

SOMMARIO

2

"Progetto Conosciamoci"

I cambiamenti e l'evoluzione del sistema sanitario di oggi richiedono inevitabilmente un continuo aggiornamento di conoscenze e competenze. Oltre a ciò anche le nuove tecnologie della comunicazione e dell'informazione stanno trasformando il nostro rapporto con la conoscenza, rendendo i processi conoscitivi molto più veloci e la necessità di aggiornamento continua e mai arrestabile. In questo scenario si colloca la visione innovativa di cooperazione, sostegno e divulgazione scientifica del Presidente Nazionale dall'A.N.M.D.O. ...

2

2008-2010: la nascita, lo sviluppo e l'evoluzione dello standard ANMDO - CERMET

La qualità della nostra vita dipende anche dalla qualità degli ambienti che ci circondano. La pulizia è l'igiene degli ambienti sono requisiti imprescindibili che sono la base per il raggiungimento di uno stato di benessere. Il concetto di qualità e benessere ambientale assumono uno spessore diverso quando ci troviamo a parlare di strutture nosocomiali. Le strutture sanitarie, sia pubbliche che private...



STRATEGIA DI PREVENZIONE

La pandemia influenzale 2009/2010 Una storia paradigmatica per la prevenzione

Gabriele Pelissero - Ordinario di Igiene nell'Università di Pavia, Vice Presidente A.N.M.D.O Nazionale

La pandemia influenzale del 2009/2010 racconta una storia paradigmatica per la prevenzione almeno sotto due profili:

quello biologico ed epidemiologico e quello delle strategie di prevenzione e del loro impatto sui sistemi sanitari.

Si tratta, detto in estrema sintesi, di un episodio pandemico influenzale classificato precocemente come a rischio elevato. Per prevenire il rischio vengono adottate in molti Stati strategie fondate sulla promozione della vaccinazione volontaria della fascia di popolazione ritenuta a maggior rischio. A tal fine i governi si approvigionano di importanti quantità di dosi di vaccino. Per limitarci all'Italia, la vaccinazione volontaria si rivela un ampio insuccesso, con percentuali di copertura minime.

Ne deriva una polemica sull'appropriatezza delle strategie di prevenzione e sui costi dell'acquisto di vaccino, e la preoccupazione per il possibile discredito della rete di sanità pubblica in una futura analoga occasione.

Cosa ci insegna questa vicenda sotto il profilo delle strategie di prevenzione e del loro impatto sui sistemi sanitari?

1. Ci ricorda che la prevenzione lavora su rischi e non su danni. I rischi si stimano, i danni si misurano. I rischi sono inevitabilmente stimati con una procedura interna ad una ristretta comunità scientifica, e la loro percezione pubblica è fondata su approssimazioni dei media (che sono inevitabilmente semplificate e oscillano fra il terroristico e la sottovalutazione). I danni (le malattie) sono invece esperienza diretta, misurabile e percepibile. Non rientrano nella sfera di ciò che potrebbe essere ma in quella di ciò che è. I danni (la medicina curativa e riabilitativa) costituiscono altrettanti bisogni espressi e reali, si traducono in domanda e la risposta da parte dei sistemi sanitari di welfare è ritenuta (almeno in Europa) un diritto dei cittadini. I rischi (la prevenzione) corrispondono a bisogni potenziali (potrei ammalarmi) e la decisione sulla adozione di interventi preventivi diventa sempre più soggettiva. I tempi della prevenzione impositiva (la vecchia polizia sanitaria) si stanno sempre più allontanando, e la libertà di scelta del cittadino sta diventando, anche per la prevenzione, un principio fondante dei sistemi di welfare sanitario.

2. Questa situazione pone il problema, relativamente nuovo per la tradizionale sanità pubblica, della ricerca del

consenso, cioè della trasformazione del bisogno potenziale in domanda. Quando questo non avviene (per difficoltà di comunicazione o per diffidenza) assistiamo ad una specie di "scontro" fra offerta di prevenzione e consenso dei cittadini.

3. In questa situazione possiamo avere diversi scenari. I principali sono i seguenti:

- a. i cittadini accettano la proposta preventiva, la prestazione offerta è efficace, non c'è danno
- b. i cittadini accettano la proposta preventiva, la prestazione offerta è poco efficace, c'è danno
- c. i cittadini non accettano la proposta preventiva, il rischio si realizza, c'è danno
- d. i cittadini non accettano la proposta preventiva, il rischio non si realizza, non c'è danno.

E' evidente che, ai fini, della salute, gli scenari a) e d) sono equivalenti, e il contrario è per b) e c). Diverso è per la soddisfazione nei confronti dei sistemi sanitari, che è massima in a) ed è positiva in c) dove la responsabilità dell'insuccesso è tutta in capo ai cittadini che non hanno creduto nella proposta del sistema sanitario. Gli esiti b) e d) sono drammatici. Mentre però in b) la caduta di consenso è catastrofica e porta con se implicazioni deontologiche e medico legali infinite, l'esito d) apre ad una prospettiva di sfiducia meno acuta, ma mette il sistema sanitario sul banco degli imputati per avere sprecato risorse. E questa nei welfare sanitari europei è ormai una colpa gravissima.

