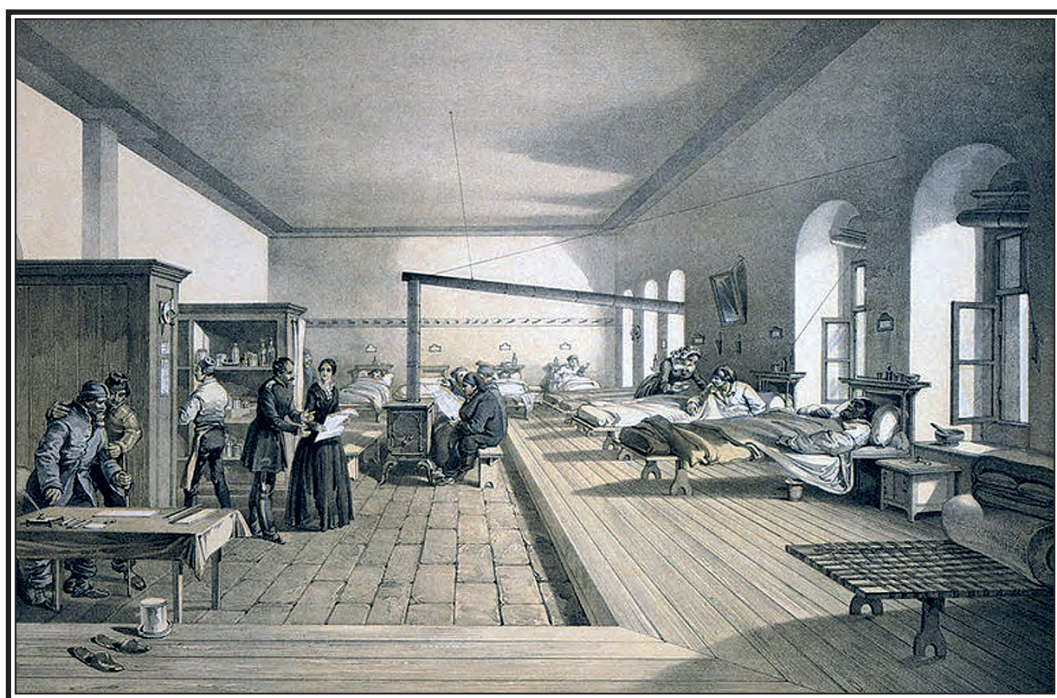


Linee guida all'accreditamento volontario dei fornitori di servizi di pulizia e sanificazione ospedaliera



**Gianfranco Finzi
Ugo Luigi Aparo
Antonella Benvenuto
Paolo Cacciari
Paola Cugini
Andrea Antonio De Stefano
Claudio Lazzari**



Edicom, Milano

Finzi Dott. Gianfranco

Presidente Nazionale
Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere

Aparo Dott. Ugo Luigi

Segretario Generale Sezione Scientifica
Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere

Benvenuto Dott.ssa Antonella

Presidente Regionale Sezione Calabria
Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere

Cugini Sig.ra Paola

Responsabile Settore Igiene Ospedaliera - Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna

Cacciari Prof. Paolo

Professore associato
Direttore Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva
Università degli Studi di Bologna

De Stefano Dott. Andrea Antonio

Vice Presidente Nazionale - Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere

Lazzari Dott. Claudio

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

Direttivo Nazionale A.N.M.D.O.

Appicciafuoco Dott. Alberto
Brusaferro Prof. Silvio
Castaldo Dott. Vincenzo
Dal Pozzolo Dott. Giovanni
Del Giudice Dott. Carmelo
Di Falco Dott. Carlo
Falzea Dott. Bruno
Kob Prof. Karl
Podner Komarony Dott. Ugo
Li Donni Dott. Renato
Marcolongo Dott. Adriano
Montanile Dott. Antonio
Nardi Dott. Luca
Pelissero Prof. Gabriele
Pellicanò Dott. Angelo
Predonzani Dott. Roberto
Rampa Dott. Alessandro
Schirripa Dott. Giuseppe
Stalteri Dott. Domenico
Vantaggiato Dott.ssa Maria Addolorata

Con la collaborazione di:

Tezzele Dr. Andrea

Markas Service

Abundo Dr.ssa Paola

Zucchelli Dr. Luigi

Cooperativa L'Operosa

In copertina: One of the Wards of the Hospital at Scutari, William Simpson, 1856

Linee guida all'accreditamento volontario dei fornitori di servizi di pulizia e sanificazione ospedaliera

Sommario

1. Premessa.....	4
2. L'Accreditamento	6
3. Approccio per processi	10
4. Servizi di pulizia e sanificazione ospedaliera	14
5. Processo di Formazione del Personale.....	18
Check list.....	22
6. Controllo del servizio di pulizia e sanificazione ambientale	25
6.1 Controlli di qualità	29
Check list.....	36
6.2 Controlli di processo	37
6.2.1 Controlli della Dotazione	37
6.2.2 Controlli della Metodologia	38
Check list.....	40
6.3 Verifiche ispettive	42
Check list.....	43
7. Soddisfazione del cliente	44
Check list.....	46
Glossario	47
Bibliografia	58

1. Premessa

Il presente documento nasce dalla necessità di identificare requisiti adatti ad avviare un processo di miglioramento continuo della qualità del servizio di pulizia e sanificazione ospedaliera nell'ambito dell'accreditamento volontario.

Il servizio di pulizia e sanificazione, che appartiene all'area dei servizi essenziali alberghieri e di supporto dell'ospedale, ha essenzialmente la funzione di favorire la promozione e conservazione della salute ambientale, condizione necessaria per il raggiungimento della salute psico-fisica del paziente e della soddisfazione delle aspettative degli operatori sanitari.

L'igiene ambientale del presidio ospedaliero svolge un ruolo importante e viene ad essere considerata un servizio ad alto impatto sulla qualità della cura, non solo per le implicazioni sul comfort alberghiero, ma anche e soprattutto per le implicazioni sulla efficacia ed efficienza dei servizi sanitari e sull'organizzazione dei servizi in generale.

L'ospedale è infatti "un edificio" nel quale le condizioni adeguate di pulizia, intesa come "il complesso di procedimenti e operazioni atti a rimuovere ed asportare rifiuti, polveri e sporco di qualsiasi natura sia dalle superfici di ambienti confinati e non confinati", concorrono sia ad una migliore qualità della vita del paziente e di chi ci lavora, sia a diminuire la probabilità di diffusione di microrganismi.

Sempre più spesso negli ultimi anni si ricorre all'esternalizzazione del servizio di pulizia e sanificazione ospedaliera, rendendo necessaria la formulazione di procedure di esecuzione e di controllo per garantire standard di servizio adeguati in ottica di global service, inteso come contratto riferito ad una pluralità di servizi sostitutivi delle normali attività con piena responsabilità sui risultati da parte dell'assuntore.

Le valutazioni e le decisioni relative a ciò che conviene realizzare al proprio interno (insourcing), rispetto a quello che più vantaggiosamente si può acquisire con il ricorso a produttori esterni (outsourcing) sono strettamente correlate al concetto di "core business" delle Aziende, cioè all'individuazione e definizione di quelle attività che sono da considerare come proprie competenze distintive, connesse direttamente con il servizio sanitario, coerenti alla *mission* dell'azienda ospedaliera o dell'azienda sanitaria. Pertanto la scelta tra ciò che deve produrre e ciò che si deve acquisire (*make or buy*) costituisce una scelta importante per la vita dell'organizzazione che presenta sia aspetti di convenienza economica in senso stretto, sia considerazioni di carattere strategico.

Dal ricorso all'outsourcing possono derivare importanti vantaggi per le Aziende Sanitarie:

- concentrazione del Committente sul proprio core business,
- recupero di risorse da destinare ad altri incarichi,
- definizione e mantenimento di standard di servizio,
- acquisizione di un nuovo know-how gestionale,
- miglioramento nella gestione dei mutamenti tecnologici,
- garanzia di continuità operativa e definizione dei tempi di intervento,
- contrazione dei costi amministrativi e procedurali
- maggior controllo delle spese

Ad ogni modo il processo di esternalizzazione non è privo di problemi e rischi. Tra questi va considerato che le Aziende Sanitarie tendono progressivamente a perdere il patrimo-

nio delle conoscenze e le relative professionalità dei settori gestiti in outsourcing, con possibili ricadute sia sulla possibilità di inversione delle scelte, sia sulla capacità di controllo dei servizi appaltati. Inoltre sono numerosi i casi in cui la scelta di partner non adeguati e la stesura di contratti carenti negli aspetti tecnici o incongrui per quelli economici, ha portato alle Aziende Sanitarie più problemi e difficoltà che benefici.

Il presente documento è quindi destinato a tutti coloro i quali sono coinvolti nel processo di sanificazione ambientale in ambito ospedaliero: dalle Direzioni Sanitarie delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie Locali agli Assuntori del servizio in outsourcing (aziende di servizi, associazioni temporanee di impresa ecc.).

L'obiettivo comune per tutti gli stakeholder coinvolti rimane quello 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.

L'ANMDO propone pertanto di attivare un sistema di qualifica dei fornitori di servizi di pulizia e sanificazione ospedaliera in ambito di accreditamento volontario, che rappresenta un strumento aggiuntivo per garantire il raggiungimento di tale obiettivo comune: assicurare che l'organizzazione che assume il compito di erogare il servizio di sanificazione ambientale abbia la giusta competenza per svolgere quel compito specifico; ciò avviene attraverso la declinazione di specifici standard di qualità. Solo attraverso la valutazione preventiva della conformità di un'azienda di servizi a specifici requisiti ed alle modalità di svolgimento dei processi ad essi correlati in uno specifico "cantiere" può garantire un maggior livello di qualità del servizio erogato.

Il modello sul quale si è ragionato per proporre un sistema di accreditamento dei servizi di pulizia e sanificazione ambientale, è il modello dell' "approccio per processi" della norma ISO 9001:2008. Tale approccio consiste nella capacità di gestire le attività di una determinata organizzazione attraverso l'identificazione e il controllo dei relativi processi ed interazioni in modo sistematico ed organico; è uno strumento potente per organizzare e gestire le attività lavorative in modo da creare valore per i clienti e per tutte le altre parti interessate.

L'ANMDO intende pertanto integrare al consueto e condiviso controllo di risultato un controllo sistematico dei processi che costituiscono i servizi di pulizia e sanificazione ambientale in ospedale.

*Dott. Gianfranco Finzi
Presidente Nazionale A.N.M.D.O.*

2. L'Accreditamento

Quando si affronta il tema della qualità in ambito sanitario il riferimento obbligato è l'Accreditamento.

Per accreditamento si intende il processo attraverso il quale un organismo autorizzato rilascia formale riconoscimento che una organizzazione o una persona ha la competenza per svolgere uno specifico compito. L'accreditamento è per cui un processo di valutazione del funzionamento delle organizzazioni di assistenza sanitaria che si avvale di standard sui quali viene valutata l'operatività di quelle organizzazioni sottoposte alla verifica effettuata da visitatori opportunamente preparati al fine di riconoscere la piena soddisfazione di determinati requisiti espliciti di buona organizzazione; può comprendere non solo l'aderenza a criteri previsti da leggi regolamenti e standard, ma anche promuovere la buona qualità delle prestazioni. Una volta evidenziate le cause delle eventuali non rispondenze agli standard, la fase successiva è quella di identificare le modalità di pianificazione ed attuazione di un piano di adeguamento che viene intrapreso nell'ottica del miglioramento continuo del sistema Qualità. La revisione continua degli standard, quindi, non è un processo per mantenere in vita l'organizzazione, ma un indicatore dello sforzo di garantire assistenza sanitaria di buona qualità ed efficienza organizzativa.

Il processo dell'accreditamento è stato originariamente creato da società scientifiche e associazioni professionali a garanzia della promozione della qualità. Il modello nasce all'inizio del secolo scorso in Nord America. L'inizio dei sistemi di valutazione e miglioramento della qualità in medicina è contrassegnato dal nome di Ernest Codman che, nel 1910, propose l'"end result system" della standardizzazione ospedaliera. L'idea di standardizzare la struttura ed il modo di lavorare degli ospedali nacque per far sì che le istituzioni con ideali più elevati avessero il giusto riconoscimento davanti alla comunità professionale e che le istituzioni con standard inferiori fossero stimolate a migliorare la qualità del loro lavoro. In tal ottica veniva ipotizzato che i pazienti avrebbero potuto ricevere il trattamento migliore e la gente avrebbe avuto qualche strumento per riconoscere quelle istituzioni che si ispirano ai più alti ideali della medicina.

Tale modello si impose negli anni '50 grazie all'attività della JCAHO (Joint Commission of Accreditation of Health Care Organization), organizzazione indipendente, non-governativa, not-for-profit, leader internazionale riconosciuta nel campo dei progetti di miglioramento della qualità in ambito sanitario e pioniere nello sviluppo delle misure di performance e di outcome per le organizzazioni sanitarie.

Il concetto di accreditamento è stato invece introdotto in Italia per la prima volta con l'art. 8 del D.Lgs n. 502/92. Il D.Lgs 502/92 ha configurato l'accreditamento come strumento finalizzato a selezionare, sulla base di criteri di qualità, i fornitori di prestazioni nell'ambito o per conto del SSN. Il successivo D.Lgs 229/99 ne ha accresciuto il significato, definendo che l'accreditamento è funzionale alla programmazione sanitaria, ed è finalizzato a garantire e promuovere la qualità dell'assistenza. Nell'ambito del miglioramento continuo della qualità la serie di norme ISO 9000 ha introdotto tra le responsabilità di un'organizzazione (fornitore di servizi per conto del SSN) il concetto fondamentale di corretta ed adeguata comunicazione all'utenza: il flusso delle informazioni per essere efficace deve essere gestito con sistemi snelli e veloci. Tale sistema si concretizza spesso

nella realizzazione e divulgazione della “Carta dei Servizi”, che rappresenta un “patto” con il cittadino-utente, all'interno del quale sono definiti gli impegni che l'organizzazione ha assunto nei confronti degli utenti stessi. Con la Carta dei Servizi l'Azienda si pone l'obiettivo di promuovere ed incrementare una “cultura dell'ascolto” che, partendo dall'informazione fornita dall'Azienda e passando per l'opinione dell'utenza (sia attraverso i reclami che attraverso specifici strumenti di rilevazione del grado di soddisfazione), abbia come fine ultimo il miglioramento continuo dei servizi offerti.

L'accreditamento è nato in Italia come l'atto con il quale si riconosce ai soggetti già autorizzati all'esercizio di attività sanitarie lo status di potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale. Prima dell'accreditamento, il sistema di regolazione del mercato dei servizi residenziali si basava sull'autorizzazione al funzionamento, che consisteva nell'accertamento di alcuni requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

Si distinguono alcuni tipi di accreditamento che possono proporre obiettivi differenti, spostando l'attenzione su dimensioni della qualità legate all'obiettivo perseguito.

Il sistema di accreditamento nord americano ad esempio è stato da sempre caratterizzato dalla volontarietà in cui prevalgono gli elementi della autoregolamentazione ed auto-sviluppo. In questo caso parliamo di ACCREDITAMENTO VOLONTARIO O DI ECCELLENZA, promosso nell'ambito del sistema sanitario con lo scopo di formazione e miglioramento continuo della qualità. L'approccio professionale è stato in questo caso il *primum movens* dell'accreditamento poiché attraverso questa strada si garantivano ai professionisti degli ambiti strutturali di qualità in cui si trovassero ad operare e si offrivano loro degli strumenti di valutazione delle proprie capacità e delle eventuali necessità formative. Le visite di accreditamento ed i risultati sono affidati a commissioni indipendenti, professionisti sanitari esterni alla organizzazione; la definizione degli standard deriva da attività di *peer review*. I sistemi si sono poi evoluti accogliendo le nuove istanze che vengono dalla qualità totale e dal miglioramento continuo. Per ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE si intende un particolare tipo di accreditamento volontario, attuato specificamente da associazioni di categoria come forma di autodifesa di natura corporativista della classe medica alla ricerca di strumenti da utilizzare per contrattare con le amministrazioni degli ospedali al fine di garantirsi idonee condizioni organizzativo-gestionali entro le quali praticare.

Per ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE “OBBLIGATORIO” si intende invece l'accreditamento effettuato da o per conto del governo, senza il quale un'organizzazione non può operare in ambito sanitario (modello applicato ad esempio in Italia). L'accreditamento istituzionale è un'attività obbligatoria ed è uno strumento di regolazione dei soggetti erogatori privati e pubblici che vogliono stabilire un rapporto operativo ed economico con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In sede nazionale e regionale si definiscono i criteri e gli standard delle strutture sanitarie, si verifica il livello di adesione ad essi, si autorizza l'attività e la possibilità di accedere ai finanziamenti pubblici. In Italia compete infatti alle Regioni l'introduzione di sistemi di sorveglianza e di strumenti e metodologie per la verifica della qualità dei servizi a partire dalla autorizzazione ad operare già posseduta (requisiti minimi: D.P.R. 14.1.97) per riconoscere ai soggetti già autorizzati all'esercizio di attività sanitarie lo status di potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale. I valutatori in questo caso sono dei funzionari governativi.

Nell'ambito della qualità esistono comunque differenti metodi di approccio, strettamente

correlati al carattere multidimensionale della qualità stessa; questo concetto risulta ancor più enfatizzato nella realtà sanitaria dove il prodotto finale non è il profitto, ma la salute. Con il termine “CERTIFICAZIONE” ci si riferisce ad un’altra procedura in base alla quale un organismo di certificazione attesta per iscritto che un prodotto, un processo, un servizio o una figura professionale sono conformi ai requisiti specificati dalla normativa. La CERTIFICAZIONE rappresenta infatti un atto formale, rilasciato da un organismo di parte terza, attraverso il quale viene riconosciuto ad una organizzazione che ha predisposto attività pianificate e documentate per garantire i propri prodotti/servizi secondo determinati standard; è finalizzata alla verifica della corrispondenza delle strutture e delle procedure delle organizzazioni rispetto a criteri di buona qualità prestabiliti da norme tecniche. Il modello di riferimento è rappresentato appunto dalla serie di norme ISO 9000.

