di vista igienistico ma anche tenendo conto della razionalità distributiva. E qui potremmo parlare di teorie del passato e confrontarci con nuove indicazioni e necessità, parlare di esperienze concrete e proporre modelli e soluzioni. Oltre alla definizione più tecnica e pratica che abbiamo prima preso in considerazione, LOGISTICA come movimentazione di beni, andando ad approfondire l'etimologia della parola, possiamo constatare che LOGISTICA viene da LOGICA: "disciplina filosofica" introdotta da Aristotele, che si addentrò nello studio dell'*insieme dei*

*termini* e delle loro *molteplici connessioni* nella costruzione del linguaggio e nella organizzazione del ragionamento, del giudizio e del pensiero.

La LOGICA si traduce in *capacità di condurre* un ragionamento e *pervenire ad un pensiero* attraverso l'uso di termini e concetti ben connessi e coerenti. Trasferendo il ragionamento logico aristotelico all'interno di una struttura produttiva, la *logica dei comportamenti* si può tradurre e concretizzare in logistica.

Come possiamo definire, dunque, la LOGISTICA rifacendoci al ragionamento aristotelico?

Come "studio dell'insieme, non più di termini, ma di *azioni, connesse tra loro*, che portano a realizzare degli obiettivi che siano stati *logicamente* concepiti".

La LOGISTICA studia quindi l'insieme delle azioni che concorrono a supportare le attività principali ed interviene nei collegamenti tra le molteplici azioni in maniera tale che le attività produttive siano realizzate nelle *migliori condizioni e con il miglior risultato*.

Oltre a una LOGISTICA di Struttura che è più tipicamente tecnica e riguarda l'efficienza della struttura in cui si lavora sotto l'aspetto delle utenze e dei requisiti tecnici (la struttura deve garantire in ogni sua specifica parte i requisiti per le funzioni a cui è adibita: sala operatoria, laboratori, centrale di sterilizzazione devono possedere

un loro specifico assetto individuato ora anche formalmente dalle norme per l'accreditamento), esiste ed è ugualmente rilevante, se non preminente, una necessità di LOGISTICA di Direttive che può essere più specificamente distinta in Logistica Direttiva di tipo gerarchico e Logistica Direttiva di tipo operativo.

La direttiva gerarchica si presenta come un insieme di ordini e regolamenti che consente al personale competente di inquadrare opportunamente il proprio ruolo e la propria funzione.

La direttiva operativa è inquadrabile a livello di unità operativa, compete alle figure dirigenziali di reparto e riguarda la definizione delle procedure interne, necessarie per la applicazione delle direttive generali alle quali si conformano, con adattamenti specifici e possono essere distinte in procedure ordinarie e straordinarie di urgenza/emergenza.

Un buon approccio LOGISTICO prevede che tutte le parti interessate siano non soltanto compatibili e utili all'azione principale ma siano anche connesse tra loro in modo tale da rendere ottimale l'esito dell'azione.

La LOGISTICA è organizzazione e per realizzarla occorre stabilire ordini e trasmetterli.

L'ordine, frutto del pensiero e del ragionamento, spetta a chi ha l'incarico di responsabilità, e la sua trasmissione permette la connessione tra le varie parti e il loro cooperare allo stesso fine: è di grande importanza lavorare

sulla qualità del linguaggio di trasmissione (comunicazione) per arrivare alla maggiore condivisione degli ordini.

Potremmo indicare come *parole chiave*:

**il pensiero, il ragionamento, la comunicazione:** facoltà tipicamente dell'Uomo, che realizzano

**la coordinazione e la integrazione:** la coordinazione come ordine, unione, colleganza, l'integrazione che porta completezza, miglioramento, arricchimento.

Quello che si richiede alla figura che gestisce una responsabilità di direzione, e ancor più di gestione di struttura, è una combinazione di SAPIENZA e SAGGEZZA.

La sapienza, guida della mente, deriva dall'aver maturato e possedere la conoscenza intesa come cultura generale, principi, valori, ideologia... ed anche la capacità di saper valutare un problema non solo sotto l'aspetto strettamente pratico, materiale, venale ma anche dal punto di vista "filosofico" nel senso di ricerca delle soluzioni compatibili con la dignità ed il rispetto della persona.

La saggezza, guida dell'azione, è pratica e si traduce in abilità nel fare, nell'affrontare i problemi quotidiani con ingegno, mantenendo sempre alto il livello di vigilanza sulle situazioni e sempre vivo lo spirito critico.

Questa felice combinazione di sapienza e saggezza non è una dote fortunata ma si matura durante il percorso educativo e formativo, un percorso che non termina mai ma che certamente inizia da lontano.

Un responsabile, a cui sia affidato un qualsivoglia compito dirigenziale e di gestione, nel portare avanti un progetto come può essere quello di LOGISTICA ospedaliera, dovrà far riferimento a Principi e Modelli.

I primi, i Principi, deve averli e

reperirli dentro sé stesso, per padronanza della conoscenza filosoficamente intesa.

I secondi, più facilmente, può desumerli da realtà già esistenti per poi riprenderli integralmente, emendarli, adattarli, ovvero migliorarli proponendone di propri sulla base di valutazioni matematiche, statistiche, economiche, usando cioè le scienze esatte nella formulazione dei vari modelli.

Ma perché oggi siamo chiamati ad approcciare questa nuova disciplina, che si concretizza in un progetto di ottimizzazione? prima di tutto perché è insito nell'uomo il desiderio di superamento/miglioramento delle proprie azioni e inoltre perché nella situazione attuale, che è comune a molti, di limitata disponibilità di risorse, permette di mantenere alto il livello qualitativo delle prestazioni erogate, senza incidere sui costi o addirittura riducendoli.

Il risparmio che viene richiesto alle aziende non può tradursi, infatti, in una "scelta di scarsità" (dobbiamo ribellarci a questa formula di risparmio) ma deve scaturire da "metodologie gestionali" in grado di migliorare il livello di efficienza generale.

Prima ancora delle aziende sanitarie sono state le imprese industriali a doversi confrontare con una competizione crescente e con rapidi cambiamenti delle richieste di mercato.

Per rimanere competitivi hanno dovuto acquisire agilità e velocità. E' stato fondamentale per loro, creare una completa integrazione delle attività attraverso il coordinamento interno, gerarchico-funzionale e dei processi operativi, estendendo poi l'integrazione anche agli interlocutori esterni che comunque contribuiscono alla soddisfazione dell'utente finale. La realizzazione dell'insieme di relazioni tra processi interni ed esterni è stata identificata con il

termine di "supply chain", catena di supporto, che rende bene la visione di come ogni singolo anello sia utile e necessario a tenere insieme ben saldo l'intero sistema.

Anche l'azienda sanitaria si trova da diverso tempo a dover efficacemente coordinare l'apporto di tanti diversi produttori di servizi, interni ed esterni, che concorrono con i loro mezzi alla realizzazione di una buona assistenza.

E se è vero che i Modelli possono essere copiati dal mondo industriale, i Principi, come abbiamo detto, sono all'interno dell'uomo, fanno parte del suo bagaglio, prezioso, culturale-educativo-formativo.

Non è un caso che nell'industria, nell'affidare incarichi gestionali di progetto, siano state rivalutate le formazioni di tipo umanistico: laureati in filosofia, storia, antropologia hanno affiancato gli esperti scientifici di settore.

Il bagaglio culturale-educativo-formativo di noi medici di direzione sanitaria, la nostra esperienza professionale che ci permette continuamente di prendere coscienza e confrontarci con i valori e gli interessi della persona, siano essi operatori o pazienti, nonché di acquisire e approfondire conoscenze tecniche, innovative e a volte superspecialistiche, ci rende sicuramente all'altezza, e più di altri, adatti ad interpretare compiutamente ruoli manageriali e a gestire innovazioni strategiche.

La LOGISTICA ospedaliera, intesa come radicale cambiamento dei modelli di gestione attualmente in uso, è una sfida?

E allora, novelli filosofi, ma con un sguardo attento alle opportunità che la scienza e la tecnologia ci propongono, facciamoci avanti!

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



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

Al servizio di una professione e 100  
professionisti per il settore sanitario.

### ZACCARIA BARRIER SYSTEM

INDICAZIONE E SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

La Zaccaria ha progettato e realizzato un sistema dedicato alla gestione di prodotti confezionati con tessuti tecnici INTRASKAL, dedicati alla sala operatoria. Le ZACCARIA BARRIER SYSTEM. Obiettivo primario è quello di coniugare elevato standard di sicurezza e comfort, grazie alla infusione nella camera del prodotto chirurgico di ZnO e un sistema termico in continuo sviluppo e aggiornamento in grado di monitorare, mediante la sterilizzazione di alto standard dedicati, le esigenze del team operatorio e di rispondere alle problematiche che si insorgono durante l'attività chirurgica.

- Effetto barriera
- Impermeabilità
- Assorbente
- Basso emissione di particelle
- Comfort
- Antistaticità
- 70 dcl di lavaggio/sterilizzazione
- Kits personalizzati

## La gestione e l'organizzazione degli Ospedali nella sanità in continua evoluzione e la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero

In data 19 novembre 2004 si è riunita a Cittadella (PD) la Segreteria scientifica A.N.M.D.O. per definire il programma di alcuni importanti eventi scientifici previsti per l'anno 2005. In tale occasione è stata formulata, tra l'altro, la proposta del titolo del prossimo Congresso Nazionale A.N.M.D.O. che si svolgerà nel Veneto, con ogni probabilità a Villa Monastier, in Provincia di Treviso. Alla luce dei numerosi e sovente incresciosi eventi segnalati da numerosi soci che prestano la loro attività in alcune regioni, la Segreteria scientifica è pervenuta alla conclusione, che il Congresso 2005 dovrà essere dedicato soprattutto al ruolo delle Direzioni Mediche di Presidio, con particolare riferimento all'organizzazione dell'Ospedale, all'Atto aziendale, allo specifico ruolo del Direttore Medico di Presidio ed, infine, all'organizzazione per percorsi assistenziali in ambito ospedaliero e territoriale.

Il giorno successivo, vale a dire in data 20 novembre 2004, la proposta è stata sottoposta, ai fini dell'approvazione, al Consiglio Direttivo A.N.M.D.O., che ha ritenuto valido il titolo, rinviando l'esatta definizione delle tre sessioni congressuali previste alla prossima riunione, dopo aver consultato per iscritto il Presidente delle sedi regionali.

Poiché la legislazione nazionale e regionale demanda all'Atto aziendale la determinazione delle funzioni dei singoli operatori sanitari, riteniamo che tale aspetto venga prestata un'attenzione di riguardo.

Infatti, in alcune realtà regionali, la figura del Direttore medico di presidio, trova un chiaro ed inconfutabile riscontro, sia in riferimento alle sue competenze e funzioni, sia in riferimento ai suoi rapporti nei confronti della Direzione strategica, dei Dipartimenti e delle unità operative.

Riteniamo, in particolare, che l'organizzazione dell'Ospedale per Dipartimenti richieda la presenza di una "forte" Direzione Medica di Presidio, dotata di un elevato grado di professionalità e competenze maturate sul campo per affrontare i numerosi compiti gestionali, organizzativi, igienistici, ambientali, medico-legali, di promozione della qualità tecnica ed organizzativa, ed, infine, di motivazione e sviluppo delle risorse umane. L'esigenza dell'Ospedale di raccordarsi con i servizi territoriali rende ancora più indispensabile la presenza di medici di matrice igienistica, preposti alla gestione ed organizzazione.

Data l'esigenza di una chiara ed inconfutabile definizione delle competenze ed attribuzioni del Direttore Medico di Presidio Ospedaliero, su incarico del Consiglio Direttivo, un piccolo gruppo di lavoro, coordinato dal Segretario scientifico, predisporrà una bozza di linee guida per la stesura dell'atto aziendale.

Invitiamo tutti Presidenti e Segretari scientifici delle sedi regionali, nonché i Soci interessati a voler inviare eventuali proposte o suggerimenti al presente indirizzo e-mail: karl@kob.bz.it.

Ringraziamo fin d'ora per ogni contributo che ci verrà fornito.

*La Segreteria scientifica*

*Karl Kob (Segretario Generale), Giancarlo Finzi (Presidente),*

*Ugo Luigi Aparo (Vicepresidente con delega scientifica),*

*Cesare Catananti, Carmelo Del Giudice, Adriano Marcolongo, Gabriele Pelissero (componenti)*

## La gestione del rischio clinico: esperienza di due Aziende Ospedaliere della Regione Campania

### Riassunto

Le Aziende Ospedaliere "S. Sebastiano" di Caserta e l'AORN "A. Cardarelli" di Napoli hanno avviato le prime iniziative di valutazione del Risk management. La gestione del rischio clinico rappresenta un rilevante problema di politica sanitaria e rientra nelle competenze della Direzione Sanitaria cui compete il governo clinico. Nel presente lavoro vengono esaminate le richieste di risarcimento danni presentate contro l'AO. Cardarelli nel quadriennio 1999/2002 con la valutazione delle cause, delle conseguenze e delle unità operative interessate.

### Summary

*The hospital firms "S. Sebastiano" of Caserta and AORN "A. Cardarelli" of Naples you/they have started the first initiatives of evaluation of risk management. The management of the clinical risk represents a remarkable problem of sanitary politics and reenters in the competences of the Sanitary Direction which the clinical government competes. In the present job you they are examined the applications of reinsurance you damn introduced against the AORN Cardarelli in the quadriennium 1999/2002 with the evaluation of the causes, of the consequences and of the unities operational parties.*

**B. Zamparelli\***, **G. Matarazzo\***, **G. Federico\*\***, **F. Onofaro\*\***,  
**M. Carratù°**, **P. Di Pinto°°**

\*Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera "San Sebastiano" Caserta;

\*Direttore Sanitario A.O.R.N. "A. Cardarelli" Napoli;

\*\*Direttore U.O.C. Risk Management Azienda Ospedaliera "San Sebastiano" Caserta;

\*\*Dirigente Medico Direzione Sanitaria Responsabile Settore Igiene Ospedaliera A.O.R.N. "A. Cardarelli" Napoli;

°Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva A.O.R.N. "A. Cardarelli" Napoli;

°°C.P.S.I. Coordinatore A.O.R.N. "A. Cardarelli" Napoli

L'attualità dell'argomento ha sollecitato le Direzioni Sanitarie delle Aziende Ospedaliere "San Sebastiano" di Caserta e dell'Azienda Ospedaliera "A. Cardarelli" di Napoli ad avviare le prime iniziative di studio e di valutazione sul Risk Management, prendendo spunto anche da analoghi studi e ricerche sull'argomento a livello internazionale.

Il rischio clinico (**clinical risk**) è la probabilità, per un paziente, di sub-

ire un danno per effetto di un trattamento medico o delle cure prestate, ovvero l'eventualità di subire un danno come conseguenza di un errore.

L'errore è la situazione in cui l'esito di un'azione (che può essere una singola prestazione o un procedimento più complesso) non ha raggiunto i risultati che erano stati prefissati.

Nel 2000 l'Istituto di Medicina statunitense stimava che più della me-

tà dei casi di esiti negativi su pazienti ricoverati presso strutture sanitarie erano dovuti ad errori medici evitabili che mettevano in condizioni di rischio 98.000 americani con una perdita economica (reddito mancato, invalidità ecc.) di circa 29 miliardi di dollari.

Nel 2001 gli USA hanno stanziato la cifra di 12 milioni di dollari per realizzare un sistema informatico per la registrazione degli errori in medicina.

Nel Regno Unito si stima che il 5% dei pazienti ricoverati ogni anno siano vittime di errori evitabili e causino un aumento delle giornate di degenza e costi aggiuntivi per il Servizio Sanitario.

La situazione in Italia è scarsamente conosciuta; viene solo valutato un aumento considerevole delle richieste d'indennizzo (dati forniti dalle Compagnie Assicuratrici) che non consente di quantizzare il dato reale e potrebbe essere in relazione ad una serie di fattori quali:

- Deterioramento del rapporto medico-paziente
- Campagna di stampa su episodi di malasanità
- Maggiore consapevolezza da parte del cittadino dei propri diritti
- Organizzazione di studi legali che stimolano l'attivazione di richieste d'indennizzo, ecc.

Rilievi effettuati in alcune Aziende Ospedaliere di rilievo nazionale della Regione Campania (B. Zamparelli, G. Matarazzo ed altri) hanno evidenziato come la richiesta di risarcimento per errori clinici allo stato si presenta estremamente contenuta rispetto ad altre realtà sanitarie con soli 160 casi in un quadriennio a fronte di circa un milione di prestazioni.

**PAROLA CHIAVE:**

Governo clinico, Direttore Sanitario, Sicurezza del Paziente, Rischio clinico

**KEY WORDS:**

*Clinical governance Medical Director Safety patient Clinical risk*

In Italia non vi sono dati certi sui costi assicurativi che però potrebbero attestarsi, sulla base di rilievi effettuati su alcune Aziende Sanitarie, a non più dell'1-2%; la situazione sembrerebbe perciò essere, ancora sotto controllo. Qualche anno fa, ad opera meritoria del Tribunale dei Diritti del Malato, si è attivata una collaborazione tra alcune Aziende Sanitarie, tra cui quella ospedaliera di Caserta, per lo studio e la rilevazione degli errori in sanità.

**Lo studio del progetto prevede:**

- Attivazione delle unità di gestione del rischio
- Nomina del Risk Manager
- Registrazione degli eventi sentinella
- Redazione della mappa dei rischi
- Redazione di un piano aziendale per la sicurezza
- Redazione di un rapporto annuale
- Programma di formazione ed informazione permanente
- Redazione di un manuale della sicurezza nella pratica clinica ed assistenziale

L'Azienda Ospedaliera San Sebastiano di Caserta ha di recente attivato una Unità Operativa di Risk Management annessa alla Direzione Sanitaria Aziendale con un gruppo di lavoro costituito da un chirurgo ed un anestesista assegnati a tale compito in via esclusiva, dal direttore medico di presidio e da due medici specializzandi in Igiene anch'essi assegnati a tempo pieno a tale compito.

Il problema della gestione degli errori in ambito sanitario rappresenta per i motivi esposti un rilevante problema di politica sanitaria e rientra a buon diritto tra gli argomenti di prevalente interesse della Direzione Sanitaria cui compete la cli-

**nical governance o governo clinico** (Piano sanitario Nazionale 1998-2000, D.L. 229/99) dell'ospedale intendendosi con tale termine "il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengano elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisca l'espressione dell'eccellenza clinica". La gestione del rischio clinico ha per obiettivo la sicurezza del paziente (**patient safety**) cioè la garanzia di aver ridotto la probabilità di danno accidentale al livello minimo possibile in base alle conoscenze tecnico - scientifiche e conseguentemente la riduzione dell'incidenza dei danni ai pazienti e la diminuzione delle loro sofferenze. **Nell'ambito del governo clinico dell'Ospedale il Risk management rappresenta uno dei temi più impegnativi.**

Nell'Azienda Ospedaliera di Caserta è stato attivato un gruppo di lavoro nel maggio 2003 riguardante la gestione del paziente con pluripatologie che, da un questionario somministrato ai medici, risulta essere il paziente di più difficile gestione in ambiente chirurgico. Si passano in rassegna le richieste di risarcimento danni presentate contro l'A.O.R.N. "A. Cardarelli" nel quadriennio 1999 / 2002.

Richieste di risarcimento presentate all'AORN A.Cardarelli quadriennio 1999-2002:

anno	richieste
1999	92
2000	99
2001	95
2002 (I° semestre)	49
Totale	335

Dei 335 sinistri denunciati, lo stu-

dio è stato effettuato su 297 casi, in quanto i dati sono disponibili e tali da essere valutati.

**Le cause dei 297 casi sono state ricondotte a:**

- Errore chirurgico
- Errore diagnostico
- Errore terapeutico
- Comportamento degli operatori sanitari
- Comportamento del personale ausiliario
- Errore di compilazione e/o gestione della documentazione
- Addetti alla sicurezza e/manutenzione
- Cadute
- Altri

**Le conseguenze verificate sono riconducibili a:**

- morte
- invalidità permanente
- inabilità temporanea
- danni a cose
- altri

Per quanto attiene l'area interessata si sono ottenuti i seguenti risultati

Area interessata	Numero richieste	Percentuale
Aree esterne	105	35,4 %
Chirurgia	27	9,1 %
Ortopedia	27	9,1 %
Aree comuni	22	7,4 %
Pronto Soccorso	20	6,7 %
Radiologia	7	2,4 %
Medicina	7	2,4 %
Ginecologia-Ostetricia	6	2 %
Rianimazione	6	2 %
Occhistica	3	1 %
ORL	3	1 %
Pediatria	3	1 %
Cardiologia	2	0,7 %
Neonatalogia	2	0,7 %
Altro	24	8,1 %
Sconosciuta	33	11,1 %
Totale	297	100 %

Dall'analisi della tabella si evince che la percentuale maggiore del numero di richieste si ha per sinistri che si sono verificati nelle aree esterne dell'Azienda Ospedaliera "A. Cardarelli", a cui seguono le richieste effettuate a seguito di eventi accaduti nelle Aree di Chirurgia e di Ortopedia (9,1%) e nelle Aree comuni (7,4%),

# Risk management

non sono trascurabili le percentuali del numero di richieste per eventi occorsi in altre aree ospedaliere o in aree ospedaliere non note rispettivamente 8,1% e 11,1%.

Le cause che hanno determinato i 297 casi sono:

Cause	Numero di richieste	Percentuale
Cadute	83	27,9 %
Errore chirurgico	45	15,2 %
Errore diagnostico	17	5,7 %
Errore terapeutico	10	3,4 %
addetti alla sicurezza e/o manutenzione	7	2,4 %
Comportamento degli operatori sanitari	4	1,3%
Errore di compilazione e gestione della documentazione	2	0,6 %
Altre	89	30 %
Sconosciute	40	13,5 %
Totale	297	100 %

La tabella mostra che la percentuale maggiore di richieste si hanno a seguito di cadute (27,9%), di errori chirurgici (15,2%) e di errori diagnostici (5,7%), va evidenziato comunque le percentuali non trascurabili di richieste da "altre cause" e da "cause sconosciute" rispettivamente 30,5% e 13,5%. Le conseguenze verificatesi in seguito all'accadimento dei 297 casi sono:

Conseguenze	Numero	%
Inabilità temporanea	92	31%
Invalità permanente	86	29%
Danni a cose	65	21,9%
Morte	32	10,8%
Altri	1	0,3%
Sconosciuta	21	7,1%
Totale	297	100%

L'analisi della tabella mostra che le percentuali maggiori delle conseguenze dell'evento riguardano l'inabilità temporanea (31%), l'invalità permanente (29%), seguono i danni a cose (21,9%), non trascurabile è la percentuale degli eventi mortali (10,8%).

## Morte Totale eventi n° 32

Area	Numero	%
Chirurgia	8	25%
Rianimazione	6	18,6 %
Pronto soccorso	4	12,5 %
Altre	4	12,5 %
Medicina	2	6,3 %
Ginecologia-ostetricia	2	6,3 %
Ortopedia	2	6,3 %
Sconosciuta	4	12,5 %
Totale	32	100%

Dall'analisi della tabella relativa alla conseguenza "morte" si evince che il tasso di mortalità è elevato nelle UU.OO. di Chirurgia (25%), di "Rianimazione" (18,6%) seguono i non meno trascurabili tassi di mortalità conseguenti a eventi verificatisi in Pronto Soccorso, in altre aree ospedaliere e in aree non note della Azienda Ospedaliera ove il tasso di mortalità è il 12,5%.

## Conclusioni

- 1 le UU.OO di "Ostetricia e Ginecologia" non rappresentano un particolare picco di rischio;
- 2 il significativo numero di decessi di pazienti rispetto all'incidenza media; tale numero potrebbe essere influenzato da una politica di denuncia di tutti gli eventi fatali;
- 3 un certo grado di indeterminatezza dei dati;
- 4 l'evidenziata preponderanza dei sinistri che nulla hanno a che fare con la "malpractice";
- 5 gli errori durante gli interventi chirurgici sono in linea con le medie degli ospedali italiani, mentre gli errori diagnostici e terapeutici sono inferiori.

Non c'è dubbio che il primo passo per affrontare una problematica di così notevole impatto sociale è quello di colmare il vuoto determinato dall'assenza di una gestione condivisa e razionale degli errori e delle loro conseguenze, che ha indotto una reazione da parte dell'utenza che assume la forma, spesso rabbiosa, della denuncia formale alla magistratura o informale tramite la stampa. In sostanza è tempo che anche in Italia la discussione sulla "Malasanità" sia sottratta al monopolio di televisione e giornali, per trovare spazio in ambiti più tecnici, dove ad una valutazione critica iniziale seguano le scelte organizzative più appropriate per ridurre le possibilità di errore attraverso una cosiddetta gestione del rischio clinico. Il futuro è rappresentato da un approccio attivo basato sulla prevenzione, sulla valutazione degli eventi sentinella, sulla formazione e sul benchmarking degli outcome. L'errore non deve essere più

considerato come un evento occasionale e/o individuale, bensì, come un processo complesso causato da molteplicità di fattori. In analogia alle esperienze consolidate di un'azienda ospedaliera padovana gli Ospedali "San Sebastiano" di Caserta e "A. Cardarelli" di Napoli stanno valutando l'applicabilità di un capitolato di gara per le assicurazioni per responsabilità professionale in cui l'Impresa aggiudicataria della polizza abbia l'obbligo di servirsi esclusivamente del Servizio di Medicina Legale dell'Ospedale.

In tal modo l'Ospedale testimonia la sua volontà di intervenire correggendo gli eventuali errori commessi dai propri medici, con l'applicare a proprio carico una franchigia da pagarsi per singola richiesta di indennizzo, consentendo necessariamente un risparmio considerevole nel pagamento del premio assicurativo.

## Bibliografia

- 1) Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000
- 2) *Patient safety: a time for leaps*. Vol. 2002. Washington, D.C.: Leapfrog Group, 2002
- 3) *Medication Error Reducation Act of 2001*, Pub. L. No. H.R. 3292 (2001)
- 4) *Patient safety and quality Improvement Act*, Pub. L. No. S. 2590 (2002)
- 5) *Patient safety Improvement Act of 2002*, Pub. L. No. H.R. 4889 (2002)
- 6) Brennan TA. *The Institute of Medicine report on medical errors - could it do harm?* N. Engl. J Med 2000, 342: 1123-1125
- 7) Robert J Blendon, Sc. D., C. M. DesRoches : *Views of Practicing Physicians and the Public on medical Error*. N. Engl. J Med 2002, 347 : 1933-1940
- 8) Censis, *Rischi ed errori nella sanità italiana. La gestione delle responsabilità nelle politiche assicurative per la salute*, Roma 2001
- 9) *Institute of Medicine, To err is human : building a safer health system*, Washington, 1999

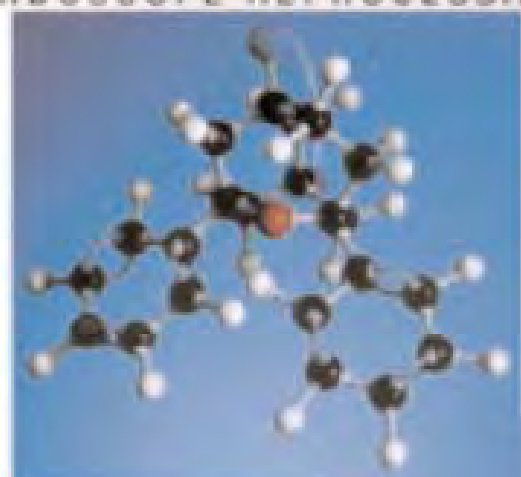


# ERS ENDOSCOPE REPROCESSING AND STORING SYSTEM

*UNA NOVITÀ MONDIALE TUTTA ITALIANA*



*ERS ENDOSCOPE REPROCESSING AND STORING SYSTEM*



International Medical Service s.r.l.  
Via Laurentina, 169 - 00040 POMEZIA (RM) - ITALY  
Tel +39 069145399 - Fax +39 069146099  
[www.imsonline.it](http://www.imsonline.it) - e-mail [ims@imsonline.it](mailto:ims@imsonline.it)



## Governare gli ospedali: varietà ed efficacia delle strategie di direzione

### Riassunto

Nell'articolo gli autori propongono la sintesi di uno studio condotto attraverso una ricerca empirica - che si è svolta in undici ospedali italiani della regione Lombardia - sulle caratteristiche e le strategie di governo intraprese dai diversi direttori generali. Nello studio sono state analizzate le formule di governo effettivamente adottate dalle direzioni generali, al di là degli organismi e strumenti formali ufficiali, mettendo a fuoco il rapporto tra managers e professionals, nonché il rapporto tra managers e direzione regionale della sanità. L'analisi rileva la presenza di singole strategie molto differenti tra loro, molto personalizzate, benché iscritte nello stesso contesto regionale. Emergono al di là delle sfumature quattro modalità fondamentali che si discostano notevolmente dall'immagine che il dibattito corrente dà per scontata. L'indagine individua condizioni di attuazione, punti di forza e di debolezza dei differenti modelli e propone una riflessione sulla difficoltà che si frappongono alla attuazione di un governo ospedaliero suscettibile di affrontare veramente il problema del cambiamento.

### Summary

*Some results coming from a field research (11 public hospitals in Lombardia, North-Italy's country, were investigated) are shown. Focus is placed on real hospital top management styles and behaviours, vs professionals and vs regional management. In spite of official regional rules, many different behaviours were found with big differences among them. Four main types were detected; each shows significant differences vs the present official thought about. All models are investigated; prerequisites, strong and weak points are shown. Some considerations on the difficulties to get a real change in order to improve hospital management, are also provided.*

**P. Borsato\*, M.B. Tessadori\*\***

\* Docente di Sociologia dell'Organizzazione, Università degli Studi di Milano,

\*\* Responsabile Ufficio Comunicazione, Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema (CR),

**A**ttorno al processo di aziendalizzazione, a partire dalla seconda metà degli anni '90, le aziende ospedaliere (AO) e sanitarie, hanno vissuto una profonda evoluzione dal punto di vista normativo-istituzionale ed econo-

mico che ha introdotto sostanziali cambiamenti anche nel sistema gestionale e organizzativo. Il problema del governo delle aziende ospedaliere oggi è tornato alla ribalta all'interno delle attuali riflessioni sull'evoluzione dei meccani-

smi di governo dei processi sanitari e organizzativi<sup>1</sup>.

L'intento di questo articolo è di dare a questo dibattito un modesto apporto di concretezza che lo protegga da prese di posizioni aprioristiche o semplicistiche. Il problema del governo delle AO viene affrontato attraverso un'analisi empirica, sulla base di interviste condotte a 11 Direttori Generali (DG) della Regione Lombardia e loro collaboratori, effettuate nel corso del 2003 e 2004<sup>2</sup>, nonché sulla base delle risultanze di un seminario sulla sanità lombarda centrato sul problema della governance<sup>3</sup>.

La modalità di governo è stata affrontata osservando lo stile di governo, l'approccio o la strategia di direzione che i DG mettono in atto, di fatto, nella gestione quotidiana, considerando come essi gestiscano concretamente le relazioni coi loro partners aziendali.

