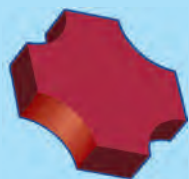


L'OSPEDALE

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



ANMDO

associazione nazionale medici direzioni ospedaliere

Periodico dell'ANMDO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI DIREZIONI OSPEDALIERE

postatarget
magazine

DCOOS3399
NAZ/185/2008

Posteitaliane

N° 4/10

36° CONGRESSO A.N.M.D.O.

La gestione dei rifiuti nell'azienda sanitaria di Firenze. Percorso di miglioramento del processo di gestione dei rifiuti per un minor impatto ambientale ed un contenimento dei costi

La clinical competence nei percorsi di accreditamento

Strutture sanitarie e sostenibilità ambientale

MANAGEMENT SANITARIO

Gestione della qualità dei processi tramite l'utilizzo di modelli di simulazione

MANAGEMENT SANITARIO

L'ospedale per intensità di cure: l'esperienza dell'Azienda Usl 12 di Viareggio

GESTIONE DEL RISCHIO

Valutare i rischi dei lavoratori in una lettura integrata dei rischi aziendali

GESTIONE DEL RISCHIO

Monitorizzazione dei servizi appaltati: dalla logica epidemiologica alla logica di verifica della qualità delle prestazioni

GESTIONE DEL RISCHIO

Igiene sicurezza e controllo ambientale in ambito operatorio: nuovi modelli organizzativi e ruolo del direttore sanitario

ORIZZONTI



EDICOM

info@gsanews.it • www.gsanews.it

LA PREVENZIONE

contro virus, batteri, spore e funghi.



Il vapore
che disinfetta.



Sani System Polti è un'apparecchiatura elettro-medica per la sanificazione di alto livello in ambienti a rischio di contaminazione biologica (dispositivo medico di classe 2A destinato ad uso professionale).

Emette vapore saturo secco surriscaldato ad alta temperatura fino a 180°C in combinazione con il sanificante HPMed. Il sistema permette di abbattere in pochi secondi la carica

batterica, fungina e virale delle superfici e tessuti su cui viene applicato. Sani System Polti è stato sottoposto a numerosi test di laboratorio e studi clinici, sia in Italia che all'estero. Tali studi hanno dimostrato la sicurezza d'uso e l'efficacia di Sani System Polti, che consente di ottenere risultati notevolmente superiori rispetto ai metodi tradizionali di sanificazione ambientale (es. disinfettanti chimici).

www.sanisystempoliti.com

PRENOTATE LA VOSTRA PROVA GRATUITA:
medicaldivision@politi.com



MEDICAL DIVISION

Via Ferloni 83 - 22070 Bulgarograsso (CO) - Italia - medicaldivision@politi.com
TEL. 031 939 111 - 031 939 215

PULITO. SICURO. EFFICIENTE.



LA TUTELA DELLA SALUTE DEI PAZIENTI ATTRAVERSO LA PREVENZIONE DEI RISCHI D'INFEZIONE



Dove: tutti i pavimenti, le superfici e gli arredi in ospedale



Chi: 5.000 clienti in Europa



Come: abbattimento del 79% della carica batterica



Sistema HealthGuard®

Sistema integrato di procedure di pulizia e disinfezione basato su un metodo esclusivo Ecolab e certificato da una primaria Università italiana.

Pulito - garantire un ambiente pulito e disinfettato che dia tranquillità a pazienti ed operatori

Sicuro - minimizzare il rischio di infezioni grazie a prodotti e sistemi particolarmente efficaci

Efficiente - conseguire elevatissimi livelli di produttività con l'utilizzo del Sistema HealthGuard

Con Siram il tuo ospedale gode di ottima salute

Design: Graphicamente - Mi



Un ospedale efficiente, attento all'ambiente è un ospedale sano.

Siram lavora per ottenere la piena funzionalità delle infrastrutture sanitarie, anticipando le possibili criticità. Si preoccupa di ridurre i consumi energetici, risparmiare risorse economiche e garantire comfort agli utenti.

Oggi gestisce gli impianti energetici e tecnologici di oltre 560 strutture ospedaliere, pari a oltre 70.000 posti letto. Con un unico obiettivo: tutelare la salute dell'ospedale, dare più efficienza a tutti i livelli, dagli impianti termici alle sale operatorie. In modo da assicurare rispetto dell'ambiente, tranquillità e serenità al personale, benessere e sicurezza agli utenti.

Un ospedale sano può dedicare tutta la sua attenzione ai pazienti.

E far sì che l'ospedale sia sempre in salute è la missione di Siram.

Siram | Dalkia Solar Italia | Gefi S.I. | Semitec
Emicom Service | Rettagliata Servizi | Simav

 **Siram**



SOMMARIO

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni
Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz
Anno 63 - Numero 4 - ottobre-dicembre 2010

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 - www.gsanews.it

Direttore responsabile: Giovanna Serrano

Direttore editoriale: G. Finzi

Segreteria scientifica: U.L. Aparo

Comitato di direzione: U.L. Aparo, A. Appicciafuoco,
S. Brusaferrò, V. Castaldo, G. Dal Pozzolo, C. Del Giudice,
A.A. De Stefano, C. Di Falco, B. Falzea, K. Kob, U. Podner
Komarony, R. Li Donni, A. Marcolongo, A. Battista,
G. Paladino, G. Pelissero, S. Pili, A. Pellicano,
R. Predonzani, A. Rampa, G. Schirripa, D. Stalteri,
M.A. Vantaggiato

Comitato di redazione: U.L. Aparo, K. Kob, C. Catananti,
C. Ponzetti, S. Brusaferrò

Abbonamenti
Italia annuo € 31,00
Europa
paesi extra europei € 103,00
Copia € 1,29

c.c.p. 38498200

Grafica e impaginazione: A&C STUDIO

Fotolito e stampa:
T&T STUDIO - MILANO
VELAWEB - binasco (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:
01/01/2007 - 31/12/2007

Tiratura media: N. 5.375 copie

Diffusione media: N. 5.128 copie

Certificato CSST N.2009-1944 del 26 Febbraio 2010

Società di Revisione: RIA&PARTNERS
Tiratura del presente numero: 5.000 copie

associato a:

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

CSST CERTIFICAZIONE
STAMPA SPECIALIZZATA
E TECNICA

"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 Amoruso presso la sede di Milano Via Alfonso
Corti, 28 per esercitare i diritti previsti dal D.lgs
196/2003"



In copertina:
Cittadella Ospedaliera
A.O.R.N.
San G. Moscati di Avellino

La gestione dei rifiuti nell'azienda sanitaria di Firenze

T. Faraoni, A. Baroni, C. Cairo, F. Castelli

8

La clinical competence nei percorsi di accreditamento

M. Loizzo, A. Benvenuto, M. A. Vantaggiato, S. De Paola, O. Perfetti

14

Strutture sanitarie e sostenibilità ambientale

M. G. Zuccaro

24

Gestione della qualità dei processi tramite l'utilizzo di modelli di simulazione

U.L. Aparo, G. Finzi, A. Aparo

28

L'ospedale per intensità di cure: l'esperienza dell'Azienda Usl 12 di Viareggio

G. Luchini, A. Reale

32

Valutare i rischi dei lavoratori in una lettura integrata dei rischi aziendali

P. Di Guida

38

Monitorizzazione dei servizi appaltati: dalla logica epidemiologica alla logica di verifica della qualità delle prestazioni

A. M. Longhitano

42

Igiene sicurezza e controllo ambientale in ambito operatorio: nuovi modelli organizzativi e ruolo del direttore sanitario

S. P. Cantaro, G. Saglimbeni

46

ORIZZONTI

50

IPC Soluzioni per la sanità

Sanificare è meglio che curare

La maggior parte dei virus e batteri che causano infezioni si trasmettono per contatto indiretto. Per questo è importante che gli ambienti sanitari vengano costantemente sanificati e disinfettati. Sensibile all'emergenza infezioni, le aziende IPC hanno sviluppato IPC Healthcare Solutions, un sistema integrato di macchine, attrezzature, materiali di consumo, procedure e protocolli studiati per igienizzare e disinfettare in maniera sicura e immediata ogni ambiente, combattendo in modo concreto il rischio di contaminazioni biologiche.



Sanivap™ IPC Portotecnica

- Sanivap di IPC sanifica e disinfetta ogni area o superficie, il sistema è composto da generatori di vapore ed aspiratori integrati, attrezzature e protocolli di utilizzo.
- L'efficacia disinfettante e detergente del vapore è certificata. Sanivap è conforme alla direttiva CE-DM 93/42 (dispositivi medici), Reg Min. 304235.
- Non utilizza detergenti o disinfettanti chimici, garanzia di sicurezza per gli operatori e per l'ambiente.
- Consente un notevole risparmio economico, riduzione dei tempi di pulizia e disinfezione eseguite in un'unica operazione.

HDS™ - carrello disinfezione IPC Euromop

- Attrezzature e panni sono in materiali antibatterici di nuova generazione.
- Riduce il rischio di contaminazioni trasversali grazie all'utilizzo di plastiche antibatteriche certificate, al particolare design e alle soluzioni no-touch.
- I suoi protocolli di utilizzo garantiscono risparmi di tempi e costi operativi.
- La capacità di IPC HDS di ridurre i valori UFC presenti su pavimenti e superfici è certificata dalla ISO22196:2007 (Plastics-Measurement of antibacterial activity on plastics surfaces).

HDS™ - plastica antibatterica IPC Euromop

- L'esclusiva plastica antibatterica IPC HDS™ riduce drasticamente le cariche batteriche presenti sulla superficie, limitandone la diffusione negli ambienti per contaminazione diretta o trasversale, quella che si ottiene ad esempio spostando un oggetto da un ambiente all'altro.
- La plastica IPC HDS™ è la prima nel suo genere a ottenere per questi utilizzi la certificazione ISO 22196:2007.
- La linea HDS antibatterica è realizzata con i più avanzati trattamenti antibatterici ed è composta oltre che dal carrello da telai, mop, dispenser e contenitori.



IPC

Integrated Professional Cleaning

info: 0421.205511

www.ipcleaning.com/healthcare



PULIZIE & SANIFICAZIONI A PROVA DI PAZIENTE

La pulizia degli ambienti dove ci si prende cura degli ammalati o delle persone non autosufficienti è doppiamente importante. Le buone condizioni igieniche sono, infatti, la prima barriera contro le infezioni e il primo indicatore di qualità del servizio sanitario percepito dai pazienti.

Il know how di Coopservice, maturato in oltre trent'anni di attività, offre in proposito le più ampie garanzie, in virtù di una sperimentata gamma di servizi progettati a misura del committente e forniti anche nelle modalità *global service* e *project financing*.

Un'attitudine che fa di Coopservice non un semplice fornitore ma un partner di fiducia.

Negli ospedali, nelle cliniche, nelle case di riposo, Coopservice è in grado di risolvere qualsiasi problema d'igiene, come dimostra l'esperienza acquisita nella pulizia e sanificazione di ogni tipo di ambiente, compresi i comparti che richiedono interventi di alto profilo, come le sale operatorie. Svolti secondo procedure rigorose, i servizi prestati da Coopservice sono sottoposti a costanti controlli di risultato da parte del committente, attraverso analisi strumentali e di laboratorio.

COOPSERVICE. MOLTO PIÙ DI UN SEMPLICE FORNITORE



La gestione dei rifiuti nell'azienda sanitaria di Firenze

Percorso di miglioramento del processo di gestione dei rifiuti per un minor impatto ambientale ed un contenimento dei costi

Riassunto

L'Azienda Sanitaria di Firenze, nell'ambito della gestione dei rifiuti, ha fatto in questi anni delle scelte che riducono l'impatto sull'ambiente ed ha intrapreso un percorso di miglioramento.

La costituzione di un Gruppo di lavoro ha rappresentato il punto di partenza per affrontare alcune criticità emergenti e poi per pianificare e mettere in atto una serie di azioni finalizzate ad una più corretta gestione dei rifiuti, nel rispetto della normativa vigente e delle procedure aziendali. Il lavoro illustra alcune delle azioni messe in campo ed i risultati raggiunti, in particolare la riduzione del 15% , dal 2007 al 2009, della quantità di rifiuti a rischio infettivo prodotti nei sei Presidi Ospedalieri .

L'impegno di un' Azienda Sanitaria per la riduzione dei rifiuti non solo ha una ricaduta positiva sui costi ma, determinando un minor impatto ambientale, acquista il significato anche di contribuire a " produrre salute".

Tiziana Faraoni*, **Angiolo Baroni****, **Carmina Cairo****, **Francesca Castelli*****

*Azienda Sanitaria di Firenze, Direzione Medica Presidio Ospedaliero del Mugello

** Azienda Sanitaria di Firenze, Direzione Sanitaria Aziendale

*** Azienda Sanitaria di Firenze, S.S. Gestione Servizi Appaltati

INTRODUZIONE

Possiamo affermare e constatare come il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie si accompagni a scelte che potenzialmente aumentano l'impatto sull'ambiente; in particolare il crescente utilizzo di materiali monouso che riduce sicuramente il propagarsi delle infezioni, d'altro canto incrementa la produzione di rifiuti; inoltre, la riduzione della degenza media, con aumento della intensità delle prestazioni, determina un incremento dei rifiuti per giornata di degenza. Anche l'innalzamento degli standard di qualità alberghiera possono contribuire in tal senso.

D'altra parte, la normativa che regola la gestione dei rifiuti, fino dal 1997, con la prima legge

quadro in materia, il cosiddetto Decreto Ronchi, è passata, da una logica fino ad allora ancorata all'emergenza ed incentrata sullo smaltimento, ad una nuova impostazione basata sulla "gestione" dei rifiuti e rivolta alla prevenzione e riduzione della produzione da un lato ed al recupero dall'altro.

Concetti questi nuovamente ripresi e ribaditi nella normativa più recente quali il "Regolamento recante la disciplina della gestione dei rifiuti sanitari" DPR n.254 del 15 Luglio 2003 e confermati nel D.Lgs. n.152 del 3 Aprile 2006 "Normativa in materia ambientale".

Tra le finalità che la normativa si prefigge: conformare ogni fase della gestione dei rifiuti ai principi della tutela ambientale, della salute pubblica e di controlli efficaci, nonché ridurre la produzione di tutte le

tipologie di rifiuti sanitari. Inoltre da anni ormai, in nome di uno sviluppo sostenibile, sia a livello comunitario, che nazionale e regionale vengono enunciati principi, stilati programmi e raccomandate azioni con l'obiettivo di ridurre la quantità complessiva di rifiuti prodotta e quella destinata alla eliminazione, allo smaltimento, per ottenere benefici ambientali e di salute con minor consumo di risorse e minor inquinamento.

Si deve tenere conto anche che i costi per lo smaltimento dei rifiuti sanitari comportano per i produttori un impegno economico rilevante e che la normativa vigente dà indicazioni affinché le strutture sanitarie pubbliche debbano provvedere alla gestione dei rifiuti prodotti secondo criteri di economicità.

Premesso quanto sopra, l'Azienda Sanitaria di Firenze, nella seconda metà del 2008, con l'obiettivo iniziale di affrontare e risolvere alcune criticità emergenti nella gestione dei rifiuti, in parte dovute a carenze e inadempienze della Ditta appaltatrice per il servizio di trasporto e smaltimento dei rifiuti ed in parte alla applicazione di non corrette pratiche da parte degli operatori, rilevate soprattutto nei presidi territoriali, e legate anche a problemi organizzativi, inizia un percorso di miglioramento che, nel tempo, sta consentendo di affrontare in maniera complessiva la problematica dei rifiuti prodotti nelle strutture dell'Azienda.

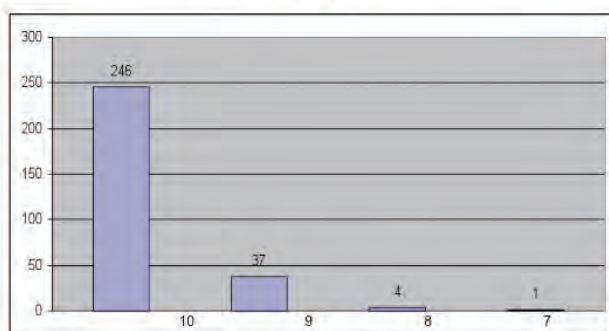
La relazione illustra le principali azioni messe in campo ed alcuni risultati ottenuti.

**PAROLE CHIAVE:**

rifiuti sanitari, sviluppo sostenibile, impatto ambientale, raccolta differenziata

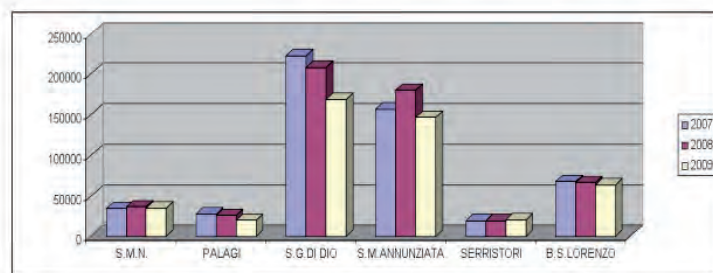
Risultati del questionario di apprendimento, Corso di formazione "Gestione dei Rifiuti Sanitari e raccolta differenziata" anno 2009
Hanno partecipato al Corso 288 Operatori
L'86% (246) ha risposto correttamente a tutte le domande, 10/10
il 13% (37) a 9/10, l'1% (4) a 8/10 e solo 1 operatore a 7/10

Figura n. 1



Rifiuti a rischio infettivo (CER 180103) prodotti nei sei Presidi Ospedalieri Azienda Sanitaria Firenze
Andamento della produzione anni 2007 - 2008 - 2009

Figura n. 2



CONTESTO NEL QUALE IL PERCORSO DI MIGLIORAMENTO PRENDE AVVIO E SI SVILUPPA

L'Azienda Sanitaria di Firenze ha un bacino di utenza rappresentato da 33 Comuni con 850.000 abitanti, conta 6 Presidi Ospedalieri, con circa 1000 P.L., 400 Presidi territoriali e 6500 dipendenti, ha prodotto annualmente

oltre 500 tonnellate di rifiuti a rischio infettivo con un impegno economico di oltre 1.000.000 di euro. L'80%-85% dei rifiuti a rischio infettivo viene prodotto negli ospedali e la restante parte nei servizi territoriali.

Da alcuni anni è stata fatta la scelta da parte dell'Azienda di adoperare, per i rifiuti a rischio infettivo, contenitori riutilizzabili dopo idonea bonifica, modalità prevista dalla normativa vi-

gente; i contenitori vengono prodotti con materiale rigenerato e sono riutilizzabili, previa procedura di lavaggio e disinfezione dopo ogni ciclo d'uso. A fine vita, e cioè dopo 12 lavaggi, o prima, se vengono rilevate delle non conformità, i contenitori non entrano nel ciclo dei rifiuti, ma vengono recuperati, tritati ed il materiale risultante viene utilizzato per stampare nuovi contenitori.

Inoltre, con l'introduzione graduale della stampa a secco delle pellicole radiografiche nei servizi radiologici dell'Azienda, si arriva ad azzerare la produzione dei rifiuti pericolosi a rischio chimico derivanti dall'utilizzo dei liquidi di fissaggio e sviluppo, utilizzati nella radiologia tradizionale. Questa scelta, tra gli altri obiettivi, persegue anche quello di ridurre l'impatto sull'ambiente.

Con l'intento di affrontare alcuni problemi emergenti, come detto sopra, l'Azienda decide di costituire un Gruppo di lavoro che cerca di gestire al meglio i problemi suddetti e facilita, con il proprio contributo tecnico, il subentro della nuova ditta per l'appalto del trasporto e smaltimento rifiuti, dopo provvedimento di risoluzione del contratto, per inadempienze, con la prima Ditta.

In relazione poi alle criticità rilevate nella gestione dei rifiuti nei presidi territoriali, viene data indicazione al Gruppo di lavoro di inserire come priorità interventi/azioni finalizzate in particolare alla formazione/sensibilizzazione degli operatori di tali strutture.

Risulta d'altra parte che il personale dei Presidi Ospedalieri abbia in tale ambito maggiore formazione ed esperienza, in relazione anche alla presenza delle Direzioni sanitarie di Presidio; nello specifico erano già stati effettuati, nell'anno 2008, incontri di formazione in 5 dei 6 Ospedali ed era in corso di implementazione la raccolta differenziata di una parte dei rifiuti assimilati agli urbani.

Rifiuti a rischio infettivo (CER 180103) prodotti nei sei Presidi Ospedalieri dell'Azienda Sanitaria di Firenze
Quantità prodotte negli anni 2007 2008 2009 con percentuali di decremento/incremento



Tabella n. 1

PRESIDI OSPEDALIERI AZIENDALI	Quantità Kg. prodotta Rifiuti 180103	Quantità Kg. prodotta Rifiuti 180103	Quantità Kg. prodotta Rifiuti 180103	Percentuale decremento /incremento	Percentuale decremento /incremento
Anno di riferimento	2007	2008	2009	2007/2009	2008/2009
S. Maria Nuova	34139.4	36609.38	34681.24	>1,6%	< 5%
Palagi	27715.5	25350.94	19589.44	< 29%	< 23%
S. Giovanni di Dio	222288.21	208393.13	168800.3	< 24%	< 19%
S. Maria Annunziata	156649.65	179931.78	146836.1	< 6%	< 18%
Serristori	19225.8	19031.75	20241.87	> 6%	> 6,4%
Borgo San Lorenzo	67581.15	66286.3	63203.79	< 4,7%	< 6%
Totali	527599.71	535603.28	453352.74	< 14%	<15%

MATERIALI E METODI

Pertanto il Gruppo di lavoro individuava e propone alla Direzione Sanitaria aziendale il seguente programma:

- completare la revisione e la implementazione della procedura aziendale, in fase di elaborazione, sulla corretta gestione dei rifiuti
- curare la capillare diffusione della procedura suddetta
- fornire consulenza e supporto alle Strutture Ospedaliere e Territoriali in merito alla gestione dei rifiuti
- svolgere attività di sensibilizzazione/formazione per una corretta separazione dei rifiuti con la finalità di ridurre la quantità complessiva conferita alla ditta appaltatrice ed incrementare/facilitare la raccolta differenziata
- monitorare il percorso dei rifiuti e verificare periodicamente il grado di conformità alle disposizioni normative ed alla procedura aziendale al fine di intervenire tempestivamente sulle criticità/non conformità rilevate
- elaborare progetti inerenti i punti sopra indicati.

