



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

RELAZIONE DI ATTIVITA' GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE ANNO 2021

Sommario

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE	4
Gruppo Operativo UGR	6
Incontri gruppo operativo UGR	7
Referenti aziendali rischio comparto e dirigenza	7
Esplicitazione obiettivi in materia di gestione rischio Clinico	7
Eventi avversi/quasi eventi	9
Incident Reporting	9
▪ Sistema informatizzato di tracciabilità interna Biotrac Identity secured	10
Misurazione Incident Reporting	11
Misurazione cadute	14
▪ Cadute: analisi dati 2019-2020	14
Misurazione Lesioni da pressione (LDP)	22
▪ LDP: analisi dati 2021	22
Segnalazione microrganismi Alert	25
▪ Monitoraggio di procedure per la gestione delle precauzioni standard/isolamento	25
▪ Adozione e monitoraggio delle procedure per prevenzione infezioni correlate ad assistenza	26
Eventi Sentinella	27
Eventi Sentinella: misurazione	28
Gestione sinistri	28
Gestione sinistri: misurazione	28
COMUNICAZIONE	30
▪ Ufficio Relazioni con il Pubblico	30
▪ Diffusione di sistema omogeneo di refertazione delle prestazioni effettuate	32
▪ Informativa a procedura/intervento	32
▪ Prevenzione della violenza nei luoghi di lavoro	33
▪ ONDA-osservatorio nazionale sulla salute della donna	34
▪ Piano triennale di Azioni Positive (PAP) - Codice di condotta	36
Sistemi interni all'azienda di comunicazione e diffusione delle informazioni	38
▪ Portale del Dipendente	38
▪ Rete Intranet	38
▪ ISOLABWEB	38
▪ Incontri specifici su tematiche trasversali d'interesse comune	39
▪ Mailing list aziendali.	39
▪ Circolari/Documenti	39

Diffusione e feedback relativamente a procedure/istruzioni di lavoro approvate, decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo	39
▪ Audit Interno di Sistema Gestione Qualità	39
FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA'	41
Piano formativo UGR aziendale e interaziendale	41
▪ Il Piano Formativo del Policlinico	41
▪ Corso di aggiornamento dedicato al personale medico in formazione specialistica iscritto al primo anno	43
Valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure aziendali basate sulle raccomandazioni ministeriali	44
Promozione dell'igiene delle mani	45
Introduzione di nuove tecniche e utilizzo di nuovi dispositivi di sicurezza	45
▪ Cambiamento organizzativo: nuovo Day Hospital Emato Oncologico (DHHO)	46
Cadute: prevenzione del rischio	55
BLS e BLSA	56
Definizione profilo di competenze e sua valutazione.....	56
▪ Percorso inserimento dirigente farmacista neoassunto	56
▪ Programma di inserimento dell'infermiere neoassunto e neoassegnato	57
▪ Percorso di inserimento del medico presso SSDip. Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico.....	57
▪ Percorso del TSRM _neoInserito presso l'U.O. Diagnostica Oncologica e Senologica.....	58
Educazione terapeutica al paziente e caregiver	58
SICUREZZA DEL PAZIENTE: APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E SVILUPPO DI BUONE PRATICHE	61
S2 Sviluppo di buone pratiche	64
▪ Audit Clinici.....	64
▪ NET 2016-02363853 del Ministero della Salute	64
▪ Audit Clinico prospettico: "Informazione e Consenso"- Avanzamento lavori.....	65
▪ Studio sulla qualità della fine della vita di pazienti deceduti per COVID-19 nell'Ospedale Policlinico San Martino, condotto indagando l'opinione degli operatori che li hanno curati	65
▪ Studio sulla qualità della fine della vita di pazienti deceduti per COVID-19 nell'Ospedale Policlinico San Martino, condotto indagando l'opinione dei medici in formazione specialistica che li hanno curati.....	67
▪ Osservanza dei principi etici secondo l'opinione dei pazienti ricoverati e sopravvissuti al COVID-19 durante la pandemia	69
Sicurezza/Accuratezza nella compilazione documentale.....	71
Verifica della compilazione della cartella clinica	71
Scheda Terapeutica Unica.....	71
Sicurezza in Sala Operatoria.....	72
▪ GOPO - Gruppo Operativo Percorso Operatorio.....	72
Consensi al trattamento dati sensibili	73
Consensi Informati al trattamento Sanitario	74
Corretta identificazione del paziente	74
▪ Il Sistema dei Doppi Controlli	75
▪ Gestione terapia trasfusionale_nelle_unita' cliniche.....	75
▪ Corretta identificazione del paziente tramite braccialetto identificativo.....	76
Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	76
▪ Gestione dispositivi protezione individuale	77
▪ Protocollo per contrasto e contenimento COVID-19 negli ambienti di lavoro	78
▪ Sorveglianza operatori sanitari per prevenire diffusione del contagio COVID-19	78
▪ Manuale Sistema Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro	78
Igiene delle mani	79

▪ Adozione e monitoraggio attraverso indicatori (es. consumo di soluzione a base alcolica) delle procedure per il lavaggio delle mani	80
Prevenzione e gestione cadute.....	80
Prevenzione della contenzione fisica	81
Obiettivi secondari: verificare la corretta modalità e gestione delle contenzioni; verificare l'appropriatezza dell'indicazione alla contenzione.....	82
Prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP)	82
Gestione del dolore	83
PDTA Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali.....	84
▪ Recepimento DIAR	84
▪ Disease Management Team e Gruppi Interdisciplinari di Patologia	84
▪ Cancer Board.....	85
▪ PDTA Centralizzazione e gestione del trauma maggiore in Pronto Soccorso.....	85
Percorso nascita	87
▪ Modalità per garantire la presenza del partner in sala parto durante la pandemia COVID-19.....	87
Buone pratiche AGENAS	88
IMPARARE DALL'ESPERIENZA: GESTIONE SINISTRI	90
Report Sinistri	90
LINK	91
Elenco Allegati (55).....	92

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE

Attività organizzative di coordinamento, attuazione, supervisione e valutazione della gestione del rischio clinico a livello aziendale.

G1 Modello organizzativo aziendale Unità Gestione Rischio (UGR)	<p>L'Unità di Gestione del Rischio è strutturata con un modello organizzativo che, come esposto nelle relazioni degli anni precedenti (2017, 2018, 2019, 2020, 2021), è stato formalizzato con Delibera N°89 del 02/02/2017 "Provvedimenti in ordine alla riorganizzazione dell'Unità di Gestione del Rischio Clinico dell'Istituto secondo le procedure CARMINA e approvazione del relativo regolamento di funzionamento" e successiva Delibera N° 354 del 29/03/2017 "Organizzazione dell'Unità di Gestione del Rischio dell'Istituto secondo le procedure CARMINA").</p> <p>L'Unità di Gestione del Rischio è articolata in modo da garantire l'integrazione di tutti i soggetti coinvolti, a vario titolo, nel monitoraggio delle attività per la gestione della rischiosità nel Policlinico e per corrispondere in modo adeguato all'introduzione dello strumento C.A.R.M.In.A. per tutte le Aziende e IRCCS Liguri risalente al 2016 (con la Delibera di Giunta Regionale n° 486 del 27/05/2016 <i>Assegnazione obiettivi ai Direttori Generali/Commissari Straordinari, ecc</i>).</p> <p>La struttura dell'UGR attualmente articolata in un gruppo strategico e sette gruppi operativi avendo a riferimento le 7 aree dello strumento di monitoraggio del Rischio C.A.R.M.In.A., altresì prevede un Gruppo Operativo dedicato ad "Umanizzazione ed Etica" costituendo quindi l'Area 8 di C.A.R.M.In.A. Si riporta a seguire, la struttura UGR, la composizione di ogni gruppo operativo ed il relativo Coordinatore.</p> <p><u>Gruppo Strategico - Area 1 C.A.R.M.In.A. - Governance, Consapevolezza e Misurazione</u>, composto da:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Direttore Sanitario➤ Direttore Amministrativo➤ Direttore Scientifico➤ Preside Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche➤ Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera➤ Direttore UO Controllo di Gestione➤ Responsabile UO Direzione e gestione delle Professioni Sanitarie (attualmente UO Direzione delle Professioni Sanitarie)➤ Direttore UO Servizio Prevenzione e Protezione➤ Il Medico Competente➤ Direttore UO Sviluppo Risorse Umane➤ Responsabile UOS Formazione e Comunicazione (attualmente SSDip. Formazione e Comunicazione)➤ Direttore UO Affari Generale e Legali➤ Direttore UO Psicologia Clinica e Psicoterapia➤ Un rappresentante delle Associazioni di tutela del malato e volontariato in Istituto <p>Coordinatore del Gruppo Operativo è il Direttore dell'UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP.</p> <p><u>Gruppo Operativo - Area 2 C.A.R.M.In.A.- Comunicazione</u>, composto da:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Direttore UO Sistemi Informativi (attualmente UO Information & Communication Technologies I.C.T.) ed Ingegneria Clinica➤ Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera➤ Responsabile UO Direzione e gestione delle Professioni Sanitarie (attualmente UO Direzione delle Professioni Sanitarie)➤ Direttore UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP <p>Coordinatore del Gruppo Operativo è il Responsabile UOS Formazione e Comunicazione.</p>
--	---

Gruppo Operativo - Area 3 C.A.R.M.In.A.- Conoscenze e Abilità, composto da:

- Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera
- Un rappresentante del Collegio di Direzione
- Responsabile UOS Formazione e Comunicazione (attualmente SSDip. Formazione e Comunicazione)
- Responsabile UO Direzione e gestione delle Professioni Sanitarie (attualmente UO Direzione delle Professioni Sanitarie)
- Direttore UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP

Coordinatore del Gruppo Operativo è il Direttore UO Sviluppo Risorse Umane.