L'impianto concettuale sottostante al presente approccio considera che, al di là delle configurazioni formali, il processo di direzione o di governo sia sempre un proces-



<sup>1</sup> Il riferimento è al disegno di legge del ministro della sanità Sirchia: "Principi fondamentali in materia di Servizio Sanitario Nazionale", approvato dal Consiglio dei Ministri il 3 giugno 2004. A proposito: Achard P., Castello V., Profili S., Il coordinatore aziendale: meccanismo di governance o freno aziendale, Rivista italiana Ragioneria Economia Aziendale, n. 3-4, 2004. Inoltre: Turno R., Torna il potere dei primari, Il Sole 24 Ore, 12 gennaio 2004; Il Sole 24 Ore, Fiasco: collaborazione medici-manager non per legge, 6 aprile 2004; Il Sole 24 Ore, Clinical governance, un'esperienza d'importazione, 3 maggio 2004.; Il Sole 24 Ore, Regioni, stop ai medici "manager", 4 maggio 2004; Bartoloni M., Primari in pensione a 70 anni. Consiglio dei

**PAROLA CHIAVE:**

organizzazione ospedaliera, governance ospedaliera, managers e medici, governo clinico, cambiamento organizzativo, leadership.

**KEY WORDS:**

*public hospitals organization, hospital's management, general directors and doctors, clinical governance, organizational change, leadership.*

so permeato di rapporti di forza bi-valenti tra partners aziendali<sup>4</sup>. Malgrado i dirigenti medici siano formalmente sottoposti all'autorità delle direzioni, è esperienza comune - che qui non ci soffermiamo a documentare - che esistono conflitti e resistenze, se non iniziative, che vanno in senso opposto rispetto alle direttive che provengono dal vertice. Questa presenza di attori con poteri specifici propri, può rendere il processo di governo della direzione qualcosa di molto differente dalla semplice emanazione di norme o regolazione di conflitti di competenze e lo trasforma piuttosto in una vera strategia per il superamento di resistenze o la creazione di consenso o la limitazione del potere altrui. Posto in questi termini, il problema del governo è un problema che travalica i meri strumenti formali e lo stesso problema se sia meglio dare il potere ad un manager o ad un clinico, oppure affiancare un manager e un clinico, perché il punto critico è comprendere la natura della relazione che si instaura tra di-

rezione e i suoi partners, senza dare per scontato che venga rispettato l'organigramma formale oppure che l'origine clinica o non clinica della direzione possa modificare il comportamento e la strategia di potere.

## 1.0 IL MANDATO DEI DIRETTORI GENERALI

Il problema del governo di una AO non può essere trattato in maniera generica. Esso va ovviamente analizzato anzitutto rispetto agli scopi di governo delle direzioni e quindi al campo di vincoli che hanno e che debbono fare valere. Senza entrare troppo nei dettagli noi possiamo - per quanto oggi riguarda la Lombardia - riassumerli in questo modo. La responsabilità di governo dei DG è, fondamentalmente, quella di assicurare le entrate economiche dell'AO - regolate oggi principalmente dal pagamento delle prestazioni effettuate da parte della ASL, in base al valore del DRG relativo alla singola prestazione - e il contenimento dei costi,

in modo da garantire il pareggio di bilancio. Poiché, di fatto, da alcuni anni la regione impone dei "tetti" al volume massimo delle attività erogabili e di conseguenza del fatturato realizzabile, ne viene che la responsabilità economica del DG è quella di realizzare il massimo delle entrate nei limiti consentiti e di diminuire i costi per ottenere, comunque sia, un pareggio di bilancio, senza poter giocare su un equilibrio "dinamico" ricavi-costi. Ottenere le entrate previste è relativamente facile per le aziende ospedaliere giocando sull'offerta, (anzi come sappiamo questo costituisce un problema dal punto di vista complessivo, poiché la libertà di offerta lasciata alle aziende rischia di portare ad una inflazione delle prestazioni con dubbi sulla loro appropriatezza). Meno facile è invece agire sui costi come voce a sé stante, poiché vi sono rigidità nel funzionamento complessivo (dal costo del personale, ai costi impiantistici) poco sensibili al variare del volume d'attività. Di conseguenza l'obiettivo ed il problema di governo dei DG è divenuto principalmente quello di tenere sotto controllo i costi e, possibilmente, di ridurli. Gestire un livello adeguato di entrate comunque pone anch'esso un problema. Sia perché occorre evitare il rischio di "splafonamenti", dato che comunque le richieste dei cittadini non possono essere rifiutate<sup>5</sup>; sia perché occorre

Ministri - Semaforo verde al disegno di legge sui principi fondamentali del Ssn Il Sole 24 Ore, 4 giugno 2004.

**2** Si tratta di interviste a schema aperto realizzate sotto forma di colloquio, riguardanti il ruolo in azienda e i problemi di governo. Le interviste condotte ai DG sono state in molti casi accompagnate da interviste ai loro collaboratori, capi dipartimento e direttori sanitari (in questa fase 73 interviste). Alla completezza del numero (11 direttori su 29 AO della Regione Lombardia) si è preferito l'approfondimento. Si sono cercati ospedali non universitari, situati fuori dalle grandi città, rappresentativi di una fascia di AO multipresidio. Alcuni di questi ospedali, precedentemente, sono stati oggetto di studi ap-

profonditi sul funzionamento dei loro reparti e dei rapporti tra professionals e managers, per cui la realtà del loro funzionamento è conosciuta anche dall'interno. A proposito si veda: Borsato P., Tessadori M.B., Le interazioni forzate: impasses dell'organizzazione ospedaliera, *Notizie di POLITEIA*, 2001, XVII, 61, 115-131; Borsato P., Tessadori M.B. Direzioni, primari e sistemi ospedalieri, *Prospettive Sociali e Sanitarie* n.3,4/03, 5-10, 7-11; Borsato P., Tessadori M.B. Problemi di governabilità dei sistemi ospedalieri. La leadership parziale delle direzioni, *L'ospedale*, n.3/ 2003, 18-22.

**3** Il riferimento è al seminario "La réforme hospitalière lombarde doit-elle franchir les alpes? Enseignements lombards, en-

jeux français", organizzato dal Centre National Expertise Hospitalière (CNEH) e dall'Università degli Studi di Milano, il 30 giugno 1-2 luglio 2004.

**4** Non è certo questa una prospettiva nuova nelle scienze sociali. Si veda, per tutti, Crozier M., Friedberg E., *L'attore sociale e il sistema*. Sociologia dell'azione organizzata, Etas Milano, 1995.

**5** Questi splafonamenti in certe aziende sono all'ordine del giorno e creano problemi ai DG che rischiano di non vedersi riconosciute prestazioni erogate e li obbligano a negoziare, con le ASL, l'approvazione di una "sovrapproduzione".

indirizzare tempestivamente il mix delle prestazioni, poiché un'arma della regione per guidare la natura dell'offerta è quella di modificare - anche "in corso d'opera" - il valore dei singoli DRG; sia perché occorre talora assicurarsi effettivamente di godere delle entrate previste, dato che i cittadini possono anche ricorrere alla prestazioni di altre AO, questo almeno nelle situazioni in cui la vicinanza geografica tra aziende o la notorietà consenta una fuga dalla azienda di riferimento teorico.

Sia che si tratti di governo dei costi, sia che si tratti di governo dei volumi, il punto è che i DG devono realizzare il mandato regionale agendo principalmente sulla "parte produttiva" dell'azienda rappresentata, di fatto, dalle unità operative (UO), quindi da medici e primari<sup>6</sup>, ottenendo l'accettazione di controlli, di vincoli e indirizzi, da parte di *professionals* deputati all'erogazione delle cure. Essi debbono intervenire di fatto - e qui sta la difficoltà - in un contesto di attività che tradizionalmente considera l'autonomia, la responsabilità e la libertà del medico unicamente regolate dal rapporto che ha con i suoi pari e con il paziente, verso il quale esso è tenuto a prodigare il massimo delle cure. Il resto del sistema deve semmai fornirgli il supporto e le risorse necessarie all'espletazione di un compito ad alta responsabilità etica.

## 2.0 L'ASSETTO DEL POTERE NELLE AZIENDE OSPEDALIERE

Come si possono concettualizzare i rapporti tra managers e professionals che regolano al fondo questo confronto? Nell'ambito di questo articolo<sup>7</sup> presenteremo un modello semplificato della natura della relazione di base tra queste figure a partire dal quale poter disporre di un nucleo di riferimento, sia pure elementare, della problematica del potere negli ospedali (in particolare lombardi)<sup>8</sup>.

Gli ospedali vanno pensati come insiemi fatti di una molteplicità di "realtà locali autoregolate" - così si potrebbero chiamare i reparti<sup>9</sup> che sono ovunque il fulcro del funzionamento quotidiano. La vera vita dell'ospedale si svolge in queste entità ove si associano autorità e responsabilità di decisione nelle mani dei responsabili di struttura (primari), competenze tecniche esclusive, discrezionalità nella valutazione delle necessità operative e dei mezzi necessari, capacità di pressione verso altri organi dell'ospedale in nome dell'etica, dell'urgenza, delle necessità del paziente, di cui per altro i professionals sono interfaccia esclusiva. Si tratta di entità capaci di autoregolarsi nella normalità della vita quotidiana - tanto che, non raramente, i DG o gli amministrativi nemmeno sanno come siano strutturate o dove siano esattamente allocate nella realtà fisica.

Le nuove esigenze di natura economica e gestionale maturate con l'aziendalizzazione non sono tali da compromettere di per sé queste prerogative. Come sappiamo si tratta di vincoli di costo ed in secondo luogo di obiettivi di volume di attività. In termini di contenimento dei costi le UO - chiamate per definizione a rispondere al meglio ad urgenze o a bisogni provenienti da pazienti che usano il loro diritto di cura - non possono essere veramente vincolate, ma semmai sono loro che danno vincoli al resto del sistema. E' evidente, per altro, che i dirigenti di queste unità che trat-

tano così tanti vincoli contemporaneamente sono i soli a potere, se vogliono, trovare i migliori equilibri tra esigenze di cura e ottimizzazione dei costi. Non si può fare al loro posto senza incorrere in rischi. Lo stesso vale per i volumi di attività: i professionals possono sia incrementare l'offerta, sia diminuirla (attraverso lo sviluppo e l'utilizzo o meno delle proprie competenze); possono attrarre la clientela e porsi come risorse dello sviluppo dell'attività dell'azienda, oppure possono modulare le proprie attività in modo da contenere o pianificare, entro certi limiti, la domanda dei cittadini.

Vi sono però dei limiti nei poteri dei professionals. Le UO non sono realtà del tutto autonome. Anzitutto organizzativamente, entro lo stesso ospedale, per l'interdipendenza trasversale che sussiste con i processi che vengono a monte (attività del PS, attività dei reparti di diagnostica, di analisi e laboratorio, attività e disponibilità di reparti contigui) o a valle (nell'iter di trattamento di un caso clinico). In secondo luogo non sono autonome rispetto al funzionamento di altre unità nel contesto delle AO multipresidio (o talora anche monopresidio) ove possono entrare in competizione con altre unità dello stesso tipo per ottenere per es. risorse da servizi che sono accentrati.

Le UO non sono nemmeno unità del tutto integrate, in maniera tale che il potere del primario possa dispiegarsi senza ostacoli. Vi si distinguono all'interno le categorie

**6** Secondo una più attuale denominazione si intende, più propriamente, il dirigente di struttura semplice o complessa. Per semplicità per indicare il dirigente in ambito sanitario di struttura/unità operativa sarà da noi adottato il termine 'primario'.

**7** Per un approfondimento rinviamo agli articoli già citati nella nota 2.

**8** In realtà questa problematica, a giudicare dai riscontri avuti anche con circa 50 direttori generali e managers della sanità francese, appare comune a più realtà, anche internazionali; ibidem nota 3.

**9** Per 'reparto' intendiamo l'unità operativa di degenza, secondo una più attuale dizione.

**10** Dal punto di vista formale è vero che il potere dei DG è, in teoria, a sua volta regolamentato da una serie di dispositivi organizzativi gestionali, previsti in maniera relativamente dettagliata da normative o linee guida che prevedono una partecipazione dei professionals. I DG sono affiancati da un direttore amministrativo e un direttore sanitario, la struttura organizzativa dell'ospedale a sua volta è articolata in dipartimenti, che raggruppano più UO.

dei medici e degli infermieri che cooperano su un piano di relativa separazione gerarchica formale. Questo limite al potere medico è rilevante per spiegare, come vedremo, certi stili di governo che mirano a bypassare i primari e coinvolgere anche le categorie professionali non mediche.

Infine medici e primari devono fare i conti con i bisogni e le decisioni che esulano dai meccanismi della vita quotidiana. In questo terreno incontriamo il potere dei DG. Il primario nominato dal DG è sottoposto alla possibilità di non rinnovo del mandato; le risorse umane e strumentali supplementari, in caso di varianza nel funzionamento dei reparti, sono consentite dalla direzione; gli investimenti ed i potenziamenti delle UO sono anch'essi sottoposti ad approvazione della direzione generale, ed anzi domandano spesso il suo intervento attivo presso la regione per avere il via libera; questi stessi investimenti o potenziamenti, che potrebbero essere in linea di principio fatti valere in nome di esigenze oggettive (obsolescenza, ammodernamento della tecnologia per esempio), sono sottoposti alla competizione di altre UO dentro lo stesso ospedale o di altre UO dentro aziende multipresidio, ciò che offre alla direzione elevata discrezionalità nell'accordare o meno il suo sostegno alle richieste. Negli ospedali multipresidio in particolare i DG hanno, di fatto, la possibilità di giocare la competizione tra UO e clinici nel potenziare un

reparto piuttosto che un altro, o nel trasferire l'attività.<sup>10</sup>

In conclusione, al di là delle configurazioni formali, ciò che si deve ritenere è l'immagine di fondo di un ospedale dove le UO sono molto indipendenti ed autonome per i processi operativi quotidiani, ma diventano fortemente dipendenti dalla direzione aziendale e dal contesto competitivo nel regolare il proprio futuro e l'allocazione di risorse. Gli obiettivi dei DG oggi invece sono tali che sia che si tratti di costi che di sviluppo dell'azienda essi vengono a dipendere dalla competenza e dal buon volere dei loro professionali e capi di UO. Questo è il nucleo di base dei margini e dei vincoli d'azione di cui i DG devono tener conto nella loro strategia di governo.

### 3.0 DIVERSITÀ DELLE STRATEGIE DI GOVERNO

Quali strategie abbiamo potuto, di fatto, osservare da parte degli 11 DG incontrati? Ciò che è emerso in realtà è una molteplicità di strategie. Questo malgrado, possiamo aggiungere, la comune affiliazione alla regione, la comune missione affidata relativamente ai costi e ai volumi, malgrado anche il dettaglio con cui le linee guida regionali specificano i meccanismi di governo, potessero essere elementi di omogeneizzazione.

Pur essendo consapevoli che le differenze non sono su ogni punto così nette da identificare stili puri differenti, rimane che le diversità superano le somiglianze. A loro volta, queste diversità, non sembrano confrontabili tra loro e consentono di essere associate in maniera tale da dar luogo ad alcuni sottogruppi relativamente congruenti. E' sembrato possibile distinguere quattro stili principali di governo: lo stile di governo in "presa diretta"; lo stile "burocratico-manageriale"; lo stile delle "alleanze locali"; lo stile del "coinvolgimento collettivo".

A loro volta questi differenti stili

possono essere distribuiti in una griglia che prenda in considerazione due assi principali: l'asse della conformità più o meno stretta all'input regionale; l'asse della formula di governo più o meno incline al governo diretto o indiretto.

### 3.1 LA STRATEGIA DEL GOVERNO IN PRESA DIRETTA

E' la strategia dei DG che mirano all'incremento immediato di efficienza, a eliminare gli sprechi, sia di tempo che di risorse; a ottimizzare i processi trasversali che generano costi (giorni di degenza in più, sale operatorie non occupate etc).

Questi DG rompono il muro delle "cellule autonome" che sono i reparti, vivono quasi letteralmente nell'azienda, vi passano molte ore, girano per i reparti, osservano il funzionamento quotidiano. Si comportano un po' come il piccolo imprenditore o il padrone di una piccola impresa che gestiscono come se fosse cosa propria. Cercano la conoscenza diretta e il controllo diretto. Non entrano nelle scelte tecniche, ma in tutti i risvolti organizzativi (quantità di risorse sia umane che strumentali; processi di lavoro; interdipendenza tra reparti). Rompono il muro delle gerarchie formali di reparto: intrattengono rapporti diretti personalizzati coi singoli attori a tutti i livelli. Monopolizzano queste relazioni, comprimendo al tempo stesso la funzione della gerarchia formale di management dell'azienda, dal direttore sanitario al direttore medico di presidio. Accentrano anche le decisioni di debole portata. Non si servono degli organi collegiali e di intermediazione, se non per ratifica. Utilizzano lo strumento del budget, ma in realtà osservano i costi in tempo reale (obbligando i primari alla compilazione tempestiva dei resoconti di attività) modulando l'attività quasi giorno per giorno.

Con questo tipo di strategia essi

Il ruolo di interfaccia tra DG e realtà operative è rappresentato dai capi dipartimento. Il DG negozia il budget annuale con i capi dipartimento che, a loro volta, si interfacciano coi capi di unità operativa. Esso è assistito da un collegio di direzione in cui entrano capidipartimento, responsabile del servizio infermieristico, direttori di presidio ospedaliero, altri dirigenti nominati dal direttore generale. Si tratta tuttora ancora di meccanismi in formazione e al momento poco rodati nelle realtà osservate.

hanno una visione intuitiva e immediata di dove si generano i costi, ottengono la conoscenza di sprechi altrimenti nascosti, hanno una percezione diretta degli opportunismi di comportamento e reagiscono rapidamente. E' una sorta di management by turning around che compromette le difese burocratiche dell'organizzazione.

In realtà questi DG - relativamente all'assetto base del potere sopra descritto - sfruttano una debolezza chiave del mondo clinico, quella organizzativa dei reparti: aspetto spesso gestito in maniera tradizionale che entra in crisi di fronte alle variazioni. Attraverso la conoscenza diretta, anche se non si è tecnici o medici, si ha una possibilità di influire. Inoltre entrando nel vivo, traggono il massimo profitto dalla situazione di competizione latente che esiste tra primari, presidi, o unità operative dell'azienda. Possono stabilire alleanze fiduciarie con i primari che procurano maggiori entrate all'azienda ed i primari stessi si sentono rassicurati per il loro futuro da una relazione personalizzata.

Questi DG fanno proprio l'obiettivo dei costi della regione, si sentono "uomini della regione", ne difendono programma e progetto. Ma insieme sono uomini di terreno, uomini della propria azienda. La conoscenza concreta che essi acquisiscono consente di far giocare i vincoli dei costi tenendo conto della realtà delle cose e facendo intervenire diversi possibili registri, in accordo con la vita effettiva dei reparti o fa scoprire nuove fonti di economia, indolori eventualmente per i professionals, che non si scorgono se non a livello di terreno<sup>11</sup>.

E' una strategia che richiede molta disponibilità di tempo, continua presenza in ospedale, grande capacità di gestire le persone. Ma è una strategia che, nei casi analizzati, sembra dare piena soddisfazione ai DG, per i risultati dal lato dell'efficienza, un progressivo ra-

dicamento del comportamento di attenzione ai costi fatta propria da molti professionals di queste aziende, guidati ad una verifica concreta che una forma di risparmio si può realizzare.

### 3.2 LA STRATEGIA DELLE ALLEANZE LOCALI

E' la strategia dei DG che hanno come obiettivo la difesa o l'incremento dell'offerta perché operano in aziende poste in condizioni territoriali concorrenziali o comunque in AO che godono localmente di un forte tessuto di sostegno e di identificazione da parte dei soggetti locali (cittadini, eletti, associazioni, interessi costituiti, reti di volontariato etc.). Il loro primo obiettivo è rinforzare l'azienda, trattenere l'utenza, attrarne di nuova, portare avanti specialità mirate che servono alla popolazione, rispondere ai bisogni più sentiti.

Questa attenzione all'offerta li rende relativamente disallineati con l'attenzione ai costi che sta a cuore alla regione, ma questi DG cercano localmente - prima ancora che in regione (ma certamente anche in essa, nei consiglieri che hanno a cuore il mantenimento e la regolazione locale dell'AO) - un contrappeso alle pressioni centrali, costituendo, di fatto, una forma di alleanza decentrata che va contro il modello del DG puro mandatario regionale, ma che dà loro il sostegno politico di cui hanno bisogno per andare avanti su una linea che soddisfa le esigenze di sindaci e interessi territoriali.<sup>12</sup>

Puntando in primis sull'offerta questi DG puntano sull'eccellenza e sulla capacità di richiamo dei primari. Essi "hanno bisogno" dei loro primari, cercano i migliori professionisti se necessario, stabiliscono rapporti di fiducia con essi, li giudicano sulla loro capacità di attrazione, ancora prima che su quella del contenimento dei costi. Anch'essi lavorano in presa diretta con la realtà del loro ospedale, gomito a gomito coi loro primari. Ma

non li bypassano, anzi, richiedono loro di esercitare il potere alla vecchia maniera: maestri di competenza verso i loro medici e capisaldi del potere organizzativo di reparto. La questione dei costi è trattata in maniera negoziata e concordata. DG e primari conoscono le pressioni della regione. Sia individualmente che collettivamente si cerca il migliore compromesso. Il budget è un momento di confronto non conflittuale, poiché il problema strettamente economico non è preso come immediatamente vincolante<sup>13</sup>.

L'ospedale, potremmo dire, funziona alla vecchia maniera, con piena autonomia ai primari (bravi). DS e DA fanno un gioco di squadra con il DG, ma quest'ultimo mantiene un rapporto diretto e, alla fine, predominante coi suoi primari. Il ruolo degli organi collegiali è di mantenere coesione attorno alla linea di fondo del DG che, a sua volta, ha per fine il mantenimento dell'azienda e quindi lo sviluppo di ciascuno dei suoi settori.

E' una strategia che, esaminata più in generale, si potrebbe avvicinare ai modelli di management della risorse intangibili, che punta ad una valorizzazione delle risorse professionali dell'azienda, che mira allo sviluppo della identificazione aziendale in tutti gli operatori ed in primis nei professionals che considera come l'atout più prezioso, che cerca di lasciar sviluppare ai professionals al meglio le loro competenze, che in alcuni casi si propone di alleggerire i loro compiti ma-

<sup>11</sup> E' significativa l'affermazione di un DG a proposito: "Il comportamento centralizzatore della regione rende più difficile governare l'ospedale. Perché noi i problemi li conosciamo, conosciamo la realtà, se ci dessero la possibilità di parlare troverebbero delle soluzioni più adeguate e che vanno meglio anche per noi, potremmo dare delle indicazioni sulla soluzione, non è che noi manderemmo all'aria il bilancio della sanità anzi!".

<sup>12</sup> Riportiamo l'affermazione di un DG: "La regione sperava che qui si fallisse e che queste strutture fossero incorporate in

manageriali-burocratici, anziché di incrementarli, affiancando ad essi degli amministrativi. Essa cerca, tendenzialmente, una via d'uscita al problema dei costi selezionando le attività svolte in proprio e attraverso la costituzione di alleanze o di rapporti di rete con altre aziende ospedaliere, pubbliche o private, più adeguate a trattare casi o patologie di natura routinaria.

Questi DG - per venire al nostro schema di base del potere - sfruttano la forza dei loro professionals anziché contrastarla, ne sfruttano il bisogno di affermazione, di crescita professionale e di potere dentro i loro reparti. Rinforzando il potere dei primari (alleati) nella gestione corrente, creano dei guardiani anche dell'utilizzo efficiente delle risorse.

Anch'essa è una strategia di una certa efficacia.

Di fatto queste aziende hanno incrementato offerta e capacità di richiamo, i primari lavorano con soddisfazione, la regione non ha opposto un divieto, il ri-bilanciamento tra potere centrale e locale sembra giocabile. Il clima aziendale è buono, le relazioni con gli enti locali positivi. I direttori sono stati riconfermati nel mandato. E' una strategia che richiede molta capacità politica sia nei rapporti con la regione, sia nei rapporti con gli interessi locali e i vari partners. Non a caso vi troviamo dei DG che provengono da significative esperienze politiche precedenti, hanno addentellati politici e sanno leggere i "fenomeni politici" dietro decisioni e normative formali.

un'altra azienda. Io sono andato testardamente controcorrente. Ho sostenuto che qui può crescere un'azienda che funziona, modificando sia le strutture che le équipe."

**13** Secondo l'affermazione di un DG: "M'interessa di più la capacità di attrazione che ha il primario con la sua qualità e che non il valore del DRG che lui mi scrive. Invece ci stanno pressando sui costi!"

**14** Afferma un DG: "Noi sostanzialmente siamo tecnici che devono effettuare trasformazioni in periferia con mandati della holding".

### 3.3 LA STRATEGIA BUROCRATICO-MANAGERIALE

I DG che utilizzano questa strategia hanno ancora come obiettivo il contenimento dei costi, ma lo perseguono con sistemi formalizzati, indiretti e non in prima persona. Vivono lontani dai reparti, non conoscono la realtà quotidiana, non hanno scambi diretti importanti coi professionals, fanno pesare l'autorità formale di cui sono investiti. Ricorrono ai meccanismi gestionali ed organizzativi formalmente previsti: discussione del budget coi capidipartimento, uso del collegio di direzione per spiegare e far condividere le direttive regionali. Si affidano ai sistemi informatizzati di controllo dell'attività per correggere eventualmente la rotta. Danno spazio ai loro DS e DA, si concentrano più sul rapporto con la regione e sulle modalità per mettere in atto quanto la regione richiede a livello locale. Puntano molto più degli altri direttori sullo sviluppo dei dipartimenti, come elementi intermedi di responsabilità in cui i professionals stessi si responsabilizzano e a cascata ridistribuiscono risorse negoziate con la direzione generale. E' una strategia in certo modo della responsabilizzazione forzata.

In questi DG troviamo il massimo allineamento con la regione: priorità ai costi e attuazione stretta delle sue direttive<sup>14</sup>. Di fronte ai tentativi di pressione dei professionals (per risorse, strumenti), che comunque si sviluppano in un contesto di attività variabile, giocano sui vincoli materiali posti dalla regione. Si nega che ci siano risorse supplementari: le risorse della regione sono queste e non si può andare oltre. Gestiscono con particolare severità l'aspetto nevralgico della spesa di personale, per esempio rinviando sine die i concorsi per primariato. E' una strategia, vista nel suo insieme, che evita di entrare nel merito diretto delle compatibilità (lasciate semmai da difendere al DS), o di dare direttive. E' una strategia della gestione dei

vincoli, entro i quali spetta poi ai professionals ritagliarsi i margini d'azione adeguati e fare proposte sul modo di poterli rispettare. Essa parte dal presupposto che i margini ci siano e che stia ai professionals trovarli. Per questo cerca il modo di far crescere la sensibilità e soprattutto la capacità manageriale nei professionals, ai quali offre strumenti di formazione e procedure informatizzate di autovalutazione. Fa della questione dei costi, quindi, un aspetto culturale e formativo. Si propone perciò di allargare l'ambito di competenza e responsabilità dei professionals perché, essi stessi, affianchino al loro lavoro anche l'attenzione all'aspetto di ricaduta delle loro scelte. Il suo lato forte, potremmo dire, è che non richiede stravolgimenti nel modo di lavorare, ma solo di porre un freno o modulare certe attività che possono essere molto costose.

E' una strategia - rispettivamente al nostro schema del potere - per cui i DG non sfruttano realmente i loro poteri locali, ma principalmente le loro attribuzioni formali (potere di nomina) e di posizione (c'è un vincolo nelle risorse, c'è un veto della regione). Il problema di questa strategia è che essa è rigida di fronte alle variazioni che intervengono in reparto, ed incapace di dare risposte adeguate o alternative se i primari fanno giocare le loro difficoltà come non aggirabili. Quindi la direzione, proprio per la lontananza in cui si tiene, si espone gravemente ad un eventuale atteggiamento dei primari che non vogliano giocare il gioco. E' una strategia che può generare un circolo vizioso perché i professionals gelosi delle loro prerogative non aprono i loro margini di manovra e i DG, lontani e pressanti, non li conoscono. La strategia è inoltre vulnerabile rispetto alle stesse variazioni che la regione introduce (input di risparmio supplementare, nuovi tetti di produzione, variazione del valore dei DRG) che la direzione d'ospedale non vuole o non sa mediare e che i professionals assumono come testimonianza della aleatorietà e impraticabilità.

bilità del cammino “gestionale”. Essa finisce col porre un accento unilaterale sull’aspetto gestionale e manageriale dell’attività dei professionals che questi trovano contraddittorio con la loro missione di cura e preparazione professionale. Inoltre - elemento apparentemente secondario, ma molto rilevante - ai professionals viene richiesta una serie di attività di registrazione e rendicontazione che possono essere consistenti. Questa attività, sprezzantemente giudicata burocratica, se non svolta manda in crisi il sistema di rilevazione delle attività e la possibilità stesa di gestire. E’ in questi ospedali che noi troviamo il massimo scollamento tra DG e primari, una situazione di insofferenza da parte dei secondi (come documentato negli articoli citati), la lamentela dei DG di non avere primari “maturi” gestionalmente e quella dei primari di avere dei DG attenti solo ai costi e una regione che mette in crisi il corretto ruolo dell’ospedale verso la popolazione<sup>15</sup>.

### 3.4 LA STRATEGIA DEL COINVOLGIMENTO INDIRECTO

E’ la strategia dei DG che cercano l’instaurazione di un gioco innovativo coi propri professionals a partire da una revisione del modo tradizionale di esercitare la professione, ma facendo perno su una estensione di questa professionalità e capacità di iniziativa, invece che su una restrizione in nome di vincoli economici. Un classico esempio è la richiesta di darsi metodologie per ridurre il rischio clinico, di mettere in atto percorsi clinici secondo le evidenze della EBM, di pianificare il sistema di formazione e gestione dei medici e delle risorse, di integrare al meglio le attività con quelle infermieristiche, di progettare o rivedere meccanismi organizzativi del reparto, etc. In questo modo la ricerca dell’efficienza diventa una ricaduta dell’efficacia stessa e non svaluta, ma anzi potenzia, l’ambito professionale del medico. La direzione, in questo approccio, si pone a supporto e validazione dei

progetti, stabilisce le grandi priorità che spettano all’AO, ma non si sostituisce ai professionals ai quali chiede di reinventare dal basso il loro modo di lavorare, senza diventare “medici ragionieri”. Toglie loro quindi il face-à-face diretto coi costi che diventa un problema da trattare congiuntamente tra professionals responsabili e DG che gioca da supporto; e comunque va affrontato entro un percorso che ha alla sua base l’impegno del professional verso l’efficienza e l’efficacia clinica.

Ciò non toglie che si tratti di una trasformazione nel modo di lavorare che impatta profondamente sulle abitudini, la libertà e l’autonomia tradizionale dei medici. Questo approccio è messo in atto mediante una forte campagna di sensibilizzazione anche ai livelli inferiori del sistema (tecnici ed infermieri) che sono tutti invitati a produrre idee e progetti per il miglioramento. La direzione si trova quindi a bypassare e comunque a coinvolgere molto al di là dei soli primari e quindi, anche in questo caso, la sua presenza, la conoscenza concreta, la visibilità, sono armi essenziali di sviluppo del cambiamento. E’ una direzione che punta enormemente sull’informazione, sulla sua diffusione, che cerca di rompere il filtro alla comunicazione e alla partecipazione posto dai primari, ai quali tuttavia riconosce la preminenza nella guida dei progetti. Il concetto di azienda in questa visione viene messo avanti superando i meri connotati economici del fenomeno aziendale, ma facendo di esso un’idea forza che possa aggregare il più possibile tutti attorno a un progetto. E’ quindi una strategia della vision, accompagnata da una sollecitazione alle risorse locali a produrre progetti ed energie per il miglioramento delle loro pratiche. E’ un approccio che può assomigliare a quello delle alleanze - per il peso che dà all’azienda e ai suoi protagonisti - ma in realtà mira alla costruzione di un’azienda su una base molto diversa nel suo funzionamento. Può assomigliare a quello del governo diretto per la presenza che la direzione dedica alla gestione quo-

tidiana, ma dove essa non si sostituisce ai primari, bensì chiede che i progetti siano il frutto di azioni collettive sviluppate dagli attori stessi. La sua presenza è uno stimolo e un supporto, non un controllo. In questo senso rimane un modo di governo indiretto. Laddove però nella strategia burocratica si pone un divieto alla richiesta di nuove risorse, qui se ne trae spunto per una riflessione che porti ad una riorganizzazione e ad un miglioramento del sistema.