Il principio su cui si basa l’accreditamento è che non si fornisce un buon prodotto sanitario se oltre alle sue specifiche tecniche non sono definite regole organizzative che ne garantiscono la produzione/erogazione alle condizioni stabilite (vedi fig. 1). La politica europea, inoltre, notoriamente prudente in tema di condivisione degli obiettivi e delle prassi dei sistemi sanitari e sociali, è esplicita circa le garanzie da fornire alla cittadinanza: gli stati devono assicurare nei diversi settori, compreso quello sanitario, le condizioni minime (o essenziali) di qualità, sicurezza, rispetto dell’ambiente ecologico (uomo compreso), lasciando alle organizzazioni che producono beni e servizi la libertà e il dovere (autonomia e responsabilità) di definire standard di performance ispirati alle migliori tecnologie disponibili. La disponibilità si intende negoziata in riferimento alle conoscenze scientifiche o tecniche, all’accettabilità sociale, alle risorse disponibili.



Figura 1 - **Elementi concorrenti alla realizzazione del processo di accreditamento.**

Pur nella diversità dei contesti specifici, l’attivazione dei programmi di accreditamento si può riportare a tre motivazioni fondamentali:

- 1) volontà delle strutture sanitarie e dei professionisti di avere una valutazione oggettiva dei propri livelli qualitativi;
- 2) interesse delle associazioni professionali e delle società scientifiche ad attivare processi di miglioramento che vedano i professionisti come parte attiva, favoriscano la crescita culturale degli operatori, garantiscano i migliori risultati sui pazienti;

3) richiesta, da parte del servizio sanitario o dei sistemi assicurativi, alle strutture che erogano prestazioni, di corrispondere a determinati livelli qualitativi per ottenere l'ammissione a rapporti contrattuali.

La finalità del processo di accreditamento sono:

- assicurare la sicurezza e standard di qualità delle cure a tutti i cittadini che scelgono tra i soggetti accreditati (pubblici e privati) con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali;
- garantire che le strutture siano dotate di risorse e organizzazione adeguate alle attività erogate accordi contrattuali;
- regolare i sistemi di ingresso e di uscita dal sistema dell'offerta delle cure;
- confronto con altre strutture e crescita professionale;
- garantire che le attività svolte producano risultati congruenti con le finalità dell'organizzazione sanitaria.

I reali effetti dell'accreditamento sono rappresentati dalla eguaglianza delle condizioni iniziali di ingresso per tutti gli erogatori pubblici e privati delle cure (tariffe), dalla equità nella remunerazione dei fornitori e da un clima di sana competizione, da una politica di miglioramento della qualità delle strutture sanitarie.

Nell'ambito del miglioramento continuo della qualità è di fondamentale importanza il riferimento costituito dalla norma tecnica ISO 9001:2008 che propone un sistema di gestione dinamico, capace di migliorarsi, attraverso un approccio basato sui processi in un rapporto di reciproco interscambio culturale del know how tra le diverse parti interessate in riferimento a conoscenze specifiche.

3. Approccio per processi

Le norme della serie ISO 9000 rappresentano il riferimento ad un insieme di direttive e linee guida, sviluppate da un organismo internazionale per la definizione degli standard composto da rappresentanze di organi nazionali, che propongono un sistema di gestione per la qualità al fine di controllare i processi aziendali indirizzandoli alla soddisfazione del cliente.

In particolar modo la norma ISO 9001:2008 affronta il tema dei sistemi di gestione per la Qualità definendone i requisiti necessari affinché un'organizzazione possa essere certificata.

La norma ISO 9001:2008 prevede un approccio globale e completo di certificazione per cui non è possibile escludere alcuni settori o processi. Un processo di certificazione conferisce un alto valore aggiunto all'organizzazione di una organizzazione e costituisce infatti il primo passo verso l'attuazione di sistemi di gestione aziendale intelligenti e finalizzati a garantire una crescente competitività attraverso la capacità di valorizzare in modo continuo i processi aziendali.

I principi ispiratori della norma ISO 9001:2008 che valorizzano la gestione delle organizzazioni sono i seguenti:

- organizzazione orientata al cliente,
- leadership,
- coinvolgimento del personale,
- approccio basato sui processi,
- visione sistemica della gestione aziendale,
- miglioramento continuo,
- decisioni basate su elementi attendibili e concreti,
- rapporto di reciproca utilità con i fornitori.

Le organizzazioni infatti dipendono dai loro clienti, perciò dovrebbero capire le loro esigenze, rispettare i requisiti dei clienti e mirare a superare le loro aspettative, fornendo una corretta ed adeguata informazione.

È necessaria inoltre una nuova cultura manageriale e, quindi, anche i manager devono evolversi ed acquisire una nuova visione di qualsiasi organizzazione, soprattutto nel dare il giusto riconoscimento alle risorse umane, punto di forza dell'organizzazione: non è possibile soddisfare il cliente esterno senza coinvolgere ed appagare il cliente interno (il personale dell'azienda)

In particolar modo la norma ISO 9001:2008 si basa sull'“approccio per processi”: le prestazioni di un'organizzazione possono essere migliorate utilizzando appunto l'approccio per processi. I processi sono gestiti come un sistema, sviluppando e concependo una rete dei processi e delle loro interazioni: il miglioramento di ogni singolo processo concorre al miglioramento globale del sistema conferendo un valore aggiunto all'organizzazione. L'organizzazione rappresenta infatti l'insieme di persone e mezzi, con definite responsabilità, autorità ed interrelazioni, che coordinano tutta una serie di processi concatenati che concorrono alla realizzazione di un prodotto, di un processo, di un servizio (vedi figura 2).

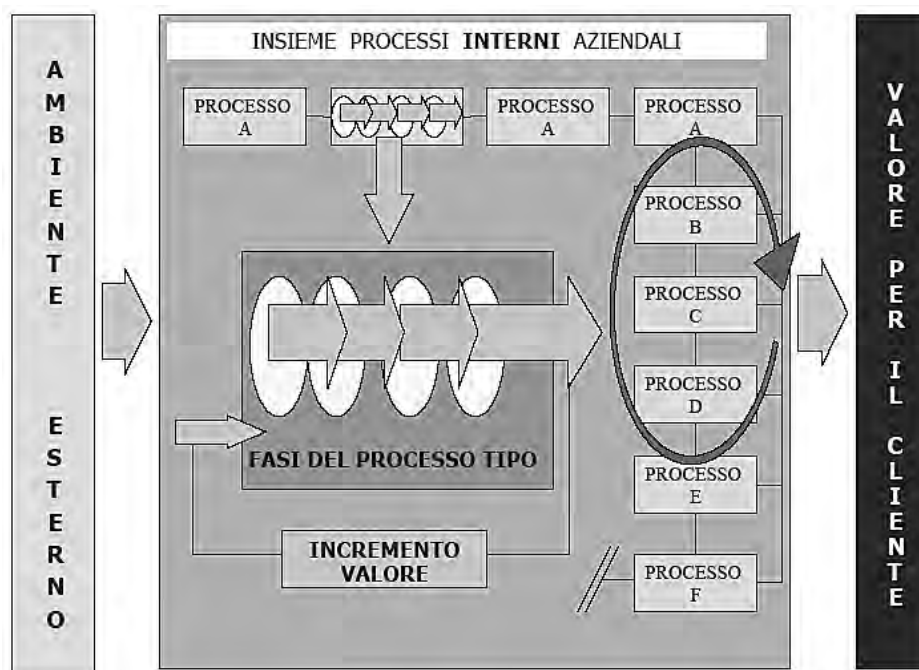


Figura 2 - Insieme dei processi interni aziendali.

Un'organizzazione per funzionare efficacemente deve infatti individuare e gestire numerose attività collegate tra loro.

L'attuazione dell'"approccio per processi" nella famiglia di norme ISO 9000 sui Sistemi Gestione Qualità può essere applicato a qualsiasi sistema di gestione, indipendentemente dal tipo o dalla dimensione dell'organizzazione e trova applicazione a tutte le aree aziendali: nella pianificazione, nella progettazione e produzione, nella gestione dei servizi, nella gestione delle risorse umane ecc. Tale approccio consiste nella capacità di gestire le attività di una determinata organizzazione attraverso l'identificazione e il controllo dei relativi processi e interazioni in modo sistematico ed organico ed è uno strumento potente per organizzare e gestire le attività lavorative in modo da creare valore per i clienti e le altre parti interessate. La finalità è quella di accrescere l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione nel raggiungere gli obiettivi prestabiliti. Infatti un risultato desiderato si ottiene più efficacemente quando le relative risorse ed attività sono gestite come un processo. Questo principio evidenzia che è sempre più pressante la necessità di sapere "cosa fare" prima di decidere "come fare". Un approccio per processi permette di offrire fiducia ai clienti, ed alle altre parti interessate, sulla costanza delle prestazioni dell'organizzazione conferendo trasparenza alle attività nell'ambito dell'organizzazione nell'ottica del miglioramento continuo.

Infatti il miglioramento continuo deve essere un obiettivo permanente delle organizzazioni. Applicare questo principio significa qualificare il sistema qualità come "strumento di gestione" del processo aziendale. L'Azienda deve quindi creare le condizioni (umane, metodologiche e culturali) perchè ciò sia reso possibile. Per far questo è necessario che

le decisioni vengano basate sulle analisi logiche ed intuitive di dati ed informazioni. Vanno definiti indicatori attendibili, concreti sui quali basare il processo di controllo per dare la possibilità all'organizzazione di migliorarsi continuamente; ciò è importante per far acquisire alle organizzazioni la consapevolezza delle azioni intraprese, valorizzando l'esperienza condotta dalle organizzazioni.

Partendo dalla considerazione che nessuna organizzazione possa vivere in modo autonomo, è sempre più importante curare nei dettagli il rapporto tra l'organizzazione ed i propri fornitori, puntando sull'ottimizzazione dei sistemi gestionali che si interfacciano tra loro. Instaurando un rapporto di reciproca collaborazione si può migliorare l'abilità dei fornitori e creare valore aggiunto per l'organizzazione, ma soprattutto per il cliente finale. L'ottimizzazione delle tecniche di gestione dei fornitori rappresenta uno degli strumenti più efficaci ed attuali di miglioramento.

Ma cos'è un processo? Un processo è un insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in entrata (input) in elementi in uscita (output) fornendo valore aggiunto. Queste attività richiedono la disponibilità di risorse sia umane sia materiali. Gli input e gli output di un processo sono in genere documenti, informazioni, prodotti o servizi che vengono trasformati nell'ambito delle attività del processo stesso (vedi figura 3).

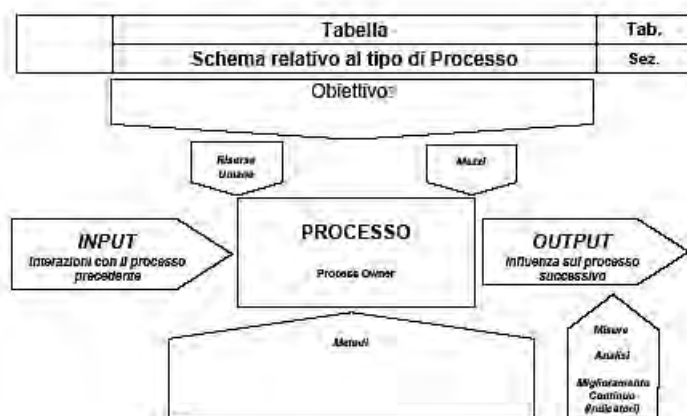


Figura 3 - **Schema teorico di un processo.**

Ogni singolo processo deve necessariamente essere affidato ad un responsabile che dovrà, coerentemente con la politica della qualità, progettare ed attuare il sistema di gestione (metodologie, organizzazione e strumenti), assicurando le risorse necessarie.

Da subito è necessario definire l'obiettivo del processo che si vuole raggiungere, precisando ed analizzando le risorse ed i mezzi che si hanno a disposizione, implementando le procedure più idonee alla realizzazione del processo medesimo.

Analizzati i dati raccolti vengono di seguito definiti gli elementi di output; successivamente si procede all'attivazione di sistemi di controllo (attraverso la declinazione di opportuni indicatori di processo) per verificare l'efficacia e l'efficienza del processo. Tale riesame, effettuato sulla base di dati ed informazioni oggettive, serve ad attivare tutte le azioni necessarie al suo miglioramento.

All'interno della visione dell'organizzazione per processi vanno distinti:

- processo principale, attraverso il quale viene il prodotto e/o servizio da fornire al cliente (Realizzazione del prodotto e/o Servizio)
- i processi di supporto, finalizzati a supportare, valorizzandolo, il processo principale.

Per ogni processo di supporto devono essere sviluppate le attività precedentemente segnalate al fine di determinare correttamente l'output del processo principale, e quindi la capacità dell'azienda di garantire al cliente i prodotti e/o i servizi che soddisfano le sue esigenze ed essere competitiva.

Tale approccio evidenzia meglio l'esigenza di valorizzare anche i processi di supporto, che caratterizzano l'aspetto qualitativo del processo principale e rappresentano il prodotto della cultura e della capacità del management. L'approccio per processi aiuta meglio a capire l'importanza di considerare il sistema "qualità" come strumento di gestione che deve garantire sia il corretto interfacciamento dei processi, che l'efficienza e l'efficacia con cui essi vengono gestiti. Permette inoltre di mantenere, con continuità, un controllo sui legami fra i singoli processi, come pure sulle loro possibili combinazioni ed interazioni.

4. Servizi di pulizia e sanificazione ospedaliera

Con l'aziendalizzazione sanitaria nazionale, è divenuta sempre più forte l'esigenza di definire un protocollo di gestione dei servizi di sanificazione ambientale che derivi da linee-guida per l'attività di pulizia e disinfezione negli ospedali e che comprenda procedure di erogazione e di controllo. La trasformazione delle strutture sanitarie degli ultimi anni ha portato infatti a prestare maggiore attenzione agli indicatori della qualità dei servizi, ed in particolar modo ai servizi di pulizia e sanificazione ambientale. La tendenza attuale è che le Aziende Sanitarie puntino ad attivare tale servizio in outsourcing, con l'auspicio di ottimizzare le prestazioni in termini di efficienza, qualità e sicurezza, ed economicità del servizio, di definire costi predeterminati e obiettivi di risultato, nonché di avere garantiti i sistemi di controllo. Il servizio di pulizia deve quindi necessariamente inserirsi in un piano della qualità ampiamente definito ed articolato, rendendo appunto necessaria la formulazione di procedure di esecuzione e di controllo per garantire standard di servizio adeguati in ottica di global service. È necessario quindi definire protocolli costituiti da un insieme di indicazioni, prescrizioni e metodi su come un sistema di erogazione di servizi di sanificazione ambientale in strutture sanitarie debba essere strutturato, gestito e controllato al fine di garantire il miglior rapporto possibile tra livello di servizio erogato e costi complessivi sostenuti, con piena soddisfazione di tutti i differenti stakeholder. Importanti riferimenti bibliografici sono ad esempio le "Linee guida per i sistemi di esecuzione e controllo dei servizi di igiene ambientale per AO e ASL" o il "Capitolato Tipo dei Servizi di igiene Ambientale Integrata in Sanità".

Infatti la modalità classica attraverso la quale un'Azienda Sanitaria esternalizza un servizio è la gara d'appalto e le presenti "Linee Guida all'accreditamento volontario dei fornitori di servizi di pulizia e sanificazione ospedaliera" vogliono rappresentare un utile strumento per la valutazione dell'organizzazione delle aziende che erogano il servizio di pulizia e sanificazione ambientale ed il controllo del rispetto degli condizioni presenti nello specifico appalto tra il Committente ed Assuntore.

Il Sistema di Controllo proposto da ANMDO sarà quindi un sistema di parte terza che prevede due tipologie di interventi:

- la qualifica iniziale e la sorveglianza periodica dell'impresa in conformità allo Standard ANMDO per le buone pratiche di pulizia e sanificazione ospedaliera con la finalità di certificarne l'idoneità all'erogazione di servizi di pulizia e sanificazione ospedaliera;
- l'ispezione periodica del e/o dei cantieri che l'impresa vorrà coinvolgere nel procedimento con la finalità di verificare il rapporto cliente/fornitore rispetto ai reciproci impegni contrattuali.

Le procedure di pulizia rappresentano interventi prioritari e fondamentali diretti a ridurre il livello di contaminazione delle superfici ad uno stato di ordine e nettezza visibile mediante la rimozione di polvere e sporco dall'ambiente, dalle attrezzature, dagli arredi, dagli strumenti e dalla biancheria. Rappresentano talora un'operazione preliminare e indispensabile alla successiva disinfezione poiché nessun disinfettante è efficace se impiegato su materiali non puliti. Nella routine ospedaliera infatti alcune procedure di pulizia si integrano con interventi di disinfezione. La pulizia e la disinfezione possono essere effettuate con processi separati o possono far parte della stessa procedura; la disinfezione non de-

ve mai sostituirsi alla pulizia, dal momento che residui di contaminazione su una superficie possono appunto contribuire all'inefficacia del successivo processo di disinfezione. In alcune aree ospedaliere un adeguato ciclo di pulizia deve essere pertanto eseguito prima della disinfezione e comunque combinato con essa.