Gruppo Operativo - Area 4 C.A.R.M.In.A.- Ambiente e Contesto Sicuri, composto da:

- Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera
- Direttore UO Igiene
- Direttore UO Clinica Malattie Infettive
- Direttore UO Attività Tecniche
- Direttore UO Farmacia
- Direttore UO Fisica Medica e Sanitaria
- Direttore UO Centro Trasfusionale (attualmente UO Medicina Trasfusionale)
- Responsabile UOS Formazione e Comunicazione (attualmente SSDip. Formazione e Comunicazione)
- Direttore UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP

Coordinatore del Gruppo Operativo è il Direttore UO Servizio Prevenzione e Protezione.

Gruppo Operativo - Area 5 C.A.R.M.In.A.- Processi Assistenziali, composto da:

- Responsabile UO Direzione e gestione delle Professioni Sanitarie (attualmente UO Direzione Professioni Sanitarie)
- Direttore UO Igiene
- Direttore UO Clinica Dermatologica
- Un rappresentante delle strutture di Ostetricia, Ginecologia e Neonatologia
- Responsabile della SSD Hospice e Cure Palliative
- Direttore del DEA
- Direttore UO Farmacia

Coordinatore del Gruppo Operativo è il Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera.

Gruppo Operativo - Area 6 C.A.R.M.In.A. - Gestione dell'Evento Avverso, composto da:

- Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera
- Direttore UO Clinica Psichiatrica
- Direttore UO Medicina del Lavoro
- Direttore UO Medicina Legale
- Responsabile UOS Formazione e Comunicazione
- Ufficio Comunicazione e Rapporti con i Media
- Direttore UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP

Coordinatore del Gruppo Operativo è il Direttore UO Psicologia Clinica e Psicoterapia.

Gruppo Operativo - Area 7 C.A.R.M.In.A.- Imparare dall'esperienza:

- UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP

Proposta di istituzione del Gruppo Operativo – Area 8 C.A.R.M.In.A. Umanizzazione ed Etica

Coordinatore del Gruppo Operativo è il Dirigente Medico Referente dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico URP (UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP).

Gruppo Operativo UGR

Di seguito sono esposte le modalità di funzionamento dell'UGR per i Gruppi Operativi:

➤ GRUPPO STRATEGICO AREA 1 CARMINA

- E' compito del Gruppo strategico definire il piano triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità (PiGIR), che sostituisce in modo integrale il Progetto di Miglioramento PM009
- Il PiGIR tiene conto di quanto definito dal Piano Strategico Aziendale, dal Piano della Qualità e dal Piano di Organizzazione Aziendale contenuto nel Regolamento di Funzionamento e Organizzazione dell'Istituto
- La presenza nel Gruppo Strategico dei Coordinatori dei 6 Gruppi Operativi garantisce l'omogenea e integrata copertura degli ambiti di rischio presenti in Istituto
- Il Gruppo Strategico ha incarico di declinare il PiGIR nei Piani Annuali di Attuazione (PAA)
- Il Gruppo strategico, dopo la redazione del PiGIR e PAA, è incaricato di monitorare periodicamente gli obiettivi del Piano stesso e produrre un'adeguata reportistica annuale e triennale di chiusura
- Il Gruppo Strategico propone, su indicazione del Gruppo AREA 2, le strategie più idonee di comunicazione rivolte all'interno e all'esterno dell'Istituto per la gestione dei principali rischi
- Si occupa inoltre di predisporre i dati necessari all'attività di *benchmark* proposta da Regione Liguria
- Dovrà inoltre dare le necessarie indicazioni per l'operatività annuale e triennale dei Gruppi Operativi individuando gli obiettivi relativi
- Il PiGIR è stato redatto avendo riguardo anche delle indicazioni provenienti dai 6 Gruppi Operativi

➤ GRUPPI OPERATIVI

- I 6 Gruppi Operativi hanno l'incarico di produrre il Piano triennale di ciascuna area per la realizzazione e il continuo miglioramento degli *Items* CARMInA
- Ogni Item di ogni singola Area sarà oggetto di valutazione specifica e di implementazione delle azioni di miglioramento più opportune
- Il Gruppo Operativo può, qualora lo ritenga opportuno, definire ulteriori standard di riferimento per la propria Area e contestualmente individuare le azioni necessarie per il loro raggiungimento
- Il Gruppo Operativo, attraverso il suo Coordinatore, partecipa alla redazione del PiGIR e ai Piani Annuali di Attuazione (PAA)
- Il Gruppo Operativo dovrà redigere il report annuale e triennale per la verifica del raggiungimento degli obiettivi definiti nel PiGIR e nei PAA per la relativa Area e trasmetterlo al Gruppo Strategico.

Il Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2018-2020 esprime le progettualità per il triennio. Il documento è visibile sia in Intranet Aziendale sia in Internet nel sito *web* del Policlinico, seguendo il link:

http://www.hsanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=4949:piano-triennale-gestione-integrata-della-rischiosit%C3%A0-2018-2020.pdf

<p>N. Incontri gruppo operativo UGR</p> <p>G2.2. Referenti aziendali rischio comparto e dirigenza</p>	<p>Incontri gruppo operativo UGR</p> <p>Nel corso del 2021, come l'anno precedente, la situazione di emergenza sanitaria Covid-19 ha richiesto il massimo impegno dei professionisti nelle UUOO di afferenza e le riunioni che, comunque, si sono svolte, sono state focalizzate su temi specifici e legati alla situazione emergenziale. Si è svolto un incontro del Gruppo Strategico il 05/05/2021.</p> <p>Referenti aziendali rischio comparto e dirigenza</p> <p>Il <i>Risk Manager</i> dell'Ospedale Policlinico San Martino è il Direttore f.f dell'UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP, Dott. Giovanni Orengo.</p>
<p>G3 Esplicitazione obiettivi in materia di gestione rischio Clinico</p>	<p>Esplicitazione obiettivi in materia di gestione rischio Clinico</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gli obiettivi in materia di Gestione Rischio Clinico sono espressi in due documenti programmatici aziendali: <ul style="list-style-type: none"> Piano della Qualità 2019-2021, pubblicato in Intranet Aziendale e nel sito web https://www.ospedalesanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=9672:piano-triennale-della-qualit%C3%A0.pdf Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2018-2020 , (PiGIR) pubblicato in Intranet Aziendale e nel sito web http://www.hsanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=4949:piano-triennale-gestione-integrata-della-rischiosit%C3%A0-2018-2020.pdf <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La condivisione degli obiettivi in materia di Gestione del Rischio si svolge prioritariamente durante l'incontro annuale, <i>Quality Day</i>, con la Rete del Sistema Gestione Qualità (SGQ). A seguito della situazione di emergenza sanitaria COVID-19, l'importante impegno dei sanitari e le relative restrizioni, nel 2020 e nel 2021 non si è svolto il consueto incontro della Rete SGQ, mantenendo comunque attivo il contatto e la comunicazione con i singoli soggetti al fine di non trascurare il monitoraggio del sistema. Nel corso del 2021 gli obiettivi in materia di Gestione del Rischio sono stati condivisi durante tutti gli incontri che è stato possibile svolgere in situazione di emergenza sanitaria e durante tutti i sopralluoghi effettuati nelle UUOO da parte del personale afferente alla UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Per il raggiungimento degli obiettivi in materia di Gestione Rischio Clinico un importante percorso è rappresentato dalla verifica dell'aderenza agli standard previsti da OECI (Organization of European Cancer Institute). Nel 2021 è stata presentata istanza di rinnovo dell'Accreditamento secondo gli standard OECI ed il Policlinico sarà oggetto di <i>site visit</i> nel 2022. <hr/>

➤ Per il raggiungimento degli obiettivi in materia di Gestione Rischio Clinico si ritiene imprescindibile condurre una sistematica analisi che fornisca elementi e dati sui quali basare l'implementazione del cambiamento e di appropriate azioni di miglioramento. I cambiamenti organizzativi di maggiore rilevanza ed impatto sull'organizzazione del lavoro e dell'erogazione delle prestazioni, hanno previsto le Valutazioni del Rischio attraverso l'analisi FMEA. In modo costante si effettua l'analisi FMECA riguardo le attività di lettura del bracciale, lettura farmaco, farmaco non somministrato, conferme giornaliera ed altro, che permettono di ottenere una mappa del rischio per ogni reparto. Nel 2021, caratterizzato dall'emergenza sanitaria per infezione da SarsCov2, si è condotta l'analisi dei maggiori fattori di rischio anche per quanto riguarda la presenza di personale non sottoposto a vaccinazione di cui si riporta a seguire il dettaglio.

Analisi FMEA "la crisi dei non vaccinati"

A Ottobre 2021 a seguito della necessità di ricollocare il personale non vaccinato, per motivi medici, si è provveduto ad effettuare una analisi dei rischi correlati all'allontanamento o alla ricollocazione del personale esentato, ovvero:

- 1) Rischio di contrarre malattia della persona non vaccinata
- 2) Rischio di esporre al contagio la comunità degli assistiti con cui viene a contatto la persona non vaccinata
- 3) Rischio di esporre al contagio i colleghi di lavoro con cui viene a contatto la persona non vaccinata

Obiettivi: assumere tutte le iniziative indirizzate a ridurre o mitigare i rischi correlati alle problematiche esaminate.

Conclusioni: l'Indice di Ponderazione del Rischio correlato all'allontanamento del dipendente dal servizio o la ricollocazione in ambito non assistenziale ha messo in evidenza come azione di miglioramento più adeguata, l'allontanamento temporaneo dal servizio.

