

 INNOGEO®

13 | **HOUSE
ORGAN**

EDIZIONE XIII
GENNAIO/GIUGNO 2023



**INNOGEO
INFORMA**

INDEX

HOUSE
ORGAN

EDIZIONE XIII
GENNAIO/GIUGNO
2023



L'editoriale

Marco Lampasona

3

CONFERIMENTO DEI PRIVILEGES CLINICI: HOW TO DO IT IN PRACTICE - CASE STUDY OSPEDALE KOELLIKER

Filippo Castelli

6

MISURARE IL RISCHIO CLINICO: CASE STUDY CASA DI CURA MONTANARI

Filippo Castelli

9

IL DEBLISTERING: IL PUNTO NORMATIVO

Andrea Lopez

12

L'IMPORTANZA DEI SISTEMI DI GESTIONE PER L'ENERGIA: NORMA UNI CEI EN ISO 50001:2018

Filippo Castelli

14

WHISTLEBLOWING E MODELLI 231: LE NOVITÀ LEGISLATIVE E MODALITÀ ATTUATIVE

Filippo Castelli

20

ACCREDITAMENTO DEI CENTRI DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA): FOCUS SICILIA

Lidia Di Lorenzo

23

ANALISI DEGLI ESITI CLINICI IN REGIONE CALABRIA

Vittorio Scaffidi Abbate

26

Pubbliredazionale

LA CUSTOMER SATISFACTION COME STRUMENTO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE CURE

Antonio Capodicasa, Elisabetta Alcamo

30

IL PROCESSO DI GESTIONE DEI PRIVILEGES NELLE STRUTTURE SANITARIE - WEBINAR DEL 31/03/2023

Vittorio Scaffidi Abbate, Filippo Castelli,
Antonio Capodicasa, Claudio Fussone

37

CORPORATE RESPONSABILITY: INNOGEA LANCIA IL PROGETTO MASTER MANAGER

Sandro Siniscalchi

40

News

42

EDITORIALE

di Marco Lampasona

Un numero ricchissimo di approfondimenti normativi, analisi e case study. Con riferimento a quest'ultimo punto, vi presenteremo i risultati di due lavori, inerenti all'ambito della clinical governance, svolti nell'ultimo semestre. Entreremo nel merito della **gestione dei privileges** raccontandovi l'esperienza vissuta al fianco della Direzione Sanitaria di un importante ospedale piemontese; un processo, quello che abbiamo co-sviluppato, che punta ad allineare conoscenze, competenze e pratica dei professionisti sanitari al fine di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure.

Vi mostreremo anche un altro caso studio, condotto, questa volta, all'interno di un ospedale emiliano e relativo all'applicazione dell'HVA – **Hazard Vulnerability Analysis**, metodologia finalizzata a misurare il livello del rischio clinico presente in struttura. A noi piace affermare che "misurare è il primo passo per migliorare". E i risultati che andremo a mostrarvi, ce lo dimostrano.

Vi parleremo di rilevazione di **customer satisfaction** e di come questa possa essere uno strumento funzionale per migliorare la relazione con i propri pazienti, rendendoli sempre più partecipi e protagonisti attivi del proprio percorso di cura. Anche per questa tematica, vi presenteremo un caso studio condotto all'interno di una Casa di Cura siciliana.

Approfondiremo, da un punto di vista normativo, il tema della corretta somministrazione dei farmaci, prerogativa indispensabile per garantire la sicurezza del paziente e prevenire il rischio di errori di terapia. In particolare, prenderemo in



EDITORIALE

di Marco Lampasona

esame la legislazione del c.d. **"deblistering"**, ovvero l'allestimento di confezionamenti personalizzati - ad esempio per gli ospiti di RSA o di altre strutture residenziali - da parte delle farmacie autorizzate.

E poi, ancora, passeremo alle novità legislative in materia di **"whistleblowing"** e modelli 231 con le importanti novità del Decreto del 10 marzo 2023 nr. 24, relative alla segnalazione, da parte dei lavoratori, su rischi che possono causare danni per azionisti e stakeholders.

Approfondiremo il tema dell'**accreditamento dei centri di procreazione medicalmente assistita** ed anche lo standard **UNI CEI EN ISO 50001:2018** relativo a sistemi di gestione per l'energia, che tanto possono contribuire al raggiungimento dell'importantissimo obiettivo di riduzione dei consumi ed efficientamento energetico delle strutture sanitarie.

Vi presenteremo, inoltre, la sintesi dello studio realizzato sugli **esiti clinici in Regione Calabria**. Una Regione, quest'ultima, con un saldo di mobilità passiva molto elevato, una pesante frammentazione dei casi trattati ed un'eccessiva dispersione dei valori degli esiti clinici. Nonostante un quadro critico, paragonabile a quello di tante altre regioni del sud, non possiamo non evidenziare il contributo positivo da parte della componente ospedaliera privata.

Infine, vi parleremo di Master Manager, un progetto di **corporate responsibility**, che ha coinvolto oltre 30 aziende siciliane di vari settori merceologici, con l'obiettivo di contribuire ad arginare la migrazione di giovani siciliani laureati, fornendo una risposta al mercato del lavoro, all'interno del quale domanda e offerta fanno spesso fatica ad incontrarsi. Ci siamo sentiti per-



tanto in dovere morale, insieme a tante aziende che si sono unite all'iniziativa, di trasferire il know how ai nostri giovani, sovvertendo quel paradigma che bene ha definito con una battuta il compianto poeta, scrittore e politico Alberto Arbasino, quando diceva *"giovane promessa, maestro venerato, solito stronzo"*. Speriamo di riuscirci...

E per concludere la lettura di questa nuova edizione, vi invito a leggere il **"manifesto"** della nuova area marketing, attraverso il quale proviamo a descrivervi il nostro modo di interpretare questa ulteriore, avvincente sfida.

Buona Lettura

Marco Lampasona

Presidente - Innogea



Ing. Marco Lampasona
Presidente Innogea

MANIFESTO INNOGEA AREA MARKETING

Le parole hanno forma.

Noi le adoperiamo per dare voce ai nostri clienti cercando di tirare fuori la loro essenza: le ambizioni che perseguono, i valori in cui credono, i programmi che attuano, le sfide che si pongono e i risultati che raggiungono.

Le parole hanno forma e sostanza.

In oltre vent'anni d'esperienza, abbiamo imparato a farle giungere dritte e sicure alle persone che popolano il nostro mondo: ai caregiver, alle comunità, al personale, agli enti e alle istituzioni. Ne curiamo ogni dettaglio, sentendoci profondamente responsabili della semantica, ma anche della compliance relativa ai requisiti istituzionali che la comunicazione deve rispettare.

Le parole hanno forma, sostanza e creatività.

E quelle che useremo, daranno vita a lavori unici, firmati dalla nostra agenzia.

L'intera attività sarà posta a servizio della comunicazione integrata, parlando diversi linguaggi, quello scritto certamente, ma anche quello più rarefatto e sognante delle Arti Visive.

Insieme, questi due elementi, comporranno impianti significanti capaci di generare meraviglia, bellezza; emozioni che inducono a meditare e riflettere, arricchendo la mente e lo spirito.

L'intento finale è quello di far parlare le vostre aziende, conferendo forma e sostanza al dialogo costante che esiste tra voi ed il vostro mondo.

Questa la nostra sfida.

Le nostre non sono parole al vento ma sono parole che affidiamo al vento perché giungano al cuore delle persone.

CONFERIMENTO DEI PRIVILEGES CLINICI: HOW TO DO IT IN PRACTICE - CASE STUDY OSPEDALE KOELLIKER

di Filippo Castelli

Ogni struttura sanitaria ha l'obbligo di valutare, sulla base di dati quanto più possibile oggettivi, l'effettiva corrispondenza tra le conoscenze e le competenze in possesso dei professionisti sanitari (mediche, chirurgiche, diagnostiche etc.) e le esigenze dei pazienti che devono curare ed assistere.

Il processo attraverso il quale un Ospedale:

- definisce le conoscenze e le competenze necessarie per ciascun ruolo;
- misura le conoscenze/competenze ed attribuisce il grado di autonomia ai professionisti;
- attiva azioni di allineamento delle competenze effettive a quelle attese, viene definito: **processo di gestione dei *privileges***.

È un processo complesso, attraverso il quale l'organizzazione sanitaria autorizza un professionista medico ad eseguire determinate prestazioni sanitarie nell'ambito di aree cliniche e di contenuti prestabiliti, sulla base di una valutazione delle credenziali, delle conoscenze e competenze in possesso del professionista. Obiettivo prioritario del conferimento dei *privileges* è quello di garantire che i trattamenti e le procedure mediche/chirurgiche vengano eseguite da professionisti in possesso delle necessarie competenze e adeguata esperienza clinica, sostenuta da una formazione continua orientata agli specifici bisogni formativi; requisito, quest'ultimo, fondamentale per assicurare la sicurezza del paziente e l'efficacia delle cure.



In secondo luogo, l'assegnazione dei *privileges* è un passaggio obbligato in direzione di una efficace comunicazione in ambito sanitario, basata su aspetti rilevanti delle competenze e delle performance.

I *privileges*, infine, sono uno strumento molto efficace messo a disposizione di professionisti e di responsabili dell'Organizzazione, per mappare il quadro complessivo delle competenze e delle attività e, quindi, pianificare la formazione necessaria per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, in termini di qualità delle prestazioni e sicurezza dei pazienti.

Come detto, si tratta di un processo complesso, che non sempre si riesce a portare a termine con successo, proprio per via della tematica che impatta su aspetti particolarmente delicati, tra cui i rapporti contrattuali tra struttura e medici, i volumi di attività, gli esiti clinici, le competenze tecnico/professionali, etc.

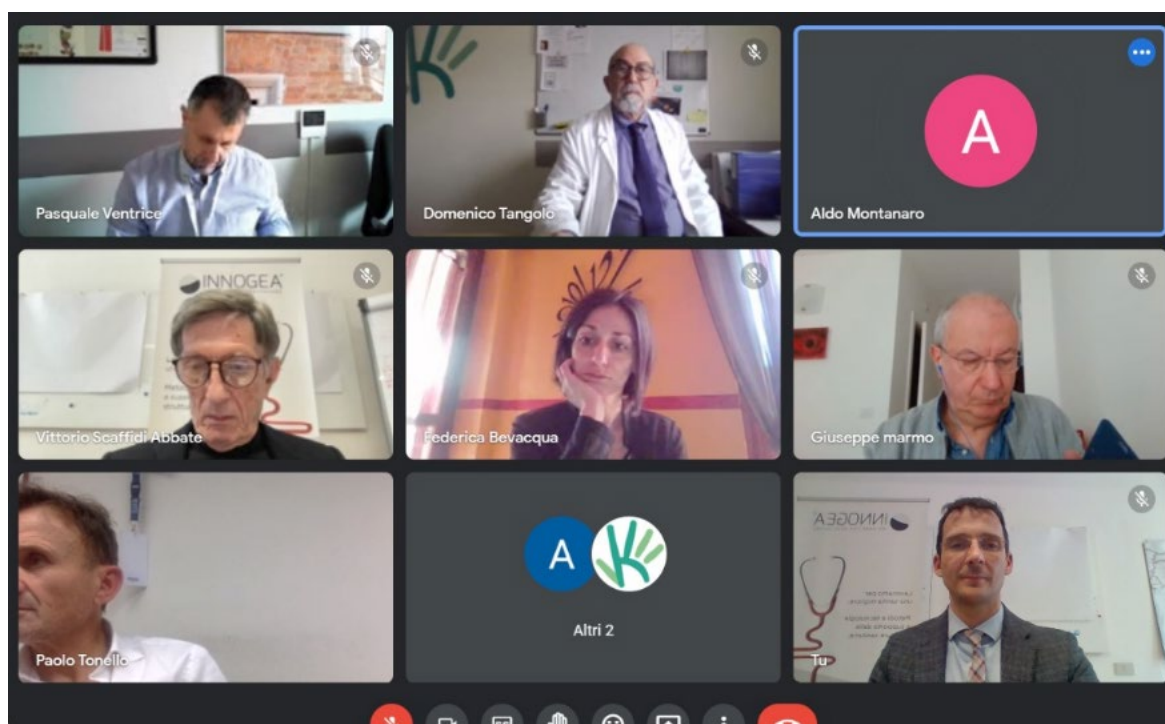
Vi proponiamo un caso pratico, condotto con l'**Ospedale Koelliker di Torino**, che ha consentito, in tempi brevi, di pervenire alla piena condivisione della metodologia e degli strumenti per il conferimento dei *privileges* clinici. L'attività, nello specifico, è stata condotta attraverso tre fasi.

Fase 1: Formazione sul metodo

Il 9 marzo scorso è stata effettuata una sessione di 2 ore di formazione su modalità e criteri per la definizione dei *privileges* in FAD sincrona rivolta a:

- Direzione sanitaria;
- Risk manager;
- Funzione Qualità e accreditamento;
- Divisione HR;
- Responsabili di Raggruppamento;
- Responsabili di Unità Operativa;
- Responsabili di Servizi Specialistici;
- Coordinatori;
- Personale Medico individuato dalla struttura.

Obiettivo della sessione è stato quello di chiarire il concetto di *privilege* clinico, illustrare gli standard e le norme applicabili in materia di *privileging* e la loro declinazione, illustrare in dettaglio le fasi e tutti gli elementi per una corretta implementazione del processo di gestione dei *privileges* in ogni Unità Operativa/Servizio Specialistico. In quella sede è stato effettuato un primo inquadramento di tutte le informazioni necessarie per portare avanti il processo.



Fase 2: Sessioni di analisi delle attività “as is”

Una volta chiarita la metodologia e le modalità di definizione dei *privileges* clinici, si è proceduto con la seconda fase, costituita da tre sessioni di analisi delle attività “as is” per alcune delle Unità Operative e Percorsi Clinici ritenuti maggiormente significativi dalla struttura:

- Odontoiatria;
- Ortopedia - Subspecialità chirurgia della spalla;
- Percorso del pavimento pelvico.

La finalità di queste sessioni, condotte in tre incontri FAD di due ore ciascuno, dal 13 al 17 marzo scorso, è stata quella di approfondire la conoscenza delle specificità della singola Unità Operativa/Servizio, in base alle quali individuare i dati necessari per definire compiutamente i *privileges* clinici. Sono state trattate quindi tematiche quali:

- qualità, quantità e profondità dei dati disponibili;
- tipologia di prestazioni eseguite;
- tipologia di pazienti trattati;
- quantità di professionisti e di équipe;
- distribuzione delle attività tra le équipe ed i professionisti;
- volumi di attività per operatore.

