

CONVEGNO

“IL CONTROLLO DEI SERVIZI ESTERNALIZZATI”

Presentazione dello Standard ANMDO-CERMET per il controllo della qualità dei servizi di pulizia e sanificazione nelle strutture sanitarie

Gli attori del governo dei servizi esternalizzati

giuseppe giammanco

***Dalla carta europea delle autonomie locali” (Strasburgo, 1985),
recepita in L. 30/12/89, i principi nella gestione dei servizi***

- Principio di **libera associazione e di libertà di forma** degli accordi tra pubbliche amministrazioni
- Principio di **autonomia organizzativa** dei soggetti a cui vengono attribuite funzioni amministrative.
- Principio di **garanzia delle responsabilità**, ovvero necessità di precisare all'interno di accordi di associazione (consorzi, convenzioni, accordi di programma ecc.) quali sono le responsabilità di ciascun soggetto sottoscrittore.
- Principi di derivazione comunitaria: **efficacia, efficienza, economicità**.
- Principio di **competizione pubblico/privato**, ovvero capacità del soggetto pubblico di competere con il soggetto privato. Questo principio ha acquisito sempre più importanza con l'accreditamento dei servizi.
- Principio di **adeguatezza organizzativa**: tale principio attiene alla scelta del soggetto più adeguato e idoneo alla gestione di un determinato servizio e alla motivazione della **scelta** di un determinato **modello di gestione**.

Azioni



Attori

aspettative dei committenti rispetto ai servizi di outsourcing

l'**efficienza** e la **rapidità** dei servizi in outsourcing

- l'elevato livello di **personalizzazione** dei servizi stessi
- la **modulabilità**, cioè la possibilità di apportare rapidamente e facilmente delle modifiche ai singoli servizi
- servizi che comportino non solo l'esecuzione di determinate funzioni/attività , ma che permettano anche al committente di **monitorare costantemente** il corretto svolgimento delle attività esternalizzate (eg. *inventario e stato on line app. elettromedicali*)
- Erogazione di alcuni servizi attraverso le **reti telematiche** e informatiche (eg. *servizi di distribuzione on line del foglio-paga, richiesta di permessi, call center specializzato nella consulenza in materia di procedure di gestione del personale, prenotazioni e referti*)

*da Censis: **L'outsourcing nei percorsi di innovazione delle imprese e delle pubbliche amministrazioni in Italia -20 Marzo 2003 - mod***

Le condizioni minimali di successo

- presenza di un **mercato significativamente competitivo** per il tipo di servizi che si intende affidare all'esterno (ciò vale in senso assoluto, ma anche relativo -es: *piccole amministrazioni che governano territori economicamente poco sviluppati*)
- capacità di **definire e di specificare in modo adeguato** nel contratto le **prestazioni** e le **performance** richieste
- **competenza** delle amministrazioni pubbliche nel **monitorare** la **performance** richiesta al soggetto esterno e che non può essere definita solo in termini di **costo**, efficienza, tariffe e volumi di attività, ma anche in termini di **equità, qualità, efficacia ed impatto**
- esistenza di un **sistema sanzionatorio chiaro** e facilmente **applicabile** in caso di mancato rispetto dei vincoli contrattuali

Principali vantaggi attesi

- accresce l'**efficienza** e **riduce i costi** (competizione) ; in modelli virtuosi allontana la produzione dei servizi dall'ingerenza della sfera politica (*Walsh, 1995; Osborne e Gaebler, 1992*);
- Introduce **tecnologie più avanzate** (*Mentzer, Min e Zacharia, 2000*), e una **migliore specializzazione** della forza lavoro , talora carente nelle amministrazioni pubbliche
- le attività sono correlate ad una struttura salariale diversa (**> peso del risultato**)
- favorisce **risposte rapide** a bisogni nuovi (*Walsh, 1995*);
- facilita il conseguimento di **economie di scala** (*Savas, 2000*), riduce gli investimenti strutturali (capitale fisso) **ridistribuendo gli oneri nel tempo** e, normalmente, con un buon grado di prevedibilità a tutto vantaggio della pianificazione finanziaria di medio e lungo termine;
- definisce in modo chiaro il costo del servizio (+/-) col duplice vantaggio di una **maggiore trasparenza** rispetto alla produzione *in house* (*Sorensen, 2004*) e di avere a disposizione un **potenziale benchmark**;
- crea **opportunità di investimento** e di **occupazione** al di fuori del settore pubblico e **stimola l'economia di mercato**.