La Direzione Sanitaria aziendale, nel novembre 2008, approva il programma proposto. Tra le attività svolte dal Gruppo di lavoro:

- E' stata effettuata la revisione/implementazione della procedura aziendale per la corretta gestione dei rifiuti.
- Si è tenuto un incontro con i Coordinatori delle attività sanitarie territoriali ed i Direttori delle UU.OO. Assistenza Infermieristica territoriale delle quattro Zone nelle quali si articola l'Azienda, per presentare la procedura aziendale per la corretta gestione dei rifiuti ed il programma. E' stato richiesto di individuare almeno quattro referenti infermieristici per Zona (uno per ciascuna Unità Funzionale) al fine di creare una rete di operatori formati e motivati che faccia da tramite tra il Gruppo di lavoro e gli operatori del territorio.
- E' stato attivato un indirizzo di posta elettronica del Gruppo di lavoro al quale gli operatori possono inviare quesiti, osservazioni, richieste relative alla gestione dei rifiuti.
- Sono state effettuate 10 edizioni del Corso di formazione obbligatoria "Corretta gestione dei rifiuti

sanitari e raccolta differenziata" (8 sul territorio e 2 in un Presidio ospedaliero) con la partecipazione di 288 operatori sanitari; sono stati coinvolti nel corso, in particolare per la parte più pratica e dimostrativa, i referenti delle Zone che nel frattempo erano stati individuati. Il corso è stato rivolto a tutte le figure sanitarie, ma si è notata l'assenza quasi totale dei medici che mostrano, in genere, scarso interesse per queste tematiche.

- Sono stati acquisiti e distribuiti ai presidi territoriali che ne hanno fatto richiesta idonei contenitori per la raccolta differenziata.
- Sono stati realizzati poster esplicativi da posizionare in corrispondenza dei contenitori per la raccolta differenziata, per facilitarla e ridurre gli errori
- E' stato messa a punto con due Ditte Municipalizzate di Firenze una Convenzione per la realizzazione di un Progetto denominato "Ecotappa". Due Presidi Ospedalieri ed uno Territoriale hanno aderito al Progetto dando la disponibilità per installare un punto di conferimento per rifiuti di origine domestica a disposizione degli utenti che hanno contatti con la struttura. Trattasi di una raccolta differenziata di importanti frazioni di rifiuti solidi urbani, quali pile, cartucce esauste per stampanti, bombolette spray, farmaci e piccoli elettrodomestici. Le due Ditte Municipalizzate, in seguito all'adesione al Progetto suddetto, si impegnano a riconoscere alle Strutture una riduzione pari al 10% della parte variabile della tariffa di Igiene Ambientale (TIA). La Convenzione è stata appena firmata ed il Progetto prenderà avvio nel prossimo mese.
- E' in fase di valutazione la possibilità di sterilizzare i rifiuti a rischio infettivo prodotti nell'Azienda

da. Infatti il DPR 254/2003 la prevede, come modalità alternativa di trattamento di tali rifiuti che, in tal modo, diventano assimilati ai rifiuti urbani e come tali devono poi essere smaltiti in impianti di incenerimento di rifiuti urbani, oppure come rifiuti sanitari non pericolosi smaltiti in impianti di produzione di CDR o in quelli che possono utilizzarli per produrre energia. La sterilizzazione consentirebbe di aderire a quanto richiesto dalla normativa “ i rifiuti sanitari devono essere gestiti in modo da diminuirne la pericolosità, da favorirne il riciclaggio ed il recupero;” e “le strutture sanitarie pubbliche devono altresì provvedere alla gestione dei rifiuti prodotti secondo criteri di economicità” infatti si prevede un risparmio pari a circa il 40% del costo di smaltimento come rifiuto pericoloso a rischio infettivo.

- E' stato predisposta una Check List per la verifica della applicazione di quanto previsto dalla normativa e dalla Procedura Aziendale. Già alcune strutture, in particolare quelle ospedaliere, hanno introdotto e stanno effettuando delle verifiche nei punti di produzione rifiuti. La C.L. verrà proposta e condivisa con i Direttori/Responsabili delle unità di produzione rifiuti per utilizzare uno strumento unico di verifica sul campo.

RISULTATI OTTENUTI E PROSPETTIVE A BREVE TERMINE

- Riguardo la partecipazione agli eventi formativi, l'attenzione è stata alta: i partecipanti hanno manifestato apprezzamento ed interesse e dai questionari di gradimento risulta elevata la percentuale di coloro che li hanno ritenuti molto efficaci e rilevanti.

Rifiuti a rischio infettivo CER 180103 prodotti per giornata di degenza nei sei Presidi Ospedalieri dell'Azienda Sanitaria di Firenze negli anni 2008 e 2009

Tabella n. 2

Presidi Ospedalieri Aziendali	Rifiuti prodotti Kg 2008	Giornate degenza 2008	Rifiuti prodotti Kg/ Giornata degenza	Rifiuti prodotti Kg 2009	Giornate degenza 2009	Rifiuti prodotti Kg/ Giornata degenza
S. Maria Nuova	36609.38	32970	1,1	34681.24	34983	0,990
Palagi	25350.94	11896	2,1	19589.44	8380	2,3
S. Giovanni di Dio	208393.13	89335	2,3	168800.3	96534	1,7
S. Maria Annunziata	179931.79	88897	2	146836.1	84452	1,7
Serristori	19031.75	31880	0,600	20241.87	27114	0,750
Borgo S. Lorenzo	66286.3	37498	1,7	63203.79	36405	1,7

Dai questionari per l'apprendimento, effettuato alla fine del Corso, risulta che su 288 partecipanti, come rappresentato nella figura n. 1, 246 e cioè l'86% ha risposto correttamente a tutte le domande, 10/10, 37 e cioè il 13% ha risposto correttamente a 9/10, 4 e cioè l'1% a 8/10 ed 1 operatore soltanto a 7/10

- La figura n. 2 mostra l'andamento della produzione dei rifiuti a rischio infettivo negli ultimi tre anni (2007-2009) nei sei Presidi Ospedalieri aziendali. Complessivamente risulta che la produzione totale sia passata da 528 tonnellate nel 2007 a 453 tonnellate nel 2009, con una riduzione quindi del 15%; nel 2008 si era avuto invece un incremento dell' 1% e quindi, nei due anni 2007 e 2008, il trend si era mantenuto costante. I maggiori risultati positivi e quindi la maggiore percentuale di decremento nella quantità di rifiuti prodotta sono stati raggiunti dai due ospedali più grandi, P.O. S. Giovanni di Dio e P.O. S. Maria Annunziata e dal P.O. Palagi, con una percentuale di riduzione rispettivamente del 24%, 18% e 29%. Degli altri tre P.O. più piccoli

in due si è registrato un decremento del 5-6% ed in uno soltanto un incremento del 6% (tabella n.1). La tabella n. 2 riporta il calcolo della quantità di rifiuti a rischio infettivo prodotta per giornata di degenza nei sei Presidi Ospedalieri Aziendali negli anni 2008 e 2009. Anche questo indicatore di performance, in netto miglioramento dal 2008 al 2009 per quasi tutti i presidi ospedalieri, dovrebbe comunque poter ridursi ulteriormente. Il risultato raggiunto nel 2009 può essere ricondotto ad una migliore separazione dei rifiuti e alla implementazione della raccolta differenziata realizzati a seguito della diffusione della revisione della procedura aziendale, degli incontri di informazione, formazione e sensibilizzazione effettuati nell'anno 2008 in cinque dei sei P.P.O.O e del supporto tecnico del Gruppo di lavoro per alcuni aspetti gestionali ed organizzativi. Una lettura ed una interpretazione più puntuali potrebbero essere effettuate in relazione anche all'andamento dell'attività nel periodo considerato. Per lo smaltimento dei rifiuti a rischio infettivo risulta che l'Azienda

nel 2009 rispetto al 2008 abbia risparmiato 121.000 euro circa. (costo al Kg 1,47 euro)

- E' risultato inoltre che nel 2009 la produzione dei rifiuti sanitari a rischio infettivo nei presidi territoriali sia stata di 67 tonnellate, che rappresenta il 15% del totale prodotto nell'Azienda; l'85% spetta infatti ai PP.OO. che ne hanno prodotto complessivamente 453,352 tonnellate. Verificheremo nel tempo l'andamento delle quantità prodotte, ci aspettiamo ed auspiciamo di registrare anche nei Presidi territoriali una diminuzione in considerazione della formazione, sensibilizzazione e supporto e della implementazione della raccolta differenziata dei rifiuti assimilati agli urbani, azioni ed attività portate avanti dal Gruppo di lavoro dal 2009.
- E' iniziata la costruzione di una rete di referenti dei presidi ospedalieri e territoriali per un maggior coordinamento e per una omogeneità nelle procedure e nelle verifiche.
- Possibilità di una implementazione di ulteriori competenze (energy management, Servizio Prevenzione e Protezione, Servizio informatico) nel Gruppo di lavoro e sua prossima formalizzazione, anche in relazione ai nuovi adempimenti del sistema SISTRI che sostituisce formulari di identificazione, registri di carico e scarico e MUD con un sistema di registrazione di tipo telematico che consentirà la tracciabilità dei rifiuti dalla produzione fino allo smaltimento. Tale nuovo sistema dovrebbe diventare operativo a partire dal 13 Luglio 2010.
- In corso di formalizzazione con delibera del Direttore Generale l'assegnazione delle responsabilità e delle deleghe per migliorare la gestione del processo rifiuti all'interno dell'Azienda.

CONCLUSIONI

Possiamo affermare che si sta iniziando a vedere qualche miglioramento, qualche risultato sperato a fronte del lavoro effettuato, ma siamo consapevoli che ci aspetta ancora un lungo cammino.

Le politiche dei paesi occidentali sono sempre più attente alla tematica della sostenibilità ambientale, i media propongono sempre più modelli positivi e la crisi che ci ha investito si ritiene possa rappresentare una grande opportunità per ripensare e riprogettare l'intera filiera produttiva, a partire dall'utilizzo di imballaggi alternativi, con la possibilità anche di ridurre la produzione dei rifiuti alla fonte. Siamo convinti comunque, e l'esperienza fatta ci rafforza in questo, che sia importante individuare e realizzare azioni per far crescere la consapevolezza di tutti gli operatori dell'azienda sanitaria, perché tutti potenzialmente sono e siamo produttori di rifiuti, al fine di una maggiore responsabilizzazione a tutti i livelli.

E' inoltre indispensabile dotare gli operatori degli strumenti necessari per rendere possibile e facile, nella operatività di tutti i giorni, la corretta separazione dei rifiuti, curando anche gli aspetti logistici in relazione alla organizzazione del lavoro.

Questi potrebbero apparire dei dettagli, ma rendono possibile oppure no l'immissione di ciascun rifiuto nel contenitore giusto.

Altro punto da non trascurare sono le verifiche periodiche sul campo che contribuiscono ad individuare le non conformità ed ad intervenire di conseguenza. Preme inoltre sottolineare come un corretto governo dell'intero processo di gestione dei rifiuti, riducendo l'impatto sull'ambiente, determina una ricaduta positiva sulla salute dei suoi abitanti.

E' evidente ormai che tra i numerosi determinanti delle diverse malattie vi siano cause ambientali, quali l'accu-

mulo di sostanze inquinanti nell'aria, nell'acqua, nel suolo e nei cibi, ed in tutto questo un ruolo non secondario spetta sicuramente al problema della gestione dei rifiuti.

Rispetto a queste problematiche i medici hanno indubbiamente un ruolo fondamentale ed una specifica responsabilità sia professionale che etica ed è quindi auspicabile e da facilitare un loro maggior coinvolgimento.

Infatti l'art. 5 del Codice di Deontologia Medica impone al medico il dovere deontologico di "considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini.

A tal fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse naturali, anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile. Il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva."

BIBLIOGRAFIA

Codice di Deontologia medica (aggiornamento del 23.02.2007)

Decreto Legislativo 5 Febbraio 1997 N° 22 "Attuazione delle direttive 91/156/CEE sui rifiuti, 91/689/CEE sui rifiuti pericolosi e 94/62/CE sugli imballaggi e sui rifiuti di imballaggio"

Decreto del Presidente della Repubblica 15 luglio 2003, n.254 "Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'art. 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179"

Decreto Legislativo 3 Aprile 2006, n. 152 "Norme in materia ambientale"

D.M. Ambiente 17 dicembre 2009 "Istituzione del sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti (SISTRI)"

D.M. Ambiente 15.02.2010 "Modifiche introdotte al D.M. Ambiente del 17 dicembre 2009"



**PULITORI
& AFFINI**

www.pulitori.it | info@pulitori.it

**PULITORI
& AFFINI**

**PULITORI
& AFFINI**

Leader nel cleaning ospedaliero

SERVIZI PROFESSIONALI PER IL VOSTRO AMBIENTE DI LAVORO

**PULIZIE E SANIFICAZIONI AMBIENTALI PULIZIE MICROBIOLOGICHE DISINFESTAZIONI
RISTORAZIONE OSPEDALIERA, PER ENTI E COMUNITÀ**

**LAVANDERIA INDUSTRIALE SMALTIMENTO RIFIUTI OSPEDALIERI
MANUTENZIONI GESTIONE DEL VERDE GESTIONE INTEGRATA IMMOBILI**



La clinical competence nei percorsi di accreditamento

Riassunto

Storicamente, nella realizzazione dei percorsi di garanzia della qualità dell'assistenza si è ravvisata la necessità di spostare il bersaglio da valutazioni di efficienza a valutazioni di appropriatezza e di efficacia.

Anche i modelli dell'accreditamento, sia quello istituzionale che all'eccellenza hanno spostato il proprio focus dagli aspetti tradizionali (strutture, dotazioni tecnologiche, organizzazione), che sono solo precondizioni per fornire adeguati livelli di assistenza sanitaria, alla determinazione di variabili quali la competenza professionale che rappresentano la criticità maggiore nell'erogazione di cure adeguate. Infatti la qualità dell'assistenza sanitaria è fortemente condizionata dalla competenza professionale di chi la eroga. Essa come altri parametri può essere misurata. La clinical competence è un insieme articolato e complesso di variabili riconducibili a conoscenze teoriche (Knowledge), competenze tecniche-pratiche (Skills) e attitudini (mentali, culturali, emotive). Nei percorsi di accreditamento un elemento fondante è proprio rappresentato dalla competenza clinica che, garantendo il conseguimento di standard tecnico-professionali elevati, condiziona fortemente gli esiti di salute sul paziente.

qualità, con l'abbandono di un approccio esclusivamente orientato alla mera definizione delle caratteristiche di struttura, dotazioni tecnologiche, personale, costi, responsabilità giuridiche, che devono essere possedute dai servizi sanitari. Ciò consente infatti di indagare a fondo solo la dimensione dell'efficienza

La valutazione dell'efficacia in termini di outcome positivi per il paziente necessita di strumenti più fini ed articolati di giudizio quali ad esempio quelli riconducibili alla clinical governance: "Because clinicians are at the core of clinical work, they must be at the heart of clinical governance" (Degeling P. J et al. BMJ 2004).

Pertanto alle procedure tradizionali che in passato si sono utilizzate allo scopo di assicurare la verifica della buona qualità dei servizi sanitari e cioè l'autorizzazione e l'ispezione, si sono, in tempi recenti, aggiunti l'accreditamento e la certificazione.

In merito all'accreditamento possiamo distinguere un ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE cioè regolamentato per legge che è da considerarsi uno STRUMENTO DI SELEZIONE dei soggetti erogatori di prestazioni e che viene riconosciuto dalle Regioni a tutte le organizzazioni sanitarie pubbliche o private autorizzate che soddisfano particolari requisiti di qualità e l'accreditamento all'eccellenza o professionale. Nell'accreditamento istituzionale, pur nelle differenze legate ai contesti regionali, possiamo riconoscere che esistono due tipologie di requisiti che l'operazione di accreditamento andrà a mettere sotto la lente:

■ i REQUISITI GENERALI o DI SISTEMA che sono quelli che l'orga-

M. Loizzo*, **A. Benvenuto****, **M. A. Vantaggiato******, **S. De Paola******, **O. Perfetti*******

* UOS Qualità ed Accreditamento A. O. Cs

** UOSD Flussi informativi, SDO, DRG, Epidemiologia Sanitaria A. O. Cs

*** UOSD Risk Management, Edilizia ed impiantistica sanitaria A. O. Cs

**** Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera di Cosenza A. O. Cs

***** Direzione Sanitaria Presidio Unico A. O. Cs

INTRODUZIONE

La conoscenza è potere (F. Bacon Novum Organum 1620). Parafrasando tale illustre citazione possiamo affermare che anche la competenza è potere se intendiamo per Potere la capacità di offrire una buona assistenza sanitaria.

In tutti i percorsi di miglioramento della qualità inerenti le organizzazioni sanitarie, la competenza professionale rappresenta sempre più un elemento critico per dare soddisfazione alla mission di offrire servizi di buona qualità al paziente. Oltre agli aspetti tradizionalmente riconosciuti della competenza ascrivibili alle abilità tec-

niche altri aspetti più recentemente considerati quali il focus su standard "professionali" di contenuto più ampio, la responsabilizzazione dei professionisti, la capacità di lavorare in team in contesti di setting e timing adeguati, la costruzione di reti e l'implementazione della comunicazione e dell'umanizzazione dei rapporti interni oltre che di quelli medico paziente declinano oggi la "competence" dei professionisti e quindi la capacità di offrire una buona assistenza sanitaria.

Questa premessa rende conto anche della simmetrica revisione che si è verificata nei criteri di valutazione dei servizi sanitari e nell'approntamento di modelli per la valutazione della

**PAROLE CHIAVE:**

clinical competence, accreditamento istituzionale, accreditamento all'eccellenza

La clinical competence e' un insieme di variabili riconducibili a

- **KNOWLEDGE**
(Conoscenze Teoriche)



- **SKILLS**
(competenze tecniche - pratiche)



- **ATTITUDINI**

(mentali ,culturali ,emozionali)



nizzazione sanitaria deve obbligatoriamente darsi per poter esistere e lavorare,

- ed i **REQUISITI SPECIFICI** declinati nelle categorie dei Requisiti **STRUTTURALI, TECNOLOGICI, ORGANIZZATIVI E TECNICO-PROFESSIONALI (AREA DELLA COMPETENCE)** che invece attengono alle specifiche aree (es. degenze, servizi, blocchi operatori ecc.) e il soddisfacimento dei quali garantisce lo standard per poter lavorare in regime di qualità.

L'accreditamento all'eccellenza invece può essere definito come una attività professionale volontaria, sistematica e periodica, indirizzata a verificare che un'Unità Operativa ma anche un'intera Azienda Ospedaliera o Sanitaria o un IRCCS, al fine di ottenere i migliori risultati di salute possibili ed in base alla evoluzione delle conoscenze tecniche, tecnologiche e scientifiche ed alle risorse disponibili:

- rispetti la presenza di determinati requisiti di struttura, di processo e di outcome prestabiliti e condivisi;
- garantisca che la qualità delle prestazioni sanitarie non scenda al di sotto di standard ritenuti accettabili non solo dagli operatori sanitari, ma soprattutto dal paziente;
- sia soggetta ad un continuo processo di miglioramento, indipendentemente dal punto di partenza che può essere al di sopra o al di sotto della performance media.

In questa ottica gli aspetti che caratterizzano l'accreditamento all'eccellenza sono:

- la volontarietà di partecipazione al programma;
- il coinvolgimento attivo delle società scientifiche;
- l'addestramento all'autovalutazione e alla valutazione esterna mediante visite "inter pares" da parte di personale addestrato ad hoc.
- la definizione e l'aggiornamento pe-

riodico dei criteri e degli standard:

- il forte orientamento al cliente dei requisiti di eccellenza.

Quale che sia il modello di accreditamento preso in esame risulta comunque evidente che la Qualità dell'assistenza sanitaria è influenzata in maniera critica dalla competenza professionale di chi la eroga.

La competenza professionale può essere valutata e misurata.

"La competenza professionale è l'insieme integrato e l'utilizzo abituale e giudizioso di comunicazione, conoscenze, competenze tecniche, ragionamento clinico, emozioni, valori e riflessioni nella pratica quotidiana a beneficio dell'individuo e della comunità" (Epstein RM et al. JAMA 2002;287:226-235).

"La competenza clinica è l'integrazione di conoscenze, abilità e attitudini" Rice et al. Competency-based objectives for clinical training Can. J. Med. Technol. 57:136. 1995.

In particolare per clinical competence si intende un insieme integrato di conoscenze teoriche e culturali (knowledge), di competenze tecniche-pratiche e abilità (skills), di attitudini (mentali, culturali, emotive) e atteggiamenti (attitudes, habits), questi due ultimi fattori estremamente condizionati dai percorsi personali dei singoli professionisti.

La maggior parte delle determinazioni della clinical competence afferisce alla valutazione delle competenze tecniche (skills), ma vi sono altre dimensioni di competenza afferenti per esempio alla componente integrativa e di contesto, alla componente cognitiva, relazionale, affettiva/morale e relativa alle attitudini/ atteggiamenti mentali, che sono fortemente rilevanti tanto nei percorsi di accreditamento di tipo istituzionale che nei percorsi di Accreditazione all'eccellenza in quanto la definizione di standard tecnico-professionali elevati non può esulare dalla presa in esame di una competenza emotivo-relazionale del professionista.