4. Tutto questo, a mio giudizio, pone un problema di revisione per le strategie di prevenzione molto complesso. Se nel passato l'autorità dei governi è stata sufficiente ad assicurare il consenso sulle pratiche di prevenzione, nel futuro (a breve) si dovrà sempre di più tener conto della libertà di scelta del cittadino, dei limiti oggettivi della comunicazione "ufficiale" della sua credibilità e della sua capacità di differenziarsi fra le infinite voci di un mondo multimediale. Dovremo forse cominciare a concepire l'offerta di prestazioni di prevenzione come una specie di contratto fra sistema sanitario e cittadino, nel quale il successivo accesso alle cure è condizionato alla precedente responsabile adozione di comportamenti preventivi per contrastare i rischi (se non ti vaccini e ti ammali, le cure sono



Prof. Gabriele Pelissero

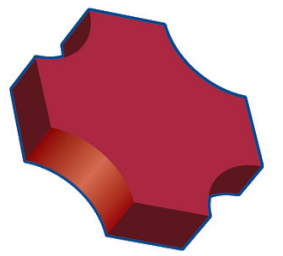
almeno in parte a tuo carico). Questo approccio pone un severi problemi di valutazione dell'efficacia delle prestazioni e delle tecnologie preventive, e promette di determinare una drastica "ripulitura" di approcci inefficaci, fumosi o utopistici alla prevenzione.

5. Per quanto riguarda la nostra pandemia, nella quale si è verificato l'esito d), non sono mancate le previste polemiche. Personalmente ritengo che, in presenza di una tecnologia preventiva efficace come il vaccino, il comportamento delle autorità sia stato l'unico possibile. Pensate infatti cosa capiterebbe in caso di uno scenario e) nel quale il sistema sanitario non propone la prevenzione pur in presenza di una tecnologia efficace e si determina il danno!

In conclusione, si può condividere quanto affermato nella Riunione informale dei Ministri della Sanità dell'UE tenutasi a Madrid il 22 e 23 Aprile 2010, a seguito dell'audizione del direttore del Who Margaret Chan: " Il Ministro della Salute spagnolo e il Commissario europeo per la Salute e i consumatori sottolineano il buon coordinamento e la buona circolazione di informazioni fra i ventisette Stati membri, ma puntualizzano la necessità di continuare a fare progressi nella gestione comune delle crisi sanitarie.

Nel futuro, questa dovrebbe includere il coordinamento della provvista di vaccino con gli stessi criteri e agli stessi prezzi."





ASSOCIAZIONE

“Progetto Conosciamoci”

Dott. Ing. Stefania Villani

I cambiamenti e l'evoluzione del sistema sanitario di oggi richiedono inevitabilmente un continuo aggiornamento di conoscenze e competenze. Oltre a ciò anche le nuove tecnologie della comunicazione e dell'informazione stanno trasformando il nostro rapporto con la conoscenza, rendendo i processi conoscitivi molto più veloci e la necessità di aggiornamento continua e mai arrestabile. In questo scenario si colloca la visione innovativa di cooperazione, sostegno e divulgazione scientifica del Presidente Nazionale dall'A.N.M.D.O. Dott. Gianfranco Finzi. Attraverso il progetto “CONOSCIAMOCI” il Presidente oltre a mettere in luce il lavoro, le capacità e le conoscenze di tutti i soci, vuole creare una rete informatica in grado di rendere reale l'integrazione delle conoscenze di tutti gli appartenenti all'associazione.

Il progetto prevede la creazione di un database, accessibile ai soli soci, all'interno del sito nazionale dell'associazione, in cui poter evidenziare e mettere a disposizione le pubblicazioni scientifiche redatte da ciascun membro dell'associazione. Una rete globale di informazioni sui soci, in grado di fornire con un semplice “click”, a seconda del punto di partenza della “query”:

Nome, ruolo, struttura di appartenenza, breve curriculum vitae, campo di specializzazione, pubblicazioni scientifiche.

Come si può vedere nell'esempio in tabella 1

Un database come insieme organizzato di informazioni e dati, che verranno strutturati e organizzati in modo da essere consultabili e utilizzabili nel miglior modo possibile. Nell'ottica del principio fondante dell'A.N.M.D.O. di divulgazione scientifica sarà possibile

Nome Cognome	Struttura	Breve CV	Campo di specializzazione	Pubblicazioni scientifiche
Gianfranco Finzi	Policlinico S.Orsola - Malpighi	CV Gianfranco Finzi	Sterilizzazione e Disinfezione	-Acque in ambito Sanitario -Monografia: Gestione delle Centrali di sterilizzazione -.....