Nei termini della griglia del potere che abbiamo utilizzato, si tratta di una strategia che cerca di associare l’evoluzione dei professionals all’interno di un progetto progredito di organizzazione clinica, puntando sull’esistenza di un bisogno di coinvolgimento di tutte le componenti ospedaliere, specie delle seconde e terze linee che possono produrre un capitale di conoscenze e motivazione di cui c’è bisogno per sviluppare un cambiamento complessivo nel modo di lavorare. Essa gioca quindi sulla re-integrazione delle componenti ospedaliere. La difficoltà di questa strategia è che punta, di fatto, ad un cambiamento molto profondo. Molto risiede nella credibilità della direzione che si pone ad origine di un progetto ambizioso. Ora la voglia di impegnarsi in progetti di questo genere da parte degli attori aziendali è profondamente condizionata dalla credibilità che la direzione può attribuirsi, sia in termini di durata del suo mandato, che in termini di approvazione da parte della regione, che in termini di coerenza degli input che provengono da questa stessa. Sono tutti elementi poco prevedibili.

La regione è comunque più sensibile ai costi che alla messa in atto di un percorso profondo che farebbe della diminuzione nei costi una ricaduta della eccellenza e quindi un prodotto di medio termine. Essa stessa ha difficoltà a tenere sotto controllo il sistema complessivo e quindi i suoi



**15** Va annotato che questi stessi primari a loro volta si servono dell’ospedale in maniera strumentale, come descritto in casi di lavori precedenti.



input (in materia di autonomia decisionale della direzione aziendale delle formule organizzative o dei vincoli economici da rispettare) mutano continuamente.

La durata dei DG è per definizione - e per volontà stessa della regione - un qualcosa di ipotetico.

Non sorprende quindi che tra questi DG possiamo riscontrare sia delle forti critiche alla regione, sia la constatazione sincera ed amareggiata delle enormi difficoltà di portare avanti una strategia come quella che essi adottano.

#### 4.0 SPIEGARE LA DIVERSITÀ DELLE STRATEGIE

Le strategie che i DG adottano non si possono, evidentemente, comprendere solo in relazione al "tavolo di gioco" locale e alla diversità delle risorse che esso localmente consente di utilizzare, ma domandano anche di osservare la loro posizione di fronte alla regione di cui sono i mandatari.

Questo è tanto più vero in quanto il crescente interventismo della regione ha fatto venire meno l'importanza di forze regolative esterne in qualche modo obiettive, vale a dire di mercato, che erano state invece immaginate come potenziali forze organizzatrici nel momento in cui si stabiliva il principio della libera scelta del cittadino. I DG finiscono quindi oggi per avere a riferimento (ed essere governati da) un organismo politico amministrativo più che da un contesto "neutro" di forze da cui trarre indicazioni ed input per la propria azienda.

Non possiamo affrontare questo problema in maniera molto approfondita, poiché ci è relativamente difficile tracciare una mappa delle relazioni complesse tra la regione ed i suoi uomini di fiducia. Lo possiamo trattare solo a partire dalla testimonianza che i DG ci danno. E' una situazione che possiamo sintetizzare semplificandola in questo modo: i DG si trovano ad ope-

rare in realtà complesse e generalmente resistenti al cambiamento, mentre d'altra parte la regione preme fortemente per il cambiamento ed è formalmente in grado di esercitare gravi sanzioni sui DG, in relazione ai loro risultati e comportamenti. E' una situazione di vulnerabilità reale che trova riscontro nelle mutazioni di posto e nel turnover elevato, almeno negli anni recenti, dei DG. Il risultato è che i DG non possono esimersi dall'agire in qualche modo. Ma il punto è che i DG non possono semplicemente tradurre, far valere, o spiegare, la valenza degli obiettivi regionali nelle realtà in cui sono responsabili. Primo perché, come detto, le realtà locali sono distanti - sia per cultura che per ovvi interessi a mantenere i loro margini di libertà - dalla sensibilità necessaria a fare propri questi indirizzi; secondo, e più importante, perché comunque il quadro di riferimento regionale non ha una stabilità sufficiente a creare continuità e coerenza attorno all'azione dei DG e alla loro stessa figura.

Questo è un elemento particolarmente decisivo. La variazione delle politiche regionali, dall'introduzione dei tetti sulle prestazioni, alle modifiche in corso d'opera del valore dei DRG, alla revisione in senso centralizzatore della supposta iniziale autonomia dell'AO, agli interventi obbligatori in materia di organizzazione o di tagli di spesa, alla stessa precarietà della posizione, del ruolo del DG - formalmente incaricato della conduzione dell'azienda - fanno sì che i DG non possano appoggiarsi su un quadro coerente, stabile ed evidente di vincoli o mezzi che presiedono all'attività e allo sviluppo della loro azienda. Ogni forma, anzi, di eccessiva adesione allo scenario e alle volontà regionali rischia, per le successive smentite, di creare perdita di credibilità e di indebolirlo nella sua capacità di fare muovere le energie locali.

La conseguenza, generalmente ammessa e comprensibile, è molto

semplicemente che il DG può giocare un qualche ruolo attivo nel sistema locale solo spostando su di sé, sul proprio "spessore" l'input e il riferimento per il cambiamento, ponendosi talora come filtro tra la realtà locale e la regione. Ne deriva che il DG deve giocare la sua capacità di iniziativa locale basandosi in gran parte ed anzitutto sulle sue personali capacità sia di creare consenso, che di dare visioni, che di offrire garanzie, che di comminare sanzioni, ovvero deve inventarsi una strategia strettamente aderente alla realtà in cui opera facendo giocare comunque al meglio i poteri che fattualmente la regione gli riconosce. Insomma, il DG deve mettersi in gioco personalmente per creare quel riferimento che dia agli altri attori la percezione di consistenza di un interlocutore che è insieme controparte effettiva e guida del cambiamento. A proposito abbondano le testimonianze, che non possiamo riportare per esigenze di spazio.

E' questo quadro di fondo che spiega la varietà di strategie utilizzate, che risentono profondamente della personalità e della capacità del singolo DG, della sua cultura, della sua percezione delle vie del cambiamento; ma anche della sua posizione personale di maggiore o minore fragilità politica verso la regione; così come della situazione più o meno solida dell'azienda in cui opera che può a sua volta creare o meno un flusso di energie attive degli attori locali verso il rinforzo della realtà locale, oppure lasciarli indifferenti; ed infine certamente anche dalla configurazione strutturale dell'azienda che nel caso di aziende multipresidio consente di giocare sulla competizione tra attori.

Così accanto a DG che si mettono personalmente in campo per dominare la situazione e che fanno terra bruciata di ogni istituto intermedio che li separi dal controllo diretto della realtà - a prezzo di un fortissimo investimento personale (1° riquadro) -, abbiamo direttori che invece cercano nel consenso, nel-

la costruzione di una visione collettiva, nella mobilitazione positiva delle energie professionali di tutti gli attori ospedalieri una via per costruire un cambiamento - attraverso vie innovative anche rispetto a quelle formali suggerite dalla regione - giocando ancora pesantemente un loro ruolo personale di iniziativa, ma anche di filtro rispetto alla regione (4° riquadro); direttori, invece, che possono e sanno giocare sulla inevitabile ambiguità tra interessi centrali regionali e interessi politici locali, per farsi riferimento del rilancio o della affermazione dell'azienda, che diminuiscono in questo molto la loro fragilità e dipendenza rispetto alla regione e si pongono come fonte di possibili alleanze locali entro le quali cercano poi il modo di contemperare esigenze di ricavo ed esigenze di costo (3° riquadro); direttori, infine, più fragili rispetto alla regione od operanti in realtà meno conosciute, quindi meno capaci di leggere la realtà locale e ritagliarsi un ruolo ad hoc, che cercano anzitutto di non dispiacere alla regione, che si appoggiano più nettamente sulla autorevolezza formale del loro mandato e su strumenti formali di tipo organizzativo o gestionale, correndo tutti i rischi di imporre frequenti cambiamenti di rotta e di perdere ogni spessore personale di credibilità, così come ogni adesione consensuale da parte dei professionals (2° riquadro).

## 5.0 VALUTAZIONI D'INSIEME

La ricognizione che abbiamo compiuto, pur con tutte le cautele dovute alla relativa esiguità del campione, consente alcune rilevanti considerazioni.

◆ Non esiste un modello unico di governo delle realtà ospedaliere. Malgrado lo sforzo della regione di uniformare modelli organizzativi, sistemi di gestione e la pressione indubbia che essa esercita sugli obiettivi di costo, constatiamo una diversità di approcci, in alcuni dei quali lo

stesso obiettivo di costo è subordinato ad altri.

- ◆ Non esiste nemmeno uno strapotere generalizzato della regione sulle AO, alcune delle quali per un gioco intrecciato di poteri politici locali e regionali sembrano potersi ritagliare delle strategie espansive anziché puramente di contenimento dei costi.
- ◆ I DG non esercitano lo strapotere che si suppone esercitino a partire dai loro poteri formali. Il primo modello, dove il ruolo del DG appare più forte, in realtà è un modello della forza della presenza, che mostra come il potere sia eventualmente frutto della conoscenza, della interazione quotidiana, della posizione di arbitraggio che DG si trova ad avere in un contesto di interessi disparati e continue variazioni, insomma un potere di posizione almeno quanto di attribuzione. Nel secondo modello dove i DG fanno giocare pienamente i poteri formali loro attribuiti, ma da una posizione lontana dal terreno, constatiamo invece le più severe situazioni di impasse e di conflitto coi professionals. Possiamo in questo caso parlare di conflitto, di opposizione, ma non di strapotere.
- ◆ Non è generalizzabile che esista conflitto o violenza sui professionals. Vi sono almeno due modelli in cui i DG fanno dell'alleanza e della ricerca del consenso coi professionals la forza della loro strategia, sia pure con alterne

fortune per quanto riguarda il quarto modello. Viceversa fenomeni di alleanza, come c'era da aspettarsi, sono molto frequenti nel primo modello dove un DG presente è anche una opportunità per i professionals che vogliono mettersi in evidenza e fare carriera.

- ◆ Il problema del cambiamento nelle AO appare, dalla nostra diossamina, molto penalizzato dalla difficoltà della regione di costituire un quadro di coerenze relativamente stabile nel tempo, su cui i DG possano far leva per la credibilità della loro azione. Lasciare ai DG di inventarsi la strada del cambiamento, sulla base della propria capacità e sensibilità, è un meccanismo discutibile in termini di efficacia, di rischio di inadeguatezza personale, di inappropriatazza e di incoerenza complessiva. La molteplicità degli stili se coniugata all'eventuale turnover dei DG comporta radicali improvvisi cambiamenti di ottica e di approccio che spiazzano gli attori locali e li rendono riluttanti ad impegnarsi in un processo di cambiamento - che domanda sempre una presa di rischio - non sapendo quanto durerà e se avrà ancora quella forma nella tornata successiva. Poiché il cambiamento nelle AO è l'elemento cardine nello sviluppo dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni, ci troviamo in questo campo di fronte ad una notevolissima debolezza.

TABELLA : STILI DI GOVERNO DEI DIRETTORI GENERALI

		Stile di governo	
		Diretto	Mediato
Sintonia con la regione	Forte	I° La presa diretta ★ ★	II° Burocratico-manageriale ★ ★ ★
	Problematica	III° L'alleanza locale ★ ★	IV° Coinvolgimento collettivo ★

- ◆ Si può osservare che le strategie di governo mediato (colonna di destra nella nostra tabella), o di approccio indiretto, sono quelle più difficoltose nella riuscita. Eppure, in un'ottica di evoluzione reale di efficienza ed efficacia della AO, non sembrano tanto le strategie della prima colonna, ma proprio quelle della seconda ad essere le più promettenti, in quanto suppongono di lasciare ai professionals stessi il modo di trovare da sé i migliori aggiustamenti tra necessità cliniche ed altri vincoli, in una visione fortemente evolutiva, ma integrata, dell'attività ospedaliera. E' una indicazione che può sembrare paradossale e che richiede di riflettere sulla modalità con cui tali strategie di governo vengo messe in atto.
- ◆ Alla luce delle riflessioni condotte ci sembra si debba fare una distinzione sull'origine delle difficoltà rispettive per i due modelli di strategie indirette considerate, cioè le strategie burocratiche e le strategie coinvolgenti. Le prime scontano la difficoltà di un approccio in cui il vincolo è dato e vissuto come un'imposizione unilaterale, estranea alla cultura clinica. Le seconde, invece, scontano le difficoltà di un approccio che domanda coerenza, credibilità, costanza da parte chi guida e assunzione del rischio del cambiamento da parte di chi partecipa. Soprattutto queste sono le strategie ostacolate in maniera frontale da un contesto di governo regionale che non consente la costituzione delle condizioni di credibilità e durata in chi dovrebbe condurre un cambiamento, che senza tali condizioni è destinato a fallire. Se assumessimo che tra le classi di strategie, proprio queste ultime potrebbero essere giudicate le strategie più promettenti<sup>16</sup> - in quanto mirano a fare evolvere le pratiche mediche ed organizzative senza imporre vinco-

li esterni precostituiti ed arbitrari, sulla base della ricerca di un miglioramento continuo della pratica stessa - ciò condurrebbe ad ulteriori considerazioni sulle priorità di una strategia di governo regionale.

Il problema del governo nei termini in cui esso viene posto dal dibattito cui abbiamo inizialmente fatto riferimento, e cioè se debba essere appannaggio di un DG monocratico o se e quanto debba entrarvi la componente medica e in che ruolo, non è privo di significato. Tuttavia il problema del potere è certamente da vedere in funzione del problema dell'evoluzione della realtà ospedaliera e dell'innalzamento dei suoi standards. Riflettere sulle modalità più appropriate per il cambiamento è più decisivo (e difficile) da questo punto di vista, che riflettere sui ruoli dell'organigramma.

## BIBLIOGRAFIA

1. A.A.V.V. Dossier - *La santé ingérable?*, Dossier Revue Française de Gestion, n. 146, septembre/octobre 2003 Lavoisier
2. Achard P., Castello V., Profili S., *Il coordinatore aziendale: meccanismo di governance o freno aziendale*, Rivista italiana Ragioneria Economia Aziendale, n. 3-4, 2004
3. Bartoloni M., *Primari in pensione a 70 anni. Consiglio dei Ministri - Semaforo verde al disegno di legge sui principi fondamentali del Ssn* Il Sole 24 Ore, 4 giugno 2004
4. Bergamaschi M. (a cura di), *L'organizzazione delle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, anno 2000
5. Binst M., *Du mandarin au manager hospitalier*, Logiques Sociales, L'Harmattan, Paris, 1990
6. Bird, Conrad, Fremond (a cura di), *Handbook of medical sociology*, Ed Prentice Hall, 2000
7. Borgonovi E., *Principi e Sistemi Aziendali per le Amministrazioni Pubbliche*, seconda edizione, EGEA, Giuffrè Editore, Milano, 2001
8. Borsato P., Tessadori M.B., *Le interazioni forzate: impasses dell'organizzazione ospedaliera*, Notizie di POLI-

TEIA, 2001, XVII, 61, 115-131

9. Borsato P., Tessadori M.B. *Direzioni, primari e sistemi ospedalieri, parte prima, Prospettive Sociali e Sanitarie n.3/03, 5-10 - parte seconda, Prospettive Sociali e Sanitarie n.4/03, 7-10*

10. Borsato P., Tessadori M.B. *Problemi di governabilità dei sistemi ospedalieri. La leadership parziale delle direzioni*, L'Ospedale, organo Associazione Medici di Direzione Ospedaliera, n.3/2003, 18-22

11. Crozier M., Friedberg E., *L'attore sociale e il sistema. Sociologia dell'azione organizzata*, Etas Milano, 1995

12. Crozier M., *L'analyse stratégique appliquée en milieu hospitalier: pertinence et méthodologie*. In Gestions Hospitalières n. 261-262. Paris, 1987, décembre 88/janvier 87, 787-791

13. Gonnat F., Lucas S., *L'hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, Ed Lamarre, 2003

14. *Il Sole 24 Ore*, *Regioni, stop ai medici "manager". La governance clinica resta al palo*, 4 aprile 2004

15. *Il Sole 24 Ore*, *Fiasco: collaborazione medici-manager non per legge*, 5 aprile 2004

16. *Il Sole 24 Ore*, *Clinical governance, un'esperienza d'importazione*, 3 maggio 2004

17. Labayle D., *Têmpete sur l'Hôpital*, Ed Du Seuil, 2002

18. Moisdon J.C., Tonneau D., *La démarche gestionnaire à l'hôpital*, Seli Arslan, Paris 1999

19. Pessina A., Cantù E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia - Rapporti OASI 2000 - 2001 - 2002 - 2003*

20. Porter M.E., Teisberg E. O., *Competition in Health Care*, HBR, June 2004

21. Saita M., Kainich F., Saracino P., *La pianificazione strategica e il controllo di gestione nella sanità*, Ed. Il Sole 24 Ore, 2002

22. Tanese A., *Sviluppare le capacità di apprendimento organizzativo delle aziende sanitarie*, MECOSAN, anno XIII, n. 29, 1999, 45-61

23. Turno R., *Torna il potere dei primari*, Il Sole 24 ore, 12 gennaio 2004

24. Wiener C. L., *Holding American hospitals accountable: rhetoric and reality*, in "Nursing Inquiry", 11, n. 2., 2004



## Ospedale senza dolore: un progetto ed un'organizzazione

### Riassunto

L'Ospedale del Mugello ha aderito al progetto ministeriale "Ospedale senza dolore". È stato formato un gruppo multidisciplinare che ha definito protocolli di valutazione e trattamento del dolore postoperatorio. Il gruppo di lavoro ha individuato tra i possibili interventi migliorativi il rispetto del corretto timing per la somministrazione della terapia antalgica. Il protocollo concordato prevede l'inizio della terapia antalgica appena terminato l'intervento chirurgico; è stato definito un processo che prevede la collaborazione della Farmacia per l'allestimento delle formulazioni personalizzate e l'invio delle stesse direttamente in sala operatoria.

### Summary

*The Mugello's Hospital joined the project of the Ministry of Health called "Painless Hospital". A multi-disciplinary team was been created, to define guidelines for valuation and treatment of the post-surgical pain. The team individuated, as a possible improvement, a proper timing for the somministrazione of analgesic therapy. The guidelines suggest to starting analgesic therapy immediately after the end of surgical operation; it was been defined a process that establish the collaboration of the Pharmacy for making personalized analgesic formulations, and for sending them directly to the surgical room.*

**R. Banfi\***, **G. Borselli\***, **L. Mari\***, **F. Romagnoli\***, **M. Aiazzi\***  
**B. Padelletti°**, **S. Landi°**, **C. Amaducci°**, **T. Fratti°**, **A. De Luca°**,  
**L. Turco §**, **T. Faraoni §**, **C. Capanni §**

\*Farmacista Farmacia

°Anestesista U.O. Anestesia e Rianimazione

§Medico Direzione sanitaria

Ospedale Mugello Azienda Sanitaria 10 di Firenze

### INTRODUZIONE

Nell'ambito del progetto Aziendale di Health Promoting Hospitals -Ospedale senza dolore, la Direzione sanitaria dell'Ospedale del Mugello, in ottemperanza alle direttive ministeriali (1) e regionali (2), ha istituito un comitato multidisciplinare rappresentato da diversi profili professionali e servizi: anestesisti, medici dei servizi di cure continue, chirurghi, infermieri professionali, far-

macisti, operatori della educazione alla salute, volontariato.

Il progetto è teso a rispondere adeguatamente al dolore sia all'interno dell'ospedale che nel territorio ed il comitato ospedaliero ha l'obiettivo di promuovere le varie fasi del progetto, di provvedere alla formazione del personale medico e non medico tramite corsi, di introdurre strumenti adeguati per la misurazione del dolore e di definire e diffondere protocolli di trattamento.

Come primo obiettivo il comitato ha affrontato il problema in ambito chirurgico ospedaliero ed ha definito protocolli di trattamento del dolore postoperatorio. Il protocollo prevede la diffusione della PCA (patient controlled analgesia), definizione di schemi di trattamento farmacologico adeguati al tipo di intervento, preparazione in Farmacia di miscele antalgiche personalizzate e condivisione con gli operatori sanitari della struttura tramite la organizzazione di corsi di formazione ed aggiornamento. I protocolli di trattamento del dolore postoperatorio seguono le linee guida definite dalla commissione Health Promoting Hospital della Regione Toscana (3).

### ANALGESIA POSTOPERATORIA: DEFINIZIONE DEL PROCESSO

Nell'ambito del processo di gestione del dolore postoperatorio sono state definite le procedure per garantire l'applicabilità ed adesione ai protocolli. In base alla esperienza degli Infermieri professionali è stato riconosciuto "un vuoto terapeutico" nel passaggio del paziente dalla Sala Operatoria al reparto e questo ritardo può influire negativamente su un efficace trattamento del dolore. Per questo motivo è previsto che la terapia antalgica debba essere iniziata in sala operatoria, appena terminato l'intervento per prevenire e controllare efficacemente l'insorgenza del dolore. Gli schemi di trattamento per alcuni interventi prevedono l'utilizzo di farmaci o miscele a diluizioni non presenti in commercio. La fase di miscelazione e/o ricostituzione di farmaci in reparto inoltre è stata identificata come un momento critico di errore sia nella diluizione che nel tempo di preparazione, soprattutto in particolari si-

**PAROLA CHIAVE:**

Ospedale senza dolore, analgesia postoperatoria, errore medico, processo organizzativo.

**KEY WORDS:**

*Painless hospital, post-surgery analgesia, medical error, organizing process.*

tuazioni di emergenza. Pertanto è stato stabilito che la Farmacia interna prepara queste miscele personalizzate in sacca per l'infusione con pompa o in infusore elastomerico. Per razionalizzare i tempi ed evitare ritardi nella consegna in sala operatoria, con conseguente ritardo nella somministrazione del farmaco, è stato definito un percorso che prevede la compilazione del modulo (fig.1) da parte degli anestesisti, invio per fax in farmacia, allestimento della terapia e ritiro all'ora stabilita della preparazione da parte del personale di sala operatoria. Questo percorso organizzativo consente di effettuare la terapia appropriata nei tempi giusti, con il farmaco corretto ed alla diluizione prevista, con una riduzione dei possibili e più frequenti errori clinici. La terapia viene somministrata appena terminato l'intervento, sotto controllo degli anestesisti, ed il paziente viene accompagnato in reparto "senza dolore". L'allestimento di terapie personalizzate in un luogo deputato (Farmacia) da parte di personale specializzato ed in base a protocolli stabiliti, comporta una riduzione dell'errore di prescrizione e calcolo sulla miscelazione/diluizione e libera tempo da dedicare all'assistenza sia per il personale medico che infermieristico.

**RISULTATI**

La procedura è stata definita a maggio 2004 e nei primi 5 mesi alla farmacia sono state richieste le seguenti preparazioni:

**n. 9 infusori elastomerici 2 ml/h durata 30 ore.**

**n. 28 sacche da 100 ml**

**n. 49 sacche da 200 ml**

Le miscele antalgiche preparate sono state prevalentemente di bupivacaina 0,125% e bupivacaina 0,200% per la chirurgia ed ortopedia. Negli interventi di ginecologia viene associata la morfina.

Anche sul territorio abbiamo avuto un positivo riscontro nel trattamento di un paziente con arteropatia obliterante che necessitava di terapia con bupivacaina 0,125% associata a morfina cloridrato.

**CONCLUSIONI**

La collaborazione di più servizi, ha consentito di definire un percorso

clinico-organizzativo per la gestione del dolore, garantendo al paziente una costante analgesia, con i relativi effetti positivi sulla riuscita di un miglior decorso postoperatorio. Infatti si assicura il corretto timing per la somministrazione della terapia antalgica, colmando così il vuoto terapeutico segnalato dagli infermieri professionali. Inoltre la preparazione in Farmacia fornisce maggiori garanzie di somministrare il farmaco giusto, alla giusta concentrazione, preparato secondo procedure standardizzate e definite in accordo alla FUI XI ed., tali da evitare errori durante la preparazione e da garantire la sterilità del prodotto. L'errore medico ha ancora una importanza consistente sulla riuscita terapeutica di un intervento se pensiamo che è stato quantificato per il 39% come dovuto alla prescrizione, 11% all'atto della trascrizione, 12% durante la dispensazione, ed il 38% alla somministrazione.(4)

Anche dal punto di vista economico il progetto di allestimento delle sacche personalizzate per PCA ha avuto riscontri positivi in quanto ha ridotto il consumo di infusori elastomerici che in precedenza venivano preparati dal personale di sala o di reparto con conseguente riduzione dei costi (10,7 euro della sacca e deflussore contro i 25 euro dell'elastomero).

**BIBLIOGRAFIA**

1- Gazzetta Ufficiale n.149 del 29.06.01 (Provvedimento 24.05.01).

2- Delibera consiglio regionale 60 del 9.04.2002 "Piano sanitario regionale 2002-2004 punto 5.3.2.12 lettera f.

3- Commissione Health Promoting Hospital. Ospedale senza dolore: Protocolli per il trattamento del dolore postoperatorio. Regione Toscana (in stampa).

4- Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Systems analysis of adverse drug events. JAMA 1995; 274: 35-43.

**FIG.1: MODULO DI RICHIESTA**

**Azienda Sanitaria di Firenze - Ospedale del Mugello**  
**U.O. Anestesia- Sale Operatorie**

**Si richiede alla Farmacia interna**

**per il Sig. ....**

**Reparto .....**

**per il giorno ..... ore .....**

**la preparazione per analgesia postoperatoria di:**

- n° 1 sacca 200 ml
  - n° ..... sacche 200 ml
  - n° ..... sacche .....ml
  - infusore elastomerico di durata 30 ore (2ml/h 65ml)
  - infusore elastomerico di durata 2 giorni (2ml/h 105ml)
- con la seguente composizione:**
- Bupivacaina % .....
  - Morfina cloridrato mg .....
  - Ketorolac/Trometamolo mg .....

**Borgo S.Lorenzo .....**

**Firma del Medico**

## La semplicità, la complessità e la complicatezza nei modelli organizzativi: un approccio generale

### Riassunto

Gli autori, nel presente articolo, approcciano le organizzazioni con una "filosofia" generale, evidenziando che la migliore lettura delle stesse può essere effettuata attraverso la conoscenza dei "sistemi". Sviluppano la definizione di sistema coniugando tale spiegazione con i concetti di Semplicità, Complessità e Complicatezza, le quali possono essere comprese, studiando le interazioni e le interdipendenze che si stabiliscono all'interno dei loro elementi nella loro varietà ed anche in relazione all'ambiente. In questo contesto calano l'organizzazione e individuano alcune strutture fondamentali tra le tante proposte dalla letteratura, centrate nel modello funzionale, ad hoc e divisionale, che meglio si adattano alle mutevoli esigenze ambientali tenuto conto del loro "carico" di complessità e complicatezza che ogni sistema presenta. Sintetizzano questa condizione nel modello situazionale, che in forma schematica identifica la struttura organizzativa più idonea, cioè con maggiore probabilità di successo, rispetto allo spazio organizzativo interno ed all'ambiente esterno in termini di incertezza ed imprevedibilità. L'immediatezza del modello situazionale, che per la sua praticità può costituire uno strumento di riferimento per superare ovvie difficoltà che si manifestano in tutti i divenire organizzativi, non deve, sottolineano gli autori, essere letto e utilizzato rigidamente ma lasciare spazio alla creatività e alla fantasia, ulteriore elemento che fornisce garanzie aggiuntive per l'evoluzione delle strutture organizzative in ambienti sempre più difficili, dinamici e competitivi.

### Summary

*The authors of this article approach organisations with a general "philosophy", pointing out that the best reading of the same can be carried out through knowledge of "systems". They develop the definition of system conjugating that explanation with the concepts of Simplicity, Complexity and Complicatedness, which may be included, studying the interactions and interdependencies that are established within their elements, in their variety and also in relation to the environment. They place the organisation in this context and identify certain fundamental structures among the many proposed by the literature, centred on the functional, ad hoc and divisional model, which best adapt to the changeable environmental needs taking into account the "load" of complexity and complicatedness that each system presents. Summarising this condition in the situational model, which in schematic form identifies the most suitable organisational structure, i.e. with the greatest probability of success, compared with the internal organisational space and the external environment in terms of uncertainty and unpredictability. The immediacy of the situational model, which for its practicality may make up a reference instrument to overcome the obvious difficulties that are manifested in all the organisational becoming, must not, the authors underline, be read and used rigidly but must leave space to creativity and to fantasy, a further element that supplies additional guarantees for the evolution of the organisational structures in ever more difficult, dynamic and competitive environments.*

**A. Mazzeo\*, B. Ferrando\*, G. Macrina\*\*,  
A.E Mazzeo\*\*\***

\*Direzione Distrettuale Distretto Centro ASL 3 "Genovese" - Genova Italia;

\*\* Dipartimento Scienze della Salute Università di Genova;

\*\*\* Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Genova

L'approccio alle organizzazioni per modelli spesso ha suscitato notevoli perplessità tra gli studiosi della progettazione organizzativa, anche se la letteratura ha costantemente fatto riferimento a tali modelli ritenendoli comunque essenziali sul piano metodologico, non fosse altro per il fatto che la scarsità delle risorse ha sempre imposto la ricerca del massimo grado di razionalità nell'uso delle stesse.

Resta indiscutibile, in ogni caso, l'affermazione di alcune scuole organizzative che non esiste migliore pragmatismo nell'assetto e nell'approccio organizzativo di un buon modello teorico, il quale rappresentando la realtà in un gioco quasi virtuale, permette, attraverso immediate e facili manipolazioni, l'efficace linearizzazione delle relazioni tra le parti del sistema. Questa idea, peraltro, appare ancor più rilevante se il modello riesce a coniugare tre aspetti sostanziali insiti nella natura delle cose: **semplicità, complessità e complicatezza**.

I predetti concetti, tuttavia, nel contesto organizzativo non devono essere letti in chiave matematica, ma devono necessariamente far riferimento prevalente ad altre connotazioni nel vasto campo delle scienze specie a quelle psico-biologiche, sociali e fisiche.

E' il sistema, infatti, lo strumento più valido per comprendere pienamente il dettato organizzativo, non tanto per la numerosità degli elementi quanto soprattutto per lo sviluppo delle relazioni di interazione, di interdipendenza e di interconnessione. In tale contesto, riusciamo anche ad evidenziare le tre rilevanti variabili sulle quali occorre agire per realizzare la migliore impostazione possibile: la **sem-**

**PAROLA CHIAVE:**

semplicità, complessità, complicatezza, modello adhocratico, funzionale e divisionale, modello situazionale

**KEY WORDS:**

*simplicity, complexity, complicatedness, functional adhocratic divisional models, situational Model*

**plicità, la complessità e la complicatezza.**

In forma molto elementare, la **semplicità** potremmo esplicitarla come il grado zero della complessità e della complicatezza ed anche etimologicamente (**semel = una sola volta e plecto = intreccio**) significa che il sistema è composto da un numero pari o inferiore a tre elementi, i quali stabiliscono delle relazioni che si incrociano una sola volta. In sintesi, il sistema semplice è compiutamente prevedibile ed all'interno dello stesso si può identificare almeno una regola o una legge, che ci informa sulla sua evoluzione (Figura n.1).