LA CLINICAL COMPETENCE NELL'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE E ALL'ECCELLENZA

In questo articolo si è voluta esaminare la presenza e il peso delle valutazioni della competence professionale nei sistemi di Accreditation più diffusi. A livello internazionale si fa cenno alla Joint Commission on Accreditation of Hospitals che rappresenta l'esperienza più ampia di accreditamento all'eccellenza in campo internazionale, mentre a livello nazionale si è analizzato l'accREDITAMENTO istituzionale. In più è stato preso in considerazione il percorso di Accreditation all'eccellenza promosso dal Collegio Italiano Primari Oncologi Ospedalieri (CIPOMO) e realizzato in numerose UUOO di Oncologia medica del territorio nazionale tra cui L'Oncologia medica dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, di cui si è seguito integralmente il percorso.

Per ciò che concerne gli accreditamenti promossi dalla Joint Commission si fa riferimento per gli addentellati con la clinical competence, agli Standard per qualifiche e formazione del personale denominati con la sigla SQE.

Tali standard nascono dalla considerazione generale che un ospedale necessita di un numero differenziato di persone qualificate ed esperte per adempiere alla propria mission e soddisfare i bisogni dei pazienti. I dirigenti clinici e amministrativi collaborano all'individuazione della consistenza e della tipologia del personale necessario, sulla base dei suggerimenti dei direttori di dipartimento e di servizio. Il modo migliore per assumere, valutare e nominare il personale è, secondo la Joint Commission, quello di implementare un processo coordinato, allo stesso tempo efficiente ed uniforme, che contempra una documentazione adeguata comprovante capacità conoscenze, studi e precedenti esperienze lavorative del candidato(portfolio).

In particolare, è molto importante esaminare attentamente le credenziali del personale medico ed infermieristico, poichè questi professionisti sanitari sono coinvolti nei processi di assistenza clinica, a diretto contatto con i pazienti.

Gli ospedali devono essere luoghi nei quali è possibile imparare e progredire dal punto di vista sia personale che professionale.

Joint Commission International Accreditation Standard For Hospitals.

È evidente il richiamo alle varie dimensioni della clinical competence soprattutto alla dimensione tecnica che va rigorosamente documentata (Si faccia riferimento al portfolio come strumento di documentazione della competence, di seguito esplicitato).

Per l'AccREDITAMENTO istituzionale come modello di riferimento è stato preso quello dell'E. Romagna

(Dossier "Sistema Qualità per l'AccREDITAMENTO istituzionale in E. Romagna", Bonucci Cinotti, Distanti, Magi, Renzi ASSR E- Romagna), adottato con modifiche anche da altre regioni tra cui la regione Calabria. In tale tipo di accREDITAMENTO i link con la clinical competence sono distribuiti in molti macrorequisiti di sistema.

1. POLITICA DELL'ORGANIZZAZIONE:

L'organizzazione deve dichiarare i propri obiettivi generali e specifici tra i quali necessariamente vanno inclusi gli obiettivi della qualità.

Tra gli elementi da tenere in considerazione nella definizione di questi ultimi è necessario considerare il:

- soddisfazione delle esigenze e aspettative degli utenti in conformità alle norme e all'etica professionale (contesto attitudinale della competence professionale)
- continuo miglioramento del servizio, e l'efficacia ed efficienza delle prestazioni (il che acclara la dimensione tecnico-professionale della competence).

2. PIANIFICAZIONE

Tra i requisiti per l'accREDITAMENTO è ritenuto indispensabile garantire lo standard di prodotto, per definire il quale vengono prese in esami variabili come la competenza professionale, la fidatezza, l'accuratezza, l'aggiornamento tecnico, la credibilità, l'efficacia nella comunicazione, la cortesia e la sollecitudine. Ritroviamo in questo macrorequisito la declinazione della competenza professionale in tutte le aree già enunciate (tecnica, contesto, integrazione, dimensione emozionale/morale).

3. COMUNICAZIONE

Tale capitolo generale richiede tra i requisiti per accREDITARE l'evidenza di momenti sistematici di coordinamento e di integrazione interni all'organizzazione. In particolare è richiesta l'evidenza di tali momenti, nonchè l'evidenza di ascolto dei suggerimenti degli utenti e del personale e di confronto sulle criticità emerse.

Sono molto chiari i riferimenti alla dimensione integrativa e di contesto della competence che sfida gli operatori a sviluppare all'interno dell'UO la motivazione, il coinvolgimento e il senso di appartenenza oltrechè a garantire la soddisfazione degli utenti.

4. FORMAZIONE

Almeno quattro criteri impattano con la competence professionale:

Essi riguardano:

- i percorsi per l'inserimento del personale,
- la valutazione dell'idoneità al ruolo,
- il piano di affiancamento,
- l'individuazione delle responsabilità per la formazione che può essere esterna, interna.

In riferimento alla formazione interna molto spazio si dà all'aggiornamento on the job ponendo l'accento sui percorsi di miglioramento di qualità, le attività di problem solving, di ricerca, di confronto (benchmarking), delle verifiche di accREDITAMENTO.

Tali punti fanno riferimento a tutte le dimensioni della competenza: dagli aspetti tecnici, a quelli integrativi, al contesto e alla dimensione emozionale- morale ognuno dei quali è inerente alla formazione e l'inserimento del professionista.

5. VERIFICA DEI RISULTATI

È previsto tra i requisiti dell'accreditamento che venga eseguita una valutazione dell'attività annuale pianificata, in particolare della qualità tecnica del servizio, in riferimento ai requisiti specifici allo standard di prodotto, con metodi adeguati (audit, misura dell'aderenza a linee-guida verifiche specifiche quali controlli di qualità).

Il riferimento alle dimensioni della clinical competence soprattutto alla variabile delle abilità è ben evidente. La verifica degli standard di prodotto intendendo per standard di prodotto il valore atteso e misurabile con indicatori, di un prodotto/servizio con le sue qualità, prevede inoltre che nella definizione di esso tutte le dimensioni della competenza vengano prese in considerazione, sia le skills, che le conoscenze che gli aspetti integrativi e di contesto oltre che le variabili emozionali e morali.

6. MIGLIORAMENTO

Il miglioramento della qualità richiede all'interno dell'organizzazione valori e atteggiamenti positivi, comportamenti condivisi.

Come ad esempio:

- la focalizzazione sulla relazione di servizio e sul soddisfacimento dei bisogni degli utenti interni /esterni
- la partecipazione di tutti al miglioramento della qualità come parte del lavoro di ognuno, di gruppo o individuale
- l'accento sulla disponibilità a una comunicazione aperta e l'accesso a dati e informazioni.
- il valore dato al lavoro di gruppo e al rispetto per l'individuo.

Da ciò si evidenzia che se si vogliono creare le condizioni per il miglioramento della qualità del servizio la direzione dell'organizzazione deve promuovere i valori, gli atteggiamenti e i comportamenti che incoraggiano il miglioramento oltre a definire chiari traguardi per il miglioramento della qualità.

In questo requisito generale è ben evidenziato oltre che il riferimento alla crescita della performance tecnica dei professionisti sanitari anche e fortemente la dimensione di contesto, di integrazione nonché gli aspetti emozionali/morali.

Nell'accreditamento istituzionale viene poi, nei requisiti specifici che ricordiamo essere declinati in r. di tipo strutturale, tecnologico, organizzativo e tecnico. professionale, ben individuata rispetto a questi ultimi aspetti la specificazione della clinical competence, che necessariamente ha aspetti diversi per le diverse aree specialistiche.

In tutte le aree specialistiche però il target è riferibile ad una chiara individuazione delle competenze tecniche e skills.

Per es. per le medicine interne la capacità di eseguire rachicentesi, toracentesi, una rianimazione cardiopolmonare, la capacità di leggere un ECG ecc.

Nell'esperienza dell'accreditamento all'eccellenza dell'UO di Oncologia medica della nostra Azienda, parallela ad altre esperienze simili su tutto il territorio nazionale, l'Architettura del Manuale di accreditamento ha previsto criteri generali e specifici, declinati per aree e con punteggi di valutazione adeguati alle migliori performance (eccellenza). Ai fini della valutazione viene considerato il livello di adesione o di performance, ovvero il grado di corrispondenza ad un determinato criterio tramite una apposita tabella che specifica e prevede diverse possibilità.

- Alle diverse possibilità corrispondono differenti punteggi.
- L'adozione di punteggi numerici

comporta indiscutibili vantaggi:

- valutazione accurata ed oggettiva del livello di adesione ai vari criteri
- facile identificazione di settori carenti nell'ambito dei diversi capitoli o aree.
- monitoraggio continuo del miglioramento conseguito dai vari settori.

Nell'ambito dei criteri specifici è stata analizzata la competenza professionale in merito alle diverse dimensioni.

DIMENSIONE TECNICA

Ad essa si riferisce la capacità di condurre esami fisici e le abilità nell'eseguire procedure specifiche. È fortemente collegata alle iniziative di formazione e di affiancamento e tutoraggio oltreché alle attività di valutazione delle attività condotte. I links con il manuale di accreditamento all'eccellenza sono riscontrabili nell'AREA RISORSE UMANE in diversi punti:

- criterio 5. Sono definiti le competenze ed il training necessario per ogni figura professionale oltre alle modalità di acquisizione e di valutazione degli stessi.
- criterio 6. Esistono percorsi formativi, aziendali o di dipartimento o della U. O. , per garantire il mantenimento delle competenze richieste, e ne è documentata la partecipazione.
- criterio 8. Nel caso di acquisizione di una nuova tecnologia deve essere documentata l'effettuazione di un periodo adeguato di formazione.
- criterio 15. Vi sono procedure atte a favorire l'inserimento operativo del personale medico ed infermieristico di nuova acquisizione (tutor, affiancamento, ecc.)
- area valutazione e miglioramento
- criterio 2 A livello aziendale ed in ogni UO o Dipartimento è nominato un responsabile del coordinamento delle attività di valutazione e promozione della qualità.

DIMENSIONE INTEGRATIVA

Valuta la capacità di integrare giudizi clinici, scientifici e umani e riguarda la capacità di unire conoscenze di base e cliniche tra le varie discipline, in questa dimensione rientra anche la capacità di gestire le incertezze.

Tale dimensione si esplicita nel manuale nei criteri che prendono in esame in esame la valutazione dell'accesso all'informazione, la garanzia della privacy, della confidenzialità e dignità del paziente, il consenso ai trattamenti, le relazioni tra colleghi.

Area risorse umane

Criterio 9. Sono utilizzate procedure formalizzate di valutazione del Personale, in particolare per valutare:

- possesso di competenze previste per lo svolgimento delle attività
- attenzione al paziente
- relazioni con i colleghi e l'altro personale
- partecipazione ad iniziative di miglioramento della qualità.

Criteri generali. Organizzazione per il paziente:

- Criterio 1. Devono essere definiti:
- i programmi e le azioni per identificare i bisogni e le aspettative dei pazienti
- le necessità mediche ed infermieristiche del paziente, identificate nella valutazione iniziale, conferendo priorità ai bisogni di cura più urgenti ed importanti;
- le procedure di accesso e di prenotazione, ed i criteri per la definizione delle liste di attesa, differenziati per tipologia di problemi e di attività, approvati dalla Direzione Medica della struttura
- le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari nelle decisioni e nei piani di cura.

DIMENSIONE DI CONTESTO

Analizza il set assistenziale e l'uso del tempo come variabili importanti soprattutto del lavoro in team. Il riferimento si riscontra nel:

- criterio 11: L'U. O. effettua riunioni periodiche di servizio di cui esiste documentazione con riassunto ed elenco dei partecipanti. È verificata la traduzione in pratica di quanto deliberato e delle azioni correttive intraprese.

“La competenza... significa essere capaci di funzionare in un contesto”

Chambers and Gerrow, Manual for developing and formattino competency statements. J dental Educ. 58:361, 1994.

DIMENSIONE EMOZIONALE/MORALE

Si iscrive in un contesto complesso ed articolato in cui hanno posto la capacità di tollerare l'ambiguità e l'ansia, l'intelligenza emotiva, il rispetto per il paziente, la responsabilità nei confronti del paziente e della società e la capacità di prendere in carico il paziente. Tale aspetto è esplicitato nelle parti del manuale che attengono alla presa in carico globale e alla care del paziente dalla diagnosi alle fasi terminali, con le problematiche legate alle terapie palliative e all'umanizzazione in senso ampio del rapporto col paziente. I riferimenti sono contenuti nei seguenti:

- criterio 2. È documentato che il paziente ed i familiari sono informati in merito al diritto alle cure, alla condivisione delle cure, al diritto di rifiutare o sospendere le cure mantenendo il diritto a venire comunque seguiti dal team oncologico, sino alla possibilità che il paziente possa scegliere anticipatamente, nel periodo precedente a quello in cui le sue condizioni psico-fisiche non glielo consentono più, le cure cui essere o non essere sottoposto (c. d. “direzive anticipate”).
- criterio 11. L'Azienda e l'Uo hanno un Codice Etico
- criterio 15. Esiste un programma di screening psicologico, rivolto a tutti i pazienti i cui criteri sono stati definiti in accordo tra tutte le componenti professionali del team

- criterio 16. Vengono svolte periodiche iniziative di formazione mirate agli aspetti di diretto rapporto con il paziente, quali comunicazione, ascolto, umanizzazione, personalizzazione.

- criterio 18. Esiste evidenza che la U. O. prevede la figura del care giver per tutti i pazienti “ad alto carico assistenziale.”

ATTEGGIAMENTI e INCLINAZIONI MENTALI

Afferiscono a questa dimensione la capacità di autoosservarsi in relazione ai propri pensieri, emozioni, tecniche, la capacità di attenzione, la curiosità critica, la capacità di riconoscere e reagire a bias cognitivi ed emotivi, oltretutto la volontà di riconoscere e correggere gli errori. Tutti questi atteggiamenti sono ricapitolati nella filosofia dell'accreditamento all'eccellenza, in particolare nell'addestramento alla autovalutazione e nella disponibilità a “mettersi in gioco ed essere valutati”

- criterio 9. Sono utilizzate procedure formalizzate di valutazione del Personale, in particolare per valutare:
- possesso di competenze previste per lo svolgimento delle attività
- attenzione al paziente
- relazioni con i colleghi e l'altro personale
- partecipazione ad iniziative di miglioramento della qualità.

Ciò è ben rappresentato dalla nota esplicativa del criterio che recita:

Tutto il personale sarà costantemente sottoposto a valutazioni sia sul piano delle competenze tecnico-professionali (processi diagnostico-terapeutici) necessarie per l'espletamento delle attività che sulle capacità di rivolgere attenzione al paziente, impiegando indicatori di performance professionale concordati e condivisi dai professionisti ed eventualmente ricavati dalla letteratura. Sarà valutata la partecipazione alle iniziative tese al miglioramento continuo della qualità che il gruppo intraprenderà e che cu-

rerà costantemente (riunioni, gruppi di lavoro, briefing, ecc.).

COME GRADUARE E VALUTARE LA CLINICAL COMPETENCE

I livelli di valutazione previsti per la clinical competence, in un contesto generale, in accordo con la Piramide di Miller (Lancet vol 357. March 24, 2001) sono i seguenti:

“KNOWS” CONOSCERE

Il Conoscere si riferisce alla capacità di richiamare esperienze, principi e teorie.

“KNOWS HOW” ossia SAPERE COME

Questo step è relativo all'abilità teorica di risolvere problemi e descrivere procedure.

“SHOWS HOW” MOSTRARE COME

È relativo a simulazioni reali, meccaniche o computerizzate che coinvolgono la dimostrazione di abilità tecniche in setting controllati e standardizzati.

“DOES” FARE

Si riferisce all'osservazione della reale pratica clinica e rappresenta l'abilità di eseguire una certa attività in un contesto effettivo.

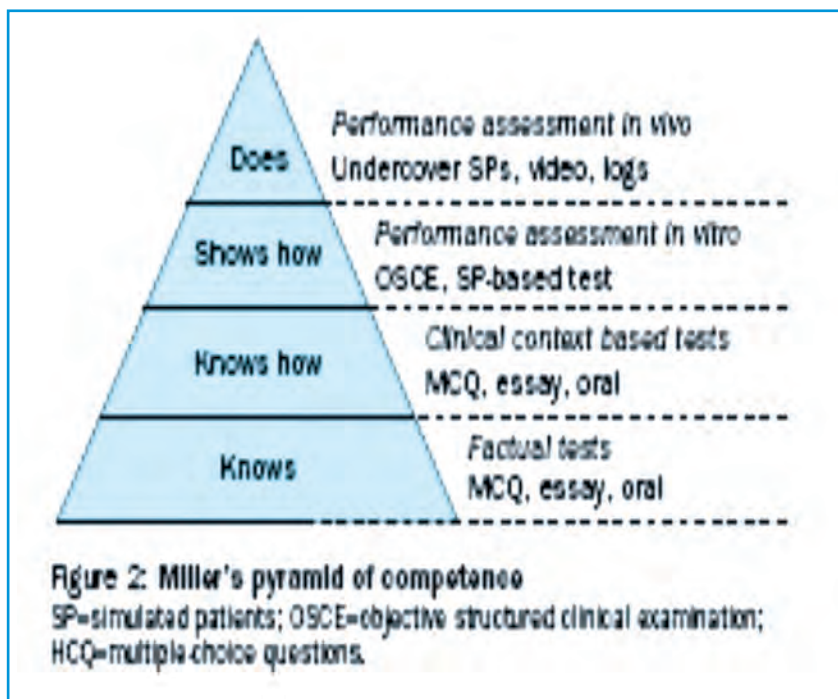
Nella graduazione della competence sono poi previsti tre ulteriori livelli di definizione della competence che rispecchiano soprattutto il grado di autonomia del professionista:

Livello 1 il P. è abile ad eseguire la procedura sotto diretta supervisione/assistenza

Livello 2 Il P. di solito non richiede supervisione diretta ma può necessitare di aiuto occasionale

Livello 3 Il p. è competente ad eseguire la procedura senza supervisione e può gestire eventuali complicazioni.

L'accreditamento istituzionale fa sua una graduazione della competen-



ce con l'individuazione nei requisiti Specifico della Clinical competence di quattro step:

- 1) il P. ha bisogno di training per effettuare il compito specifico
- 2) il P. ha bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico
- 3) il P. è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione
- 4) Il P. è competente per formare altri ad effettuare il compito specifico.

Nell'accreditamento all'eccellenza invece la graduazione della competence è stata esplicitata in forma assolutamente più generica nella descrizione dell'organigramma con la graduazioni delle funzioni.

STRUMENTI DI VERIFICA DELLA “CLINICAL COMPETENCE”

Le modalità di verifica della clinical competence (in senso più generale) che l'accreditamento prevede sia in ambito istituzionale che all'eccellenza, ovviamente pesati per le specifiche realtà ed esperienze sono diverse ma tutte riconducibili ad attività proprie

dell'area della Clinical Governance: l'Applicazione di pratiche professionali EBM, le Linee GUIDA, i Percorsi diagnostici terapeutici, i programmi di risk management, gli Audit clinici.

Per valutare la competence professionale esistono e sono da implementare ulteriormente alcuni Strumenti specifici formalizzati ed EBM-based che sono già riconosciuti ed applicati in letteratura e nel mondo sanitario anglosassone, per la valutazione della clinical competence.

Questi strumenti indagano le diverse dimensioni della competence:

Knowledge

- Questionari a scelta multipla Test, Risposte brevi, Esami clinici strutturati (OSCE)

Skills

- Osservazione diretta con MiniCEX, Simulazioni su pazienti
- Osservazione diretta di procedure pratiche (DOPS)
- Audit clinici, Portfolio

Attitudini

- Trainer's report, multisource feedback assessment, nonché i vari livelli di assessment secondo la scala di Miller.

DOPS (Direct Observation of Procedural Skills) e Mini –CEX (mini-Clinical examination) sono entrambi strumenti progettati per fornire un riscontro sulle competenze essenziali per la prestazione di buone cure cliniche relativamente alle abilità tecniche (skills) e si basano sull'osservazione di veri e propri incontri clinici.

Sono quindi prove sul campo in cui c'è un esaminatore, competente per quel determinato setting clinico-assistenziale, il quale, utilizzando un modello con dei criteri relativi a diverse aree di prova (per es. capacità di ricavare un'anamnesi, capacità tecnica di eseguire specifiche procedure, capacità di ottenere il consenso informato, capacità di eseguire l'esame di un paziente, capacità di comunicare con esso, ecc) va a valutare, in una "istantanea di interazione medico/paziente attraverso una serie di items. Nel mini-CEX la valutazione è più rapida, mentre nel DOPS è più estesa.

L'OSCE (Objective structured clinical examinations) è stato descritto per la prima volta da Harden e Gleasons (1979) come "un esame a tempo" in cui studenti in medicina interagiscono con una serie di pazienti simulati in un insieme di stazioni (prove) che devono essere superate in successione e che possono riguardare la capacità di prendere un'anamnesi, di condurre un esame obiettivo, la gestione o il counselling del paziente. L'OSCE ha dimostrato di essere realizzabile e possedere una buona affidabilità e validità (Hodges et al 1998) per cui il suo utilizzo è diventato ampio come standard di riferimento per valutazioni della performance, particolarmente negli esami universitari. Altri campi d'applicazione che si sono aggiunti riguardano l'insegnamento di capacità comunicative, di capa-

rità tecniche, il monitoraggio della performance dei medici e la capacità di eseguire esami clinici. Tale strumento è utilizzabile soprattutto nella valutazione delle conoscenze teoriche (Knowledge) in contesto protetto (simulazioni)

Altro strumento utilizzabile nella valutazione della clinical competence è il Multisource feedback assessment o valutazione a 360° che è basata su un questionario di valutazione riguardante prestazioni, comportamenti, rapporti interpersonali del professionista che viene esaminato in cui le attività sono valutate da pari, pazienti, colleghi rispetto ad alcuni aspetti chiave dell'incontro clinico, dopo che le risultanze di tali questionari vengono elaborate. Esso rappresenta uno strumento di valutazione della competence relativa alla dimensione delle attitudini e dei comportamenti.

Infine il PORTFOLIO che è tra gli strumenti utilizzati per la valutazione delle skills in quanto consente di documentare la competence tecnico-pratica.