Ulteriore finalità è stata quella di condividere precocemente con i Responsabili delle Unità Operative e con la Direzione Sanitaria la migliore politica possibile per il governo del processo di conferimento dei *privileges*, anche in funzione dei dati disponibili. Le sessioni sono terminate con una chiara definizione di quali e quanti dati occorre rendere disponibili nella successiva fase 3, al fine del completamento della procedura per tutte le aree. Alle sessioni hanno partecipato le medesime persone della fase uno, con la presenza di un responsabile del controllo di gestione in grado di riferire sulla disponibilità dei dati relativi a tipologia e volumi delle prestazioni erogate per équipe e per medico.

Fase 3: Completamento dell'attività

La terza ed ultima fase si è svolta in presenza il 3 e 4 aprile scorso e ha visto la finalizzazione delle attività per tutte le Unità Operative e per tutti i servizi specialistici. Alla luce delle sessioni in remoto, la struttura ha preparato e resi disponibili per tempo tutti i dati di volume e tipologia di prestazioni erogate. Sono stati, quindi, organizzati e condotti incontri con ciascuna unità operativa e servizio specialistico. Ogni incontro ha avuto una durata compresa tra una e due ore, in funzione della complessità dell'Unità Operativa e della tipologia e volume di prestazioni erogate. Gli incontri sono stati organizzati in sequenza per due intense giornate di attività.

Nel corso degli incontri, alla presenza del responsabile dell'UO o del Servizio e dei medici referenti individuati dalla Direzione Sanitaria, si è proceduto a:

- raggruppare le procedure per livelli omogenei di complessità e competenze richieste;
- analizzare i dati relativi ai professionisti coinvolti e ai volumi di prestazioni erogate da ciascuno;
- analizzare il contesto e definire la politica dell'unità operativa in materia di sviluppo delle competenze, in funzione delle previsioni di sviluppo dell'Unità;
- definire i livelli di accesso e mantenimento dei *privileges* di livello A e B per ciascun raggruppamento di prestazioni definito;
- concordare la modalità di valutazione periodica della pratica professionale ai fini della revisione e rivalutazione dei *privileges*;
- predisporre le schede attraverso cui perfezionare il processo.

Le schede così predisposte sono state affidate alla Direzione Sanitaria e ai Responsabili ai fini dell'attribuzione, a ciascun medico, dei rispettivi *privileges* coerentemente con i parametri concordati e la casistica e le credenziali possedute da ciascuno.



Ing. Filippo Castelli

Responsabile Ricerca e Sviluppo,
Clinical Governance e Compliance
Innogea

MISURARE IL RISCHIO CLINICO: CASE STUDY CASA DI CURA MONTANARI

di Filippo Castelli

Lo scorso mese di luglio 2022 Innogea riceve per conto della Casa di Cura Montanari di Morciano di Romagna (RN) il mandato di mappare e valutare il rischio in ambito clinico e mettere in atto un piano di azioni che possano avere come effetto una riduzione significativa e quantificabile del rischio entro il mese di aprile 2023. La sfida, certamente impegnativa, è stata raccolta con entusiasmo e motivazione. È stato, quindi, individuato un team multidisciplinare, composto da ben cinque professionisti Innogea, esperti in diversi ambiti, tra cui risk management, standard JCI, sicurezza delle infrastrutture e prevenzione delle infezioni, sotto il coordinamento del sottoscritto, ed è stato messo a punto il metodo che poi è stato attuato come di seguito rappresentato.

L'attività ha avuto inizio con la richiesta e l'acquisizione di una serie di documenti necessari per valutare la struttura dal punto di vista della pianificazione dei processi critici, ed in parte anche dal punto di vista dell'attuazione dei processi, almeno sotto il profilo delle evidenze documentali disponibili (es. verbali, relazioni etc.). La documentazione richiesta è stata ricevuta ed esaminata in back office da tutto il team, per area di competenza.

È stato quindi condotto, sempre in back office, un assessment degli outcomes clinici con dati PNE 2021 (ultimo disponibile in quel momento). L'assessment ha mostrato una serie di potenzia-

li aree di approfondimento e miglioramento che sono state riportate in un **Clinical Outcomes Assessment Report**, successivamente oggetto di discussione con la struttura.

Terminata la fase preparatoria di analisi in remoto, è stato pianificato e condotto l'assessment on site con lo scopo di valutare il grado di conformità della struttura agli standard e alle raccomandazioni in materia di qualità e sicurezza del paziente. Gli standard utilizzati per il processo di assessment hanno ricompreso:

- Manuali e linee guida del MS (es. Manuale per la sicurezza in sala operatoria);
- Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi avversi emesse dal MS;
- Standard JCI per l'accreditamento degli Ospedali VII edizione;
- Framework OMS – IPCAF e HHSAF.

L'assessment, comprensivo di facility tour, ha interessato tutti gli uffici, i reparti, i servizi e l'intera infrastruttura dal tetto alla cantina e ha previsto anche:

- Analisi dei documenti in campo;
- Interviste agli operatori;
- Osservazione diretta delle attività e dei comportamenti;
- Analisi dei dati di incident reporting (eventi avversi/near misses) e dei sinistri.

L'assessment ha dato luogo alla redazione di un **Assessment Report**, il quale ha rappresentato la guida per le attività di consulenza successive.

Le informazioni acquisite, attraverso tutte le attività sopra descritte, hanno consentito al team di maturare una conoscenza della struttura sufficiente per mappare tutti i rischi presenti in ambito *quality & patient safety* e valutarne l'entità.

Per tale attività il team ha scelto la metodologia *HVA – Hazard Vulnerability Analysis*, particolarmente idonea a restituire valori numerici associati a:

- ciascuna fattispecie di rischio;
- ciascun ambito valutato
- l'intera struttura.

Sono stati quindi attribuiti e successivamente condivisi con la struttura, per ciascuna fattispecie di rischio, i parametri di probabilità, gravità dell'impatto (sulla sicurezza fisica del paziente o dello staff, sulla qualità delle cure e sulla proprietà e/o sui risultati aziendali) e mitigazione dell'impatto (in termini di pianificazione, risposta interna e supporto esterno).

Nelle immagini uno stralcio della **Mappa HVA** e lo schema riepilogativo dei risultati. Risulta evidente la capacità di questa metodologia di portare alla luce i rischi prioritari e, quindi, le priorità d'azione. Ha avuto termine così l'attività di valutazione iniziale e si è passati, pertanto, alla fase operativa di intervento sui rischi prioritari individuati.

HAZARD VULNERABILITY ANALYSIS PROCESSO: GESTIONE DEI FARMACI									
ATTIVITA'	EVENTO / RISCHIO	PROBABILITA' che l'evento accada	GRAVITA' DELL'IMPATTO			MITIGAZIONE DELL'IMPATTO			LIVELLO DI RISCHIO
			Su sicurezza fisica del paziente o dello staff	Su qualità delle cure	Sulla proprietà e/o sui risultati aziendali	Pianificazione	Risposta interna (risorse, tempi, efficacia)	Supporto esterno (Istituzioni, Fornitori, etc.)	
			0 = N/A 1 = Basso 2 = Moderata 3 = Alto	0 = N/A 1 = Basso 2 = Moderata 3 = Alto	0 = N/A 1 = Basso 2 = Moderata 3 = Alto	0 = N/A 1 = Basso 2 = Moderata 3 = Alto	0 = N/A 1 = Alto 2 = Moderata 3 = Basso o no	0 = N/A 1 = Alto 2 = Moderata 3 = Basso o no	
Attività 1	Evento/rischio 1	1	0	2	1	1	1	2	13%
	Evento/rischio 2	1	0	2	1	1	1	0	9%
	Evento/rischio 3	1	0	2	1	2	1	0	11%
Attività 2	Evento/rischio 4	1	0	3	2	1	1	1	15%
	Evento/rischio 5	1	0	3	2	1	1	2	17%
	Evento/rischio 6	1	0	1	1	1	1	0	7%
	Evento/rischio 7	3	0	1	1	2	1	2	39%
	Evento/rischio 8	3	0	3	1	3	1	2	56%

In figura: Stralcio mappa HVA

	ICA	Gestione dei farmaci	Cura centrata sul paziente	Cura del paziente	Procedure chirurgiche	Valutazione del paziente	Sicurezza delle infrastrutture	Gestione del personale	Totale
Probabilità	50%	63%	56%	52%	47%	47%	49%	44%	50%
Gravità	48%	42%	42%	39%	40%	38%	37%	39%	40%
Rischio relativo	24%	26%	23%	20%	19%	18%	18%	17%	20%

In figura: Riepilogo risultati HVA ex ante

Sono state effettuate 5 **sessioni di lavoro** da due giornate ciascuna, condotte dal team di consulenza nel suo insieme nelle quali, anche con lavoro preparatorio in back office si è proceduto a:

- predisporre proposte di nuove informazioni documentate (Procedure, protocolli, istruzioni e registrazioni) o aggiornare (ove e quando necessario) quelle esistenti a supporto di una maggiore conformità agli standard pertinenti;
- revisionare il PARM e standardizzare le attività del comitato aziendale al fine di dare continuità all'azione di miglioramento;
- dare attuazione alle raccomandazioni del Ministero della Salute, al manuale per la sicurezza in sala operatoria e alle linee guida pertinenti in materia di rischio clinico;
- dare attuazione ai Framework OMS IPCAF e HHSAF per il miglioramento delle attività di prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza Sanitaria.

- verificare l'effettiva implementazione delle novità introdotte e della standardizzazione dei miglioramenti attraverso riunioni di avanzamento periodiche e audit specifici.

Per ciascuna sessione è stata effettuata la **pianificazione iniziale**, condivisa con la struttura, ed è stato emesso un **report delle attività condotte** e della documentazione prodotta e consegnata con valutazione dello stato di avanzamento delle attività e to do list per l'incontro successivo sia per la struttura che per Innogea.

Le attività si sono concluse nel mese di aprile scorso, quando sono state consegnate ulteriori due elaborazioni costituite dall'aggiornamento dell'analisi degli esiti clinici (**Clinical Outcomes Assessment Report PNE 2022**) e dall'aggiornamento della mappatura e della valutazione dei rischi effettuata sempre con la metodologia HVA (**Mappa HVA ex post**).

	ICA	Gestione dei farmaci	Cura centrata sul paziente	Cura del paziente	Procedure chirurgiche	Valutazione del paziente	Sicurezza delle infrastrutture	Gestione del personale	Totale
Probabilità	43%	46%	56%	42%	40%	38%	40%	44%	41%
Gravità	43%	39%	40%	38%	35%	36%	37%	36%	38%
Rischio relativo	18%	18%	22%	16%	14%	14%	15%	16%	16%

In figura: Riepilogo risultati HVA ex post

Attraverso le attività condotte e documentate, il livello di rischio della struttura si è ridotto del 20%, passando da un indice complessivo di 0.2 ad un indice dello 0.16. Il dettaglio dei miglioramenti nelle 8 aree costitutive dell'HVA si può evincere dal confronto dei due schemi riepilogativi HVA ex ante ed ex post.



Ing. Filippo Castelli

Responsabile Ricerca e Sviluppo, Clinical Governance e Compliance Innogea

IL DEBLISTERING: IL PUNTO NORMATIVO

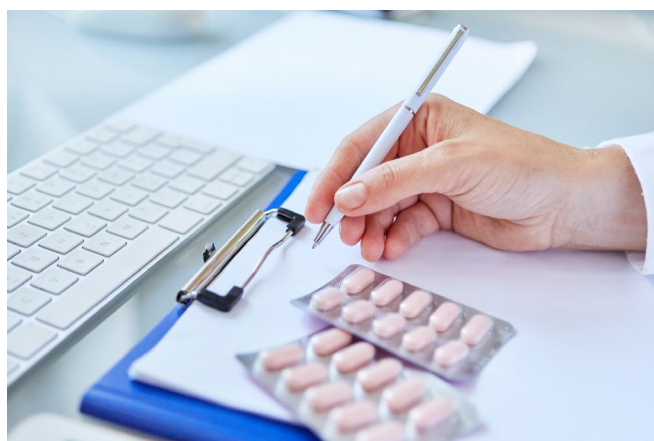
di Andrea Lopez

La carenza di personale medico e, ancor più, infermieristico nel settore sociosanitario è passata dall'essere notizia a problematico presupposto per chi deve gestire e organizzare i servizi territoriali.

I dati pubblicati da Agenas, nel proprio "Rapporto sul personale del Sistema Sanitario Nazionale" (anno 2022), confermano che nell'ambito del personale medico risultano carenti alcune specializzazioni, in particolare i

medici di medicina generale, che, sebbene rapportati alla popolazione siano oggi apparentemente sufficienti, sono inferiori rispetto alle medie EU, non omogeneamente distribuiti sul territorio e molto scarsi nelle aree a bassa densità abitativa o caratterizzate da condizioni orografiche o geografiche disagiate. Tenuta, tuttavia, in considerazione la c.d. "gobba pensionistica" e l'aumento dell'età anagrafica media, è possibile affermare che già oggi il sistema si trova in una situazione critica. A ciò si aggiunga che paiono ancor più problematici i dati relativi agli infermieri.

Considerato che questi due profili professionali sono gli assi portanti di qualsiasi operazione di potenziamento delle attività sanitarie di prossimità, è imprescindibile che il Sistema Sanitario Nazionale affianchi ad interventi strutturali di ampio respiro, decisioni e investimenti che consentano, nel breve, di arginare le criticità emergenti.



Una delle possibili risposte che la vigente normativa legittima, forse non ancora sufficientemente conosciuta, è la facoltà di ricorrere al c.d. "deblistering", ovvero l'allestimento di confezionamenti personalizzati - ad esempio per gli ospiti di RSA o di altre strutture residenziali - da parte delle farmacie autorizzate, anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di dispensazione di forme farmaceutiche orali solide che possono essere riconfe-

zionate in dosi unitarie e interfacciarsi anche con sistemi informatizzati di prescrizione medica.

Il servizio consiste nell'attività di sconfezionamento di un medicinale industriale, già acquistato, e riconfezionamento dello stesso

da parte del farmacista in farmacia, in dosi personalizzate, per l'assunzione da parte del paziente sulla base della posologia individuata dal medico curante.