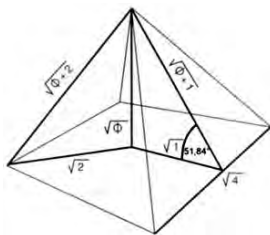
Principali *possibili* limiti



- genera nuovi costi (costo di **scrittura del contratto** e di **monitoraggio**) di ammontare elevato perché le amministrazioni pubbliche, raramente hanno a disposizione al loro interno personale sufficientemente qualificato; inoltre, **tali costi spesso non vengono computati ai fini della valutazione** della convenienza economica ad esternalizzare (Williamson, 1975; Sunkvist, 1984);
- **contrario all'etica del servizio pubblico**, per sua natura **not for profit**: *il privato che acquisisce il contratto si pone comunque l'obiettivo del profitto. - Il concetto di etica del servizio pubblico non deve essere confuso con l'insieme di "principi e di norme di comportamento corretto in seno all'amministrazione pubblica" (Kernaghan e Kenneth, 1993) ossia dall'etica nel servizio pubblico.*
- La dipende dallo **stato di salute economica del fornitore onde il rischio economico** che ogni impresa privsoddisfazione dei bisogni pubblici ata si assume (rischio del fallimento) si trasferisce sull'utenza del servizio;
- riduce trasparenza e *accountability* *interponendo un intermediario* fra utenza finale e amministrazione: *discutibile specie* nell'ipotesi in cui i cui costi di produzione sono coperti attraverso il prelievo tributario (Talbot, 2004);
- **riduce e demotiva il pubblico impiego, impoverisce competenze e capitale intellettuale** delle amministrazioni pubbliche a vantaggio del settore privato;
- aumenta il **potere degli organi politici** a **scapito di quello manageriale** nelle amministrazioni pubbliche e determina **pressioni lobbistiche** :conseguente aumento della spesa pubblica (Broadbent,Dietrich,Al-1996).
- accresce la **probabilità della corruzione** : ricorso ad affidamenti anche tramite gara (Darwin, Duberly, 2000)

Opportunità e Rischi per gli Attori

- In ambito sanitario è crescente la **esternalizzazione** di funzioni giudicate **non “core business”** sanitario: va considerato che, da tempo, la gestione diretta dei servizi da parte degli Enti pubblici, è già in molti settori sostituita dall'esternalizzazione dei servizi (differenti sono i percorsi di formazione e variegate le competenze del personale sanitario).
- Le **motivazioni** prevedono un servizio con una **pluralità di offerta** e **concorrenza** sul territorio, collocando l'**amministrazione** su di un più alto livello di **programmazione dei bisogni**, di fissazione degli **standard**, di costruzione di **sistemi di monitoraggio** e **valutazione**, senza che vengano meno tutta una serie di garanzie sul servizio e di controlli sull'ente erogatore, sia esso pubblico o privato.
- Spesso tali funzioni, specie in ambiente sanitario si concretizzano in una graduale **“cessione del core business”** stesso o, quanto meno, di parte del **Know How** necessario a gestire l'attività che è divenuta esternalizzata.
- Tale ultima condizione può generare nel tempo **perdita di conoscenze** e **competenze del controllore** ed **asimmetria informativa** :
- Tale ultima condizione **rende ulteriormente meno efficace le funzioni di controllo dell'outsourcing**