Con un numero superiore a tre il sistema acquisisce gradi crescenti di complessità. Etimologicamente la **complessità (dal latino cum = insieme e plecto = intreccio)** è connessa, non solo al numero, ma anche all'insieme ed alla varietà degli elementi. In tale contesto, le relazioni, evidentemente, si intrecciano più di una volta ed il numero degli incroci contribuisce a graduare la complessità del sistema. Le interrelazioni, le interazioni e le interdipendenze che si configurano fra le parti del sistema con meccanismo costante di feed-back (retro-azione o retro-alimentazione) realizzano quindi un assetto i cui punti fondamentali sono:

- le componenti variano continuamente mutando il loro stato iniziale;
- il comportamento *caotico* è solo apparente, in quanto nasconde non solo evidenti isole di ordine, ma una sostanziale regolarità, che può essere individuata e descritta fino ad un certo livello con algoritmi specifici (per contro nel comportamento casuale nessun algoritmo ci consente di indivi-

duare aree di ordine, se non utilizzando la quantità totale dell'informazione che il sistema possiede);

- le interazioni interne ed esterne al sistema annullano la staticità e conferiscono allo stesso un dinamismo in costante evoluzione, la quale dipende dalle condizioni iniziali, dove un'infinitesima variazione delle stesse produce nelle fasi successive effetti imponenti (si richiama in tal senso il notissimo "effetto farfalla" in meteorologia);
- l'*imprevedibilità*, che si presenta totale nel caso e dove può essere in parte governata ricorrendo a processi stocastici cioè probabilistici, si esprime in un comportamento progressivamente instabile e procede per livelli di scala continua;
- la non linearità sostanzialmente corrispondente alla non proporzionalità dell'effetto rispetto alla causa;
- l'*irreversibilità*, nel senso che il sistema transitando da un livello energetico inferiore ad uno superiore e ritornando poi allo stato precedente non assume più la stessa configurazione;

Le suddette proprietà sintetizzano icasticamente la essenziale *incertezza* della *complessità* verso la quale non esistono *soluzioni* o *previsioni* complete e complessive ma solo parcellari e localizzate (Figura n.2).

La **complicatezza** è strettamente legata alla complessità, ma ne differisce significativamente. Nel rispetto dell'etimo **cum=insieme e plecto= mi piego** si connota sostanzialmente come relazioni tra gli elementi del sistema che possono progressivamente ripiegarsi ed intricarsi su se stesse ed assumere



Fig. 1 -Semplicità



Fig.2 Complessità

un grado più o meno elevato di criticità, ma che in ogni caso possono essere descritte, spiegate e ridotte a forma elementare.

La complicatezza è una condizione che può interessare anche una parte limitata del sistema e nella quale si possono cogliere alcuni aspetti fondamentali:

- le parti del sistema possono variare, ma tale variazione si svolge entro limiti definiti e pertanto può essere compiutamente descritta;
- le interrelazioni complicate in ordine alla *caoticità*, all'*imprevedibilità*, alla *non linearità* e all'*irreversibilità* sono *assenti* o si presentano in livelli bassi e comunque circoscritti e possono essere sempre descritte completamente e spiegate; tuttavia la loro esplicitazione, a seconda della ampiezza, potrebbe anche comportare costi elevati se non impossibili, pure in termini temporali;



Fig. 3 Complicatazza



Fig. 4 - Modello situazionale

- la casualità e l'instabilità sono assenti.

Queste caratteristiche consentono di individuare comunque una o più soluzioni ai problemi che si presentano negli assetti complicati. Risulta evidente allora che all'interno di tutti gli schemi organizzativi i problemi di assetto non sono legati soltanto alla *complessità* del sistema ma questi problemi si devono necessariamente commisurare con il grado di *complicatazza* (Figura n.3).

La progettazione e la scelta del modello conseguentemente devono obbligatoriamente fare riferimento alle tre variabili descritte.

Ciò premesso (relativamente all'approccio organizzativo come sistema che non può prescindere dai diversi **gradi di complessità e complicatazza**) occorre definire in tale contesto il modello più efficace per rendere funzionale l'organizzazione rispetto agli obiettivi

vi che deve perseguire.

Le scuole organizzative pur con le innumerevoli varianti e sottovarianti, hanno proposto numerosi modelli all'interno dei quali riteniamo sostanzialmente di individuarne, ai fini della nostra presentazione, almeno tre, che assumiamo come fondamentali: il **modello funzionale**, il **modello divisionale** e il **modello ad hoc**.

Il **modello funzionale** tradizionale, conservatore, burocratico, gerarchico orientato ai clienti interni ed all'azienda, in sintesi segmenta l'organizzazione in funzioni, cioè crea delle linee di responsabilità, sottoposte comunque alla direzione strategica in ordine alle attività svolte (produzione, vendita, amministrazione, ricerca e sviluppo, ecc.).

È centrato sulla specializzazione e sulla direzione verticale, si contraddistingue per sue economie di scala, per la settorializzazione delle sue funzioni, e si adatta efficacemente ad una domanda pressoché costante.

Il **modello divisionale** orientato ai clienti esterni ed al mercato, riparte lo schema organizzativo privilegiando le linee di responsabilità relative al tipo di prodotto. Decentra i poteri decisionali permettendo alle strutture organizzative di rispondere con rapidità alle mutevoli esigenze del mercato.

Il **modello ad hoc** (a matrice, a cluster, ad eterarchia) è invece orientato ai problemi, non gerarchico e non burocratico e può utilizzare mix della formula organizzativa funzionale e di divisionale. Appare notevolmente flessibile e adattativo consentendo decisioni **ad hoc** e facilitando così il superamento di situazioni problematiche che si possono presentare in forma diversa all'interno ed all'esterno dell'organizzazione stessa. Non vogliamo certo in questa sede ripetere ancora una volta che non esiste un modello maggiormente efficace rispetto ad un altro; ci è sembrato però interessante proporre un nostro schema, il quale tenendo conto delle diverse va-

riabili ci consente di utilizzare il modello organizzativo che ha le migliori probabilità di successo in un dato contesto operativo. Per tale ragione vogliamo riproporlo come "**modello situazionale**", rappresentato nella figura n.4.

La schematica realizzazione di un semplice prospetto come il modello situazionale che presentiamo quale parte di uno studio più approfondito sul funzionamento dell'organizzazione nei sistemi complessi, ci consente di cogliere in sintesi ed immediatamente i punti di forza e di debolezza dei vari modelli rispetto al tasso di variabilità dell'ambiente che costituisce la base di partenza per operare la scelta migliore.

Si possono rappresentare le seguenti combinazioni:

- basso grado di complessità, di complicatazza ed di incertezza ambientale: modelli funzionali;
- medio grado di complessità, alto o basso grado di complicatazza e medio grado di incertezza ambientale: modelli ad hoc;
- alto grado di complessità, basso grado di complicatazza ed alto grado di incertezza ambientale: modelli divisionali;
- le restanti combinazioni le abbiamo volutamente trascurate perché ancorché possibili risultano organizzativamente poco probabili quasi a rispettare l'andamento gaussiano della curva.

La variabile riferita all'*ambiente* (linea parallela all'asse delle ascisse nelle coordinate della figura 4) rappresenta il punto iniziale per identificare il modello sul diagramma ed indica il *grado di incertezza ed imprevedibilità* che l'ambiente stesso presenta. Per incertezza e imprevedibilità intendiamo sostanzialmente condizioni di mercato e di prodotto estremamente incoerenti, il cui andamento non può essere previsto cioè definito aprioristicamente.

Dall'esame del diagramma risulta evidente che i modelli funzionali sono maggiormente congruenti a



situazioni "ambientali" a basso grado di incertezza/imprevedibilità e che l'aumento di quest'ultima variabile, in un progressivo crescendo, richiede l'adozione del modello divisionale con l'eventuale passaggio attraverso il modello ad hoc.

Questo primo esame è ulteriormente vincolato a due sottovariabili: l'una posta sull'asse delle ascisse che costituisce il livello di complessità, l'altra posta sull'asse delle ordinate che costituisce il livello di complicatezza.

La prima, il livello di complessità, esprime il grado di difficoltà teso a stabilire, nell'apparente disordine organizzativo, i continui mutamenti delle parti del sistema e delle loro interazioni per poter comprendere le apparenti irregolarità. A questo punto è utile precisare che la misura del disordine va intesa come l'incapacità di identificare l'ordine, cioè la regolarità delle parti e delle relazioni pur nella loro continua variabilità. La seconda, il livello di complicatezza, manifesta il grado di difficoltà connesso alla necessità di ridurre a forma descrittiva in maniera compiuta la varietà e la diversità degli elementi e delle interdipendenze del sistema.

Tra le riflessioni conclusive, che possiamo proporre, appare evidente che i modelli organizzativi di tipo funzionale ben si adattano ad un mercato sostanzialmente statico e ad organizzazioni tendenzialmente "rigide", dove quelli di tipo divisionale appaiono necessari con forti variabilità e disomogeneità di prodotto e di mercato.

La struttura ad hoc inserendosi, comunque, fra le forme intermedie dell'ambiente e dell'organizzazione, può costituire un punto di riferimento per superare la "mediocrità" ed aprire la strada alla innovazione. Presenta però un alto valore di conflittualità organizzativa che condiziona pesantemente la sua stessa efficacia e può degradarsi in una progressiva tendenza alla burocratizzazione: compone, tuttavia, più agilmente problematiche collegate ad livelli significativi di complicatezza e di complessità del sistema.

Tante altre considerazioni di rilievo potrebbero essere espresse, ma quella maggiormente significativa è connessa alle criticità riguardanti l'informazio-

ne nei sistemi organizzativi. Se è indiscutibile che in tutte le organizzazioni l'informazione rappresenta il "cervello" per la gestione e il controllo delle stesse, è pur vero, però, che "i dati" relativi ai fatti organizzativi rischiano di diventare freddi valori numerici se non possiedono un "utilizzatore". Solo in tal caso questi dati diventano informazione perché l'utilizzatore conferisce loro senso e significato e l'impiega per il governo e il controllo del sistema.

Ma su questo occorre operare un'attenta riflessione.

Una caratteristica riconosciuta della complessità, infatti, è che l'informazione totale in qualunque sistema è maggiore della somma delle sue singole parti. Dunque, appare rilevante che ogni elemento dell'organizzazione inserito nei processi e nei percorsi che conducono al decisore, cioè al "comandante", filtri la quantità di informazione che gli giunge, facendo passare oltre la dose giusta e idonea per il governo strategico di qualunque sistema.

Il rischio imponente, diversamente, sarebbe costituito dal massivo afflusso di una marea di dati che opererebbero una forte distorsione nella lettura della bussola che indica la rotta verso gli obiettivi organizzativi.

Questa constatazione merita grande attenzione soprattutto da parte di coloro i quali si occupano abitualmente di direzione, progettazione organizzativa e tecnologica in tutti i settori del nostro quotidiano viver e lavorare.

Ricordando che gli schemi organizzativi e i modelli informativi ci consentono con maggior sicurezza la guida e il controllo dei sistemi, essi non devono dissolvere la nostra creatività ed allontanare dalle nostre scelte quei lampi di genialità; quest'ultime arricchiscono la nostra vita con sentimenti forti ed emozioni, le stesse che proviamo ripetutamente quando leggiamo con crescente meraviglia: *"Twenty years from now you will be more disappointed by the things you did'nt do than by the ones you did do. So throw off the bowlines. Sail away from safe harbour. Catch the trade winds in your sails. Explore. Dream. Discover (m. twain).*



## PORTE

- ERMETICHE per porte opercolari
- AUTOMATICHE per poltrone a rotelle Pronto Soccorso o Tiri Chirurgici
- A BATTENTE E PIEGHEVOLI
- GIREVOLI per ingressi principali

SEDE SPICCI - Via Giamboni, 26/a  
48014 Sargano (Rov)  
Tel. 0545 76009 - Fax. 0545 76627  
MILANO - Tel. 02 8294231  
Fax. 02 89422342  
ROMA - Tel. Fax. 06 86328328



## Il nuovo “Centro trapianti” dell’Azienda S. Orsola Malpighi di Bologna

### Riassunto

Gli autori descrivono il nuovo “Centro Trapianti” realizzato al Policlinico S. Orsola- Malpighi di Bologna. Vengono sottolineati oltre agli aspetti urbanistici dell’intervento di realizzazione, anche gli aspetti progettuali di questo nuovo reparto che si propone come un’intera area intensiva, ad alto livello di asepsi, distinta solo per la collocazione delle attrezzature.

### Summary

*The authors describe the new Transplantation Centre built in S. Orsola Malpighi General Hospital of Bologna: As well as the urbanistic characters of the building project, they stress the planning characters of this new unit which is bound to be a whole intensive care unit with a high standard of asepsis, distinguished only by equipments’ location.*

P. Cacciari<sup>o</sup>, G. Finzi<sup>oo</sup>, \*G. Martinelli, \*\*E. Ricchi, \*\*\*I. Frascari,  
<sup>ooo</sup>M. Rizzoli, \*\*T. Campione

<sup>o</sup>Direttore generale Az.Osp. di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi

<sup>oo</sup>Direzione Medica Az.Osp. di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi

\*Direttore del Servizio di Anestesiologia e Rianimazione

\*\*Direzione Medica Ospedaliera Az.Osp. Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi

\*\*\*Direttore del Servizio per le Attività Tecniche

<sup>ooo</sup>Libero professionista

### INTRODUZIONE

L’Ospedale S. Orsola di Bologna ha sempre convissuto, nella sua storia centenaria, con la necessità di adeguare il proprio corpus costruito alle mutate esigenze ed innovazioni che l’evoluzione della scienza medica e le necessità ospedaliere hanno imposto. L’aggiornamento delle strutture trova, nel fattore “tempo”, una indeterminazione legata a tanti elementi diversi tra loro: iter progettuali, finanziamenti, burocrazia. Tali limitazioni, ben conosciute dagli addetti ai lavori, sono state, nel caso del Centro Trapianti, superate e sono stati sufficienti solo 14 mesi dall’idea iniziale all’inaugurazione. La riuscita dell’operazio-

ne è dovuta essenzialmente ad un fattore: la sinergia tra la direzione tecnica e quella sanitaria dell’Ospedale.

### DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO

La zona individuata per la collocazione del Centro Trapianti fu individuata dalla Direzione Aziendale al primo piano del Padiglione Chirurgie. La collocazione è stata ritenuta strategica in quanto attigua ai Blocchi Operatori II e Cardiochirurgico, ove insistono le sale operatorie destinate all’attività di trapianto d’organo e la Rianimazione Generale e Cardiochirurgica dell’Azienda. Il nuovo Centro Trapianti si colloca all’interno di un

contenitore esistente e questo condiziona sostanzialmente le scelte progettuali; tenendo poi conto che la necessità primaria dell’intervento consisteva nella celerità con cui dovevano essere eseguite le opere, il presupposto di base fu quello di conservare il più possibile la struttura esistente. Il nuovo Centro Trapianti è caratterizzato da una estrema flessibilità d’uso per il seguente motivo: il paziente dovrà poter transitare nelle diverse “sezioni” (Terapia Intensiva/Semin-tensiva, letti monitorizzati, degenza ordinaria intra ed extra-reparto). I trapianti per propria natura sono flessibili nella loro criticità e questo comporta una imprevedibile concentrazione dell’utilizzo delle diverse aree dell’Unità Operativa. Il personale segue queste dinamiche e dovrà all’occorrenza “trasferirsi” nelle due sezioni (Terapia Intensiva/Semintensiva) per seguire il proprio paziente ovvero per garantire maggiore supporto nell’una o nell’altra sezione. L’adozione di questi concetti organizzativi ha fatto sì che tutto il contenitore fosse considerato ad elevata assistenza (Intensiva e Semintensiva). Da quanto esplicitato sono conseguite le seguenti scelte progettuali:

- L’accesso alla Terapia Intensiva-Semintensiva, considerata come unica Unità Operativa, è controllato ed interdetto al transito estraneo e alle attività di reparto;
- All’ingresso è collocato un filtro generale (dotato di spogliatoi per il personale) per consentire ai pazienti, parenti e personale di muoversi liberamente all’interno.
- L’intero reparto è sostanzialmente suddiviso in due aree. Nella zona adiacente all’ingresso, di maggior transito, sono stati collocati i locali di supporto, comprensivi

**PAROLA CHIAVE:**

Centro trapianti, edilizia ospedaliera

**KEY WORDS:***Transplantation centre, health building*

anche del locale personale dotato di visiva per accogliere i parenti, e le stanze di degenza ordinaria, dotate di servizi igienici (due doppie ed una singola). L'altra zona, posta in fondo al reparto perché di minore transito, è stata destinata alle stanze di Terapia Intensiva e Semintensiva.

- All'ingresso della Terapia Intensiva è stato collocato un ulteriore filtro per consentire al personale di cambiarsi camice e calzari senza dover uscire dal reparto.
- I collegamenti della struttura sono funzionalmente stabiliti con il Blocco Operatorio, posto in contiguità fisica al Reparto, e con i servizi di supporto, che operano per lo stesso blocco operatorio trapianti.
- E' stata scelta una configurazione a degenza multipla, visto che consente una migliore gestione degli spazi attribuiti all'Unità Operativa, una più stretta sorveglianza dei pazienti e facilita la mobilità del personale e delle attrezzature.
- Tutte le degenze sono dotate di finestre a vetro camera a perfetta tenuta in modo da favorire l'illuminazione naturale dell'ambiente e l'orientamento del paziente.
- Per favorire l'attività assistenziale e ridurre il rischio di trasmissione aerea tra paziente e paziente, è stata prevista un' idonea distanza tra i letti, mai inferiore a 2.5 mt.
- Nell'area intensiva si utilizzerà una barra attrezzata pensile a soffitto per la distribuzione dei gas medicali, per la fornitura di corrente elettrica e per l'alloggiamento delle apparecchiature. Questo per una adeguata ge-

stione del paziente, visto che è necessario anche accedere comodamente alla testa del letto (intubazione tracheale, cateterismo venoso centrale, ecc.). Tale soluzione riduce la presenza di carrelli porta attrezzature intorno al letto e di cavi a terra favorendo sia le manovre assistenziali sia una adeguata pulizia, premessa fondamentale per la prevenzione delle infezioni.

- Ogni posto letto è dotato di letto attrezzato e della tecnologia finalizzata al trattamento.
- Ai pazienti ricoverati in terapia intensiva è garantita la privacy adottando un sistema di tendine.

La realizzazione degli spazi suddetti conferma l'impianto distributivo esistente con il grande corridoio centrale su cui si affacciano i locali; mentre la realizzazione o la trasformazione degli spazi è avvenuta, esclusivamente, per semplice ricollocamento delle tramezzature. Per motivi di sicurezza si è reso necessario dotare il piano di una seconda via di fuga e, pertanto, è stata realizzata una scala di sicurezza esterna con ballatoio. La scala è stata aggiunta al corpo di fabbrica senza trasformare la facciata in muratura e dove viene attualmente proposta, si tratta di un cortile interno praticamente non visibile a chi transita sui percorsi principali. Altre localizzazioni della scala di sicurezza sono state escluse sia per la scelta di non voler modificare i prospetti principali, sia per non voler interferire con le grandi alberature esistenti che qualificano in modo positivo l'habitat ospedaliero. Mentre, in aderenza al fabbricato, sono stati disposti dei ballatoi in modo che le parti inclinate (rampe) non interferiscano direttamente con le finestre e più in ge-

nerale con le bucatore. Questo metodo d'intervento consente di non mutare in modo significativo la luminosità dei locali esistenti e, soprattutto, di non dover procedere ad interventi edilizi troppo pesanti. L'apertura di nuove finestre o la trasformazione di quelle esistenti è stata ridotta al minimo; infatti, è stata realizzata su prospetti nei quali è ormai impossibile individuare una identità di pieni e vuoti ed una regola nella disposizione delle bucatore stesse.

## PRINCIPALI CARATTERISTICHE DEI LOCALI

Il Progetto è stato impostato nel rispetto totale della normativa vigente e quindi della L.R. 34/98, con l'obiettivo comune da parte dei progettisti e della stessa Azienda Ospedaliera di soddisfare anche le richieste della nuova Bozza di accreditamento "Requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di Anestesia, Terapia Intensiva, Terapia Iperbarica e terapia Antalgica". Tenendo conto delle numerose esigenze di Reparto e, per contro, dell'esiguo spazio a disposizione, si è lavorato assieme alla Direzione Tecnica ed alla Direzione Sanitaria raggiungendo una buona ottimizzazione degli spazi. L'accesso al reparto è unico ed avviene dall'atrio antistante il blocco scale-ascensore esistente; mentre è stato chiuso quello tramite l'ascensore collocato a Sud. I servizi igienici per il personale sono stati dimensionati in relazione alla massima presenza contemporanea degli stessi operatori durante i turni di servizio.

## ASPETTI URBANISTICI DELL'INTERVENTO

L'originario impianto ed immagine novecentesca risulta ormai praticamente irriconoscibile, tanto intricato e punteggiato di interventi è stato il suo sviluppo diacronico. In particolare l'aggiunta delle appen-

dici a sbalzo sui lati Sud e Ovest, le quali hanno una partitura differente dal resto, e la caotica disposizione delle aperture nella parte Est, sulla quale affaccia anche l'unica loggia dell'edificio, ne compromettono l'identificazione. A questi episodi si aggiungono l'apertura di grandi vetrate sul lato Ovest e la progressiva saturazione volumetrica del piano terreno, sempre sullo stesso lato. Un buon numero degli interventi citati sono parte di una grande ristrutturazione del Fabbricato avvenuta negli anni '70. Gli interventi proposti non peggiorano quindi la situazione esistente: le nuove finestre sul lato Est riprendono le dimensioni di quelle esistenti sul lato Ovest; la scala di sicurezza esterna mantiene il filo Est della testata del fabbricato e si distanzia dalla parete a cui è addossata introducendovi un ballatoio che funge da via di fuga e mantiene una buona illuminazione naturale della facciata. L'intervento dunque non altera le volumetrie preesistenti né le deturpa, ma anzi contribuisce in parte a rendere più omogeneo e funzionalmente correlato l'aggregato di edifici in oggetto, migliorando così la situazione attuale.

## **SICUREZZA ANTINCENDIO** **Aspetti progettuali** **rispetto alla normativa** **vigente**

L'intervento edilizio riguarda un solo piano di un edificio di 4 piani fuori terra. Si tratta, quindi, di un intervento di ristrutturazione parziale ma che è da intendersi come stralcio dell'intera rifunionalizzazione normativa dell'edificio. In particolare, l'intervento riguarda solo il piano primo di un'ala dell'edificio

con esclusione del blocco d'intersezione delle 4 ali dove sono presenti i nuclei di salita costituiti da due ascensori e scala del tipo protetto. L'intervento realizzato è il primo elemento applicato di una strategia complessiva dei comparti, che potranno, in un prossimo futuro, essere inseriti nella ristrutturazione generale senza che si sia costretti ad ulteriori interventi. La scelta di questa modalità operativa è stata condizionata dall'attuale impossibilità di intervenire in modo globale sull'edificio e, pertanto, si è inserita nella prospettiva di una progettazione d'interesse più generale che terrà conto delle caratteristiche antincendio dell'intero padiglione. I lavori realizzati costituiscono, comunque, il massimo intervento eseguibile in ragione della effettiva disponibilità dei locali e della loro possibilità di essere ristrutturati.

## **CRITERI UTILIZZATI NELLE** **SCELTE DEL PROGETTO** **ESECUTIVO**

I criteri progettuali, da un lato, sono determinati dalle condizioni particolari che derivano dal fatto che si è intervenuti parzialmente in un edificio esistente, dove devono essere mantenute efficienti attività al piano sottostante che comprende il reparto di rianimazione dell'Ospedale S. Orsola, e, dall'altro canto, rispondono alle seguenti finalità:

- 1 la necessità di dotare l'Azienda di un contenitore degenziale unico e indistinto per le funzioni connesse al ricovero, in ogni fase dell'iter assistenziale, dei pazienti candidati al trapianto di fegato, intestino e multiviscerale;
- 2 la necessità di ricoverare occa-

sionalmente pazienti sottoposti a trapianto di polmone, di rene, limitatamente alla fase di degenza post-trapianto, evitando quindi trasferimenti precoci, oggi obbligati, fra la sede dell'intervento chirurgico e/o degenza rianimatoria e le attuali sedi destinate ad accogliere questa tipologia di trapianti;

- 3 la necessità di ampliare l'offerta degenziale complessiva orientata ai trapianti in relazione ai programmi aziendali di sviluppo ed innovazione tecnologica delle attività di trapianto, con particolare attenzione alle funzioni di Terapia Intensiva post-operatoria e letti monitorizzati per candidati al trapianto, ovvero, post trapiantati non ancora eligibili per la degenza ordinaria;
- 4 le opportunità di integrazione professionale fra tutti i clinici coinvolti nella gestione dei programmi di trapianto in relazione alle problematiche assistenziali comuni a tutti i pazienti sottoposti a trapianto d'organo, nonché allo sviluppo e condivisione di programmi di ricerca e didattica finalizzata;
- 5 la necessità di adeguare il comfort degenziale di questi pazienti che presentano livelli di criticità ed esigenze assistenziali peculiari;
- 6 la necessità di mantenere una contiguità logistica con i Blocchi Operatori, sede delle attività chirurgiche connesse ai trapianti, e di mantenere la continuità assistenziale anestesiologicala con la Rianimazione Generale e Cardiochirurgica.
- 7 la necessità di liberare quelle risorse che nei vari reparti (Rianimazione, Terapia Intensiva Neurologica, degenza internistiche, chirurgiche, specialistiche) sono oggi assorbite dai trapianti e che potrebbero essere destinate ad altre attività ugualmente prioritarie;
- 8 la necessità di integrare, anche fisicamente, le competenze professionali trapiantologiche.

**L'INTERVENTO REALIZZATO È IL PRIMO ELEMENTO APPLICATO DI UNA STRATEGIA COMPLESSIVA DEI COMPARTI, CHE POTRANNO, IN UN PROSSIMO FUTURO, ESSERE INSERITI NELLA RISTRUTTURAZIONE GENERALE SENZA CHE SI SIA COSTRETTI AD ULTERIORI INTERVENTI.**

## CRITERI PROGETTUALI DEGLI IMPIANTI TERMOMECCANICI

Nella progettazione degli impianti termomeccanici a servizio del Reparto Nuovo Centro Trapianti, si sono tenuti in considerazione i seguenti fattori:

- la massima affidabilità e sicurezza
- massimo comfort per gli utenti
- utilizzo ottimizzato dei vettori energetici
- semplicità di operazioni di manutenzione con minor costi di gestione
- massima flessibilità.

Inoltre, ogni componente dell'impianto è stato progettato mantenendo in considerazione gli spazi disponibili per gli impianti ed i vincoli ambientali e storici, di cui è sottoposto il fabbricato. La filosofia impiantistica adottata è compatibile con quanto sopra e con un altro obiettivo primario che è quello di una massima ergonomia nelle operazioni di manutenzione.

### Presupposti per le scelte progettuali

Data la tipologia di utilizzo della maggior parte degli ambienti si è previsto un impianto in grado di garantire sia i requisiti minimi di legge che di assicurare un certo comfort ai pazienti ed agli operatori. Pertanto, l'impianto di condizionamento realizzato garantisce per tutto l'anno condizioni termo-igrometriche controllate (secondo DPR 01/97, DGR 125/99 e UNI 10339). L'impianto prevede il trattamento di aria prelevata totalmente dall'esterno, che, tramite condizionatore di tipo componibile ed a seconda delle stagioni, verrà trattata, previa efficace filtrazione, in modo tale da essere immessa nei vari ambienti a temperatura controllata per garantire un'efficace ricambio d'aria ed il controllo dell'umidità ambiente.

Al piano in oggetto, la distribuzione dell'acqua calda, fredda ed il ricircolo avverrà con una rete a soffitto del corridoio centrale di re-

parto. Sia i montanti dei gas quali ossigeno, aria compressa medicinale e vuoto endocavitario che quelli delle reti acqua calda, fredda e ricircolo, acqua calda pre e post-riscaldamento, acqua calda circuito radiatori e vapore pulito per umidificazione, sono stati posizionati in vista sull'esterno della parete, lato centrale frigorifera.

### Impianto di climatizzazione a tutt'aria per la zona terapia intensiva

Gli ambienti in questione possono essere considerati a tutti gli effetti come locali nei quali verrà esercitata un'attività sanitaria di tipo specialistico.

Questa destinazione ha determinato anche la selezione degli impianti di condizionamento previsti, sia in termini di condizioni termoi-grometriche da perseguire, sia in termini di ricambi d'aria da preve-

dere, con lo scopo di ottenere ambienti aseptici ed igienicamente sicuri. In particolare, si è previsto un impianto a tutt'aria esterna, con post-riscaldamento locali, per differenziare i vari ambienti trattati, in particolare la terapia intensiva con relativo filtro di ingresso e la degenza isolato con relativo filtro, e le due degenze sub-intensive. La distribuzione interna ai locali di terapia intensiva e sub-intensive è stata realizzata con opportuni casonetti atti a contenere i filtri assoluti.

Gli ambienti raggruppati, come la terapia intensiva, con relativo filtro di ingresso, la degenza isolato con relativo filtro e le due degenze sub-intensive sono serviti da autonome batterie di post-riscaldamento, installate su cassette regolatrici a portata costante, atte a garantire la portata prestabilita a valle indipendentemente dalle variazioni di pressione a valle e/o a monte delle stesse.

L'immissione dell'aria negli ambienti è stata realizzata con l'installazione di diffusori a flusso elicoidale ad alta induzione, completi di plenum e filtri assoluti. Per quanto riguarda la zona dedicata al paziente "isolato" si sottolinea che tale locale potrà essere posto in condizioni di depressione o sovrappressione, rispetto ai locali circostanti, in base alla presenza di un soggetto infettivo od immunodepresso.

Il sistema di regolazione della portata di estrazione dal locale degenza isolato e filtro isolato, consente di commutare le condizioni di funzionamento dell'impianto in modo locale o remoto.

Le portate di immissione nel locale filtro e nel locale degenza isolato sono costanti; mentre, opportuni regolatori di portata motorizzati, posti sulle canalizzazioni di ripresa aria da questi due locali, permetteranno di realizzare le condizioni di pressione desiderate.