La corretta somministrazione dei farmaci, costituisce prerogativa indispensabile per garantire la sicurezza del paziente e prevenire il rischio di errori di terapia, azioni che si esplicano anche attraverso l'utilizzo di armadi farmaceutici robotizzati, che consentono una migliore aderenza alle raccomandazioni ministeriali, ad esempio in tema di manipolazione dei farmaci. Infatti, alla luce dei rischi legati alla manipolazione del farmaco, il legislatore italiano con il DL 158/2012, convertito dalla l.

189/2012, ha autorizzato le regioni a “sperimentare, nel limite delle loro disponibilità di bilancio, sistemi di riconfezionamento, anche personalizzato, e di distribuzione dei medicinali agli assistiti presso strutture ospedaliere e residenziali”. In ragione dell’introduzione di tale principio, ad esempio, la Regione Veneto, prima in Italia, con dgr 1023, del 28 luglio 2021, ha emanato un provvedimento volto a definire un percorso atto ad uniformare le modalità di introduzione e utilizzo all’interno delle strutture residenziali sociosanitarie di un sistema automatizzato personalizzato di dispensazione di terapie in dose unitaria. Sulla stessa lunghezza d’onda, è possibile richiamare una circolare interpretativa di Regione Lombardia del 2022.

Il fondamento dell’attività di *deblistering* si rinviene invece nell’art. 1 comma 462 della Legge 27 dicembre 2019 n.160 (Legge di Bilancio 2020) che ha previsto “la possibilità di usufruire presso le farmacie, in collaborazione con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta e comunque nel rispetto di prescrizioni mediche, di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci”. Al fine di migliorare l’aderenza terapeutica del paziente cronico, garantendo, pertanto, la diffusione capillare del servizio a livello regionale, l’allestimento personalizzato della terapia può essere offerto anche alle farmacie territoriali, pubbliche e private, che non abbiano attivato tale servizio, a condizione che vi sia una idonea regolamentazione dei rapporti tra farmacie (anche con riguardo al trasporto e alla consegna del blister).

Aspetto, non di secondaria importanza, è che il servizio di allestimento personalizzato dei farmaci può essere offerto non solo al singolo cittadino/paziente che necessita di terapie croniche, ma anche a RSA o ad altre strutture sanitarie pubbliche e private.

Qualora il servizio di allestimento personalizzato dei farmaci venga reso a RSA o ad altre strutture sanitarie, sarà la struttura stessa a fornire al far-

macista le prescrizioni relative al singolo paziente delle proprie terapie giornaliere per la durata massima di un mese.

Un tema strettamente collegato all’automatizzazione del processo di dispensazione personalizzata di terapia in dose unitaria è quello della prescrizione medica informatizzata.

L’innovazione tecnologica consente, infatti, operazioni di verifica e controllo - raccomandate a livello ministeriale - che garantiscono un abbattimento del rischio connesso alla fase di somministrazione dei farmaci, difficilmente integrabili in contesti analogici, soprattutto in un momento storico come l’attuale che vede una forte carenza di professionisti sanitari e operatori di interesse sanitario all’interno delle strutture sociosanitarie.

Anche le raccomandazioni ministeriali hanno auspicato l’utilizzo della prescrizione informatizzata, a presidio di frequenti fattori di rischio legati all’illeggibilità della prescrizione cartacea, alla sua deperibilità, incompletezza o sull’utilizzo di abbreviazioni, acronimi, latinismi e, soprattutto, in funzione della riconciliazione farmacologica.

L’innovazione, la tecnologia di cui oggi disponiamo deve poter essere letta come opportunità a sostegno di un sistema che necessita una profonda rivisitazione, le cui tempistiche fisiologiche, purtroppo, non consentano un’attesa passiva. L’auspicio è che i diversi legislatori regionali, nell’esercizio della funzione programmatica e legislativa, riescano con lungimiranza e “lucida follia” (pur sempre nei limiti normativamente previsti), a legittimare sperimentazioni e progetti innovativi che consentano ai cittadini di continuare ad usufruire delle prestazioni sino ad oggi garantite, anche in un contesto socio-economico-demografico in continuo mutamento.



Avv. Andrea Lopez
Founder - LDA Legal & Consulting

L'IMPORTANZA DEI SISTEMI DI GESTIONE PER L'ENERGIA: NORMA UNI CEI EN ISO 50001:2018

di Filippo Castelli

IL CONTESTO

Il recente clima di incertezza energetica che abbiamo vissuto a causa del conflitto tra Russia e Ucraina ha fatto emergere, nelle organizzazioni, una consapevolezza forte: risparmiare energia e gestirla in modo efficiente è più che un'opportunità; oggi è un dovere. In particolar modo, per le imprese, **risparmiare energia e integrare la gestione delle prestazioni energetiche** nelle attività quotidiane, permette loro di **controllare i consumi e contenere i costi energetici**, traendone **profitto economico e vantaggio competitivo**. Governare i consumi di energia, gestirli in modo efficiente e perseguirne in modo strutturato il miglioramento continuo, consente già in breve tempo un considerevole risparmio economico, oltre a garantire un prezioso contributo alla salvaguardia delle risorse energetiche a livello globale e alla sostenibilità ambientale attraverso la riduzione dell'impronta di carbonio associata ai servizi erogati.



La principale e più importante norma ad adesione volontaria in grado di supportare le organizzazioni verso un **processo di riduzione dei consumi ed efficientamento energetico** è la **UNI CEI EN ISO 50001:2018**. Non si tratta di una nuova norma, tuttavia, abbiamo deciso di parlarne in questa nuova edizione dell'House Organ per l'**importanza strategica** che essa torna a rivestire alla luce delle ultime evoluzioni del contesto.

LA NORMA UNI CEI EN ISO 50001:2018

Lo standard fornisce una guida pratica per:

- creare e ottimizzare un **Sistema di Gestione dell'Energia** (SGE) attraverso il quale migliorare l'efficienza energetica dell'organizzazione;
- fornire mezzi con cui, sia chi sta all'esterno che chi opera internamente all'organizzazione, possa **valutare gli aspetti specifici** di un SGE e verificarne la validità (audit);
- soddisfare la **conformità alla legislazione** cogente, anticipando le future richieste legislative e regolamentari;
- consentire all'organizzazione il **miglioramento continuo**, nella forma di un più efficiente e più sostenibile uso dell'energia, a prescindere dal tipo di energia utilizzata.

Ma quali sono i requisiti salienti previsti dalla norma?

Lo standard è perfettamente integrabile con ISO 9001, 14001 e 45001, in quanto ne segue la medesima High Level Structure. Dopo i tre capitoli

introduttivi recanti 1) *Scopo e campo di applicazione*, 2) *Riferimenti normativi* e 3) *Termini e definizioni*, iniziano i capitoli recanti requisiti specifici:

CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE (CAP. 4)

Al pari della ISO 9001, ma con specifico orientamento alla gestione dell'energia, occorre:

- individuare i fattori interni ed esterni rilevanti ai fini del conseguimento degli obiettivi energetici e del miglioramento;
- identificare le parti interessate rilevanti le ragioni dell'interesse e i loro requisiti e aspettative, indirizzandole tramite il sistema;
- identificare le norme cogenti e volontarie (che si decide di adottare) applicabili e assicurarne la presa in carico;
- determinare e definire il campo di applicazione e i confini del sistema di gestione per l'energia, facendo attenzione a non escludere nessun tipo di energia (elettricità, combustibili, vapore, calore, aria compressa etc.) presente al suo interno.

LEADERSHIP (CAP. 5)

Come per tutte le norme relative a sistemi di gestione, il principale ruolo della leadership è definire in termini chiari la politica energetica, gli obiettivi e i traguardi, e supportarli con un impegno concreto, una comunicazione efficace e una coerente messa a disposizione delle risorse.

In più, la norma richiede la costituzione di un **Gruppo di gestione per l'energia** definito come un insieme di persone con responsabilità ed autorità tale da garantire l'efficace attuazione del sistema e il conseguimento del miglioramento delle performance energetiche.

Come detto, cruciale è il ruolo della politica energetica che, tra i vari impegni, molti dei quali sovrapponibili a quelli richiesti dalla politica per la qualità, per la sicurezza o per l'ambiente, al netto del tema energetico, deve prevedere l'impegno all'acquisto di prodotti e servizi efficienti energeticamente, oltre a far sì che l'attività di proget-

tazione, ove applicabile, miri all'efficientamento energetico. Ruoli e responsabilità in materia energetica andranno ad integrare le *job description* aziendali.

PIANIFICAZIONE (CAP. 6)

Come siamo ormai da tempo abituati a fare, anche per tutti i processi del sistema di gestione per l'energia, nuovi o integrati, occorrerà:

- **valutare rischi e opportunità** da affrontare per conseguire il miglioramento delle performances, ovvero scongiurare situazioni che possano comprometterlo;
- **definire le azioni consequenziali**, pianificarle, attuarle e valutarne l'efficacia.

L'organizzazione deve dunque definire opportunamente obiettivi e traguardi energetici. Nel far questo non possono essere trascurati i cosiddetti USE (**Usi Significativi di Energia**), definiti come le modalità di impiego dell'energia (es. illuminazione, riscaldamento) che determinano un sostanziale consumo energetico e/o che offrono considerevoli potenzialità di miglioramento. I criteri di significatività per gli USE devono essere definiti in modo accurato.

Come sempre, agli obiettivi va associato un programma per il loro raggiungimento comprendente azioni, risorse, responsabilità, tempi, modalità attuative e di valutazione, compresa la valutazione del miglioramento della prestazione energetica.

Parte cruciale della pianificazione è l'analisi energetica. Si tratta di un procedimento complesso che passa attraverso la disamina dei consumi energetici, passati e presenti, l'identificazione degli USE, dei fattori statici e delle variabili pertinenti che li influenzano e la cui analisi di variabilità potrà consentire all'organizzazione di normalizzare i risultati nel tempo, rendendoli confrontabili, fino ad arrivare all'identificazione, quantificazione e prioritizzazione delle opportunità di miglioramen-

to ed efficientamento energetico. In definitiva, l'analisi energetica consentirà all'organizzazione di stimare i propri usi e consumi energetici futuri. L'analisi energetica contribuirà alla definizione di *baselines* (consumi di riferimento) che saranno presi a raffronto per la valutazione dei miglioramenti conseguiti, grazie anche alla definizione coerente di opportuni *Energy Performance Indicators*.

Appare evidente come, per ottenere tutto ciò, occorra disporre di dati energetici tanto capillari quanto più spinta è l'analisi. La raccolta dati non si limiterà solo ai consumi, ma anche alle variabili ai fattori statici che li influenzano, e sarà strutturata in una vera e propria pianificazione.

SUPPORTO (CAP. 7)

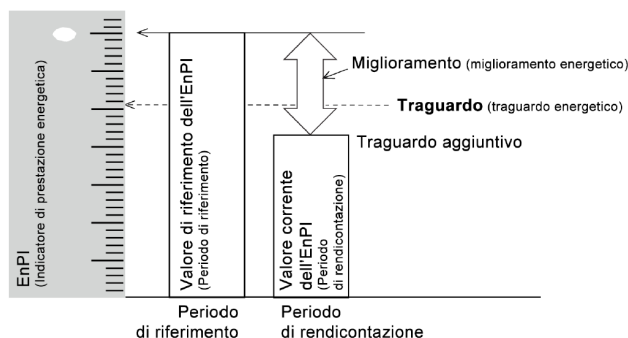
Il capitolo 7 della norma è piuttosto coerente con gli analoghi delle altre norme di sistema. Esso mira a stabilire in che modo l'alta direzione deve garantire il proprio supporto per l'attuazione del SGE, e cioè:

- garantendo la presenza in azienda delle competenze necessarie ad ogni livello ed adoperandosi per svilupparle;
- assicurando la consapevolezza di tutti su politica, obiettivi e sul ruolo e l'impatto che ciascuno ha sulla prestazione energetica;
- pianificando ed attuando una comunicazione interna ed esterna efficace e corretta.

ATTIVITÀ OPERATIVE (CAP. 8)

Come già accennato, il capitolo 8 si concentra, tra le diverse attività operative, su due processi fondamentali: il **processo di approvvigionamento di prodotti e servizi *energy sensitive*** (che deve considerare la valutazione del costo nell'intero ciclo di vita del prodotto/servizio e non solo il suo costo di acquisto) e il **processo di progettazione e/o modifica di impianti, attrezzature, sistemi, processi** che usano energia in modo significativo.

VALUTAZIONE DELLA PRESTAZIONE (CAP. 9)



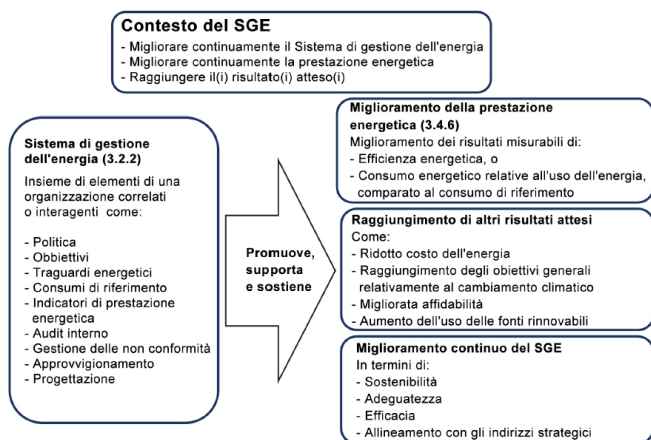
Il cuore del capitolo 9 è riconducibile alla **misurazione delle performance energetiche**. Coerentemente con l'analisi energetica e con il piano di misurazione, citato al punto 6, l'organizzazione deve misurare le proprie prestazioni energetiche, raccogliere i dati pianificati, misurare i consumi energetici relativi agli USE, valutare le variabili, normalizzare i dati e valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi e gli scostamenti significativi dai valori attesi. Ovviamente, ogni anomalia va indagata e analizzata attentamente al fine di determinarne la causa ed affrontarla.

Completano il capitolo 9 i punti relativi alla **valutazione di conformità legislativa** (analoga a quanto previsto, ad esempio, dalle norme ISO 14001 o 45001), all'**auditing interno**, anch'esso analogo alle altre norme e al riesame della direzione. Da sottolineare come siano ben specificati gli output del processo di riesame che, ovviamente, non possono non comprendere obiettivi, traguardi, piani, programmi, ma anche una ri-priorizzazione delle opportunità di miglioramento energetico, un aggiornamento di indicatori e baselines, oltre che delle risorse allocate per dare supporto a tutto.