Quando le pulizie assurgono ad una posizione di primaria importanza, nei paesi anglosassoni si definiscono con il termine di "sanitation" ovvero "sanificazione". La sanificazione ambientale viene intesa come attività che riguarda il complesso di procedimenti e operazioni di ordine pratico e sanitario atti a rendere salubri un determinato ambiente mediante le attività di pulizia e di detergenza e/o di successiva disinfezione.

Nella sanificazione non è necessario creare condizioni di asetticità assoluta ma, in linea generale, è sufficiente assicurare una situazione ambientale a cosiddetto rischio controllato, che contiene cioè la carica microbica entro i limiti igienicamente accettabili per il tipo di zona che si deve trattare.

La sola pulizia, pertanto, opportunamente eseguita, è in genere sufficiente ad assicurare buoni standard igienici per tutto quello che non rimane a intimo e prolungato contatto con pazienti suscettibili di contrarre infezioni.

Ma cosa deve fare un'azienda sanitaria quando decide di esternalizzare il servizio pulizia e sanificazione ospedaliera per fare sì che vengano rispettati gli obiettivi previsti, oltre alla sicurezza del paziente che dell'operatore?

Ogni ambiente ha uno standard ottimale che è conseguenza della destinazione d'uso dell'ambiente stesso. Così le pulizie delle sale operatorie si differenziano completamente da quelle delle camere di degenza, che a loro volta sono diverse da quelle degli spazi comuni.

Concettualmente l'ospedale può essere suddiviso in diverse macro-aree di rischio infettivo, tenendo conto dell'influenza di variabili, quali il livello igienico, l'intensità di traffico, il grado di formazione dello sporco, le caratteristiche strutturali, al fine di consentire un'adeguata personalizzazione dei servizi e dei livelli qualitativi:

1. Aree a Basso Rischio che comprendono

- *Percorsi ad elevata intensità di traffico* (corridoi di collegamento, ingressi, aree di transito, etc.);
- *Aree Extrasanitarie* (uffici, segreterie, studi medici, etc.);
- *Aree di Servizio* (magazzini generali, servizi religiosi, archivi, impianti tecnologici, etc.);
- *Aree Esterne*.

2. Aree a Medio Rischio che comprendono *Aree Sanitarie* (servizi di diagnosi e cura e relative aree di transito, area di degenza etc.)

3. Aree ad Alto Rischio che comprendono

- *Aree Sanitarie ad Alto Rischio Infettivo e B.C.M. (Bassa carica Microbica) ed Aree Operatorie* (sale operatorie, terapie intensive, rianimazione, sale trapianti, etc.)

Ognuna di queste aree comprende tipologie di vani aventi caratteristiche affini e modalità di intervento di pulizia e/o sanificazione simili. I metodi di pulizia e sanificazione sono adattati al grado di contaminazione ambientale ed ai livelli di carica microbica controllata stabilita. L'Azienda Sanitaria potrà identificare all'interno di ciascuna macro-area delle sotto aree aventi caratteristiche specifiche od esigenze particolari. Sulla base delle diffe-

renti caratteristiche ed esigenze delle aree in cui dovranno essere erogati i servizi, l'Esecutore dovrà provvedere a predisporre un piano operativo specificando le operazioni, le modalità di intervento sia del servizio di sanificazione giornaliera che periodica. Gli elementi oggetto del servizio in relazione ad una specifica area possono essere pavimenti, pareti, infissi, davanzali, comodini, arredi, ecc.

L'uso di sostanze disinfettanti è riservato alle zone particolarmente a rischio (ad esempio le sale operatorie) dove anche le operazioni di pulizia vengono condotte con maggiore frequenza ed il numero di persone e oggetti in transito dovrebbe essere limitato; in questo caso i pazienti possono beneficiare di una massiva riduzione della carica microbica anche se temporanea.

Anche se i microrganismi contaminano molto frequentemente i pavimenti, le pareti e le altre superfici ospedaliere, per tale contaminazione non è in realtà documentata una associazione alla trasmissione di infezioni al paziente o al personale. Pertanto non è opportuno fare sforzi particolari per disinfettare le superfici ambientali mentre è sempre raccomandata una attenta detergenza.

L'approccio metodologico per identificare lo standard di accreditamento dei servizi di pulizia e sanificazione ambientale si è basato sull'“approccio per processi” proposto dalla norma ISO 9001:2008. partendo dall'analisi della letteratura validata, dello “stato dell'arte” in pulizia e sanificazione, dalla normativa di interesse specifico e dalle diverse esperienze professionali sono stati analizzati i singoli processi che costituiscono il processo di organizzazione dei servizi di pulizia e sanificazione ospedaliera:

- 1 – formazione del personale
- 2 – controllo di risultato
- 3 – controllo di processo
- 4 – verifiche ispettive
- 5 – soddisfazione del cliente

Le organizzazioni che forniscono servizi devono infatti prestare particolare attenzione al raggiungimento dei requisiti e delle condizioni necessarie per la realizzazione del servizio progettato. In particolare la qualità del servizio è essenzialmente una qualità interna: la fruizione del servizio da parte del cliente è contestuale alla sua realizzazione. La valutazione della qualità del servizio non è quindi in genere basata solo sul risultato finale, ma anche sul processo con cui è stato realizzato; pertanto è quasi sempre possibile tenere sotto controllo le caratteristiche del servizio attraverso il semplice controllo del processo di realizzazione. È di fondamentale importanza, quindi, che i requisiti di un servizio siano chiaramente definiti in termini delle caratteristiche che sono osservate dal cliente o dal Committente, sia di tipo quantitativo che qualitativo. È necessario pertanto che tali caratteristiche vengano tradotte in un sistema di misurazione e controllo delle prestazioni del processo.

Questo sistema permette di facilitare il lavoro dell'Assuntore nel risalire alla causa del problema nel momento in cui si verifichi un disservizio, agevolando quindi anche la fase di identificazione di un rimedio nel più breve tempo possibile, qualora non si sia riusciti a prevenire il verificarsi di un problema.

Lo scopo delle presenti linee guida è quindi quello di proporre un sistema di accreditamento che ponga l'attenzione non solo sugli indicatori di risultato, ma anche su indicatori di processo, valutando che vengano rispettati i requisiti minimi a livello di tutti i processi

del sistema che, concatenati tra loro, concorrono alla realizzazione del prodotto, di un processo, di un servizio. Rispetto al passato è quindi necessario associare alla verifica dei livelli di qualità accettabili - LQA (indicati dalla norma tecnica UNI ISO 2859/1 e dalla norma UNI EN 13549), che si basano esclusivamente su indicatori di risultato, una valutazione del sistema di pulizia e sanificazione ambientale basata su un approccio per processi, spostando l'attenzione degli organi di vigilanza verso indicatori di processo.

5. Processo di Formazione del Personale



Il personale rappresenta un elemento centrale nell'ambito del processo di pulizia e sanificazione dell'ambiente ospedaliero: al fine di garantire la presenza di personale con competenze adeguate alla mansione svolta, l'azienda committente dovrebbe fornire all'Assuntore un'analisi sistematica delle posizioni da ricoprire, con individuazione dei fattori critici e di successo nell'espletamento delle mansioni, onde identificare le conoscenze e le abilità che si richiedono per ognuna di esse.

All'interno del "Piano della qualità del servizio", definito ed articolato per il servizio oggetto di appalto, è compreso il piano di formazione del personale addetto alle pulizie dell'ospedale.

È previsto quindi che l'Assuntore debba provvedere affinché il proprio Responsabile e tutti gli operatori coinvolti nel servizio, conoscano il Piano di Qualità e svolgano il proprio compito o le proprie mansioni per garantire un risultato in grado di soddisfare le prescrizioni, i livelli qualitativi previsti e gli obiettivi dell'appalto.

I contenuti essenziali del Piano della Qualità prendono in considerazione le seguenti fasi:

- programmazione;
- progettazione;
- esecuzione;
- monitoraggio periodico;
- controllo dei risultati.

Per ognuno dei punti sopra indicati nel Piano della Qualità dovranno essere indicati:

- responsabilità;
- procedure, i moduli e le istruzioni operative;

- tempi ed i modi di esecuzione;
- programmi per i controlli;
- misure adottate per la garanzia del conseguimento degli obiettivi del contratto.

L'Assuntore del servizio propone il piano di formazione in base alle risorse disponibili. I piani di formazione sono presentati ogni anno alla direzione dell'ospedale che ne verifica l'adeguatezza rispetto al piano di lavoro, alle metodologie fornite dall'Assuntore e agli obiettivi di qualità/risultato contrattuali. Nel caso in cui il Committente fornisca le ore minime e la periodicità dei corsi di formazione da tenere nel corso del servizio, si preoccuperà anche di fornire un indice degli argomenti essenziali alla corretta esecuzione delle specificità del servizio.

L'Assuntore di conseguenza fornisce addestramento necessario o intraprende altre azioni per soddisfare le esigenze del Committente. I programmi di formazione proposti potranno essere modificati o integrati su richiesta del Committente. È necessario inoltre conservare adeguate registrazioni circa il grado di addestramento, di qualifica ed esperienza del personale. Infatti nel corso dell'esecuzione del servizio l'Assuntore deve poter rendere disponibile all'Azienda ospedaliera/sanitaria le evidenze dell'attività di formazione svolta e dell'efficacia della stessa, fornendo lo stato di avanzamento del programma formativo del proprio personale. In tale occasione l'Assuntore, oltre ai programmi, dovrà indicare il calendario delle lezioni, il nome e cognome dei partecipanti, gli orari ed il luogo in cui si sono svolte o si svolgeranno le lezioni. La Direzione deve quindi poter verificare che per il personale per cui è specificamente prescritto siano stati eseguiti i livelli minimi di formazione continua e aggiornamento professionale fermo restando la necessità sempre della formazione specifica per la conduzione dei processi. L'Assuntore inoltre potrebbe rendere disponibili schede di registrazione e/o questionari che dimostrino l'efficacia della formazione svolta.

Il documento programmatico del "Piano di Formazione" dovrebbe comprendere:

- il consuntivo delle attività di formazione svolte nell'anno precedente;
- l'analisi del fabbisogno formativo;
- individuazione di obiettivi a lungo, medio e breve termine di apprendimento e di risultato relativi alla formazione del personale;
- l'individuazione delle metodologie formative coerenti con gli obiettivi enunciati;
- programma di formazione del personale;
- calendario, sedi ed elenchi dei partecipanti ai corsi di formazione;
- il piano di valutazione dell'efficacia delle azioni formative programmate;
- i criteri di scelta delle priorità formative (argomenti essenziali alla corretta esecuzione delle specificità del servizio).

I programmi di formazione dovrebbero prevedere, oltre ad un corso base generale per addetti al servizio in ambito sanitario, e corsi mirati sulla commessa da eseguire.

Oltre alla presentazione aziendale e alle norme di comportamento, i programmi di formazione dovrebbero comprendere la presentazione del sistema di gestione qualità aziendale (S.G.Q.) e relativi piani applicativi, le istruzioni sui processi e sulle metodologie operative di lavoro nel rispetto delle specifiche tecniche e delle prescrizioni e le istruzioni sull'applicazione delle corrette procedure per ogni attività al fine di lavorare in sicurezza.

Inoltre è previsto che l'Assuntore assicuri che il personale impiegato venga formato sui protocolli elaborati in funzione dell'ambiente da pulire. In particolare l'assuntore dovrà impiegare personale esclusivamente dedicato ai reparti di Malattie infettive, di Medicina Nucleare, di Radioterapia e di Radiodiagnostica, le Sale Operatorie, i servizi di Terapia

Intensiva o Sub-Intensiva, che richiedono una maggiore attenzione al processo di pulizia, evitando, se possibile, il turn-over.

I corsi di formazione del personale devono essere svolti all'atto dell'assunzione e periodicamente attraverso corsi di aggiornamento.

Il programma dei corsi di formazione del personale dovrebbe comprendere nozioni riguardanti:

- pulizia (procedure e prodotti) e sanificazione ambientale;
- utilizzo di attrezzature di lavoro;
- lavaggio delle mani;
- adozione di misure atte a prevenire la trasmissione delle infezioni;
- riutilizzo dei dispositivi medici monouso;
- abbigliamento del personale;
- smaltimento dei Rifiuti sanitari;
- valutazione di nuovi prodotti/presidi (disinfettanti, guanti);
- definizione percorsi interni (pulito\sporco);
- gestione del rischio;
- piano della Qualità;
- impatto significativo, reale o potenziale, dell'attività lavorativa sulla soddisfazione del cliente.

È infatti di estrema importanza che l'Assuntore assicuri, attraverso l'attività formativa, che il personale sia consapevole della rilevanza ed importanza del proprio ruolo e delle proprie attività e di come esse contribuiscano al raggiungimento degli obiettivi in termini di sicurezza e di tutela della salute: è necessario che il personale sia a conoscenza della valenza del proprio operato e delle conseguenze che esso possa determinare sui pazienti e sugli operatori sanitari.

Altri argomenti della formazione per tutto il personale impiegato dall'Assuntore, nel rispetto della sicurezza dei lavoratori stessi, possono essere i seguenti:

- prevenzione dei rischi derivanti dal lavoro in ambiente ospedaliero;
- modalità di esecuzione del servizio;
- corretto utilizzo dei DPI. (Se attivati i servizi opzionali);
- raccolta, trasporto e smaltimento di sostanze e/o preparati pericolosi
- bonifiche ambientali.

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

L'Assuntore periodicamente deve infatti prevedere dei corsi di aggiornamento per far fronte a:

- cambiamenti legislativi;
- valutazione dei rischi;
- nuovo equipaggiamento;
- nuova tecnologia;
- nuove procedure;
- piani di sviluppo personali;
- aggiornamento.

L'Assuntore dovrà affidare gli incarichi al personale in base all'addestramento, alle conoscenze ed all'esperienza condotta sul campo. È quindi necessario dotarsi di una metodologia che assicuri la capacità di conoscere le esigenze del personale in termini di abilità, addestramento, qualificazione, consapevolezza e di soddisfarle attraverso un'appro-

priata politica nei confronti del personale, che preveda oltre ad interventi di informazione/formazione e addestramento, di misura dell'efficacia della stessa.

Un buon metodo per valutare l'efficacia della formazione erogata è rappresentato da formatori sul campo, la cui funzione è quella di controllare se le istruzioni operative insegnate durante i corsi di formazione vengano realmente applicate in ambito lavorativo.

Tale metodologia può essere applicata nell'ambito dell'affiancamento preliminare all'inserimento dell'operatore nei turni di lavoro o come meccanismo di controllo per valutare la corretta esecuzione del processo.

I lavoratori incaricati devono disporre di ogni informazione e di ogni istruzione d'uso necessaria per ogni attrezzatura di lavoro a disposizione in rapporto alla sicurezza e alle condizioni di impiego delle attrezzature anche sulla base delle conclusioni eventualmente tratte dalle esperienze acquisite nella fase di utilizzazione delle attrezzature di lavoro. Di conseguenza i lavoratori addetti alla pulizia debbono aver cura delle attrezzature di lavoro messe a loro disposizione senza apportare modifiche di propria iniziativa. Devono quindi utilizzare le attrezzature di lavoro messe disposizione conformemente all'informazione, alla formazione ed all'addestramento ricevuti.

I formatori devono essere persone qualificate per titoli, competenza e professionalità in grado di assicurare l'efficacia della formazione in una specifica area. L'Assuntore del servizio ricorre a media elettronici che integrino la formazione tradizionale nella misura in cui tale ricorso assicuri economie di scala e efficacia della formazione.

L'Assuntore del servizio valuta la formazione da erogare in base alla frequenza del corso, ossia la ripetitività di un dato evento formativo, e alle esigenze di personalizzazione:

- formazione in presenza;
- formazione a distanza.

Le informazioni e le istruzioni d'uso devono risultare comprensibili ai lavoratori interessati. È necessario garantire che l'informazione possa essere recepita anche dai lavoratori stranieri, sempre più impiegati negli ultimi anni nei servizi di pulizia e sanificazione ambientale.

Per far questo è necessario che l'Assuntore informi il personale su come usufruire dei corsi di lingua italiana e orientamento al territorio e servizi, organizzati dai Comuni di riferimento, e si avvalga della collaborazione dei mediatori linguistici-culturali e di comunità per la realizzazione di corsi o di materiale didattico da distribuire al personale.

Check list - Formazione

1 – La politica dell'organizzazione specifica la messa a disposizione di risorse di personale adeguatamente formate allo svolgimento del servizio delle pulizie in ambito ospedaliero?

2 – Il “Piano della Formazione del personale addetto alle pulizie ” è specifico in ambito ospedaliero e comprende i seguenti aspetti:

- l'analisi del fabbisogno formativo;
- i criteri di scelta delle priorità formative (argomenti essenziali alla corretta esecuzione delle specificità del servizio).
- individuazione di step a lungo, medio e breve termine di apprendimento.
- l'individuazione delle modalità formative teorico/pratiche coerenti con gli step enunciati;
- calendario, sedi ed elenchi dei partecipanti ai corsi di formazione;
- la modalità di misurazione del risultato circa l'efficacia della formazione effettuata.

3 – Il Piano della Formazione del personale di cui al punto precedente è compiutamente realizzato/rispettato?

4 – È chiaramente definita ed individuata la responsabilità per il coordinamento e l'attuazione dei “piani della formazione” sia teorici, sia pratici prestabiliti?

5 – I formatori sono persone qualificate per titoli, competenza e professionalità ed esperienza?

6 – Esiste una modalità strutturata e periodica di trasmissione all'azienda ospedaliera degli elenchi nominativi del personale impiegato che preveda una suddivisione delle abilità professionali specifico per le attività di pulizia e sanificazione ospedaliera riferito alle criticità di rischio del paziente?