Tabella 1: esempio tabella di risposta



quindi ottenere, attraverso un computer collegato ad Internet, il testo completo degli articoli pubblicati da ciascun socio, direttamente sulla propria scrivania. I vantaggi legati a questo nuovo strumento di informazione sono molteplici e comprendono in particolare la tempestività nella diffusione dei nuovi articoli rispetto alla tradizionale edizione stampata e la facilità nel recupero delle informazioni attraverso le interfacce di ricerca e i filtri. Ciascun socio potrà quindi inviare quanto prima le informazioni richieste

da inserire nel data-base e una copia elettronica e cartacea, se disponibile di ciascuna sua pubblicazione.

Tale progetto quindi si propone di accrescere l'importanza della condivisione e della divulgazione scientifica attraverso il contributo del singolo per creare la forza della cultura dell'associazione.

Le parole chiave di tale progetto sono cooperazione, sostegno e divulgazione scientifica. Tale progetto quindi non solo è un'opportunità di visibilità ma è anche la possibilità di trasmettere le proprie conoscenze per creare sinergia e collaborazione e fare ASSOCIAZIONE, nell'intento di condividere obiettivi, interessi e favorire lo sviluppo di attività. La propria conoscenza va migliorata continuamente, e si arricchisce ogni qualvolta entra in contatto con altre conoscenze (Xavier Wheel, filosofo inglese).

L'associazione, attraverso questo progetto, si propone di creare un punto di incontro, di scambio e di collaborazione di conoscenze, al fine di creare una struttura forte e unica, basata sull'evidenza scientifica e culturale di ogni singolo componente ANMDO.

ACCREDITAMENTO

2008-2010: la nascita, lo sviluppo e l'evoluzione dello standard ANMDO - CERMET

Dott. Ing. Daniele Nepa

La qualità della nostra vita dipende anche dalla qualità degli ambienti che ci circondano.

La pulizia è l'igiene degli ambienti sono requisiti imprescindibili che sono la base per il raggiungimento di uno stato di benessere. Il concetto di qualità e benessere ambientale assumono uno spessore diverso quando ci troviamo a parlare di strutture nosocomiali. Le strutture sanitarie, sia pubbliche che private, sono ambienti particolarmente complessi dato l'eterogeneità e le caratteristiche degli ambienti (uffici, laboratori, sale operatorie, stanze di degenza, ecc.), di tipologie di pazienti ricoverati e di problematiche che si possono presentare all'interno di queste strutture. Fornire, conseguire e mantenere una buona e corretta pulizia degli ambienti sanitari, soprattutto in quelli in cui si esegue attività di diagnosi e di cura, diventa lo strumento fondamentale (ma anche un dovere morale) per assicurare al paziente e al personale sanitario i dovuti livelli igienici per evitare il diffondersi d'infezioni ospedaliere e fornire un valore aggiunto per la guarigione dei pazienti. Il ricorso sempre più frequente all'esternalizzazione dei servizi di pulizia, la mancanza di un riferimento chiaro e preciso sull'accREDITAMENTO volontario dei fornitori di pulizia e la mancanza di un chiaro sistema di controllo del servizio stesso hanno portato l'ANMDO, in collaborazione con il CERMET, a proporre un sistema di qualifica dei fornitori e una metodologia di controllo nell'ambito dell'accREDITAMENTO volontario con i seguenti obiettivi:

1. Identificare le aziende di “qualità” che abbiano la giusta competenza ad erogare il servizio di pulizia.

2. Assicurare l'integrazione del servizio di pulizia con l'attività clinica.

3. Fornire una metodologia di controllo qualitativo del servizio.

Assicurare i corretti livelli igienici in relazione alla destinazione d'uso dei locali sanitari.

Lo scopo di questo articolo è di descrivere tutta la sperimentazione avvenuta inizialmente al Policlinico S.Orsola - Malpighi per la validare il bioluminometro come strumento di misura della qualità anche nell'ambito delle pulizie e non solo in ambito alimentare fino agli ultimi aggiornamenti che sono stati introdotti per offrire un riferimento ancora più forte e chiaro nell'ambito dei servizi in gestione appaltata a favore di quell'“aspirata” qualità totale.

Ma procediamo con ordine.

Anno 2008: l'ANMDO e CERMET siglano una collaborazione per tracciare una strada per la qualifica e il controllo dei servizi esternalizzati in ambito sanitario attraverso la redazione di uno standard per le buone pratiche di pulizie.

La sempre più crescente ricorrenza all'esternalizzazione dei servizi di pulizia in ambito sanitario ha indotto l'appaltante a definire sistemi oggettivi di controllo di “qualità” del servizio erogato.