MIGLIORAMENTO (CAP. 10)

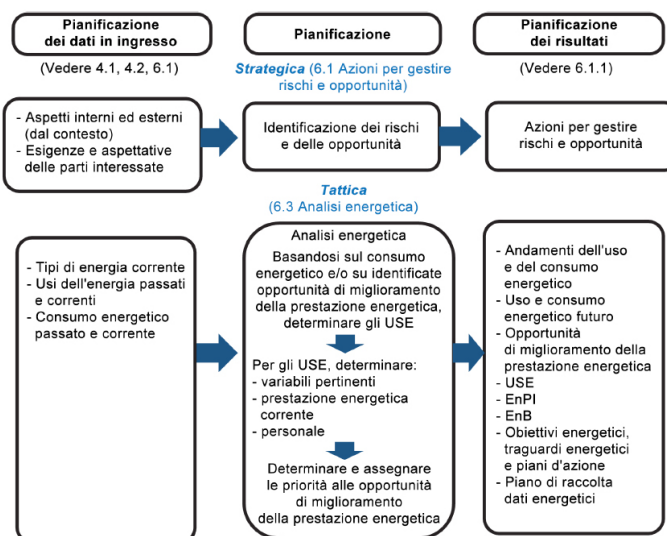
Tale capitolo non presenta significative differenze con le altre norme, essendo finalizzato a definire come affrontare le non conformità e come gestire le azioni correttive ai fini del miglioramento continuo.

PERCHÉ ADOTTARE E CERTIFICARE UN SISTEMA DI GESTIONE PER L'ENERGIA?



- Per una maggiore **conoscenza del proprio sistema organizzativo e produttivo**;
- per una chiara attribuzione di **responsabilità e competenze**;
- per il **coinvolgimento e la partecipazione** di tutti i dipendenti al raggiungimento degli obiettivi;
- per il controllo e la riduzione dei costi e degli **sprechi energetici**;
- per il controllo e la riduzione dell'**impatto ambientale** collegato al proprio sistema energetico;
- per uniformarsi con maggiore facilità a **vincoli legislativi** e/o regolamentari;
- per un miglioramento dell'**immagine aziendale** e/o per esigenze di Marketing;
- per l'intrinseco **valore aggiunto** garantito dal processo di Certificazione che obbliga a sistematicità, indipendenza e ricchezza documentale nella raccolta delle evidenze;
- perchè solo chi dispone di un Sistema di Gestione dell'energia certificato ISO 50001 è **esentato dall'obbligo di diagnosi energetica ai sensi del Decreto 102/2014**;
- perché i dati relativi alle organizzazioni certificate suggeriscono che ci si può attendere un **risparmio medio annuo che va dal 2% al 4%** della spesa annua per l'energia.

IL CONTRIBUTO DI INNOGEEA



1. Supporto per l'intero processo di pianificazione energetica (vedi figura).

2. Incontro con il vertice aziendale per la definizione della politica energetica e dell'*Energy Management Team*. La politica va quindi comunicata a tutta l'organizzazione e resa pubblica per massimizzare il coinvolgimento.

3. Supporto alla conduzione di una analisi energetica (diagnosi energetica) comprendente:

- analisi degli attuali usi e consumi energetici sulla base di misurazioni o altri dati;
- censimento delle apparecchiature e delle caratteristiche tecniche;
- acquisizione parametri di funzionamento rilevanti (fattori di aggiustamento) e analisi dei dati per la determinazione delle performance attuali;
- definizione ed applicazione dei criteri di significatività;
- prioritizzazione degli aspetti energetici;
- individuazione e registrazione delle opportunità di miglioramento;
- *forecast* dei consumi;
- definizione di *Energy baseline*.

4. Supporto per la definizione dei EnPIs coerenti con le priorità identificate. Valutazione di necessità di incremento delle misure e de-

finizione di un opportuno piano. Gli EnPIs definiti saranno monitorati e confrontati con le *baselines* al fine di valutare il miglioramento.

5. Supporto alla definizione di:

- obiettivi energetici per tutte le funzioni aziendali rilevanti;
- traguardi specifici per i parametri di funzionamento rilevanti;
- programmi di attuazione con tempi, responsabilità risorse e step di controllo.

6. Supporto per la revisione e la successiva implementazione di procedure maggiormente *energy sensitive* (progettazione, manutenzione e approvvigionamento).

7. Supporto per la revisione e la successiva implementazione di procedure relative a processi di supporto (gestione risorse umane, formazione, comunicazione, gestione della documentazione).

8. Supporto per la definizione e la corretta attuazione del piano di monitoraggio e misurazione, comprendente:

- gli aspetti energetici significativi (come da analisi energetica iniziale);
- i parametri di funzionamento rilevanti;
- tutti gli EnPIs;
- l'efficacia dei piani di miglioramento ed il raggiungimento di obiettivi e traguardi;
- gli scostamenti tra consumi attesi (*forecast*) e consumi effettivi.

9. Supporto per la definizione e l'attuazione di un programma di audit interno che, sulla base dell'analisi energetica iniziale, coinvolga tutti i processi e le funzioni.

10. Supporto per la pianificazione e l'efficace conduzione di sessioni di riesame da parte della direzione, la preparazione dei dati di input, l'elaborazione e l'emissione dei dati di output;

11. Supporto durante gli audit di terza parte per la certificazione.

COSA È LECITO ATTENDERSI DOPO L'ADOZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE PER L'ENERGIA?

- Maggiore capacità di **comprendere** a fondo e **prevedere i propri consumi energetici**.
- Miglioramento delle **performance energetiche** (mediamente dal 2 al 4% annuo).
- Uso più efficiente dell'energia con **riduzione degli sprechi e dei relativi costi**.
- Pieno **governo della gestione energetica aziendale** con chiari ruoli e responsabilità.
- Maggiore **coinvolgimento di tutta l'organizzazione** al raggiungimento degli obiettivi energetici.
- Diffusione sempre maggiore della **cultura dell'uso razionale dell'energia** all'interno dell'organizzazione e dei processi aziendali.
- Continuo mantenimento della **conformità** a requisiti cogenti in materia energetica.
- Notevole ritorno in termini di **immagine** grazie al prestigio della certificazione ISO 50001.

Per maggiori informazioni sulla certificazione UNI CEI EN ISO 50001:2018 invia una mail a info@innogea.com oppure contattaci al numero **091.7434774**.



Ing. Filippo Castelli

Responsabile Ricerca e Sviluppo,
Clinical Governance e Compliance
Innogea

RADIAL

— DIAGNOSTICA PER IMMAGINI —

Tecnologie all'avanguardia.

**Radiologia
verso
il futuro.**



CONVENZIONATO SSN
Direttore Sanitario: Dott. Dario Picone

091 34 60 10 - radial srl.it  
Via Val di Mazara, 58 - Palermo

WHISTLEBLOWING E MODELLI 231: LE NOVITÀ LEGISLATIVE E MODALITÀ ATTUATIVE

di Filippo Castelli



Il *whistleblower* (soffiatore nel fischietto) è il lavoratore che, durante l'attività lavorativa all'interno di un'azienda, rileva una possibile frode, un pericolo o un altro serio rischio che possa danneggiare clienti, colleghi, azionisti, il pubblico o la stessa reputazione dell'impresa/ente pubblico/fondazione, e per questo decide di segnalarla. La tematica è stata oggetto di un recente provvedimento normativo: il decreto legislativo 10 marzo 2023, n. 24, recante "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e delle disposizioni normative nazionali".

La possibilità di effettuare segnalazioni agli Organismi di Vigilanza, di possibili reati presupposto, è da sempre parte dei cosiddetti Modelli di Organizzazione e Gestione che costituiscono elemento cardine di compliance al Decreto Legislativo 231/01 e s.m.i., anche se occorre ricordare che il *whistleblowing* non si applica alle contestazioni, rivendicazioni o richieste legate ad un interesse di carattere personale della persona segnalante, che attengono esclusivamente ai propri rapporti individuali di lavoro con le figure gerarchicamente sovraordinate. Il recente decreto 24/23 ha introdotto, al riguardo, significativi elementi di novità che gio-

va analizzare. È evidente come, i primi in grado di intuire o ravvisare eventuali anomalie all'interno di un'organizzazione, sono coloro che vi lavorano e che sono in una posizione privilegiata per segnalare queste irregolarità. Ebbene, la platea di soggetti titolati ad effettuare segnalazioni è stata significativamente ampliata.

Sono legittimate a segnalare le persone che operano nel contesto lavorativo di un soggetto del settore pubblico o privato, in qualità di:

- lavoratori subordinati;
- lavoratori autonomi che svolgono la propria attività lavorativa presso soggetti del settore pubblico o del settore privato;
- collaboratori, liberi professionisti e consulenti che prestano la propria attività presso soggetti del settore pubblico o del settore privato;
- volontari e tirocinanti, retribuiti e non retribuiti;
- azionisti e persone con funzioni di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza, anche qualora tali funzioni siano esercitate in via di mero fatto, presso soggetti del settore pubblico o del settore privato.

Nello specifico, sono ammesse le segnalazioni:

- quando il rapporto giuridico è in corso;
- durante il periodo di prova;
- quando il rapporto giuridico non è ancora iniziato, se le informazioni sulle violazioni sono state acquisite durante il processo di selezione o in altre fasi precontrattuali;
- successivamente allo scioglimento del rapporto giuridico, se le informazioni sulle violazioni sono state acquisite prima dello scioglimento del rapporto stesso (pensionati).

Possono essere segnalati comportamenti, atti od omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato, e che consistono in:

- illeciti amministrativi, contabili, civili o penali;
- condotte illecite rilevanti ai sensi del decreto legi-

slativo 8 giugno 2001, n. 231 (reati presupposto), o violazioni del modello di organizzazione e gestione;

- violazione di disposizioni normative europee.

La segnalazione può anche avere ad oggetto:

- informazioni relative alle condotte volte ad occultare le violazioni;
- attività illecite non ancora compiute ma che il *whistleblower* ritenga ragionevolmente possano verificarsi in presenza di elementi concreti precisi e concordanti;
- fondati sospetti.

Sebbene, come si diceva, la possibilità di effettuare segnalazioni agli Organismi di Vigilanza non sia certo una novità, tuttavia è assai esigua ad oggi la frequenza delle segnalazioni; molto spesso, infatti, non si procede per paura di ritorsioni o per la frustrazione di non vedere un seguito concreto e fattivo alle proprie denunce. Da questo punto di vista, il Decreto 24/23 presenta interessanti spunti, stabilendo, in merito alle tutele per il segnalante, che:

- le segnalazioni non possono essere utilizzate oltre quanto necessario per dare adeguato seguito alle stesse;
- l'identità della persona segnalante e qualsiasi informazione correlata non possono essere rivelate, senza il suo consenso espresso, a persone diverse da quelle competenti a ricevere o a dare seguito alle segnalazioni, espressamente autorizzate a trattare tali dati (per inciso, questo si configura come un trattamento di dati personali da gestire in conformità con il GDPR);
- anche nell'ambito di un eventuale procedimento disciplinare interno all'azienda, l'identità della persona segnalante non può essere rivelata, se non in presenza del consenso espresso dalla persona segnalante alla rivelazione della propria identità e, comunque, previa informazione all'interessato.

Il dipendente che segnala illeciti riconosciuti in ragione del rapporto di lavoro non può essere comunque sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o

sottoposto ad altre misure ritorsive. È previsto il reintegro nel posto di lavoro in caso di licenziamento e la nullità di ogni atto discriminatorio o ritorsivo. Beneficiano della medesima protezione i “facilitatori” intesi come coloro che assistono il segnalante nel processo di segnalazione, persone legate ad esso da uno stabile legame affettivo o di parentela o colleghi di lavoro che operano all’interno del medesimo contesto lavorativo del segnalante, ma anche agli enti di proprietà del segnalante o in cui il segnalante lavora.

Resta comunque impregiudicata la responsabilità penale e disciplinare del *whistleblower* nell’ipotesi di segnalazione calunniosa o diffamatoria. Sono altresì fonte di responsabilità, in sede disciplinare e nelle altre competenti sedi, eventuali forme di abuso quali le segnalazioni manifestamente opportunistiche e/o effettuate al solo scopo di danneggiare il denunciato o altri soggetti, e ogni altra ipotesi di utilizzo improprio o di intenzionale strumentalizzazione della segnalazione.

Il *whistleblower* che segnala falsamente sarà destinatario delle sanzioni previste dal modello di organizzazione e gestione in base alla gravità della segnalazione stessa.

Va esaminato con cura il cosiddetto “Canale di segnalazione interna” inteso come l’insieme delle modalità con cui è possibile effettuare le segnalazioni. I soggetti del settore privato, sentite le rappresentanze o le organizzazioni sindacali (quindi previo incontro con verbalizzazione), attivano propri canali di segnalazione, che garantiscano, anche tramite il ricorso a strumenti di crittografia, la riservatezza dell’identità della persona segnalante, della persona coinvolta e della persona comunque menzionata nella segnalazione, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione.

La gestione del canale di segnalazione è affidata ad una persona o ad un ufficio interno autonomo dedicato e con personale specificamente formato per la gestione del canale di segnalazione, ovvero ad un soggetto esterno, anch’esso autonomo e

con personale specificamente formato. È appena necessario rilevare, quindi, l’obbligo formativo a carico dei componenti dell’ufficio interno o del soggetto esterno che gestisce il canale di segnalazione. Di tale formazione occorre averne evidenza. È inoltre opportuno affidare tale incarico in forza di una nomina formale che contempli, tra le altre cose, ed espliciti bene gli obblighi di riservatezza, e che si configuri anche come incarico al trattamento dei dati personali. È lecito ipotizzare, quali soggetti potenzialmente investiti di tale responsabilità, i componenti dell’Organismo di Vigilanza ovvero il RPCT con il supporto eventuale di persone interne all’organizzazione.

In definitiva è possibile concludere con le seguenti considerazioni:

- il decreto 24/23 richiede un significativo aggiornamento dei modelli 231;
- occorre predisporre una procedura di *whistleblowing* per la quale sentire le organizzazioni sindacali;
- sarebbe quantomai opportuno fare ricorso a piattaforme tecnologicamente idonee a garantire la possibilità di segnalazioni sicure, criptate e, se sia il caso, anonime;
- occorre nominare e formare soggetti gestori del canale di segnalazione interna;
- occorre pubblicizzare il canale di segnalazione, anche attraverso pubblicazione sul sito della procedura e degli strumenti per il *whistleblowing*;
- occorre, infine, formare tutto il personale sulle novità anche al fine di illustrare le tutele per i segnalanti e promuovere la pratica del *whistleblowing* per il bene dell’azienda.