7 – L'Assuntore dispone di una modalità di trasmissione al committente della documentazione inerente la formazione che attesti:

- la predisposizione dei piani di formazione teorico/pratici stabiliti e approvati dal committente
- eventuali variazioni intercorse durante la gestione;
- il recepimento ove applicabile, di eventuali modifiche e/o integrazioni (ad es. nuovi reparti, nuove tecniche di pulizie, nuove attrezzature ecc.)

8 – Il programma dei corsi base di formazione del personale comprende nozioni riguardanti:

- il ruolo dell'addetto/a alle pulizie in ospedale
- illustrazione delle singole mansioni per singolo ruolo
- impatto significativo, reale o potenziale, dell'attività lavorativa sulla salute del paziente

- Prevenzione dei rischi inerenti la salute e sicurezza sul luogo di lavoro in ambiente ospedaliero.
- L'idoneità dei comportamenti da adottare in ambito ospedaliero;
- Piani della Qualità dell'organizzazione che eroga il servizio
- protocolli aziendali e/o istruzioni operative in funzione dell'ambiente o delle aree di rischio
- Pulizia (procedure e prodotti) e sanificazione ambientale;
- Utilizzo di attrezzature di lavoro;
- Lavaggio delle mani;
- Adozione di misure atte a prevenire la trasmissione delle infezioni;
- Riutilizzo dei dispositivi medici monouso (corretto utilizzo D.P.I.);
- Abbigliamento del personale;
- Definizione percorsi interni (pulito\sporco);
- Smaltimento dei Rifiuti sanitari;

9 – Nel programma di formazione è previsto, oltre ad un corso base generale per addetti al servizio in ambito sanitario, corsi mirati sulle peculiarità del servizio nelle aree ad alto rischio per il paziente: ad es. Malattie infettive, Medicina Nucleare, Radioterapia e di Radiodiagnostica, Sale Operatorie, Terapia Intensiva o Sub-Intensiva)?

10 – Sono formalizzate modalità formative riguardanti interventi specifici di formazione aggiornamento del personale in caso di:

- nuova assunzione;
- trasferimento o cambiamento di mansioni;
- utilizzo di nuove attrezzature/software, applicazione di nuove procedure,
- introduzione di nuovi prodotti/presidi/equipaggiamento (ad es. disinfettanti, D.P.I. ecc.);
- modifica dei protocolli, nel durante della gestione del servizio
- cambiamenti legislativi;
- intervenute variazione nei rischi sulla sicurezza del lavoratore/trice;

11 – Sono stabilite adeguate modalità pratiche di addestramento sul campo?

12 – Viene rilasciato (o è facilmente accessibile da parte dell'operatore/trice), materiale informativo relativo ai singoli moduli formativi svolti.

13 – L'Assuntore dispone di appropriate registrazioni, adeguatamente conservate, riguardo tutte le attività formative teorico/pratiche svolte incluse quelle di aggiornamento nel rispetto dei piani che devono includere

- livello di partecipazione ai corsi;
- verifica di efficacia (test/esami finali);
- verifica di gradimento del corso (questionari)

14 – Sono previste modalità che, oltre quanto stabilito dal CCNL, promuovano/ incentivino un'alta partecipazione del personale ai corsi di formazione.

15 – Sono stabilite modalità che prevedano corsi di recupero per il personale che non ha superato i test di efficacia?

16 – Gli addetti alle pulizie vengono formati/addestrati a seguito di esiti non conformi durante i controlli nell'esecuzione del servizio?

17 – È stabilita una modalità che consenta di garantire una modalità formativa o di addestramento "permanente" rispetto alla durata dell'appalto?

18 – Sono formalizzate e realizzate modalità formative che consentano di agevolare l'apprendimento dei processi per il personale straniero?

19 – Sono previste delle modalità informative dedicate al personale straniero sull'accesso a corsi di lingua italiana e orientamento eventualmente organizzati dai Comuni?

20 – Sono stabilite delle modalità di raccolta e di elaborazione statistica dei dati relativi corsi di formazione effettuati che consentano, su dati storici, di elaborare piani di miglioramento mirati?

6. Controllo del servizio di pulizia e sanificazione ambientale

L'efficacia del servizio di pulizia e sanificazione ambientale erogato in strutture ospedaliere è assicurata mediante l'identificazione di un sistema di controllo del servizio stesso. L'organizzazione deve infatti pianificare ed attuare i processi di monitoraggio, di misurazione, di analisi e di miglioramento necessari a:

- a) dimostrare la conformità degli ambienti a standard igienici,
- b) assicurare la conformità del sistema di gestione per la qualità,
- c) migliorare in modo continuo l'efficacia del sistema di gestione per la qualità.

È quindi necessario riconoscere elementi chiave di controllo che caratterizzino il sistema per l'igiene ambientale in Sanità e che costituiscano punti critici per l'analisi di specifici requisiti. Il sistema di controllo, attraverso gli strumenti e gli elementi necessari per la determinazione delle verifiche, deve garantire un monitoraggio completo in grado di integrare al controllo visivo, metodi di misurazione oggettivi e la corretta esecuzione delle procedure.

Le verifiche della conformità degli standard devono comprendere controlli del servizio di pulizia di tipo quantitativo e qualitativo, e devono basarsi sulla valutazione di indicatori di risultato e di processo (vedi fig.4).

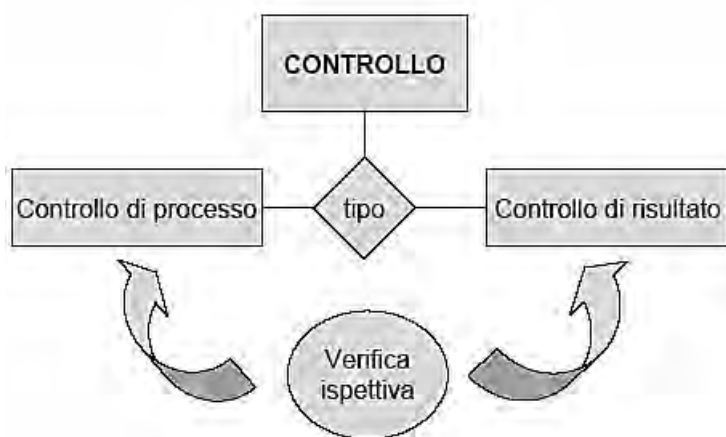


Figura 4 – Schema riassuntivo dei tipi di controllo.

Rispetto al passato è quindi necessario associare alla verifica dei livelli di qualità accettabili LQA, indicati dalla norma UNI EN 13549:2003 come livello di qualità di indicatori di risultato che si ritiene soddisfacente accettare, una valutazione del sistema di pulizia e sanificazione ambientale “allargata” basata su un approccio che consideri anche i processi svolti per realizzare il servizio. In questo modo si viene a spostare l'attenzione del controllo dai soli indicatori di risultato ad indicatori anche di processo. L'individuazione e

la misurazione dei “processi critici”, aventi impatto nell’esecuzione del servizio di pulizia in ospedale, rappresenta una visione innovativa nell’ambito della valutazione dei servizi di igiene ambientale. Il riferimento per la procedura di controllo viene così ad assumere una nuova connotazione: accreditare i servizi di pulizia e sanificazione ambientale significa andare a valutare il rispetto di tutta una serie di indicatori sia di processo, sia di risultato.

Attuare esclusivamente controlli di risultato non agevola nell’operazione di identificazione delle cause di un’eventuale “non conformità” nel momento in cui si venga a verificare. Attraverso l’analisi dei processi è resa possibile un’immediata valutazione dei motivi legati al non raggiungimento degli standard igienico-sanitari previsti, permettendo di intervenire, di conseguenza, con azioni correttive mirate.

Tra i vari riferimenti normativi a supporto su questo tema, vi è la precedentemente citata norma UNI EN 13549:2003 “Servizi di pulizia – *“Requisiti di base e raccomandazioni per i sistemi di misurazione della qualità”*” che fornisce appunto i requisiti di base e le raccomandazioni per sistemi di misurazione della qualità per le prestazioni di pulizia, cioè un sistema di collaudo progettato per valutare se i servizi definiti e concordati tra due parti soddisfino il livello di qualità, in conformità ai requisiti espressi in modo esplicito o implicito in tale accordo. Tale norma tecnica affronta però il tema dei sistemi di misurazione dei servizi di pulizia in senso generale. Da aree diverse aventi funzioni diverse si richiedono livelli igienici differenziati: è necessario distinguere l’esigenza di assicurare un adeguato stato igienico-sanitario degli ambienti ospedalieri rispetto ad altri ambienti confinati pubblici o privati (aeroporti, stazioni, cinema, centri commerciali ecc.). In entrambi i casi l’obiettivo è comune, ovvero soddisfare le aspettative dell’utenza, ma vanno diversificati i parametri di valutazione. Infatti i requisiti di base per il controllo del servizio di pulizia nelle strutture ospedaliere devono necessariamente essere più rigorosi.

Per Verifica ispettiva si intende un esame sistematico ed indipendente per determinare se le attività svolte per la qualità ed i risultati ottenuti sono in accordo con quanto pianificato e se quanto predisposto viene attuato efficacemente per il conseguimento degli obiettivi. È una verifica strutturata svolta dal personale interno almeno una volta l’anno. Deve essere pianificato un programma di verifiche ispettive che tenga conto dello stato e dell’importanza dei processi e delle aree oggetto di verifica, oltre che dei risultati di precedenti verifiche ispettive. Può essere applicato nella valutazione dell’analisi degli indicatori di risultato che di processo.

Ad esempio nell’ambito dei controlli di risultato negli ultimi anni si è proceduto all’analisi di un campione rappresentativo da sottoporre all’analisi del livello di impolveramento delle superfici tramite l’ausilio di apposito strumentario; nell’ambito del controllo *di processo* il personale adibito alle pulizie deve ad esempio confermare la corretta dotazione di attrezzature in termini di numerosità e stato d’uso, (vedasi panni per la detersione del pavimento), o venire osservato da un ispettore durante lo svolgimento di una specifica metodologia, al fine di verificarne la conformità alle indicazioni presenti nei protocolli stabiliti. Con la verifica ispettiva si valuta invece se i controlli di processo o di risultato sono stati svolti secondo quanto pianificato nel piano della qualità.

L’analisi di processo o di risultato è resa possibile attraverso la conduzione di “audit”, che rappresentano un processo strutturato per la raccolta di informazioni sull’efficienza, efficacia e affidabilità del sistema di gestione del servizio di pulizia e sanificazione ambientale.

Da tale attività si genera la pianificazione di tutte le azioni necessarie a correggere even-

tuali carenze o più generalmente per sviluppare un continuo miglioramento delle prestazioni.

In relazione ai livelli di audit possono essere coinvolti anche congiuntamente le seguenti funzioni:

- personale dell'Azienda ospedaliera/sanitaria (ispezione di parte prima);
- personale dell'Assuntore del servizio (ispezione di parte seconda);
- organi esterni accreditati per le audit esterne (ispezione di parte terza).

Il momento dell'audit assume, quindi, tra i diversi strumenti organizzativi del sistema, un posto di grande rilievo in quanto costituisce il sottosistema di controllo e regolazione del funzionamento dell'intero sistema di gestione.

Le aree costituenti il campione di controllo sono determinate attraverso un sorteggio, ed i controlli vengono eseguiti con la frequenza riportata in tabella 1

Nell'ambito di un'area (es. reparto di degenza, sala operatoria, terapia intensiva...) va visto almeno un ambiente per tipologia (camera di degenza, bagno, guardiola, magazzino, cucinetta...) e tutti gli elementi ivi presenti critici e non critici

AREE	PERCENTUALE
- alto rischio	tutte su base annuale
- medio rischio	tutte nel triennio
- basso rischio	almeno il 40% dei m ² nel triennio

Tabella 1 – **Frequenza dei controlli nella fase sperimentale.**

Dal punto di vista sperimentale ANMDO intende stipulare accordi con un Ente di certificazione per validare le linee guida e predisporre una check list di verifica presso l'organizzazione, intesa come la società che eroga servizi di pulizia e sanificazione ambientale in ambito ospedaliero. La fase sperimentale prevederà che le Ditte partecipanti al progetto saranno oggetto di ispezioni di parte terza, effettuata dall'ente di certificazione, come precedentemente descritto: la "qualifica iniziale dell'Impresa" e "l'ispezione dell'Appalto".

La qualifica dell'impresa rappresenta una Verifica «di sistema» ed è condotta a cadenza annuale presso l'organizzazione dell'impresa per il rilascio e il mantenimento periodico dell'attestato di qualifica che certifica l'idoneità dell'impresa ad erogare servizi di pulizia e sanificazione ambientale in ambito ospedaliero.

Le ispezioni dell'appalto rappresentano invece verifiche «di processo/servizio» e sono caratterizzate da due tipologie di valutazione: dirette indirette.

Le verifiche dirette vengono condotte a cadenza trimestrale, presso il e/o i cantieri che l'impresa intende coinvolgere nel procedimento in conformità ai documenti di gara per il rilascio del rapporto di ispezione dell'appalto che l'Ente Terzo inoltrerà al fornitore e all'ente appaltante. L'obiettivo specifico di tali verifiche è:

- verificare il rispetto da parte dell'operatore delle procedure per l'esecuzione del servizio distinte per i diversi protocolli stabiliti dall'ente appaltante;

- verificare l'appropriatezza quali e quantitativa delle dotazioni in consegna al personale rispetto ai piani della qualità stabiliti;
- verificare la qualità della prestazione erogata.

Le Verifiche «di processo/servizio» indirette vengono condotte in itinere, attraverso un'azione di monitoraggio continuo sui controlli di prima parte e seconda parte e sulle azioni correttive successive messe in atto per la rimozione delle eventuali non conformità rilevate. L'obiettivo specifico di tali verifiche è:

- raccogliere i report dei controlli di prima e seconda parte effettuati ai diversi livelli;
- raccogliere i report delle indagini della soddisfazione del cliente/committente;
- effettuare una elaborazione statistica dei risultati dei controlli comprendendo anche i risultati dei controlli di parte terza;
- individuare le aree critiche rispetto alle quali si rendono necessarie azioni strutturate di intervento per garantire il miglioramento della qualità del servizio;
- sorvegliare sulla efficace attuazione delle azioni correttive e/o di miglioramento intraprese dall'impresa su indicazione dell'ente appaltante.

Nella fig.5 viene sintetizzato l'approccio proposto nella fase sperimentale.



Figura 5 – Il sistema di controllo nella fase sperimentale.

6.1 Controlli di risultato



L'Azienda ospedaliera/sanitaria è responsabile dei livelli di qualità attesi nonché di un sistematico controllo e monitoraggio. In tal senso deve essere definita una metodologia per la misurazione del livello qualitativo del servizio erogato.

L'obiettivo dei controlli di risultato è quello di verificare che il livello di qualità del servizio erogato corrisponda agli standard qualitativi programmati.

Dall'esito del controllo, possono emergere due forme di giudizio: "conforme" o "non conforme": se l'elemento controllato ottiene un giudizio che si colloca all'interno della soglia di accettabilità, viene definito conforme, in caso contrario viene definito non conforme.

Il personale sanitario ed il personale dell'Assuntore, coinvolti nelle audit, condividono le metodologie di esecuzione del controllo del servizio riferendosi a regole stabilite e formalizzate in apposito documento quale ad esempio un "Manuale di controllo" il quale dovrà essere coerente agli obblighi contrattuali assunti. Tale manuale di controllo deve contenere oltre all'analisi della struttura ospedaliera/sanitaria oggetto dell'appalto la specifica circa l'elenco dei lotti di controllo rappresentativi delle diverse macroaree, degli elementi che ad esse appartengono, e le modalità stesse di esecuzione dei controlli ivi compresi gli strumenti previsti. È auspicabile che tale manuale venga già proposto dall'Assuntore nell'ambito della gara d'appalto o per la realizzazione del capitolato tecnico. Talora viene prodotto solo successivamente al capitolato.

Deve essere a disposizione del Committente il tabulato orario di tutte le attività eseguite dal Committente ed il numero totale degli interventi effettuati per ogni area. Normalmente i controlli vanno eseguiti entro mezz'ora dall'intervento di pulizia.

Tale orario viene organizzato sentite le necessità del Committente.

Naturalmente il sistema ospedale è un sistema complesso ed è necessario distinguere il sistema di controllo in base a vari elementi; l'ospedale è infatti un sistema composito che consta di varie aree: degenze, servizi di diagnosi e cura, servizi essenziali alberghieri e di supporto. Gli standard qualitativi degli aspetti igienici dipendono quindi dalle caratteristiche specifiche della singola struttura ospedaliera/sanitaria anche se è necessario assicurare il massimo rispetto degli standard a tutti i livelli della struttura.

Il sistema di controllo, atto a determinare il risultato del servizio reso si basa principalmente su modalità di rilevazione visiva, adottando strumenti idonei per la valutazione delle singole tipologie di sporco riscontrato sulle superfici oggetto di valutazione.

Gli strumenti di controllo normalmente utilizzati per la misurazione dei risultati delle prestazioni di servizi sono i seguenti:

- Glossmetro (angolo di incidenza 60°)

È uno strumento di misura che consente di valutare il grado di brillantezza presente su pavimenti trattati con film protettivo (marmo, PVC, ceramica, etc.)

- Scheda di Bacharach

Consiste in una scala di misurazione dello sporco aderente e del grado di impolveramento presente su una superficie.

- Bassoumetro

È uno strumento di misura che consente di valutare il grado di polvere presente sui pavimenti lisci (termoplastici, in pietra, piastrellati, etc); è stato brevettato e corrisponde alla norma francese XP X 50-792, che utilizza delle garze su cui potranno essere valutate le linee di polvere eventualmente presenti sulle superfici.