-
- Per il raggiungimento degli obiettivi in materia di Gestione Rischio Clinico è indispensabile monitorare e valutare **l'aderenza dei comportamenti alle Buone Pratiche**, mediante l'utilizzo di *Checklist* e Verbalì in sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità e mediante la **Valutazione della Cartella Clinica**. Di seguito si elencano i documenti (Checklist) per la registrazione del monitoraggio e valutazione:
 - MODHQA_0044A Rev. 6/2020
 - MODHQA_0044B Rev. 6/2020
 - MODHQA_0044C Rev. 5/2020
 - MODHQA_0044LAB Rev. 4/2020
 - MODHQA_0044RAD Rev. 0/2020
 - MODAZHQA_0030CC Rev. 11/2021 Valutazione Compilazione Cartella Clinica

<p>G4 Eventi avversi / quasi eventi</p>	<p>Eventi avversi/quasi eventi</p> <p>Nel Policlinico è in uso la Scheda di segnalazione adottata dalle aziende sanitarie di Regione Liguria MODAZHQA_0701-SCHEDA_DI_SEGNAZIONE_SPONTANEA_DEGLI_EVENTI. La Gestione degli <i>Incident Reporting</i> è effettuata secondo quanto stabilito dall' Istruzione Operativa Aziendale IOAZHQA_0701- Gestione Scheda Segnalazione Spontanea Eventi – <i>Incident Reporting</i> (rev 5 del 17/07/2019).</p>
<p>G4.1 Incident reporting (IR):</p>	<p>Incident Reporting</p> <p>Le segnalazioni sono effettuate volontariamente da tutto il personale del Policlinico ed inviate all'UO Gestione del Rischio, Qualità, Accreditamento e URP.</p>
<p>G4.1.1 segnalazione</p>	<p>La Scheda prevede campi fissi per la raccolta di informazioni richieste per ogni evento segnalato relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> · qualifica professionale del segnalatore · sede dell'evento · circostanze dell'evento · luogo fisico in cui si è verificato l'evento · persone che hanno corso il rischio · eventuali dati del paziente · eventuali ulteriori indagini/ prestazioni rese necessarie a causa dell'evento <p>E' previsto un campo con possibilità di testo libero per la "descrizione dell'evento". La scheda prevede numerosi campi fissi circa la percezione delle cause del possibile errore da parte di chi lo segnala (fattori legati al paziente, al personale e al sistema). La firma della Scheda non è obbligatoria, ma se presente permette di acquisire ulteriori specifiche informazioni. Dopo la compilazione, la "Scheda Segnalazione Spontanea degli Eventi" deve esser inviata all'HQA per posta elettronica all'indirizzo rischio.clinico@hsanmartino.it o tramite posta interna (in busta chiusa).</p>
<p>G4.1.2 analisi e gestione</p>	<p>L'UO Gestione del Rischio, Qualità, Accreditamento e URP provvede all'analisi della Scheda attraverso una valutazione integrata da parte di un <i>team</i> Medico/Infermiere. Le segnalazioni (MODAZHQA_0701) che pervengono all'HQA sono soggette alle opportune forme di tutela della riservatezza. Alla raccolta delle segnalazioni cartacee fa seguito l'immediata registrazione nel sistema applicativo <i>Web</i> aziendale <i>Op-Risk</i> per l'archiviazione e la trasmissione dei soli dati salienti (inesattezza, inadeguatezza, ritardo, omissione rispetto alle procedure) alla Regione Liguria.</p> <p>Analisi dell'Evento. Tutti i casi vengono posti all'attenzione del Direttore UO Gestione del Rischio, Qualità, Accreditamento e URP e, in particolare per i casi più gravi, dal punto di vista del rischio è definita in modo condiviso la modalità di gestione.</p> <p>In HQA il <i>Team</i> Integrato di valutazione medico/infermiere provvede a realizzare una delle seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Avviare l'analisi ritenuta più opportuna per il caso in questione (<i>Audit, Incontri, Significant Event Analysis, Root Cause Analysis</i>) al fine di raccogliere elementi sull'evento, fattori causali o concomitanti, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni

- che dovranno essere formalizzate in Azioni Correttive. Contestualmente sarà individuato un Coordinatore/ Responsabile dell'implementazione e dell'Azione Correttiva
- B. Se l'evento segnalato è riferibile all'area di competenza di altre UU.OO. di Staff, si provvederà ad inoltrare la segnalazione in forma sintetica all' Unità Operativa interessata
 - C. Se l'evento segnalato è riferibile a svista o dimenticanza temporanea e nel caso sia stata tempestivamente identificata la causa prossima all'evento in errore attivo senza conseguenze dannose, si provvederà a concludere l'iter

Definizione di eventuali Azioni Correttive. Tranne i casi in cui l'evento sia riferibile a svista o dimenticanza temporanea, si procederà all'individuazione di Azioni Correttive volte a migliorare i processi aziendali. Nel caso in cui le Azioni Correttive abbiano un impatto in termini di risorse aggiuntive, l'intero percorso di definizione e progettazione verrà trasferito alla Direzione Strategica del Policlinico per ottenere l'approvazione alla sua implementazione. Per ogni Azione Correttiva verrà identificato il Coordinatore/Responsabile della realizzazione e del cronogramma delle attività. Il Coordinatore/Responsabile delle singole Azioni Correttive è incaricato dell'implementazione e della realizzazione delle attività definite nel cronogramma. L' UO Gestione del Rischio, Qualità, Accreditamento e URP è responsabile del monitoraggio di ogni Azione Correttiva implementata.

La gestione degli eventi durante il 2021 ha previsto incontri in merito a segnalazioni pervenute per effettuare un'analisi approfondita ed individuare Azioni di Miglioramento. Le segnalazioni pervenute, in taluni casi, sono state oggetto di *Root Causes Analysis* per la ricerca delle cause che hanno provocato l'evento e per individuare e realizzare azioni di miglioramento che permettano il "non" ripetersi dell'evento indesiderato.

▪ **Sistema informatizzato di tracciabilità interna Biotrac Identity secured**

A seguito di segnalazioni ricevute, riguardo la tracciabilità dei campioni biologici, quale esempio si rappresenta a seguire l'azione intrapresa ovvero l'implementazione di un sistema informatizzato di tracciabilità interna (Biotrac Identity secured) come descritto nella nota (28/12/2021) del Direttore f.f. UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP e del Direttore UO Information and Communication Technology.

[...L'organizzazione e la tracciabilità del trasporto del materiale sanitario (provette, pezzi anatomici, sangue, midolli, etc.) all'interno del Policlinico, struttura di ampie dimensioni e configurata a Padiglioni, costituisce un problema di notevole rilevanza. Il trasporto dei campioni biologici, ad oggi, viene garantito dal personale dedicato attraverso una richiesta telefonica da parte dei reparti richiedenti e l'attivazione di un operatore che ritira il campione e lo trasporta sino a destinazione, senza nessuna tracciabilità. L'obiettivo è la presa in carico da parte degli addetti al trasporto e la tracciabilità di tutto il processo a livello informatico, del materiale da trasportare, a partire dalla richiesta per il ritiro del campione fino alla consegna a destinazione dello stesso. La tracciabilità di tutto il processo della movimentazione dei campioni biologici, attraverso l'utilizzo di un sistema informatico dedicato, Biotrac Identity Secured, è l'obiettivo a garanzia di una reale mitigazione del Rischio Clinico, finalizzato all'eliminazione degli errori a tutela dell'utenza e a garanzia dell'operato del personale dedicato. Lo strumento funziona in modo analogo a quanto avviene nei processi di trasporto e logistica, attraverso l'utilizzo di *barcode* identificativi del pacco, distinta dei beni contenuti ad uso di lettori/dispositivi mobili e fissi che consentono l'identificazione/tracciabilità e pre-

sa in carico dei colli nei diversi step del processo di prelievo e consegna. Già sperimentato come progetto pilota presso il day hospital Onco-Ematologico del Pad. 15 ex-IST, piano 1, l'applicativo ha dimostrato efficacia ed efficienza per la tracciabilità richiesta. Alla luce degli ottimi risultati ottenuti, si richiede a tutte le unità operative la massima collaborazione. Nella prima metà del 2022 verrà attivato il sistema di tracciabilità sopra citato per gestire le consegne delle sacche di emocomponenti in partenza dal Trasfusionale. Si riporta di seguito la pianificazione di massima della attività di configurazione/formazione e successivo avvio per le strutture identificate:

Attività	Strutture	Data inizio attività	Data fine attività
Avvio	DH Onco ematologico		12/01/2022
Configurazione e formazione	Padiglione 6 (piano terra e primo piano) + Padiglione Ex isolamento (piano terra)	17/01/2022	27/01/2022
Avvio	Padiglione 6 (piano terra e primo piano) + Padiglione Ex isolamento (piano terra)	31/01/2022	04/02/2022
Configurazione e formazione	Padiglione 65 Nuovo Blocco Operatorio	07/02/2022	18/02/2022
Avvio	Padiglione 65 Nuovo Blocco Operatorio	21/02/2022	25/02/2022
Configurazione e formazione	Sale Operatorie M2 Levante + Sale Operatorie PS	28/02/2022	11/03/2022
Avvio	Sale Operatorie M2 Levante + Sale Operatorie PS	14/03/2022	18/03/2022
Configurazione e formazione	Padiglione 1 + Padiglione 2	21/03/2022	01/04/2022
Avvio	Padiglione 1 + Padiglione 2	04/04/2022	08/04/2022
Configurazione e formazione	Sale Operatorie Neuroch. + Sale Operatorie Pad.40 + Sale Operatorie IST	11/04/2022	22/04/2022
Avvio	Sale Operatorie Neuroch. + Sale Operatorie Pad.40 + Sale Operatorie IST	25/04/2022	29/04/2022

Al termine del cronoprogramma già definito si procederà a contattare le rimanenti UUOO del Policlinico per programmare le attività di implementazione finalizzate alla tracciabilità di tutto il materiale (provette, pezzi anatomici ecc.)...