Ing. Filippo Castelli

Responsabile Ricerca e Sviluppo,
Clinical Governance e Compliance
Innokea

ACCREDITAMENTO DEI CENTRI DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA): FOCUS SICILIA

di Lidia Di Lorenzo

ANALISI DEL CONTESTO

L'Italia vive da tempo un *trend* demografico negativo che fa registrare ogni anno un nuovo record di calo delle nascite. L'infertilità, maschile e femminile, è diventata un problema molto diffuso e in continuo aumento, da cui discende un crescente ricorso alla procreazione medicalmente assistita (PMA). Negli ultimi anni, la Medicina della riproduzione ha fatto grandi passi in avanti: le tecniche oggi disponibili rappresentano un aiuto concreto alla fertilità naturale per le coppie che desiderano realizzare il desiderio di genitorialità.

La tutela della salute riproduttiva è, dunque, una tematica prioritaria per la sanità pubblica, così come la cura dell'infertilità.

Nell'ambito specifico della PMA, qualsivoglia provvedimento dovrebbe avere come fine ultimo la promozione dell'appropriatezza, della qualità e della sicurezza delle prestazioni, nonché la loro equa accessibilità su tutto il territorio nazionale.

ANALISI DELLE PRINCIPALI NOVITÀ NORMATIVE

Procreazione Medicalmente Assistita e LEA

Sino ad oggi le prestazioni di PMA convenzionate con il SSN erano erogate solo in regime di ricovero. Con i nuovi LEA sono state introdotte le seguenti novità:

- sono state inserite nel nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale tutte le prestazioni necessarie nelle diverse fasi del percorso di procreazione medicalmente assistita, omologa ed eterologa;



- per tutte le spese connesse alle prestazioni di raccolta, conservazione e distribuzione di cellule riproduttive, finalizzate alla PMA eterologa, è previsto un contributo il cui importo è fissato dalle singole Regioni.

Linee Guida sulla Procreazione Medicalmente Assistita

Il ministero della Salute nel 2015 ha emanato le ultime Linee Guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Inoltre, sono attualmente in atto dei lavori per la nuova stesura di Linee Guida italiane per la Procreazione medicalmente assistita, di concerto tra le società scientifiche di riferimento, accreditate al Ministero della Salute. Si procede, in tal senso, verso la direzione di migliorare e rendere sicuro il processo di cura, così come previsto dalla legge

24/2017 (legge Gelli) sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale.

Il 13 gennaio 2023, pertanto, è stato istituito, presso l'Ufficio di Gabinetto del Ministero, il Tavolo tecnico di approfondimento delle tematiche relative alla procreazione medicalmente assistita.

Autorizzazione e Accredimento dei centri di PMA

L'impiego di tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) è subordinato ad autorizzazione. Quest'ultima, presuppone la conformità ai requisiti fissati dalla normativa dello Stato, definita con il *D.lgs. 6 novembre 2007, n. 191 e il D.lgs. 25 gennaio 2010, n. 16*, nonché ai requisiti fissati dalla normativa regionale definiti con il D.A. 13 ottobre 2017, n. 1905.

Il Centro PMA che risulti conforme ai requisiti è iscritto nel compendio europeo degli Istituti dei tessuti a cura del Centro Nazionale Trapianti, al quale è demandata la verifica di conformità dei Centri PMA ai requisiti definiti dalla normativa dello Stato.

Sulla base delle normative regionali di autorizzazione e di accreditamento, per i Centri PMA di II e III livello e per i Centri PMA di I livello che effettuano crioconservazione, le singole regioni collaborano con il Centro Nazionale Trapianti (di seguito CNT) alla verifica di conformità ai requisiti definiti dalla normativa dello Stato, curando autonomamente la verifica di conformità ai requisiti regionali.

Il CNT pubblica la lista dei centri di procreazione medicalmente assistita (PMA) che hanno già ottenuto la certificazione di conformità ai requisiti in materia di qualità e sicurezza, previsti dai decreti legislativi 191/2007 e 16/2010, con la relativa data di rilascio. Tali standard sono applicabili, infatti, oltre che agli altri Istituti dei tessuti, anche ai centri di PMA che trattano cellule riproduttive ed embrioni. Per questo motivo il CNT organizza, modulandolo con ogni singola Regione, un programma di verifica periodica dei centri PMA a far data dall'anno 2010.

FOCUS REGIONE SICILIA

Accreditamento Regionale

Con il Decreto del Presidente della Regione Siciliana

27 giugno 2019, n. 12, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana del 17 luglio 2019, n. 33, è stato formalmente istituito, presso l'Area Interdipartimentale 2 del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico (DASOE) dell'Assessorato regionale della Salute, l'Organismo Tecnicamente Accreditante della Regione Siciliana (OTA) al quale sono attribuite, tra le altre, l'organizzazione e realizzazione delle verifiche per il rilascio dell'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, della Regione Siciliana.

Il nuovo Manuale di Accredimento

Il 20 gennaio 2023, l'OTA ha pubblicato il Manuale di Accredimento delle PMA che guiderà le strutture che intendono accreditarsi nell'identificare le corrette evidenze per affrontare e superare la verifica. Inoltre, l'Organismo ha definito una procedura che descrive dettagliatamente l'iter di verifica dei requisiti di autorizzazione e di accREDITAMENTO: *"Procedura per l'effettuazione delle verifiche finalizzate all'autorizzazione e/o all'accREDITAMENTO all'impiego di tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) nei Centri di PMA di II e III livello e nei Centri PMA di I livello che eseguono crioconservazione"*. La procedura definisce i criteri, le modalità operative e le responsabilità relative alla programmazione, pianificazione, esecuzione e gestione delle risultanze delle verifiche finalizzate all'autorizzazione e/o all'accREDITAMENTO e al rinnovo dell'autorizzazione e/o dell'accREDITAMENTO all'impiego di tecniche di procreazione medicalmente assistita (P.M.A.), svolte in collaborazione con il CNT con l'obiettivo di garantire che le stesse siano condotte con modalità omogenee, affidabili, efficaci, riproducibili, efficienti e trasparenti.



Lidia Di Lorenzo

Responsabile Consulting Innogea



SENZA IL
VOSTRO AIUTO
LA VITA
DELLE PERSONE
AFFETTE DA
**MALATTIA DI CROHN
E COLITE ULCEROSA**
POTREBBE ANDARE
A **ROTOLI.**

Quando fai
la dichiarazione dei redditi
non dimenticarti di:



97091710588

Non sostenerci
soltanto sulla carta.



Dona il tuo
5x1000
ad AMICI ITALIA



ANALISI DEGLI ESITI CLINICI IN REGIONE CALABRIA

di Vittorio Scaffidi Abbate

Lo stato della Sanità nella Regione Calabria è, da sempre, oggetto di analisi critiche, originate per lo più da fatti di cronaca o dalle scelte politiche dei governi, a livello nazionale e regionale, in ordine alla struttura ed alla governance del Sistema Sanitario Regionale.

In tale contesto, Innogea ritiene che valutazioni appropriate possano essere espresse solo partendo dall'analisi dei risultati conseguiti dal Sistema Sanitario Regionale, in termini di volumi e di qualità delle prestazioni erogate.

Dati certi ed affidabili a questo proposito sono forniti da Agenas sul Programma Nazionale degli Esiti relativi agli esiti clinici di procedure cliniche e chirurgiche ritenute particolarmente critiche; su questi dati il gruppo di studio di Innogea ha condotto approfondimenti mirati con l'intento di ottenere un quadro di maggiore chiarezza sul contributo che la Regione Calabria apporta effettivamente alla performance complessiva del Sistema Sanitario Nazionale.

Innogea conduce da tempo studi sull'andamento dei principali indicatori di esito clinico attraverso il confronto tra le Regioni e tra Ospedali Pubblici e Strutture ospedaliere private, tenendo conto dei fattori che, di anno in anno, possono incidere sulla omogeneità dei dati, indispensabile per garantire una corretta valutazione dei trend in una prospettiva di

miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie nell'intero contesto nazionale.

Sotto questo profilo i dati delle edizioni PNE 2020, 2021 e 2022 hanno richiesto specifici approfondimenti a causa dell'evidente influenza esercitata dai fattori legati alla pandemia da Covid 19, sia sul volume dei ricoveri, sia sulla qualità degli esiti clinici.

Le analisi sull'andamento del volume di ricoveri, nel triennio, hanno messo in evidenza variazioni significative, diversamente articolate tra le aree cliniche e, nell'ambito di ciascuna di queste, tra gli indicatori relativi alle singole procedure cliniche o chirurgiche prese in considerazione.

Per i 45 indicatori di volume presi in considerazione dal PNE 2022, la riduzione del numero di ricoveri registrata tra il 2019 ed il 2021 risulta percentualmente maggiore in Calabria rispetto alla media Italia, sia nel 2020 (-18,9% a fronte del -16,0%), sia nel 2021 (-18,3% a fronte del -11,8%).

La riduzione si è registrata, in misura diversa, in tutte le aree cliniche; escludendo l'area perinatale, nella quale la diminuzione dei parti è in linea con il trend registrato ormai da anni in tutta Italia, la diminuzione del numero di ricoveri in Calabria nel 2021 rispetto al 2019 va da un minimo dell'1,1% per l'area "Oncologia" ad un massimo del 56% per l'area "Respiratorio".

VOLUME DEI RICOVERI 2019 -2021 - CONFRONTO ITALIA-CALABRIA

AREA CLINICA	ITALIA					CALABRIA				
	2019	2020	2021	scostamento		2019	2020	2021	scostamento	
				20/19	21/19				20/19	21/19
AREA CARDIOVASCOLARE	463.091	371.885	398.440	-19,7%	-14,0%	11.654	8.873	8.739	-23,9%	-25,0%
AREA CEREBROVASCOLARE	95.292	83.987	84.242	-11,9%	-11,6%	2.512	2.182	2.063	-13,1%	-17,9%
AREA DIGERENTE	110.962	79.780	92.915	-28,1%	-16,3%	2.995	2.144	2.361	-28,4%	-21,2%
AREA MUSCOLO-SCHELETRICO	291.585	247.674	363.123	-15,1%	25,2%	8.075	6.520	7.287	-19,3%	-9,8%
AREA ONCOLOGIA	208.932	188.624	202.392	-9,7%	-3,1%	2.608	2.399	2.580	-8,0%	-1,1%
AREA PERINATALE	417.144	404.135	398.506	-3,1%	-4,5%	13.489	12.155	11.675	-9,9%	-13,4%
AREA RESPIRATORIO	102.475	60.640	56.317	-40,8%	-45,0%	2.786	1.546	1.226	-44,5%	-56,0%
AREA UROGENITALE	230.178	176.109	185.515	-23,5%	-19,4%	5.639	4.518	4.715	-19,9%	-16,4%
TOTALE RICOVERI	1.919.659	1.612.834	1.781.450	-16,0%	-11,8%	49.758	40.337	40.646	-18,9%	-18,3%

Elaborazione Innogea su dati AGENAS PNE edizione 2022

È importante rilevare che nel 2021, se a livello Italia si è registrata una ripresa del volume dei ricoveri rispetto al 2020, primo anno in cui si sono fatte sentire le conseguenze della pandemia (dal -16,0% al -11,8%), in Calabria la ripresa è quasi inesistente nel comparto pubblico (dal -24,2% al -23,8%) e molto contenuta nel comparto privato (dal -14,7% al -12,5%); il recupero operato dai privati va, comunque, sottolineato.

VOLUME DEI RICOVERI IN CALABRIA 2019 - CONFRONTO TRA PUBBLICO E PRIVATO

AREA CLINICA	Ospedali pubblici					Strutture ospedaliere private				
	2019	2020	2021	scarto		2019	2020	2021	scarto	
				20/19	21/19				20/19	21/19
AREA CARDIOVASCOLARE	9.388	7.106	7.706	-24,3%	-17,9%	2.266	1.767	1.033	-22,0%	-54,4%
AREA CEREBROVASCOLARE	2.375	2.009	1.943	-15,4%	-18,2%	137	123	120	-10,2%	-12,4%
AREA DIGERENTE	1.706	1.044	1.161	-38,8%	-31,9%	1.289	1.100	1.200	-14,7%	-6,9%
AREA MUSCOLO-SCHELETRICO	4.281	3.516	3.629	-17,9%	-15,2%	3.794	3.004	3.658	-20,8%	-3,6%
AREA ONCOLOGIA	4.281	1.992	2.116	-53,5%	-50,6%	441	407	464	-7,7%	5,2%
AREA PERINATALE	12.794	11.167	10.675	-12,7%	-16,6%	695	988	1.000	42,2%	43,9%
AREA RESPIRATORIO	2.534	1.385	1.044	-45,3%	-58,8%	252	161	182	-36,1%	-27,8%
AREA UROGENITALE	5.111	3.965	4.067	-22,4%	-20,4%	621	553	648	-11,0%	4,3%
TOTALI	42.470	32.184	32.341	-24,2%	-23,8%	9.495	8.103	8.305	-14,7%	-12,5%

Elaborazione Innogea su dati AGENAS PNE edizione 2022

La percentuale di ricoveri in Calabria rispetto al dato nazionale è, per il totale dei 45 indicatori presi in considerazione, del 2,28%; la popolazione residente in Calabria è stimata, a fine 2022, in 1.843.809 e rappresenta il 3,13% dei 58.983.122 residenti in Italia; dati che confermano il livello di mobilità passiva, in particolare per l'area Oncologica che registra solo l'1,27% del totale ricoveri in Italia, mentre per l'area perinatale la percentuale del 2,93% è molto prossima a quella della popolazione.

PERCENTUALE RICOVERI IN CALABRIA SU TOTALE ITALIA- ANNO 2021

AREA CLINICA	ITALIA	CALABRIA	%
AREA CARDIOVASCOLARE	398.440	8.739	2,19
AREA CEREBROVASCOLARE	84.242	2.063	2,45
AREA DIGERENTE	92.915	2.361	2,54
AREA MUSCOLO-SCHELETRICO	363.123	7.287	2,01
AREA ONCOLOGIA	202.392	2.580	1,27
AREA PERINATALE	398.506	11.675	2,93
AREA RESPIRATORIO	56.317	1.226	2,18
AREA UROGENITALE	185.515	4.715	2,54
TOTALI	1.781.450	40.646	2,28

Elaborazione Innogea su dati AGENAS PNE edizione 2022

Nel 2021 il saldo della mobilità passiva in Calabria è stato, infatti, di 159,5 milioni di euro; il più alto tra le Regioni dopo la Campania che ha un saldo di 185,7 milioni, con una popolazione molto più numerosa di quella della Calabria.