Criticità

- Difficoltà **a confrontare i costi** dell'esternalizzazione con quelli delle strutture interne
- **Errata analisi** del servizio
- **Mancata adesione alle aspettative**
- Modifiche di contesto e **rinegoziazione** parziale
- Limitato uso di meccanismi di **misurazione delle prestazioni** del Fornitore
- Mancanza di **professionalità** adeguate a governare il contratto

Soluzioni organizzative

- Operare in una logica di outsourcing significa, spesso, stravolgere profondamente le logiche e le **relazioni organizzative** di una azienda
 - da una struttura gerarchica in cui i processi produttivi sono fortemente integrati in senso verticale e realizzati in perimetri organizzativi definiti stabilmente
 - si deve **disegnare una “rete”** con **attori molteplici, eterogenei**
 - i risultati ultimi divengono l'effetto **di azioni concomitanti e coordinate**

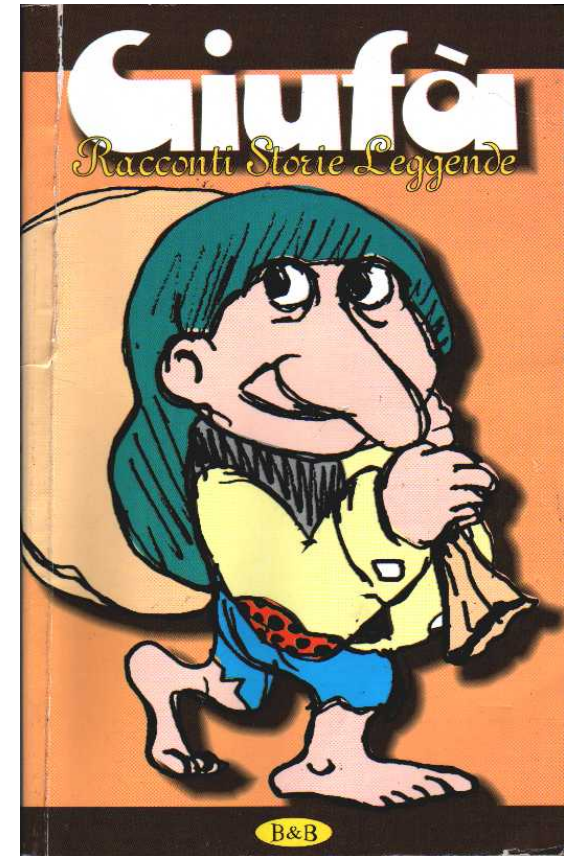
Quali gli errori (*comuni*) da evitare

Trasferire funzioni

non deve mai condurre a :

- **Diluire** e **non aggiornare** le conoscenze in un area prossima alla produzione di servizi (es: sterilizzazione, sanificazione, progettazione sanitaria)
- **Perdere** il **controllo** prima **del processo** e poi **del risultato atteso** dal servizio esternalizzato (es pulizia, cucina , cucina mensa)
- Mirare **a trasferire** ad altri la **responsabilità** del processo stesso seppur esternalizzato, un servizio continua a qualificarsi come “pubblico”:

la qualifica dipende dalla natura del servizio e non dal soggetto cui è affidata la gestione.



Quando inizia il controllo ?

- In fase di **programmazione** o **revisione** delle attività assistenziali
- Durante la **stesura dei capitoli**
- Attraverso la **conoscenza** ed **analisi** dei servizi
- Attraverso il **confronto** tra diversi modelli
- Giocando “**in rete**” con altre strutture
- Dalle **esperienze positive** in quel settore/attività
- Dagli **errori** nostri e degli altri
- **Prevenendo** e non curando i “vizi del servizio”

....dalla **coscienza** del **proprio ruolo**



Quali attori ? Quali scenari ?