G4.1.3
misurazione IR

Misurazione Incident Reporting

Annualmente i dati relativi agli *Incident Reporting* sono inviati dalla Direzione Aziendale a Regione Liguria.

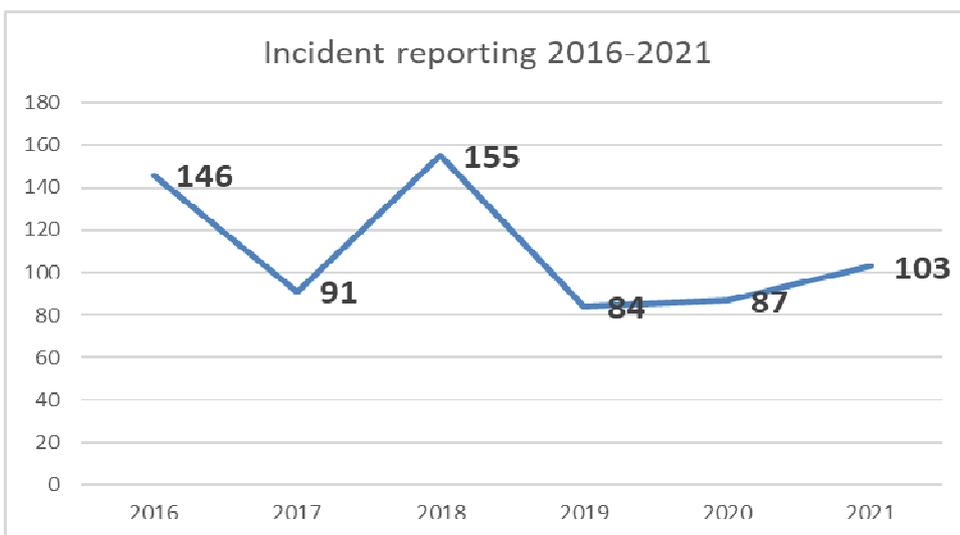


Grafico della "numerosità di Schede di segnalazione di Incident Reporting dal 2016 al 2021".

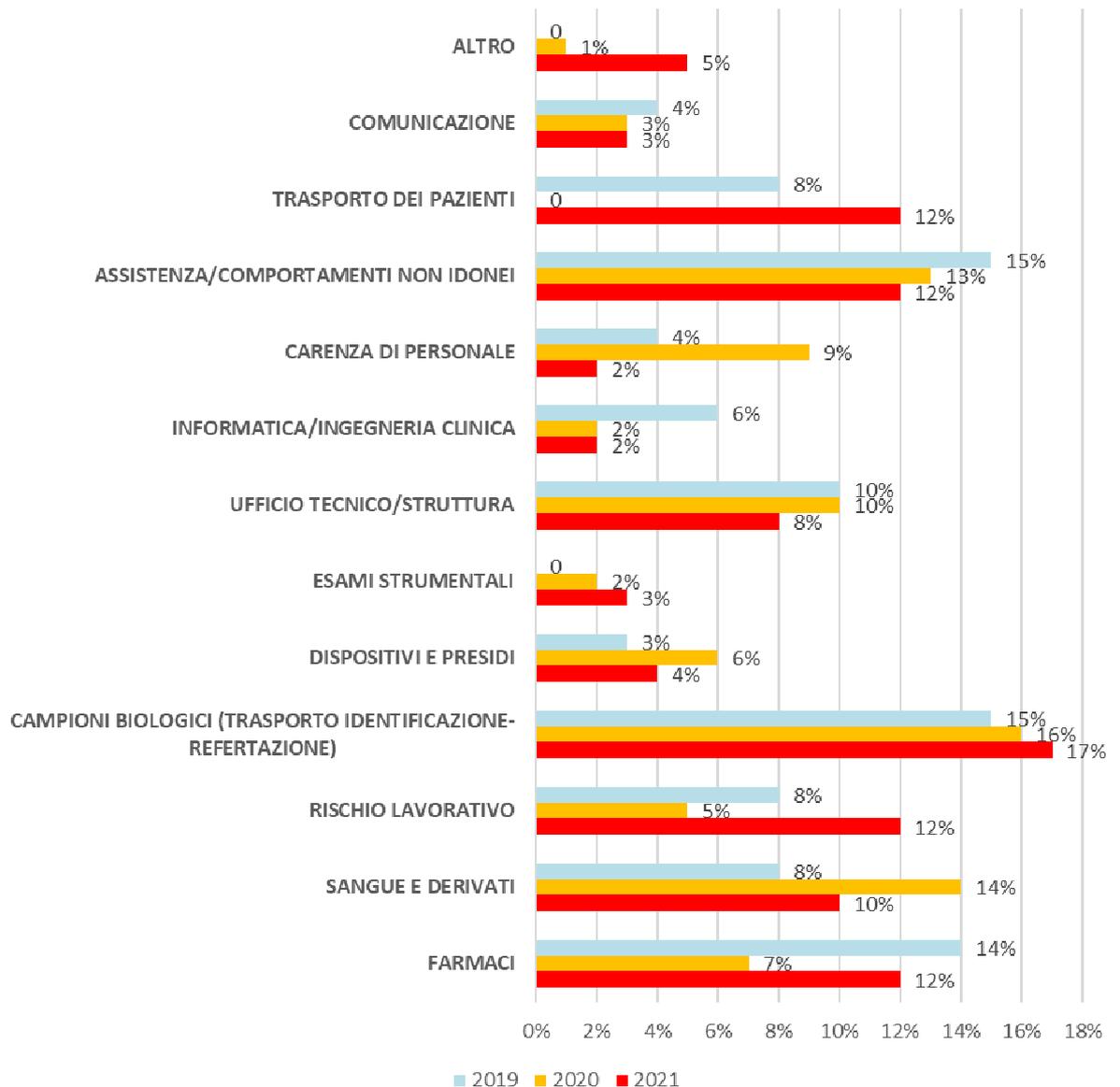
Nel corso del 2021 sono pervenute 103 schede di segnalazione spontanea, che descrivono eventi ascrivibili alle categorie riportate nel grafico:



Si riporta in Tabella ed in grafico, il confronto tra le categorie degli Incident Reporting del periodo 2019-2021:

CATEGORIE INCIDENT REPORTING	2021	2020	2019
FARMACI	12%	7%	14%
SANGUE E DERIVATI	10%	14%	8%
RISCHIO LAVORATIVO	12%	5%	8%
CAMPIONI BIOLOGICI (TRASPORTO IDENTIFICAZIONE-REFERTAZIONE)	18%	16%	15%
DISPOSITIVI E PRESIDI	4%	6%	3%
ESAMI STRUMENTALI	3%	2%	-
UFFICIO TECNICO/STRUTTURA	8%	10%	10%
INFORMATICA/INGEGNERIA CLINICA	2%	2%	6%
CARENZA DI PERSONALE	2%	9%	4%
ASSISTENZA/COMPORTAMENTI NON IDONEI	12%	13%	15%
TRASPORTO DEI PAZIENTI	12%	-	8%
COMUNICAZIONE	3%	3%	4%
ALTRO	4%	1%	-

Categorie Incident Reporting 2019-2021



Come evidenziato dal grafico “numerosità di Schede di segnalazione di Incident Reporting dal 2016 al 2021” e dopo analisi degli *incident reporting* segnalati nell’anno 2020, emergeva che l’88,5% delle segnalazioni riguardavano eventi “subiti”, in quanto causati da “altri”, (di cui un numero esiguo di *near miss*): il dato ha richiesto una riflessione sulle motivazioni che spingono il personale alla segnalazione per cui è stato effettuato uno studio del fenomeno.

Nel 2021, allo scopo di identificare i fattori (barriere e facilitatori) che influenzano la segnalazione degli *Incident* sulla sicurezza dei pazienti, è stata effettuata un’indagine conoscitiva mediante la somministrazione di un questionario alla popolazione dei sanitari coinvolti nel processo.

Nel periodo compreso tra il 1° aprile ed il 31 luglio 2021, sono stati somministrati **492** questionari al personale sanitario. I questionari compilati sono:

- 123 compilati da Coordinatori delle professioni sanitarie
- 168 compilati da Professionisti Sanitari del Comparto
- 201 compilati da Medici e Dirigenti Sanitari

Conclusioni: dall'elaborazione dei risultati sono emerse alcune barriere alla segnalazione di eventi avversi/*near miss*, tramite *incident reporting*. Le principali considerazioni sono dettagliate di seguito.

- la cultura della segnalazione risulta poco diffusa e di conseguenza si ritiene necessario favorirne la conoscenza
- sussiste poca chiarezza riguardo quali siano gli eventi da segnalare e quali siano gli strumenti di segnalazione per diverse tipologie di eventi
- dalle risposte del campione osservato risulta l'incertezza riguardo "chi debba o possa segnalare" un evento indesiderato
- le risposte denotano l'esistenza di barriere che impediscono la segnalazione anche a fronte di un evento da segnalare, in taluni casi ascrivibili ad elementi di pressione da parte dell'equipe
- è diffusa l'opinione che un numero elevato di segnalazione sia un indicatore di "cattiva" performance dell'unità operativa

In conclusione si ritiene necessario diffondere maggiormente le opportunità offerte dall'istituto in termini di supporto psicologico, in caso di evento avverso grave e progettare interventi formativi mirati.

I risultati dello studio saranno esposti nel dettaglio, nel contesto del corso in FAD sulla "Gestione del rischio clinico" prevista per il 2022.

G4.2 Misurazione cadute

Misurazione cadute

All'interno del Policlinico il fenomeno "cadute" è oggetto di costante monitoraggio e se ne redige un report che costituisce lo strumento utile sia per la valutazione delle azioni di miglioramento intraprese nell'anno precedente, sia per definire le nuove azioni, volte a contenere la quota di cadute prevedibili, che la letteratura scientifica stima intorno al 78%.