## SCHEDA PROGETTO

*Responsabile del Progetto*

**Dr. Ennio Ricchi**

*Responsabile del Procedimento*

**Ing. Ivan Frascari**

*Arredi ed Attrezzature*

**Geom. Ida Valenti**

*Importo opere*

**€ 1.600.000**

*Area lorda d'intervento*

**820 mq**

*posti letto di Terapia Intensiva*

**6**

*posti letto di Terapia Semintensiva*

**9**

*Architettura e Sicurezza*

**Arch. Marco Rizzoli**

*Strutture*

**Ing. Aldo Barbieri**

**Ing. Saverio Simonazzi**

*Impianti Meccanici*

**P.I. Giacomo Parenti**

**Ing. Massimo Parenti**

*Impianti Elettrici e Speciali*

**Ing. Luciano Zanni**



**studio amadei**

**CONSULENZA  
FORMAZIONE  
CONTROLLO QUALITA'  
PER I SERVIZI DI PULIZIA**



**SISTEMA INFORMATIZZATO PER IL CONTROLLO  
STATISTICO DI RISULTATO DEI SERVIZI**

*predefinisce gli elementi e dei criteri di valutazione*

*elabora griglia di controllo*

*gestisce il piano di campionamento*

*esecuziona a sorte dei controlli*

*determinazione dei risultati*

*elaborazione bilanci statistici dei risultati*

Partner distributivo per il Sud Italia



**SCS**

SISTEMA CONTROLLO SERVIZI

# UN MONDO DI SOLUZIONI A PORTATA DI MANO...

PULIZIE CIVILI ED  
INDUSTRIALI

PULIZIE E SANIFICAZIONI  
OSPEDALIERE

MANUTENZIONI TECNICHE  
E PULIZIE CRIOGENICHE

HANDLING

GESTIONE RIFIUTI  
ED AREE VERDI

SERVIZI ALBERGHIERI

FACILITY MANAGEMENT

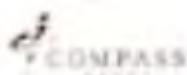


Partner insostituibile per un successo sicuro e personalizzato, Palmar è sinonimo di professionalità. Nata per soddisfare le più varie ed esigenti richieste del mercato dei servizi aziendali, ambientali ed alla persona, opera con successo anche nel facility management.

Grazie all'altissima qualità espressa e di anno in anno implementata, varca nel 2002 i confini italiani, entrando a far parte del Gruppo Compass, leader mondiale della ristorazione collettiva e presente in ben 90 Paesi con 400.000 dipendenti.

**SIBICERT** [CERTO] [CERTO]  
CONFORME  
AL D.L. 28/2/98

**PALMAR S.p.A. Sede Centrale** Via Parola, 102/A - 10090 CASONE VICA RIVOLI (Torino)  
Tel. +39 011 5327600 - Fax +39 011 9571817 - E-mail [info@palmar.net](mailto:info@palmar.net) - [www.palmar.net](http://www.palmar.net)  
Ufficio Centro Fiera Lingotto - Via Nizza, 294 - 10128 Torino - Tel. +39 011 6644264 - Fax +39 011 6434547  
Ufficio di Linate - Via Bergamo, 29 - 20020 Linate (MI) - Tel. +39 02 93209811 - Fax +39 02 93209820  
Ufficio di Caserta - Via Cassino Sud, 12a - 80030 Casertelle (NA)  
Tel. +39 0776 29549-403400 - Fax +39 0776 403166-29548



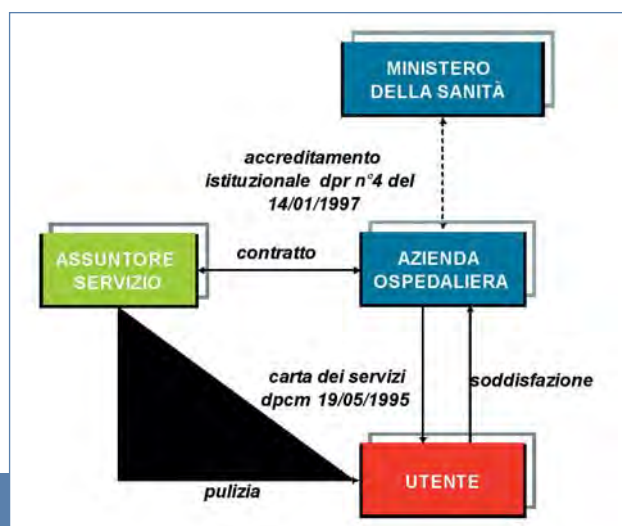
## L'igiene ambientale in sanità Linee guida per i sistemi di esecuzione e controllo dei servizi di igiene ambientale per AO e ALS

### INTRODUZIONE

Erogare servizi di igiene ambientale in un presidio sanitario non è soltanto una questione di definizione dei metodi in conformità a prescrizioni date, ma consiste - in senso molto più ampio - nell'implementazione di un Sistema di erogazione del servizio presso il presidio sanitario che comprenda sì le prescrizioni, i metodi e le istruzioni per l'esecuzione delle attività ma anche i fattori fondamentali per la gestione efficiente ed efficace del servizio stesso. Chiarito questo aspetto basilare, emerge il problema della scelta dell'impegno, ovvero dell'investimento, nell'erogazione dei servizi e la conseguente scelta del livello di servizio da raggiungere. E' chiaro che esiste un legame diretto, anche se non necessariamente lineare, tra livello di servizio raggiunto (o obiettivo) e costi sostenuti. Maggiore è il livello di servizio che si vuole raggiungere, maggiori sono i costi tecnici ed organizzativi da sostenere per raggiungerlo. In tal senso, una mera osservanza delle attuali indicazioni politiche mediante le direttive ministeriali (ragionamento che sente il forte condizionamento nazionale centrato sul ridurre i costi senza badare ai risultati) sembrerebbe falsamente portare a posizionare il livello di servizio sul minimo possibile per il servizio in esame, ovvero sul minimo livello che la struttura è disposta ad accettare (sulla base di vincoli normativi, igienici o strategici). Sulla carta è facile controbattere che i tagli di bilancio sono solo una parte dei fattori in gioco nell'ambito dell'igiene in sanità, tuttavia è anche vero che ciascun ente ospedaliero ha il dovere di rimanere entro i vincoli imposti (internamente o esternamente) in maniera tale da garantire la migliore gestione economica dell'organizzazione. Allora è corretto erogare servizi appena in grado di soddisfare i requisiti igienici minimi imposti? Sia a livello internazionale che nazionale è ormai opinione diffusa che non sia così. E' di importanza fondamentale, che i servizi di igiene ambientale in presidi sanitari debbano essere erogati con livelli di servizio ben superiori ai minimi accettabili e con standard di qualità elevati. Innanzitutto per il rispetto umano che i gestori dei presidi sanitari devono alle persone che vi fanno ricorso (considerando anche le particolari condizioni in cui questi sono al momento di farvi

ricorso). Poi anche per l'importanza dell'igiene nell'immagine di una società civile ed evoluta, il ruolo che ha per il cittadino l'igiene ambientale nell'idea che esso si fa al riguardo della buona gestione del presidio sanitario stesso (e dunque dell'amministrazione responsabile), e per molti altri motivi ancora. E' importante sottolineare che l'immagine (competenza, metodologia e controllo utilizzato per l'erogazione del servizio) dell'assuntore del servizio è altresì garanzia di difesa dell'immagine stessa del presidio ospedaliero/sanitario. E' necessario considerare però che tale condizione verrebbe meno se il livello di investimento in servizi di igiene ambientale (funzione della struttura ospedaliera/sanitaria di riferimento) fosse troppo basso. In tale caso infatti l'assuntore non sarebbe in grado di erogare il servizio con prestazioni adeguate e adottando le pratiche più efficienti ed efficaci. E' inoltre necessario che i servizi di igiene ambientale in presidi sanitari siano erogati con livelli di servizio e standard di qualità adeguati al perseguimento degli impegni presi dalle aziende ospedaliere verso i pazienti - utenti e dichiarati come standard delle condizioni di comfort e igiene ambientale nelle carte dei servizi delle stesse, come previsto dalla legislazione vigente. Infine, è necessario raggiungere adeguati standard di qualità, per ottenere e mantenere lo status di potenziali erogatori di prestazioni per conto del Sistema sanitario nazionale mediante l'accreditamento istituzionale della struttura che assolve a precisa garanzia verso il cittadino (vedi Figura 1): selezionare i **soggetti maggiormente adeguati a**

Figura 1 - Accredito istituzionale AO





fornire prestazioni a carico del SSN.

Tale status è subordinato alla verifica del possesso di determinati requisiti tecnico - organizzativo - qualitativi (anche relativi all'*igiene e sanificazione ambientale*), alla corrispondenza con la programmazione provinciale e alla verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni erogate, come previsto dalla legislazione vigente.

Quali sono gli standard qualitativi adeguati per un presidio sanitario?

Una struttura ospedaliera/sanitaria è un ambiente composito costituito da aree aventi funzioni e caratteristiche differenti richiedenti livelli igienici differenziati.

Gli standard qualitativi dipendono quindi dalle specifiche caratteristiche della singola struttura ospedaliera/sanitaria e devono essere definiti considerando un insieme di variabili e parametri di cui il livello igienico rappresenta solo una componente.

L'approccio internazionalmente più seguito e che ha prodotto i migliori risultati in assoluto è quello delle **Linee Guida**, un insieme di indicazioni, prescrizioni e metodi su come un sistema di erogazioni di servizi di sanificazione ambientale in strutture sanitarie debba essere strutturato, gestito e controllato al fine di garantire il miglior rapporto possibile tra livello di servizio erogato e costi complessivi sostenuti, con piena soddisfazione di tutte le parti coinvolte nel servizio.

Obiettivo del presente documento è, quindi, la **definizione di Linee Guida per i Sistemi di erogazione di servizi di igiene ambientale nel settore sanitario**. In un contesto in cui il ricorso all'esternalizzazione dei servizi è sempre maggiore, **il presente documento è concepito nell'ottica di un contratto di risultato fra committente e assuntore del servizio**.

La validità delle presenti linee guida, tuttavia, è facilmente estendibile anche al caso di servizi internalizzati sostituendo assuntore e committente con le funzioni organizzative di esecuzione e controllo del presidio ospedaliero/sanitario.

### 1.1 Le linee guida per la standardizzazione nella gestione

Lo scopo del presente documento è di definire un protocollo di gestione dei servizi di sanificazione ambientale contenente le linee guida per l'attività di pulizia e disinfezione negli ospedali, comprese le procedure di erogazione e controllo. Sulla base delle presenti linee guida potrà dunque svilupparsi un capitolato tipo per agevolare le relazioni contrattuali nell'ambito del processo di esternalizzazione dei servizi stessi.

Le presenti linee guida hanno quindi lo scopo, di creare reale valore sia per le Aziende Sanitarie che devono gestire e/o esternalizzare i servizi garantendone un adeguato livello di qualità, che per le Imprese As-

suntrici che devono erogare detti servizi in tale ambiente.

**Le Linee Guida sono state sviluppate partendo dall'assunto che devono essere orientate al risultato, che devono essere usufruibili e fortemente personalizzabili in quanto gli standard qualitativi di un comparto esteso e complesso quale quello della sanità, sono estremamente eterogenei.**

Inoltre nell'ambiente ospedaliero vi sono ovviamente differenti stakeholder quali

- Pazienti
- Staff clinico
- Staff generico
- Staff infermieristico
- Utilizzatori
- Amministratori/Direzione Medica
- Pubblico
- Mass media
- Governo

Che esprimono differenti aspettative di risultato.

**Le linee guida hanno quindi l'obiettivo di migliorare la qualità del servizio di igiene ambientale erogato assicurando che tutti i possibili rischi siano identificati e gestiti nella maniera corretta.**

### 1.2 Contratto - risultato

Il contratto - risultato implica che le imprese siano valutate in base alla reale capacità progettuale, sulla base delle indicazioni fornite dal committente circa gli obiettivi che vuole conseguire, in relazione alla propria realtà. Questo restituisce a tutti i soggetti le competenze specifiche: l'impresa diventa l'elemento progettuale della capacità di eseguire le pulizie e l'ospedale diventa l'elemento di controllo e di verifica dei risultati attesi.

Il contratto di risultato presuppone una sostanziale modifica del rapporto pubblico privato, che si deve sempre più basare su meccanismi di interazione tra le parti, sulla trasmissione reciproca di know-how. L'ospedale deve trasferire informazioni all'impresa ma l'impresa deve mettere a disposizione dell'ospedale i dati e le informazioni relativi alla programmazione, all'esecuzione ed al risultato del servizio prestato.

In tale ottica le presenti linee guida, focalizzandosi sui servizi di pulizia, spingono verso l'affermazione di una partnership fra assuntore e committente che abbia obiettivo di soddisfare al meglio le aspettative di tutti gli stakeholder.

### 1.3 Legame fra le condizioni infrastrutturali - livello di pulizia

E' ben noto che ogni ambiente ospedaliero/sanitario ha proprie caratteristiche e diverse condizioni di invecchiamento della struttura.

Le condizioni strutturali dell'edificio influenzano l'e-

secuzione del servizio di pulizia. L'azienda ospedaliera/sanitaria deve quindi rilevare le condizioni infrastrutturali degli spazi agibili e dichiarare eventuali fatiscenze.

L'Azienda ospedaliera/sanitaria, attraverso il decentramento si propone di sviluppare un'attività programmata in grado non solo di mantenere il buono stato di conservazione del patrimonio immobiliare ma di garantirne la funzionalità d'uso.

E' necessario commisurare il livello di servizio dell'assuntore e i parametri di accettabilità in funzione degli eventuali lavori in corso d'opera alla struttura.

## 1.4 Utilizzo della guida

**Le linee guida sono concise, flessibili e facili per essere utilizzate.**

Possono essere utilizzate:

- come base per la definizione dei requisiti contrattuali nell'appalto del servizio;
- come standard di riferimento per la strutturazione dei servizi erogati ed il benchmark dei processi definiti;
- come modello per l'audit del servizio.

Per incoraggiare iniziative nuove e pratiche efficienti per i servizi di sanificazione ambientale le presenti linee guida si focalizzano sui risultati non sul processo. Ciò significa che la sostenibilità dei diversi metodi è misurata mediante la valutazione dei risultati prodotti.

**Le Linee Guida sono definite per focalizzare l'attenzione degli utenti sui risultati e sulle evidenze del servizio piuttosto che sui metodi con il quale è stato ottenuto.**

**Le Linee Guida non sono un manuale di pulizie:** poiché lo stesso risultato può essere raggiunto in maniera differente le presenti linee guida evitano di prescrivere input come frequenze, tecniche, equipaggiamenti e/o processi. Non perché non ci sia una relazione fra gli input misurati e i risultati raggiunti ma perché i risultati ottenuti sono essenzialmente il focus del ciclo di qualità nel mantenere l'ambiente ospedaliero pulito.

## 1.5 Struttura delle linee guida

Le linee guida sono strutturate in:

- sezione 2) **Principi**
- sezione 3) **Elementi: direttrici strategiche**
- sezione 4) **Standard di misurazione e controllo**
- sezione 5) **Processo di audit**
- sezione 6) **Normativa di riferimento**
- sezione 7) **Definizioni**

### Principi

Le presenti Linee Guida per l'esecuzione e controllo dei servizi di igiene ambientale nel settore sanitario

permettono la strutturazione di un sistema di gestione che riflette principi di base che ne garantiscono l'uniformità dell'approccio strategico. L'efficacia d'uso del sistema di gestione è altresì assicurata dall'insieme di direttrici strategiche (par. 3), sulle quali si articolano le presenti linee guida, che designano una struttura mediante la quale sia possibile garantire che le attività operative siano propriamente supportate, focalizzate e sviluppate.

**I principi di base sono:**

- 1 Orientamento ai pazienti, ai visitatori e al personale
- 2 Chiarezza per operatori e responsabili
- 3 Supporto reale alla gestione contrattuale
- 4 Riqualificazione servizi di igiene ambientale
- 5 Chiarezza nella misurazione dei risultati
- 6 Supporto alla reale gestione del sistema di servizio

## 1.6 Orientamento ai pazienti, ai visitatori e al personale

Il sistema di gestione per l'igiene ambientale in presidi sanitari è orientato ai pazienti, ai visitatori, al personale e a tutti coloro che si trovano a frequentare tali ambienti; può sembrare scontato, ma molto spesso, nel concentrarsi su aspetti contrattuali o prettamente tecnici, questo passa in secondo piano. Un sistema di gestione che non sia fortemente orientato a questo obiettivo e che dunque non prenda spunto da un'analisi dettagliata dei requisiti espliciti ed impliciti di questi attori, è sostanzialmente inutile allo scopo.

## 1.7 Chiarezza per operatori e responsabili

E' di fondamentale importanza che i responsabili e gli addetti alla pulizia ed i responsabili del presidio ospedaliero abbiano la medesima interpretazione dei processi costituenti il sistema di gestione e di tutta la documentazione di supporto (griglie di controllo, criteri di valutazione..); ciò per garantire ad essi rispettivamente di lavorare e di controllare il lavoro svolto rispetto ai medesimi standard. Allo stesso tempo il sistema di gestione è operativamente applicabile nel pieno rispetto della salute degli operatori ed in un contesto perfettamente sotto controllo.

E' essenziale che tutto lo staff accetti le responsabilità per il raggiungimento degli standard di igiene e che siano strutturati canali di comunicazione chiari per risolvere eventuali fraintendimenti a tutti i livelli organizzativi.

## 1.8 Supporto reale alla gestione contrattuale

Il sistema di gestione è sviluppato per agevolare il processo contrattuale in ottica di orientamento al risultato. Le specifiche tecniche del servizio, in esso contenute, sono quindi chiare e non ambigue per entrambe

le parti contrattuali o, nel caso di servizi internalizzati, per entrambe le funzioni organizzative (di esecuzione e controllo).

### 1.9 Riqualificazione dei servizi di sanificazione ambientale

Le attività di sanificazione ambientale costituiscono uno degli strumenti per la prevenzione della diffusione degli agenti patogeni che possono provocare infezioni ospedaliere.

Il sistema di gestione è quindi definito con la consapevolezza dell'importanza di un servizio di sanificazione ambientale di qualità in termini di caratteristiche tecniche - funzionali e non di costo diretto al quale viene realizzato.

### 1.10 Chiarezza nella misurazione dei risultati

Il sistema di gestione fornisce adeguati standard per l'analisi e la valutazione dei risultati prodotti dall'erogazione dei servizi di igiene ambientale ed i metodi per la loro misurazione.

Le presenti linee guida forniscono una struttura uniforme che può essere utilizzata come benchmark per definire i livelli di accettabilità e priorità per le attività di igiene ambientale del sistema di gestione.

Il sistema di gestione è concepito considerando che, l'utilizzo sistematico e strutturato di processi di benchmarking e di auditing, permetta un efficace controllo del servizio erogato.

### 1.11 Supporto alla reale gestione del sistema di servizio

Il sistema di gestione comprende attività quali:

- lo sviluppo e il monitoraggio delle specifiche di servizio;
- i sistemi di auditing posti in essere per il controllo dei risultati e della qualità del servizio erogato;
- lo sviluppo di piani di azione come conseguenza della valutazione delle prestazioni raggiunte.

Il sistema di gestione ha quindi l'obiettivo di assicurare l'efficacia e la consistenza del sistema di qualità posto in atto dai singoli presidi sanitari.

## Elementi

### Elementi strategici delle linee guida

L'efficacia del servizio erogato può essere assicurata mediante l'identificazione di una struttura alla quale possano essere rimandati e riferiti i problemi chiave connessi alla pianificazione, erogazione e controllo del servizio stesso.

L'esperienza mostra che senza definite *direttrici strategiche* l'assuntore del servizio può non essere in grado di ottenere il supporto necessario dall'Azienda ospedaliera/sanitaria per raggiungere pienamente le aspet-

tative. Nelle presenti linee guida si sono considerati quindi Elementi Chiave che caratterizzano un sistema per l'igiene ambientale in Sanità e che costituiscono le *direttrici strategiche* precedentemente introdotte. Gli Elementi sono articolati in macrotemi per ognuno dei quali sono stati definiti i requisiti del sistema. La correlazione fra elementi e macrotemi è riportata nella seguente Tabella 1.

Tabella 1 - Tabella di corrispondenza Elementi - Macrotemi

ELEMENTI	MACROTEMI
1.RESPONSABILITA'	Documentazione sulla responsabilità servizio erogato Responsabilità sull'idoneità del servizio Interfaccia committente - assuntore
2.GESTIONE DEL SERVIZIO	Specifiche del servizio Esperienza dell'assuntore Gestione per processi e dimensionamento organizzativo Erogazione del servizio
3.POLITICA E STRATEGIA	Obiettivi di politica e strategia Piani e programmi Impegno congiunto committente erogatore
4.ISTRUZIONI OPERATIVE	Standard operativi Controllo e aggiornamento
5.FORMAZIONE DEL PERSONALE	Piani di formazione Aggiornamento piani di formazione Strumenti di formazione
6.RISK MANAGEMENT	Programma di risk management Supporto al risk management
7.MISURAZIONE E AUDIT	Metodologia Divulgazione e condivisione
8.VALUTAZIONE DEGLI ELABORATI	Criteri di valutazione Metodologia

### 1.12 Responsabilità

#### 1.12.1 Documentazione responsabilità servizio erogato

Le responsabilità dell'Assuntore sono chiaramente definite e documentate attraverso l'intera organizzazione.

**La predisposizione di un organigramma di commessa, in cui siano evidenziate le funzioni presenti nella struttura preposta dall'assuntore, identificherebbe chiare linee di responsabilità verso l'erogazione del servizio.**

#### 1.12.2 Responsabilità sull'idoneità del servizio

L'assuntore del servizio rispetta tutte le disposizioni regolamentari e legislative concernenti le assicurazioni

sociali vigenti nonché dei contratti collettivi di lavoro delle categorie nazionali, provinciali e aziendali. E' responsabilità del presidio sanitario garantire le condizioni dei luoghi di lavoro in merito alla sicurezza e all'idoneità degli ambienti in cui il personale dell'assuntore svolge il servizio in accordo con le disposizioni legislative vigenti. E' responsabilità dell'azienda ospedaliera/sanitaria garantire condizioni strutturali che non influenzino negativamente la percezione dell'utente-paziente sul livello di pulizia dell'ambiente ospedaliero/sanitario.

**E' necessario l'impegno delle parti a rispettare la normativa vigente (L. 626, ecc.).**

L'assuntore del servizio risponde direttamente dei danni alle persone o alle cose comunque provocati nell'esecuzione del servizio.

**I danni a persone o cose dovrebbero essere ben definiti e potrebbero essere individuati con idonea casistica poiché possono esservi cause e concause, quindi responsabilità e corresponsabilità.**

La struttura ospedaliera/sanitaria dovrà farsi carico di raccogliere tutti i dati e le informazioni necessarie per facilitare l'Assuntore nell'implementazione dell'organizzazione e della pianificazione del servizio.

A sua volta l'Assuntore, in corso di svolgimento del servizio, deve garantire:

- il costante aggiornamento dei dati e delle informazioni legate alle prestazioni oggetto dell'appalto;
- l'immediata possibilità, da parte dell'Azienda ospedaliera/sanitaria, di verifica e controllo delle prestazioni erogate al fine di determinare il livello qualitativo e quantitativo del servizio reso;
- il costante rispetto degli standard qualitativi delle prestazioni erogate, evitando o limitando al minimo i disagi causati da disservizi;
- il rispetto delle prescrizioni igieniche indicate dall'Azienda ospedaliera/sanitaria;
- l'impiego di attrezzature e macchinari conformi ai requisiti legislativi e l'effettuazione delle relative manutenzioni;
- la soddisfazione degli stakeholder misurata attraverso monitoraggi sistematici.

**L'Assuntore dovrebbe provvedere a predisporre un piano operativo specificando le operazioni, le modalità di intervento e le relative frequenze sia del servizio di sanificazione giornaliero che di quello periodico.**

**Le prescrizioni dell'Azienda ospedaliera/sanitaria, nonché i dati e le informazioni necessarie per la progettazione del servizio dovrebbero essere riportati in "piani guida per la predisposizione del servizio".**

### 1.12.3 Interfaccia committente - assuntore

L'assuntore del servizio identifica un responsabile che si interfaccia direttamente con la direzione dell'Azienda ospedaliera/sanitaria. Il responsabile designato è capace di rispondere per l'intera gestione del servizio.

Il responsabile preposto deve garantire la soluzione di problematiche segnalate dall'Azienda ospedaliera/sanitaria mediante input operativi alla propria struttura.

**L'assuntore del servizio può individuare un responsabile interfaccia, per la specifica commessa oggetto del servizio, che nei casi specifici agisce da facilitatore fra le Persone Qualificate (vedi par. 1.16.1), individuate per i differenti livelli organizzativi.**

E' necessario che l'assuntore predisponga un Piano di comunicazione nel quale definisce i canali diretti di comunicazione con il committente dall'avvio della commessa e per tutta la durata del rapporto.

**L'assuntore può definire per ogni funzione presente nell'organigramma di commessa le responsabilità per l'interfaccia con il Committente in relazione alle diverse aree di servizio.**

E' necessario che l'assuntore definisca appositi e strutturati canali di comunicazione con il committente dall'avvio della commessa e per tutta la durata del rapporto.

**Potrebbe essere necessario che L'Azienda ospedaliera/sanitaria indichi i vari referenti a cui dovranno rapportarsi i corrispondenti referenti dell'impresa di servizi (es.: l'ufficio approvvigionamenti del P.O. si rapporta al responsabile commerciale dell'impresa). La conoscenza del giusto interlocutore renderebbe più semplice il lavoro non solo del personale sanitario ma anche dell'organizzazione dell'assuntore evitando perdite di tempo ed aumentando l'efficacia degli interventi.**

## 1.13 Politica e strategia

### 1.13.1 Obiettivi della politica e strategia

L'assuntore opera mediante una chiara strategia focalizzata sugli obiettivi dell'Azienda ospedaliera/sanitaria riportati nel contratto di risultato con il supporto di politiche, piani e processi adeguati.

### 1.13.2 Piani e programmi

E' necessario che l'assuntore predisponga un servizio di reperibilità per far fronte ai servizi a chiamata programmabili e non programmabili dovuti a cause imprevedibili.

**L'Assuntore potrebbe definire un Piano di reperibilità per la gestione dei lavori imprevedibili e urgenti nel quale specifica i flussi di informazione necessari e i supporti utilizzati. Poiché la risposta deve essere immediata potrebbe essere necessario indicare una procedura di attivazione rapida delle risorse umane e tecniche occorrenti. Pertanto l'impresa erogante può:**

- indicare in fase di progetto, modalità e tempi di risposta in base alla tipologia di emergenza od urgenza;
- Indicare le eventuali soluzioni organizzative previste.

E' necessario che il committente e l'assuntore concordino sui piani di lavoro proposti, in modo da tarare il servizio di igiene ambientale sulle reali esigenze dell'Ospedale.

**Nel caso di appalto del servizio, la società erogatrice potrebbe fornire un piano di lavoro per unità operativa che tenga conto delle richieste dell'Ente appaltante. Ad inizio appalto singole schede di lavoro possono essere sottoposte all'attenzione di ogni referente interessato che le approverà o ne chiederà la variazione in base ad esigenze specifiche. E' utile concordare orari di inizio e fine servizio tenendo però conto che ciò non può né deve sconvolgere le stime economiche dell'appalto.**

Eventuali esigenze specifiche dell'Ente, compatibilmente con le condizioni economico-organizzative con cui viene erogato il servizio, possono essere strumentali alla revisione dei piani di lavoro dell'assuntore.

### 1.13.3 Impegno congiunto committente-erogatore

L'attuazione delle politiche e strategie aziendali e la verifica dei risultati ottenuti non può prescindere dalla continuità del rapporto fra committente ed Assuntore.. Solo in tal modo ci può essere un adeguamento costante alle aspettative.

E' fondamentale che entrambe le parti (committente ed erogatore) affrontino il lavoro impostando un atteggiamento di partnerariato, collaborando e cercando insieme le strategie più adatte al raggiungimento degli obiettivi che devono essere quanto più possibili comuni.

Superata la fase di start up è necessario un allineamento fra i preposti al controllo dell'Assuntore ed i preposti al controllo dell'Azienda ospedaliera/sanitaria sui risultati raggiunti per valutare le eventuali correzioni da apportare al processo di erogazione del servizio.

**Il controllo di risultato consente di identificare i punti critici su cui occorre intervenire ed è utile a produrre valore tanto a l'una quanto all'altra parte.**

## 1.14 Gestione del servizio

### 1.14.1 Specifiche di servizio

Il committente in un piano guida definisce le specifiche del servizio articolate sulla base della suddivisione della struttura ospedaliera/sanitaria in macro-aree omogenee rispetto ai livelli qualitativi del servizio atteso.

Definisce inoltre le prescrizioni e le norme comportamentali a cui l'Assuntore si deve obbligatoriamente attenere nella progettazione e nell'erogazione del servizio.

L'Azienda ospedaliera/sanitaria, sulla base delle specifiche del servizio, definisce i *livelli qualitativi attesi* (LQA), i *livelli soglia*, gli indicatori e gli strumenti utilizzati per la valutazione delle prestazioni.

**Gli strumenti di misura ad oggi disponibili possono essere: il bassometro, la scala di Bacharach, il bioluminometro, il Glossmetro ecc... Si sottolinea che non tutti gli strumenti di misura possono essere applicati.**

**La scala di Bacharach è uno strumento di misura internazionalmente riconosciuto, che può essere utilizzato per la misurazione del grado di impolveramento delle superfici sovra pavimento.**

In corrispondenza delle 10 differenti e progressivamente più concentrate gradazioni di grigio sono attribuiti 10 valori numerici da 0 a 9. L'incaricato del controllo utilizzerà una garza bianca che sarà applicata sulle superfici oggetto della valutazione. A seconda del maggiore o minore livello di concentrazione delle polveri sulla superficie interessata, la garza assumerà una tonalità di grigio compresa tra quelle riportate a campione sulla scala di Bacharach.

L'attribuzione del valore numerico, da 0 a 9, avviene per comparazione attraverso la sovrapposizione della scala di Bacharach sulla garza.

Una volta attribuito il valore numerico corrispondente si procederà a verificare se questo rientra nel livello di conformità previsto.

Il bioluminometro è un apparecchio per una valutazione semplice e rapida del grado di inquinamento da materiale organico delle superfici tramite la rilevazione dell'ATP.

Il *bassometro* è uno strumento di misura rispondente alla norma francese XPX-792 consente di valutare il grado di polvere presente sulle pavimentazioni dure e resilienti. Il metodo consta nel raccogliere la polvere su un'area di riferimento per mezzo di un pattino, munito di apposite lame in caucciù, che esercita una pressione costante sulla superficie. Le lame lineari disposte in modo parallelo consentono di leggere le linee di impolveramento.

Il *glossmetro* è uno strumento di misura dell'intensità della luce riflessa da una superficie. Consente di misurare il grado di brillantezza e, quindi, di manutenzione, dei pavimenti trattati con emulsioni protettive. Le metodologie di valutazione possono essere visive, tattili, olfattive anche in presenza di inapplicabilità di strumenti che non oggettivino i dati.

L'assuntore del servizio specifica la tipologia delle prestazioni e le relative frequenze, le metodologie e i criteri tecnico-operativi e l'organizzazione per la gestione dei servizi di sanificazione ambientale, oggetto del rapporto, in relazione alle tipologie delle aree. Specifica inoltre le scelte di meccanizzazione adottate, la descrizione dei macchinari e delle attrezzature, la loro assegnazione, le caratteristiche dei prodotti chimici utilizzati. Nel caso in cui il servizio sia subappaltato, l'assuntore fornisce all'Ente sia i dettagli relativi alle attività che saranno date in subappalto sia i dettagli del subfornitori.

L'assuntore potrebbe predisporre specifiche procedure per la qualifica dei subfornitori ed il controllo del processo subappaltato.

#### 1.14.2 Esperienza dell'assuntore

L'assuntore del servizio è un'entità qualificata con esperienza nel campo dei servizi di pulizia e igiene ambientale, della contrattazione, del controllo dei costi e del budgeting.

L'assuntore del servizio potrebbe fornire al committente una scheda di qualifica della società nella quale riporta ad esempio il numero di dipendenti a disposizione, le qualifiche, le precedenti esperienze nell'ambito di servizi di igiene ambientale nei servizi ospedalieri, la dislocazione territoriale dei servizi svolti etc.