Tutti gli strumenti di controllo dovranno essere periodicamente verificati e tarati conformemente a quanto prescritto dai costruttori.

Dall'esperienza relativa all'utilizzo degli strumenti descritti sono emerse alcune criticità.

Il Bassoumetro ad esempio presenta alcuni inconvenienti:

- non è in grado di misurare il grado di polvere in pavimenti non lisci (con venature, vetrificati, bullonati, su moquette);
- non consente una corretta interpretazione del valore rilevato tramite lettura delle linee di impolveramento in quanto a volte le linee si presentano non uniformi, non ben definite o incomplete;
- rileva solo la polvere e non lo sporco aderente;
- il sistema applicato utilizza delle garze di colore rosa e non bianche come quelle previste in dotazione.

Un secondo strumento utilizzato per misurare il grado di impolveramento delle superfici sopra pavimento è la scala di "Bacharach" strumento inappropriato a tale scopo in quanto nato in realtà come rilevatore dell'indice di fumosità nelle centrali termiche. La scala di "Bacharach" si compone di 10 cerchi di differenti e progressivamente più concentrate gradazioni di grigio a cui sono attribuiti 10 valori numerici da 0 a 9. Durante il controllo una garza bianca viene applicata sulla superficie oggetto della valutazione assumendo una tonalità di grigio. Attraverso la sovrapposizione della scala di Bacharach sulla garza verrà attribuito un valore da 0 a 9 e successivamente verificato se questo rientra nel livello di conformità previsto.

Quali gli inconvenienti?

- la lettura delle tonalità di grigio è soggettiva;
- le gradazioni di colore variano in presenza della luce che falsa il risultato;
- non vengono valutate polveri di colorazione diversa dalla scala dei grigi, come la polvere rossa che si deposita in seguito a lavori di manutenzione edilizia o polvere di colore verde che può provenire dall'utilizzo di teli chirurgici;
- se la scala si bagna può inscurirsi con vantaggio della ditta.

Del terzo strumento di misura, il "Glossmetro", non abbiamo ancora risultati rilevanti visto che non è stato ancora ampiamente applicato.

I problemi principali sono dunque la mancanza di oggettività dei dati rilevati, l'inapplicabilità degli strumenti, la carenza di un sistema che non indica un numero ben definito di rilevazioni.

Se facciamo riferimento alla norma UNI EN 13549, prima citata, al punto 5.4 "Metodi di misurazione oggettivi" viene specificato che il sistema dovrebbe essere in grado di integrare il collaudo visivo mediante metodi di misurazione oggettivi descritti. Inoltre la stessa norma definisce che fino ad oggi non è stata conseguita alcuna visione esauriente dei dispositivi di misurazione e dei sistemi disponibili che si possono utilizzare facilmente sul posto di lavoro per collaudare le attività dei servizi di pulizia e per fornire una visione oggettiva dei risultati ottenuti.

La valutazione de visu infine rappresenta una modalità estremamente soggettiva che permette una valutazione superficiale e grossolana.

Il gruppo di lavoro dell'ANMDO ha pertanto avviato un processo di sperimentazione di un nuovo sistema di controllo delle pulizie che sfrutta il fenomeno della bioluminescenza, già applicato in alcuni ospedali inglesi e francesi, in alternativa agli strumenti attualmente utilizzati. L'obiettivo della sperimentazione del gruppo di lavoro ANMDO è pertanto quello di poter valutare l'applicazione del bioluminometro, quale sistema oggettivo, semplice ed efficace da applicare nei controlli di risultato nell'ambito delle pulizie in ospedale.

Tale sistema prevede l'utilizzo di tamponi che rilevano la presenza di molecole di adenosin trifosfato (ATP), presente in tutte le cellule animali, vegetali, batteriche, nelle muffe e nei lieviti. Il riscontro di ATP sulle superfici precedentemente sanificate rappresenta una contaminazione residua dalle unità biologiche citate in precedenza. La misurazione del livello di ATP fornisce in tempo reale indicazione del grado di pulizia delle superfici e palesa la contaminazione dovuta a carica organica che può ospitare e fornire nutrimento per la proliferazione di batteri patogeni. Elevati livelli di residui organici possono inoltre creare un biofilm protettivo nei confronti dei detergenti usati per le operazioni di pulizia. Quando l'ATP viene in contatto con il reagente luciferina/luciferasi contenuto in ogni singolo tampone si scatena una reazione che scatuisce nella emissione di luce in quantità direttamente proporzionale alla concentrazione di ATP presente sul tampone. In pochi secondi il bioluminometro misura la luce generata, indicando il livello di contaminazione. Il livello di luce misurato viene indicato da un numero, la cui unità di misura è RLU (Unità di Luce Relativa). Maggiore è il livello di contaminazione di ATP, maggiore è la quantità di luce prodotta e maggiore è il numero (espresso in RLU) che lo strumento legge. I risultati sono pertanto quantitativi e lineari rispetto alla quantità di ATP.

La sperimentazione è condotta prendendo in considerazione i protocollo sperimentali presenti in letteratura e le analisi vengono praticate 2 volte alla settimana in 4 diversi reparti:

- U.O.Terapia intensiva

- U.O. Pediatria
- U.O. Medicina Interna
- Blocco operatorio Cardiochirurgico

In tali reparti/servizi sono state eseguite le rilevazioni con lo strumento bioluminometro:

- prima di qualsiasi operazione di pulizia
- subito dopo l'esecuzione delle operazioni di pulizia.

La sperimentazione è avvenuta in contemporanea alla attività del personale addetto alla pulizia e sanificazione del reparto, e quindi è avvenuta negli stessi orari.

Nelle prime 11 settimane di attivazione del protocollo sono state eseguite 3.138 analisi con il tampone Clean Trace del bioluminometro, la metà delle quali eseguite prima dell'intervento di pulizia e l'altra metà immediatamente dopo.

Per i reparti di medicina, pediatria e terapia intensiva il processo di depurazione dei dati non ha comportato delle differenze sostanziali nelle medie dei valori di pulito e sporco.

L'area di terapia intensiva è risultata più pulita delle aree di medicina e pediatria ancor prima di iniziare a pulire i reparti per il fatto che in quell'area sono attivi protocolli di pulizia più frequenti. L'area più contaminata prima di iniziare la pulizia è risultata, come previsto, la sala operatoria. In questo caso i valori di sporco superiori a 10.000 RLU erano molto frequenti. Il processo di pulizia e sanificazione attivato in tutte e 4 le aree risulta efficace in quanto ha sempre comportato una riduzione media di RLU rilevati > del 90%. Nell'ambito dello sporco è dimostrata un'ampia variabilità tra le 4 aree indagate, mentre la media dei valori riscontrati nel pulito è per tutte e 4 le aree sovrapponibile (da 23 a 36 RLU). I risultati preliminari del protocollo con Clean Trace hanno quindi dimostrato che lo strumento può essere utilizzato per valutazione del pulito e che un eventuale range di accettazione possa essere il seguente:

- approvato 0-100 RLU
- attenzione 101-150 RLU
- rifiutato > 151 RLU

L'Assuntore del servizio può stabilire un Programma/Piano di monitoraggio che garantisca verifiche a rotazione, in modo tale che, in relazione alla dimensione della struttura, tutte le aree possano essere assoggettate a verifica formale. Lo scopo di tale piano consiste nel monitorare l'evoluzione dei controlli presso l'unità interessata: ciò consente di evitare inutili duplicazioni e verificare quali aree sono ancora da controllare. Nel corso della gestione, tali piani possono variare nella frequenza a seconda di intervenute situazioni peggiorative e/o migliorative di risultato. Le modalità di campionamento degli elementi di un'area devono seguire i procedimenti proposti dalla norma UNI ISO 2859-1:2007.

Il sistema deve prevedere una fase di condivisione degli input quali livelli soglia, criteri di valutazione, coefficienti ponderali, livelli di qualità accettabili LQA del processo di audit. La scelta del livello di qualità accettabile e il conseguente numero di non conformità ammissibili è di solito in capo al Committente.

La scelta del livello di qualità desiderata determina il numero delle non conformità ammissibili.

Gli LQA rappresentano quindi il livello di qualità che si ritiene soddisfacente accettare. Come si è detto la norma UNI EN 13549 affronta però il tema dei sistemi di misurazione dei servizi di pulizia in senso generale e può essere difficilmente applicabile all'ambiente ospedaliero. In passato era stato proposto nel "Capitolato Tipo dei Servizi di igiene

Ambientale Integrata in Sanità” un LQA pari a 0,90 - 0,95 per aree operatorie (sala operatoria) avvalorando l'ipotesi per cui si potesse accettare che in sala operatoria un elemento controllato su dieci potesse risultare “non conforme”. Questa situazione non può essere più accettata: in aree critiche ad alto rischio infettivo ed in aree operatorie non è ammissibile alcuna “non conformità” al fine di tutelare la salute dei pazienti e dei lavoratori presenti in quegli ambienti. In questi casi l'LQA deve essere necessariamente uguale ad 1; ciò significa che in queste aree la percentuale degli elementi “conformi” valutati deve essere sempre necessariamente il 100%.

Il servizio di pulizia e sanificazione ambientale è infatti un processo ON/OFF. Dai controlli di effettuati sull'ambiente ospedaliero deve emergere un unico risultato: elemento pulito o elemento sporco (non “pulito in parte”). Non deve quindi passare l'idea per cui sia possibile accettare uno stato di non conformità seppure parziale nelle aree dell'ospedale ad alto rischio per il paziente (ad es. Malattie infettive, Sale Operatorie, Terapia Intensiva o Sub-Intensiva). Le aree più critiche dell'ospedale devono quindi essere necessariamente pulite. È inoltre di particolare utilità associare al controllo la valutazione della customer satisfaction, ovvero la valutazione da parte dei responsabili delle singole unità operative relativamente all'attività di pulizia, i quali possono tempestivamente segnalare alla Direzione Sanitaria difformità nell'esecuzione dei lavori di pulizia.

Per le Aree Sanitarie (servizi di diagnosi e cura e relative aree di transito, etc.), per i Percorsi ad elevata intensità di traffico (corridoi di collegamento, ingressi, aree di transito, etc.), per le aree Extrasanitarie (uffici, segreterie, studi medici, etc.) ed aree di Servizio (magazzini generali, servizi religiosi, archivi, impianti tecnologici, etc.) l'LQA può rimanere inferiore ad 1, come indicato nel “Capitolato Tipo dei Servizi di igiene Ambientale Integrata in Sanità”, anche se è auspicabile che vengano raggiunti i massimi livelli di qualità in tutti gli ambienti ospedalieri, in particolar modo per alcuni elementi “critici” presenti all'interno di tali aree.

È quindi necessario associare alla logica dei controlli di aree ospedaliere a maggiore e minor rischio per i pazienti ed operatori sanitari, la logica dei controlli di elementi considerati critici (quelli che potenzialmente possono a venire contatto diretto con il paziente o che possono essere coinvolti nella trasmissione dei microrganismi patogeni) indipendentemente dall'area in cui si trovano. Tali elementi devono risultare sempre conformi a seguito delle verifiche di controllo.

È stata pertanto eseguita un'analisi approfondita di tutti gli elementi presenti nelle aree a diversa tipologia di rischio (basso, medio alto rischio) prendendo come definizione suddividendoli in “elementi critici” ed “elementi non critici”, riportati nella tabella 2.

Per “elemento critico” si intende una specifica superficie, installazione od arredo facente parte della zona da controllare per il quale sia riconosciuto un elevato rischio di trasmissione di agenti patogeni a pazienti e/o agli operatori sanitari, quale veicolo di malattie infettive, qualora non sia rispettati gli standard igienico sanitari specifici. È necessaria la conformità agli standard igienici ad ogni controllo.

Per elemento “non critico” si intende una specifica superficie, installazione od arredo facente parte della zona da controllare per il quale non sia riconosciuto un elevato rischio di trasmissione di agenti patogeni a pazienti e/o agli operatori sanitari, quale veicolo di malattie infettive.

È possibile accettare eventuali non conformità agli standard igienici a seguito dei controlli in relazione ai livelli di qualità attesi per la specifica area di controllo.

		Elemento con LQA=1 (critico)		Elemento con LQA <1 (non critico)		Elemento dubbio	
BASSO RISCHIO	aree non critiche	BASSO RISCHIO percorsi ad elevata intensità di traffico	MEDIO RISCHIO aree sanitarie	ALTO RISCHIO aree operative area ad alto rischio infettivo e BCM	aree critiche		
accessori bagni							
armadi mobili bianconi							
attaccapanni							
bidet							
cappe aspiranti							
cessino							
comodino							
copri refettori							
corrimano							
davanzali interni							
davanzali esterni							
dispenser sapone liquido							
dispenser carta							
griglie bocchette aereazione							
infilassi							
intenzioni/pulsantieri							
frigorifero							
lampade /plafondiere							
lavandino							
letto visita							
letto flebata							
maniglie porta							
mensola tv							
pareti verticali < 1.50							
pareti verticali > 1.50							
pavimenti							
pennelli							
piatto doccia							
portabombrelli							
porte stipiti							
profili paracodi							
ringhiera							
ridirettrice							
sedia poltrone							
soffitto							
scopino + portascopino							
specchi							
lavali							
telefoni							
W.C.							

Tabella 2 – Classificazione degli elementi “critici” e “non critici” nelle diverse aree ospedaliere.

Qualora, durante i suddetti controlli emergessero situazioni dubbie/inconciliabili tra loro e/o ove non si manifesti un giudizio univoco si potrà far ricorso a strumenti/dispositivi di misura destinati a chiarirne l'esito.

Le informazioni raccolte durante un processo di audit, sono rese disponibili sia all'Assuntore del servizio che all'Ente ospedaliero. Dai dati raccolti dai controlli è necessario elaborare statistiche/grafici dedicati che diano informazioni sulla puntuale situazione rilevata. L'Assuntore utilizza quindi i risultati dell'audit per pianificare le azioni di miglioramento collaborando con la direzione del presidio per la definizione delle eventuali azioni correttive da intraprendere.

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

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

L'Assuntore del servizio, in eventuale collaborazione con la struttura ospedaliera/sanitaria e a seconda della tipologia di audit, potrebbe predisporre corsi di formazione per il personale incaricato dei controlli. In particolar modo deve essere ben conosciuto il contenuto del manuale di controllo.

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

Check list - Controllo di Risultato

1 – Esistono dei ruoli ben identificati nella struttura organizzativa da dedicare all'attività di controllo–autocontrollo del servizio?

2 – Sono stabilite le modalità di esecuzione dei controlli condivise tra Committente ed assuntore e la loro pianificazione (vedasi Manuale di controllo di risultato) in adeguati documenti di riferimento?

3 – Il Manuale di controllo prevede tutti gli aspetti rilevanti circa le modalità da seguire durante l'attività di controllo che devono comprendere almeno i seguenti aspetti:

- analisi della struttura ospedaliera/sanitaria oggetto dell'appalto
- elenco dei lotti di controllo
- elementi di controllo per ogni lotto
- periodicità dei controlli
- tipo di strumenti da adottare
- in che momento effettuare i controlli.

4 – Sono resi disponibili adeguati strumenti di misura e di registrazione cartaceo e/o elettronico ove registrare gli esiti dei controlli?

5 – Eventuali strumenti di misura adottati nei controlli sono sottoposti a regolare verifica di calibrazione/taratura secondo le indicazioni del costruttore?

6 – Qualora contrattualmente stabilito l'assuntore dispone di una adeguata modalità di registrazione cartacea/elettronica che attesti l'erogazione del servizio?

7 – Nel manuale di controllo è stato condiviso che per le aree critiche ad alto rischio infettivo, aree operatorie ed in aree sanitarie LQA è uguale a 1?

8 – Il personale incaricato dei controlli è adeguatamente formato circa le modalità da seguire nel rispetto di quanto previsto anche all'interno del Manuale di controllo?

9 – Sono stabilite modalità di condivisione con l'Ente appaltante delle modalità da seguire nel rispetto di quanto previsto dagli obblighi contrattuali?

10 – Gli strumenti di elaborazione dei dati raccolti durante i controlli prevedono la creazione di statistiche/grafici dedicati che diano la puntuale situazione rilevata?

11 – È predisposta una modalità strutturata di condivisione con l'Ente appaltante delle suddette statistiche?

12 – Sono stabilite delle modalità di rientro dalle situazioni di difformità eventualmente rilevate che prevedano, se del caso, sessioni formative di aggiornamento.

13 – Sono predisposte modalità di verifica circa il rispetto dei piani di miglioramento predisposti?

6.2 Controlli di processo

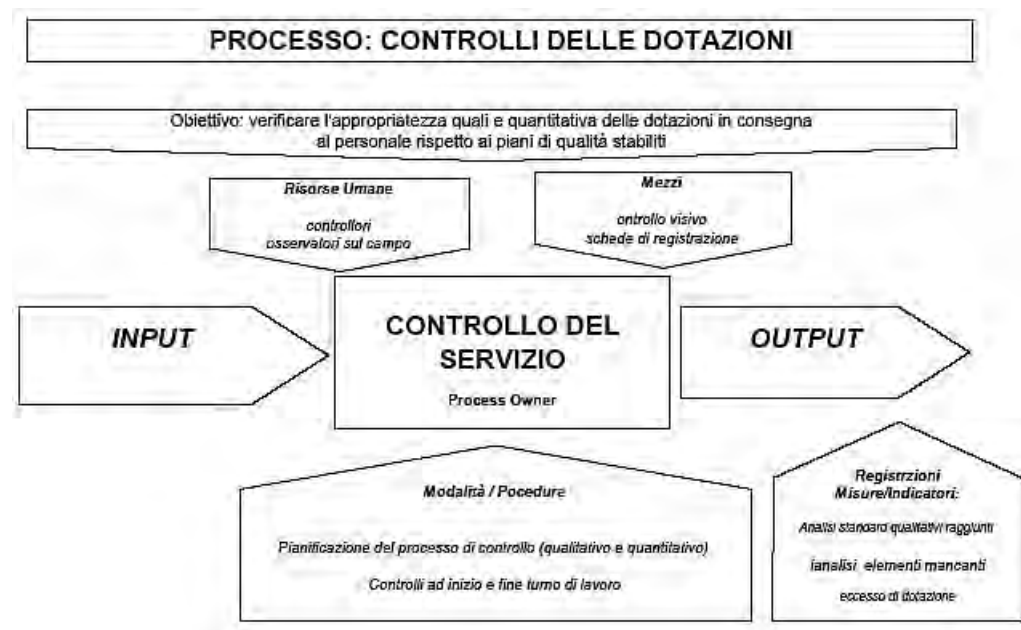
Oggetto del controllo di processo sono le procedure e/o protocolli relative alle prestazioni di pulizia e sanificazione dell'insieme delle strutture, infrastrutture ed arredi soggette ad appalto.