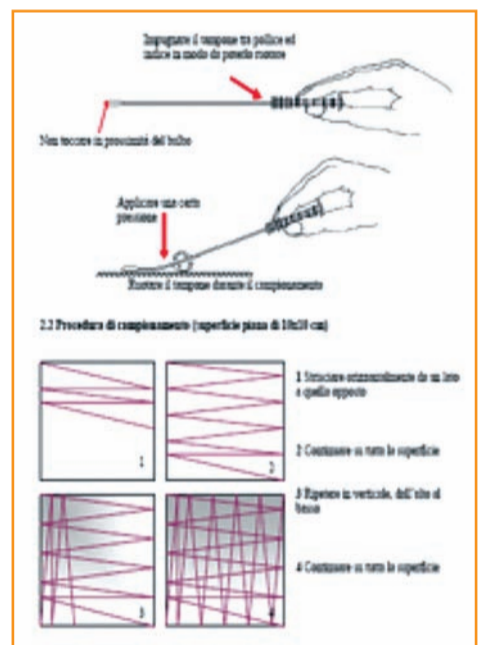
Per quanto riguarda l'utilizzo dei dispositivi di misurazione la norma UNI EN 13549:2003 non da una visione complessiva dei sistemi di misurazione oggettiva e di eventuali dispositivi da utilizzare per “collaudare” la bontà delle attività di pulizia.

La collaborazione tra CERMET ed ANMDO hanno portato in prima battuta alla redazione delle linee guida per la gestione delle operazioni di pulizia nelle strutture sanitarie.

Conseguentemente, sono state sviluppate le linee guida all'accREDITAMENTO volontario dei fornitori

dei servizi di pulizia e sanificazione ospedaliera. Lo standard è strutturato in modo da considerare tutti gli aspetti che riguardano l'accREDITAMENTO dei provider di servizi di pulizie sanificazione e d in particolar modo il sistema di misurazione dei risultati derivanti da tali attività.

A livello di normativa esiste la 13459:2003 che però non da indicazioni su come misurare la qualità nelle strutture sanitarie e per quanto riguarda le dotazioni strumentali le cose non vanno certamente meglio. Fino a poco tempo fa gli unici strumenti che erano usati per avere un riscontro erano la scala di Bacharach, il glossometro, il bassometro ed il metodo visivo. Tutti questi metodi erano sì veloci ma anche influenzati dalla soggettività di chi eseguiva il controllo facendo perdere oggettività e affidabilità al controllo. Un valido aiuto per eliminare questo problema arriva dal bioluminometro e l'ANMDO ha deciso di percorrere questa strada per la valutazione della qualità in ambito sanitario decidendo di sperimentarlo sul campo per avere dei valori di riferimento per l'accERTAMENTO se una superficie fosse sporca o pulita. Questo strumento ha una vasta applicazione nel campo dei controlli alimentari (utensili, superfici di contatto, ecc..) secondo il sistema di autocontrollo HACCP ed è stato deciso che potesse essere “traslato” anche in ambito sanitario. Il primo impiego in ambito sanitario, risalente a qualche anno fa è stato fatto in alcuni ospedali britannici. Il sistema su cui si basa il bioluminometro è la bioluminescenza. Questo metodo biochimico misura la presenza di ATP mediante la sua reazione con il complesso luciferina-luciferasi. Durante la reazione la luciferina viene ossidata ed emette luce, misurata dal bioluminometro, che è proporzionale alla quantità di ATP presente nel campione. In pochi



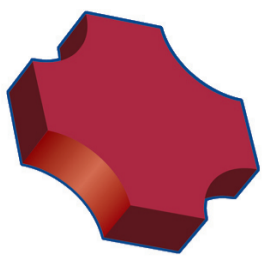
secondi il bioluminometro misura la luce generata, indicando il livello di contaminazione. Il livello di luce misurato è indicato da un numero, la cui unità di misura è RLU (Unità di Luce Relativa). Maggiore è il livello di contaminazione di ATP, maggiore è la quantità di luce prodotta e maggiore è il numero (espresso in RLU) che lo strumento legge. I risultati sono pertanto quantitativi e lineari rispetto alla quantità di ATP.

La sperimentazione del bioluminometro della 3M, presso il policlinico S.Orsola-Malpighi ha coinvolto anche gli operatori della ditta Operosa ed avuto una durata di circa sei mesi (novembre 2008 - maggio 2009) e ha preso in considerazione quattro diverse unità operative con diversi standard igienici:

1. U.O. di terapia intensiva;
2. U.O. di pediatria;
3. U.O. di Medicina Interna;
4. B.O. cardiocirurgico.

I campionamenti sono stati effettuati con frequenza di due volte a settimana per ognuno delle unità operative sopra menzionate. Per le modalità di controllo sono stati identificati, per ogni unità

¹ RLU: unità di luce relativa.



ACCREDITAMENTO

operativa, elementi critici per i quali il non rispetto degli standard igienici porta un elevato rischio di trasmissibilità degli agenti patogeni.