Esso rappresenta un insieme di evidenze fornite dal professionista che attendono al suo percorso professionale, in cui è documentata l'apprendimento della propria competenza specifica. Il Portfolio descrive un processo di apprendimento continuo di abilità, documenta la competenza professionale acquisita, costituisce una memoria della storia professionale che sono correlati ad un percorso e ad obiettivi di crescita personali.

In questo senso è molto di più che un mero curriculum vitae, poiché può essere ritenuto un progetto professionale, uno strumento di accreditamento, una autovalutazione della competenza raggiunta anche in relazione agli obiettivi di crescita personale ed umana nel contesto lavorativo.

COMPETENCE VERSUS PERFORMANCE

Ma il vero problema che ci si pone quando si cerca di traslare compiutamente le valutazioni della clinical competence teorica nell'attività lavorativa quotidiana soprattutto quella monitorizzata nei percorsi accreditativi è il seguente:

Come passare dalla competenza alla performance? Cioè come tradurre la clinical competence nella realtà lavorativa?

Ci sono due punti critici da considerare.

1. La competenza riguarda ciò che la gente (i professionisti) possono fare... Ciò che è da considerare "IL POTENZIALE"
2. la prestazione riguarda ciò che la gente (i professionisti) fanno... quello che realmente è, cioè "QUELLO CHE VIENE FATTO IN UN CONTESTO DI VITA REALE"

In conclusione la competenza viene dedotta dalla prestazione (Competence versus performance: which is more important? WHILE J. Adv. Nurs. 20:525,1994.

Come si valuta veramente una prestazione? A oggi questo resta un problema assolutamente aperto in letteratura e nella pratica quotidiana pur essendo state prese in considerazione molte opzioni per la risoluzione del quesito.

"Ci sono poche strategie validate per valutare l'attuale pratica clinica"

(Ronald Epstein)

La valutazione all'apice della Piramide di Miller, il fare, è la sfida internazionale del secolo per tutti coloro che sono coinvolti nell'analisi della clinical competence
(Val Wass)

CONCLUSIONI

L'integrazione di modelli di valutazione della qualità dell'assistenza è fondamentale se si vuole avere una visione a tutto campo dell'esistente e del migliorabile all'interno di un sistema sanitario. Ad oggi esiste un gap tra gli approcci alla qualità delle cure a secondo che essi siano manageriali o clinici. In sintesi documentare di lavorare bene è più facile che documentare l'outcome.

È indispensabile che la cultura della valutazione entri a pieno titolo non solo nell'analisi di aspetti storicamente più verificabili e verificati (strutture, dotazioni tecnologiche, organizzazione), che sono solo precondizioni per fornire adeguati livelli di assistenza sanitaria, ma anche e principalmente nella determinazione di variabili quali la competenza professionale che rappresentano la criticità maggiore nell'erogazione di cure con esiti efficaci per i pazienti.

Una strada percorribile può essere quella di legare le valutazioni della competenza agli Obiettivi di Missione delle organizzazioni sanitarie, e farle divenire parte integrante dello sviluppo delle organizzazioni.

Ciò deve camminare di pari passo con un ripensamento forte nel nostro Paese, dei percorsi che garantiscano continuità alla validazione dei percorsi di conseguimento della "competence" dei professionisti.

Ciò può prevedere modelli diversi basati sulla verifica del possesso/mantenimento della competenza clinica.

L'ottica dell'appraisal, certification, revalidation dei professionisti che è strada ben conosciuta e percorsa nel mondo sanitario nordeuropeo (visitatie del CBO (NL) e anglosassone in Canada (Federazione delle Medical Regulation Authority), Regno Unito (Postgraduate Medical Education and Training Board UK Royal College of Physicians ed USA

(Accreditation Council for Graduate Medical Education (privato) laddove licenza e recertificazione formali (pubbliche) sono federali e affidati agli stati, può rappresentare una traccia. Lo snodo su cui è possibile iniziare a riflettere può essere riconosciuto in un accreditamento della PERSONA – PROFESSIONISTA e della idoneità personale allo esercizio della professione con l'evidente risvolto del quesito aperto su chi debba gestire tali verifiche.

La coesistenza di approcci con diversa finalità è possibile, necessaria, purché internamente coerente.

La sfida è quella di sintetizzare due approcci che non vanno visti come alternativi.

Un approccio 'RAZIONALE' alla qualità della assistenza con perseguimento della qualità attuale, statica, organizzativa e tecnica; di conseguenza spazio e applicazione di sistemi qualità formali e di percorsi di valutazione esterna e interna

Un approccio 'AFFETTIVO' alla qualità della assistenza in cui abbiano un posto reale la ricerca di valori condivisi, la messa in rete delle persone, delle conoscenze e dei risultati, il coinvolgimento e la partecipazione degli addetti ai lavori, dei pazienti, la disponibilità a una vera comunicazione, con Apertura di spazi all'innovazione, all'apprendimento e alla gratificazione

BIBLIOGRAFIA

Dossier 97 / 2004 "Sistema Qualità per l'Accreditamento istituzionale in E. Romagna" (Bonucci, Cinotti, Distanti, Magi, Renzi Agenzia Sanitaria E. Romagna

Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento n°4 2001 Lo standard di prodotto (Magi, Mergalli, Wienenand Agenzia Sanitaria E. Romagna

L'accreditamento istituzionale e introduzione ai temi dell'accreditamento pro-

fessionale R. Cinotti Agenzia Sanitaria E. Romagna Cosenza 1 novembre 2006

Realizzare la Qualità in Oncologia Medica

Guida per la redazione del Manuale di Accreditamento all'Eccellenza 2a edizione Pensiero scientifico Editore 2007

Objective Structured Clinical Examination (OSCE) Harden RM et al. Assessment of clinical competence using objective structured examination. BMJ 1975; 1: 447-451

Harden RM et al. Assessment of clinical competence using objective structured examination. BMJ 1975; 1: 447-451

Competence versus performance: which is more important? While J. Adv. Nurs. 20:525, 1994.

Chambers and Gerrow, Manual for developing and formatting competency statements. J dental Educ. 58:361, 1994

Wass et al " Assessment of clinical competence – The LANCET vol 357 –march 24, 2001

Epstein RM et al "Defining and Assessing Professional Competence. JAMA 2002 JAN. 9;287:226

Leach " Competence is a habit JAMA JAN. 9 2002 vol. 287 n°2

Multisource feedback in the assessment of physician competencies.

Lockyer J. Contin Educ health Prof. 2003, Winter 23(1): 4-12

LWT Schuwirth & CPM van der Vleuten. Different written assessment methods.

Medical Education 2004; 38: 974-979

www.gimbe.org

www.JRPTB.org.uk

MRCPUK.org

www.jcrinc.com

SERVIZI PER LA QUALIFICAZIONE E LA CRESCITA



CERMET eroga servizi di valutazione della conformità a standard di prodotto/servizio, di processo e organizzativi per supportare le aziende nel loro percorso di crescita e qualificazione sul mercato



- Certificazione di sistema, processo e prodotto
- Attività di ispezione
- Formazione specialistica
- Marcatura CE di prodotto
- Prove di Laboratorio
- Misure su componenti e taratura strumenti
- Qualifica servizi esternalizzati

IMPEGNO E PASSIONE

PER UN MONDO FATTO DI PERSONE



Clean



Food



Facility



Senior



Markas Service s.r.l.

Via Macello 73 I - 39100 Bolzano - [T] +39.0471.307611 [F] +39.0471.307699

www.markas.it - info@markas.it

Strutture sanitarie e sostenibilità ambientale

Riassunto

L'autore presenta il progetto di ampliamento e ristrutturazione dell'Ospedale di Bolzano con le soluzioni innovative adottate per favorire il risparmio energetico e ridurre le emissioni di CO₂: fonti rinnovabili per produrre energia (teleriscaldamento), facciate a bassa dispersione termica, vetri doppi con vetrocamera riempita di gas nobile, schermature solari, sistema di riscaldamento/raffreddamento a pavimento; recupero di calore invernale e raffreddamento estivo dall'impianto di ventilazione.

Maria Grazia Zuccaro

Direttore Servizio Igiene e Sanità Pubblica Bressanone (BZ)

Azienda Sanitaria dell'Alto Adige - Comprensorio Sanitario di Bressanone

Presidente Sezione ANMDO - Alto Adige

Ampliamento dell'Ospedale di Bolzano

Dal 2004 all'atto della concessione edilizia degli edifici ad uso abitativo nella provincia di Bolzano è richiesto il certificato energetico CasaClima. Alla base della certificazione l'omonimo progetto presentato dalla Provincia Autonoma di Bolzano alla Conferenza mondiale per il clima di Montreal come esempio concreto di attuazione del protocollo di Kyoto per l'abbattimento dei gas serra. Ogni abitazione viene classificata in base alle caratteristiche energetiche dell'edificio, in classe C, B, A, Gold per fornire in modo facile ed immediato il livello di consumi per fabbisogno termico:

CasaClima C: quando il consumo energetico dell'edificio non supera 70kWh/mq anno (paragonabile al potere calorico di 7 lt. di gasolio per riscaldare efficientemente per un anno la superficie calpestabile di 1 mq.).

CasaClima B: quando il consumo

energetico non supera 50kWh/mq anno.

CasaClima A: quando il consumo energetico non supera 30kWh/mq anno.

CasaClima Gold: quando il consumo energetico non supera 10kWh/mq anno. (fig.1)

Costruire con l'obiettivo di favorire il risparmio energetico, promuovendo le fonti rinnovabili per produrre energia, per la prima volta in una struttura sanitaria, è alla base del progetto di ampliamento e ristrutturazione dell'Ospedale di Bolzano.

Il progetto prevede una "Nuova Clinica" ospedaliera e la ristrutturazione delle degenze al 4°- 8° piano dell'ospedale esistente, che verranno completate rispettivamente nel 2014 e nel 2016. (fig.2) Ulteriori fasi di ristrutturazione sono previste dopo il 2016.

Per la "Nuova Clinica" (superficie lorda circa 63.000 mq., cubatura ca. 273.000 mc.), ove troveranno sede il Pronto Soccorso, il Blocco

Operatorio, le Degenze Chirurgiche, la Rianimazione, la Radiologia, la Cardiologia con l'Unità Coronarica, grazie all'efficienza energetica complessiva e alla sostenibilità ambientale dell'edificio stesso è stato previsto un fabbisogno energetico annuo inferiore a 38 kWh/mq. (CasaClima B) e con ulteriori accorgimenti allo studio si pensa di arrivare ad un consumo annuo inferiore a 30 kWh/mq. (CasaClima A).

Efficienza energetica, contenimento dei consumi, benessere abitativo, rispetto per l'ambiente, le caratteristiche della nuova costruzione. Queste le soluzioni innovative adottate:

1. Approvvigionamento di energia termica

all'acciamento dell'ospedale al teleriscaldamento già esistente e sfruttamento dell'energia termica prodotta dal nuovo inceneritore di rifiuti di tutta la provincia per la produzione di calore in inverno e di energia frigorifera in estate. (fig.3) L'utilizzo dell'energia termica prodotta dal nuovo termovalorizzatore finalizza il ciclo di raccolta e smaltimento dei rifiuti a beneficio della comunità, dell'ambiente e dell'ospedale in quanto diminuiscono le discariche sul territorio, vi è una riduzione di emissione di CO₂ in atmosfera rispetto all'utilizzo convenzionale di caldaie a gas o a petrolio, all'ospedale adduzione di acqua calda primaria ad una temperatura di 95°C.

Con questo accorgimento si prevede per l'intero ospedale una



PAROLE CHIAVE:

efficienza energetica, contenimento dei consumi, benessere abitativo, rispetto per l'ambiente

riduzione di emissione di Co2 pari a circa 10.000 t./anno e una notevole riduzione della potenza elettrica impegnata per la produzione del freddo da ca. 1,5 MW a 6 MW nel 2020.

2. Facciate

Nella definizione del progetto, nella costruzione delle facciate, si è tenuto conto delle peculiarità

climatiche locali, dell'esposizione eolica pomeridiana, dell'utilizzo e della sostenibilità.

Le superfici esterne non vetrate (muratura, ecc.) hanno una bassa dispersione termica ($U \leq 0,30$ W/mqK).

Nelle superfici finestrate vengono utilizzati vetri e telai a bassa dispersione di calore; sono vetri doppi con vetrocamera ri-

empita di gas nobile con $U_w \leq 1,5$ W/mqK ($U_g \leq 1,1$ W/mqK; $U_f \leq 1,8$ WmqK). (fig.4)

Per la schermatura solare sono state scelte delle soluzioni combinate che garantiscono nel tempo il rispetto dei requisiti di protezione solare e di abbattimento del calore da irraggiamento solare. (fig.5)

Nelle parti vetrate a sud e ad ovest, a protezione dal sole, sono stati creati sistemi di membrane scorrevoli che garantiscono una riflessione dei raggi solari superiore al 43% ed una trasmissione degli stessi <23%; (fig.6)

ad est così come nella copertura a lucernario dell'atrio multipiano

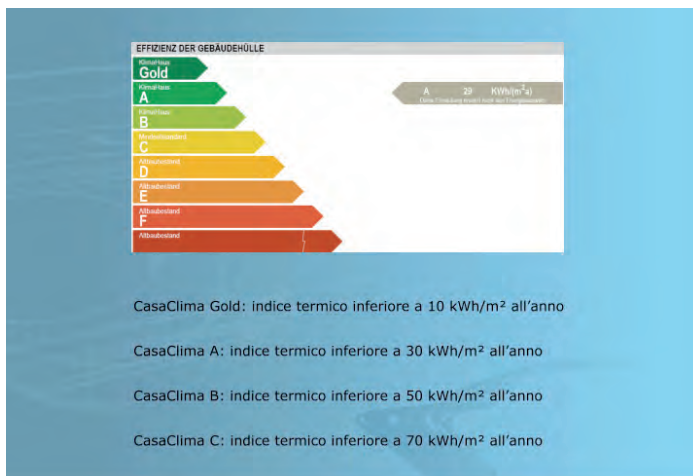


fig.1 Casa Clima, indice termico

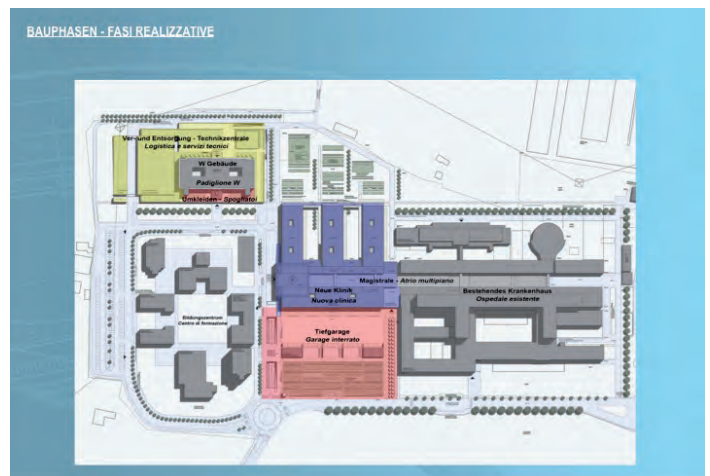


fig.2 Fasi realizzative

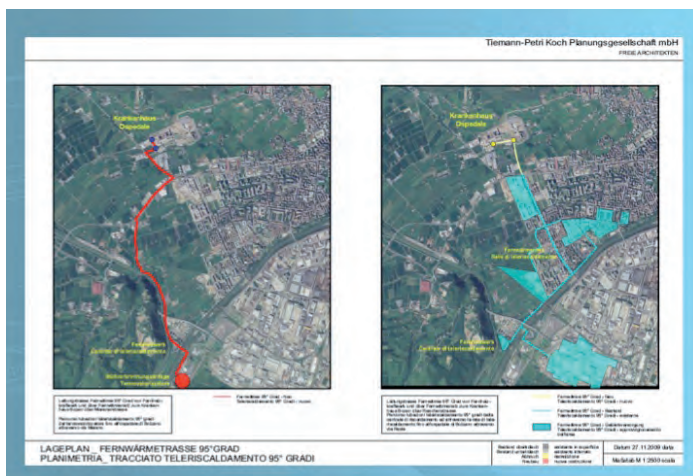


fig.3 Tracciato teleriscaldamento

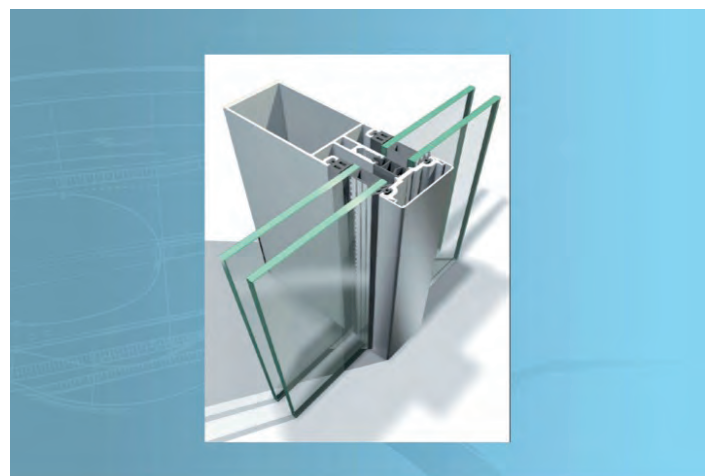


fig.4 Sezione finestre

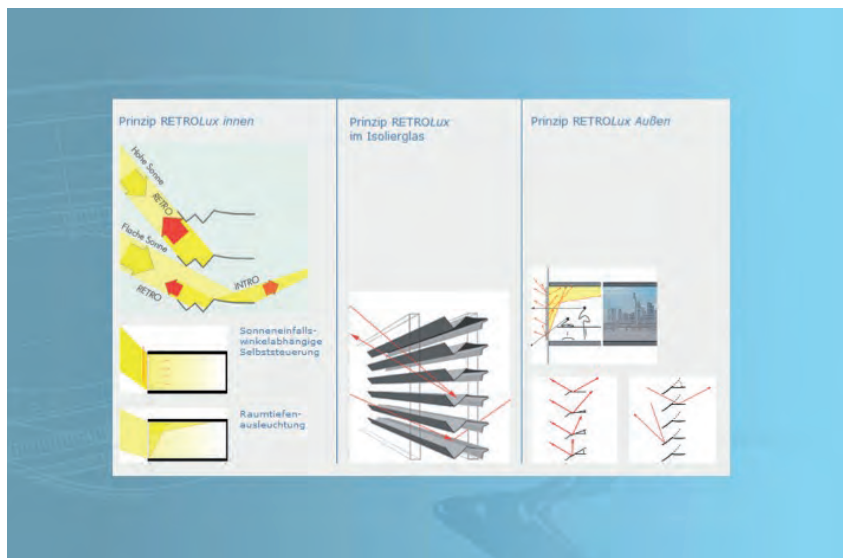


fig.5 Principio Retrolux



fig.6 Nuova clinica vista Sud Est ad est

(tetto magistrale), è stato previsto all'interno dei vetri, un sistema di lamelle che riduce il fattore di trasmissione energetica totale ($g < 0,13$ e $g < 0,11$ nel tetto magistrale). (fig.7)

3. Riscaldamento – raffreddamento

Il riscaldamento ed il raffreddamento dei locali in tutti i piani della struttura viene realizzato con un sistema a pavimento, che consente di ridurre l'apporto di calore in inverno e di freddo in estate da parte dell'impianto di ventilazione. Il sistema a pavimento

viene realizzato con una fitta serpentina di tubi del diametro di 2 cm., sotto tutto il pavimento. La serpentina è posizionata su uno strato coibente e protetta da una struttura di ripartizione.

Nei tubi realizzati in polietilene, a seconda delle necessità, viene fatta scorrere o acqua calda o acqua fredda. Il caldo o il freddo arriva al locale attraverso il pavimento.

Per ogni locale si può regolare la temperatura ambiente, in ogni locale c'è un sensore ed un regolatore di temperatura.

La resa energetica del riscaldamento a pavimento è di circa 55 W/mq., quella del raffreddamento è circa 25W/mq.

4. Recupero di calore (inverno)

Parte di calore dell'aria espulsa viene recuperato e ceduto all'aria in ingresso attraverso un sistema a fluido interposto che impedisce il contatto diretto fra le due correnti d'aria e quindi impedisce eventuali rischi di ricircolo dell'aria espulsa. La resa del sistema è circa del 60%.

Oltre a ciò le macchine di ventilazione (UTA) sono dotate di un sistema di filtraggio dell'aria che prevede 2 livelli di filtrazione per l'aria in ingresso più un pre-filtro ed un livello di filtrazione per l'aria in uscita.

5. Raffreddamento adiabatico (estate)

Viene anche adottato un sistema di recupero adiabatico dall'aria espulsa.

L'aria espulsa passa attraverso un umidificatore fino al punto di saturazione e quindi perde calore. Con questo sistema di recupero si riesce a raffreddare l'aria calda esterna in entrata di 6 K, cosa che consente di limitare la produzione di energia frigorifera per il raffreddamento. Questo fa sì che vi sia un raffreddamento dell'aria espulsa.

6. Gestione automatizzata degli impianti

Tutti gli impianti tecnici dell'edificio sono regolati in modo automatico.