Attraverso un buon sistema di controllo dei processi di lavoro è possibile monitorare la qualità dei servizi erogati, nel rispetto degli obiettivi e dei livelli qualitativi stabiliti.

Il miglioramento di ogni singolo processo concorre al miglioramento globale del sistema conferendo un valore aggiunto all'organizzazione. Attraverso la valutazione del corretto svolgimento di tutta una serie di processi concatenati, è possibile aumentare la probabilità che il processo venga svolto nel miglior modo possibile al fine di raggiungere l'obiettivo prefisso: soddisfare il cliente ottenendo un ambiente salubre dal punto di vista igienico-sanitario.

Vengono individuati 2 aspetti critici nel controllo di processo nell'ambito della sanificazione ospedaliera:

- controlli delle dotazioni (Quantitativi e Qualitativi -stato di usura/manutenzione)
- controlli della metodologia e del corretto utilizzo delle dotazioni.



6.2.1 Controlli della Dotazione

L'Assuntore attraverso i propri incaricati ha il compito di controllare il regolare svolgimento del servizio, oltre che la rispondente qualità degli eventuali prodotti agli obblighi contrattuali.

L'obiettivo è quello di verificare l'appropriatezza quali e quantitativa delle dotazioni in consegna al personale rispetto ai piani della qualità stabiliti.

L'Assuntore inoltre potrebbe predisporre di apposite schede di segnalazione dello stato

d'usura o rottura arredi, pavimenti, rivestimenti, infissi, etc... e potrebbe procedere con un'analisi periodica degli standard qualitativi raggiunti.

Le metodologie di esecuzione del controllo delle dotazioni vengono stabilite e formalizzate in apposito documento quale ad esempio un "Manuale di controllo di processo" che deve contenere l'elenco delle attrezzature e dei prodotti da utilizzare e le modalità di valutazione.

All'inizio e a fine turno di lavoro il personale addetto alle pulizie deve confrontare le dotazioni di materiale disposizione per lo svolgimento del proprio lavoro secondo una check list fornita dall'Assuntore, specificando eventuali carenze o eccessi della dotazione.

Ogni carrello deve essere dotato delle schede di rilevazione

Tali schede vanno poi periodicamente raccolte, valutate e conservate.

Nella check list è necessario valutare in funzione dell'attività da svolgere:

- dotazione panni
- schede relative ai prodotti
- dotazione prodotti da utilizzare
- stato usura delle componenti del carrello
- dotazione sacchi
- disposizione dei prodotti all'interno del carrello
- piano delle attività/sequenze

La stessa organizzazione deve formare i controllori affinché gli stessi dispongano delle competenze necessarie a valutare sia la correttezza delle mansioni svolte dagli operatori sul campo, sia la conformità quantitativa delle dotazioni e dei materiali di pulizia in uso e che lo stato degli stessi non sia compromesso e che igienicamente venga mantenuto adeguato.

6.2.2 Controlli della Metodologia



La metodologia e le istruzioni operative per la pulizia e sanificazione ospedaliera devono garantire uno standard qualitativo ottimale sia degli ambienti che degli arredi con l'obiettivo di:

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

Sarebbe sufficiente la presenza di un sistema di gestione della qualità aziendale che assicuri la corretta applicazione delle modalità di esecuzione per assicurare un elevato grado della qualità del servizio; ma ciò non basta.

L'obiettivo dell'auditing è garantire le raccolte strutturate di informazioni sulle messe in opera del servizio, per correggere eventuali carenze o migliorare le prestazioni.

L'obiettivo delle audit sulla metodologia è verificare costantemente che l'applicazione dei processi trasmessi agli operatori in fase di formazione/addestramento vengano attuati correttamente nella fase operativa di erogazione del servizio e che il livello di qualità del servizio erogato corrisponda agli standard qualitativi prefissati.

I controlli vengono eseguiti sul campo da personale dell'Assuntore che osserva che le procedure e le metodologie stabilite nelle relative Istruzioni di lavoro siano rispettate dal lavoratore. Il controllo si estende anche alla verifica delle dotazioni sia di prodotti sia delle attrezzature a disposizione dell'operatore coerentemente con quanto stabilito dai piani qualità.

Il controllore non interviene direttamente all'atto del controllo per correggere eventuali mancanze o errori dell'operatore ma ne raccoglie le evidenze registrando le situazioni difformi a quanto stabilito su di un'apposita scheda cartacea e/o elettronica.

A seconda dell'entità e del tipo di dati emersi si potrà intervenire a correggere eventuali difetti attraverso:

- organizzazione di eventi formativi di aggiornamento di uno o più gruppi omogenei di operatori;
- incontri mirati anche con i singoli operatori (ad personam) per chiarire i punti riscontrati critici nel loro operato.

La stessa organizzazione deve assicurare adeguata formazione del personale addetto a tale tipo di controllo verificando l'attuazione dei percorsi formativi stabiliti dall'esito dei suddetti controlli.

Check list - Controllo di Processo

1 – Esistono dei ruoli ben identificati nella struttura organizzativa da dedicare all'attività di controllo –autocontrollo- del servizio?

2 – Sono resi disponibili adeguati strumenti di registrazione cartaceo e/o elettronico ove registrare gli esiti dei controlli?

3 – Sono stabilite le modalità di esecuzione dei controlli e la loro pianificazione (vedasi Manuale di controllo di processo) in adeguati documenti di riferimento?

4 – Il Manuale di controllo di processo prevede tutti gli aspetti rilevanti circa le modalità da seguire durante l'attività di controllo che devono comprendere:

- dotazione panni
- dotazione prodotti da utilizzare
- stato usura delle componenti del carrello
- dotazione sacchi
- disposizione dei prodotti all'interno del carrello
- piano attività.

5 – Il personale incaricato dei controlli è adeguatamente formato circa le modalità da seguire nel rispetto di quanto previsto anche all'interno del Manuale di controllo?

6 – Sono stabilite modalità per garantire al personale addetto alle pulizie le corrette dotazioni di materiale e attrezzature atte allo svolgimento del proprio lavoro?

7 – Vengono svolti controlli sul campo da personale dell'Assuntore che osserva che le procedure presenti nelle istruzioni operative siano rispettate dal lavoratore?

8 – Sono stabilite modalità di condivisione con l'Ente appaltante di tali modalità qualora previste dagli obblighi contrattuali?

9 – Qualora contrattualmente stabilito sono previste ed applicate corrette modalità di controllo/segnalazione dello stato d'usura o rottura arredi, pavimenti, rivestimenti, infissi, etc?

10 – Gli strumenti di elaborazione dei dati raccolti durante i controlli prevedono la creazione di statistiche/grafici dedicati che diano la puntuale situazione rilevata?

11 – È predisposta una modalità strutturata di condivisione con l'Ente appaltante delle suddette statistiche?

12 – Sono stabilite delle modalità di rientro dalle situazioni di difformità eventualmente rilevate durante il controllo di processo che prevedano, sessioni formative di aggiornamento opportunamente correlate agli esiti?

13 – Sono predisposte modalità di verifica circa il rispetto dei piani di miglioramento e/o azioni correttive predisposte?

6.3 Verifiche ispettive

Per Verifiche Ispettive si intende il complesso di attività relative alla pianificazione, organizzazione ed attuazione di attività finalizzate al miglioramento del sistema di qualità attuato. Riguardano tutte le attività svolte per la qualità, hanno carattere sistematico e per questo si distinguono nettamente dalle tradizionali ispezioni; mediante le verifiche ispettive viene normalmente controllata la conformità delle attività dei processi e dei prodotti alle rispettive norme, procedure e specifiche. Inoltre hanno il compito di valutare la validità e l'efficacia del sistema di qualità attuato ai fini del conseguimento degli obiettivi stabiliti.

Le Verifiche Ispettive sono uno strumento per controllare l'intero sistema di qualità, compreso quello dei fornitori di prodotti o servizi per valutare se l'insieme delle politiche per la qualità vengano rispettate.

Deve essere pianificato un programma di verifiche ispettive che tenga conto dello stato e dell'importanza dei processi e delle aree oggetto di verifica, oltre che dei risultati di precedenti verifiche ispettive. Il piano di verifica ispettiva è un documento che identifica l'oggetto e l'estensione della verifica ispettiva, le prescrizioni che devono essere riscontrate, i documenti di riferimento e gli argomenti da verificare.

Devono essere stabiliti i criteri, l'estensione, la frequenza e le modalità delle verifiche ispettive (normalmente 1 o 2 volte l'anno). La scelta dei valutatori e la conduzione delle verifiche ispettive devono assicurare l'obiettività e l'imparzialità del processo di verifica ispettiva. I valutatori non possono effettuare verifiche ispettive sul proprio lavoro. Infatti le verifiche ispettive vengono eseguite da personale che non ha diretta responsabilità nei settori oggetto della verifica.

Il personale incaricato dei controlli deve essere adeguatamente formato circa le modalità da seguire nel rispetto di quanto previsto anche all'interno del Manuale di controllo.

Le responsabilità ed i requisiti per la pianificazione e per la conduzione delle verifiche ispettive, per la documentazione dei loro risultati e la conservazione delle relative registrazioni devono essere precisati in una procedura documentata.

I responsabili delle aree sottoposte a verifica ispettiva devono assicurare che vengano adottate, senza indebiti ritardi, le azioni necessarie per eliminare le non conformità rilevate e le loro cause. Le azioni successive devono prevedere la verifica dell'attuazione delle azioni predisposte e la comunicazione dei risultati della verifica.

Attraverso le verifiche ispettive si valuta se il Programma/Piano di monitoraggio che garantisce verifiche a rotazione, in modo tale che, in relazione alla dimensione della struttura, tutte le aree possano essere assoggettate a verifica formale, sia stato rispettato.

Le azioni successive prevedono la verifica della attuazione delle azioni predisposte, e la comunicazione dei risultati della verifica.

Check list - Verifiche Ispettive Interne

- 1 – Esistono dei ruoli ben identificati nella struttura organizzativa da dedicare all'attività di Verifica Ispettiva del servizio?
- 2 – Sono resi disponibili adeguati strumenti di registrazione cartaceo e/o elettronico ove registrare gli esiti dei controlli?
- 3 – Sono stabilite le modalità di esecuzione dei controlli e la loro pianificazione in adeguati documenti di riferimento?
- 4 – È pianificato un programma di verifiche ispettive che tenga conto dello stato dell'importanza dei processi e delle aree oggetto di verifica, oltre che dei risultati di precedenti verifiche ispettive?
- 5 – Nel programma di verifiche ispettive sono stabiliti:
 - criteri
 - frequenza
 - modalità
 - le prescrizioni che devono essere riscontrate,
 - argomenti da verificare.
- 6 – Il personale incaricato è adeguatamente formato circa le modalità da seguire nel rispetto di quanto previsto anche all'interno del programma di verifiche ispettive?
- 7 – Gli strumenti di elaborazione dei dati raccolti durante i controlli prevedono la creazione di statistiche/grafici dedicati che diano la puntuale situazione rilevata?
- 8 – È predisposta una modalità strutturata di condivisione con l'Ente appaltante delle suddette statistiche?
- 9 – Sono stabilite delle modalità di rientro dalle situazioni di difformità eventualmente rilevate?
- 10 – Sono predisposte modalità di verifica circa l'attuazione e dell'efficacia delle azioni correttive predisposte?

7. Soddisfazione del cliente



Per customer satisfaction si intende la realizzazione della soddisfazione del cliente. L'organizzazione deve monitorare le informazioni relative alla percezione del cliente su quanto l'organizzazione stessa abbia soddisfatto i requisiti del cliente medesimo, rappresentando questo monitoraggio come una delle misure delle prestazioni del sistema di gestione per la qualità. Devono essere stabiliti i metodi per ottenere e utilizzare tali informazioni.

Con questo tipo di analisi viene valutato e confrontato il livello di qualità atteso ed il livello di qualità percepito. La *qualità attesa* riguarda le aspettative del cliente rispetto alla qualità del servizio erogato dall'assuntore ed è strettamente legata alla credibilità dell'azienda di servizi o associazioni temporanee di impresa.

Per *qualità percepita* si intende la percezione che il cliente ha della rispondenza dell'offerta del servizio alle proprie esigenze.

La customer satisfaction nasce da una situazione di crescente intensità concorrenziale e di progressiva standardizzazione dei prodotti. Superare le aspettative del cliente è divenuto l'obiettivo principale dell'assuntore del servizio da perseguire nell'ambito della qualità totale (total quality management).

In ambito sanitario il cliente è rappresentato dal Committente, ovvero l'Azienda Ospedaliera o Sanitaria. Nell'ambito delle pulizie dei vari ambienti sanitari il cliente viene ad essere rappresentato dal responsabile della singola area dal punto di vista operativo. Tale figura è ad esempio il Coordinatore Infermieristico per l'area demenziale o un rappresentante incaricato per le altre aree ospedaliere.

La raccolta delle informazioni deve evidenziare se l'organizzazione è in grado di:

- soddisfare le aspettative del cliente

- trasformare le richieste del cliente in requisiti qualitativi che siano congruenti con la politica e gli obiettivi dell'Azienda.

I metodi per ottenere ed utilizzare tali informazioni sono rappresentati da:

- raccolta e valutazione di segnalazioni/reclami/disservizi da parte dei rappresentanti di ogni singola area all'ufficio di Igiene Ospedaliera responsabile dei contatti tra Azienda (Committente) ed Assuntore del Servizio di pulizia;
- diffusione e raccolta questionari a risposta chiusa che permettano di esprimere un giudizio circa il livello di soddisfazione perseguito rispetto al servizio erogato
- svolgimento di interviste strutturate dei rappresentanti di ogni singola area e/o dipendenti per indagare su aspetti e/o eventi particolari relativi all'attività di pulizia e sanificazione ambientale svolta dai dipendenti dell'Azienda committente.

I reclami del cliente sono un indice comune di scarsa soddisfazione, ma la loro assenza non implica necessariamente che il cliente sia soddisfatto: è spesso necessario approfondire le motivazioni delle segnalazioni.

Nel caso delle interviste e dei questionari è necessario precisare cosa andare ad indagare al fine di poter condurre all'individuazione di un indicatore, che una volta monitorato ed analizzato permetta di capire i punti di forza e di debolezza dell'organizzazione, e quindi di stabilire un ordine di priorità per eventuali progetti di miglioramento.

Ad esempio nell'intervista può essere chiesto se:

- gli ambienti da pulire sono ad un controllo visivo puliti;
- giudizio riguardante la capacità dell'impresa di prestare opera in maniera affidabile e precisa;
- è attiva una funzione di supporto che faciliti la relazione tra operatori e fruitori;
- il personale adibito alle pulizie opera svolge il proprio lavoro in sicurezza.

Il personale incaricato della valutazione della soddisfazione del cliente deve essere adeguatamente formato.

Check list - Soddisfazione del Cliente

1 – Esistono dei ruoli ben identificati nella struttura organizzativa da dedicare all'attività di valutazione della soddisfazione del cliente/committente?

2 – Sono resi disponibili adeguati strumenti di registrazione cartaceo e/o elettronico ove registrare gli esiti dei controlli?

3 – Sono stabilite le modalità di esecuzione della valutazione della soddisfazione del cliente/committente e la loro pianificazione in adeguati documenti di riferimento?

4 – È pianificato un programma valutazione della soddisfazione del cliente/committente?

5 – Nelle interviste o nei questionari per la valutazione della soddisfazione del cliente/committente viene richiesto di esprimere un giudizio riguardo:

- il livello generale di pulizia degli ambienti oggetto del servizio;
- il livello di pulizia erogato durante le sostituzioni del personale o durante le festività;
- il livello di pulizia erogato in occasione di interventi periodici e/o straordinari;
- la professionalità (riservatezza e comportamento) degli operatori in reparto;
- la disponibilità di figure di riferimento (responsabili) che faciliti la comunicazione tra operatori e fruitori del servizio

6 – Gli strumenti di elaborazione dei dati raccolti durante i controlli prevedono la creazione di statistiche/grafici dedicati che diano la puntuale situazione rilevata?

7 – È predisposta una modalità strutturata di condivisione con l'Ente appaltante delle suddette statistiche?

Glossario

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

Accreditamento professionale; Si configura come un sistema di autoregolazione in cui un'organismo professionale indipendente stabilisce e verifica la rispondenza a standard/criteri di qualità nelle strutture che volontariamente decidono di aderire. Il servizio sanitario pubblico può riconoscere l'esito positivo della valutazione come garanzia per l'ingresso della struttura nel sistema e per la corresponsione del corrispettivo delle prestazioni erogate.