- E' determinate che la gestione dei processi esternalizzati non divenga un onere ma resti **funzione, scelta** propria del medico di direzione sanitaria.
- Tale ruolo va **condiviso** sin dalla **progettazione** delle attività esternalizzate: non è un “regalo” o attribuzione ricevuta a posteriori.
- Il monitoraggio non deve divenire trasferimento amministrativo ad un terzo soggetto di verifiche contabili e computo di servizi svolti: deve individuare le **competenze, attitudini** ed **esperienze adeguate**



Il mero affidamento “Top-Down” di compiti di controllo di un servizio è ***un rischio per l'amministrazione stessa.***

Preferiamo un **approccio strategico** che vede l'esternalizzazione come **opportunità** per ripensare radicalmente **ruoli** e **strutture**, funzioni e processi che sottendono i servizi erogati.

Diversamente cucirò un abito, bello, forse alla moda, ma che nessuno vuole indossare perché percepito come non-self. scomodo.

Sono funzioni ... mai assolte?

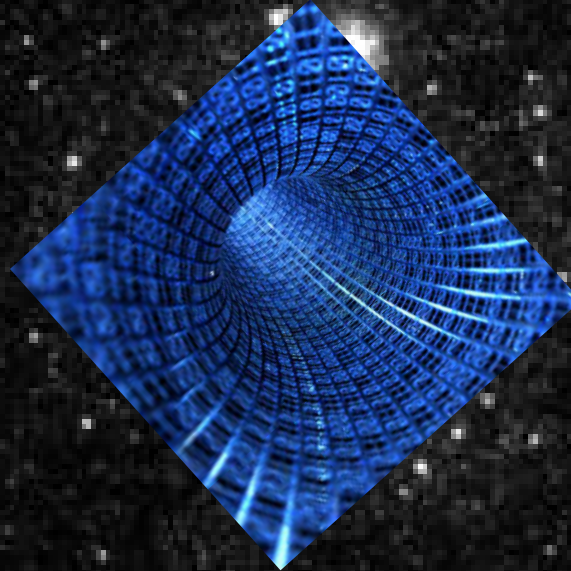
Regione Sicilia Cir. Ass. Sanità -9 novembre 2000, n. 1034.
Ulteriori direttive per la lotta alle infezioni ospedaliere

- In particolare è compito del C.I.O.:
 - definire annualmente i programmi ed i meccanismi di sorveglianza e **strategie di lotta**
 - **verificare lo stato degli interventi;**
 - predisporre il programma annuale della formazione del personale e delle **linee guida per la corretta disinfezione e sterilizzazione delle apparecchiature** e per la loro corretta utilizzazione ai fini assistenziali;
 - controllare le attività del gruppo operativo;
 - **proporre l'acquisto dei prodotti disinfettanti e le modalità ed indicazioni di utilizzo.**

Regione Sicilia Cir. Ass. Sanità 27 marzo 2001, n. 1047.
Lotta contro le I.O. : verifica degli obiettivi

- predisposizione di distinte linee guida per:
- a) l'esecuzione degli interventi **di pulizia**, di **disinfezione** e di **sterilizzazione**;
 - b) il controllo di **qualità del materiale sterile**;
 - c) il trattamento delle esposizioni accidentali a liquidi biologici;
 - d) l'utilizzo degli **antibiotici** a scopo di profilassi;
 - e) il trasporto e la conservazione dei liquidi biologici;
 - f) l'attuazione delle misure di isolamento in ospedale;
 - g) il controllo delle infezioni nosocomiali delle vie urinarie;
 - h) il **controllo delle infezioni** della ferita chirurgica;
 - i) il controllo delle polmoniti nosocomiali;
 - l) il controllo delle batteriemie;
 - m) la identificazione, in funzione dei vari compiti, dei **presidi protettivi** (camici, guanti, mascherine, ecc.) ed il **relativo controllo** in ordine all'**approvvigionamento**;
 - n) la distribuzione e la raccolta **della biancheria**;
 - o) per la gestione dei **rifiuti solidi ospedalieri**;
 - p) la sorveglianza delle **cucine** e della **ristorazione** secondo la **metodologia HACCP**.

Quali Riferimenti ?