▪ **Cadute: analisi dati 2019-2020**

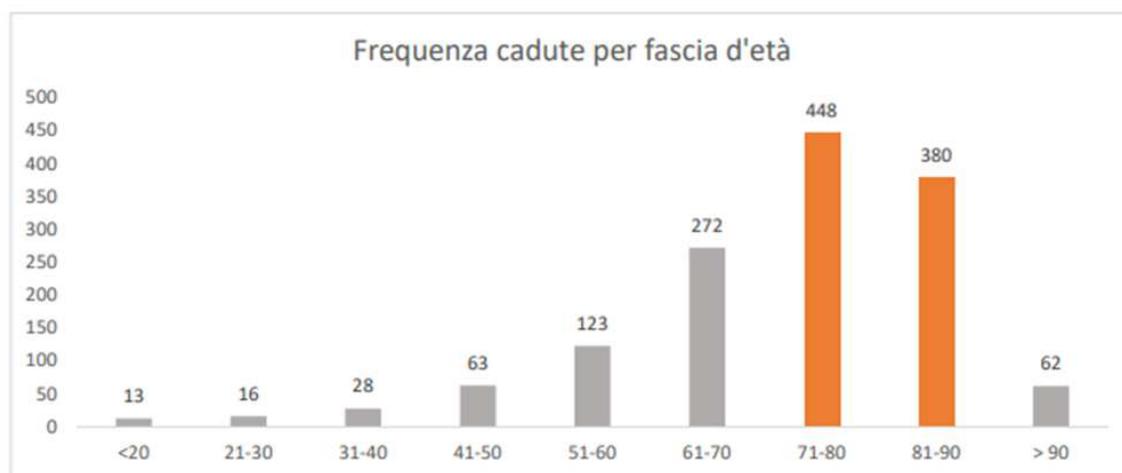
I dati di seguito riportati si riferiscono al periodo: 1 Gennaio 2019 al 31 Dicembre 2020 in cui le cadute segnalate nel Policlinico, sono state 1405.

In particolare nel 2019 sono state segnalate 682 cadute e nel 2020 sono state segnalate 723 cadute.

Frequenza delle cadute per età

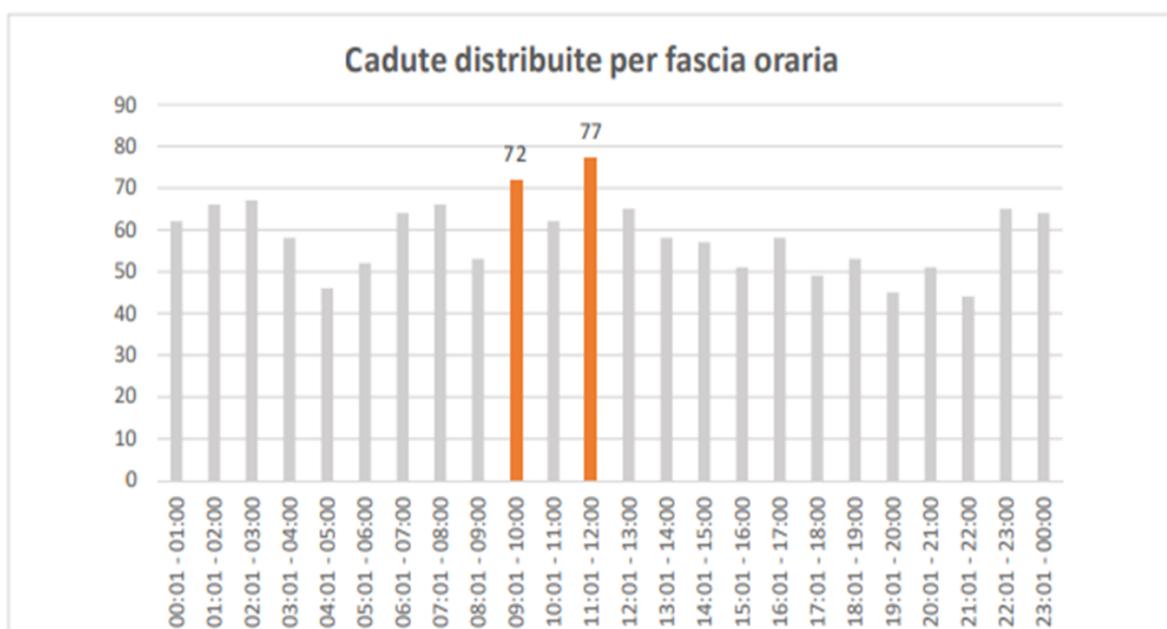
L'età media della popolazione complessiva esaminata è di 72,1 anni con una mediana a 75, valori sovrapponibili a quelli dell'anno precedente. La distribuzione delle cadute durante i ricoveri ordinari è riportata nella tabella sottostante. L'andamento delle cadute per fascia di età risulta simile a quello dell'anno precedente.

Le fasce di età nelle quali si riscontra la maggior frequenza di cadute sono quelle comprese tra 71-80 anni e 81-90 anni.



Distribuzione delle cadute per fasce orarie

La maggior parte delle cadute relative si sono verificate tra le ore 9 e le 12 del mattino con una costante frequenza di cadute ≥ 62 . Questo costituisce un elemento di differenza rispetto al 2018, in cui si erano verificate un maggior numero di cadute tra le ore 4 e le ore 9. Il dato risulta in contrasto con la letteratura scientifica, secondo la quale la maggior parte delle cadute in ambiente ospedaliero si verifica durante la notte.



Fascia oraria 9-10.

Le 72 cadute avvenute in questa fascia oraria si sono verificate mentre il paziente:

- camminava,
- procedeva igiene personale,
- si vestiva- svestiva,
- usava WC,

- scendeva dal /saliva nel letto
- si trasferiva da o verso sedia/poltrona/carrozzina/comoda.

Quindi risulterebbe importante che, per le persone con livelli di autonomia conservati e in fasce d'età superiori ai 65 anni, vengano offerte informazioni e supporto dal personale di reparto.

Fascia oraria 11-12

Le 77 cadute avvenute in questa fascia oraria si sono verificate mentre il paziente:

- si trasferiva da o verso sedia/poltrona/carrozzina/comoda
- procedeva igiene personale,
- si vestiva- svestiva, usava WC,
- camminava,
- scendeva dal /saliva nel letto.

È quindi necessario individuare anche per queste categorie di pazienti e in questa fascia oraria, azioni di miglioramento ad hoc.

Luogo dell'evento

La maggior parte delle cadute si sono verificate in camera (963; 69%), in bagno (231; 16%) e negli spazi comuni (188; 13%), in accordo con quanto riportato in letteratura e leggermente modificato riguardo alle cadute riportate durante l'anno 2018. Per il 2019/2020 è aumentata la percentuale delle cadute in camera e si è ridotta la percentuale di cadute nei servizi igienici.



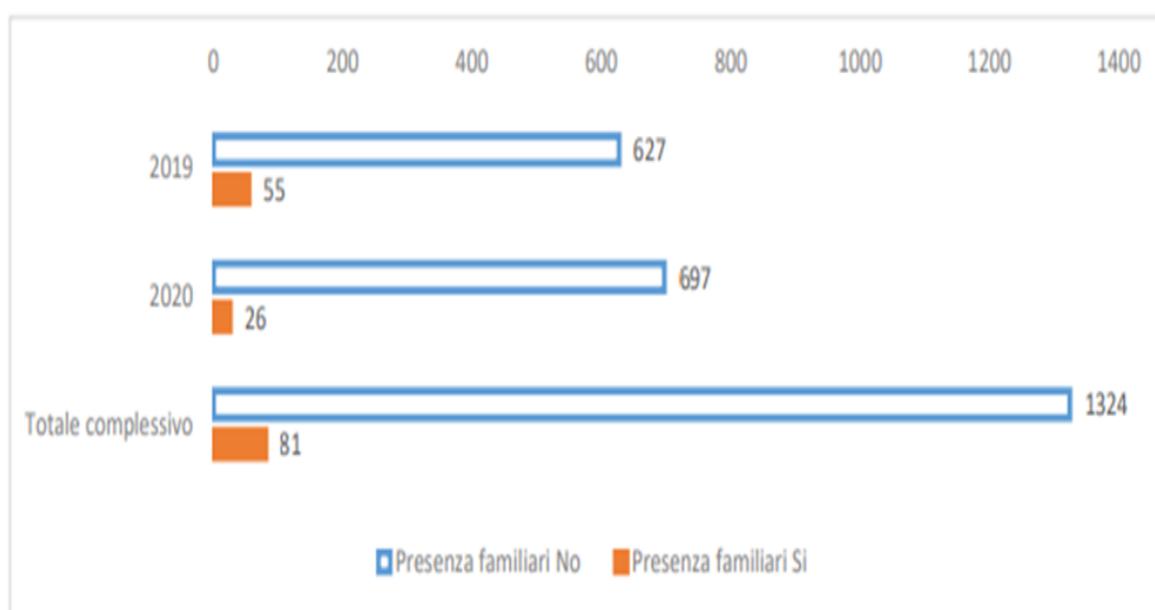
Azioni svolte dal paziente al momento della caduta.

Nella tabella sottostante sono rappresentate le azioni svolte dal paziente al momento della caduta.

DESCRIZIONE AZIONE AL MOMENTO DELLA CADUTA	09:01 - 10:00	11:01 - 12:00	Totale complessivo
Era sottoposto a movimentazione da parte del personale	1	0	1
Mentre cambiava posizione nel letto (letto con spondine)	2	3	5
Mentre cambiava posizione nel letto (letto senza spondine)	0	1	1
Mentre camminava	18	12	30
Mentre era in attesa barellato	2	4	6
Mentre procedeva igiene personale, si vestiva- svestiva, usava WC	18	13	31
Mentre stava raggiungendo campanello di chiamata	0	1	1
Mentre stava raggiungendo oggetto	3	5	8
Mentre stava- si trasferiva da o verso sedia/ poltrona/ carrozzina/ comoda	10	15	25
Non determinabile	7	13	19
Scendeva dal /saliva nel letto	11	10	21
Totale	72	77	148

I Familiari, caregivers.