Accreditamento; Processo di valutazione, sistematico e periodico, svolto da un organismo esterno con l'obiettivo di verificare l'adesione a predeterminati requisiti che determinano la qualità dell'assistenza.

Aggiudicatario; Il destinatario dei provvedimenti di aggiudicazione provvisoria o definitiva.

Ambiente a contaminazione controllata; Ogni area nella quale i livelli di particelle aerosolizzate e la concentrazione dei microrganismi, dei parametri microclimatici e delle sostanze organiche volatili, sono mantenuti entro valori definiti, idonei alle attività che viene svolta.

Ambiente a pressione negativa; Spazio confinato in cui la pressione provoca un flusso d'aria verso l'interno (“entrante”).

Ambiente a pressione positiva; Spazio confinato in cui la pressione provoca un flusso d'aria verso l'esterno (“uscente”).

Amministrazione – Committente; L'amministrazioni aggiudicatrice che bandisce e affida l'appalto

Analisi costi-opportunità; Confronto tra costi sostenuti e i benefici che si sarebbero potuti ottenere impiegando le stesse risorse nel miglior intervento alternativo.

Analisi costo benefici; Confronto tra i costi di un trattamento e i suoi esiti, entrambi espressi in termini monetari.

Analisi costo-efficacia; Confronto tra costi ed esiti, questi ultimi espressi nelle unità di misura originarie.

Analisi costo-utilità; Confronto tra costi ed esiti, questi ultimi espressi in unità di preferenza soggettiva o meglio QALY (Quality Adjusted Life Years: Anni di vita aggiustati per la qualità della vita stessa)

Antisepsi; L'insieme delle pratiche destinate alla distruzione di microrganismi patogeni presenti su tessuti viventi, cute e mucose. In una accezione più ampia, la prevenzione delle infezioni mediante la distruzione di microrganismi patogeni.

Antisettico; Composto chimico, formulato per l'uso sulla cute e sui tessuti, utilizzato per la antisepsi. Di solito sono composti che tengono conto dei limiti di tolleranza dei tessuti viventi. Agli antisettici si richiede, in maggior misura che ai disinfettanti, una totale innocuità, che non provochino dolore od irritazione nei tessuti ai quali si applicano.

Appropriatezza; Caratteristica che qualifica un prodotto/prestazione in quanto adatto, pertinente, coerente e conveniente per lo scopo per cui è adottato.

Area; Raggruppamento delle aree oggetto del servizio, in aree funzionali, in relazione alla destinazione d'uso e con differenti livelli qualitativi.

Asepsi; Condizione di assenza di microrganismi. Insieme delle misure che impediscono l'apporto esogeno di microrganismi su un substrato.

Assicurazione della qualità (Quality assurance); Tutte le attività pianificate e sistematicamente attuate nell'ambito del sistema qualità e di cui, per quanto occorre, viene data dimostrazione, messe in atto per dare adeguata confidenza che un'entità soddisferà i requisiti per la qualità.

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

Audit; Analisi critica e sistematica della qualità dell'assistenza sanitaria che include le procedure utilizzate per la diagnosi e il trattamento, l'uso delle risorse, i risultati e la qualità della vita per i pazienti. All'interno di programmi per la qualità, è mirato a stabilire se le attività svolte e i risultati ottenuti sono in accordo con quanto stabilito e se quanto stabilito viene attuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi. È eseguito da personale afferente ai settori oggetto di verifica ed ha lo scopo di valutare l'esigenza di azioni correttive o di miglioramenti.

Ausiliario; L'operatore economico avvalso da parte del concorrente principale.

Azienda; Il soggetto giuridico, pubblico e privato che offre attività o prestazioni sanitarie.

Blocco operatorio; Insieme dei locali per gli interventi di chirurgia generale e delle specialità chirurgiche (sala operatoria e locali annessi). La dotazione minima di ambienti è la seguente: spazio filtro di entrata degli operandi; zona filtro personale addetto; zona preparazione personale addetto; zona preparazione utenti; zona risveglio utenti; sala operatoria; deposito presidi e strumentario chirurgico; deposito materiale sporco.

Brillantezza; Si intende per brillantezza l'effetto visivo determinato dalla riflessione di una fonte luminosa su una superficie piana. La brillantezza è indicatore dello stato di manutenzione dei pavimenti porosi incerati con emulsioni autolucidanti e che necessitano di operazioni periodiche di mantenimento dello strato ceroso.

Budget; Uno degli strumenti del controllo di gestione, inteso come pianificazione, programmazione e controllo delle attività, ovvero come il processo formale attraverso il quale, periodicamente, sono definiti in modo esplicito gli obiettivi aziendali, l'impiego e l'allocazione delle risorse.

Carta dei servizi; Strumento adottato dai soggetti erogatori di servizi pubblici attraverso il quale si esplicitano, oltre alle caratteristiche e ai livelli qualitativi dei servizi offerti, le modalità di relazione con i cittadini/utenti.

Categorie di locali; Raggruppamento di locali o di arredi aventi la stessa natura o la stessa destinazione d'uso/funzione e soggetti allo stesso livello di qualità di pulizia. Servizio di raccolta e trasporto rifiuti Deposito temporaneo (ai sensi dell'art. 6 punto m), del D.Lgs 5 febbraio 1997, n 22) Il raggruppamento dei rifiuti effettuato, prima della raccolta, nel luogo in cui sono prodotti i rifiuti oggetto dell'appalto;

Certificazione; Processo di valutazione formale mediante il quale un organismo indipendente dichiara che un determinato prodotto, processo o servizio, è conforme ad una specifica norma o ad uno standard predefinito. La certificazione è richiesta volontariamente e deve essere effettuata da un ente autorizzato in sede nazionale o internazionale. Il modello di riferimento per lo sviluppo e la certificazione del sistema qualità è rappresentato, generalmente, dalle norme UNI ISO 9000.

Colature e macchie secche; Per colature e macchie secche si intende le tracce di liquido o di sporco, di qualsiasi natura, che si siano seccate colando o ristagnando su un supporto.

Concorrente - Candidato; L'operatore economico che ha chiesto di partecipare a una procedura ristretta o negoziata o a un dialogo competitivo.

Concorrente - Offerente; L'operatore economico che ha presentato un'offerta.

Concorrente - Operatore Economico; L'imprenditore, il fornitore e il prestatore di servizi o un raggruppamento o consorzio di essi.

Concorrente Principale - Richiedente; Il concorrente che acceda all'istituto dell'avvalimento per l'integrazione delle proprie capacità di natura tecnica, economica, organizzativa e finanziaria.

Contaminazione; Presenza di microrganismi su materiale inanimato, o sulla superficie corporea senza che vi sia attività moltiplicativa, invasione dei tessuti, e reazione immunitaria.

Contatto; Persona (o animale) che in seguito ad associazione con una persona (o un animale) infetta abbia avuto la possibilità di contagiarsi.

Controllo microbiologico; Verifica del grado di contaminazione microbica di un substrato.

Controllo strumentale; Verifica del rispetto della norma mediante l'uso di uno strumento.

Controllo visivo; Verifica del rispetto della norma effettuata da persona qualificata e responsabile, con l'unico sussidio della ispezione visiva.

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

Detergente; Composto chimico che riduce la tensione superficiale dei liquidi in cui è disciolto. Rimuove lo sporco dalle superfici, a determinate concentrazioni e temperature. I detergenti si distinguono in alcalini inorganici propriamente detti (soda e potassa caustica) e tensioattivi organici che, a loro volta, si distinguono in non ionici (es. esteri poliglucolici), anionici (es. esteri solfonici), cationici (es. sali di ammonio quaternario) ed anfotili.

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

Disinfestazione; Distruzione di insetti, roditori, o altre forme animali, capaci di trasmettere malattie infettive. A differenza della disinfezione che uccide direttamente gli agenti eziologici delle malattie infettive, la disinfestazione uccide i parassiti, vettori e riserve di agenti patogeni, impedendone la propagazione dalla sorgente all'ospite recettivo.

Disinfettante; Composto chimico ad azione non selettiva, che in condizioni definite è capace di distruggere tutti i microrganismi patogeni, ma non necessariamente tutte le forme microbiche (es. endospore batteriche), su oggetti inanimati.

Disinfezione chimica; Disinfezione effettuata utilizzando composti chimici ad azione germicida.

Disinfezione concomitante; Disinfezione che si pratica nell'ambiente occupato da uno o più soggetti affetti da malattia infettiva contagiosa.

Disinfezione continua; Disinfezione effettuata in modo sistematico su tutti i materiali biologici del paziente e su tutti gli oggetti da questi utilizzati.

Disinfezione delle Aree a Medio Rischio; Operazione volta ad attuare un abbattimento della carica microbica a livelli di sicurezza, per un certo periodo di tempo, sui diversi substrati, tramite un prodotto chimico disinfettante anche abbinato ad un detergente.

Disinfezione delle Aree ad Alto Rischio e B.C.M.; Operazione, successiva alla detergenza, volta ad attuare un abbattimento della carica microbica a livelli di sicurezza, per un certo periodo di tempo, sui diversi substrati, tramite un prodotto chimico disinfettante.

Disinfezione di alto livello; Disinfezione effettuata con composti chimici capaci di distruggere tutti i microrganismi, con l'eccezione di un elevato numero di spore batteriche. Sono considerati disinfettanti di alto livello la glutaraldeide al 2%, il perossido di idrogeno stabilizzato al 6%, l'acido peracetico a concentrazione variabile, ma inferiore all'1%. Il tempo di contatto varia da 10 a 45 minuti.

Disinfezione di basso livello; Disinfezione effettuata con disinfettanti capaci di distruggere la maggior parte dei batteri, alcuni virus, e alcuni miceti, ma non i bacilli tubercolari o le spore batteriche. Sono considerati disinfettanti di basso livello i composti dell'ammonio quaternario, l'alcool etilico e l'alcol isopropilico al 70-90%, l'ipoclorito di sodio al 5,2%, con 500 ppm di cloro libero (alla diluizione 1:500, con 100 ppm di cloro libero), i fenoli in soluzione detergente, gli iodofori in soluzione detergente. Il tempo di contatto è inferiore a 10 minuti.

Disinfezione di livello intermedio; Disinfezione effettuata con disinfettanti capaci di inattivare il *Mycobacterium tuberculosis*, e di distruggere tutti batteri in fase vegetativa, la maggior parte dei virus e la maggior parte dei funghi, ma non necessariamente le spore. Sono considerati disinfettanti di livello intermedio l'ipoclorito di sodio al 5,2% (alla diluizione 1:50, con 1000 ppm di cloro libero), l'alcool etilico e l'alcol isopropilico al 70-90%, i fenoli in soluzione detergente, gli iodofori in soluzione detergente. Il tempo di contatto è ≤10 minuti.

Disinfezione periodica; Disinfezione che si pratica ad intervalli regolari di tempo (ogni settimana, ogni mese). Raggiunge con particolare attenzione tutte le parti dell'ambiente, fisse (pareti, pavimento, soffitto, infissi) e mobili (apparecchiature, mobili).

Disinfezione terminale; Disinfezione che si pratica in un ambiente in cui ha soggiornato un malato affetto da malattia infettiva contagiosa (affetto da malattia causata da un microrganismo patogeno particolarmente resistente agli agenti esterni) dopo il suo allontanamento.

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

Disinfezione; Procedura che ha lo scopo di eliminare o distruggere i microrganismi patogeni, ma non necessariamente tutte le forme microbiche (es. endospore batteriche), su oggetti inanimati, mediante l'applicazione di idonei agenti fisici o chimici (ad es. calore, disinfettanti).

Dispositivi di protezione individuale (DPI); Qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore a scopo di proteggerlo contro uno o più rischi che minaccino la sicurezza o la salute durante il lavoro, nonché ogni complemento o accessorio destinato a tale scopo.

Dispositivo medico; Qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione, compreso il software informatico impiegato per il corretto funzionamento, e destinato dal fabbricante ad essere impiegato nell'uomo

a scopo di diagnosi, prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di una malattia; di diagnosi, controllo, terapia, attenuazione o compensazione di una ferita o di un handicap; di studio, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico; di intervento sul concepimento, il quale prodotto non eserciti l'azione principale, nel o sul corpo umano, cui è destinato, con mezzi farmacologici o immunologici né mediante processo metabolico ma la cui funzione possa essere coadiuvata da tali mezzi.

Edificio / Padiglione; Una o più costruzioni fisicamente delimitate costituenti la struttura.

Efficacia pratica (Effectiveness); Capacità di raggiungere il risultato desiderato in condizioni operative reali.

Efficacia teorica o assoluta (Efficacy); Capacità di raggiungere il risultato desiderato in condizioni operative ideali; con casistiche selezionate, variabili di contesto e condizioni organizzative controllate e migliori di quelle presenti nella pratica routinaria.

Efficacia; Capacità di raggiungere il risultato desiderato. In ambito sanitario l'efficacia è riferita agli esiti del processo assistenziale e sarà tanto maggiore quanto minore sarà lo scarto tra i risultati ottenuti (esiti) e gli obiettivi (effetti attesi).

Efficienza; Capacità di produrre migliori risultati quali-quantitativi a parità di risorse, ovvero di produrre gli stessi risultati con un minore impegno di risorse.

Elemento; Per elemento si intende una specifica superficie, installazione od arredo facente parte della zona. Per ogni elemento è stato identificato uno specifico livello qualitativo di pulizia. Gli elementi possono essere generici o specifici a seconda del loro livello di criticità

Esecutore – Appaltatore; L'aggiudicatario che abbia iniziata la gestione operativa dell'appalto

Esternalizzazione (Outsourcing); Modalità gestionale volta ad affidare a terzi, secondo predefiniti criteri di garanzia, attività normalmente svolte dal committente.

Flora microbica residente; Microrganismi che vengono costantemente isolati dalla cute della maggior parte delle persone. Sono considerati "residenti" e non vengono rimossi facilmente dallo sfregamento meccanico. Essi si moltiplicano sulla cute invadendo anche strati cornei profondi, i bulbi piliferi ed i dotti delle ghiandole cutanee. Fanno parte di questa popolazione microbica specie del genere *Staphylococcus* coagulasi negative, in particolare *Staphylococcus epidermidis*, *Corynebacterium* (comunemente detti difteroidi), *Propionibacterium*, *Acinetobacter* e probabilmente anche specie della famiglia delle *Enterobacteriaceae*.

Flora microbica transitoria; Microrganismi, appartenenti alle specie più diverse, che vengono isolati dalla cute ma che non sono costantemente presenti nella maggior parte delle persone. Sono considerati "transitori", ma in ambiente ospedaliero sono oggetto di grande preoccupazione per la loro facile trasmissibilità attraverso le mani, se non vengono rimossi mediante sfregamento meccanico e lavaggio con acqua e sapone o distrutti mediante l'applicazione di un antisettico.

Gestione della qualità totale (Total Quality Management); Modo di governo di un'organizzazione incentrato sulla qualità, basato sulla partecipazione di tutti i suoi membri, che mira al successo a lungo termine ottenuto attraverso la soddisfazione del cliente, e comporta benefici per tutti i membri dell'organizzazione e per la collettività.

Igiene Ospedaliera; Disciplina che contempla tutto quanto attiene al benessere fisico e psichico dei degenti, dei visitatori, del personale ospedaliero. Sotto certi aspetti può rientrare sotto questo termine anche quanto attiene al benessere sociale, soprattutto del

personale. Da un punto di vista gestionale, l'insieme di funzioni che mira a garantire, in modo efficiente, che struttura ed organizzazione di un presidio sanitario qualunque esso sia (ospedale, ambulatorio, ecc.) siano adeguate allo svolgimento delle specifiche attività assistenziali che si svolgono, nonché sicure e confortevoli per utenti ed operatori.

Igiene; In assonanza con la definizione che l'Organizzazione Mondiale della Sanità dà alla condizione di benessere (dello star bene) l'Igiene è una disciplina che contempla tutto quanto attiene al benessere fisico, psichico, sociale dell'individuo e della collettività.

Indicatore; è una variabile quantitativa che fornisce la misura di un fenomeno e si concretizza in una caratteristica empiricamente misurabile ed osservabile.

Indicatori di pulizia di un elemento; Per indicatore di pulizia si intende il criterio adottato per la valutazione dell'elemento. Esempio:

livello impolveramento

quantità di rifiuti

quantità macchie, etc.

Infezione ospedaliera; Malattia infettiva che si manifesta in pazienti ospedalizzati e che non era presente né in incubazione al momento dell'ingresso in ospedale. La malattia deve manifestarsi dopo un periodo di degenza sicuramente superiore al periodo di incubazione noto della malattia in causa. In alcuni casi la malattia infettiva insorge dopo che il paziente è stato dimesso. I microrganismi in causa sono nella quasi totalità dei casi batterici saprofiti o commensali che in ambiente ospedaliero acquisiscono resistenza agli antibiotici comunemente utilizzati.

Infezione; Moltiplicazione di un microrganismo patogeno o patogeno opportunista nei tessuti dell'ospite senza manifestazioni cliniche, ma con reazione immunitaria rilevabile.

ISO (International Organization for Standardization)

ISO 9000; Serie di norme che definiscono standard per la gestione della qualità e la assicurazione della qualità pubblicate per la prima volta dall'International Organization for Standardization nel 1987. Rappresentano un consenso internazionale sulle caratteristiche essenziali del sistema di qualità. Essendo state recepite a livello europeo e italiano hanno anche la dizione di UNI EN ISO 9000.

JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations); Organismo di tipo professionale non istituzionale nata negli Stati Uniti nel 1951, inizialmente con il nome JCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals) che pubblica periodicamente gli standard per l'accreditamento di ospedali ed altre organizzazioni sanitarie. Si occupa anche di formazione e accredita le strutture che ne fanno richiesta. *Sito internet:* www.jcaho.org.