Le sottostazioni sono in grado di comunicare le une con le altre e con un sistema di supervisione. I sistemi di regolazione sono accessibili soltanto tramite password. (fig.8)

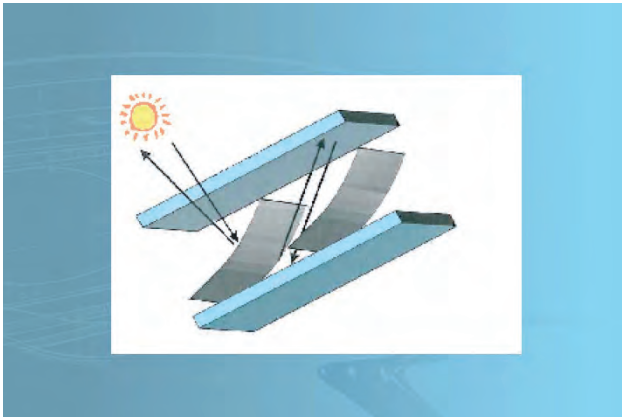


fig.7

NEUE KLINIK - ORGANIGRAMM NUOVA CLINICA - ORGANIGRAMMA	
Landesrat für Bauten - Assessore ai Lavori Pubblici	Dr. Florian Mussner
Gesamtkoordinator - Coordinatore unico	Dr. Arch. Josef March
Direktor Amt für Sanitätsbauten - Direttore Ufficio edilizia sanitaria	Dr. Ing. Domenico Cramarossa
Direktor Amt für Krankenhäuser - Direttore Ufficio ospedali	Dr. Albert Tschager
Projektleiter - Responsabile di progetto	Dr. Ing. Danilo Mora
Direktor Sanitätseinheit - Direttore Azienda Sanitaria	Dr. Andreas Fahl
Direktor Gesundheitsbezirk BZ - Direttore Comprensorio sanitario di BZ	Dr. Umberto Tatt
Sanitätskoordinator Gesundheitsbezirk BZ - Coordinatore sanitario Comprens. sanit. di BZ	Dr. Günther Dorn
Ärztlicher Direktor des Krankenhauses - Direttore medico ospedale	Dr. Flavio Girardi
Direktor Abteilung Vermögen und Technik - Direttore Ripartizione patrimoniale e tecnica	Dr. Arch. Heinrich Corradini
Architektonischer Planer u. Gruppenleiter - Progettista architettonico e capogruppo	Dr. Arch. Astrid Tiemann-Petri
Planer der Strukturen - Progettista delle strutture	Dr. Ing. Giorgio Keller, Dott. Ing. J. M. Sättler
Planer der Anlagen - Progettista degli impianti	Dr. Ing. Frank Scheer
Brandschutzplaner - Progettista antincendio	Dr. Arch. Heinrich Zöschg
Sicherheitskoordinator Planungsphase - Coordinatore sicurezza in fase progettuale	Dr. Ing. Stefano Mattei
Hygieneberater - Consulente in materia di igiene	Dr. Karl Kob
Geologische Studie - Studio geologico	Dr. Lorenzo Cadrobbi, Dott. Michela Nobile
Bauleiter, Sicherheitskoord. Bauphase - Direttore lavori, coord. sicurezza in fase esecutiva	Dr. Ing. Stefano Mattei
Brandschutzabnahmeprüfer - Collaudatore antincendio	Geom. Stefano Menin
NEUE KLINIK - AUSFÜHRENDE FIRME NUOVA CLINICA - IMPRESE ESECUTRICI	
BGIATI CONSORZIO COOPERATIVE COSTRUZIONI - ZIMMERHOFER AG/SPA	MEDIENKANAL, ROHBAU CANALE DI SERVIZIO, OPERE GREZZE

fig.8 Organigramma

BIBLIOGRAFIA:

Decreto Presidente Giunta Provinciale Bolzano

N. 34 del 29.09.2004. Regolamento di esecuzione della legge urbanistica in materia di risparmio energetico.

Lantschner N., Progetto CasaClima a Bolzano: minimi consumi, benessere abitativo, rispetto per l'ambiente, ARPA Rivista n. 5, settembre/ottobre 2006.

Maresca A., Innovazione e risparmio energetico nelle nuove strutture sanitarie, Quotidiano di informazione sulle

fonti rinnovabili, 12 maggio 2009, www.google.it.

3M Engineering S.r.L., Management & Design, Bressanone (BZ), Misure di compatibilità ambientale, fotodocumentazione, Ristrutturazione ed ampliamento dell'ospedale di Bolzano.

Linea Sterile S.p.A.

Via Pirandello, 16 - 47043 Gatteo (FC) Tel. 0541.819911 Fax 0541.818790

info@lineasterile.com - www.lineasterile.com

Gestione della qualità dei processi tramite l'utilizzo di modelli di simulazione

Riassunto

L'attività di sviluppo di modelli di simulazione s'inserisce nella tematica del *Knowledge Management* contribuendo alla conoscenza dei comportamenti e dei processi. E' utile sia nelle fasi di cambiamento organizzativo su larga scala mediante l'uso dei modelli della System Dynamics, sia nelle trasformazioni di processi operativi mediante l'utilizzo di modelli di simulazione discreta.

Aparo U.L. *, Finzi G. **, Aparo A. ***

* Direttore Sanitario Istituto Dermopatico dell'Immacolata - IRCCS Roma

** Direttore Dell'Area di Igiene, Prevenzione e Protezione e di Coordinamento e Controllo dei Servizi di supporto presso l'Azienda ospedaliera di Bologna Policlinico S.Orsola Malpighi

*** Docente di Strategie Aziendali presso l'Università "La Sapienza" di Roma

INTRODUZIONE

L'individuazione dei "punti critici" nell'ambito di una determinata organizzazione costituisce il primo passo per la gestione della qualità dei processi. Il passo successivo, una volta identificati i processi o il processo che determina l'eventuale punto critico, consiste nell'individuare le variabili di primo livello che descrivono il processo stesso. Infine, occorre identificare l'insieme minimo e possibilmente ottimale di variabili di primo livello in grado di descrivere e di influenzare il processo investigato. Un possibile approccio per svolgere tali passi di analisi è l'utilizzo dei modelli di simulazione che consentono, da un lato, di descrivere, analizzare e visualizzare processi complessi e, dall'altro, di condurre esercizi di ottimizzazione del tipo "what if" simulando eventuali cambiamenti nel sistema esaminato. Il management trova nei modelli e tecniche di simulazione strumenti idonei e validi per evidenziare aree di inefficienza dell'organizzazione e per identificare eventuali azioni di miglioramento del livello di qualità dei servizi offerti. In par-

ticolare, appaiono essere elettivi nella gestione di sistemi complessi quali sono le organizzazioni sanitarie. Infatti, i tradizionali metodi analitici non sono in grado di fornire soluzioni adeguate in quanto non riescono a tenere conto in modo puntuale e dettagliato della complessità intrinseca di tali sistemi e processi. I modelli di simulazione, invece, essendo in grado di emulare a vari livelli di dettaglio le interazioni esistenti tra le diverse componenti dei sistemi del settore sanitario, nonché la loro evoluzione nel tempo, permettono di gestire in modo più adeguato i problemi tipici del settore. I dati generati dalla simulazione sono anche utilizzabili per stimare le misure di performance del sistema.

I MODELLI DI SIMULAZIONE

La simulazione al calcolatore (*computer simulation*) è una tecnica che consente di emulare il comportamento nel tempo di un sistema o di un processo del mondo reale per mezzo dello sviluppo di un modello del sistema stesso su di un elaboratore, con livelli di det-

taglio più o meno elevati. Un sistema è un insieme di entità, collegate tra loro per mezzo di relazioni logico-matematiche, che interagiscono nel tempo per conseguire uno o più obiettivi. Un modello di simulazione è una rappresentazione del sistema oggetto di studio ed è, di solito, costituito da un insieme di assunti che riguardano il funzionamento del sistema stesso. Tali ipotesi sono espresse sotto forma di relazioni matematiche, logiche o simboliche, tra le entità del sistema. Un sistema può essere completamente individuato in qualsiasi istante temporale tramite un insieme di variabili, dette variabili di stato. La disponibilità di capacità elaborative a costi progressivamente decrescenti, i progressi nelle tecniche di simulazione sempre più "user-friendly", hanno reso, ormai, la simulazione uno degli strumenti più ampiamente usati nella ricerca operativa e nell'analisi dei sistemi. La simulazione consente, in sintesi, di:

- esplorare nuove politiche, procedure operative, regole decisionali, flussi informativi, procedure organizzative, senza interrompere l'operatività del sistema reale e senza la necessità di dover implementare realmente la nuova politica o il nuovo sistema;
- comprimere o espandere il tempo, consentendo la velocizzazione o il rallentamento del fenomeno sotto osservazione;
- analizzare i colli di bottiglia evidenziando dove le informazioni o i servizi offerti sono particolarmente rallentati;
- eseguire analisi di tipo "what if" al fine di simulare eventuali cambiamenti nel sistema e prevedere il loro impatto sulla performance del sistema simulato;

**PAROLE CHIAVE:**

processi, qualità, modelli di simulazione

- studiare un sistema in fase di progetto, prima che venga realizzato;
- mantenere in tensione il management nelle fasi della concezione, progettazione, realizzazione e gestione del cambiamento.

La modellazione tramite simulazione può essere, pertanto, utilizzata sia come strumento di analisi per prevedere gli effetti dei cambiamenti su di un sistema esistente, sia come strumento di progetto al fine di prevedere la performance di un nuovo sistema sotto varie ipotesi.

I modelli di simulazione possono essere classificati rispetto alla:

- possibilità di evoluzione del sistema nel tempo. Si distinguono in modelli statici, che ipotizzano che le caratteristiche del sistema siano costanti nel tempo e in modelli dinamici, che riguardano sistemi che evolvono nel tempo e che vanno, pertanto, soggetti ad eventi critici e inaspettati;
- natura delle variabili. Si distinguono in modelli deterministici, che non contengono variabili casuali e modelli stocastici, che presentano una o più variabili casuali. I modelli deterministici sono caratterizzati da un insieme assegnato di input che dà luogo ad un unico insieme di output e sono utilizzati per modellare sistemi dal comportamento completamente prevedibile. Nei modelli stocastici input casuali conducono ad output casuali, per cui le misure di performance devono essere trattate come stime statistiche dei valori reali delle variabili del sistema;
- modalità di cambiamento nel tempo delle variabili di stato. Si distinguono modelli ad eventi discreti e modelli continui. In un modello ad eventi di-

creti le variabili di stato cambiano solo in corrispondenza di un insieme discreto di istanti di tempo (es.: la variabile di stato numero di pazienti in ambulatorio varia soltanto quando un paziente arriva o quando il paziente in coda effettua la prestazione). In un modello continuo le variabili di stato cambiano continuamente nel tempo (es.: un flusso costante di fluido attraverso un tubo in cui il volume può crescere o decrescere ma il flusso resta comunque continuo);

- modalità di avanzamento del tempo e della ricerca del successivo evento da processare. Sono modelli ad avanzamento costante o di tipo *time-slicing*, nei quali l'orologio della simulazione avanza a intervalli di tempo costanti. In corrispondenza di ciascun istante di avanzamento avviene la verifica relativa alla presenza di eventi da attivare.

Un approccio innovativo è quello di utilizzare nel settore sanitario un modello di simulazione continuo, tipico della *System Dynamics*, per gli aspetti "macro" e una simulazione ad eventi discreti, dinamica, per gli aspetti operativi. La ratio di tale approccio si basa sul fatto che i modelli della *System Dynamics* risultano utili nelle fasi di cambiamento organizzativo su larga scala, mentre le trasformazioni di processi operativi richiedono l'utilizzo di modelli di simulazione discreta. L'approccio simulativo tipico della *System Dynamics* opera a un livello aggregato e vede un sistema come un insieme di sequenze interconnesse di livelli e di flussi e quindi come un sistema a retroazione. Le informazioni fluiscono dai livelli, i cui valori istantanei determinano lo stato del sistema, ai flussi, che sono rappresentativi delle

attività di un sistema e viceversa. Ne consegue che i livelli sono influenzati dai tassi dei flussi e i flussi, a loro volta, influenzano i valori istantanei dei livelli. L'interesse prevalente dell'analisi di un sistema per mezzo dell'approccio *System Dynamics* è relativo alla stabilità del sistema stesso. L'obiettivo è quello di studiare come reagisce il sistema in seguito a shock esterni. Per ciò che concerne la costruzione di un modello di simulazione a eventi discreti possono essere utilizzati i seguenti approcci:

- orientato agli eventi (*event-scheduling approach*) che richiede la definizione di tutti i possibili eventi che possono verificarsi nel corso dell'evoluzione del sistema, nonché delle cause e degli effetti che accompagnano il verificarsi di tali eventi;
- orientato al processo (*process-interaction approach*), che consente di modellare il sistema come un insieme di processi interagenti tra di loro. Il modello di simulazione è definito in termini del ciclo di vita delle entità, a partire dal momento in cui entrano nel sistema, passando per il momento in cui, dopo aver richiesto un determinato servizio ad una data risorsa, vengono servite, fino al momento in cui lasciano il sistema;
- orientato alle attività (*activity scanning approach*) che si concentra sulle attività del modello e, soprattutto, su quelle condizioni che consentono ad un'attività di cominciare. A ciascun avanzamento di clock (orologio della simulazione, variabile rappresentativa del tempo simulato trascorso) le condizioni per ciascuna attività vengono esaminate. Se le condizioni sono "vere," la corrispondente attività ha inizio.

DISCUSSIONE

I tradizionali metodi analitici, se applicati alla risoluzione di problemi di gestione tipici dei sistemi complessi qual'è il settore sanitario, non sono in grado di fornire delle soluzioni adeguate, in quanto

non riescono a tenere conto in modo puntuale e dettagliato della complessità intrinseca caratteristica di tali sistemi e processi. I modelli di simulazione, invece, essendo in grado di emulare a vari livelli di dettaglio le interazioni esistenti tra le diverse componenti dei sistemi del settore sanitario, nonché la loro evoluzione nel tempo, offrono la possibilità di gestire in modo adeguato alcuni problemi tipici del settore sanitario.

L'uso di modelli simulativi è in grado di fornire innegabili vantaggi ai manager delle aziende del settore sanitario. Oltre a fornire un supporto alla risoluzione di problemi relativi all'allocazione delle risorse, tali modelli possono aiutare i manager a comprendere meglio l'organizzazione di cui fanno parte. Va inoltre sottolineato che sono strumenti utili anche in fase di formazione del management aziendale.

La simulazione può essere utilizzata in modo gerarchico da parte dei manager di aziende del settore sanitario. In particolare, si può partire applicando la simulazione alla pianificazione strategica e alla definizione della politica, con un orizzonte temporale almeno quinquennale. I risultati di tali simulazioni possono servire da base di partenza per modelli simulativi più dettagliati, realizzati ad esempio per fornire informazioni sulle modalità ottimali di allocazione interna di risorse. Si può quindi realizzare una catena di modelli che, nella loro integrazione, costituiscono un modello estremamente dettagliato, con finalità operative ad orizzonte temporale limitato anche al giorno o alla settimana, capaci di risolvere problemi operativi, quali, ad esempio, l'ottimizzazione dell'uso delle risorse a disposizione o la determinazione della produttività massima del sistema. Una volta sviluppato e validato, il modello può essere utilizzato per effettuare analisi di scenario di tipo "what if?". Si ottiene così la possibilità di progettare il miglioramento della qualità del processo e di valutare i risultati teorici.

Il cambiamento avviene anche grazie

all'attrazione esercitata dalla configurazione possibile definita dall'uso del modello. Il confronto tra l'andamento nel tempo dei valori delle variabili di riferimento di primo livello, consente l'attivazione di procedure di miglioramento continuo che alimentano il miglioramento sia del modello che del processo analizzato.

Si può così parlare di TQM (3)(4), ovvero di gestione totale della qualità, secondo un'accezione del tutto nuova. Totale può essere inteso non solo in termini di coinvolgimento di tutte le persone e funzioni associate al processo, ma anche come insieme di modelli che descrivono e simulano il processo stesso e che possono consentire di avvertire anticipatamente i segnali deboli della necessità di riprogettazione provenienti dalle organizzazioni sanitarie (5).

CONCLUSIONI

In un sistema complesso in fase di trasformazione è indispensabile costruire un ambiente che permetta la comunicazione e l'*ownership* dei modelli che servono alla trasformazione stessa e alla gestione del sistema modificato.

La simulazione, permettendo di costruire dei mondi virtuali costituisce un ambiente adeguato allo scopo. Obiettivo della simulazione dei sistemi organizzativi è quindi soprattutto quello di permettere una condivisione ottenuta mediante l'esplicitazione dei propri punti di vista (*lateral thinking*). Prerequisiti per l'utilizzazione degli ambienti di simulazione sono la disponibilità di strumenti di facile uso con approcci che ne facilitino la comprensione ai non addetti ai lavori e un accettabile livello di alfabetizzazione informatica del management.

La simulazione non sostituisce i metodi tradizionali di modellazione matematica e sistemistica ma ne costituisce una premessa importante. Permette di mantenere in tensione il management nelle fasi della trasformazione del cambiamento. Affianca le tradizionali attività di controllo di gestione e costituisce un

ambiente sofisticato di giustificazione economica permettendo di inserire la dimensione tempo nelle valutazioni. Nel ciclo di vita del cambiamento uno dei problemi organizzativi consiste nella conservazione dei concetti che man mano vengono sviluppati, elaborati, fatti evolvere. Dalla concezione del cambiamento alla realizzazione degli strumenti per modificare il sistema passa del tempo, cambiano i gruppi coinvolti e risulta difficile conservare un patrimonio coerente di concetti. L'attività di sviluppo di modelli di simulazione s'inserisce quindi a pieno diritto nella tematica del *Knowledge Management* contribuendo alla conoscenza dei comportamenti e quindi dei processi. Tale conoscenza è riutilizzabile sia nella progettazione organizzativa che nella realizzazione di sistemi informatici.

In conclusione, la simulazione si dimostra utile sia nelle fasi di cambiamento organizzativo su larga scala (cambiamento di struttura, di missione) mediante l'uso dei modelli della *system dynamics*, sia nelle trasformazioni di processi operativi mediante l'utilizzo di modelli di simulazione discreta.

BIBLIOGRAFIA

1) Banks J, Carson JS, Nelson BL., *Discrete-Event System Simulation 1996*, Prentice Hall

2) Aparo U.L., Aparo A., Berchi R., *Analisi di simulazione nel sistema complesso ospedaliero. Annali d'Igiene 1998, 4 (suppl 2) : 357*

3) Aparo UL, Aparo A., *TQM uguale VRQ: una scelta molto pericolosa. L'Ospedale 1998, 5:18-21*

4) Conti T., *Come costruire la qualità totale. Sperling & Kupfer 1982, Milano.*

5) Dvergsdal K; Bergman O., *Benefits of Utilising Optimisation and Simulation in Healthcare. Hospital 2007; 4:40-42*

IN EVIDENZA NELLA SANITÀ



PADANA EVEREST

detergenza tessile

I SERVIZI:

- Noleggio e gestione biancheria.
- Noleggio e gestione abiti sanitari.
- Noleggio e gestione set sterili chirurgici in tessuti tecnici riutilizzabili (T.T.R.).
- Noleggio e ricondizionamento di materassi e guanciali.
- Disinfezione e sanificazione dei dispositivi a noleggio.
- Sterilizzazione dei dispositivi a noleggio.
- Gestione del guardaroba con logistica integrata.
- Gestione di centrali di sterilizzazione per la committenza, anche con progettazione e realizzazione.
- Ricondizionamento e sterilizzazione strumentario chirurgico.



In tutta sicurezza curiamo la qualità e pensiamo all'ambiente:

UNI EN ISO 9001 - UNI EN ISO 13485 / UNI EN ISO 14001 / BS OHSAS 18001 / UNI EN 14065 / Marcatura CE DIR. 93/42 EEC

Servizio clienti: Travagliato (Bs) - tel. 030 6869311 - fax 030 660507 - sanita@padanaeverest.it - www.padanaeverest.it

L'ospedale per intensità di cure: l'esperienza dell'Azienda Usl 12 di Viareggio

Riassunto

L'esperienza dell'Ausl 12 di Viareggio è stata promossa a seguito della scelta della Regione Toscana di aderire al modello organizzativo per "intensità di cura" attuato attraverso l'emanazione della Legge Regionale n° 40 del 24.02.2005, al fine di assumere la centralità del paziente come obiettivo primario. A tal proposito si sono sviluppati nuovi modelli che prevedono la riorganizzazione delle degenze per livelli di intensità di cura e ridisegnano la logistica sul paziente, impattano sulla qualità e tempestività delle cure ed appropriatezza del setting assistenziale e garantiscono efficienza produttiva. Scopo del lavoro è l'implementazione nell'Area Medica di questo modello organizzativo assumendo come principi oltre alla centralità del paziente, la condivisione delle risorse umane, strumentali e strutturali al fine di affermare una continuità assistenziale di tipo multidisciplinare ottimizzando l'utilizzo delle risorse disponibili. La realizzazione del modello ha permesso di differenziare l'assistenza fornita concentrando l'attenzione sui pazienti che presentano una maggiore complessità e instabilità clinica e assistenziale. (uguaglianza versus equità);

orientare le cure sui pazienti che hanno bisogno di risposta/prestazioni sanitarie e attribuire al personale di supporto le attività assistenziali di base; valorizzare le competenze professionali mediche ed infermieristiche utilizzare funzionalmente i posti letto in dotazione all'area.

Grazia Luchini *, **Anna Reale ****

* Direzione Medica di Presidio Az. USL 12 di Viareggio

** Dirigente Infermieristico Az. USL 12 di Viareggio

*L'organizzazione che facilita
l'apprendimento dei suoi membri
apprende e si sviluppa a sua volta*

INTRODUZIONE

L'evoluzione del SSN e le relative strategie di sviluppo non possono prescindere dal quadro epidemiologico, dall'evoluzione demografica e dei bisogni, dall'evoluzione scientifico- tecnologica, dal contesto socio economico.

Da diversi anni il servizio sanitario si trova a far fronte da un lato alle esigenze di pazienti sempre più anziani, all'incremento di patologie cronico degenerative, al gran numero di ricoveri in urgenza di pazienti con comorbidità con con-

seguito aumento di complessità dei casi; dall'altro l'attività di assistenza ospedaliera è sempre più impegnata a rispondere alla malattia nella fase acuta e ad interagire con il territorio come parte di una rete di servizi finalizzati ad assicurare la continuità assistenziale e a garantire percorsi razionali ed efficaci. All'ospedale è chiesto di mettere a disposizione del paziente competenze professionali, tecnico-scientifiche e relazionali con l'obiettivo finale di ottimizzare l'assistenza sanitaria e monitorare gli esiti dei trattamenti. L'integra-

zione dei professionisti consente di razionalizzare il percorso clinico del paziente e di adeguare la pratica clinica alle migliori conoscenze scientifiche disponibili.