Il dato relativo alla presenza o meno dei caregivers al momento della caduta rimane sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente. Nel 2019 gli orari di accesso alle corsie da parte dei familiari previsti dalla Carta dei Servizi sono, nei giorni feriali, dalle 13 alle 14, 30 e dalle 18 alle 20. Nel 2020 l'accesso dei familiari ai reparti è stato limitato per evitare la diffusione del virus Sars-Cov-2. Come si può evincere dalla lettura del grafico a barre precedente (Paragrafo 2.1 Distribuzione delle cadute per fasce orarie), la frequenza di cadute risulta nettamente più bassa nella fascia oraria di visita dei familiari, rispetto a quella delle altre fasce orarie diurne.

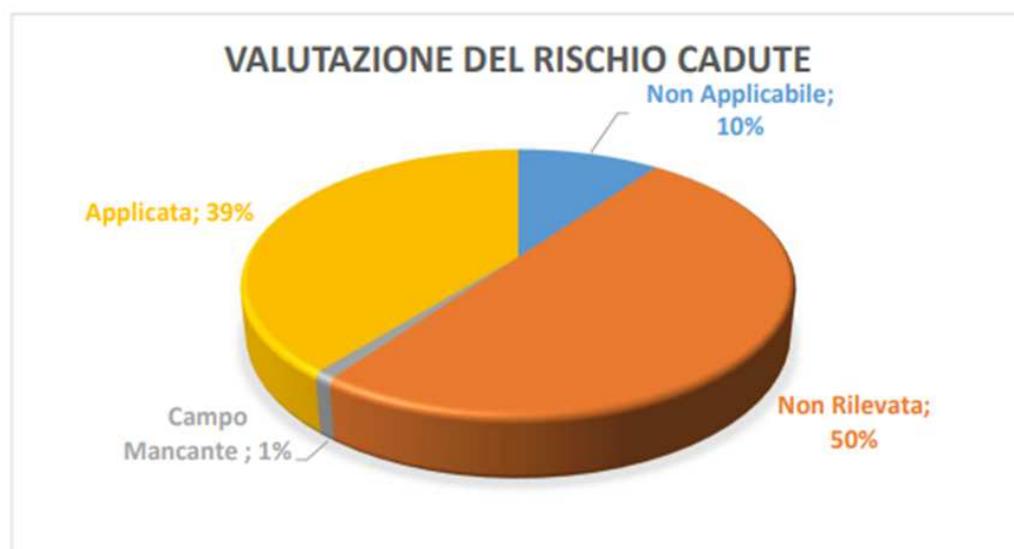


Prevedibilità del rischio cadute e precedenti cadute nel ricovero.

La valutazione della persona, al momento della presa in carico, rappresenta un intervento primario per la prevenzione delle cadute, determinando la possibilità di individuare i pazienti a rischio e quindi di adottare misure di prevenzione adeguate nei loro confronti.

Dall'analisi delle schede è emerso che nel 39% degli eventi caduta era stata applicata una scala di valutazione del rischio di cadute che, nel nostro Istituto, è generalmente rappresentata dalla scala di Conley.

Comparando i dati con l'anno precedente, si evidenzia una carente applicazione delle scale di valutazione del Rischio Cadute (50% nel biennio 2019-2020) in linea con i dati precedenti. Vista l'importanza della valutazione del rischio nella prevenzione delle cadute è necessario applicare al più presto azioni di miglioramento che invertano questa tendenza.

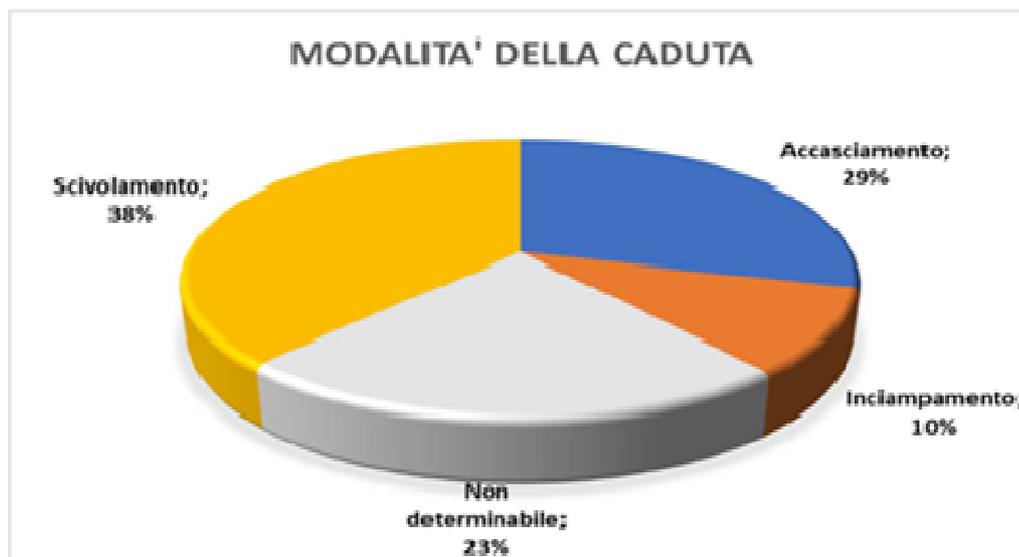


Valori ≥ 2 risultanti dall'applicazione della Scala di Conley indicano un aumentato rischio di caduta e dovrebbero determinare l'adozione di misure preventive specifiche da parte del personale sanitario. Della popolazione di pazienti ai quali era stata applicata la scala una valutazione di rischio cadute (553 pazienti), 361 (65%) avevano un rischio ≥ 2 .

Inoltre, il 14,6% dei pazienti caduti presentavano almeno una caduta avvenuta nel ricovero precedentemente alla caduta oggetto della segnalazione. Questo dato, unitamente alla valutazione delle scale di misurazione del rischio di caduta, rende ragione dell'oggettiva prevedibilità dell'evento registrato.

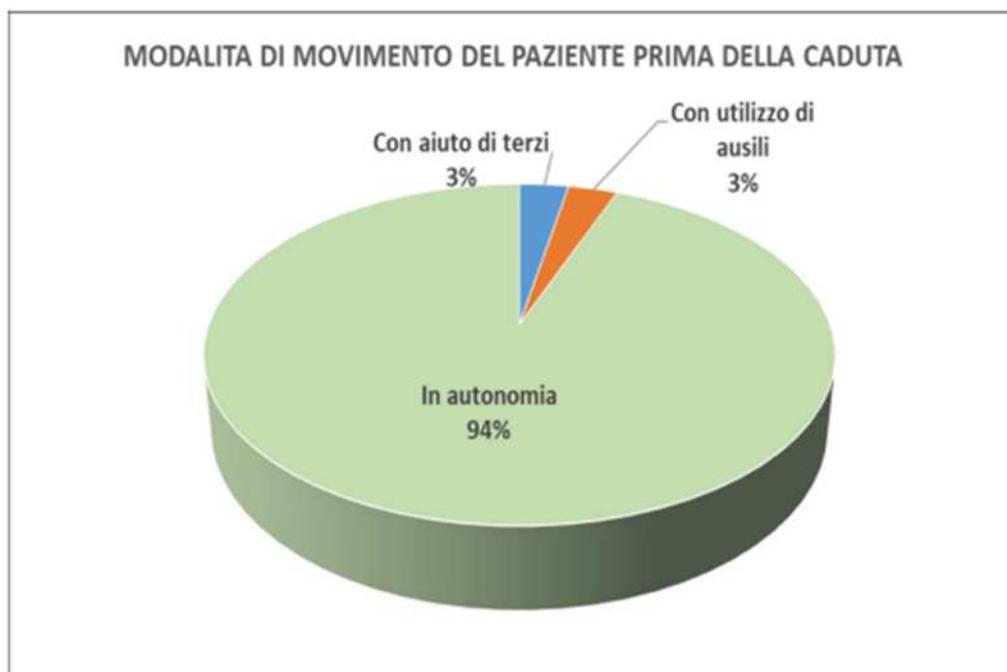
Modalità della caduta

Lo scivolamento rappresenta la modalità più frequente con cui sono avvenute le cadute, in linea con quanto avvenuto sia nell'anno 2018 che nell'anno 2017. Resta invariata la necessità di una più attenta informazione ai pazienti relativamente alle calzature da indossare durante la degenza, nonché alle prescrizioni necessarie durante il lavaggio dei pavimenti da parte della ditta delle pulizie.



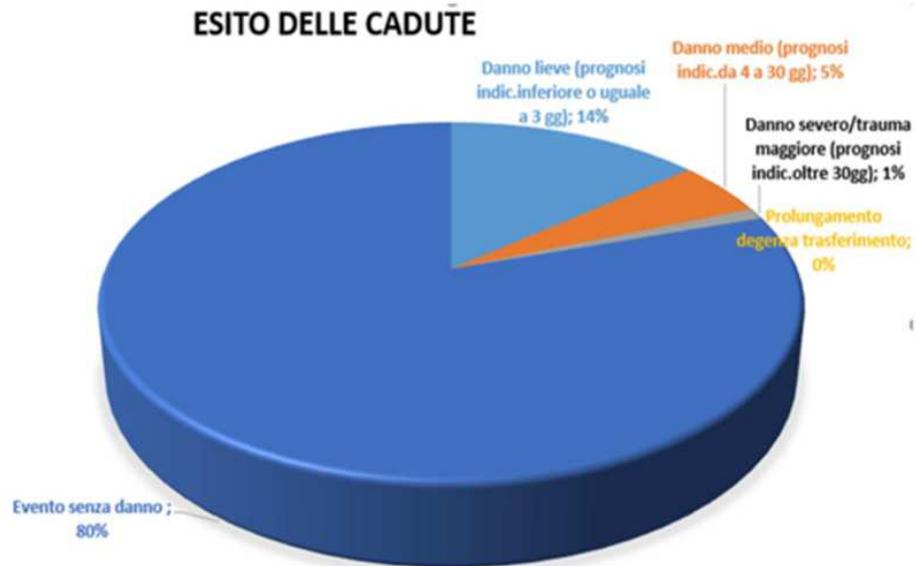
Modalità di movimento del paziente prima della caduta

La grande maggioranza delle cadute si è verificata quando il paziente eseguiva attività in autonomia. Questo deve far aumentare il livello di attenzione del personale ed incrementare l'informazione al paziente sui rischi di caduta durante la vita di reparto.