La sperimentazione è avvenuta in concomitanza delle normali attività di pulizia prelevando il campione sia prima che dopo l'attività di pulizia e sanificazione.

Al fine di eliminare i fattori di confondimento si è proceduto nel seguente modo:

- 1. Analisi di un numero elevato di elementi per avere un campione sufficientemente rappresentativo.
2. Applicazione rigorosa dei protocolli di pulizia
3. Analisi su diverse tipologie di materiale.
4. Analisi dei valori prima e dopo l'attività di pulizia per tutti gli elementi per poter tarare lo strumento su valori più idonei per poter determinare se una superficie potesse essere considerata sporca o pulita (determinazione del upper level e del lower level)
5. Esecuzione delle misure da parte di operatori sempre diversi.
6. Valutazione di elementi uguali ma in aree diverse.
7. Controlli random della DMO per accertarsi della corretta esecuzione dei prelievi.

In totale, durante i sei mesi di sperimentazione sono stati raccolti dati derivanti da 7.270 analisi attraverso l'uso di altrettanti tamponi.

L'analisi dei dati ha messo in luce alcune caratteristiche interessanti quali:

- 1. Velocità, oggettività e praticità nel monitorare lo status del servizio di pulizia.
2. Ripetibilità in tutti gli ambienti sanitari e per diverse superfici.
3. Elevata maneggevolezza dello strumento.
4. Possibilità di archiviare i dati e poterli scaricare in un secondo momento per un'analisi più dettagliata.
5. Costi unitari per singolo campionamento bassi.
6. Facile utilizzo (richiede poco training).

Il bioluminometro, sulla base delle caratteristiche sopra elencate e derivanti dalla sperimentazione, è stato eletto strumento "ufficiale" per la verifica strumentale delle superfici ed è tuttora usato all'interno del policlinico nelle verifiche dirette di risultato dal CERMET. Per validare i dati e a seguito di non conformità rilevate è possibile associare a questo tipo di controllo strumentale di tipo indiretto (la presenza dell'ATP è un indicatore indiretto della carica batterica) anche l'uso di piastre di Petri per rilevare, in modo aspecifico, la carica batterica totale. Qualora si vogliano anche indicazioni sulle tipologie di agenti patogeni è necessario anche un'analisi microbiologica attraverso le piastre di Petri che danno un'indicazione sulla numerosità della carica batterica.

Il sistema di misurazione con il bioluminometro è inserito all'interno dello standard ANMDO - CERMET come sistema "ufficiale" di misurazione della qualità delle attività di pulizia. Questo sistema è usato durante le verifiche ispettive trimestrali eseguite da CERMET e con il quale vengono controllati il 10% degli elementi critici.

Anno 2010: Dalla prima stesura dello standard sono solo passati due anni ma a discapito della sua giovane età le linee guida per l'accreditamento volontario dei fornitori dei servizi di pulizia e sanificazione ospedaliera hanno già riscontrato un forte successo tra le ditte erogatrici di servizi di pulizia e sanificazione ambientale. Per rispondere

meglio alle esigenze sia dell'assuntore che della ditta appaltante, che di volta in volta si presentano nel campo delle pulizie e sanificazione ambientale, è necessario che lo standard rimanga il più aggiornato possibile.

Le novità che lo standard introduce in questa seconda review sono sostanzialmente 3:

- 1. L'indicatore globale di qualità come indice di riferimento per la valutazione delle performance di pulizia.
2. L'informatizzazione delle verifiche ispettive attraverso la gestione informatizzata dei report
3. La presenza del medico igienista durante le visite ispettive periodiche predisposte ed eseguite dal CERMET

Accanto a queste novità assolute, bisogna comunque ricordare che altri cambiamenti come la non più accettabilità dell'LQA per gli ambienti sanitari (alto, medio e basso rischio) ma si ragiona in una logica di sporco/pulito dei locali ospedalieri e l'uso del bioluminometro come strumento di riferimento nelle verifiche di tipo strumentale. Le tre novità che vanno ad arricchire le linee guida per l'accreditamento volontario sono: l'indicatore globale di qualità per le pulizie (IGQP), l'informatizzazione dei report e la presenza del medico igienista nelle verifiche ispettive.

1- L'INDICATORE GLOBALE DI QUALITÀ DELLE PULIZIE (IGQP).

La vera novità dello standard è sicuramente rappresentata dall'indice globale di qualità (che è un indice di performance a tutti gli effetti) per il servizio di pulizia e sanificazione ospedaliera. Condizione fondamentale per la creazione di qualsiasi indicatore, ed in particolare per il servizio di pulizia, affinché possa descrivere al meglio lo stato di salute di un servizio erogato, è l'ottima conoscenza del servizio stesso.

Il motore e la filosofia cui ANMDO si è ispirato per sviluppare e creare questo indicatore è stato: "tutto ciò che è misurabile è migliorabile".