Questi elementi convergono in un obiettivo specifico: garantire l'appropriatezza della cura intesa come livello di assistenza realmente necessario al paziente ed adeguato rispetto alle migliori conoscenze scientifiche ed alle competenze tecniche.

In questo scenario i servizi sanitari sono sempre più raramente prestazioni puntuali e diventano sempre più di frequente processi assistenziali all'interno dei quali operano numerosi professionisti secondo le proprie competenze e specializzazioni. In sostanza non è più la pratica individuale a caratterizzare la prestazione sanitaria, bensì il contesto organizzativo.

Il mutato panorama assistenziale, qui delineato, ha stimolato a ricercare soluzioni organizzative in grado da un lato di rispondere al meglio alle esigenze del paziente e dall'altro a quelle di tutte le figure coinvolte nel processo di cura.

In Italia l'attenzione al Dipartimento/Area quale soluzione funzionale, ha assunto una posizione centrale nel dibattito sull'organizzazione interna dell'Ospedale moderno, confortata sia dai risultati ottenuti da esperienze internazionali che dalla letteratura la quale mette in luce una netta convergenza nell'individuare la struttura dipartimentale come lo strumento per affrontare la maggior parte dei problemi di efficienza e qualità dell'assistenza.

**PAROLE CHIAVE:**

Intensità di cura, appropriatezza, equità, efficienza

La Regione Toscana ha promosso il cambiamento organizzativo anche attraverso l'emanazione della Legge Regionale n°40 del 24.02.2005 e successive, con lo scopo di assumere *la centralità del paziente come obiettivo primario*. All'art. 68 sono definiti i principi secondo cui entro tre anni le aziende unità sanitarie locali procedono alla riorganizzazione del presidio ospedaliero di zona (omississ)... b) strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica; c) individuazione per ciascuna area ospedaliera di cui alla lettera b) di distinte responsabilità gestionali sul versante clinico-assistenziale ed infermieristico e di supporto ospedaliero; d) predisposizione ed attivazione di protocolli assistenziali e di cura che assicurino l'esercizio della responsabilità clinica del medico curante e l'utilizzo appropriato delle strutture e dei servizi assistenziali; ... (Omississ).

La riorganizzazione delle degenze per intensità di cura prevede, in riferimento al modello regionale toscano, l'individuazione di tre livelli diversificati secondo parametri di instabilità clinica e complessità assistenziale:

■ **livello 1** unificato a livello di Presidio Ospedaliero comprende la terapia intensiva e subintensiva, a cui è riservata l'assistenza del

paziente che necessita di ventilazione meccanica invasiva e della massima intensità di cure.

■ **livello 2** articolato per area funzionale comprende il ricovero ordinario e a ciclo breve che presuppone la permanenza di almeno una notte in ospedale. All'interno del livello 2 che rappresenta il livello delle degenze, trovano collocazione l'Unità di Alta intensità di cura che assiste pazienti critici a cui sono necessari un monitoraggio continuo e terapie mediamente invasive ma senza ventilazione con intubazione e la Media intensità che comprende i posti letto di cura ordinaria.

■ **il livello 3** è dedicato alla cura della post acuzie e della bassa intensità di cura, aggregata come zona tampone per gestire meglio la fase immediatamente precedente la dimissione e comprende day hospital.

“L'intensità di cure” è in senso letterale uno degli elementi che concorrono a definire il nuovo quadro, ma di fatto nella prassi rappresenta l'elemento guida, e viene quindi a identificarsi con l'idea del nuovo ospedale, sempre più caratterizzato come luogo di cura dell'acuzie. L'assegnazione al livello avviene in base alla gravità del malato e all'intensità assistenziale che egli richiede con una presa in carico il più possibile personalizzata e condivisa. Il percorso del paziente si sviluppa in senso trasversale nell'ambito dell'area, i trasferimenti sono esclusivamente vincolati ai cambiamenti in senso migliorati-

vo o peggiorativo del suo stato di salute; l'organizzazione si muove intorno al malato recuperando ad unitarietà le prestazioni per garantire il miglior risultato possibile. Così le cure diventano continue e si riducono le interruzioni nel processo assistenziale.

La Direzione dell'Azienda USL 12 di Viareggio, ha pienamente recepito le indicazioni della Regione Toscana progettando la riorganizzazione del Presidio Ospedaliero Unico secondo i principi dell'intensità della cura a partire dall'Area Medica.

L'obiettivo del progetto è volto a implementare nell'Area Medica il modello organizzativo assumendo come principi cardine la centralità del paziente e la condivisione delle risorse umane, strumentali e strutturali al fine di affermare una continuità assistenziale di tipo multidisciplinare ottimizzando l'utilizzo delle risorse disponibili.

E' stato formalizzato un gruppo di lavoro multidisciplinare coordinato dalla Direzione di Presidio costituito dalla Responsabile di Area Medica, la Dirigente Infermieristica, i Direttori di UUOO afferenti all'area, la Coordinatrice Infermieristica di Area con la finalità di verificare la fattibilità del nuovo modello di degenza operando secondo la metodologia dei sistemi qualità al fine di definire e le fasi progettuali e curarne l'attuazione.

MATERIALI E METODI

Nell'arco dei dodici mesi del progetto, si sono tenuti numerosi incontri di aggiornamento in sede, incontri formali con i Direttori medici i loro collaboratori, i Coordinatori Infermieristici e gli infermieri; riunioni plenarie con tutte le UUOO coinvolte nella riorganizzazione, sono state organizzate visite presso ospedali che hanno orientato

i loro modelli organizzativi verso tale sistema.

L'attività del gruppo si è sviluppata nelle seguenti direttrici:

- determinazione del fabbisogno in termini di risorse umane e definizione della relativa organizzazione del lavoro;
- determinazione del fabbisogno di attrezzature tecnologiche e definizione di un piano per la loro acquisizione;
- determinazione delle modifiche strutturali necessarie e pianificazione della loro realizzazione;
- project work per la realizzazione del processo riorganizzativo in relazione alla disponibilità dei locali e delle risorse umane, tecnologiche, strumentali ed organizzative;
- pianificazione di un percorso formativo rivolto al personale medico ed infermieristico per permettere l'acquisizione delle competenze richieste dal modello;
- elaborazione della documentazione unica, Cartella Clinica medica e Cartella Infermieristica;
- elaborazione di protocolli di tipo clinico-professionale per determinate categorie di pazienti e percorsi assistenziali per patologia;
- definizione di criteri di severità clinica e di complessità assistenziale per la selezione dei pazienti da destinare all'unità di Alta Intensità;
- sperimentazione del nuovo modello organizzativo.

ELEMENTI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

La riorganizzazione delle degenze per intensità di cura, in adeguamento al modello toscano, ha previsto la redistribuzione dei posti letto su tre livelli definita sulla base di dati epidemiologici secondo

il seguente assetto: Alta Intensità PL 12; Media Intensità PL 66; Bassa Intensità PL 14; si tratta di posti letto indifferenziati nell'ambito di ogni livello.

In Alta Intensità 8 letti sono dotati di monitor polifunzionali (ossimetria, ECG, PA non invasiva) e di apparecchio per la ventilazione meccanica non invasiva (NIMV). Le soluzioni logistiche per affrontare il livello di "Media Intensità" hanno previsto la realizzazione di stecche contigue tra loro e rispetto ai letti di alta e bassa intensità al fine di ridurre al minimo i trasferimenti del paziente.

Le Unità Operative afferenti all'Area Medica con degenza a media intensità si trovano così, vicine fra di loro, non più separate da barriere architettoniche.

E' stata realizzata inoltre un'area separata di Bassa intensità per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali e a ciclo diurno quali il DH e Day Service. Allo luce della riorganizzazione delle degenze si è reso necessario prevedere un riordino delle aree non assistenziali destinate a funzioni direttive dipartimentali, studi medici, sale riunioni ecc che trovano collocazione nell'area riservata all'attività ambulatoriale.

ELEMENTI ORGANIZZATIVI E PROFESSIONALI

Per raggiungere gli obiettivi di appropriatezza nel modello per intensità di cure, emerge la necessità di un intervento organizzativo radicale in grado di spostare l'attenzione dal prodotto organizzativo presidiato dalle singole U.O., al processo produttivo la cui gestione si focalizza sull'operatività dei team multidisciplinari (medici e infermieri), costruiti e resi operativi secondo i principi e le logiche del case management.

Secondo tale logica il team multiprofessionale assume un ruolo che permette di:

- prendere in carico i pazienti;
- focalizzare l'attenzione sul paziente e sulla sua soddisfazione;
- predisporre profili di cura e di assistenza e/o percorsi diagnostico terapeutici, e quindi un set di linee guida che descrivono, sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo, le risorse necessarie per trattare un particolare gruppo di patologie, ponendo l'attenzione sul loro costo e la loro appropriatezza;
- indicare dove, quando e cosa fare per la formulazione tempestiva della diagnosi, per l'esecuzione appropriata delle azioni terapeutiche e per la gestione della permanenza del paziente nella struttura;
- garantire al paziente la qualità del servizio erogato in termini di unitarietà e continuità del percorso.

Nella logica di case management i ruoli professionali dei medici e degli infermieri si trovano ad assumere un ruolo di primissimo piano nel porre le basi e per garantire lo sviluppo del governo clinico-assistenziale delle attività ospedaliere.

Proprio in relazione allo scenario illustrato, è stato realizzato un percorso formativo ad hoc che ha permesso ai professionisti coinvolti di acquisire conoscenze e competenze necessarie all'attivazione del modello organizzativo e assistenziale. L'organizzazione del turno di guardia medica è un esempio del livello di integrazione e coerenza comportamentale raggiunta, infatti è compartecipata nelle ore notturne e festive grazie alla presenza contemporanea di un medico internista e di uno specialista di altra unità operativa afferente all'Area

Medica; i due operatori collaborano sinergicamente alla gestione del paziente.

Le conoscenze teoriche nella logica "Conoscere per fare, fare per conoscere" si associano alla pratica clinica che attraverso l'esperienza sul campo completerà il bagaglio culturale necessario ad affrontare un cambiamento tanto profondo nella cultura professionale.

Nel mutato contesto organizzativo anche la professione infermieristica ha dovuto necessariamente ripensare il proprio agire e passare da un'assistenza per compiti ad una assistenza per prestazioni erogate con modalità "personalizzata" secondo una logica di presa in carico coerentemente con i bisogni assistenziali rilevati.

Lo scopo è quello di offrire una risposta assistenziale proporzionata al bisogno espresso organizzando l'assistenza sulla base della complessità assistenziale. Ciò consente fra l'altro di:

- differenziare l'assistenza fornita concentrando l'attenzione sui pazienti che presentano una maggiore complessità anche al fine di ottimizzare le risorse (uguaglianza versus equità);
- valorizzare le competenze professionali.

La mobilità intra/inter-area è e sarà l'altro strumento di integrazione che ha previsto necessariamente un impulso a programmi di formazione preparatori al nuovo assetto organizzativo. Infine e non ultimo, saranno premiate flessibilità organizzativa, dinamismo, capacità di adattarsi a nuovi schemi procedurali, volontà di cambiare e di apprendere.

La scelta strategica è stata quella di perseguire una soluzione organizzativa basata sulla delega di potere e responsabilità con una progettazione e gestione decen-

trata, laddove per progettazione si intende la definizione di un modello di utilizzo del personale basato sull'analisi organizzativa della realtà di riferimento, sulla determinazione del fabbisogno di personale da porre in servizio, sull'applicazione degli istituti contrattuali e sulle variabili socio-ambientali (stagionalità), che influenzano la domanda di prestazioni e/o l'erogazione dei servizi.

La gestione, invece, è rappresentata dal complesso coordinato delle attività che si rendono necessarie per garantire il miglior impiego di risorse umane disponibili in funzione del raggiungimento di obiettivi di efficacia/efficienza/appropriatezza.

La progettazione e gestione decentrata prevede quindi una delega ai coordinatori infermieristici di unità operativa/unità funzionale sia della programmazione che della gestione corrente e quotidiana dei turni, sulla base di un modello predisposto dalla direzione con il concorso del livello di coordinamento.

Tale soluzione organizzativa consente di ottenere omogeneità, di tener conto delle caratteristiche clinico-organizzative delle singole UO ed al contempo favorisce integrazione ed interscambio.

L'esigenza di trasferire conoscenze sul modello e di fornire informazioni in maniera sistematica e capillare si è determinata fin dalla fase progettuale per cui si è cercato di dare il massimo rilievo all'aspetto *informativo e formativo*.

Allo scopo è stato e sarà fondamentale l'apporto della *formazione* sia d'aula che on the job, pianificata e sviluppata nell'arco dei 12 mesi durante i quali sono stati affrontate le seguenti tematiche: il modello organizzativo; strumenti e metodi di integrazione professionale; il modello concettuale di

riferimento; il metodo e lo strumento di rilevazione dell'Indice di Complessità Assistenziale (ICA); la raccolta dei casi clinici da analizzare in aula (role play) e l'utilizzo dello strumento; testing dello strumento nel contesto operativo; utilizzo sperimentale del metodo di rilevazione e ICA; implementazione dello strumento di rilevazione dell'ICA.

Le figure dei Coordinatore Infermieristico di Area e del Coordinatore Infermieristico di UO sono state centrali, in questa fase, in quanto riferimento professionale e gestionale per il gruppo infermieristico.

ELEMENTI DI INTEGRAZIONE

Il reengineering organizzativo ha presupposto la piena operatività del modello dipartimentale con Coordinatori infermieristici di UO che sovrintendono i diversi blocchi di assistenza graduata e il Responsabile di Area che cura e concorda i percorsi, e fa da garante del sistema, con Direttori di UO e i medici a cui è invece demandata la presa in carico degli aspetti clinici e specialistici nella loro complessità.

In tale contesto la Direzione si è mossa impostando tra l'altro il sistema di budget di Area utile nel declinare gli obiettivi regionali fino ai titolari delle strutture organizzative/professionali, affidandone la gestione al Responsabile di Area dopo aver negoziato obiettivi e risorse al fine di poter valutare lo stile manageriale e la capacità di leadership del relativo responsabile.

Nell'organizzazione per intensità di cura il processo richiede una adeguata valutazione dell'impostazione dei flussi e delle modalità lavorative al fine di mantenere sotto controllo il livello di prestazioni dell'organizzazione rispetto

a qualità costi e tempi.

La definizione di strumenti di integrazione condivisi quali: Cartella medica unica "di Area" Cartella infermieristica unica, Scheda di rilevazione dell'Indice di complessità assistenziale (ICA), Protocolli operativi, Linee guida, diviene presupposto sostanziale per l'attivazione del modello.

Sono state elaborate una Cartella Clinica unica di Area Medica ed una Cartella Infermieristica unica aziendale, che garantiscono la gestione del percorso del paziente all'interno dell'area, documentano i trasferimenti nei diversi livelli di cura e tutte le fasi del percorso assistenziale con la possibilità di tracciare il piano di cura e di assistenza, le prestazioni erogate, i risultati ottenuti e le risorse impiegate nella risposta al bisogno di salute.

La configurazione dei sistemi informatici come strumento di supporto alle operazioni di gestione, ha portato alla realizzazione di un software articolato nei livelli di cura, necessario per la gestione dei posti letto, per l'accettazione, la refertazione e la dimissione.

Il percorso del paziente nell'ambito dell'Ospedale organizzato per intensità di cura richiede un livello di rigore nel rispetto dei protocolli definiti e nell'assegnazione al corretto setting assistenziale a partire dal Pronto Soccorso per arrivare alla dimissione.

In questa logica di integrazione sia all'interno del presidio che a livello aziendale la Direzione ha definito strumenti per favorire l'attivazione del percorso e superare il blocco in uscita.

Nell'ambito di strutture convenzionate sono stati individuati posti letto per l'erogazione delle cure intermedie e posti letto di hospice. A livello del Distretto sono stati definiti, in collaborazione con le

strutture ospedaliere competenti, percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per pazienti con ictus e scompenso cardiaco e contemporaneamente si è proceduto alla organizzazione del Punto Unico di Accesso (PUA).

RISULTATI

Dall'analisi dei dati consolidati, relativi al secondo semestre 2008, è emerso che la il 47% della casistica in uscita dal DEU che esprime un bisogno di ricovero afferisce all'Area Medica ed è costituita prevalentemente da soggetti di sesso maschile, di età media 72 aa, affetti da polipatologie.

Mediante la definizione dei criteri di valutazione della severità clinica per l'accesso ai diversi setting è stato possibile la stabilizzazione del paziente già in Pronto Soccorso e la destinazione al livello di cura appropriato.

Nell'ambito del Livello 2 (Alta Intensità) hanno trovato assistenza pazienti complessi affetti prevalentemente da patologie acute del sistema cardiorespiratorio; la degenza media rilevata è di 5,5 gg e il peso medio del DRG è risultato notevolmente più elevato rispetto al livello inferiore di cura (Media Intensità).

La possibilità di misurare con puntualità la complessità assistenziale infermieristica mediante la rilevazione dell'indice ICA (Indice di Complessità Assistenziale) ha permesso di offrire un'assistenza personalizzata, erogare prestazioni appropriate in relazione al bisogno rilevato, comparare le prestazioni erogate con la complessità prevista nel setting ed integrare l'equipe assistenziale.

Le rilevazioni effettuate nel terzo trimestre 2008, hanno evidenziato una sostanziale congruità fra il livello di cura assegnato attraverso

i criteri di severità clinica definiti e la complessità assistenziale infermieristica; in particolare nei setting di alta e media intensità.

La criticità è emersa invece nel livello 3 (Bassa Intensità) dove l'ICA registra dei valori superiori al parametro di riferimento riconducibili alla Media Intensità, evidenziando una difficoltà oggettiva ad inquadrare la casistica relativa al setting. Alla luce di queste evidenze, l'orientamento dell'Azienda è quello di individuare il Livello 3 esclusivamente nell'attività di Day Hospital.

Questa riorganizzazione in Area Medica ha generato nell'ambito del Livello 1 ancora articolato su sette posti letto di Terapia Intensiva un notevole miglioramento del livello di appropriatezza del ricovero (Report 2008 Progetto Margherita).

CONCLUSIONI

Il completamento del processo di innovazione prevede l'attivazione contestuale di più leve operative: la leva strutturale per favorire l'integrazione fisica, la leva dei sistemi gestionali per favorire l'integrazione organizzativa e clinica, le leve dell'apprendimento e dell'organizzazione del lavoro per favorire l'integrazione culturale. L'attenzione volta nell'intero progetto ai diversi meccanismi citati, ha permesso di intraprendere il percorso di cambiamento e di delineare obiettivi a lungo termine per il completamento della riorganizzazione.

Il modello di intensità di cure necessita per la sua realizzazione di un cambiamento culturale di tutta l'organizzazione orientato al perseguimento dell'appropriatezza e dell'efficienza produttiva, obiettivi che per il loro raggiungimento richiedono un grosso sforzo da parte dei professionisti della salute.

Obiettivo del gruppo durante

questo anno di lavoro è stato la ricerca della realizzazione di condizioni ottimali per lo svolgimento della pratica assistenziale, sia dal punto di vista della razionalità negli spazi e nel consumo di risorse, che dal punto di vista di un ambiente motivante, condizioni ritenute fondamentali per presidiare l'efficacia dell'atto sanitario e la qualità complessiva del servizio reso. Attraverso l'organizzazione del lavoro per gruppi permanenti multiprofessionali e multidisciplinari i professionisti coinvolti hanno trovato nuovi stimoli e si sono favoriti lo sviluppo e il trasferimento delle conoscenze.

La formazione e l'addestramento hanno permesso di sensibilizzare il personale coinvolto all'utilizzo di logiche di gestione per progetti, aggiornando ed integrando le conoscenze e le competenze in virtù degli obiettivi prefissati. Il monitoraggio e la verifica del progetto sono stati possibili grazie agli strumenti elaborati dal gruppo e all'attività di audit, effettuata da personale esperto nei singoli contesti.

I punti di forza del progetto sono correlati al sostegno della Direzione Aziendale, all'individuazione dei *project manager*, all'istituzione di gruppi di lavoro, alla pianificazione accurata.

L'istituzione dei gruppi di lavoro ha costituito una modalità chiave per favorire un nuovo modo di operare, arricchire e superare le potenzialità del lavoro individuale, mediante regole fondate sulla delega, la cooperazione, la comunicazione. Inoltre, l'elaborazione condivisa di strumenti professionali è stata un momento significativo di ripensamento del proprio agire professionale.

In conclusione l'attivazione e l'implementazione del modello non sarebbe stata possibile senza il

livello d'integrazione raggiunto da tutta l'organizzazione interna ed esterna all'Area Medica che ha richiesto l'impegno costante di tutti i professionisti coinvolti nell'intervento sul paziente al fine di rendere uniformi i percorsi assistenziali, le procedure e gli strumenti informativi per garantire la continuità assistenziale e promuovere e favorire il processo di integrazione dipartimentale.

BIBLIOGRAFIA

Autieri E. "Management delle risorse umane" Ed. Guerini Studi, Milano, 2004

Anselmi L., Saita M., *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie*, Il sole 24 Ore libri, Milano, 2002

Benci L. "Aspetti giuridici della professione infermieristica" Ed. Mc Graw Hill, Milano, 2005

Calamandrei C. Orlandi C. "La dirigenza infermieristica", Mc Graw Hill, Milano, 2002.

Cavicchi I., "Sanità. Un libro bianco per discutere", Ed. Dedalo, Bari, 2005.

Chiari P., Santullo A. "L'infermiere case manager", Ed. Mc Graw Hill, Milano, 2001

Ciancio B. "Sviluppo e applicazione del processo infermieristico", Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2001

Demè E. "Pianificazione e programmazione nelle organizzazioni", Clueb, Bologna, 2003

De Pietro C. "Gestire il personale nelle aziende sanitarie", Ed. Mc Graw Hill, Milano, 2005

Donabedian A. "La qualità dell'assistenza sanitaria: principi e metodologie di valutazione", NIS, Roma, 1990

Donabedian A., "La qualità dell'assistenza sanitaria"; *La Nuova Italia Scientifica*, Roma, 1990

Demè E., *Pianificazione e programmazione nelle organizzazioni*, Clueb, Bologna, 2003

Donabedian A., *La qualità dell'assistenza sanitaria: principi e metodologie di valutazione*, Roma, NIS, 1990

Girelli G., "Il malessere della medicina. Un confronto internazionale", Ed. Franco Angeli, Milano, 2003.