Con riferimento alla qualità degli esiti clinici, per garantire omogeneità ai confronti, lo studio condotto ha preso in considerazione solo gli indicatori per i quali il PNE ha reso disponibili dati definiti ADJ (*adjusted*); la procedura di "Risk adjustment" applicata da Agenas per indicatori per i quali sia disponibile un numero minimo di casi trattati, prevede coefficienti di correzione del dato grezzo che prendono in considerazione fattori confondenti, quali il genere, l'età, ed una serie di comorbidità presenti nell'episodio di ricovero in esame e nei ricoveri avvenuti nei due anni precedenti.

Rispetto ad un totale di 45 indicatori, presi in considerazione dallo studio a livello nazionale, per la Regione Calabria gli esiti ADJ disponibili sono 41 nel comparto pubblico e 27 in quello privato, a causa dei volumi molto contenuti che per gli altri indicatori non consentono l'applicazione della procedura di "adjustment".

I confronti effettuati sui dati dell'edizione PNE 2022 mostrano che a livello di Regione (ospedali pubblici+strutture private) gli esiti migliori della media nazionale sono 20 su 41 e rappresentano il 49% degli indicatori, mentre nel comparto privato gli esiti migliori della media nazionale sono 21 su 27 (il 78%).

Di seguito sono riportati i 5 migliori esiti clinici registrati dal comparto privato in Calabria, messi a confronto con quelli a livello Italia:

Indicatore	Privati Calabria	Italia
1. Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	2,37	7,64
2. Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	8,31	11,25
3. Frattura del collo del femore: intervento entro 48 ore da accesso in struttura	69,19	48,37
4. Frattura del collo del femore: intervento entro 2 giorni	78,21	64,24
5. Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni	0,33	3,76

I 5 peggiori:

Indicatore	Privati Calabria	Italia
1. Arteriopatia arti inferiori III° e IV° grado: mortalità a 30 giorni	16,67	13,74
2. Colectomia laparoscopica: degenza post operatoria < 3 giorni	61,16	81,31
3. Proporzioni di parti cesarei primari	40,48	22,34
4. Parti vaginali: proporzione di episiotomie	19,78	12,27
5. Protesi d'anca: revisione a 2 anni	2,22	1,81

A livello di valutazione complessiva, i dati del triennio mettono in evidenza in Calabria, come nel resto d'Italia, la sostanziale tenuta del Sistema Sanitario; nonostante la pandemia da Covid 19, infatti, la qualità degli esiti clinici non ha registrato peggioramenti significativi rispetto al trend precedente, ed anche sul fronte del volume di ricoveri, dopo la pesante riduzione del 2020, si sono avvertiti segnali di ripresa già nel 2021. Decisamente positivo il contributo che l'Ospedalità privata ha apportato, in ciascuno dei tre anni esaminati, alla performance complessiva del Sistema Sanitario Regionale; i dati di un anno particolarmente critico, come il 2020, hanno messo in rilievo la capacità degli Ospedali privati di operare in un contesto di integrazione e di sussidiarietà, anche in situazioni di particolare emergenza.

Restano le criticità già rilevate negli studi precedenti, costituite, nella Regione Calabria come in tutte le altre Regioni, dalla eccessiva frammentazione dei casi trattati e dalla dispersione, a volte marcata, dei valori degli esiti clinici tra le Regioni e, nell'ambito di queste, tra gli Ospedali, sia pubblici che privati; queste criticità si riflettono anche sul rispetto delle soglie previste dal decreto 70/2015.

Sulla base dei dati PNE 2022, la percentuale di Ospedali, non solo privati ma anche pubblici, che si collocano al di fuori delle soglie previste è alta in tutte le aree cliniche e per tutti gli indicatori; in particolare, nell'area clinica di Oncologia, nessun ospedale (pubblico o privato) raggiunge la soglia in 6 degli 8 indicatori previsti. Può valere, inoltre, a titolo di esempio, l'indicatore relativo al trattamento dell'Infarto Miocardico Acuto, per il quale sono sotto la soglia dei 100 casi previsti dal decreto 12 Ospedali su 21, nel comparto pubblico (il 57%), e 4 su 5 nel comparto privato (l'80%).



Dr. Vittorio Scaffidi Abbate

Direttore Board Scientifico e Presidente Onorario Innogea

LA CUSTOMER SATISFACTION COME STRUMENTO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE CURE

di Antonio Capodicasa, Elisabetta Alcamo

La fiducia, la fedeltà, la soddisfazione del cliente/paziente sono risorse aziendali afferenti al patrimonio intangibile, che viene a costruirsi pian piano, nel tempo, solo se la progettazione qualitativa complessiva iniziale ha intercettato e soddisfatto i bisogni dei pazienti, elevandoli ad obiettivi strategici aziendali.

Questo assunto assume particolare importanza nelle Aziende Ospedaliere, siano esse pubbliche o private, dove il “ciclo erogativo”, partendo dalla fase della *qualità progettata* si conclude con la fase della *qualità paragonata*, quella dimensione della qualità che induce il cliente/paziente a tornare dove le sue aspettative di salute sono state soddisfatte, non solo per esiti, ma anche attraverso la sua interazione con l’ambiente e con il personale. La *Customer Satisfaction*, può dare in tal senso risposte da trasformare, se necessario e valutando opportuni investimenti, in valore.

L’implementazione di metodiche di valutazione ed analisi della Customer Satisfaction, infatti, consente:

- a) di integrare i clienti nei processi di funzionamento aziendali, favorendo un’interazione diretta fra le esigenze del paziente e la flessibilità della organizzazione;
- b) di rafforzare la trama organizzativa agendo miratamente sulle leve dei processi decisionali e



consentendo la revisione di norme, a quel punto condivise, attraverso l'adozione di una "vision" paritaria tra chi ha bisogni di salute e chi propone la soluzione agli stessi attraverso le cure.

c) di utilizzare proattivamente alcune valutazioni, anche sul versante della sicurezza, trasformando i pazienti in veri e propri osservatori avanzati delle condizioni di "safety" ambientale.

A dimostrazione del ruolo centrale svolto dalla *Customer Satisfaction*, quest'ultima si ricava uno spazio ben definito nell'ambito dei sistemi di controllo e di certificazione. A tal proposito, si citano i seguenti standard di riferimento:

Standard Joint Commission International

L'ospedale misura, analizza e, laddove necessario, migliora l'esperienza del paziente allo scopo di incrementare la qualità delle cure. I dati sull'esperienza del paziente sono aggregati, analizzati e trasformati in informazioni utili a individuare strategie per migliorare l'esperienza del paziente (Man. JCI 7^a edizione. Gruppo di Standard PCC "Cura centrata sul paziente": Std. PCC.3).

Norma UNI EN ISO 9001:2015

L'organizzazione deve monitorare la percezione del cliente riguardo al grado in cui le sue esigenze e aspettative sono state soddisfatte. L'organizzazione deve analizzare e valutare i dati e le informazioni appropriati che emergono dal monitoraggio e dalla misurazione. I risultati dell'analisi devono essere utilizzati per valutare [...] il grado di soddisfazione del cliente.

CONFERENZA STATO-REGIONI: Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento

Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti tramite indagini di Customer Satisfaction. Utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione dell'esperienza degli

utenti per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate.

In passato, un punto debole dei sistemi di *Customer Satisfaction* è stato l'assorbimento di risorse umane da formare e destinare alla raccolta dei dati mediati da interviste, oppure alla somministrazione diretta o indiretta di questionari, cui successivamente seguiva l'aggregazione, imputazione ed elaborazione dei dati.

Allo scopo di superare le modalità "storiche" di recupero del grado di soddisfazione da parte dei clienti, alleggerendo così di conseguenza anche i costi in termini di impegno delle risorse umane, la tecnologia ha rivolto le sue attenzioni alla ricerca di sistemi digitalizzati in grado di superare anche i bias di ricerca, spesso correlati al fattore umano (modalità di proposizione dell'intervista, empatia con l'intervistato, senso di appartenenza all'azienda dell'intervistatore, ecc.).

Innocea ha messo a punto un innovativo strumento digitale, denominato SeiSoddisfatto®, che permette di raccogliere l'opinione degli utenti in modo semplice, rapido ed economico. Ben più efficacemente dei tradizionali metodi di analisi della *Customer Satisfaction*, infatti, questo strumento è in grado di fornire risultati immediati e precisi, consentendo un risparmio in termini di tempo e risorse sia umane che economiche.

Ma è soprattutto la risorsa tempo, in fase di acquisizione del dato attraverso report dettagliati e la sua successiva elaborazione, a determinare il vantaggio strategico di questa metodica, dal momento che lo strumento consente di intervenire tempestivamente sulla correzione di criticità organizzative, prima che le stesse possano assumere dimensioni di particolare disagio, rischiando di produrre danni all'immagine della struttura.

Entrando nel dettaglio del *business case* proposto nella presente analisi, sono stati analizzati i dati raccolti tramite le rilevazioni della

Customer Satisfaction all'interno di una Casa di Cura siciliana di carattere privato che offre servizi sanitari ospedalieri e ambulatoriali, in regime di accreditamento con il SSN. Durante il periodo di rilevazione, pari a 7 mesi (da novembre 2022 a maggio 2023), sono state raccolte complessivamente 382 valutazioni. Per la somministrazione dei questionari di gradimento sono stati utilizzati dei totem *Sei-Soddisfatto?*[®], posizionati in 4 aree della Casa di Cura:

- Hall Centrale.
- Segreteria Ambulatori.
- Accettazione Ricoveri.
- Accettazione Fisioterapia.

Nello specifico, sono stati predisposti due questionari, uno per area di *ricovero* e l'altro per *prestazioni ambulatoriali*, finalizzati alla misurazione sia del grado di soddisfazione dei pazienti che dell'indice di fidelizzazione degli utenti, mediante il ricorso al *Net Promoter Score (NPS)*. Considerata la scala di risposta su base numerica, da 1 a 4, e valutata l'aspirazione all'eccellenza da parte della struttura, è stato determinato come valore soglia il risultato 3.0, al di sotto del quale il valore viene considerato come *substandard care*.

Di seguito, si declinano le domande proposte all'utenza distinte per le diverse macrocategorie, oggetto di valutazione dell'indagine (sono riportate in corsivo le domande comuni ai due questionari, per le aree "Ricoveri" e "Servizi ambulatoriali").

DOMANDE QUESTIONARIO RICOVERI

CATEGORIA	DOMANDA
SERVIZIO	Quanto è soddisfatto della prontezza di risposta alle sue chiamate dal letto?
COMUNICAZIONE	<i>Quanto è soddisfatto della facilità di comunicazione con la Casa di cura?</i>
	Quanto è soddisfatto delle informazioni ricevute sulla sua malattia, sugli esami e sulle cure e del coinvolgimento suo e dei suoi familiari nel processo di cura ed assistenza?
PROFESSIONALITA'	<i>Quanto è soddisfatto della cortesia e professionalità degli operatori del servizio di accettazione?</i>
	<i>Quanto è soddisfatto complessivamente della cortesia e professionalità dei medici?</i>
	Quanto è soddisfatto complessivamente della cortesia e professionalità degli infermieri?
SODDISFAZIONE COMPLESSIVA	Quanto è soddisfatto complessivamente del servizio di accettazione?
	Quanto è soddisfatto complessivamente sui servizi sanitari offerti dalla Casa di cura?
PRIVACY	<i>Quanto è soddisfatto del rispetto della sua privacy e della tutela dei suoi dati personali?</i>
INFORMAZIONI RICEVUTE	Quanto è soddisfatto delle informazioni ricevute sulla data di dimissione e delle informazioni sanitarie ricevute al momento della dimissione?
AMBIENTE E STRUTTURA	Quanto è soddisfatto del comfort della sua camera di degenza?
PULIZIA	Quanto è soddisfatto delle condizioni igieniche della sua camera di degenza?
FOOD E BEVERAGES	Quanto è soddisfatto dei pasti a lei serviti?
SERVIZI ALBERGHIERI	Quanto è soddisfatto complessivamente sui servizi alberghieri della Casa di cura?

DOMANDE QUESTIONARIO SERVIZI AMBULATORIALI

CATEGORIA	DOMANDA
SERVIZIO	Quanto è soddisfatto complessivamente del servizio di accettazione?
COMUNICAZIONE	<i>Quanto è soddisfatto della facilità di comunicazione con la Casa di cura?</i>
	Quanto è soddisfatto del tempo di attesa per consegna dell'esito?
PROFESSIONALITA'	<i>Quanto è soddisfatto della cortesia e professionalità degli operatori del servizio di accettazione?</i>
	<i>Quanto è soddisfatto della cortesia e professionalità dei medici?</i>
	<i>Quanto è soddisfatto della cortesia e professionalità degli infermieri, fisioterapisti e del personale tecnico?</i>
PRIVACY	<i>Quanto è soddisfatto del rispetto della sua privacy e della tutela dei suoi dati personali?</i>
AMBIENTE E STRUTTURA	Quanto è soddisfatto del comfort della struttura?
PULIZIA	Quanto è soddisfatto delle condizioni igieniche?
SODDISFAZIONE COMPLESSIVA	Quanto è soddisfatto complessivamente dei servizi sanitari della Casa di cura?

Da una prima valutazione d'insieme, rispetto al confronto tra l'ultima rilevazione di maggio e quella precedente di febbraio 2023, è possibile individuare aree con trend costante o in miglioramento ed altre, invece, in cui prevalgono diverse criticità; attraverso un'analisi più dettagliata di queste ultime, sarà possibile individuare con maggiore precisione quali categorie per singola location e per tipologia di questionario sono da destinare a progettualità migliorative.

Il valore espresso e riportato in tabella in forma puntuale, se valutato periodicamente, potrà determinare dunque delle curve la cui osservazione ed analisi è in grado di contribuire ad intercettare per tempo flessioni delle performance qualitative, oppure a valutare il livello di efficacia delle azioni di miglioramento implementate.