Questo vuol dire sostanzialmente tre cose:

- 1. Poter misurare l'attuale livello di performance. Come dire, "...sapere quanto siamo bravi...", in ogni momento.
2. Identificare il divario tra livello attuale e la best practice. Come dire, "...sapere quanto manca per la vetta...".
3. Rivedere i processi esistenti o implementarne dei nuovi. Come dire, "...come arrivare alla vetta...".

La conoscenza della performance attuale, che scaturisce dalla "misurazione del processo", crea un trampolino di lancio solido, robusto. E crea altresì la direzione e l'energia per le future iniziative di miglioramento da mettere in campo. Tuttavia, il termine performance è una parola brillante, ma anche "vaga".

Che cos'è la performance, e cosa si deve fare, in pratica, per misurarla? L'unica maniera di "afferrarla", per poi misurarla, è di "spezzettarla", di suddividerla in un certo numero di componenti significativi, anch'essi misurabili, che io chiamo gli addendi fondamentali della performance (AFP). In effetti, l'indice globale di qualità per le pulizie (IGQP) è la somma pesata di tre addendi:

- 1. Verifica di sistema con peso 20% (IVS).
2. Verifica di processo/servizio di tipo diretto con peso 40% (IVD).
3. Verifica di processo/servizio di tipo indiretto con peso 40% (IVI).

All'interno di ogni singolo indicatore sono stati

derare tutti i nuovi operatori assunti o, nel caso non ve ne siano un campione di 15 persone da suddividere tra AR e MR.

Il numero di elementi da considerare sono 10 da ripartire tra le aree ad AR e MR.

Il nome è ripreso dalla mitologia greca in cui ARGONAUTI (letteralmente che vede tutto) era un gigante con cento occhi fratello della ninfa Io.

Table with 4 columns: Processo, Peso(%), N° requisiti, Indicatore. Rows include Formazione, Controllo di processo, Controllo di risultato, Verifiche, and Customer.

Tab.1: indicatore delle verifiche di sistema

Table with 4 columns: Processo, Peso, Indicatore(%), Peso indicatore. Rows include Controllo di processo with sub-rows for different indicators.

Tab.2: indicatori per il controllo di processo

Table with 4 columns: Processo, Peso, Indicatore(%), N° elementi. Rows include Controllo formazione sul campo, Sorveglianza sanitaria, and Controllo macchine/prodotti.

Tab.3: voci aggiuntive al controllo di processo nelle verifiche dirette

Table with 4 columns: Processo, Peso, Indicatore, N° requisiti. Rows include Controllo di processo and Controllo di risultato.

Tab.4: indicatori delle verifiche indirette.

individuati alcuni processi critici, quantificati da opportuni indicatori e ai quali sono stati associati opportuni pesi. Ad esempio per l'IVS sono stati presi a riferimento i cinque processi critici come mostra la tabella 1.

Il numero dei requisiti indicati in tabella sono quelli presenti nella check list utilizzata dal CERMET per la qualifica d'impresa per ognuno dei cinque processi critici.

Il secondo addendo dell'IGQP è l'indicatore delle verifiche dirette (IVD).

Tra gli addendi, forse è quello più importante e corposo anche dal punto di vista delle voci che lo compongono poiché si riferisce al cantiere oggetto dell'attività di pulizia e sanificazione ed in cui si va a verificare i cinque punti sopra elencati a livello operativo di cantiere.

Questo indice è composto da:

- 1. Controllo di processo con peso 25%.
2. Controllo di risultato con peso 45%.
3. Controllo della formazione sul cantiere (comprende anche la formazione per la sicurezza degli operatori sul cantiere e l'uso corretto dei DPI) con peso 15%.
4. Sorveglianza sanitaria con peso 10%
5. Controllo macchine/attrezzature/prodotti con peso 5%.

A differenza del controllo di processo che è verificato attraverso gli elementi della check list, il controllo di risultato dipende dal numero di elementi campionati per le aree oggetto di verifica. Il controllo di risultato è scomposto in diverse voci come riportato nella tabella 2.

L'ultima voce nei controlli di risultato rappresenta un indice di "bontà" delle misure fatte e si riferisce strettamente allo strumento (bioluminometro).

Infatti, durante i campionamenti possiamo avere valori al di sotto del limite imposto per una superficie come anche valori superiori. Con questo indicatore andiamo a vedere, quanto si discostano mediamente le mie misurazioni rispetto al valor di LQA. Il focus principale dell'indicatore è il cantiere in cui si svolgono le attività di pulizia. Affinché possano emergere dei dati significativi che riescano a descrivere bene il cantiere oggetto dell'ispezione all'interno delle verifiche dirette sono state inserite altre

tre voci da controllare come mostrato in tabella 3. L'ultimo indice, ma non meno importante è l'indicatore delle verifiche indirette (IVI) con peso globale sull'indicatore globale pari al 40%. Sono verifiche svolte dal personale dell'azienda e sono condotte in itinere considerando principalmente questi due aspetti:

- 1. Controllo di processo con peso 50%.
2. Controllo di risultato con peso 50%.