#### 1.14.3 Gestione per processi e dimensionamento organizzativo

L'assuntore del servizio possiede capacità di analisi dei tempi di intervento e dei costi globali del servizio, capacità di gestione dei piani di servizio e capacità tecnica adeguata al servizio svolto.

**Nella propria struttura organizzativa l'assuntore dovrebbe comprendere funzioni di direzione e di coordinamento e verifica degli interventi.**

L'assuntore ha un approccio chiaro e sistematico alla gestione del servizio al fine di assicurare l'efficacia delle attività e la sicurezza del personale impiegato.

**L'erogatore del servizio dovrebbe monitorare e revisionare continuamente i propri processi di erogazione.**

L'erogatore del servizio per la struttura preposta definisce nel dettaglio l'assetto organizzativo di gestione.

**L'assuntore stabilisce l'organizzazione per la gestione delle aree di intervento e l'organizzazione del servizio sia con riferimento al numero di addetti che con riferimento alle ore necessarie per ogni tipologia di prestazione.**

I ruoli dei responsabili di funzione che intervengono direttamente nel processo - Persone qualificate - sono ricoperti da persone che, per esperienza e formazione, siano in grado di assicurare e abbiano responsabilità per il raggiungimento del risultato del servizio.

**L'assuntore potrebbe definire appositi mansionari per le singole risorse ai quali affianca i livelli minimi di competenza ed esperienza.**

#### 1.14.4 Erogazione del servizio

L'assuntore del servizio minimizza i possibili disservizi iniziali relativi ad un cambio di gestione.

**L'assuntore potrebbe proporre un piano operativo di start up strutturato per fasi distinte di intervento verso il raggiungimento degli obiettivi di risultato della commessa.**

L'assuntore rispetta le specifiche di servizio offerte in conformità con il proprio sistema di gestione qualità aziendale S.G.Q.

**L'assuntore fornisce un piano della qualità del servizio definito ed articolato per lo specifico servizio oggetto dell'appalto.**

Nel caso in cui il servizio sia subappaltato l'assuntore è il responsabile ultimo dei risultati ottenuti.

**L'assuntore potrebbe esibire documenti a evidenza e dimostrazione dei risultati conseguiti da parte dei subfornitori all'azienda ospedaliera/sanitaria.**

## 1.15 Metodologia e istruzioni operative

#### 1.15.1 Standard operativi

E' necessario che l'assuntore del servizio formuli e segua istruzioni operative al fine di assicurare la corretta risposta esecutiva alle specifiche richieste e garantire il miglior risultato possibile al Committente.

**Le istruzioni operative potrebbero essere relative ad esempio alle tecniche di sanificazione adottate nei diversi ambienti, alla sanificazione delle attrezzature, alla vestizione del personale, ecc...**

#### 1.15.2 Controllo e aggiornamento

L'erogatore del servizio ha un proprio sistema di controllo di processo per verificare la corretta applicazione della metodologia, delle procedure, delle istruzioni e dei piani di lavoro, nonché delle prescrizioni previste dall'Azienda ospedaliera/sanitaria.

**Sarebbe sufficiente la presenza di un sistema di gestione della qualità aziendale (SGQ) che, applicato alla singola commessa, assicuri la corretta applicazione delle modalità di esecuzione.**

La metodologia e le istruzioni operative garantiscono uno standard qualitativo ottimale sia degli ambienti che degli arredi con l'obiettivo di:

- salvaguardare lo stato igienico sanitario dell'ambiente;
- mantenere integro l'aspetto estetico ambientale dei locali;
- salvaguardare l'integrità delle superfici sottoposte a igiene ambientale.

**L'assuntore potrebbe predisporre apposite schede di segnalazione stato d'usura o rottura arredi, pavimenti, rivestimenti, infissi, etc.**

Le istruzioni operative del servizio sono da parte dell'assuntore continuamente aggiornate e personalizzate per assicurare la sicurezza e l'efficacia del servizio stesso.

**L'assuntore potrebbe procedere con un'analisi periodica degli standard qualitativi raggiunti.**

## 1.16 Formazione del personale

#### 1.16.1 Piani di formazione

L'assuntore del servizio propone degli specifici piani di formazione per le proprie risorse. I contenuti dei programmi di formazione sono di:

- presentazione aziendale e norme di comportamento;

- presentazione sistema di gestione qualità aziendale (S.G.Q.) e suoi piani applicativi;
- istruzione sui processi e sulle metodologie operative di lavoro nel rispetto delle specifiche tecniche e delle prescrizioni;
- istruzione sull'applicazione delle corrette procedure per ogni attività che permettono di lavorare in sicurezza;
- rendere consapevoli le risorse sugli aspetti relativi alla sicurezza per ogni attività lavorativa svolta;

I piani di formazione sono presentati alla direzione dell'ospedale che ne verifica l'adeguatezza rispetto al piano di lavoro, alle metodologie fornite dall'assuntore e agli obiettivi di qualità/risultato contrattuali.

**L'assuntore potrebbe fornire una lista di corsi che periodicamente svolge per l'aggiornamento delle risorse e come questi siano identificati.**

L'assuntore, essendo a conoscenza delle corrette metodiche da adottare nello specifico presidio sanitario, assicura che il personale impiegato venga formato sui protocolli elaborati in funzione dell'ambiente da pulire e dichiarati in sede di offerta.

Nel caso in cui il committente fornisca le ore minime e la periodicità dei corsi di formazione da tenere nel corso del servizio, esso si preoccupa inoltre di fornire un indice degli argomenti la cui trattazione ritiene essenziale per la corretta esecuzione delle specificità del servizio.

**I programmi di formazione dovrebbero prevedere, oltre ad un corso base generale per addetti al servizio in ambito sanitario, specifici corsi mirati sulla commessa da eseguire. Ad esempio, qualora vengano date in appalto le Sale Operatorie, l'Ente potrebbe fornire il programma del corso specifico da tenere, eventuale materiale didattico, protocolli, e, se richiesti, suoi docenti.**

I formatori sono persone qualificate per titoli, competenza e professionalità in grado di assicurare l'efficacia della formazione in una specifica area.

Nel corso dell'esecuzione del servizio l'assuntore rende disponibile all'Azienda ospedaliera/sanitaria le evidenze dell'avvenuta esecuzione della formazione e dell'efficacia della stessa.

**L'assuntore potrebbe rendere disponibile schede di registrazione e/on questionari che dimostrino l'efficacia della formazione svolta.**

### 1.16.2 Aggiornamento piani di formazione

L'assuntore periodicamente deve prevedere dei corsi di aggiornamento per far fronte a: cambiamenti legislativi, valutazione dei rischi, nuovo equipaggiamento, nuova tecnologia, nuove procedure, piani di sviluppo personali, aggiornamento.

L'assuntore del servizio valuta periodicamente la rilevanza dei contenuti dei propri programmi di formazione e valuta periodicamente l'efficacia della formazione erogata.

### 1.16.3 Strumenti di formazione

L'assuntore del servizio ricorre a strumenti media elettronici che integrino la formazione tradizionale ove questo assicuri da un lato economie di scala per l'assuntore stesso e dall'altra l'efficacia della formazione. L'assuntore del servizio valuta la formazione da erogare:

- in presenza
- a distanza con corsi a catalogo
- a distanza con corsi personalizzati

in base alla frequenza del corso (ossia la ripetitività di un dato evento formativo) e alle esigenze di personalizzazione (vedi Figura 2).



Figura 2 - Matrice strumenti di formazione

## 1.17 Risk management

### 1.17.1 Programma di risk management

L'assuntore provvede a progettare e scegliere la configurazione migliore del servizio rispetto a criteri misurabili e prefissati identificando il rischio associato a tutte le fasi interessate dal servizio di igiene ambientale nell'ambito ospedaliero quali pazienti, staff, visitatori, percorsi e struttura.

L'assuntore del servizio provvede ad identificare le opportunità e i problemi connessi ad un servizio di sanificazione ambientale erogato in un presidio sanitario mediante l'attenta analisi dell'impatto del proprio servizio nelle diverse aree funzionali dell'ospedale e la definizione delle aspettative e delle modalità di misurazione dei risultati relativi al servizio.

L'assuntore provvede a realizzare la pianificazione del servizio e nel caso di eventuali problemi connessi all'erogazione del servizio provvede al riesame della pianificazione coinvolgendo il personale sanitario di riferimento.

**I rischi potrebbero essere identificati utilizzando ad esempio il riesame degli incidenti occorsi sul lavoro, il riesame degli audit, il riesame dei report relativi alla valutazione del servizio, focus group con lo staff ospedaliero.**

L'assuntore provvede ad analizzare le cause connesse ad un possibile fallimento del sistema di erogazione del servizio mediante la raccolta dei dati quantitativi e qualitativi sulla base di un piano di campionamento definito, lo sviluppo di un sistema di misurazione dei risultati del servizio e la definizione degli strumenti analitici per la determinazione degli stessi.

L'assuntore del servizio potrebbe identificare i rischi relativi alle non conformità del proprio sistema di erogazione del servizio dovuti a cambiamenti legislativi, logorio e obsolescenza del proprio equipaggiamento, sottodimensionamento delle risorse, scarsa formazione delle risorse, insufficiente controllo del servizio erogato, e non corretta identificazione di agenti chimici tossici utilizzati dal personale per le pulizie.

### 1.17.2 Supporto al risk management

L'assuntore del servizio attua specifici programmi di formazione per le risorse relativi alla valutazione del rischio connesso all'erogazione di un servizio di sanificazione ambientale in un presidio ospedaliero.

L'assuntore potrebbe integrare i propri piani di formazione con corsi specifici sui rischi connessi al servizio erogato e con la partecipazione diretta degli operatori sanitari responsabili del controllo

L'assuntore predispone, in accordo con l'Azienda ospedaliera/sanitaria, adeguati flussi informativi per la raccolta dei dati e la valutazione dei rischi connessi al servizio erogato.

L'assuntore potrebbe predisporre adeguati processi automatizzati per la raccolta delle informazioni sul servizio.

## 1.18 Misurazione e Audit

L'Azienda ospedaliera/sanitaria è responsabile dei livelli di qualità attesi (vedi par. 1.22) nonché di un sistematico controllo e monitoraggio dei risultati.

### 1.18.1 Metodologia

L'Azienda ospedaliera/sanitaria definisce una metodologia per la misurazione del livello qualitativo del servizio erogato.

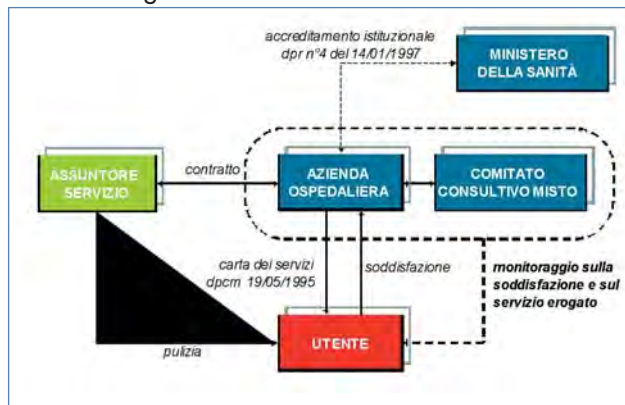


Figura 3 - Funzione dei CCM

Audit sono svolte regolarmente dal personale ospedaliero in contraddittorio con il personale dell'assuntore. La frequenza degli audit è definita e/o concordata in relazione alla magnitudo (entità) associata ai rischi identificati.

Dovrebbero essere introdotti e pianificati tre livelli di auditing:

- audit interne di miglioramento (vedi par. 1.24.1);
- audit programmatiche del risultato (vedi par. 1.24.2);
- audit autoreferenziali o audit esterni (vedi par. 1.24.3).

L'assuntore e l'Azienda ospedaliera/sanitaria identificano chiaramente i responsabili addetti alla rilevazione dei risultati del servizio che costituiscono i gruppi di controllo.

In relazione ai precedenti livelli di audit introdotti possono essere coinvolti:

- personale dell'assuntore del servizio per le audit interne di miglioramento;
- personale dell'assuntore e dell'azienda ospedaliera/sanitaria per le audit programmatiche di risultato;
- i COMITATO CONSULTIVI MISTI (dglS 502/92) per le audit autoreferenziali o organi esterni accreditati per le audit esterne (ispezione di parte terza). In particolare gli organi esterni devono essere indipendenti ed imparziali, accreditati da ente riconosciuto per la verifica della conformità dei prodotti o servizi nello specifico settore (vedi Figura 3).

Il personale sanitario ed il personale dell'assuntore, coinvolto negli audit, condivide ed è opportunamente formato a seconda della tipologia di audit:

- sugli obblighi contrattuali;
- sui processi di lavoro;
- sulle metodologie di esecuzione e controllo del servizio.

L'assuntore del servizio, in eventuale collaborazione con la struttura ospedaliera/sanitaria e a seconda della tipologia di audit, potrebbe predisporre corsi di formazione per il personale incaricato dei controlli.

### 1.18.2 Divulgazione e condivisione risultati

Le informazioni raccolte durante un processo di audit, sono rese disponibili sia all'assuntore del servizio che all'ente ospedaliero. L'assuntore utilizza i risultati delle audit per pianificare le azioni di miglioramento collaborando con la direzione del presidio per la definizione delle eventuali azioni correttive da intraprendere.

## 1.19 Valutazione degli elaborati

L'applicazione del presente paragrafo è limitata al caso di appalto del servizio.

### 1.19.1 Criteri di valutazione

L'appalto si può svolgere con la forma della licitazio-



ne privata o dell'appalto concorso e l'aggiudicazione del servizio sarà effettuata a favore dell'offerta economicamente più vantaggiosa, valutata, ai sensi dell'art. 23 comma 1 lettera b) del D.Lgs 157/95 e succ. m.i., in base ai seguenti elementi di valutazione:

- prezzo;
- qualità.

Attribuendo a loro i relativi pesi nel rispetto dei dettati del D.P.C.M. 117/99.

### 1.19.2 Metodologia di valutazione

Al prezzo più basso sarà assegnato il punteggio massimo ed alle altre offerte verranno assegnati punteggi direttamente proporzionali rispetto al prezzo più basso.

La qualità è valutata identificando gli elementi che la costituiscono, ciascuno con un proprio peso, e per ciascun elemento dei sottocriteri di valutazione, i quali possono essere pesati a loro volta. La determinazione dei coefficienti da attribuire ad ogni elemento costituente la qualità è effettuata mediante l'attribuzione ad ogni sottocriterio dell'elemento di un punteggio riguardante la preferenza assegnata dalla commissione alla soluzione tecnica proposta dal concorrente sulla base sia dei parametri valutativi predefiniti dalla commissione, sia dalla comparazione con le soluzioni presentate dagli altri concorrenti.

**La preferenza potrebbe essere valutata secondo la seguente scala di valutazione:**

- Preferenza massima 5
- Preferenza grande 4
- Preferenza media 3
- Preferenza piccola 2
- Preferenza minima 1

I punteggi di preferenza sono evidenziati su una tabella per ciascun elemento costituente la qualità che contiene tante caselle quante sono le possibili combinazioni  $p_{ij}$  tra tutte le soluzioni tecniche (j) ed i sottocriteri (i) determinati dalla commissione.

La sommatoria dei punteggi di preferenza attribuiti ad ogni sottocriterio determina il punteggio di preferenza  $p_j$  complessivo della singola soluzione tecnica (j) per l'elemento in esame.

Si procede quindi con la normalizzazione dei punteggi ed il calcolo del livello dell'elemento qualitativo per ciascuna singola soluzione tecnica.

In particolare per ogni offerta si determina  $C_j$  che costituisce il coefficiente della soluzione tecnica (j) per l'elemento in esame, espresso da:

$$C_j = \frac{P_j}{P_{\max}}$$

dove  $P_{\max}$  rappresenta il punteggio raggiunto dalla soluzione tecnica risultata migliore per l'elemento in esame. Il coefficiente così attribuito  $C_j$ , moltiplicato per il peso dell'elemento qualitativo in esame costituisce il punteggio finale  $Q_j$  ottenuto dalla soluzione tecnica (j) per l'elemento.

### 1.19.3 Esempio di calcolo punteggio qualitativo

#### Dati

3 offerte: OF1, OF2, OF3

1 elemento qualitativo con peso 8

4 sottocriteri: stcr1, stcr2, stcr3, stcr4

I punteggi di preferenza attribuiti dalla commissione sono riportati nella seguente tabella.

	OF1	OF2	OF3
Stcr1	5	3	1
Stcr2	4	3	3
Stcr3	5	2	1
Stcr4	4	4	2

#### Determinazione del punteggio qualitativo per l'elemento qualitativo

Per ogni soluzione tecnica si procede con il calcolo del punteggio di preferenza pari alla sommatoria dei punteggi di preferenza  $p_j$  attribuiti per ogni sottocriterio.

Nel presente esempio per le tre offerte tale punteggio è pari rispettivamente a 18, 12 e 7.

Si calcola quindi il coefficiente della soluzione tecnica come il rapporto fra il punteggio di preferenza  $p_j$  ed il punteggio raggiunto dalla migliore offerta; nel presente esempio la migliore offerta è la prima con il punteggio di 18. I coefficienti delle soluzioni tecniche calcolati sono pari rispettivamente a 1; 0,67; 0,39.

Il punteggio finale per l'elemento è dato quindi dal prodotto fra questi coefficienti e il peso dell'elemento considerato, nel presente esempio pari a 8.

I punteggi finali sono per le tre offerte pari rispettivamente a 8; 5,36; 3,12.

I risultati precedenti sono sintetizzati nella seguente tabella.

	OF1	OF2	OF3
Stcr1	5	3	1
Stcr2	4	3	3
Stcr3	5	2	1
Stcr4	4	4	2
$P_j$	18	12	7
$C_j$	1	0,67	0,39
$Q_j$	8	5,36	3,12

Analogamente si procede per gli altri elementi costituenti la qualità.

## Standard di misurazione e controllo

### 1.20 Le macroaree del servizio

Le aree, oggetto del servizio di pulizia, possono essere classificate in relazione alla destinazione d'uso in aree funzionali.

Le Aree funzionali all'interno di un presidio ospedaliero possono essere:

- Sale operatorie
- Unità di terapia intensiva
- Aree speciali: aree con pazienti critici
- Pronto soccorso
- Centrali di sterilizzazione
- Cucine
- Laboratori
- Corsie pubbliche transitate
- Farmacia
- Aree di riabilitazione
- ....
- ....

Le aree funzionali presenti all'interno di un presidio ospedaliero possono essere a loro volta suddivise in 7 macroaree.

Le macroaree individuate sono le seguenti:

- aree sanitarie;
- aree sanitarie ad alto rischio e B.CM.;
- aree operatorie;
- percorsi ad elevata intensità di traffico;
- aree extrasanitarie;
- aree di servizio;
- aree esterne.

### 1.21 Gli elementi oggetto del servizio

L'Azienda ospedaliera/sanitaria individua, per ogni macroarea, gli elementi oggetto del servizio che saranno ispezionati.

Gli elementi oggetto del servizio in relazione ad una specifica area possono essere:

- pavimenti
- pareti
- infissi
- davanzali
- comodini
- arredi
- ..

### 1.22 I livelli soglia

L'Azienda ospedaliera/sanitaria assegna, ad ogni macroarea, i livelli soglia che saranno utilizzati per la valutazione del livello di conformità complessivo dell'area compresa nell'audit (vedi par. 1.25).

Si noti che ogni area è classificata all'interno di una specifica macroarea; assegnando quindi un livello soglia ad una macroarea quest'ultimo risulta automaticamente determinato anche per l'area oggetto del servizio compresa nell'audit (vedi Figura 4).

Le variabili che influiscono sui livelli soglia e che dovrebbero essere considerati nella definizione degli stessi, per ogni macroarea, sono:

- livello igienico;
- intensità di traffico;
- grado di formazione dello sporco;
- caratteristiche strutturali.

Ponendo il livello massimo di conformità uguale ad uno, le soglie per ogni area possono essere le seguenti:

○ Aree sanitarie	da 0,75 a 0,80
○ Aree sanitarie ad alto rischio e B.CM.	da 0,85 a 0,90
○ Aree Operatorie	da 0,90 a 0,95
○ Percorsi ad elevata intensità di traffico	da 0,70 a 0,75
○ Aree extra sanitarie	da 0,65 a 0,70
○ Aree di servizio	da 0,65 a 0,70
○ Aree esterne	da 0,65 a 0,70

### 1.23 Schema di riferimento criteri di valutazione e coefficienti ponderali

Per ogni elemento oggetto del servizio, in relazione ad ogni macroarea, l'Azienda ospedaliera/sanitaria e l'assuntore del servizio definiscono sia criteri di valutazione ovvero come controllare e come valutare l'elemento relativo sia i coefficienti ponderali che esprimono la criticità relativa di un elemento rispetto ad un altro (vedi Tabella 2).

I criteri di valutazione e i coefficienti ponderali, riportati in uno schema di riferimento, costituiscono un input per il processo di audit come riportato nel par. 1.25.

Figura 4 - Relazione livello soglia - aree

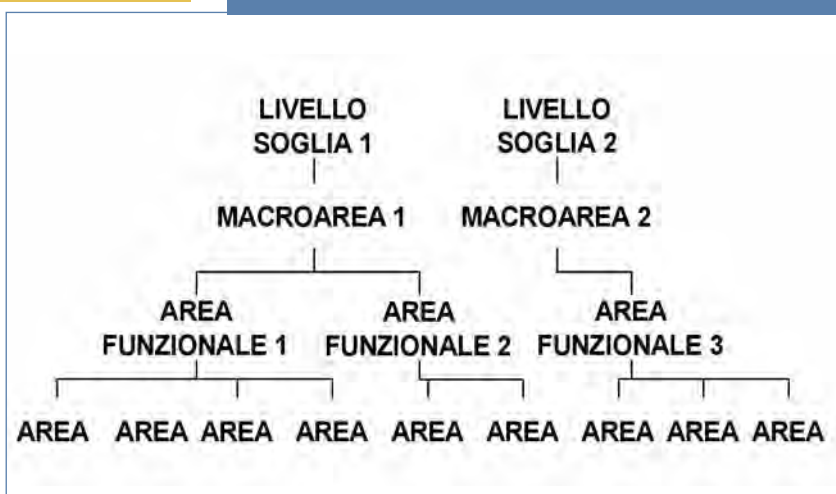


Tabella 2 - Schema di riferimento criteri di valutazione e coefficienti ponderali

	MICROAREA 1 LIVELLO SOGLIA 1		MICROAREA 2 LIVELLO SOGLIA 2		MICROAREA 3 LIVELLO SOGLIA 3	
Elemento 1	criterio di valutazione	coefficiente ponderale				
Elemento 2						
Elemento 3						
...						
...						
...						

## Audit del servizio

Risulta indispensabile includere i requisiti indicati nel par. 0, nell'ambito di un proprio sistema interno di audit per far sì che le segnalazioni siano debitamente raccolte e registrate, trasmesse e vagliate dalle posizioni responsabili e quando è il caso recepite ed attuate. Infatti, se il sistema di gestione aziendale per la prevenzione può essere definito come "l'insieme coordinato della politica e degli strumenti organizzativi aziendali per la pianificazione e l'attuazione d'interventi per il miglioramento", le diverse parti del sistema devono essere fra loro coerenti e unite in un insieme coordinato. Il momento dell'audit assume, quindi, tra i diversi strumenti organizzativi del sistema un posto di grande rilievo in quanto costituisce il sottosistema di controllo e regolazione del funzionamento dell'intero sistema di gestione.

Con il termine audit ci si riferisce normalmente "ad un processo strutturato per la raccolta di informazioni sull'efficienza, efficacia e affidabilità del sistema di gestione dei rischi. Questo al fine di pianificare le azioni necessarie a correggere eventuali carenze o più generalmente per determinare un continuo miglioramento delle prestazioni".

### 1.24 Tre livelli di auditing

Nel seguito si riportano i livelli di auditing proposti che investono diversamente per frequenza e metodologia adottata il presidio sanitario; essi sono:

- audit interne di miglioramento;
- audit programmatiche del risultato;
- audit autoreferenziali o esterne.

#### 1.24.1 Audit interne di miglioramento

L'obiettivo delle audit interne di miglioramento è di verificare costantemente che le metodologie e i processi trasmessi agli operatori in fase di formazione/addestramento vengano attuati correttamente nella fase operativa di erogazione del servizio.

Le audit interne di miglioramento dovrebbero essere condotte dal responsabile qualità o dal capo servizio dell'assuntore. I risultati della verifica possono essere registrate su apposite schede.

La frequenza per le audit interne dovrebbe essere relazionata rispetto alla tipologia delle aree.

#### 1.24.2 Audit programmatiche del risultato

L'obiettivo delle audit programmatiche è di verificare che il livello di qualità del servizio erogato corrisponda agli standard qualitativi prefissati.

L'Azienda ospedaliera/sanitaria attraverso i propri operatori, ha il compito di controllare il regolare svolgimento del servizio.

E' facoltà dell'Azienda ospedaliera/sanitaria effettuare, in qualsiasi momento e con le modalità che riterrà più opportune, controlli per verificare il servizio fornito dall'assuntore.

Il sistema di controllo, attraverso gli strumenti e gli elementi necessari per la determinazione del risultato, deve garantire un monitoraggio completo in grado di integrare al controllo visivo, metodi di misurazione oggettivi.

Il sistema deve prevedere una fase di condivisione degli input quali livelli soglia, criteri di valutazione, coefficienti ponderali, livelli di qualità accettabili LQA del processo di audit programmatiche del risultato (vedi par. 1.25).

Le audit programmatiche del risultato sono conformi ai requisiti della norma UNI EN 13549 Requisiti di base e raccomandazioni per i sistemi di misurazione della qualità di aprile 2003.

Nel paragrafo 1.25, si propone un processo strutturato per l'audit.

**Le audit programmatiche del risultato dovrebbero essere condotte da un'apposita squadra composta sia da personale sanitario che da personale dell'assuntore. Le evidenze del raggiungimento o meno, dei livelli soglia possono essere registrati su apposite schede.**

#### 1.24.3 Audit autoreferenziali o esterne

L'obiettivo dell'audit autoreferenziali o esterne è di verificare la corrispondenza dei risultati ottenuti con le audit programmatiche mediante la verifica campionaria di tutte le aree da parte di un organo indipendente dalle parti.

**Le audit autoreferenziali dovrebbero essere svolte dai CCM. Le audit esterne dovrebbero essere svolte da un ente indipendente ed imparziali, accreditato da ente riconosciuto per la verifica della conformità dei prodotti o servizi nello specifico settore. La frequenza di audit dovrebbe essere aumentata se i risultati ottenuti discordano fortemente dai risultati delle audit programmatiche del risultato**

## 1.25 Processo strutturato per le audit programmatiche del risultato

Si riportano le definizioni dei termini di riferimento per il processo nel seguito descritto.

**Macroarea:** raggruppamento delle aree funzionali a cui è associabile un livello soglia per la conduzione dell'audit del servizio.

**Area funzionale:** raggruppamento di aree in relazione alla destinazione d'uso.

**Area:** reparto, corsia, locale oggetto del servizio di pulizia.

**Elemento:** componente (pareti, pavimenti, piantane flebo...) oggetto del servizio in una specifica area.

**Coefficiente ponderale:** valore numerico che esprime la criticità relativa di un elemento oggetto del servizio rispetto ad un altro nella specifica area.

**Criteri di valutazione:** esprime come valutare e controllare l'elemento oggetto del servizio nella specifica area.

**Livello soglia:** valore percentuale utilizzato per la valutazione del livello di conformità complessivo degli elementi dell'area oggetto del servizio compresa nell'audit.

**LQA Livello di qualità accettabile:** vedi definizione riportata nella UNI ISO 2859/1 Procedimenti di campionamento nel collaudo per attributi del gennaio 1993.

**Lotto di controllo:** insieme di aree costituenti la popolazione dalla quale è estratto il campione di controllo; al lotto di controllo è associato l'esito di conformità.

**Campione di controllo:** insieme di aree scelte dal lotto di riferimento che sono oggetto di audit.

**Numero di accettabilità:** numero massimo di aree non conformi che definisce il criterio di accettabilità del lotto di controllo.

### 1.25.1 Frequenza

La frequenza delle audit programmatiche è funzione:

- della dimensione della struttura;
- delle risorse dedicate al controllo da parte dell'Azienda ospedaliera/sanitaria.

L'assuntore del servizio può stabilire un Programma/Piano di monitoraggio che garantisce verifiche a rotazione, in modo tale che, in relazione alla dimensione della struttura, tutti le aree possano essere assoggettati a verifica formale. Lo scopo di tale piano consiste appunto nel monitorare l'evoluzione dei controlli presso l'unità interessata, evitando inutili duplicazioni degli stessi; ciò consente altresì di verificare quali aree sono ancora da controllare.

Tali piani possono, durante della gestione, variare nella frequenza a seconda di intervenute situazioni peggiorative e/o migliorative di risultato.

### 1.25.2 Personale

I controlli sono eseguiti in contraddittorio in presenza di un Responsabile Operativo dell'Assuntore o da persona da lui delegata attraverso annotazione sulle griglie di controllo.

Il personale addetto all'audit ha approfondita conoscenza dell'ambiente ospedaliero e del sistema di controllo adottato dall'Azienda ospedaliera/sanitaria.

Dall'applicazione del controllo, possono emergere due forme di giudizio: conforme o non conforme.

In relazione ai requisiti definiti per ogni componente dell'area funzionale, il personale addetto alle audit programmatiche è quindi:

- professionalmente competente di cosa sia conforme o meno ai criteri di valutazione definiti;
- capace di discriminare il proprio giudizio in relazione all'area in cui si effettuano le audit;
- capace di considerare l'obsolescenza della struttura nella determinazione del giudizio di conformità.

### 1.25.3 Livelli di controllo

Ai fini del controllo del servizio la struttura ospedaliera/sanitaria può essere considerata come un unico lotto di controllo o suddivisa in più lotti di controllo; in quest'ultimo caso ogni lotto di controllo deve essere rappresentativo delle diverse macroaree (vedi par. 1.20).

Al lotto di controllo è associato un esito di conformità del servizio agli standard qualitativi prefissati applicando la procedura descritta nel par. 1.26.

Dall'insieme delle aree comprese nel lotto di controllo è estratto il campione di controllo.

Per ogni area si considerano inoltre gli elementi del servizio che saranno complessivamente ispezionati.

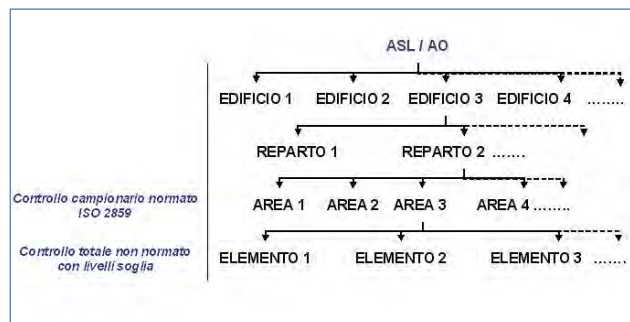


Figura 5 - Livelli di controllo

I livelli di controllo sono quindi 2 (vedi Figura 5). livello 1) controllo campionario sulle aree; livello 2) controllo totale con i livelli soglia sugli elementi oggetto del servizio.

Il risultato di conformità del livello 2 costituisce l'input per la determinazione dell'esito del controllo campionario a livello 1.

### 1.25.4 Controllo campionario sulle aree

Il campione di controllo di ogni lotto è definito attra-

verso l'applicazione di un piano di campionamento conforme a quanto previsto dalle norme UNI EN 13549 *Requisiti di base e raccomandazioni per i sistemi di misurazione della qualità di aprile 2003 e la serie UNI ISO 2859 Procedimenti di campionamento nel collaudo per attributi* del gennaio 1993.