Effetti della caduta: Esito

La maggior parte (80%) delle cadute registrate non ha presentato alcuna conseguenza. Nel restante 20% la maggior parte dei danni verificatesi sono di entità lieve (prognosi inferiore/uguale a 3 giorni) o moderata (fino a 30 giorni di prognosi).



Prestazione/Indagine richiesta a seguito della caduta

La prestazione di gran lunga più richiesta a seguito di caduta è la radiografia mentre le consulenze e le visite di Pronto Soccorso risultano meno numerose.

INDAGINI RICHIESTE	NUMERO CADUTE
Altro	3
Consulenza specialistica	26
Indagini radiologiche	386
Inviato in PS	8

Fattori legati alla terapia in atto

La letteratura specifica individua nella terapia dei pazienti cronici un possibile fattore di rischio delle cadute. I farmaci che svolgono un ruolo nel condizionamento dell'equilibrio in modo diretto o indiretto sono rappresentati dai Farmaci Cardiologici, Diuretici e Psicofarmaci. Inoltre la Raccomandazione Ministeriale per la prevenzione e la gestione delle cadute nelle strutture sanitarie sottolinea l'importanza di un attento monitoraggio del rischio caduta in pazienti che associano nella loro terapia 4 o più farmaci, indipendentemente dalla tipologia.

Nel biennio 2019-2020, delle 1405 cadute che si sono verificate nel setting "ricovero ordinario", 1126 si sono verificate in pazienti che associavano almeno uno dei fattori di

rischio enunciati. Di questi, 441 pazienti erano in terapia con Farmaci Cardiologici, 440 pazienti erano in terapia con Psicofarmaci, 273 pazienti assumevano Diuretici e 634 pazienti erano in politerapia con più di 4 farmaci.

Fattori legati alle condizioni del paziente

Nella tabella successiva sono illustrati i fattori di rischio legati alle condizioni del paziente monitorati e indicati nella Scheda di Segnalazione e le loro frequenze tra i pazienti che sono andati incontro a caduta. La Raccomandazione Ministeriale in materia di cadute sottolinea la necessità di una particolare vigilanza nei pazienti che presentano i fattori di rischio citati.

DEFICIT RILEVATI	NUMERO CADUTE
Cognitivi	382
Visivi	42
Motorii	526
Nutrizionali	101
Almeno uno dei precedenti	742

Conclusioni

L'età media della popolazione complessiva esaminata è di 72,1 anni con una mediana a 75, valori sovrapponibili a quelli dell'anno precedente. L'andamento delle cadute per fascia di età risulta simile a quello dell'anno precedente. Le fasce di età nelle quali si riscontra la maggior frequenza di cadute sono quelle comprese tra 71- 80 anni e 81-90 anni. La fascia oraria in cui si è registrato il maggior numero di cadute è compresa tra le ore 9 e le 12 del mattino con una costante frequenza di cadute ≥ 62 .

Questo costituisce un elemento di differenza rispetto al 2018, in cui si erano verificate un maggior numero di cadute tra le ore 4 e le ore 9. Il dato risulta in contrasto con la letteratura scientifica, secondo la quale la maggior parte delle cadute in ambiente ospedaliero si verifica durante la notte.

Dall'analisi delle schede è emerso che nel 39% degli eventi caduta era stata applicata una scala di valutazione del rischio di cadute che, nel nostro Istituto, è generalmente rappresentata dalla scala di Conley. Comparando i dati con l'anno precedente, si evidenzia una mancata applicazione delle scale di valutazione del Rischio Cadute (50% nel biennio 2019-2020) in linea con i dati precedenti. Vista l'importanza della valutazione del rischio nella prevenzione delle cadute è necessario applicare al più presto azioni di miglioramento che invertano questa tendenza.

Inoltre, il 14,6% dei pazienti caduti presentavano almeno una caduta avvenuta nel ricovero precedentemente alla caduta oggetto della segnalazione. Questo dato, unitamente alla valutazione delle scale di misurazione del rischio di caduta, rende ragione dell'oggettiva prevedibilità dell'evento registrato.

Resta invariata la necessità di una più attenta informazione ai pazienti relativamente alle calzature da indossare durante la degenza, nonché alle prescrizioni necessarie durante il lavaggio dei pavimenti da parte della ditta delle pulizie. La grande maggioranza delle cadute si è verificata quando il paziente eseguiva attività in autonomia. Questo deve far aumentare il livello di attenzione del personale e incrementare l'informazione al paziente sui rischi di caduta durante la vita di reparto.

Misurazione Lesioni da pressione (LDP)

Con l'adozione della Cartella Clinica Elettronica, gli strumenti di registrazione e segnalazione delle Lesioni da Pressione è effettuata in modo informatico.

Rispetto alla registrazione dei dati mediante supporto cartaceo, si rileva una maggiore adesione e completezza di compilazione. La misurazione che viene effettuata oltre al dato quantitativo prevede la raccolta di dati inerenti: sede della lesione- stadio della lesione-lunghezza e larghezza-profondità-aspetto-tessuto sottominato-cute perilesionale-margini della lesione-presenza e tipo di dolore per il paziente-essudato-infezione.

Le modalità di registrazioni dei dati sulla cartella clinica elettronica sono esposte nella istruzione operativa aziendale: IOAZHOR_0116-

Manuale_Trakcare_Prevenzione_e_Trattamento_lesioni_da_pressione.

▪ LDP: analisi dati 2021

Nel 2021 i pazienti trattati per "Lesioni da pressione" sono stati 1.047 di cui:

- 328 non presentavano LDP all'ingresso
- 578 presentavano LDP all'ingresso
- 141 non è descritto lo stato LDP all'ingresso

Le schede in totale sono 2.250, in quanto ogni paziente è stato valutato più volte, successivamente all'ingresso. I dati analizzati sono relativi al periodo compreso tra il 02/02/2021 ed il 10/01/22 in cui sono state compilate 2.250 schede di segnalazione di lesioni da pressione (LDP), da 64 reparti.

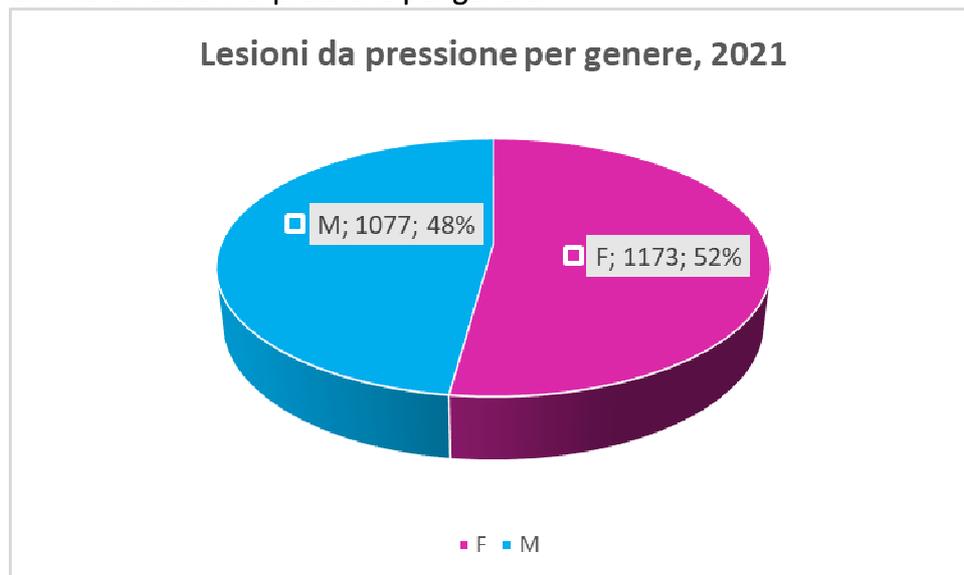
I reparti che hanno registrato un maggior numero di segnalazioni attraverso il registro elettronico dedicato, sono stati HAND4 (8.71%), H1TD2 (6.18%), U11D (6.94%), HCID1 (5.60%), H60D1 (4.93%), U06D1 (4.75%), H01D2 (3.95%), U20D1 (3.78%), U14D E UA1D1 (3.6%).

L'età media dei pazienti è stata 78.7 anni, con una deviazione standard di 12.8 (minimo 17,2, massimo 100.1).

Nel grafico 1 si osserva la distribuzione per genere in cui risulta che il numero di donne con lesioni da pressione è lievemente superiore a quello degli uomini.

Dall'analisi dei dati contenuti nelle schede di segnalazione LDD (per un totale di 1888 lesioni segnalate) emerge che nel 35.81% dei casi (676) le lesioni non erano presenti al momento dell'ingresso, mentre nel 64.19% dei casi (1212) erano già presenti al momento del ricovero.

Grafico 1. Lesioni di pressione per genere



Nella Tabella 1, si evidenzia la sede delle LDP dato rilevato per il 2021.