L'indicatore preso in considerazione per entrambi i controlli è il numero di non conformità sul totale dei requisiti della check list, come in tabella 4. In conclusione, è possibile scrivere la formula dell'IGQP come somma pesata degli indicatori precedentemente descritti:

IGQP = 0,2*IVS + 0,4*(IVD + IVI)

Dove:

IGQP = indicatore globale di qualità delle pulizie;
IVS = indicatore verifica sistema;
IVD = indicatore verifiche dirette;
IVI = indicatore verifiche indirette.

2- IL SISTEMA SGI-ARGO2COME STRUMENTO INFORMATICO A SUPPORTO DELLE VERIFICHE ISPETTIVE.

Negli ultimi tempi anche all'interno delle strutture sanitarie l'informatizzazione ha preso sempre più piede (basti pensare alla digitalizzazione delle cartelle cliniche) apportando numerosi vantaggi nella gestione dei processi aziendali.

Una qualsiasi azienda o struttura sanitaria, sia pubblica che privata, che persegue obiettivi di qualità e di efficienza, non può prescindere dall'informatizzare i suoi processi (o anche solo alcuni) e nel farlo può avere svariati motivi. La scelta operata da ANMDO, in collaborazione con il CERMET che ha sviluppato e realizzato il sistema, è stata quella di informatizzare i report prodotti da verifiche ispettive di prima, seconda e terza parte. Le motivazioni che hanno portato all'adozione di questo sistema sono principalmente:

- 1. Velocità nel trattare la documentazione prodotta.

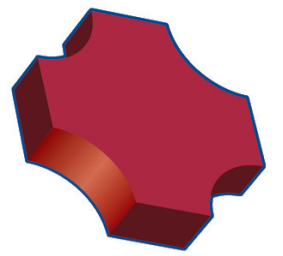
2 AR: area ad alto rischio.

3 MR: aree a medio rischio.

4 RLU: unità di luce relativa. E' l'unità di misura delle rilevazioni fatte con il bioluminometro.

5 Il numero di elementi da considerare sono almeno 15 da ripartire tra gli operatori che operano in area ad AR e MR

6 Per la sorveglianza sanitaria bisogna andare a consi-



ACCREDITAMENTO

2. Velocità nelle comunicazioni interne, con i fornitori e con i clienti.
3. Miglioramento della gestione della documentazione.
4. Miglioramento nella rintracciabilità dei documenti.
5. Aumento dell'integrazione tra le parti.
6. Diminuzione dei tempi di risposta per correggere eventuali non conformità.

L'obiettivo di questo software è di fornire una piattaforma tecnologica comune per le parti perseguitare i controlli sugli elementi in funzione di:

1. Livello di criticità dell'area/ambiente/locale.
2. Tipologia d'intervento per area/ambiente/locale.
3. Protocollo di pulizia.

La piattaforma tecnologica (Sistema di Gestione Ispezioni SGI - ARGO) in grado di gestire: l'anagrafica dei soggetti deputati ai controlli (impresa, ente appaltante, CERMET), l'anagrafica del personale incaricato allo svolgimento degli audit e l'anagrafica del capitolato/contratto dove sono configurate tutte le informazioni necessarie per effettuare i controlli sugli elementi in funzione del livello di criticità oltre che le informazioni circa la tipologia di intervento per area/ambiente/elemento e relativo protocollo di pulizia. Il sistema rende disponibile i dati necessari per la pianificazione dei controlli ai soggetti interessati con la possibilità

di utilizzo dell'applicazione off-line. I risultati dei controlli sono comunicati on-line al data-center CERMET in grado di produrre report personalizzati al tipo di utente e funzione per cui è stato configurato l'accesso al software. La struttura del sistema è organizzata in sei moduli che sono:

1. Modulo di Autenticazione profilata;
2. Modulo Gestione Anagrafiche Aziende/Persone;
3. Modulo gestione Contratto (capitolato)
4. Modulo compilazione verifica
5. Modulo Pianificazione
6. Modulo Non conformità

3-IL RUOLO DEL MEDICO IGIENISTA NELLE VERIFICHE ISPETTIVE.

Il ricorso all'outsourcing, per quanto riguarda l'erogazione dei servizi di pulizia e sanificazione in ambito sanitario, è ormai prassi consolidata ma inevitabilmente obbliga il committente a predisporre un accurato sistema di controllo per garantire l'efficace del servizio attraverso l'analisi di opportuni indicatori. Il monitoraggio della continuità di efficienza nell'erogazione dei servizi di pulizia viene svolto attraverso periodiche ispezioni del cantiere.