Le esternalizzazioni nelle amministrazioni pubbliche

Indagine sulla diffusione
delle pratiche di *outsourcing*

**GUIDA ALL'ESTERNALIZZAZIONE DI
SERVIZI E ATTIVITÀ STRUMENTALI
NELLA
PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

Come, Quando e Perché Esternalizzare



Dipartimento della Funzione Pubblica



**L'OUTSOURCING NEI PERCORSI DI INNOVAZIONE DELLE
IMPRESE E DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI**

Linee guida per la gestione delle operazioni di pulizia e sanificazione nelle strutture ospedaliere



Gianfranco Finzi

Ugo Luigi Aparo
Alberto Appicciafuoco
Vincenzo Castaldo
Paola Cugini
Andrea Antonio De Stefano
Carmelo Del Giudice
Carlo Di Falco
Karl Kob
Claudio Lazzari
Renato Li Donni
Antonio Montanile
Gabriele Pelissero
Angelo Pellicano
Roberto Predonzani
Giuseppe Schirripa
Maria Addolorata Vantaggiato



Edicom, Milano

- "Linee Guida per l'accreditamento delle centrali di sterilizzazione";
- "Linee Guida per il corretto utilizzo degli antisettici disinfettanti";
- "Linee guida all'accreditamento volontario dei fornitori di servizi di pulizia e sanificazione ospedaliera".
- Progetto Astenore (Audit sulla STErilizzazione e la NOrmazione REgionale).
- Progetto "Acqua in ospedale".



associazione nazionale medici e direzioni ospedaliere

32° Congresso Nazionale A.N.M.D.O. - Europa, Regioni e Sanità: Evoluzione delle Competenze della Direzione Sanitaria

IL CONTROLLO DI QUALITÀ DELLE CARTELLI CLINICHE

Coco G.*, Bellocchi P., Danzi M.

**Direzione Medica di Presidio- P.O. Vittorio Emanuele*

Azienda Ospedaliero Universitaria "Vittorio Emanuele, Ferrarotto, S. Bambino" di Catania

Direttore Sanitario Azienda: dr. Salvatore Psico [Cantaro](#)

INTRODUZIONE

La cartella clinica, come è noto, rappresenta l'espressione primaria del rapporto medico-paziente-struttura ospedaliera e costituisce il diario clinico che accompagna tutto il periodo di degenza ed i dati che vi sono registrati sono di estrema utilità per il paziente ma anche per la comunità scientifica. La nuova coscienza sanitaria dell'utente e la tutela dei diritti del cittadino hanno costituito un nuovo impulso innovativo negli aspetti strutturali e gestionali della cartella clinica. A ciò si aggiunge la crescente pressione da parte dell'utenza ad instaurare contenziosi in merito al risultato delle cure ricevute. La corretta, completa e puntuale compilazione della cartella clinica, con l'aggiornamento in tempo reale della stessa, rappresenta esigenza quindi ormai imprescindibile con la quale si caratterizza anche la professionalità dei Sanitari.

32° Congresso Nazionale A.N.M.D.O. - Europa, Regioni e Sanità: Evoluzione delle Competenze della Direzione Sanitaria

SPERIMENTAZIONE DI BONIFICA DELLA RETE IDRICA MEDIANTE OZONIZZAZIONE

E. Gugliemi, A. Di Leo, M. Arrigoni, S. Barbaro, R. Broda, D. Minniti, R. Arione

ASO San Giovanni Battista di Torino - Dipartimento di Direzione Sanitaria - S.C. Igiene e Sicurezza

INTRODUZIONE

Tra le misure previste per la prevenzione delle infezioni da *Legionella Pneumophila* particolare rilevanza è attribuita a quelle finalizzate a prevenire la colonizzazione e la moltiplicazione batterica nelle reti di distribuzione idrica. L'ozono viene ormai largamente utilizzato per la potabilizzazione delle acque, per il trattamento delle acque reflue e gli studi per il suo impiego in ambito sanitario sono in continua espansione. Dato che negli ambienti artificiali si possono verificare fattori predisponenti la crescita, a livelli anche critici, l'Azienda ha ritenuto di sperimentare un sistema alternativo a quello normalmente attuato onde valutarne l'efficacia in una struttura ospedaliera.