Linee guida; Insieme di indicazioni procedurali, prodotte attraverso un processo codificato, finalizzate a sostenere gli operatori nella scelta delle modalità assistenziali più appropriate per specifiche circostanze cliniche. Nell'elaborazione delle linee-guida sono di norma coinvolti gruppi di esperti, organizzazioni professionali, enti di accreditamento, società scientifiche, governi.

Livello di qualità accettata (LQA); Livello di qualità accettata relativa alle diverse zone di controllo corrispondente al numero di non conformità accettabili degli elementi definiti in considerazione del coefficiente di ponderazione ad essi attribuito.

Lotto; Per lotto si intende l'insieme dei reparti/servizi interessati al servizio.

Macchie; Con macchie si intende lo sporco aderente di qualsiasi natura (magro o grasso) ad eccezione del degradamento irreversibile (bruciature di sigarette, graffi, decolorazioni di superfici causati da prodotti diversi da quelli utilizzati per la pulizia). Sono consi-

derate macchie anche le tracce di colla e le alonature rimaste sulle superfici a seguito dell'asportazione di gomme da masticare.

Management; Termine anglosassone di uso universale che indica l'insieme delle tecniche di gestione delle organizzazioni, il complesso delle funzioni di gestione e, anche, il gruppo dirigente di una organizzazione. Secondo Meggison (1996) il management consiste nell' "operare con le risorse umane, finanziarie e fisiche per raggiungere gli obiettivi dell'organizzazione svolgendo funzioni di pianificazione, organizzazione e controllo".

Medicina Basata sull'Evidenza (Evidence Based Medicine); Uso coscienzioso, esplicito ed accorto delle migliori evidenze scientifiche disponibili al fine di prendere delle decisioni circa l'assistenza fornita ai singoli pazienti.

Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ); Processo ad andamento a spirale basato sulla VRQ come metodo ordinario di lavoro nell'ambito delle varie unità operative sanitarie.

Norma UNI EN; Norma che costituisce il recepimento, in lingua italiana, della norma europea, che assume così lo status di norma nazionale italiana.

Norme ISO (International Standardization Organization); Insieme di norme utilizzate da enti di certificazione (*ad hoc* autorizzati) per fornire attestati di conformità alle stesse. La certificazione ha valore temporalmente limitato. Tra le più note, le ISO 9000.

Organizzazione; in un'ottica aziendale, disciplina ed attività finalizzate all'individuazione della struttura organizzativa, del livello di autonomia decisionale di ciascun operatore, nonché del suo potere di influenzare il comportamento degli altri e di una serie di meccanismi tra loro coerenti, che permettono un efficace funzionamento della struttura e l'integrazione tra risorse umane e mezzi tecnici, compatibilmente con la dinamica evolutiva dell'ambiente esterno.

Patogenicità; Capacità, geneticamente determinata, di un microrganismo di causare una malattia infettiva. Viene misurata dalla proporzione di soggetti nei quali si manifesta un danno causato da un determinato microrganismo patogeno e la totalità dei soggetti infettati dal medesimo patogeno.

Peer review; Vedi Revisione tra pari

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

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

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

Polvere; Per polvere si intende l'insieme delle particelle aventi una granulometria tale da non poter essere raccolte manualmente ma facilmente asportabili attraverso la scopatura, l'aspirazione o la spolveratura.

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

Presidio; Struttura fisica (ospedale, poliambulatorio, ambulatorio, ecc.) dove si effettuano le prestazioni e/o le attività sanitarie.

Procedura; Insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo nella quale sono esplicitati soggetto, oggetto, modalità, ambiti, tempi, responsabilità delle singole azioni.

Processo; Successione strutturata di attività finalizzate a produrre un risultato — attraverso l'impiego di risorse umane, tecnologie e modalità operative — che possono riferirsi

a diverse linee di responsabilità. È costituito da: gli elementi che lo avviano (input), la sequenza delle azioni, il prodotto finale (output). Un processo è descritto da specifici indicatori che possono riferirsi a risorse, tempi e volumi di attività.

Prodotto; Il risultato finale delle azioni all'interno di un processo. In ambito sanitario si configura come prestazione erogata (output) o come esito dell'assistenza (outcome).

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

Punto di accumulo/produzione; È il luogo individuato all'interno della struttura Ospedaliera dove potere accumulare i contenitori pieni di rifiuto e già utilizzati in attesa del trasporto all'Area Ecologica;

Qualità; L'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio che conferiscono ad esso la capacità di soddisfare esigenze espresse o implicite.

Residui di lavaggio; Per residui di lavaggio si intende tutte le tracce risultanti da un'operazione di deterzione o di spolveratura ad umido, osservabili dopo l'asciugatura della superficie.

Revisione tra pari (Peer review); Attività collegiale di valutazione effettuata da gruppi monodisciplinari di clinici che, attraverso l'analisi della documentazione clinica e l'utilizzo di criteri espliciti derivati da linee-guida, letteratura scientifica ed esperienza professionale, valutano la performance professionale di colleghi. Caratteristica di questi programmi è la libera iniziativa degli stessi medici che li organizzano e coordinano; sono orientati al miglioramento dell'assistenza ed allo scambio di idee; l'enfasi è posta sull'apprendimento piuttosto che sul controllo; non contemplano giudizi di merito e non prevedono la diffusione pubblica dei risultati.

Rifiuto; Si intende per rifiuti tutti gli oggetti solidi, deformabili o non, di ogni natura sparsi sul pavimento o sugli equipaggiamenti. Sono considerati rifiuti: carte, residui tessili, pezzi metallici o plastici, vetri, rifiuti alimentari, adesivi etc.

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

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

Salute; Stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto assenza di malattia o di infermità

Sanificazione giornaliera; Per sanificazione giornaliera si intende l'insieme delle operazioni necessarie per la rimozione e l'asportazione di qualsiasi rifiuto e traccia di sporco e polvere da tutte le superfici dure, resilienti e tessili sia orizzontali che verticali, ad esclusione delle superfici interne degli arredi, fino ad un'altezza massima di 2 metri e facilmente accessibili, soggette a formazione quotidiana di sporco. Le operazioni si devono effettuare con l'utilizzo di macchine, attrezzature e prodotti chimici in grado di salvaguardare lo stato d'uso e la natura dei differenti substrati. Per formazione quotidiana di sporco si intende lo sporco.

Sanificazione periodica; Per sanificazione periodica si intende l'insieme delle operazio-

ni necessarie per l'eliminazione di qualsiasi traccia di sporco e polvere da tutte le superfici dure, resilienti e tessili sia orizzontali che verticali ad un'altezza superiore a 2 metri, nonché da tutte le superfici difficilmente accessibili durante la sanificazione giornaliera. Le operazioni si devono effettuare con l'utilizzo di macchine, attrezzature e prodotti chimici in grado di salvaguardare lo stato d'uso e la natura dei differenti substrati. Nelle pulizie periodiche sono comprese le operazioni integrative alle pulizie giornaliere volte all'eliminazione dello sporco penetrato in profondità nelle superfici porose.

Sanificazione plurigiornaliera; Per sanificazione plurigiornaliera si intende l'insieme delle operazioni, da ripetersi con più interventi giornalieri, necessarie alla rimozione e asportazione di qualsiasi rifiuto e traccia di sporco e polvere da tutte le superfici dure, resilienti e tessili sia orizzontali che verticali, ad esclusione delle superfici interne degli arredi, fino ad un'altezza massima di 2 metri e facilmente accessibili, soggette a formazione quotidiana di sporco. Le operazioni si devono effettuare con l'utilizzo di macchine, attrezzature e prodotti chimici in grado di salvaguardare lo stato d'uso e la natura dei differenti substrati.

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

Sanitizzazione; Traduzione del termine inglese "sanitization", che viene utilizzato dagli anglosassoni come sinonimo di disinfezione nelle industrie alimentari o, in genere, negli ambienti non ospedalieri.

Servizio Sanitario Nazionale (SSN); Complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio (Legge 833/78). A seguito della emanazione dei Decreti Legislativi 502/92 e 517/93 da una configurazione fortemente legata a livello centrale in funzione della protezione da qualsiasi forma di competizione economica, passa a una configurazione di struttura aziendalizzata che, pur sottoposta a meccanismi di controllo centrale (pianificazione), può sfruttare tensioni competitive per conseguire migliori livelli di efficienza e qualità. Tale indirizzo rimane confermato anche dal successivo Decreto Legislativo 229/99.

Servizio; Risultato di attività svolte all'interfaccia tra fornitore e cliente e di attività proprie del fornitore per soddisfare le esigenze del cliente. Le organizzazioni che forniscono servizi devono quindi prestare particolare attenzione all'identificazione dei requisiti e delle condizioni necessarie per la realizzazione del servizio progettato. In particolare la qualità del servizio è essenzialmente una qualità interna: la fruizione del servizio da parte del cliente è contestuale alla sua realizzazione. La valutazione della qualità del servizio non è quindi in genere basata solo sul risultato finale, ma anche sul processo con cui è stato realizzato; pertanto è quasi sempre possibile tenere sotto controllo le caratteristiche del servizio attraverso il semplice controllo del processo di realizzazione. È di fondamentale importanza, quindi, che i requisiti di un servizio siano chiaramente definiti in termini delle caratteristiche che sono osservate dal cliente, sia di tipo quantitativo che qualitativo. È necessario pertanto che tali caratteristiche vengano tradotte in un sistema di misurazione e controllo delle prestazioni del processo. Questo sistema permette di facilitare l'Assuntore di risalire alla causa del problema nel momento in cui si verifichi un disservizio, agevolando quindi anche la fase di riuscire ad identificare un rimedio nell'immediato, qualora non si sia riusciti a prevenire il verificarsi di un problema.

Sicurezza; Stato in cui il rischio di danno alle persone o alle cose è limitato ad un livello accettabile.

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

Sistema di controllo; Per sistema di controllo si intende un sistema di verifica, costituito da diversi fattori, progettato per determinare se il servizio appaltato soddisfa il livello di qualità stabilito e risponde ai requisiti previsti.

Sistema qualità; La struttura organizzativa, le procedure, i processi e le risorse necessari ad attuare la gestione per la qualità.

Sporco aderente; Per sporco aderente si intende il livello di sporco ancorato alle superfici e rilevabile tramite strofinamento di un panno-carta bianco impregnato con una soluzione detergente e comparazione del risultato con la scala di Bacharach sulle superfici orizzontali (ad esclusione dei pavimenti), sulle superfici verticali o sugli arredi.

Sterilizzazione; Processo fisico o chimico che porta alla distruzione stocastica di ogni forma microbica vivente, sia in forma vegetativa che sporale.

Struttura/e; L'insieme degli edifici costituenti l'Amministrazione.

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

Tolleranza: valore che indica la variabilità di un prodotto, un processo o un servizio rispetto alla specifica per cui possa essere considerato conforme alle necessità.

Preso atto del fatto che ogni processo produttivo è affetto da una variabilità ineliminabile, l'ampiezza della tolleranza rappresenta un compromesso tra costi e valore della precisione. Infatti il costo della precisione cresce all'aumentare della precisione stessa. La variabilità ineliminabile dei processi è detta tolleranza naturale (capability) e sta ad indicare la tendenza di un processo a fornire prodotti diversi tra loro e diversi rispetto agli obiettivi produttivi, anche se il processo opera in condizioni normali.

Di solito la tolleranza naturale rappresenta la stima della variabilità del processo (6 σ). Nel caso in cui il prodotto, il servizio o un processo siano costituiti da non da una singola unità, ma da più unità assemblate tra loro, la tolleranza totale può essere valutata in 2 modi:

dalla sommatoria delle singole tolleranze che lo costituiscono, obbedendo ad una logica puramente additiva;

dalla deviazione standard moltiplicata per 6, compatibile con la visione probabilistica dell'insieme

Trattamenti periodici; Per trattamenti periodici si intendono le operazioni necessarie a proteggere le superfici porose affinché lo sporco non penetri in profondità, nonché le operazioni manutentive e periodiche necessarie al ripristino delle suddette protezioni, secondo frequenze d'intervento diversificate in funzione delle attività svolte all'interno dei locali e dell'intensità di traffico a cui sono soggette le superfici.

UNI (Ente Nazionale per l'Unificazione dell'Industria); Il recepimento di una norma internazionale porta all'aggiunta dell'acronimo.

Unità Operativa; L'Unità Operativa è l'elemento basilare di funzionamento dell'Ospedale. Le sue sotto-segmentazioni sono costituite dai Moduli Organizzativi e dai Moduli Funzionali.

Valutazione della qualità (Quality assessment); Processo di valutazione degli attributi di qualità di un prodotto o servizio, sulla base di criteri e standard predefiniti e validi in un contesto professionale specifico.

Verifica e Revisione della Qualità (VRQ); Metodica, finalizzata al miglioramento continuo della qualità degli interventi forniti, che si sostanzia in un processo ciclico mediante il quale questi vengono sottoposti a sistematica valutazione e sono oggetto di eventuali correttivi.

Bibliografia

- Al-Hamad A, Maxwell S. How clean is clean? Proposed methods for hospital cleaning assessment.: J Hosp Infect. 2008 Dec;70(4):328-34. Epub 2008 Oct 9
- Andreini P. "Certificare la qualità". Bologna, Anima – Hoepli, 1997.
- "Capitolato Tipo dei Servizi di igiene Ambientale Integrata in Sanità" GeF "Gestione e Formazione" Numero speciale 1/2006
- "Dizionario della Qualità a cura di Piero De Risi", Milano, Il Sole 24 ore S.p.A. Management e Divulgazione, 2001
- "I valutatori per l'accreditamento". Quaderni Qualità 4, Agenzia Sanitaria Regionale, Regione Emilia-Romagna, Bologna, CLUEB, 1998.
- Dancer SJ. How do we assess hospital cleaning? A proposal for microbiological standards for surface hygiene in hospitals. J Hosp Infect. 2004 Jan;56(1):10-5
- Dossier 97 – 2004 "Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia Romagna - Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento". Agenzia Sanitaria Regionale, Regione Emilia-Romagna, Bologna, 2004.
- Finzi *et al.* "linee Guida per la gestione delle operazioni di pulizia e sanificazione nelle strutture ospedaliere". Milano, Edicom, 2009
- Finzi G. L'efficienza nel Governo Clinico dell'Outsourcing IX Congresso Nazionale AN-MDO. Ottobre 2003, Tirrenia (PI).
- Finzi G., Lazzari C. "Controlli dei sistemi di esecuzione dei servizi di igiene ambientale" GSA - il giornale dei servizi ambientali, N°9/settembre 2008; 20-23.
- Finzi G., Lazzari C. "I criteri di accreditamento volontario dei servizi di pulizia e sanificazione ambientale" L'Ospedale, N°3/2008; 84-88.
- "Gestire e verificare la qualità nelle strutture sanitarie - Concetti e modelli". Quaderni Qualità 1, Agenzia Sanitaria Regionale, Regione Emilia-Romagna, Bologna, Clueb, 1997.
- Griffith CJ, Cooper RA, Gilmore J, Davies C, Lewis M. An evaluation of hospital cleaning regimes and standards. J Hosp Infect. 2000 May;45(1):19-28
- Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007 Jane D. Siegel, MD; Emily Rhinehart, RN MPH CIC; Marguerite Jackson, PhD; Linda Chiarello, RN MS; the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee
- Joint Commission International Accreditation – Standard per ospedali. Milano, Progea, 2003.
- La Mura S. Terziarizzazione dei servizi di manutenzione, tipologie e modalità Convegno Nazionale. Ottobre 2005, Ivrea (TO). Linee Guida per i sistemi di esecuzione e controllo dei servizi di igiene ambientale per Aziende Ospedaliere ed Aziende Sanitarie Locali. Supplemento al n° de "Il Sole 24 Ore Sanità" Novembre 2004.
- Linee Guida per i sistemi di esecuzione e controllo dei servizi di igiene ambientale per Aziende Ospedaliere ed Aziende Sanitarie Locali. Supplemento al n° de "Il Sole 24 Ore Sanità" Novembre 2004.
- Malik RE, Cooper RA, Griffith CJ. Use of audit tools to evaluate the efficacy of cleaning systems in hospitals. Am J Infect Control. 2003 May;31(3):181-7
- Scrivens E. "Accreditamento dei Servizi Sanitari. Esperienze Internazionali a confronto". Centro Scientifico Editore, 1997.

UNI 10685:2007 "Manutenzione - Criteri per la formulazione di un contratto di manutenzione basato sui risultati (global service di manutenzione)"

UNI EN 13549: 2003 "Servizi di pulizia – Requisiti di base e raccomandazioni per i sistemi di misurazione della qualità"

UNI EN ISO 9001:2008 "Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti"

UNI ISO 2859-1: 2007 Procedimenti di campionamento nell'ispezione per attributi - Parte 1: Schemi di campionamento indicizzati secondo il limite di qualità accettabile (AQL) nelle ispezioni lotto per lotto

UNI ISO 2859-2: 1993 Procedimenti di campionamento nel collaudo per attributi. Piani di campionamento indicizzati secondo la qualità limite (QL) per il collaudo di un lotto isolato.

Opera realizzata con il contributo di:



*È vietata la riproduzione anche parziale della presente pubblicazione
senza preventiva autorizzazione di **EDICOM s.r.l.***

edito da: © Edicom s.r.l.

*Via Alfonso Corti, 28 - 20133 Milano
Tel 02/70633694 - 70602106 - Fax 02/70633429 - info@gsanews.it - www.gsanews.it*

*Impaginazione: Studio Gomez - Cologno M. (MI) - Stampa: Litografica Solari - Peschiera Borromeo (MI)
Finito di stampare nel mese di maggio 2009*