Il livello di collaudo da adottare è il livello intermedio 2 mentre l'assuntore del servizio e l'Azienda ospedaliera/sanitaria concordano i livelli di qualità accettabili LQA da utilizzare per l'individuazione del piano di campionamento.

In funzione quindi della numerosità del lotto di controllo (numero di aree costituenti il lotto), del livello di collaudo e dell'LQA stabilito si determinano la numerosità del campione e il numero di accettabilità Ac per la determinazione dell'esito complessivo di conformità del lotto di controllo (vedi Figura 6).

#### 1.25.5 Controllo totale con i livelli soglia sugli elementi

Per ciascuna area si considera la macroarea di appartenenza ed il relativo livello soglia, come riportato nel par. 1.22.

Per ciascuna area si elencano quindi gli elementi oggetto del servizio per ognuno dei quali si riporta sia il criterio di valutazione che il coefficiente ponderale secondo quanto concordato e riportato nello schema di riferimento criteri di valutazione e coefficienti (vedi Tabella 2). Al singolo elemento è associato un giudizio di conformità (valore 0) o di non conformità (valore 1) a seconda del rispetto o meno dei criteri di valutazione definiti.

#### 1.25.6 Modalità di controllo

Le aree che compongono il campione di controllo sono sorteggiate in modo aleatorio.

Data ed ora del controllo sono comunicati dall'Azienda ospedaliera/sanitaria all'assuntore almeno 24 ore prima.

L'estrazione delle aree costituenti il campione di controllo è effettuata dall'Azienda ospedaliera/sanitaria, in presenza di un rappresentante dell'assuntore, il giorno stesso del controllo, appena prima di recarsi sul luogo del controllo stesso.

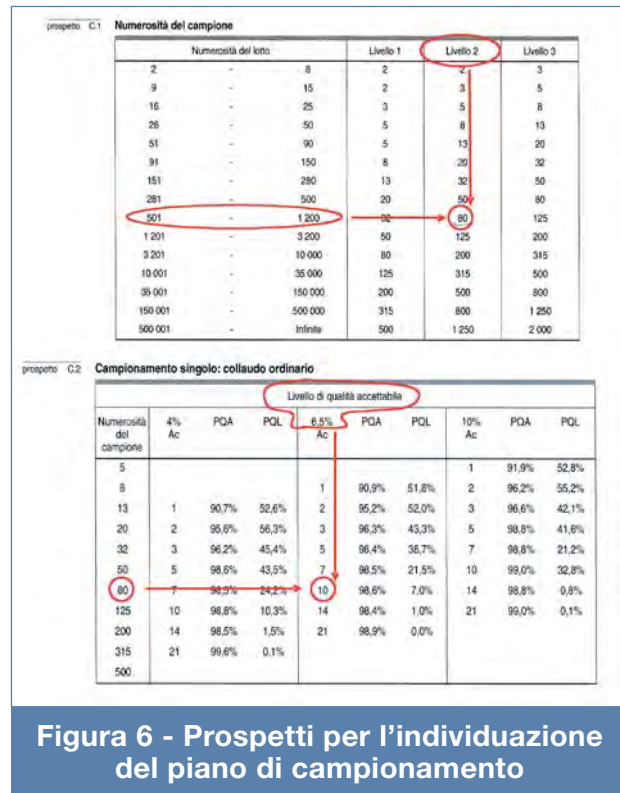
In caso di assenza di un rappresentante dell'assuntore, il sorteggio ed il controllo sono effettuati direttamente dall'Azienda ospedaliera/sanitaria.

In questo caso il controllo è ritenuto valido a tutti gli effetti ed all'assuntore non spetta alcuna possibilità di contestazione riguardo alle modalità o al risultato del controllo effettuato.

### 1.26 Procedura di controllo

#### 1.26.1 Determinazione del piano di campionamento

Si considera il numero di aree costituenti il lotto di controllo; si fissa il livello di collaudo intermedio pari a 2 (si seguano le eventuali regole di commutazione ri-



portate nella norma) e si determina il numero di aree del campione di controllo.

In base alla numerosità del campione di controllo e al LQA concordato si determina il numero di accettabilità Ac (vedi Figura 6).

#### 1.26.2 Determinazione delle aree del campione e del piano di controllo

Le aree costituenti il campione di controllo sono determinate attraverso un sorteggio. Il sorteggio è effettuato rispettando le modalità di seguito riportate:

- il sorteggio è effettuato sul totale delle aree costituenti il lotto di controllo;
- le aree sorteggiate sono imperativamente controllate;
- il numero delle aree controllate nel periodo di controllo è uguale al campione di controllo.

L'Azienda ospedaliera/sanitaria e l'assuntore del servizio definiscono il piano di controllo nel quale riportano le aree, le date e i nomi del gruppo di controllo per ogni lotto.

#### 1.26.3 Preparazione delle griglie di controllo

Una volta sorteggiate le aree soggette a controllo, l'Azienda ospedaliera/sanitaria predispone le griglie di controllo per ogni area riportando sulle stesse:

- il riferimento alla macroarea di appartenenza dell'area da controllare;
- l'identificazione dell'area sorteggiata;
- l'elenco degli elementi da controllare e i relativi criteri di valutazione;

- il coefficiente ponderale attribuito ai singoli elementi;
- la data e l'ora del controllo;
- il nome e il cognome dei membri del gruppo di controllo.

Una proposta di griglia di controllo è riportata in Figura 7.

#### 1.26.4 Procedura di annotazione

Nell'area considerata, il gruppo di controllo procede alla verifica di tutti gli elementi e ad ognuno di essi attribuisce la nota 0 (conforme) o 1 (non conforme) secondo i criteri di valutazione definiti.

Il gruppo di controllo riporta sulla griglia di controllo in corrispondenza dell'apposita casella di annotazione di ogni elemento la nota 0 o 1.

Il gruppo di controllo calcola, per ogni elemento, il punteggio ponderale come il prodotto fra la nota attribuita (0 o 1) ed il relativo coefficiente ponderale.

Il gruppo di controllo calcola quindi:

**A = somma dei coefficienti ponderali di tutti gli elementi**

**B = somma dei punteggi ponderali di tutti gli elementi**

Il gruppo di controllo calcola quindi il valore  $(1 - B/A)$ .

#### 1.26.5 Criteri di accettabilità o di rifiuto dell'area

Se il valore  $(1 - B/A)$ , corrisponde ad un punteggio pari o superiore al livello soglia dell'area oggetto di audit, il controllo è ritenuto positivo e all'area oggetto di ispezione è assegnata la nota 0 altrimenti il controllo è ritenuto negativo e all'area oggetto di ispezione è assegnata la nota 1.

Il risultato di conformità o meno dell'area è riportato sulla stessa scheda.

#### 1.26.6 Criteri di accettabilità o di rifiuto del lotto

Al termine del periodo di controllo, quando tutte le aree costituenti il campione di controllo sono state controllate, si procede alla conta delle aree non conformi a cui è stata attribuita la nota 1.

La conformità complessiva delle prestazioni eseguite sul lotto di controllo viene stabilita basandosi sui seguenti criteri:

- se il numero complessivo delle aree non conformi (nota assegnata 1) è minore o uguale del numero di accettabilità ( $A_c$  - numero massimo di aree non conformi) ammesso dal piano di campionamento **il lotto è accettato**;
- e il numero delle aree non conformi (nota assegnata 1) è maggiore del numero di accettabilità ( $A_c$  - numero massimo di aree non conformi) ammesso dal piano di campionamento **il lotto è rifiutato**.

#### 1.26.7 Esempi di controllo

##### Esempio - LIVELLO 1 DI CONTROLLO

DESCRIZIONE LOTTO DI CONTROLLO				
IDENTIFICATIVO AREA				
DATA	ORA	GRUPPO DI CONTROLLO		
Elementi	Criteri di valutazione	Coefficiente ponderale	Nota	Punteggio ponderale
PAVIMENTAZIONE				
SUPERFICI ORIZZONTALI FINO A 2 METRI				
SUPERFICI VERTICALI FINO A 2 METRI				
SUPERFICI ORIZZONTALI OLTRE 2 METRI				
SUPERFICI VERTICALI OLTRE 2 METRI				
CESTINO PORTA RIFIUTI				
		A	Totale	B
0=accettato 1=non accettato		Valore $(1-B/A)$		
LIVELLO SOGLIA $(1-B/A) \geq$ LIVELLO SOGLIA 0 $(1-B/A) <$ LIVELLO SOGLIA 1		Conformità complessiva AREA		

Figura 7 - Esempio griglia di controllo

#### Dati

LOTTO DI CONTROLLO: Lotto 1 -  
Controlli gennaio/febbraio

NUMEROSITA' DEL LOTTO DI CONTROLLO:  
650 aree

LIVELLO DI QUALITA' ACCETTABILE (LQA)  
CONCORDATO: 6,5%

#### Determinazione esito di conformità del lotto

In base al primo prospetto riportato in figura 6 si determina la numerosità del campione di controllo in corrispondenza del livello di collaudo intermedio II e della numerosità del lotto di controllo compresa fra 501 e 1200 aree. Nel presente esempio la numerosità del campione è pari a 80.

Esempio - LIVELLO 2 DI CONTROLLO

**Dati**

LOTTO DI CONTROLLO: Lotto 1 - Controlli gennaio/febbraio

IDENTIFICATIVO AREA: AREA XX, 34° area del campione di controllo

MACROAREA: area operatoria

LIVELLO SOGLIA: 0,95

Si considerino i dati riportati nella seguente tabella relativi agli elementi oggetto del servizio presenti nell'area e i relativi coefficienti ponderali.

In base al secondo prospetto riportato in figura 6 di determina il numero di accettabilità  $A_c$  in corrispondenza di una numerosità del campione pari a 80 aree e di un LQA pari a 6,5%. Nel presente esempio il numero di accettabilità è pari a 10 aree.

Si procede quindi con il controllo di secondo livello sugli elementi delle 80 aree del campione. Si ipotizzi che i risultati di tale controllo corrispondano a quelli riportati nella seguente tabella.

AREE-CONTROLLATE	AREE-CONFORMI	AREE-NON-CONFORMI
80 <sup>80</sup>	74 <sup>74</sup>	6 <sup>6</sup>

In tal caso, poiché il numero complessivo delle aree non conformi pari a 6 è minore del numero di accettabilità ammesso dal piano di campionamento pari a 10 aree, **il lotto è accettato**.

ELEMENTI	COEFFICIENTI PONDERALI
pavimentazione	5
superfici verticali	4
cestino porta rifiuti	2

**Determinazione esito di conformità dell'area**

In base ai dati è possibile iniziare a completare la griglia di controllo.

DESCRIZIONE LOTTO DI CONTROLLO					Lotto 1 - Controlli gennaio/febbraio					
IDENTIFICATIVO AREA					AREA XX, 34° area del campione di controllo					
DATA		ORA		GRUPPO DI CONTROLLO						
XX/XX/XXXX		XX:XX		XXXX						
Elementi	Criteri di valutazione	Coefficiente ponderale	Nota	Punteggio ponderale						
PAVIMENTAZIONE	.....	5								
SUPERFICI VERTICALI	.....	4								
CESTINO PORTA RIFIUTI	.....	2								
0 = accettato 1 = non accettato (1-B/A) >= 0,95 ⇔ 0 (1-B/A) < 0,95 ⇔ 1				A	11	TOTALI	B	5		
				Valore (1-B/A)		0,55				
				Conformità complessiva AREA		Non conforme = 1				

Si procede quindi con il controllo sul singolo elemento e si determina la sua conformità secondo il criterio di valutazione concordato e riportato nella griglia di controllo. Si supponga che, nel presente esempio, siano risultati conformi gli elementi superfici verticali e cestino porta rifiuti e non conforme l'elemento pavimentazione. In tal caso si riporta nella sezione nota 0 per gli elementi superfici verticali e cestino porta rifiuti e 1 per l'elemento pavimentazione.

Si calcola quindi per ogni elemento il punteggio ponderale come il prodotto del coefficiente ponderale per la nota attribuita. Per l'elemento pavimentazione il punteggio ponderale è pari a 5 x 1 ovvero 5, per l'elemento superfici verticali è pari a 4 x 0 ovvero 0, per l'elemento cestino porta rifiuti a pari a 2 x 0 ovvero 0. Si calcola A come la somma dei coefficienti ponderali di tutti gli elementi pari a (5+4+2) ovvero 11. Si calcola B come la somma dei punteggi ponderali di tutti gli elementi pari a (5+0+0) ovvero 5.

Il valore (1-B/A) risulta quindi pari a (1-5/11) ovvero 0,55. I risultati ottenuti sono riportati nella griglia di controllo seguente.

Poiché quindi il valore (1-B/A) risulta pari a 0,55 minore del livello soglia pari a 0,95 l'area risulta essere **non conforme**.

DESCRIZIONE LOTTO DI CONTROLLO					Lotto 1 - Controlli gennaio/febbraio					
IDENTIFICATIVO AREA					AREA XX, 34° area del campione di controllo					
DATA		ORA		GRUPPO DI CONTROLLO						
XX/XX/XXXX		XX:XX		XXXX						
Elementi	Criteri di valutazione	Coefficiente ponderale	Nota	Punteggio ponderale						
PAVIMENTAZIONE	.....	5	1	5						
SUPERFICI VERTICALI	.....	4	0	0						
CESTINO PORTA RIFIUTI	.....	2	0	0						
0 = accettato 1 = non accettato (1-B/A) >= 0,95 ⇔ 0 (1-B/A) < 0,95 ⇔ 1				A	11	TOTALI	B	5		
				Valore (1-B/A)		0,55				
				Conformità complessiva AREA		Non conforme = 1				

**1.27 Inadempienze e penalità**

L'applicazione del presente paragrafo è limitata al caso di appalto del servizio.

L'Azienda ospedaliera/sanitaria formalizza e trasmette all'assuntore per iscritto, le osservazioni e le eventuali contestazioni conseguenti ai controlli effettuati e comunica altresì eventuali prescrizioni alle quali l'assuntore deve uniformarsi nei tempi che l'Azienda ospedaliera/sanitaria indica.

Essendo i controlli effettuati in contraddittorio, l'assuntore deve effettuare le contro deduzioni in fase di effettuazione del controllo nulla potendo opporre dopo l'avvenuta contestazione.

Sono comunque applicabili le norme relative alle penali, nonché alla risoluzione del contratto per inadempimento.

Delle penali applicate è data comunicazione all'assuntore a mezzo Raccomandata A.R.

L'applicazione delle penali avviene in modo automatico attraverso l'emissione di una nota di addebito ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. n. 633/72.

La penale verrà detratta dall'importo della fattura relativa al periodo in cui si sono verificate le inadempienze.

In caso di esecuzione del servizio in modo non conforme agli standard qualitativi prescritti (quindi nel caso di rifiuto del lotto di controllo), l'Azienda ospedaliera/sanitaria, si riserva di applicare il seguente calcolo per la determinazione della penale.

$$IR = \frac{\sum_{\text{aree non conformi}} \frac{(1 - B/A)_{\text{area non conforme}}}{(\text{livello soglia})_{\text{area non conforme}}}{\text{numero di aree non conformi}}$$

## IR = Indice di rifiuto

Questo indice viene calcolato in caso di rifiuto del lotto ed è relativo alle categorie di area rifiutate.

Esso riflette lo scarto tra la qualità erogata e la qualità attesa. La penale è calcolata moltiplicando il canone relativo al lotto rifiutato nel periodo di riferimento per il complemento ad 1 dell'indice di rifiuto.

Se l'indice di rifiuto è pari o inferiore a 0,40 non verrà riconosciuto il canone del lotto di controllo.

Dopo tre indici di rifiuto negativi, l'Azienda ospedaliera/sanitaria può procedere alla disdetta del contratto in danno ai sensi dell'art. 1456 del codice civile, senza che l'assuntore possa vantare qualsiasi pretesa o scusante in merito.

### 1.27.1 Esempio calcolo indice di rifiuto

#### Dati

LOTTO DI CONTROLLO: Lotto 1 -  
Controlli gennaio/febbraio

NUMEROSITA' DEL LOTTO DI CONTROLLO:  
650 aree

LIVELLO DI QUALITA' ACCETTABILE (LQA)  
CONCORDATO: 6,5%

#### Determinazione dell'indice di rifiuto

In base al primo prospetto riportato in figura 6 si determina la numerosità del campione di controllo in corrispondenza del livello di collaudo intermedio II e della numerosità del lotto di controllo compresa fra 501 e 1200 aree. Nel presente esempio la numerosità del campione è pari a 80.

In base al secondo prospetto riportato in figura 6 si determina il numero di accettabilità Ac in corrispon-

denza di una numerosità del campione pari a 80 aree e di un LQA pari a 6,5%. Nel presente esempio il numero di accettabilità è pari a 10 aree.

Si procede quindi con il controllo di secondo livello sugli elementi delle 80 aree del campione.

Si ipotizzi che i risultati di tale controllo corrispondano a quelli riportati nella seguente tabella.

AREE CONTROLLATE	AREE CONFORMI	AREE NON CONFORMI
80	74	12

In tal caso, poiché il numero complessivo delle aree non conformi pari a 12 è maggiore del numero di accettabilità ammesso dal piano di campionamento pari a 10 aree, **il lotto è rifiutato.**

Si procede quindi con il calcolo dell'indice di rifiuto. Si supponga quindi che i valori di (1-B/A) e i relativi livelli soglia per ogni aree risultata non conforme siano quelli riportati nella seguente tabella.

AREA N/C	(1-B/A)	Livello soglia	(1-B/A)/livello soglia
1	0,92	0,95	0,97
2	0,87	0,95	0,92
3	0,90	0,95	0,95
4	0,79	0,85	0,93
5	0,80	0,85	0,94
6	0,82	0,85	0,96
7	0,74	0,75	0,99
8	0,68	0,75	0,91
9	0,55	0,7	0,79
10	0,45	0,7	0,64
11	0,65	0,7	0,93
12	0,68	0,7	0,97
Somma			10,89

Si calcola quindi il rapporto fra (1-B/A) e il livello soglia per ogni area e si calcola la somma dei rapporti. Nel presente caso la somma risulta pari a 10,89.

L'indice di rifiuto è dato quindi dal rapporto fra la somma appena calcolata e il numero di aree non conformi.

Nel presente caso pari a 10,89 diviso 12 ovvero 0,91. La penale applicata è quindi pari al canone corrisposto per (1-0,91).



## Normativa di riferimento

DECRETO LEGISLATIVO 10 SETTEMBRE 2003 N.276.	ATTUAZIONE DELLE DELEGHE IN MATERIA DI OCCUPAZIONE E MERCATO DEL LAVORO DI CUI ALLA LEGGE 30/2003
DECRETO MINISTERIALE 19 LUGLIO 2002	Determinazione del costo medio orario del lavoro per il personale dipendente da imprese esercenti servizi di pulizia e servizi integrati/multiservizi.
DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 4 APRILE 2002 N.101	Regolamento recante criteri e modalità per l'espletamento da parte delle amministrazioni pubbliche di procedure telematiche di acquisto per l'approvvigionamento di beni e servizi.
LEGGE 7 NOVEMBRE 2000 N.327. D.P.R. 25 GENNAIO 2000 N.34.	Valutazione dei costi del lavoro e della sicurezza nelle gare di appalto. Regolamento recante istituzione del sistema di qualificazione per gli esecutori di lavori pubblici.
D.P.R. 21 DICEMBRE 1999 N.554.	Regolamento di attuazione della legge quadro in materia di lavori pubblici n.109/94.
DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 13 MARZO 1999 N.117	Regolamento recante le norme per la determinazione degli elementi di valutazione e dei parametri di ponderazione dell'offerta economica più vantaggiosa.
LEGGE 12 MARZO 1999 N.68. D.P.R. 3 GIUGNO 1998 N.252..	Assunzioni obbligatorie Regolamento per la semplificazione dei procedimenti relativi al rilascio delle comunicazioni e delle documentazioni antimafia
DECRETO MINISTERIALE 7 LUGLIO 1997, N. 274	Testo coordinato con le modifiche introdotte dal Decreto 4 ottobre 1999, n. 439 (Regolamento recante modificazioni al regolamento di attuazione degli artt. 1 e 4 della Legge 25 gennaio 1994, n. 82 concernente la disciplina delle attività di pulizia, disinfezione, disinfestazione, derattizzazione e sanificazione, adottato con Decreto Ministeriale 7 luglio 1997, n. 274) Regolamento di attuazione degli articoli 1 e 4 della legge 25 gennaio 1994, n. 82, per la disciplina delle attività di pulizia, di disinfezione, di disinfestazione, di derattizzazione e di sanificazione (G.U. n. 188, 13 agosto 1997, Serie Generale)
DECRETO 7 LUGLIO 1997 N.274.	Regolamento di attuazione degli articoli 1 e 4 della legge 82/94, per la disciplina delle attività di pulizia, di disinfezione, di disinfestazione, di derattizzazione e di sanificazione.
DECRETO PRESIDENTE REPUBBLICA N.°4 DEL 14 GENNAIO 1997	Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alla Regioni e alle Province Autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle Strutture pubbliche e private
DECRETO LEGISLATIVO 17 MARZO 1995 N.157.	Attuazione della direttiva 92/50/CEE in materia di appalti pubblici di servizi. Modificato dal DECRETO LEGISLATIVO 25 FEBBRAIO 2000 N.65.
DECRETO LEGISLATIVO 17 MARZO 1995 N.158..	Attuazione delle direttive 90/531/CEE e 93/38/CEE relative alle procedure di appalti nei settori esclusi
LEGGE 11 FEBBRAIO 1994 N.109.	Legge quadro in materia di lavori pubblici.
LEGGE 25 GENNAIO 1994 N.82	Testo coordinato così come modificato dal D.P.R. 14 dicembre 1999, n. 558 Disciplina delle attività di pulizia, di disinfezione, di disinfestazione, di derattizzazione e di sanificazione.
LEGGE 25 GENNAIO 1994, N.82.	Disciplina delle attività di pulizia, disinfezione, di disinfestazione, di derattizzazione e di sanificazione.
LEGGE 7 AGOSTO 1990, 241.	Procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi.
LEGGE 5 MARZO 1990 N.46	Norme per la sicurezza degli impianti.
LEGGE 19 MARZO 1990 N.55.	Disposizioni per la prevenzione della delinquenza di tipo mafioso e di altre gravi forme di manifestazione di pericolosità sociale.
UNI EN 13549	Servizi di pulizia - Requisiti di base e raccomandazioni per i sistemi di misurazione della qualità
UNI 10585:1996.	Servizi di pulizia, disinfestazione, sanificazione e attività correlate. Terminologia, requisiti del servizio e indicazioni per l'impresa.
UNI 2859	Procedimenti di campionamento nel collaudo per attributi. Piani di campionamento indicizzati secondo il livello di qualità (LQA) per un collaudo lotto per lotto
UNI EN ISO 14644-1:2001.	Camere bianche ed ambienti associati controllati - Classificazione della pulizia dell'aria.
UNI EN ISO 14644-2:2001.	Camere bianche ed ambienti associati controllati - Specifiche per la prova e la sorveglianza per dimostrare la conformità' continua con la ISO 14644-1.

## Definizioni

**Assuntore:** Divisione interna al presidio ospedaliero che si occupa direttamente della gestione dei servizi inerenti l'igiene ambientale ospedaliera o società esterna aggiudicataria di gara d'appalto indetta dall'Azienda ospedaliera/sanitaria.

**Rischio:** il prodotto delle probabilità e delle conseguenze (dimensioni e gravità) del verificarsi di un certo evento avverso, vale a dire di un pericolo (Bradbury 1989). In tale contesto nelle linee guida con il termine rischio si fa riferimento a rischio di infezione, rischio di immagine dell'azienda ospedaliera/sanitaria, rischio d'impresa per l'eventuale assuntore del servizio.

**Risk Management:** la metodologia che permette la riduzione dei rischi attraverso la loro individuazione e valutazione, unitamente alla gestione dei successivi processi decisionali ed alla gestione e controllo delle necessarie procedure, progetti e protocolli individuati quali efficaci a tale scopo.

**Personale qualificato:** persona con idonea esperienza e formazione specializzata nel campo della sanificazione e della disinfezione ambientale, con un buon livello di addestramento alle particolari caratteristiche dell'ambiente da pulire

**Accreditamento Istituzionale:** "L'accreditamento è un atto con cui l'amministrazione pubblica competente riconosce ad un organismo la possibilità di proporre e realizzare interventi di formazione - orientamento finanziati con risorse pubbliche [...]"

**Pulizia/le:** attività che riguarda il complesso di procedimenti e operazioni atti a rimuovere ed asportare rifiuti, polveri e sporco di qualsiasi natura, dalle superfici di ambienti confinati e non confinati.

**Sanificazione:** attività che riguarda il complesso di procedimenti e operazioni atti a rendere salubre un determinato ambiente mediante le attività di pulizia, di detergenza e/o la successiva disinfezione.

**Detergenza:** operazione volta all'eliminazione dai substrati di qualsiasi traccia di sporco presente, in modo da renderli otticamente puliti, tramite un'azione chimica, un'adeguata azione meccanica ed un determinato tempo d'azione, senza alterarne le caratteristiche fisiche.

**Disinfezione:** operazione, successiva alla detergenza, volta ad attuare un abbattimento della carica microbica a livelli di sicurezza, per un certo periodo di tempo, sui diversi substrati, tramite un prodotto chimico disinfettante.

**Controllo:** intervento con cui l'Azienda prende in esame l'attività svolta dall'Assuntore ed i provvedimenti da questo messi in atto, per accertarne la rispondenza a determinati requisiti di qualità.

**Sistema di controllo:** sistema di verifica, costituito da diversi fattori, progettato per determinare se il servizio appaltato soddisfa il livello di qualità stabilito e risponde ai requisiti previsti.

**Struttura:** insieme degli edifici costituenti l'Azienda/Presidio Sanitario.

**Popolazione di controllo:** totale delle aree soggette a controllo nel lotto considerato.

**Periodo di controllo:** intervallo di tempo durante il quale deve essere controllato il numero di aree costituenti il campione di controllo.

**Piano di campionamento:** procedura per il dimensionamento del campione di controllo. La scelta del tipo di piano determina il campione di controllo (numero di aree oggetto di audit) e il numero di accettabilità Ac.

### Promosso da:

**FIASO - Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere**

**FISE - Federazione Imprese di Servizi, Confindustria**

**FARE - Federazione delle Associazioni Regionali degli Economisti e Proveditori della Sanità**

### A cura di:

Università degli Studi di Roma Tor Vergata

### Con il contributo tecnico di:

**ANMDO - Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere**

**Gestione e Formazione - Associazione Scientifica e Scuola per i servizi sanitari ospedalieri e territoriali**

### Realizzato nell'ambito di:

Osservatorio Facility Management

### Autori:

**Prof. Vittorio Cesarotti** - Professore associato dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Dipartimento di Ingegneria Meccanica. Docente di impianti industriali e gestione della qualità

**Ing. Bruna Di Silvio** - Dottoranda in Ingegneria economico - gestionale presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata. Attività di ricerca presso il Dipartimento di Ingegneria Meccanica

**Ing. Nicola Martinelli** - Presidente del Comitato Scientifico Osservatorio Facility Management (Osservatorio Facility Management, tutti i diritti riservati)

### Hanno collaborato:

**Ing. Mauro Amadei** - Responsabile Gestione e Formazione

**Sig. Augusto Bonifazio** - Responsabile Commerciale Palmar Spa

**Dott. Enrico Burato** - Referente per il Risk Management per la Direzione Sanitaria Aziendale dell'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova al Servizio Appropriatazza ed Epidemiologia

**Dott. Pasquale Cassandra** - Responsabile Commerciale Palmar Spa

**Dott. Nicola Della Barba** - Capo Servizio Sanitario. Responsabile medicina preventiva e della sicurezza epidemiologica per la direzione sanitaria del Policlinico Umberto I di Roma

**Dott. Giacomo Di Blasi** - Direttore Generale Catania Multiservizi Spa

**Dott. Gianfranco Finzi** - Presidente Nazionale ANMDO

**Prof. Carlo Hanau** - Docente di programmazione ed organizzazione dei servizi sociali e sanitari Università di Modena e Reggio e Università di Bologna. Presidente del Tribunale della Salute di Bologna

**Dott. Ferruccio Mazzaro** - Direttore Commerciale e Marketing Palmar Spa

**Sig. Davide Rinaldi** - Responsabile Controllo Sistema di Gestione Qualità Markas Service Srl

**Dott. Andrea Tezzele** - Direttore Qualità Markas Service Srl

Sul tema della formazione a distanza hanno collaborato:

**Sfera SpA** - Global knowledge provider di Enel

**eFM Srl** - Società di consulenza nel settore del facility management

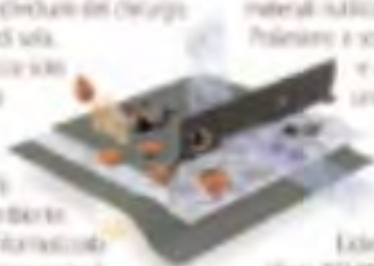
Un particolare ringraziamento alle Aziende che con il proprio impegno per l'innovazione e il contributo di esperienze del Management hanno reso possibile la realizzazione delle Linee Guida pubblicate in questo inserto: Catania Multiservizi, Consorzio Hiram, Consorzio Nazionale Servizi, Coop-service, Copma, Esperia, Gamba Service, La Lucente, Manutencoop, Markas Service, Palmar, Pedus, Sogea, Team Service.

Da sempre  
siete alla ricerca  
della perfezione.

## LIDIMED: la gestione sicura, comoda e completa, di camici e teli per la sala operatoria.

### La sicurezza della sterilizzazione e del riciclo di camici e teli

Lidimed propone un servizio innovativo di riciclaggio camici e teli per la protezione individuale del chirurgo del paziente e degli operatori di sala. Perché innovativo? Perché utilizza solo macchinari performanti ad altissima tecnologia, assicurando la sterilizzazione e il riciclo, quindi assicurando il massimo standard igienico e più rispetto per l'ambiente. Perché gestire ed organizzare efficientemente all'avanguardia, garantire lo stoccaggio, il confezionamento, la trasportabilità e il lubrifico costante dei suoi prodotti presso il cliente. Perché in poche parole Lidimed unisce sicurezza ed economicità.



### La comodità della nuova generazione di tessuti 44-beds

Per i suoi tessuti Lidimed si avvale solo dei migliori materiali utilizzati sul mercato, come la Microfibra Poliamida e soprattutto i tessuti "Esteroni Gore" e "Kore". Materiali dalle prestazioni uniche: effetto barriera, grande trasportabilità, capacità eccellente, sensazione lining, massima leggerezza e quindi un comfort gamma indispensabile in sala operatoria.

Lidimed effettua una sterilizzazione unificata ISO 9001:2001 sottoposta a severe verifiche e controlli, assicurando così una sterilizzazione totale e un risultato per molti anni. Perché dunque tornare a usare il ai materiali innovativi?

### La completezza di una gamma per ogni tipologia di intervento

Lidimed riunisce i suoi prodotti in un 44 in grado di approntare un tutto operatorio completo. Uno strumento "chiavi in mano" semplice e veloce nell'applicazione, esecutivo nelle esigenze del personale di sala e garanzia di ottimali condizioni di lavoro. La protezione completa di operatori e pazienti per ogni tipologia di intervento chirurgico.



# Lidimed

Un sistema di vantaggi.