VALUTAZIONE PER QUESTIONARIO (Tutte le location)

Fra parentesi i dati riferibili alla precedente valutazione di febbraio 2023

Location	Tipologia questionario	Numero di compilazioni	Media Grad/4	Nps	Trend NPS	Location specifica	Numero di Compilazioni	Media Grad/4	NPS	Trend NPS
Tutte le location* 382 (220)	Ricoveri	119 (75)	3.2 (3.2)	26 (24)	↑	Accettazione ricoveri	38 (27)	3.3 (3.4)	36 (40)	↓
						Hall centrale	75 (42)	3.1 (3.0)	18 (9)	↑
	Servizi ambulatoriali	163 (145)	3.4 (3.4)	44 (44)	↔	Accettazione Fisioterapia	71 (69)	3.5 (3.5)	53 (52)	↔
						Accettazione ricoveri	14 (9)	3.3 (3.1)	28 (-11)	↑
						Hall centrale	22 (11)	3.2 (3.5)	45 (63)	↓
						Segreteria ambulatori	47 (47)	3.3 (3.3)	29 (29)	↔

*il dato comprende 15 compilazioni demo (6 Questionario Ricoveri e 9 Questionario Servizi Ambulatoriali)

Grazie all'incremento del numero complessivo delle compilazioni registrate da novembre, a ridosso dell'installazione dei Totem, alle ultime raccolte nel mese di maggio, l'affidabilità statistica dei risultati rilevati ha assunto sempre più un valore di informazione usufruibile ai fini di analisi ed approfondimento, piuttosto che di registrazione di puro e semplice dato.

L'analisi delle risposte e dei risultati raccolti ci ha consentito, pertanto, di individuare valori interessanti sia in termini di rilevazione della soddisfazione degli utenti sui servizi della struttura che di determinazione delle aree/categorie in miglioramento o peggioramento rispetto alle attese e ai desideri dell'utenza. Considerata l'importanza che determinate categorie di servizi, trattamenti e requisiti assumono nella soddisfazione percepita dai pazienti, non è difficile dunque immaginare alle future, diverse e possibili strategie di miglioramento che potrebbero e dovrebbero essere messe in atto da parte delle strutture sanitarie: si fa sempre più concreta e crescente, infatti, l'opportunità per le Direzioni Generali e Sanitarie di essere supportate da soluzioni innovative, digitali, personalizzabili e di facile utilizzo per l'utente, in grado di includere la raccolta dei feedback, delle segnalazioni e delle opinioni sulla soddisfazione complessiva del servizio percepita dagli utenti all'interno delle diverse strategie decisionali assunte dal Management sanitario.

E tutto questo sempre nell'ottica del perseguimento costante di un unico obiettivo principale: il coinvolgimento costante del paziente all'interno del proprio percorso di cure e all'interno del processo di miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure erogate.

Un miglioramento certamente generale, ma anche più specifico, in quanto messo in atto in risposta a richieste precise espresse dai pazienti, familiari, caregiver. Un miglioramento capace

di coinvolgere la soddisfazione complessiva degli utenti, ma anche la sicurezza delle cure loro erogate, al fine di rendere l'habitat di cui usufruiscono maggiormente sicuro, appetibile e all'altezza delle loro aspettative.

In conclusione, possiamo affermare che un'organizzazione sanitaria erogatrice di servizi non dovrebbe mai dimenticare che la Qualità percepita in sanità, molto più che in altri settori, si basa sulla relazione e la comunicazione che si instaura tra chi usufruisce del servizio e chi lo eroga. Tale valore si fonda, in particolare, sull'attenzione posta da parte delle strutture sanitarie nell'ascoltare le opinioni e le necessità dei loro Pazienti, al fine di renderli sempre più partecipi e protagonisti attivi del proprio percorso di cura, puntando a soddisfarne i reali bisogni, i desideri e le aspettative.



Dr. Antonio Capodicasa
Clinical Risk Manager, Componente
Board Scientifico Innogea



Elisabetta Alcamo
Addetta Marketing Innogea

CAMPAGNA ADV

SANTABARBARA HOSPITAL

INNOGEA

santabarbarahospital.it

RISONANZA *MAGNifica.*



PRENOTA ADESSO UN ESAME CON LA NOSTRA
NUOVA RISONANZA MAGNETICA APERTA,
SENZA ALCUN EFFETTO CLAUSTROFOBICO.



SANTABARBARA
HOSPITAL
LA CURA INCONTRA IL MARE

IL PROCESSO DI GESTIONE DEI PRIVILEGES NELLE STRUTTURE SANITARIE - WEBINAR DEL 31/03/2023

di Vittorio Scaffidi Abbate, Filippo Castelli, Antonio Capodicasa, Claudio Fussone

Lo scorso **31 marzo 2023** Innogea ha realizzato, con il **patrocinio dell'Aiop** - Associazione Italiana Ospedalità Privata e di **ANMDO** - Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere, un **webinar dal titolo "Il processo di gestione dei privileges nelle strutture sanitarie"**.

Il webinar è stato **accreditato ECM** per il rilascio di 4,5 crediti a tutte le professioni sanitarie sull'obiettivo formativo n. 11 di AGENAS, esattamente quello inerente temi legati a *"Management sistema salute, Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali"*.

L'evento ha visto la partecipazione di oltre **60 iscritti tra Direttori Sanitari e Responsabili di Unità Operative** di diverse branche (Anestesia e Rianimazione, Cardiologia e Ortopedia in testa), **Risk Manager e Responsabili dei Servizi Infermieristici** afferenti ad aziende ospedaliere private operanti in tutta Italia.

Il webinar è stato ideato principalmente a beneficio delle Direzioni Sanitarie, dei Risk manager, dei Responsabili di Raggruppamento, Unità Operativa e Servizi Specialistici delle strutture sanitarie, al fine di supportarli con metodi e strumenti nella conduzione di questo importante processo e, in particolare, aiutarli nel perseguimento dei seguenti **obiettivi**:

- comprendere a fondo il **concetto di privilege clinico**;



IL PROCESSO DI GESTIONE DEI PRIVILEGES NELLE STRUTTURE SANITARIE

Obiettivo del Webinar

Il conferimento dei privileges è un processo complesso attraverso il quale l'organizzazione sanitaria decide di autorizzare, più o meno progressivamente, un professionista medico ad eseguire determinate prestazioni sanitarie in termini di aree cliniche e contenuti delle prestazioni. L'obiettivo principale di tale conferimento è quello di garantire che trattamenti e procedure mediche vengano svolti da professionisti in possesso delle necessarie competenze cliniche, sufficiente esperienza acquisita e una formazione continua, tutti elementi fondamentali per garantire la sicurezza del paziente e la qualità delle cure.

In tale ottica, il corso si pone il raggiungimento delle seguenti finalità:

- Comprendere a fondo il concetto di privilege clinico;
- Conoscere gli standard e le norme applicabili in materia di privileging;
- Acquisire consapevolezza sul processo e le fasi di privileging;
- Identificare e valutare/autovalutare correttamente le clinical competences;
- Acquisire elementi per una corretta implementazione del processo di gestione dei privileges nella struttura sanitaria/Unità Operativa/servizio specialistico;
- Saper identificare, raccogliere e valutare i dati necessari per la revisione periodica, rivalutazione e modifica dei privileges clinici;
- Inquadrare il processo di privileging nel contesto dei PDTA aziendali come strumento di governo degli esiti clinici.

Destinatari

Il webinar è rivolto alle Direzioni sanitarie, ai Risk manager, al Personale Medico e ai Responsabili di Raggruppamento, Unità Operativa e Servizio Specialistico.

Con il patrocinio di



Programma:
dalle ore 09.00 alle ore 13.00

Interverranno:

Dr. Vittorio Scaffidi Abbate
Presidente Onorario e Direttore Board Scientifico Innogea

Ing. Filippo Castelli
Responsabile Ricerca e Sviluppo,
Clinical Governance e Compliance Innogea

Dr. Antonio Capodicasa
Risk Manager e componente senior
del Board Scientifico Innogea

Modalità di Iscrizione e Costi

- Compilare il modulo di iscrizione entro il 10/03/2023
- Evento a numero chiuso
- Costo*: 150 € (iva inclusa) per partecipante
- ***Quota PROMOZIONALE: 100 € (iva inclusa) riservata ai soci AIOP-ANMDO e ai Clienti di INNOGEA**

CLICCA QUI
per iscriverti al webinar

Crediti ECM:** il corso dà diritto a numero crediti 4,5
Provider n. 1152
Cod. Evento 376766
**Corso accreditato per tutte le professioni sanitarie

Modalità di partecipazione

- Cliccare direttamente sul tasto ACCEDI ADESSO dalla mail ricevuta da meeting@bibigroup.it il giorno prima dell'evento.
- Inserire le credenziali USERNAME e PASSWORD ricevute via e-mail.
- Accedere cliccando su LOGIN
- Cliccare sul primo tasto in alto a sinistra "LIVE" per seguire la diretta che avrà inizio alle ore 09.00
- Qualora lo schermo dovesse apparire statico aggiornare la pagina.

Per maggiori informazioni inviare una mail a **info@innogea.com** oppure chiamare la nostra segreteria al numero **091.7434774** (int. 3 segreteria).

- conoscere gli **standard e le norme applicabili in materia di privileging**;
- acquisire consapevolezza sul **processo e le fasi di privileging**;
- identificare e valutare/autovalutare correttamente le **clinical competences**;
- acquisire elementi per una corretta **implementazione del processo di gestione dei privileges** nella struttura sanitaria/Unità Operativa/servizio specialistico;
- saper identificare, raccogliere e valutare i dati necessari per la **revisione periodica, rivalutazione e modifica dei privileges clinici**;
- inquadrare il processo di **privileging** nel **contesto dei PDTA aziendali** come strumento di governo degli esiti clinici.

Il conferimento dei *privileges*, giova ricordarlo, è un processo piuttosto complesso attraverso il quale **l'organizzazione sanitaria decide di autorizzare un professionista medico ad eseguire**, con diversi gradi di autonomia, **determinate prestazioni sanitarie** in termini di aree cliniche e contenuti delle prestazioni.

L'**obiettivo principale** di tale processo è quello di **garantire** (anche attraverso un processo di valutazione periodica) **che trattamenti e procedure mediche e chirurgiche vengano svolti da professionisti in possesso delle necessarie competenze cliniche, sufficiente esperienza acquisita e una formazione continua**, tutti elementi fondamentali per **garantire la sicurezza del paziente e la qualità delle cure**.

A condurre il webinar, tre relatori dalla comprovata esperienza nel risk management e nell'implementazione di *gold standard* in materia di *quality & patient safety*:

- il dott. Vittorio Scaffidi Abbate - Presidente Onorario e Direttore del Board Scientifico di Innokea.
- l'ing. Filippo Castelli - Responsabile Ricerca e Sviluppo - Clinical Governance e Compliance di Innokea.
- il dott. Antonio Capodicasa - Risk Manager e componente senior del Board Scientifico di Innokea.

Al **dott. Vittorio Scaffidi Abbate** il compito di aprire i lavori e fornire ai partecipanti i principi generali legati al processo di conferimento dei *privileges*. È stato chiarito come la cura e l'assistenza ai pazienti sia governata da quattro dimensioni della qualità, tra cui assume un ruolo decisivo la qualità tecnico professionale, la quale risponde alla domanda "*da chi viene erogata la prestazione?*" e che è la principale attrice nel processo di gestione dei *privileges*.

Il dott. Scaffidi si è poi soffermato sul delicato processo di selezione del personale sanitario, affine e propedeutico a quello di conferimento dei *privileges*. Sono stati esaminati gli *standard JCI* in tema

di credenziali e mostrati esempi di strumenti operativi. Onde fugare eventuali dubbi, il dott. Scaffidi ha proseguito e terminato il proprio intervento esponendo esempi specifici e mostrando svariati format di schede di conferimento, chiarendo cosa sono e cosa non sono i *privileges* clinici e dettagliando anche gli step metodologici di questo delicato processo.

I lavori sono proseguiti con l'intervento dell'**ing. Filippo Castelli**, il quale ha preso in esame tutti i requisiti normativi in materia di *privileges*, primo fra tutti il manuale "*Gli Standard Joint Commission International per l'accreditamento degli Ospedali*" - VII edizione. Sono stati esaminati in dettaglio gli standard del capitolo SQE e dei capitoli correlati, sia in termini di intenti che di elementi misurabili. Sono stati così affrontati i passaggi metodologici del conferimento dei *privileges*, ma anche quelli relativi alla verifica delle credenziali, al conferimento degli incarichi e alla valutazione continua della pratica professionale.

L'ing. Castelli ha anche sottolineato come riferimenti diretti o indiretti al processo di gestione dei *privileges* siano presenti in svariati riferimenti normativi, come il disciplinare per la revisione della normativa di accreditamento e relativi testi regionali consequenziali, ma anche diverse linee guida per l'organizzazione di reti (ad esempio, la rete delle *Brest Units*). L'ing. Castelli ha poi correlato il processo di gestione dei *privileges* all'attualissimo tema degli *outcomes* clinici e del PNE con interessanti spunti di riflessione, terminando il proprio intervento mostrando agli iscritti la *flow chart* generale del processo.

Il webinar ha visto come terzo relatore il **dott. Antonio Capodicasa**, il quale ha posto l'attenzione sull'assunto, ormai largamente recepito, che le istituzioni per fornire cure di qualità ed erogarle in sicurezza devono proteggere i pazienti non solo dagli errori di sistema, ma anche dagli errori umani. Richiamando i contenuti della Legge Gelli-Bian-

co ha chiarito come anche le competenze nell'utilizzo delle risorse ospedaliere rappresentino, oltre che un target strategico, un obbligo normativo e come l'implementazione della metodologia dei *privileges* appaia coerente con l'intento della Legge Gelli, in quanto obbliga l'esercente a definire prioritariamente, sin dalla fase progettuale, per qualità e volumi, i bisogni professionali, necessari all'erogazione di cure competenti e sicure.

Attraverso un percorso logico stringente, il dott. Capodicasa ha spiegato ai partecipanti in che modo qualsiasi attività sanitaria, che si immagini di iniziare ad erogare, riconosca una progressione progettuale che prevede l'identificazione dei bisogni di salute che si intendono soddisfare (Qualità Attesa), l'identificazione degli Standard Qualitativi da raggiungere (Qualità Progettata) e l'erogazione delle prestazioni (Qualità Erogata); la misurazione, a questo punto, passa al paziente con la Qualità Percepita, misura del grado di soddisfazione, che finisce per orientare le scelte successive del paziente (Qualità Paragonata). La determinazione dei *privileges* afferisce all'area "progettuale" per la quale, rispetto ai principi della legge Gelli-Bianco, ove un servizio progettato non raggiunga i risultati previsti in termini di sicurezza e qualità erogata, questo si può configurare come *understandard care* nei riguardi del paziente.