SCOPO DELLA RICERCA

Valutare l'efficacia del trattamento dell'acqua calda della rete ospedaliera con ozono sul breve medio e lungo periodo in comparazione a processi alternativi di disinfezione (Clorazione continua in uso presso il Presidio Ospedaliero). Ottenere la disinfezione della rete di distribuzione dell'acqua raggiungendo per quanto riguarda la *Legionella*, un grado di bonifica caratterizzati dal 95 % dei campioni negativi con conta batterica < 100 UFC/L e dal 5% dei campioni con conte batteriche comprese tra 100 e 1000 UFC/L, tali valori sono stati concordati per ottenere livelli di bonifica migliori o equiparabili a quelli rilevati nello stesso impianto con il sistema di bonifica in uso (clorazione continua).

32° Congresso Nazionale A.N.M.D.O. - Europa, Regioni e Sanità: Evoluzione delle Competenze della Direzione Sanitaria

QUALIFICA DELLE CENTRALI DI STERILIZZAZIONE NELL'AMBITO DELL'ACCREDITAMENTO VOLONTARIO

Claudio Raponi

(Bologna)

La finalità ultima del progetto è disporre di uno Standard di riferimento nazionale cui le Centrali di Sterilizzazione fornitrici del Servizio Sanitario devono conformarsi per assicurare l'affidabilità del processo di sterilizzazione e contribuire al miglioramento della qualità dell'assistenza garantendo la tutela e la sicurezza dei pazienti.

L'ANMDO è titolare del procedimento di qualifica dei Centri di Sterilizzazione e con il supporto tecnico e metodologico di CERMET, Ente di certificazione accreditato presso i più prestigiosi organi di controllo europei, ha sviluppato le seguenti attività:

- Verifica dello standard ANMDO per qualifica dei Centri di Sterilizzazione per valutarne completezza ed estensione rispetto alle attività che è necessario governare per garantire la qualità del sistema di gestione dell'organizzazione e la qualità del processo di sterilizzazione (accertazione in servizio, qualificazione del processo di sterilizzazione, gestione delle modifiche e riconvalida)
- Gestione dell'iter di qualifica dei Centri di Sterilizzazione definendo le procedure necessarie per valutare tutte le fasi, (dalla presentazione della domanda al rilascio del certificato di conformità con relativi protocolli del monitoraggio).

32° Congresso Nazionale A.N.M.D.O. - Europa, Regioni e Sanità: Evoluzione delle Competenze della Direzione Sanitaria

LA GESTIONE DI UN CENTRO PET A MEZZO DI SERVICE INTEGRATIVO IN UN GRANDE POLICLINICO UNIVERSITARIO

F. Berloco

Direzione Sanitaria Policlinico Universitario "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

INTRODUZIONE

Il ricorso a sistemi alternativi (outsourcing) rispetto alla tradizionale gestione dei servizi mediante risorse proprie non è certo una novità recentissima nell'organizzazione ospedaliera. È altresì vero che tale ricorso si è diffuso enormemente negli ultimi anni, soprattutto per quanto concerne taluni servizi ritenuti non centrali o non facenti parte del cosiddetto "core business" delle aziende sanitarie: pensiamo per esempio alla raccolta e smaltimento dei rifiuti, alle attività di pulizia e sanificazione, alla ristorazione collettiva, ecc.

Le ragioni di questo fenomeno che, forse non a torto, è stato da alcuni interpretato alla stregua di una "moda" difficilmente resistibile, sono note ormai da tempo. Tra queste una maggiore snellezza nei processi decisionali, la possibilità di far riferimento ad esperienze imprenditoriali consolidate e la ricerca di risparmi gestionali sono probabilmente i fattori che più spiegano il successo di questo modello organizzativo.