Guilbert J.J. "Guida Pedagogica"; Edizioni del Sud, Bari, 2001

Lega F. *Il mistero del dipartimento ospedaliero*, Mecosan, 41, 2002

Mariani V., Vidale G., "La qualità nei servizi alla persona"; Edizioni del Cerro, Pisa, 2001.

Mintzberg H., "La progettazione dell'organizzazione aziendale", Il Mulino, Bologna, 1985.

Mastrilli F., Paci A., Carinci P., Alesini A., Simonetti G. *Il Dipartimento nel Servizio Sanitario Nazionale. Proposta di linee guida per l'applicazione del modello dipartimentale nelle strutture ospedaliere. Rapporto dell'Agenzia per i Servizi Sanitari*, Roma, 1996

Nuti S. "La gestione del sistema azienda", Tramontana Formazione, Milano, 2000

Pintus E. "Il project management per le aziende sanitarie" Ed. Mc Graw Hill, Milano, 2003

Pompei A., Costanzi, C., Risso A., "Il lavoro per progetti individualizzati. Linee guida per chi opera al servizio delle persone anziane"; Fondazione E. Zancan, Genova, 2000.

Rugiadini A.; "Organizzazione d'impresa"; Giuffrè Editore, Varese, 1979.

Santullo A. "L'infermiere e le innovazioni in sanità", Mc Graw Hill, Milano, 2004

Vignati E., Bruno P., "Organizzazione per processi in sanità", Ed. Franco Angeli, Milano, 2003

Vignati E., Bruno P., "Project management in sanità" Ed. Mc Graw Hill, Milano, 2003

Zuliani A., Mancini A., Filacchione G., "Sistemi di controllo e valutazioni di efficienza"; Il Mulino, Bologna, 1993.

Valutare i rischi dei lavoratori in una lettura integrata dei rischi aziendali

Riassunto

Gestione integrata del "rischio" all'interno di una Azienda Sanitaria significa in primis individuare come "sistema" gli aspetti da trattare e più in generale ricollocare il "sistema rischio" in una area più vasta, afferente alla "qualità" dell'assistenza, riconducendola così alla "governance".

Le mutate complessità delle organizzazioni sanitarie comportano di necessità un approccio non convenzionale alle problematiche in materia di sicurezza dei lavoratori, revisionando le modalità di intervento inerenti gli ambiti classici del rischio professionale, rivalutando Nuovi Determinanti di Insicurezza a favore di una lettura integrata della materia.

Pasquale Di Guida

Direttore Medico di P.O. "Maria delle Grazie" - ASL Bn - Benevento

INTRODUZIONE

Quindici anni di discussioni, di conferenze, di proposte sul tema della sicurezza hanno dato alla luce il D.Lgs 81/08, che ha racchiuso in un unico testo le vecchie norme degli anni 50 ed a seguire le altre più recenti sino al D.Lgs 626/94, così abrogato. Il T.U. da una parte semplifica alcune procedure ed adempimenti e dall'altra migliora alcuni aspetti delle precedenti norme in materia di sicurezza. In forma sintetica si elencano di seguito in maniera esemplificativa alcuni aspetti critici positivi dell'elaborato:

- Disporre di un unico testo sulla sicurezza
- Aver normato la funzione dei preposti e potenziato il percorso formativo degli attori
- Rafforzare la valutazione dei rischi
- Ricomprendere anche i lavoratori autonomi e quelli stranieri
- Aver introdotto la gestione telematica dei dati.

Nel nostro caso si provvederà ad enfatizzare il concetto di "valutazione" poiché ci consente di formulare una lettura integrata dei rischi aziendali.

RATIONALE

Gestione integrata del "rischio" all'interno di una Azienda Sanitaria significa in primis individuare come "sistema" gli aspetti da trattare e più in generale ricollocare il "sistema rischio" (TAB.1) in una area più vasta, afferente alla "qualità" dell'assistenza, riconducendola così alla "governance".

TAB.1

IL SISTEMA RISCHIO

- Rischi per i pazienti
- Sicurezza ambientale
- Sicurezza del personale
- Emergenze esterne
- Rischi economici finanziari
-

Ci si richiama così al "Governo Clinico" in sanità, attraverso il quale le organizzazioni sanitarie mediante un approccio multidimensionale si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard assistenziali, attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi un modello organizzativo finalizzato all'eccellenza.

In questo contesto la valutazione (risk assessment) in generale, e nel caso specifico la valutazione dei rischi dei lavoratori rappresenta il punto di partenza nel processo di gestione dei rischi, il primo passo da compiere verso una gestione sistemica della salute e sicurezza sul lavoro.

Il "risk assessment" (TAB.2) nelle organizzazioni sanitarie è parte integrante di una strategia complessiva di buona gestione, poiché in una Azienda complessa – sociale – risulta indispensabile disporre di un approccio integrato di valutazione dei rischi che tenga conto delle diverse fasi della valutazione stessa, delle diverse esigenze delle singole UU.OO. e di un mondo del lavoro in sanità in continua evoluzione.

**PAROLE CHIAVE:**

Clinical governance, sicurezza, valutazione, organizzazioni sanitarie

TAB.2**RISK ASSESSMENT**

- Step 1 — Identifying hazards and those at risk
- Step 2 — Evaluating and prioritising risks
- Step 3 — Deciding on preventive action
- Step 4 — Taking action
- Step 5 — Monitoring and reviewing

<http://hw.osha.europa.eu><http://hw.osha.europa.eu>

Spesso si incorre infatti in una attività occasionale (una tantum) o in un approccio separato che non consente una visione complessiva delle condizioni del luogo di lavoro o ancora sulla identificazione di rischi evidenti ed immediati trascurando gli effetti a lungo termine.

ANALISI DI CONTESTO

La rilevanza della prevenzione del rischio nel comparto della sanità si fonda su un impatto quantitativo di agevole comprensione, determinato sia dal numero delle “imprese” operanti nel settore, sia dal numero degli occupati e degli addetti al lavoro, sia infine dalla numerosità dei cittadini utenti. Ma oltre a questi aspetti di facile immediatezza, il tema della sicurezza nelle strutture sanitarie si correla essenzialmente anche alla dimensione qualitativa dell’assistenza e nel nostro caso specifico, nel rileggere in maniera integrata gli aspetti della prevenzione e della sicurezza dei lavoratori con quelli della soddisfazione degli utenti, si perviene a considerare l’ambiente “sanitario” come un luogo moderno dove “si impara a star

bene” e quindi, dove vengono ideati e avviati processi di educazione e di cultura inter-attiva della salute.

Di contro, i principali ambiti di rischio nelle organizzazioni sanitarie italiane, come per altri paesi europei, possono essere riconducibili a tre macrocategorie “tipiche”:

- a) l’ambiente fisico
- b) l’organizzazione del lavoro
- c) l’ambiente sociale

mentre i settori, che presentano le maggiori criticità sono quelli universalmente riconosciuti (... le sale operatorie, le camere iperbariche, preparazione antiblastici ...).

Ma in realtà le molteplici componenti di una moderna assistenza sanitaria hanno introdotto nuove variabili che si sono affiancate alle costanti classiche – una per tutte la specificità dell’ambiente ospedaliero – riproducendo nuovi scenari che indicano l’occorrenza di un approccio trasversale e, come vedremo di seguito, una risoluzione integrata alle problematiche emergenti della sicurezza dei lavoratori.

Potremmo definirle in queste sedi Nuovi Determinanti di Insicurezza, ovvero elementi da considerare in una rilettura dei rischi, in prece-

denza classificati dalla normativa di settore. Al riguardo già il T.U. ha allargato la valutazione dei rischi a quelli correlati allo “stress da lavoro”, un elemento sinora ignorato, ma incombente in sanità e in tutte le attività usuranti. E di seguito una disamina più approfondita ci fornisce nuovi spunti in materia di sicurezza come nel caso di impiego di “lavoratori comunitari”, avvezzi a realtà differenti e innestati in organizzazioni di lavoro complesse e pertanto abbisognavoli di scrupolosi interventi di formazione. Strettamente connesso a questo aspetto sono le nuove “tipologie di contratto” a volte intensive o marcate da una spinta “flessibilità degli orari” che minano la “compliance” degli operatori, introducendoli in una organizzazione logorante del lavoro.

Come ancora la “componente relazionale” tra operatori e cittadini-utenti, dove la corretta comunicazione rappresenta un forte valore aggiunto nel rafforzare la sicurezza di entrambi in un percorso dove l’interazione tra gli attori salvaguarda l’efficacia dell’alleanza terapeutica.

Oltre a questa “dimensione sociale” critica dell’assistenza, annoveriamo infine l’impiego di tecnologie innovative, alcune con elevato grado di complessità, che mettono a dura prova l’abilità degli operatori, perché confliggenti con gli elementari vincoli in materia di ergonomia.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Le mutate complessità delle organizzazioni sanitarie comportano di necessità un approccio non convenzionale alle problematiche in materia di sicurezza dei lavoratori, revisionando le modalità di intervento inerenti gli ambiti classici del rischio professionale, a favore di una lettura integrata della materia. In questi termini non è più sufficien-

TAB.3

I COSTI della NON SICUREZZA

COSTI PALESI

- costo per l'assenza
- costo per personale in sostituzione
- costo per riparazione o sostituzione di attrezzature

COSTI Non EVIDENTI

- costo per interruzione delle attività
- costo per spese legali
- costi per scadenze non rispettate
- costi per incremento dei contributi previdenziali
- costi per sequestri disposti dalla magistratura
- costi sanitari
- costi per la perdita di immagine aziendale

Direzione Regionale Prevenzione - Regione Veneto

te una analisi della sicurezza solo in termini di costi (TAB. 3), ma le Aziende Sanitarie devono riproporsi come enti preposti alla promozione e al monitoraggio della sicurezza, sostenendo gli ambienti di lavoro come "ambienti di vita".

Le Aziende Sanitarie al proprio interno devono perciò ricollocarsi al centro del "sistema rischio" e ripartire dalla sicurezza aziendale promuovendola come un valore culturale "forte e riconoscibile", un vero e proprio "stile" nel lavoro. All'interno delle Aziende si rende necessario in questa prospettiva una riorganizzazione degli attori per la costruzione di un "piano integrato di salute e sicurezza" dei lavoratori, mettendo in rete le diverse professionalità preposte al fine di riorientare la valutazione dei rischi, sviluppare un percorso formativo moderno, sostenere la partecipazione dei lavoratori e il "dialogo sociale intraziendale". Ciascuna Organizzazione sanitaria, dovrà dotarsi in buona sostanza di un sistema di prevenzione aziendale globale, organizzato, programmato, informato e partecipato.

Le riflessioni sin qui svolte offrono l'opportunità per una graduale

convergenza verso la costruzione di un modello che, partendo poi dalle Aziende Sanitarie, sia potenzialmente in grado di coinvolgere tutte le realtà territoriali di settore, impegnate a vario titolo nella gestione del "sistema rischio" trovando fondamento sulla capacità di governo complessivo del problema sicurezza dei lavoratori. Lo scopo del progetto deve essere quello di accentuare le forme di collaborazione e di integrazione esistenti e possibili tra le diverse Aziende Sanitarie ma anche con un pieno coinvolgimento delle varie Direzioni Regionali afferenti al settore Sanità e Sociale, delle Agenzie Regionali Socio Sanitarie ma anche dell' INAIL, dell' ISPESL e delle Università.

Concretamente, in conclusione, si tratta di elaborare e implementare un Sistema di Gestione dei rischi che integri gli elementi citati in precedenza correlandoli ai relativi profili di intervento, transitando da un sistema interno Aziendale, seppure "a rete" ma chiuso, ad un sistema territoriale aperto e dinamico - "a spirale" - al fine di migliorare la Sicurezza degli operatori e dei cittadini utenti.

BIBLIOGRAFIA

Bartoli G., Favale F. *Obbligo di informazione e formazione ai sensi del Dlgs 626, 19 settembre 1994 e successive modifiche in: Osservatorio Isfol, A.2003, fasc. n.4, p. 124-150*

Benedetti F. *Sistemi di gestione: da costo ad opportunità in: Ambiente e sicurezza sul lavoro: organo ufficiale dell'Associazione Italiana Addetti alla Sicurezza/AIAS, Anno 2006, fasc. 12 p. 26-36*

Cannerozzi de Grazia L. *Le nuove forme di lavoro ed il sistema globale di sicurezza: quale formazione per la prevenzione? in: Funzione pubblica: rivista quadrimestrale: [periodico del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri], Anno 2007, fasc. 1 p. 97-111*

D.Lgs n°81 del 09/04/08

Ghibellini A. *Praticare la sicurezza: la prevenzione degli infortuni sul lavoro in: Aggiornamenti sociali, Anno 2007, fasc. 7/8 p. 526-534*

"La sicurezza in Ospedale - strumenti di valutazione e gestione del rischio" 2007 ediz. INAIL

Parolari G. *Sicurezza nella sanità: Ospedali, Case di cura, Ambulatori e Uffici Roma 2006 edit. COOP*

Plebani M., Chiozza M.L., *Governance clinica in Italia. Clinical Governance, nov. 2006 pag 2*

Reason J. *Human error: models and management. British Medical Journal. 2000; 320:768-770.*

Sesti E., Aparo U.L., Finzi G., *La sicurezza integrata per il governo dei rischi L'Ospedale g/m 2009; p. 8-12*

Soprani P. *Occupazione, la sicurezza non può essere flessibile in: Ambiente e sicurezza sul lavoro: organo ufficiale dell'Associazione Italiana Addetti alla Sicurezza / AIAS, Anno 2006, fasc. 7/8 p. 33-39*

Vincent C, Aylin P, Dean B et al. *Is health care getting safer? BMJ 2008; 337: a2426.*

Visentin P, Battaglio S, Paradisi L. *Sicurezza delle strutture sanitarie e qualità delle prestazioni. Prospettive Assistenziali n. 4, 2003.*



**SCEGLI IL VALORE
DELL'INNOVAZIONE
E IL VANTAGGIO
CHE OFFRE
ALL'AZIENDA *USL*
DEL TUO TERRITORIO**

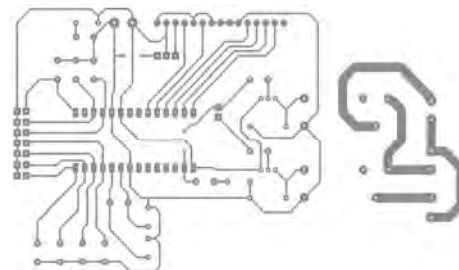


**Soluzioni di logistica
integrata e flessibile,
certificata per efficienza,
efficacia ed economicità
da Cergas-Università
Bocconi di Milano.**



**Ospedale Morgagni-Pierantoni di Forlì
- Sistema robotizzato AGV in funzione -**

**L'esperienza,
l'organizzazione
e la tecnologia più
avanzata al vostro servizio**



Monitorizzazione dei servizi appaltati: dalla logica epidemiologica alla logica di verifica della qualità delle prestazioni

Riassunto

La scelta di appaltare alcuni servizi da parte delle Aziende Ospedaliere richiede notevole attenzione per quanto concerne la scelta dei servizi da esternalizzare e soprattutto la valutazione delle prestazioni erogate dagli stessi. Pertanto, la Direzione Medica di Presidio deve supportare il Provveditorato e l'Ufficio Tecnico, con l'ausilio di studi epidemiologici, la scelta del servizio da appaltare, le modalità di espletamento dello stesso, nonché la verifica dell'attività svolta.

La recente normativa ha aggiornato quanto previsto in materia di appalti pubblici ed in particolare, tenendo conto dell'impatto che gli stessi hanno sulla qualità delle prestazioni erogate da parte delle Aziende Ospedaliere

Anna Maria Longhitano

Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Cannizzaro Catania

INTRODUZIONE

La Direttiva 2004/18/CE del Parlamento Europeo relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, forniture e servizi ha introdotto rispetto alla legislazione in materia (D.L. 358/92 modificato dal D.L. 402/98) alcune novità significative. L'oggetto dell'intervento normativo, ovvero gli appalti pubblici, interessa le Aziende Sanitarie Pubbliche dal momento che queste indicano gare d'appalto al fine di acquisire beni e servizi. Infatti, gli acquisti in sanità sono caratterizzati da criticità, difficoltà e situazioni di mercato assolutamente peculiari: basti pensare ai profili di sicurezza, alle norme tecniche specifiche, all'appropriatezza clinica ed in generale alla complessità ed eterogeneità di alcuni settori, quale ad es. quello biomedicale. Ciò ha portato negli ultimi anni le aziende pubbliche a dotarsi di strumenti (procedure, capitolati, criteri di valutazione ecc...) che nel

rispetto della normativa vigente e attraverso un approccio multidisciplinare consentono loro di effettuare gli acquisti di beni e servizi tenendo conto, sia nella scelta del tipo di gara che nella valutazione, di tutte le peculiarità del caso.

Contenuto

Sempre più frequentemente le Aziende Sanitarie ricorrono all'esternalizzazione di alcuni servizi, prima gestiti in modo diretto (es. ristorazione, igiene e sanificazione, lavanoio, etc..). Le forme di affidamento possono variare dal più semplice appalto per singolo servizio fino a forme più complesse ed articolate di Global Service.

Pertanto, suddetti servizi sono oggetto, per quanto concerne le modalità ed i risultati, di una crescente attenzione, sia da parte degli appaltatori, sia da parte delle Ditte appaltanti. La tendenza ormai acclarata di utilizzare contratti di risultato al posto dei contratti di prestazione, comporta, rispetto al

passato, un impegno più oneroso per l'appaltatore e per l'appaltante, per quanto concerne le prestazioni da erogare.

La direttiva europea del 2004/18 in merito agli appalti di forniture, servizi e lavori, ha introdotto tra l'altro istituti innovativi per il miglioramento della capacità negoziale.

Infatti, in un settore dove il valore dei servizi prestati impatta concretamente e visibilmente sia nella qualità delle prestazioni, sia nella customer satisfaction del cliente/paziente, la presenza di apposite linee guida ed il rispetto delle stesse sono di fondamentale importanza.

Le aree su cui operare per conciliare domanda ed offerta sono:

- Durata del contratto
- Adeguatezza nel riconoscimento economico in funzione del servizio erogato
- Criteri di selezione tra partner di garanzia e semplici fornitori (dialogo competitivo).

Gli obiettivi da raggiungere sono:

- Migliorare i processi di approvvigionamento delle Aziende Sanitarie
- Migliorare la qualità dei beni e servizi acquistati
- Consentire alle Amministrazioni di conseguire un'ottimizzazione della spesa.

In particolare, le Aziende sanitarie attraverso l'appalto si propongono di ottenere i seguenti obiettivi fondamentali:

1. acquisire un servizio indispensabile alla funzionalità dell'attività sanitaria, nel rispetto sia delle condizioni igieniche che del patrimonio immobiliare;

**PAROLE CHIAVE:**

qualità, risk management, formazione

2. attività programmata in grado di mantenere il buon stato di conservazione degli immobili e garantirne la funzionalità d'uso;
3. una moderna strumentazione tecnica che possa consentire trasparenza e facile accesso alle informazioni relative alla programmazione ed effettuazione delle attività, al fine di interagire con l'Assuntore per il conseguimento degli standard qualitativi previsti;
4. l'ottimizzazione dei costi del servizio;
5. la possibilità di controllo e monitoraggio del servizio.

L'Ospedale, in altre parole, ha la necessità di affidare ad una Ditta esterna la progettazione e la successiva gestione di un servizio, nei suoi diversi aspetti di carattere operativo, tecnico, procedurale ed esecutivo, in grado di garantire al contempo i livelli igienici e qualitativi attesi e la migliore integrazione del servizio con le attività svolte in ambito ospedaliero, al fine di soddisfare le necessità del cliente interno e dell'utenza esterna.

È infatti, necessario raggiungere adeguati standard di qualità, al fine di selezionare fornitori di prestazioni a carico del Sistema Sanitario che diano un servizio che rispetti i requisiti di qualità e di customer satisfaction.

Tutto ciò è subordinato alla verifica del possesso di determinati requisiti tecnici, organizzativi e qualitativi ed alla verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni erogate.

PIANIFICAZIONE E CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ DI PRODUZIONE E DI EROGAZIONE DI SERVIZI

L'Azienda Ospedaliera deve pianificare e gestire in condizioni controllate i propri processi di produzione e di erogazione di servizi.

Tali condizioni includono:

- a. informazioni che descrivono le caratteristiche del prodotto/servizio
- b. procedure e istruzioni di lavoro (ove necessarie)
- c. l'utilizzo di apparecchiature idonee
- d. la disponibilità e l'utilizzo di dispositivi per monitoraggio e misurazione
- e. attività di monitoraggio e misurazione
- f. attività per il rilascio e la consegna dei prodotti.