In questo momento, il parco normativo non regola il ruolo del medico igienista nelle verifiche ispettive di seconda e terza

parte in ambito sanitario sia pubblico che privato.

La scelta operata da ANMDO, in un'ottica di qualità totale, ha deciso di introdurre e coinvolgere questa figura nelle verifiche ispettive del cantiere. Le motivazioni di questa scelta possono essere rintracciati nei punti seguenti:

1. Aumentare il "valore" della qualità delle verifiche ispettive potendo usufruire di una figura professionale competente ed autorevole.
2. Dare maggiore credibilità e rafforzare il valore dei dati riscontrati durante i singoli audit.
3. Poter metter in campo la "miglior professionalità" nella preparazione delle check list (dal punto di vista igienico-sanitario) e nell'analisi, postuma, dei risultati.

Le competenze che deve possedere il medico igienista che partecipa alle verifiche ispettive, insieme con l'ente terzo (CERMET), sono sostanzialmente tre:

1. Competenza professionale che gli deriva dal percorso di studi fatto e dalla relativa specializzazione.
2. Competenze analitiche: possedere e sviluppare quelle metodologie d'indagine più adeguate per ottenere dei dati che abbiano una valenza "forte" ai fini statistici e che sia convalidabili.
4. Competenze tecniche: conoscere bene la struttura sanitaria presso il quale presta servizio e le procedure di pulizia in relazione alle diverse aree ospedaliere, nonché dei prodotti/materiali usati durante l'attività di pulizia.

Le novità introdotte nello standard sono, ancora una volta, la testimonianza di come queste linee guida siano altamente flessibili e dinamiche in modo da poter rispondere al meglio alle esigenze ospedaliere in materia di pulizia e sanificazione.

Le tre novità introdotte nello standard, che dovranno essere introdotte gradualmente, (soprattutto per quanto riguarda l'IGQP) porteranno dei vantaggi in merito a:

1. Poter usufruire di un indice che considera, valuta e misura tutti gli aspetti dell'accreditamento, con particolare riferimento al cantiere, restituendo un valore che rappresenta lo stato di salute del servizio erogato.
2. Poter gestire in modo strutturato la documentazione delle verifiche ed incrementare la velocità di comunicazione e di risposta delle parti.
3. Poter dare maggiore credibilità e spessore nella validazione e conferma dei dati derivanti da verifiche ispettive attraverso un esperto di settore (medico igienista).

Attualmente, fare una previsione sulle novità future dello standard è ancora presto ma sicuramente saranno valutate sul campo tutti gli aspetti che permetteranno al servizio di pulizia e sanificazione ambientale in gestione appaltata di ricoprire sempre più un ruolo da principessa e meno da cenerentola per integrarsi a pieno con le normali attività cliniche, tipiche di una struttura sanitaria, e contribuendo in modo significativo al benessere ambientale.

Novità

PreGuard³

IL NUOVO SISTEMA PER L'IGIENE DEGLI AMBIENTI SANITARI

Più ambiente - Più igiene - Più Sicurezza
in minor tempo

**ABBATTE
LA CARICA
BATTERICA FINO
AL 91%***

1

Carico lavatrice con frange e panni sporchi

Ciclo di lavaggio

Ciclo di preimpregnazione in lavatrice con prodotto P.M.C.



40 min
max 1h, 10 min
(tempi medi)

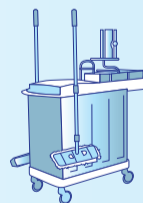


2

Carico panni nei relativi box Preparazione carrello



3 min*
*Annullamento totale dei tempi di impregnazione manuale o preparazione secchi con detergente



3

Trasferimento ai reparti Inizio procedura di pulizia e disinfezione



VERIFICA E CONTROLLO DEI RISULTATI DA PARTE DI SUTTER PROFESSIONAL LAB

*decremento massimo della carica microbica testato dal laboratorio di microbiologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Maggiore della Carità" di Novara.

NUMERI UTILI

PRESIDENTE

Dott. Gianfranco Finzi
Presso Direzione Medica Ospedaliera
Policlinico S. Orsola Malpighi
Via Massarenti 9, 40138 Bologna
gianfranco.finzi@aosp.bo.it

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Prof. Ugo Luigi Aparo
Istituto Dermatologico dell'Immacolata Roma
Tel. 06.66464450
aparo@idi.it

SEGRETERIA PRESIDENZA A.N.M.D.O.

Presso Direzione Medica Ospedaliera Policlinico
S. Orsola Malpighi
Via Massarenti 9, 40138 Bologna
Tel./Fax 051 390512
Cell. 3338105555
anmdo.segreteria@virgilio.it

SEGRETERIA SINDACALE

Dott. Sergio Pili
Presidio Opsedaliero SIRAI
Carbonia (CA)
tel. 0781.6683308
sergiopili@hotmail.com