Facendo riferimento ad un famoso articolo del 1989 di Avensis Donabedian, riguardo la misurabilità della qualità delle cure e le principali tipologie di indicatori (di Struttura, Processo ed Esito) il dott. Capodicasa ha sottolineato come sia necessaria una continua attività di controllo, finalizzata al costante mantenimento degli standard, identificati in sede di progettazione e afferenti alla fase della Qualità Progettata, se necessario modificandoli nel tempo. Se le premesse progettuali sono corrette saranno i pazienti stessi ad apprezzare l'appropriatezza del progetto, valutando positivamente in termini di soddisfazione, misurabile (at-

traverso sistemi di rilevazione della soddisfazione, valutazioni del *Net Promoter Score* etc.), la Qualità delle cure erogate dal personale competente. In questo modo, il paragone delle stesse strutture con altre realtà, da parte del paziente, finirà per premiare le scelte e le strategie aziendali.



Dr. Vittorio Scaffidi Abbate
Direttore Board Scientifico
e Presidente Onorario Innogea



Dr. Antonio Capodicasa
Clinical Risk Manager, Componente
Board Scientifico Innogea



Ing. Filippo Castelli
Resp. Ricerca e Sviluppo, Clinical
Governance e Compliance Innogea



Claudio Fussone
Responsabile Training Innogea

CORPORATE RESPONSABILITY: INNOGEO LANCIA IL PROGETTO MASTER MANAGER

di Sandro Siniscalchi



Nasce *Master Manager* il primo master “funzionalizzante” per giovani talenti laureati in discipline economico aziendali ed ingegneria gestionale. Il master si pone l’obiettivo principale di preparare ed introdurre i giovani laureati nel mondo del lavoro; contestualmente, consente alle aziende del territorio siciliano di entrare in contatto con risorse preparate e altamente qualificate, da inserire all’interno delle realtà imprenditoriali del Network del progetto.

PERCHÈ MASTER MANAGER

L’idea prende spunto da due differenti evidenze: ogni anno vanno via dalla Sicilia circa 4.000 laureati per poter completare il proprio percorso formativo o cercare occupazione altrove; alcuni vanno via per scelta, per ambizione, per velocizzare il percorso di crescita attraverso esperienze ed arricchimento culturale; altri per necessità. Per i primi possiamo parlare di mobilità, che costituisce sicuramente un valore positivo, ma per i secondi dobbiamo parlare di migrazione, ovvero di un fenomeno negativo, definibile senza indugio come una vera e propria piaga.

Ecco, *Master Manager* si rivolge proprio a questi ultimi, in quanto si propone di essere un’opportunità per coloro i quali vogliono trovare in Sicilia il proprio futuro, per coloro che aspirano a poter applicare nel mondo del lavoro i concetti appresi durante gli studi universitari, per coloro che aspirano a realizzarsi nella professione, senza essere costretti ad abbandonare le proprie radici. Di contro, con sempre maggiore frequenza, le aziende hanno difficoltà nel reperire risorse qualificate; tale fenomeno, oggi, ha acquisito una rilevanza notevole, tanto da rappresentare proprio uno dei fattori critici per lo sviluppo della piccola e media impresa.

LO SCOPO DI MASTER MANAGER

Master Manager vuole essere un piccolo argine a tale fenomeno: vuole unire il mondo delle imprese con i giovani laureati, preparati e formati per poter affrontare le sfide del mondo del lavoro.

Master Manager si pone quindi come obiettivo il *placement* della gran parte dei partecipanti, offrendo a questi ultimi l’opportunità di trovare, entro 12 mesi dalla fine del percorso formativo, un lavoro in Sicilia che possa soddisfare appieno le loro aspirazioni.

COME PRODUCE QUESTO RISULTATO MASTER MANAGER

Selezioniamo giovani laureati in discipline economiche ed ingegneria gestionale. I ragazzi selezionati (da un minimo di 16 ad un massimo di 25 partecipanti) svolgeranno un primo percorso formativo in aula, con risoluzione di casi di studio reali su tutte le tematiche specifiche del governo aziendale (Budget, Controllo di gestione, Organizzazione aziendale, Gestione delle Risorse umane, Pianificazione e Controllo finanziario, Marketing, Gestione delle Reti vendite, Time management, Leadership, P.N.L., Sistemi di innovazione di prodotti e di processo); verranno inoltre valutati sia le *hard skill* che le *soft skill* dei partecipanti, in modo da avere un profilo completo ed esaustivo dei ragazzi. Nel corso di tale fase, le aziende aderenti potranno presentare ai candidati i propri casi di studio e presenziare durante le esposizioni degli stessi o di altri *business case*. La seconda parte della formazione si sviluppa, come detto in precedenza, attraverso l'attivazione di tirocini formativi dai quattro ai sei mesi presso le aziende partner che aderiscono al progetto, mediante lo svolgimento di project work ad hoc per singolo tirocinante ed il supporto di tutoraggio costante offerto da Innogea. Alla fine del percorso formativo-applicativo, l'auspicio che ci poniamo è la collocazione dei giovani, così formati, all'interno delle organizzazioni presso cui hanno svolto l'attività di tirocinio.

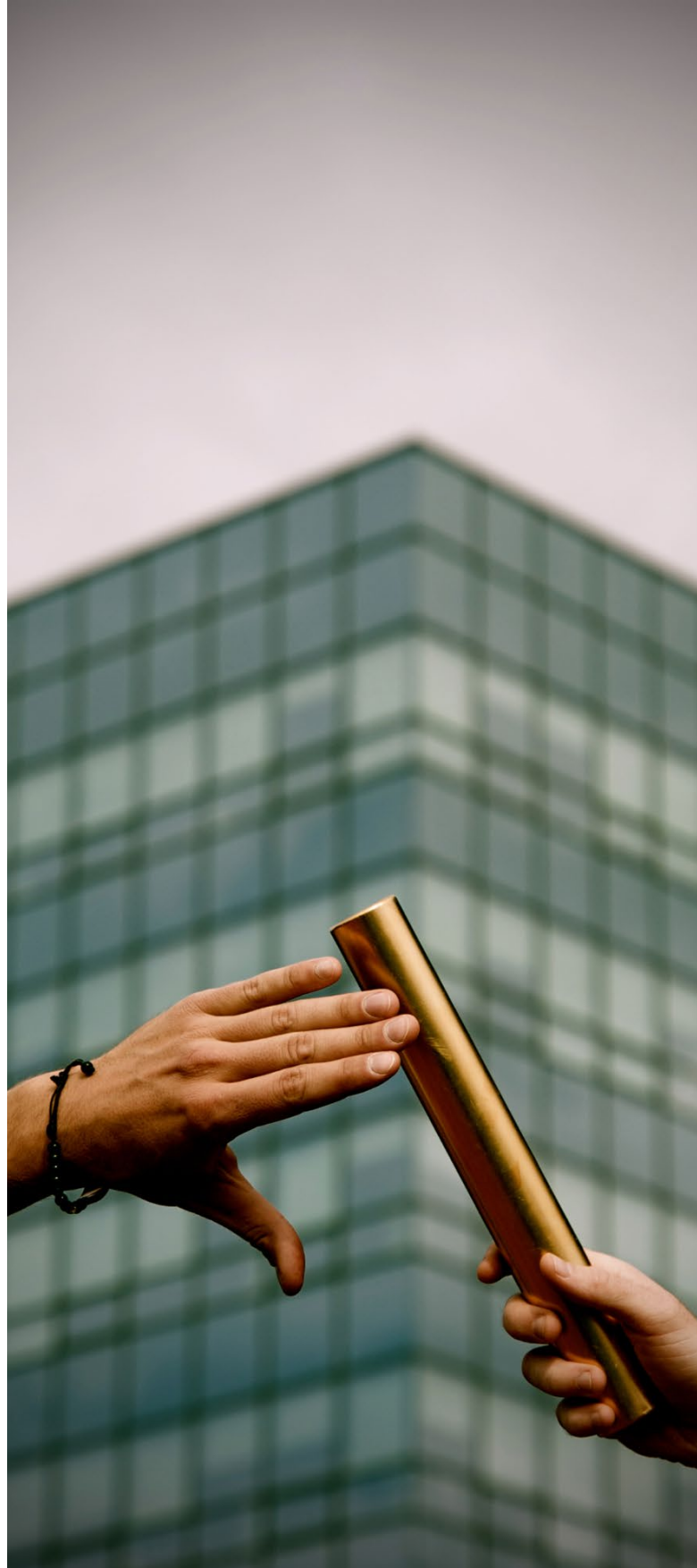
In definitiva:

Master Manager è un progetto sociale.

Master Manager è un progetto innovativo.

Master Manager è un progetto che può essere di supporto a tante realtà aziendali nelle varie fasi del processo di sviluppo.

Master Manager è un progetto che consente ai nostri figli di interrompere l'odioso *trade off* tra realizzazione professionale ed economica, da una parte, e, dall'altra, l'attaccamento alle proprie radici e al proprio territorio.



Dr. Sandro Siniscalchi
Amministratore Delegato Innogea

NEWS

Rinnovo Accredитamento di Eccellenza (JCI) – C.O.T.



Lo scorso febbraio, il **C.O.T. – Istituto Clinico Polispecialistico di Messina** ha conseguito il suo terzo rinnovo dell'accreditamento di eccellenza da parte del Team

Joint Commission International.

La conferma di questo importante risultato, raggiunto anche per merito del contributo offerto dal Presidente Onorario e Direttore del Board Scientifico di Innogea, il **dr. Vittorio Scaffidi Abbate**, e dai consulenti di Innogea, il **dr. Nicola Seggio** e l'**ing. Dino Sortino**, testimonia ancora una volta il radicamento della cultura della sicurezza del paziente e della qualità delle cure nella Leadership e in tutto il Personale della struttura sanitaria siciliana.

Presentato il Calendario dei Live Webinar “Adempimenti formativi” - 2023



È stato presentato il **calendario 2023 dei Live Webinar “Adempimenti formativi”** promossi da Innogea per consentire alle aziende di rispettare,

con facilità e in maniera sostenibile, una serie di obblighi formativi in capo ai loro dipendenti.

I corsi, programmati per tutto il corso dell'anno 2023, sono fruibili in **modalità FAD sincrona** (webinar) e si focalizzano sulle seguenti tematiche: Aggiornamento Privacy in sanità, Umanizzazione delle cure e Tecniche di counseling, Responsabilità amministrativa in sanità, Rischio Clinico e Occupazionale nelle aziende sanitarie.

In caso di iscrizione multi-partecipante, sono previste scontistiche progressive per le strutture aderenti.

Per informazioni sui corsi, scrivi a info@innogea.com o chiama il numero **091 7434774**.

Webinar “Il processo di gestione dei privileges nelle strutture sanitarie”

Il **31 marzo 2023**, 56 medici e manager di strutture sanitarie hanno partecipato al **webinar “Il processo di gestione dei privileges nelle strutture sanitarie”**. Durante l'evento, patrocinato da **AIOP** e **A.N.M.D.O.**, si sono susseguite le relazioni esposte dal **dr. Vittorio Scaffidi Abbate**,

Presidente onorario e Direttore del Board Scientifico di Innogea, dall'**ing. Filippo Castelli**, Responsabile Ricerca e Sviluppo, Clinical Governance e Compliance di Innogea, e dal **dr. Antonio Capodica**, Risk Manager e componente senior del Board Scientifico di Innogea.



NEWS

Formazione in materia di “attribuzione di privileges clinici” - Ospedale Koelliker



Si è concluso ad aprile scorso, presso l'**Ospedale Koelliker di Torino**, il percorso formativo e applicativo, in materia di **attribuzione dei privileges clinici**, che ha coinvolto diverse figure interne alla struttura, tra cui medici della Direzione sanitaria, RSPP, Resp. Qualità, personale dell'Ufficio Risorse Umane e Resp. delle Professioni sanitarie.

Le sessioni di approfondimento sono state condotte dai consulenti di Innogea, il **dr. Vittorio Scaffidi Abbate**, Direttore del Board Scientifico, e l'**ing. Filippo Castelli**, Responsabile Ricerca e Sviluppo, Clinical Governance e Compliance.

INNOGEEA Sponsor della 60° Assemblea Generale AIOP



Anche quest'anno, Innogea ha preso parte come sponsor all'**Assemblea Generale di AIOP**, rinnovando il proprio impegno al fianco dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata. *“Il nostro è un percorso culturale, partito dall'accreditamento e giunto fino all'accreditamento d'eccellenza – afferma l'ing. Marco Lampasona, Presidente di Innogea – e in questo percorso siamo lieti che*

la nostra società sia di supporto ad AIOP”. L'iniziativa, giunta alla sua **60° edizione**, si è svolta nella città di Lecce, dall'11 al 13 maggio.

Avvio Assessment JCI - Villa Margherita



Lo scorso giugno, un team di esperti di Innogea in materia di qualità e sicurezza del paziente, gestione del rischio e standard Joint Commission International per l'accreditamento degli ospedali, ha condotto un assessment presso la **Clinica privata Villa Margherita** di Roma, al fine di valutare il grado di compliance della struttura al corposo set di standard di eccellenza.

Il team, guidato dal Presidente Onorario di Innogea e Direttore del Board Scientifico, il **dott. Vittorio Scaffidi Abbate**, e composto dall'**ing. Filippo Castelli**, Responsabile Ricerca e Sviluppo, Clinical Governance e Compliance di Innogea, e dal **dott. Nicola Seggio**, Senior consultant di Innogea, ha successivamente predisposto e sottoposto alla struttura sanitaria l'assessment report, grazie al quale l'organizzazione potrà avviare il proprio cammino di avvicinamento alla piena compliance, a beneficio del miglioramento della qualità e sicurezza di pazienti, operatori e visitatori.



Innokea Srl

Sede Legale e operativa:

Via Ppe di Belmonte, 102 • 90139 Palermo

Tel. 091.7434774 • Fax 091.336853

Via Giosuè Carducci, 34 • 20123 Milano

Tel. 02.83623040

www.innokea.com • info@innokea.com