## LAVASCIUGA & FONENDOSCOPIO

La pulizia degli ambienti dove ci si prende cura degli ammalati o delle persone non autosufficienti è doppiamente importante, perché le buone condizioni igieniche sono, ad un tempo, la prima barriera contro le infezioni e il primo "indicatore" di qualità percepito dagli utenti.

Il know how e la cultura aziendale di Coopservice, impresa leader nel settore delle pulizie, offrono in proposito le più ampie garanzie, grazie ad una sperimentata gamma di servizi progettati a misura del committente. Un'attitudine che fa di Coopservice non un semplice fornitore ma un partner di fiducia.

Negli ospedali e nelle case di riposo Coopservice è in grado di risolvere qualsiasi problema d'igiene, come dimostra l'esperienza acquisita nella pulizia di: ambulatori, sale di degenza, strutture di pronto soccorso, sale operatorie, reparti di terapia intensiva e di medicina nucleare, reparti di riabilitazione, laboratori e di ogni altro ambiente sanitario.

**Coopservice** MOLTO PIÙ DI UN SEMPLICE FORNITORE

Coopservice • Divisione Pulizie • Carrigo di Reggio Emilia  
Via Druso Bonori, 2 • Tel. 0522 94211 • Fax 0522 942128  
E-mail: info@coopservice.it



**EFFICACE,  
EFFICIENTE,  
ECOLOGICO,  
ERGONOMICO**

**Sono le quattro "E" di Vileda Sweep System, il sistema professionale pensato e realizzato per gli ambienti sanitari.**

Vileda Sweep System è l'innovativo sistema professionale dedicato alle strutture sanitarie. È un sistema pre-impregnato studiato per garantire il miglior risultato in termini di pulizia, efficienza ed ergonomia, rispettando allo stesso tempo l'ambiente. Il sistema offre risultati eccellenti, facendo in modo che ogni frangia sia impregnata con la giusta quantità di soluzione detergente. Molti i vantaggi: grazie a questo sistema, infatti, si riesce ad ottenere la massima efficacia in termini di detergenza e disinfezione ai fini del mantenimento di una bassa carica microbica sulle superfici; si garantisce un risultato visivamente soddisfacente offrendo un ambiente confortevole sia agli ospiti che ai pazienti; si forniscono strumenti di pulizia ergonomici e sicuri in modo da ottenere un'alta resa operativa, e si garantisce una metodologia di lavoro finalizzata ad evitare possibili contaminazioni e rischi biologici sugli operatori. Con l'utilizzo di Vileda Sweep System si dimostra inoltre una maggiore responsabilità nei confronti dell'ambiente, riducendo l'uso di acqua, energia, prodotti detergenti e disinfettanti. Insomma: un sistema efficace, efficiente, ergonomico ed ecologico per una pulizia ed igiene profonda.

[www.vileda.com](http://www.vileda.com)

S.U.

### NUOVE NOMINE PER IL PROFESSOR PELISSERO



Il professor Gabriele Pelissero è stato eletto Direttore delle Scuole di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Pavia per il triennio accademico 2004-2007. Per lo stesso triennio, sempre presso l'ateneo pavese, è stato eletto Presidente del Corso di Laurea delle Professioni Sanitarie delle Prevenzioni. È stato infine nominato dall'Amministrazione Regionale quale rappresentante dell'Università di Pavia nel Comitato Tecnico-Scientifico regionale per la valutazione delle Aziende Sanitarie pubbliche e private e dell'attività dei Manager delle Aziende Sanitarie pubbliche.

# HAMO

*Cleaning Technology*

Sistemi di lavaggio  
e disinfezione  
automatici di nuova  
generazione



## STERIS

STERIS s.r.l.

Centro Direzionale Milano Oltre

Palazzo Cavinaggio

Strada Cassanese, 224

20090 Segrate (MI)

800 235156

## LA VIA DELL'INNOVAZIONE

**La soddisfazione completa del cliente è al centro della missione di Padana Everest S.p.A.**

Il servizio di lavanderia si è modificato nel tempo sviluppando la naturale propensione del mercato verso una gestione integrata dello stesso nell'ottica del service. La tendenza della domanda va nella direzione di un ampliamento delle referenze del servizio: sterilizzazione "Tessuti Tecnici Riutilizzabili - a norma UNI EN 13795-1" e strumentario chirurgico, disinfezione, materasseria, abbigliamento antinfortunistico (D.P.I.). Oggi, comunque, la reale rivoluzione del settore è sicuramente rappresentata dalla europeizzazione dei mercati e, quindi, dalla conseguente armonizzazione delle legislazioni degli Stati membri. La legislazione comunitaria ha messo al centro dell'attenzione del sistema il consumatore garantendogli il massimo della trasparenza circa i prodotti, i servizi, le garanzie. Nasce dunque la necessità di provvedersi di nuovi sistemi e strumenti di comunicazione, basati anche sulle nuove tecnologie informatiche, che funzionino con la lo-

gica cliente-fornitore e che consentano un corretto trasferimento del servizio/prodotto e delle informazioni ad esso relative. La Padana Everest S.p.A. ha trovato nell'innovazione di prodotto/servizio e nell'applicazione nelle normative internazionali UNI EN ISO 9001:2000 (Vision), UNI CEI EN ISO 13485 e UNI EN ISO 14001 una risposta alle continue esigenze di miglioramento ed una guida coerente con le attese del legislatore. Oltre a ciò, la marcatura CE di alcuni dei prodotti oggetto del servizio (Direttiva 93/42/EEC - Dispositivi Medici), rappresenta un indice di conformità allo stato dell'arte e, la valutazione del rischio, fatta per limitare al minimo il verificarsi dello stesso, consente di identificare al meglio il livello di accadimento delle condizioni di pericolo. Infatti l'adozione di un Sistema Qualità conforme alle ISO 9000, pur senza definire livelli di servizio, stabiliscono prescrizioni organizzative ed operative che consentono alla Padana Everest S.p.A. di lavorare in condizioni ottimali evitando errori e proponendo un'offerta in condizioni di qualità e di sicurezza incentrata sulla soddisfazione del cliente.

[posta@padanaeverest.it](mailto:posta@padanaeverest.it)

M.U.

## UN SISTEMA DI STERILIZZAZIONE VELOCE E INNOVATIVO

**Un nuovo sterilizzatore compatto che offre un ciclo di soli 28 minuti, una Performance migliorata e una sterilizzazione terminale "Pronta all'uso".**

La Advanced Sterilization Products, divisione della Johnson & Johnson Medical, azienda attiva nel campo del "reprocessing" dello strumentario chirurgico, da oggi commercializza il nuovo sistema di sterilizzazione STERRAD® NX, lo sterilizzatore next-generation a bassa temperatura e a gas plasma di perossido d'idrogeno, per un trattamento rapido dello strumentario chirurgico. Il sistema, con un ciclo standard di soli 28 minuti, significativamente più veloce di tutti gli altri sistemi STERRAD®, aiuta gli ospedali ad ottenere un turnover più rapido dello strumentario e a ridurre i costi. Mentre il 90 - 95 % degli strumenti possono essere trattati nel ciclo standard, un ciclo avanzato di 38 minuti è disponibile per endoscopi flessibili e tubi, e dispositivi con lumi lunghi e stretti. Il nuovo sterilizzatore è basato sulla stessa comprovata tecnologia del gas plasma di perossido d'idrogeno introdotta dalla ASP con il marchio STERRAD® 100 e 100S, che è stato usato con successo nel mondo intero per più di 10 anni. I miglioramenti nell'iniezione del perossido d'idrogeno hanno portato ad un incremento delle sue funzioni e ad una durata del ciclo inferiore rispetto a tutti gli altri sistemi di sterilizzazione STERRAD®. La velocità e la dimensione compatta del sistema lo rendono ideale per essere collocata in chirurgia, dove l'esigenza di un turn-over rapido dello strumentario è particolarmente sentita. I clienti continueranno a beneficiare delle caratteristiche dei sistemi STERRAD®

- compatibilità superiore dei materiali, efficacia, e sicurezza per il paziente, per l'utente e per l'ambiente - , grazie alla sua tecnologia non tossica.

La STERRAD® NX offre anche una dimensione compatta e portatile che le permette di essere trasportata su un carrello. È facile da installare in quanto necessita solo di una presa elettrica. Inoltre, il sistema offre un touch screen display per l'interfaccia con l'utente, un'elettronica raffinata e un software che permette il controllo qualitativo, la sicurezza e la connessione al network della struttura ospedaliera. Un sistema opzionale indipendente di monitoraggio (IMS) verifica che i componenti del sistema funzionino correttamente.

M.U.

## UN SERVIZIO "CHIAVI IN MANO"

**Da Comesa una soluzione mirata ai problemi di progettazione e realizzazione di reparti complessi.**

Oggi, nel generale clima di cambiamento e rinnovamento di alcuni settori del nostro mercato, COMESA Sistemi Medicali si ripropone nel panorama italiano quale azienda specializzata nella realizzazione "Chiavi in mano" di Blocchi Operatori e Reparti Specialistici ad alto rischio, estendendo il proprio servizio "Chiavi in mano" anche alla fornitura di attrezzature ed arredi e alla realizzazione di opere impiantistiche in tutti i reparti ospedalieri. Lo sforzo progettuale ha portato l'azienda, nel corso del tempo, ad innovare il mercato introducendo, negli anni ottanta, il concetto di "prefabbricazione del blocco operatorio", oggi ormai linguaggio universale di tutti gli interventi realizzativi di questo tenore. La pluriennale esperienza nella progettazione e realizzazione di reparti complessi è visibile nella cura posta ai contenuti tecnologici, e nella proposta di soluzioni all'avanguardia soprattutto nei sistemi di trattamento dell'aria sterile, che rimangono tra le prime cause di infezione post-operatoria,

nell'attenzione alla qualità e idoneità dei materiali di rivestimento, disponibili in una scala di colorazioni capaci di influire sullo stato emotivo del paziente, per personalizzare i nostri interventi, interpretando le più recenti teorie progettuali in termini di umanizzazione degli spazi. Il servizio "Chiavi in mano" identifica la filosofia commerciale dell'azienda, coniugando competenze acquisite in vent'anni di attività dedicata

con le esigenze del cliente e le aspettative del paziente, quali utenti finali. Offrire un servizio personalizzato di coordinamento di tutti gli interventi realizzativi, strutturali e impiantistici, dalla progettazione al collaudo fino alla fornitura di attrezzature ed arredi tecnici, realizzando un prodotto finito funzionale e competitivo, tecnologicamente innovativo nei contenuti, flessibile per la sua struttura modulare, ergonomico negli aspetti cromatici e nel design, affidabile e conforme alle normative vigenti in materia per la sicurezza del paziente e degli operatori.

[info@comesamed.it](mailto:info@comesamed.it) - [www.comesamed.it](http://www.comesamed.it)

M.U.





# per la sterilizzazione

VASCHE PER  
DECONTAMINAZIONE



PROTEGGI STRUMENTI



PRODOTTI PER LAVAGGIO



GRIGLIE IN ACCIAIO PER  
STRUMENTI



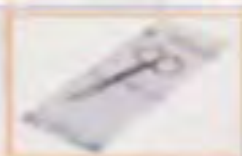
BUSTE E ROTOLI PIATTI E A  
SOFFIETTO



TERMOSALDATRICI E  
CONTROLLO DELLA  
SALDATURA



BUSTE AUTOSALDANTI



BUSTE CLEANTEX



CARTA CRESPIATA



TESSUTO NON TESSUTO



INDICATORI BIOLOGICI



PACCHI PRONTI PER IL TEST  
DI BOWIE & DICK



INDICATORI MULTIPARAMETRO



INDICATORI INTEGRATORI



SISTEMI DI TRACCIABILITA'

SONDE PER CONTROLLO PARAMETRICO



IDECO SRL. VIA BRACCIANO 17, 20098 SAN GIULIANO MILANESE (MI).  
TELEFONO 02-98281018 - 98280805 - FAX 02-98281025

E-MAIL: [IDECO@IDECOWEB.COM](mailto:IDECO@IDECOWEB.COM)  
SITO INTERNET: [WWW.IDECOWEB.COM](http://WWW.IDECOWEB.COM)

**ECCO I PROFESSIONISTI, PER SERVIRVI**

**La sicurezza di poter contare su una gamma vastissima, su marchi di qualità e su un'assistenza da leader nel settore. Tutto questo è Chimical Meridionale.**



Prodotti di grande qualità e prestigio e un servizio da veri professionisti del pulito. Semplice? Certo che no, a patto che non ci si rivolga a una realtà solida e affermata, che fa della competenza e del know-how le sue armi vincenti per la soluzione di ogni problema. Chimical Meridionale, azienda con sede a Nardò, in provincia di Lecce, mette in primo piano l'offerta di un servizio che va molto oltre la semplice vendita e prima consulenza. Sulla base di un'offerta merceologica che copre tutto il ventaglio delle esigenze di pulizia professionale, civile e industriale. Ricchissima, infatti, è la gamma dei prodotti commercializzati, a partire dai formulati, che per Chimical Meridionale sono sempre stati una

vera e propria "vocazione": detersivi, disinfettanti, disincrostanti e detergenti industriali per lavanderie, lavastoviglie e autolavaggi; articoli per alberghi; ma anche posate, bicchieri e piatti in plastica; tovaglie, tovaglioli e rotoloni in carta; asciugamani e lenzuolini monouso; prodotti per piscine; sale per depuratori; articoli antinfortunistici ed abiti da lavoro; articoli sanitari; distributori; arredi da bagno ed asciugamani elettrici; attrezzature per pulizia, carrelli, bidoni, pattumiere, sacchi per spazzatura, scope, stracci, panni, guanti, aspirapolvere/ liquidi per monospazzole, macchine lavasciuga, spazzatrici, idropultrici, sabbiatrici; nebulizzatori, generatori di calore e refrigeratori d'acqua;

tappeti, insetticidi liquidi e spray, topici di, trappole per mosche, scacciatape e scacciatopi; nastri adesivi e film estensibili; assorbili per officine. Di grande prestigio i marchi trattati: la collaborazione con nomi del calibro di Henkel, Ecolab, Allpass, Portotecnica, 3M, Wirbel, Columbus, ICA System, Euromop, Europack, Spontex, Lucart, Fato Italia, Ilij, Moncart, Isap, Paredes e Copyr dà la certezza di offrire al cliente le alternative ad hoc per le sue esigenze. Grazie all'ampio magazzino (oltre 1300 mq) l'azienda è pronta a soddisfare le richieste della clientela anche nelle 24 ore avvalendosi di personale specializzato nella vendita e nell'assistenza. Proprio questo è il fattore strategico che fa dell'azienda una realtà all'avanguardia nel settore. Su tutti i prodotti, infatti, Chimical Meridionale offre una consulenza competente e continua, che va dai consigli sull'utilizzo dei formulati alla riparazione e assistenza sulle macchine, e alla formazione degli operatori.

[chimicalmeridionale@tiscalinet.it](mailto:chimicalmeridionale@tiscalinet.it)

A.C.

**MAGGIOR SICUREZZA CON ANTARES SECURITY**



**Antares security**

La nuova linea di carrelli multiuso in polipropilene e ABS Antares Security viene proposta in sei versioni diverse.

I carrelli Antares Security sono ideati per essere inseriti in ambienti di grande passaggio (esempio: ospedali, scuole, aeroporti, centri commerciali, ecc.) in quanto consentono di disporre tutta l'attrezzatura e prodotti chimici con ordine e al riparo da possibili sottrazioni improprie.



Contattaci per le pulizie professionali  
 Via...  
 Tel. ...  
 Web: ...





## SAFETY & COLOR, DIVISE INNOVATIVE NELL'AUSL DI PESCARA

**Nei tre presidi ospedalieri dell'azienda sanitaria è in corso la sperimentazione di nuovi tessuti per le divise del personale, realizzato in collaborazione con Servizi Ospedalieri SpA.**

Si avvia alla conclusione, nelle strutture dell'Azienda sanitaria di Pescara, il progetto "Safety & Color", finalizzato alla sperimentazione di nuovi tessuti per il personale infermieristico e di supporto. Tessuti in grado di garantire la massima sicurezza e il massimo comfort a chi li indossa: i due requisiti fondamentali di un'ottima divisa. Realizzato in collaborazione con Servizi Ospedalieri Spa, che fornisce all'Ausl biancheria e divise, il progetto è stato promosso e autorizzato dal Direttore Generale dell'Ausl Cordone, sensibile al problema della sicurezza del personale infermieristico.



Angelo Cordone  
direttore generale  
dell'Ausl di Pescara

Tre i reparti-pilota in cui vengono testate le nuove divise: l'UO di Neurochirurgia del presidio ospedaliero di Pescara, le UO ORL e OCL del presidio di Penne e l'UO Medicina Generale di Popoli. Al termine dei tre mesi saranno distribuiti questionari sia al personale ospedaliero che agli utenti dei tre presidi per testare il gradimento dei prodotti.

M.U.

## A NAPOLI UN CORSO SULL'OSPEDALE MODERNO



**In programma a Napoli, tra il febbraio e l'aprile 2005, il Corso di Aggiornamento "L'ospedale moderno". Obiettivi puntati su edilizia, igiene, tecnica, organizzazione e gestione delle strutture ospedaliere.**

L'evoluzione legislativa, i nuovi modelli organizzativo- assistenziali, le esigenze di efficienza ed efficacia delle prestazioni, la necessità di rendere sempre più flessibili le strutture di

ricovero, la crescente interrelazione ospedale- territorio, l'evoluzione tecnologica, la definizione di standard minimi strutturali, organizzativi e di attrezzature, la sempre attuale problematica delle infezioni ospedaliere, la necessità di aggiornamento sullo smaltimento dei rifiuti e l'opportunità di conoscenza dei moderni modelli gestionali rendono necessaria la creazione di occasioni di aggiornamento sotto la guida di esperti dei vari settori. Il Corso di Aggiornamento "L'ospedale moderno: edilizia, igiene, tecnica, organizzazione e gestione", in programma presso la Clinica Mediterranea di Napoli e suddiviso in due moduli -il primo dal 10 al 26 febbraio, il secondo dal 17 marzo al 2 aprile 2005, si rivolge a Medici Igienisti, di Direzione Ospedaliera e di Presidio, Responsabili di Dipartimenti e di Unità Operative, Responsabili Servizi di Prevenzione e Protezione, Coordinatori infermieristici, Ingegneri e Architetti. E' realizzato con il contributo scientifico della Sezione Regionale dell'ANMDO.

[sanigest1@virgilio.it](mailto:sanigest1@virgilio.it) - [www.sanigest.it](http://www.sanigest.it)

S.U.

## UN PROBLEMA TROPPO SPESSO IGNORATO

**Al giorno d'oggi sempre più interventi chirurgici vengono eseguiti con tecniche di elettrochirurgia e con strumenti sempre più complessi quali i laser. Una tecnica che è senz'altro un passo avanti, ma aumenta i rischi.**

Queste particolari tecniche se da un lato hanno costituito immensi progressi nel campo chirurgico, dall'altro hanno contribuito ad accrescere i rischi per gli operatori di sala operatoria, sempre più esposti ai potenziali pericoli derivanti dalla contaminazione da diversi agenti patogeni veicolati dai fumi e dai vapori prodotti durante l'uso di elettrobisturi per il taglio/coagulo dei tessuti oppure durante il trattamento dei tessuti mediante raggi laser. Uno studio di laboratorio ha evidenziato infatti che i vapori ed i fumi prodotti dal passaggio allo stato gassoso delle molecole che compongono i tessuti umani, il sangue ed i fluidi organici coinvolti in un intervento, contengono moltissime sostanze nocive (oltre 80) tra cui benzene, formaldeide, metilbenzene, cianuro, aldeide acrilica, idrocarburi aromatici, composti solfati e nitrati, anidride carbonica e molte altre sostanze chimiche organiche. I fumi sono composti da molecole di diverso diametro, compreso tra 200 e 0,01  $\mu\text{m}$  ( $\mu\text{m}=1$  micron= $1$  millesimo di millimetro); 0,3  $\mu\text{m}$  è la dimensione delle particelle più diffuse ed è anche la massima dimensione delle particelle che possono raggiungere direttamente gli alveoli polmonari. I componenti sopra citati possono produrre nei soggetti che li inalano senza un'adeguata filtrazione problemi di respirazione; situazioni di ipossiemia possono essere associate alla respirazione delle sostanze sopra citate. Test di laboratorio hanno confermato che nel fumo causato dalla pirolisi (ovvero la scissione delle molecole attraverso il calore), sono presenti batteri, funghi e virus che erano presenti sui tessuti trattati. Come proteggersi? Oggi sono disponibili evacuatori di fumi che possono rendere tutti gli interventi molto più sicuri per gli operatori sanitari presenti in sala operatoria. Gli aspiratori di fumi distribuiti in Italia dalla Kerna sono compatti e facili da usare; dispongono di adattatori di diverso tipo per poter essere utilizzati con tutti i manipoli da elettrochirurgia e garantiscono l'aspirazione proprio dove serve. Sono disponibili diversi accessori, come ad esempio il carrello per facilitarne lo spostamento, il comando a pedale, filtri di ricambio ed anche manipoli dedicati per interventi particolari.

[info@kerna.it](mailto:info@kerna.it) - [www.kerna.it](http://www.kerna.it)

G.F.

## SCOPI DELLA RIVISTA

L'Ospedale pubblica lavori originali su argomenti di Politica sanitaria, programmazione e organizzazione ospedaliera e dei servizi sanitari territoriali, igiene e tecnica ospedaliera, management sanitario, valutazione delle attività e tecnologie sanitarie, bioetica, legislazione e diritto sanitario, medicina legale.

## ISTRUZIONE PER GLI AUTORI

La rivista pubblica lavori originali, note brevi, lettere al Direttore e recensioni. I contributi sono pubblicati indifferentemente in lingua italiana od inglese. In entrambi i casi debbono essere accompagnati da un summary in lingua inglese e da un riassunto in lingua italiana, redatti secondo le modalità precisate oltre. L'accettazione dei lavori per la pubblicazione è subordinata al giudizio di "referees" internazionali. I dattiloscritti, anche dei lavori non pubblicati, non si restituiscono. La correzione delle bozze dovrà essere limitata alla semplice revisione tipografica. Le bozze di stampa, diligentemente corrette e definitivamente licenziate dall'autore, debbono essere restituite a stretto giro di posta. In caso contrario verranno corrette in redazione. Esse vengono inviate in genere una sola volta all'autore (sul modulo che accompagna le bozze egli dovrà indicare il numero degli estratti desiderati, nonché numero di Codice Fiscale, Partita IVA e indirizzo del destinatario della fattura). Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli AA. è riservata la proprietà di qualsiasi articolo pubblicato nella Rivista e ne è vietata la produzione anche parziale senza citare la fonte.

## LAVORI ORIGINALI

È indispensabile inviare il testo dei lavori sia in n. 4 copie cartacee (su fogli di formato A4, con doppia spaziatura e margini di almeno 3cm) che su supporto magnetico (disco da 3,5 pollici). È necessario elaborare il testo con qualsiasi edizione di software microsoft word, sia in ambiente operativo Dos che Macintosh. L'etichetta del dischetto deve riportare: autori, titolo, nome file, tipo software (word o wordstar) ed ambiente operativo. I lavori originali devono essere redatti secondo il seguente schema:

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

La prima pagina del lavoro deve contenere: il titolo (in lingua italiana ed inglese), i nomi degli Autori con le istituzioni di appartenenza, le parole chiave ("Key words") in numero da 3 a 5 (in lingua italiana ed inglese), il riassunto ed il summary. Questi ultimi, preferibilmente compresi tra 100 e 200 parole, devono sintetizzare gli scopi del lavoro, i risultati ottenuti e le principali conclusioni. Su un foglio a parte deve essere indicato il nominativo, con relativo indirizzo, numero telefonico, fax o E-mail dell'Autore cui la Redazione deve fare riferimento per ogni comunicazione attinente la pubblicazione. Tabelle e figure devono essere fornite solo su supporto cartaceo atto a consentire un'ottimale riproduzione fotografica. In particolare, la base della tabella o della figura non deve superare i cm 15,7 poichè il formato della pagina (senza margini) è di cm 15,7 x 19,7. Le tabelle e le figure non devono di norma eccedere globalmente il numero di 5. Ogni tabella va redatta su un foglio separato, numerata consecutivamente secondo l'ordine di citazione nel testo e corredata da titolo e/o didascalia. Ogni figura, numerata sul retro a matita deve essere accompagnata da un foglio separato con la didascalia corrispondente all'illustrazione. Tabelle e figure, provenienti da lavori precedentemente pubblicati, devono essere accompagnate dal permesso scritto di riproduzione da parte dell'Autore e dell'Editore. I lavori non conformi alle norme, per ovvi motivi organizzativi, non potranno essere presi in considerazione, nè rinviati agli Autori.

## LETTERE AL DIRETTORE

Le lettere al Direttore debbono essere pertinenti a lavori precedentemente pubblicati sulla rivista e succinte. La Direzione si riserva di abbreviare quelle di lunghezza eccessiva senza alterarne i contenuti ed il senso.

## BIBLIOGRAFIA

Le voci bibliografiche debbono essere citate nel testo, numerandole tra parentesi, e vanno elencate nella bibliografia in ordine alfabetico. Il titolo delle riviste deve essere abbreviato secondo lo stile usato dall'Index Medicus. Le voci bibliografiche devono essere redatte nel Vancouver Style (Br Med J 1982; 284: 1766-1770; Br Med J ed Ital 1988; 9: 61-70). Esempi di alcune forme corrette di bibliografia sono dati di seguito.

### **Riviste**

- *Articolo standard (elencare tutti gli autori se in numero di 6 o inferiore a 6; se 7 o più elencare solo i primi 3 e aggiungere et al)*

Dawber TR, Meadors GF, Moore FE. Epidemiologic approach to heart disease: The Framingham Study. Am J Public Health 1951; 41: 279-86.

- *Supplementi di Riviste*

Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of splenic activity by bone marrow scan (Abstract). Blood 1979; 54 (suppl. 1): 26 a.

### **Monografia**

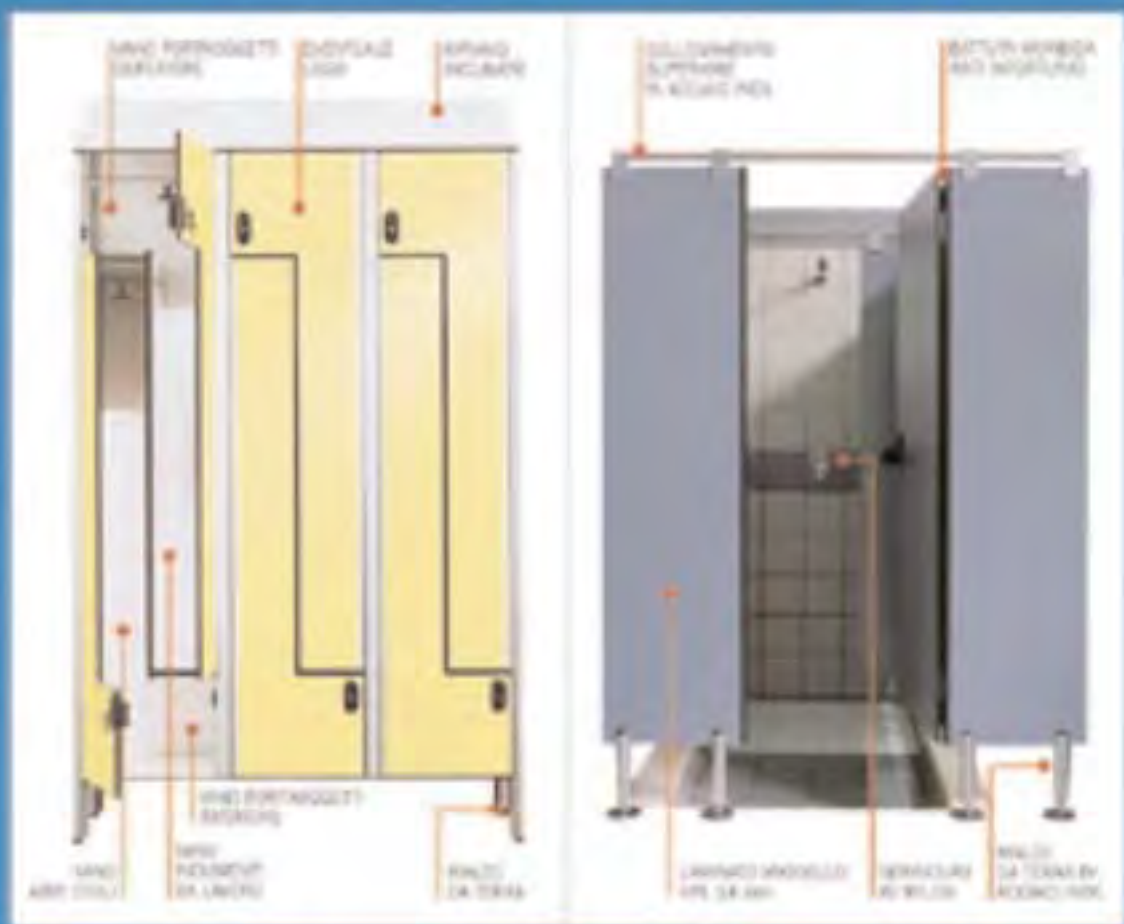
*Autore singolo* - Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response 5th ed. New York: Harper and Row, 1974: 406.  
*Saggio da opera collettiva (Capitolo di un libro)*

**La rivista è posta sotto la tutela delle Leggi Intenzionali sulla stampa**

Si ricorda che chiunque desiderasse proporre la pubblicazione di articoli o interventi sulla Rivista potrà inviare gli stessi via posta elettronica presso il Segretario Scientifico ANMDO, dr. Karl Kob (indirizzo e-mail: [karl@kob.bz.it](mailto:karl@kob.bz.it)), oppure presso la casa editrice Edicom ([info@gsanews.it](mailto:info@gsanews.it)), la quale provvederà a sottoporli all'approvazione della Segreteria Scientifica dell'Associazione.



# I nostri armadi e box fanno star meglio tutti. Tranne i microbi.



Gli armadietti e i box Patentverwag sono garantiti dieci anni, ma durano praticamente per sempre. Il motivo? Sono realizzati con estrema cura con materiali inossidabili di elevatissima qualità\*. Sono lavabili, disinfettabili e costruiti nel rispetto delle normative vigenti\*\*. Disponibili in

un'altissima gamma di forme e di colori sono anche realizzati su misura e personalizzabili. Tutto ciò non è frutto del caso. Patentverwag è da vent'anni leader nella produzione di attrezzature per il settore pubblico e sportivo: armadi, box doccia/wc, pareti divisorie, panchine e pavimentazioni.



Ecco perché importanti strutture ospedaliere ci hanno scelto. Qualche nome?

Centro Anzologico  
Istituto Ortopedico Galeazzi  
Ospedale Fatebenefratelli  
Policlinico di Monza  
Policlinico Casalpini  
Ospedale Cardarelli

**Aggiungete il vostro!**

**ECOLAB**

Centro Direzionale Colleoni  
Via Paracelso, 6  
20041 Agrate Brianza (MI)  
Tel. 039.6050.1  
Fax 039.6050.555  
[www.ecolab.com](http://www.ecolab.com)



Leader nella  
disinfezione  
dello strumentario  
chirurgico  
ed endoscopico



e nella  
disinfezione delle  
apparecchiature  
per emodialisi

# Soluzioni globali per l'igiene totale



Ecolab è  
sinonimo  
di sicurezza  
di disinfezione  
assoluta

Una gamma innovativa  
di prodotti e metodologie  
in grado di rispondere a tutte  
le necessità di disinfezione  
ospedaliera

Disinfezione

**ECOLAB**