In particolare, è da rilevare che attraverso:

- l'analisi delle attività caratteristiche di ciascun processo;
- la sequenza e le modalità di integrazione di ciascuna attività lungo la filiera produttiva ("catena del valore");
- la definizione delle funzioni e dei livelli di responsabilità coinvolte;
- la verifica della disponibilità e dell'adeguatezza delle risorse necessarie a garantire l'efficacia di ciascuna attività (risorse umane, livello di qualificazione/abilitazione degli operatori, supporti documentali, apparecchiature, infrastrutture, ambiente di lavoro, etc.);
- l'analisi dei rischi per la valutazione della complessità di ogni attività e

del grado di criticità della stessa nell'ambito del processo analizzato;

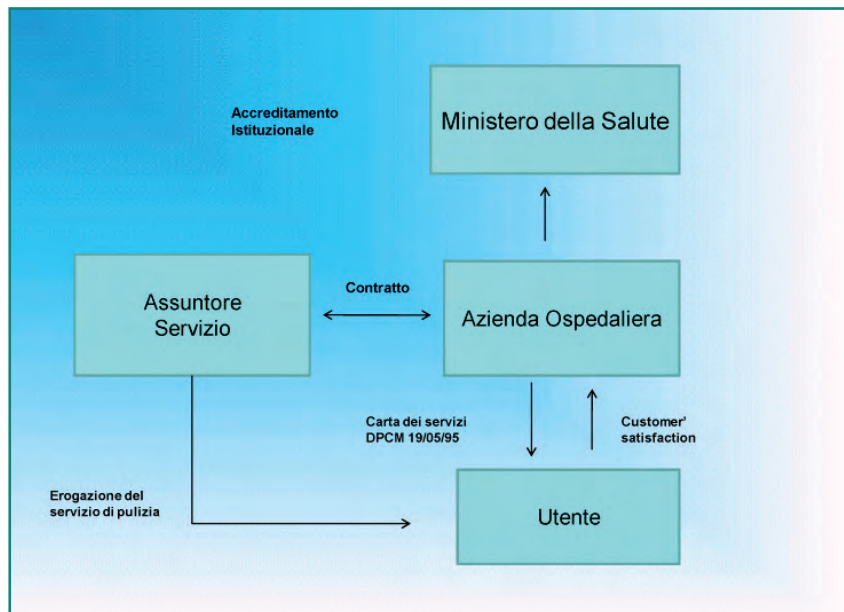
- la definizione di un sistema di indicatori, di processo e/o di risultato;

è possibile avere gli strumenti necessari per:

- mappare la dinamica dei processi, fornendo agli operatori un importante documento di riferimento;
- definire puntualmente le responsabilità;
- definire le necessità di ulteriori supporti di guida (procedure, istruzioni operative, "linee guida", percorsi diagnostico terapeutici, ecc.);
- individuare quali controlli, monitoraggi e misurazioni siano necessari per garantire l'efficacia del processo, nonché gli strumenti da utilizzare;
- individuare le criticità che saranno oggetto di azioni correttive e preventive;
- definire il piano di addestramento e formazione del personale coinvolto.

Per quanto sopra detto, in un contesto in cui il ricorso all'esternalizzazione dei servizi è sempre più frequente, la stesura di un documento contenente le linee guida per l'erogazione del determinato servizio, rappresenta una sorta di contratto tra committente e assuntore del servizio. È infatti, di notevole importanza definire un protocollo di gestione del servizio da appaltare, contenente le linee guida per l'attività prevista dal servizio stesso, comprese le procedure di erogazione e controllo.

Sulla base delle suddette linee guida, potrà quindi svilupparsi un capitolato tipo al fine di agevolare le relazioni contrattuali nell'ambito del processo di esternalizzazione dei servizi stessi. Pertanto, le sopra citate linee guida hanno come obiettivo quello di creare valore, sia per le Aziende Sanitarie che devono gestire e/o esternalizzare



i servizi, garantendone un adeguato livello di qualità, sia per le Imprese in appalto che devono erogare i suddetti servizi. Tutto ciò promuove una partnership tra assuntore e committente, che ha come scopo principale la soddisfazione di tutti gli stakeholder (utente/paziente, amministratori, operatori sanitari etc...).

A tal fine è necessario che in suddetto protocollo siano esplicitati i livelli qualitativi attesi, i livelli soglia e gli indicatori per la valutazione delle prestazioni. L'erogatore del servizio d'altra parte, deve avere comunque, 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 Sanitaria.

FORMAZIONE

Nella stesura di un capitolato di appalto è necessario prevedere che l'assuntore del servizio periodicamente (sarebbe auspicabile annualmente) predisponga apposito piano di formazione, da condividere con l'Azienda Ospedaliera, e preveda anche la valutazione dell'efficacia della stessa sul proprio personale.

RISK MANAGEMENT

Così come più volte menzionato, l'analisi dei rischi è ormai indispensabile, sia da parte dell'Azienda Sanitaria, sia da parte della Ditta in appalto. Pertanto, è necessario che nel capitolato di appalto sia previsto che il Servizio abbia un programma di risk management. L'assuntore deve avere cura di programmare la configurazione migliore del servizio rispetto a criteri misurabili e prefissati, identificando il rischio associato a tutte le diverse procedure del servizio erogato nell'ambito ospedaliero ed ai loro attori principali (utenti/pazienti, operatori sanitari, etc...)

CONCLUSIONE

L'esternalizzazione dei servizi ha portato alla parcellizzazione delle responsabilità ed alla scarsa diffusione della cultura del "controllo dei risultati" e del "controllo di qualità", non essendoci più il presidio diretto interno ai processi produttivi. Tutto ciò ha determinato un incremento dei rischi, con un conseguente impatto negativo sulla qualità delle prestazioni erogate, nonché sulla customer satisfaction. Pertanto, soltanto progettando un efficace sistema di

controllo e valutazione delle prestazioni dell'Affidatario, si possono contenere e comunque ridurre al minimo i rischi. In conclusione, l'Azienda Ospedaliera deve essere in condizione di effettuare, in qualsiasi momento e con le modalità che riterrà più opportune, controlli per verificare la corrispondenza del servizio fornito dalla Ditta esterna, a quanto previsto dal capitolato, dal progetto offerto e dal contratto. Infatti, attraverso un buon sistema di controllo è possibile monitorare la qualità dei servizi, nel rispetto degli obiettivi e dei livelli qualitativi richiesti. Il sistema di controllo, deve quindi garantire un monitoraggio completo, in grado di integrare al controllo visivo metodi di misurazione oggettivi

BIBLIOGRAFIA

Direttiva 2004/18/CE del Parlamento Europeo

Decreto Legislativo 24 luglio 1992, n. 358 "Testo unico delle disposizioni in materia di appalti pubblici di forniture, in attuazione delle direttive 77/62/CEE, 80/767/CEE e 88/295/CEE"

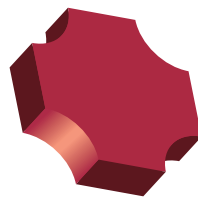
Decreto Legislativo 20 ottobre 1998, n. 402 "Modificazioni ed integrazioni al decreto legislativo 24 luglio 1992, n. 358, recante testo unico delle disposizioni in materia di appalti pubblici di forniture, in attuazione delle direttive 93/36/CEE e 97/52/CE."

DPR 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"

Russo S. "L'esternalizzazione dei servizi nelle aziende sanitarie della Regione Veneto. Il project financing e il global service" ed Angeli- anno 2005

Finzi G., Aparo U.L., Moscato U. et al "Governo e gestione dell'igiene nelle strutture sanitarie" Il Pensiero Scientifico Editore - anno 2007

Cerbo M "Health Technology Assessment: una proposta operativa" n. 21 Monitor -2008



ANMDO

Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere

CONGRESSO
ANNUALE
ANMDO

GESTIRE
IL **FUTURO** IN SANITÀ

BOLOGNA 8-11 GIUGNO 2011

Igiene sicurezza e controllo ambientale in ambito operatorio: nuovi modelli organizzativi e ruolo del direttore sanitario

Riassunto

Garantire sicurezza nelle strutture sanitarie, sistemi complessi ove convivono l'elemento umano con tecnologie sempre più sofisticate, rappresenta una sfida per le organizzazioni sanitarie che, in ogni caso nonostante le innovazioni, non può prescindere dall'applicazione delle più classiche regole di igiene. Risk Management in sala operatoria significa innanzitutto individuare, sul principio dell'HACCP, i punti critici da porre sotto controllo al fine di garantire il ciclo di produzione anche attraverso l'adozione di specifiche procedure e/o linee guida e più in generale di un modello organizzativo che sia in grado di coniugare la gestione delle complessità, con il decentramento delle funzioni, e la responsabilità; il modello che più sembra rispondere a tale esigenza è l'adlocrazia che superando l'individualismo operativo si propone di far coesistere, così come avviene di fatto nel teatro operatorio, intorno ad uno specifico progetto le diversi specialisti e figure professionali.

Bisogna chiedersi qual è il ruolo del Direttore Sanitario nella gestione del rischio e più in generale nella gestione delle strutture?

Il Direttore Sanitario nel prossimo futuro dovrà divenire un vero e proprio direttore di produzione che dovrà controllare e monitorare la produzione in termini di risultati, tempi, qualità, costi e organizzazione di mezzi e risorse per il conseguimento degli obiettivi aziendali.

- biologici, in ragione della manipolazione di sangue o altri fluidi corporei con un rischio accentuato dell'impiego di oggetti taglienti;
- chimici considerato l'impiego di anestetici e disinfettanti;
- fisici, elettrocuzione e incendio;
- infettivi;
- microclimatici;
- da default di apparecchiature e impianti
- da radiazioni ionizzanti e non;
- infortunistici.

Pertanto l'insistenza di tali fattori ha spinto le organizzazioni a dotarsi di sistemi che, sul modello dell'Hazard Analysis and Critical Control Points, siano in grado di valutare in ogni momento della produzione delle prestazioni i possibili rischi individuando le fasi del processo che possono rappresentare un punto critico e che devono essere costantemente verificate e monitorate.

La notevole mole di produzione legislativa, di linee guida e protocolli riferiti al teatro operatorio rappresenta peraltro una ulteriore testimonianza della complessità del sistema.

Relativamente ai riferimenti normativi il D.P.R. del 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle provincie autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private" rappresenta nel suo complesso e nella sezione dedicata al reparto operatorio un punto di riferimento per la progettazione e l'organizzazione dei complessi operatori

Salvatore Paolo Cantaro*, Giuseppe Saglimbeni **

*Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera Universitaria Vittorio Emanuele, Ferrarotto, Santo Bambino

**Direzioe Sanitaria Azienda Ospedaliera Universitaria Vittorio Emanuele, Ferrarotto, Santo Bambino

INTRODUZIONE

Il tema della sicurezza nell'ambiente ospedaliero e più in particolare nel teatro operatorio è oggi sempre più avvertito sia fra gli operatori che fra gli utenti, ragione, fra l'altro, per la quale l'intero sistema deve presentare requisiti e condizioni tali da consentire il buon esito del ciclo di produzione.

Appare infatti evidente che i reparti operatori rappresentano un sistema complesso ove convivono in stretta integrazione l'elemento umano con tecnologie sofisticate e dove trovano espressione la professionalità e l'elevata specializzazione del personale oltre ad una complessità organizzati-

va che rievoca in un unico ambiente, ove vengono eseguite accoglienza diagnosi e terapia, l'intero ciclo ospedaliero; pertanto, unitamente all'imprevedibilità degli scenari, tale ambito risulta essere fra quelli a maggior rischio di errore.

Tali rischi, a riprova della complessità organizzativa, possono essere ulteriormente accentuati da problemi di comunicazione e coordinamento fra gli operatori, dalla mancata definizione di ruoli e responsabilità, dalla conflittualità fra operatori determinata spesso da una carente leadership.

Peraltro, oltre alle problematiche collegate al fattore umano, innumerevoli appaiono i fattori di rischio per utenti ed operatori:

**PAROLE CHIAVE:**

HACCP – Risk management - Adhocrazia

poiché ha definito una cornice che, tenendo conto dell'evoluzione strutturale e tecnologica, superasse leggi e regolamenti spesso risalenti ai primi anni del 900. A tal proposito di non secondaria importanza appaiono anche il decreto legislativo 46/97 "Attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici", relativamente all'impiego dei dispositivi medici e il DLgs 81/08 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Nel corso degli ultimi anni peraltro, ad integrazione della pur vasta legislazione in tema di igiene e sicurezza sul lavoro, è intervenuta, in particolare per il comparto operatorio, la produzione di specifiche Linee Guida, fra le quali quelle assumono particolare rilevanza quelle dell'ISPESL per "la definizione degli standard di sicurezza e di igiene ambientale dei reparti operatori" e quelle della Società Italiana di Chirurgia, raccolte nel volume "Sicurezza in sala operatoria" oltre alle raccomandazioni del Ministero della Salute.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO - IGIENE, SICUREZZA E CONTROLLO AMBIENTALE IN SALA OPERATORIA

Peraltro tale produzione legislativa appare giustificata dalla necessità di assicurare un adeguato controllo igienico ed ambientale sia mediante le verifiche di legge su strutture ed impianti che soprattutto attraverso l'utilizzo di procedure, istruzioni operative e protocolli in grado di monitorare gli aspetti organizzativi e gestionali.

Tale ultimo aspetto peraltro appa-



Fase 1: sterilizzazione



Fase 2: intervento chirurgico

re vitale per la funzionalità stessa del ciclo di lavoro svolto nella sala operatoria che possiamo sostanzialmente condensare in quattro grandi fasi 1) sterilizzazione degli strumenti 2) intervento chirurgico, 3) pulizia e disinfezione della sala, 4) manutenzione di impianti ed apparecchiature, in stretta interconnessione fra di loro dei quali devono essere attentamente monitorati i punti critici come evidenziato nelle tabelle seguenti:

D'altronde come si può notare dalle

tabelle sopra riportate il rischio clinico in sala operatoria non è collegato esclusivamente all'errore tecnico-professionale di fatto scarsamente prevenibile ma è caratterizzato anche da eventi governabili e predittibili che le organizzazioni devono essere in grado di valutare e controllare, come ad esempio il rischio infettivo per gli operatori e per gli stessi pazienti o la manutenzione delle apparecchiature e degli impianti, il cui controllo necessita dell'introduzione di univoci



Fase 3: Pulizia, disinfezione preparazione della sala



Fase 3: attrezzature, macchine ed impianti

e riproducibili modelli di gestione del rischio.

E' evidente pertanto che fra le diverse strutture il teatro operatorio rappresenta, per l'elevata complessità delle prestazioni svolte, per le molteplici figure professionali coinvolte nella erogazione delle prestazioni, una delle aree a maggiore rischio dell'intero Presidio Ospedaliero che necessita di un adeguato e univoco modello di governo di gestione del rischio, esigenza che, anche per le implicazioni medico legali, è sempre più avvertita dalle organizzazioni sanitarie e dagli stessi operatori.

Al fine di gestire il rischio in sala operatoria sono stati proposti diversi modelli nati spesso da una visione parziale dei diversi attori coinvolti nel processo di produzione delle prestazioni, e che pertanto risentono di

una visione parziale. Vi è un modello che possiamo definire in linea o orizzontale con un risk manager che sovrintende alle attività dei diversi attori, dal chirurgo, all'infermiere agli altri membri dell'equipe sanitaria, fino ai responsabili dei servizi e della stessa manutenzione di strutture ed apparecchiature; tale modello appare di fatto inadeguato poiché risente della individualità delle diverse componenti non in grado, nonostante la figura unificante del risk manager, di costruire un sistema di gestione del rischio, poiché ogni figura opera senza un reale coinvolgimento delle altre professionalità, fattore che se da un lato presenta il vantaggio di stimolare il singolo componente al miglioramento, dall'altro presenta forti difficoltà ad individuare i processi chiave della produzione di prestazio-

ni ostacolando efficacia ed efficienza. Un altro dei modelli maggiormente utilizzati per il controllo del rischio in sala operatoria è il cosiddetto modello a matrice che presenta indubbi vantaggi nella gestione dell'operatività temporale in ragione della individuazione delle diverse fasi del processo di lavoro ed anche della funzione di responsabilità ad esse collegate ma presenta alcuni punti di debolezza fra i quali, possibile conflittualità fra i responsabili delle singole fasi, rallentamento dei processi decisionali per il venir meno della funzione gerarchica che, se non inserito in un più ampio sistema di gestione del rischio, determina profonda insicurezza. In realtà in Italia si sono affermati diversi modelli di gestione del rischio clinico da quello della Regione Emilia Romagna, con le sperimentazioni dell'incidente reporting e del FMEA-FMECA, della Lombardia con l'individuazione della figura aziendale del Risk Management, della Toscana attraverso le iniziative gestite dal Centro Regionale per la Gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente, fino alla Sicilia con le iniziative del Centro di coordinamento regionale Cabina di regia per il rischio clinico; paradossalmente il sorgere di tante iniziative è indice della mancanza di un modello nazionale e della più complessiva funzione di coordinamento degli Organi Centrali. Tale indeterminazione e la mancanza di una chiara linea guida nazionale circa i modelli da adottare si ripercuote anche nella quotidianità ospedaliera, dove la figura del risk manager, che dovrebbe gestire e coordinare le attività collegate al rischio clinico, presenta un'assoluta indeterminazione infatti spesso la funzione, storicamente identificata con il Direttore Sanitario, è ricoperta da medici che talora per ragioni di inabilità hanno abbandonato l'attività clinica, da ingegneri clinici o da medici legali, senza che gli stessi abbiano seguito un adeguato percorso formativo.

IL RUOLO DEL DIRETTORE SANITARIO NELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Anche se il tema della gestione del rischio clinico nelle strutture sanitarie è un argomento di recente introduzione, pare necessario riaffermare il ruolo della Direzione Sanitaria, infatti il Regio Decreto 1631/38 assegnava già al Direttore Sanitario il ruolo tecnico professionale di organizzazione e gestione igienico-sanitaria e il D.Lgs 502/92 ne ribadiva le responsabilità nella gestione e nella organizzazione dei servizi sanitari come peraltro evidenziato dal ruolo ricoperto quale Presidente del Comitato Infezioni Ospedaliere e del Comitato per il Buon Uso del Sangue oltre che come responsabile del buon andamento igienico delle strutture.

In ogni caso la progettazione di un sistema di gestione del rischio non può avvenire senza l'attivo coinvolgimento di team multidisciplinari nei quali far coinvolgere le esperienze e le professionalità di chi opera nelle strutture sanitarie; per attuare tale disegno non è necessario inventare nuove figure professionali, ma è importante avere una visione sistemica dell'universo che ruota intorno alle strutture ospedaliere deve essere in realtà individuato un direttore della produzione che la legislazione italiana e diverse e positive esperienze gestionali individuano di fatto nella figura del Direttore Sanitario.

In tale ottica bisogna chiedersi qual'è il ruolo del Direttore Sanitario e anche la sua naturale evoluzione?

Il direttore sanitario, identificato un tempo quale "primario di igiene", è divenuto nel corso degli anni, adeguandosi, oltre che alla evoluzione legislativa anche alla diversa organizzazione delle strutture ospedaliere, un primario dell'organizzazione che ha concentrato in se oltre alle competenze igieniche anche un ruolo di attivo coordinamento dei servizi.

Il Direttore sanitario nel prossimo fu-

turo, e ciò rappresenta la vera innovazione, dovrà divenire, anche in ragione del processo di aziendalizzazione, il vero e proprio Direttore di Produzione che sia in grado di affermare la propria leadership, mediante la realizzazione e lo sviluppo di progetti, il controllo ed il monitoraggio costante della produzione in termini di risultati, tempi, qualità, costi e organizzazione di mezzi e risorse per il conseguimento degli obiettivi aziendali. L'obiettivo è quello di raggiungere il migliore risultato possibile minimizzando i costi ricercando la massima efficienza nella produzione evitando inutili sprechi, ed è proprio nella fase di produzione che il direttore deve assumere la leadership della struttura tecnica, coordinando le varie operazioni e assicurando il rispetto dei tempi previsti dal piano di lavorazione. Peraltro in un sistema complesso e di elevata specializzazione quale il sanitario con molteplici attori e funzioni bisogna porsi la fondamentale domanda su quale modello sia in grado di gestire la complessità, di favorire nel contempo decentramento delle funzioni, coordinamento e responsabilità, a nostro giudizio tale modello è l'adlocrazia.

Essa infatti rappresenta un modello di organizzazione organico ove convivono elevata specializzazione, decentramento selettivo, reciproco adattamento e gruppi di progetto; nell'adlocrazia il singolo deve essere in grado di controllare il proprio lavoro e per far ciò si necessita di operatori altamente qualificati e continuamente formati poiché il potere di assumere decisioni è decentrato e si colloca in punti strategici dell'organizzazione. Per ottenere tutto ciò è necessario e questo è un altro aspetto del modello organizzativo adlocrativo che ci sia reciproca capacità di adattamento fra le diverse componenti dell'organizzazione così come rilevato da Henry Mintzberg nel volume "**La progettazione dell'organizzazione aziendale**" quando afferma che nell'adlocrazia i professionisti

debbono combinare i loro sforzi", ed ancora che "nell'adlocrazia i diversi specialisti debbono combinarsi in gruppi multidisciplinari costituiti intorno a specifici progetti di innovazione."

In sanità tale modello ci consente di superare l'individualismo operativo reso di fatto obsoleto dalla evoluzione della ricerca scientifica e dalle sue applicazioni oltre che dalla innovazione organizzativa, infatti il raggiungimento di significativi risultati in termine di salute per gli utenti comporta l'impossibilità di fornire risposte esaurienti basandosi esclusivamente sulla competenza e preparazione del singolo ma comporta l'intervento di team multidisciplinari in grado di coniugare funzioni e competenze diverse.

Pertanto è necessario ripensare il ruolo dell'ospedale per superarne la crisi collegata all'eccessiva parcellizzazione della medicina specialistica, di cui lo stesso modello dipartimentale ne rappresenta uno degli aspetti; ripensare l'organizzazione dell'ospedale, anche in termini di adlocrazia, significa favorire la relazione e l'integrazioni fra i diversi operatori, un utilizzo sicuro ed appropriato delle tecnologie, disegnare soluzioni organizzative per pervenire a processi più snelli e efficaci e impiegare le risorse umane in attività a maggior valore aggiunto introdurre realmente il governo clinico di cui, in ogni caso, il coordinatore non potrà che essere il Direttore Sanitario.

BIBLIOGRAFIA

Commissione Medico Legale della Società Italiana di Chirurgia "Sicurezza in sala operatoria" Ed. Società Italiana di Chirurgia;

Spagnoli G. , Lombardi R. , Piovano B., "Linee Guida sull'attività di sterilizzazione quale protezione collettiva da agenti biologici per l'operatore nelle strutture sanitarie" Ed ISPESL

Mintzberg H. "La progettazione dell'organizzazione" 1996