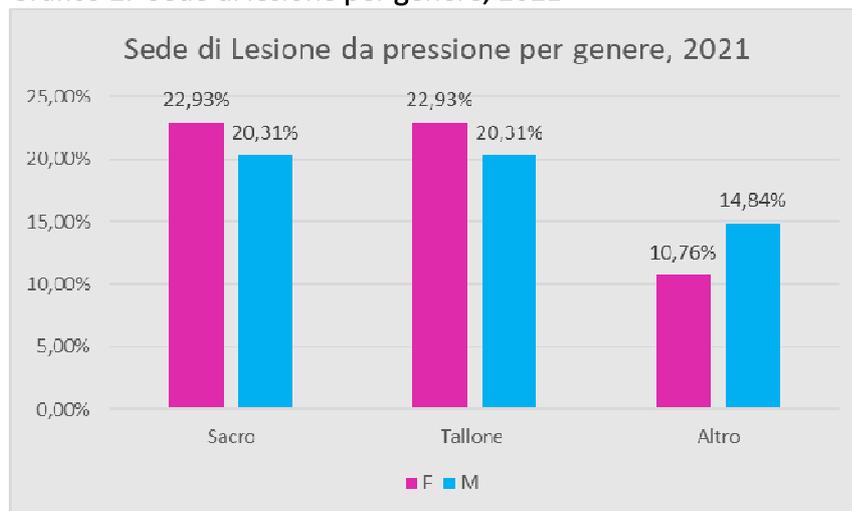
Le sedi più frequenti sono state: sede area del sacro 43% (973 lesioni), seguita dalla lesione area dei talloni 31.11% (701) ed il 25.89% altre sedi. La proporzione della sede della lesione è simile anche nel caso siano o meno presenti al momento dell'ingresso/ricovero: in entrambe i casi il maggior numero di lesioni è presente a livello del sacro e dei talloni.

Tabella 1. Sede delle lesioni di pressione, anno 2021

Sede	Numero	%
Sacro	973	43,24%
Tallone sx	370	16,44%
Tallone dx	331	14,71%
Altro	328	14,58%
Malleolo esterno dx	48	2,13%
Malleolo esterno sx	33	1,47%
Trocantere dx	22	0,98%
Occipite	20	0,89%
Trocantere sx	19	0,84%
Gomito dx	16	0,71%
Nuca	14	0,62%
Ginocchio sx	13	0,58%
Gomito sx	12	0,53%
Ginocchio dx	10	0,44%
Malleolo interno dx	10	0,44%
Scapola sx	7	0,31%
Malleolo interno sx	6	0,27%
Lobo auricolare dx	5	0,22%
Ischio dx	4	0,18%
Lobo auricolare sx	4	0,18%
Scapola dx	3	0,13%
Ischio sx	1	0,04%
Sterno	1	0,04%
Totale complessivo	2250	100,00%

Analizzando il rapporto tra sede della lesione e genere di appartenenza del paziente, emerge che le lesioni del sacro sono più frequenti nelle donne (22.93%) che negli uomini, così come le lesioni ai talloni. (Grafico 2.)

Grafico 2. Sede di lesione per genere, 2021



Lo stadio più frequente delle lesioni da pressione è lo stadio II, con il 47% (945 lesioni), come si osserva nel Grafico 3.

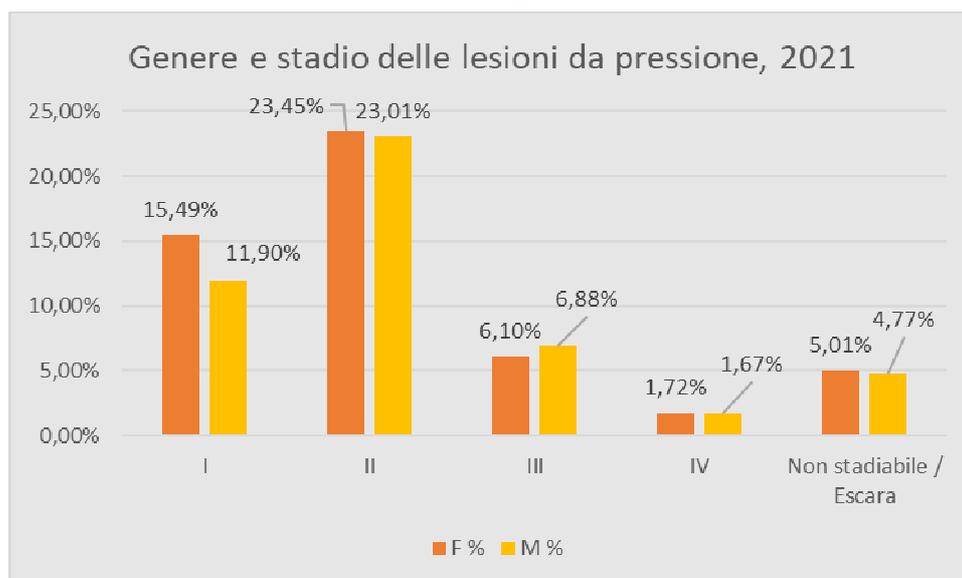
In modo simile, l'analisi della sede della lesione evidenzia che le LDP al sacro e talloni sono principalmente in stadio II (sacro il 20.53%, talloni il 9.12%), seguite dalle lesioni in stadio I (sacro il 11.50%, talloni il 9.51%).

Riguardo allo stadio per genere, si nota che non ci sono differenze significative: risulta soltanto lievemente superiore lo stadio I nelle donne (15.49%), in confronto con l'11,90% degli uomini. (Grafico 4.)

Grafico 3. Stadio lesioni da pressione, 2021



Grafico 4. Stadio delle lesioni da pressione per genere, 2021



G4.4 Segnalazione microrganismi
Alert infezioni da parte del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere)

Segnalazione microrganismi Alert

- Monitoraggio di procedure per la gestione delle precauzioni standard/isolamento

Allo scopo di garantire un'elevata *compliance* degli operatori sanitari alle procedure per la gestione delle precauzioni standard e di isolamento e promuovere la cultura della prevenzione e delle qualità e sicurezza delle cure, è attivo all'interno del Policlinico un sistema di sorveglianza passiva dei microrganismi "sentinella" isolati in tutte le unità operative degenziali, basato sulla segnalazione automatica attraverso i sistemi informativi aziendali del rilevamento di alcuni microrganismi che per le loro caratteristiche sono considerati "alert" e che quindi necessitano dell'adozione di precauzioni aggiuntive per la loro gestione. L'unità operativa Igiene, in caso di rilevamento di microrganismi diffusibili e/o multiresistenti, inserisce tramite procedura informatizzata e tracciabile, sull'applicativo gestionale del paziente (*TrakCare*), le raccomandazioni per l'adozione di precauzioni aggiuntive e di isolamento.

L'unità operativa Igiene svolge inoltre osservazioni dirette delle procedure di gestione dei pazienti affetti da microrganismi diffusibili nel corso di visite ispettive presso le unità operative degenziali, attraverso la compilazione di una scheda osservazionale, che viene condivisa e sottoscritta dal personale del reparto oggetto di visita. Le osservazioni dirette delle procedure di gestione dei pazienti affetti da microrganismi diffusibili sono condotte nel corso di visite ispettive presso le Unità Operative degenziali: tale monitoraggio richiede tempo e risorse dedicate e non è estendibile a tutte le Unità Operative degenziali presenti in azienda, a causa della citata onerosità in termini di impiego delle risorse disponibili.

Inoltre, carenze di tipo strutturale (mancanza di stanze singole, mancanza di stanze con servizi igienici dedicati, vetustà delle strutture) e organizzativo (rapporto infermiere/paziente non ottimale) limitano fortemente l'attuazione delle precauzioni di isolamento presso alcune strutture dell'azienda. L'attività di monitoraggio delle procedure per la gestione delle precauzioni standard e di isolamento da parte degli operatori sanitari è quotidiana e avviene durante tutto il corso dell'anno, sia nell'ambito di visite routinarie presso tutti i reparti

dell'Istituto che di specifiche progettualità coinvolgenti specifiche UU.OO.

Il sistema di sorveglianza passiva dei microrganismi *alert* copre pressoché il 100% dei rilevamenti di microrganismi diffusibili (circa 900 consulenze ICA inserite nel gestionale *TrakCare* per segnalazioni di microrganismi *alert* e 38 segnalazioni di batteriemie da enterobatteri produttori di carbapenemasi per l'anno 2018).

Le osservazioni dirette delle procedure di gestione dei pazienti affetti da microrganismi diffusibili sono state più di 100 per l'anno 2018, con una segnalazione di conformità relativamente alle procedure adottate in misura superiore al 95% dei casi.

Il Dato relativo al 2021 data la situazione di emergenza sanitaria e l'importante impegno della UO Igiene per l'attuale campagna vaccinale antiCovid-19 sarà aggiornato nel prossimo report.

-
- Adozione e monitoraggio delle procedure per prevenzione infezioni correlate ad assistenza

L'Ospedale Policlinico San Martino adotta diverse procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), messe in atto dal personale sanitario aziendale.

Le istruzioni operative riguardanti la prevenzione delle ICA sono basate sulle più recenti evidenze scientifiche e sulle più aggiornate indicazioni degli organismi nazionali e internazionali: i contenuti di tali istruzioni operative sono chiari, di facile comprensione e adattabili ai diversi contesti assistenziali presenti all'interno dell'azienda. A partire dal 2014, l'Unità Operativa Igiene, su mandato del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) aziendale, e in collaborazione con l'Unità Operativa Clinica Malattie Infettive, effettua, con cadenza almeno annuale, uno studio di prevalenza puntuale delle ICA e del consumo di antibiotici basato su una metodologia standardizzata elaborata dall'ECDC e in grado di consentire il confronto dei dati rilevati in *setting* diversi.

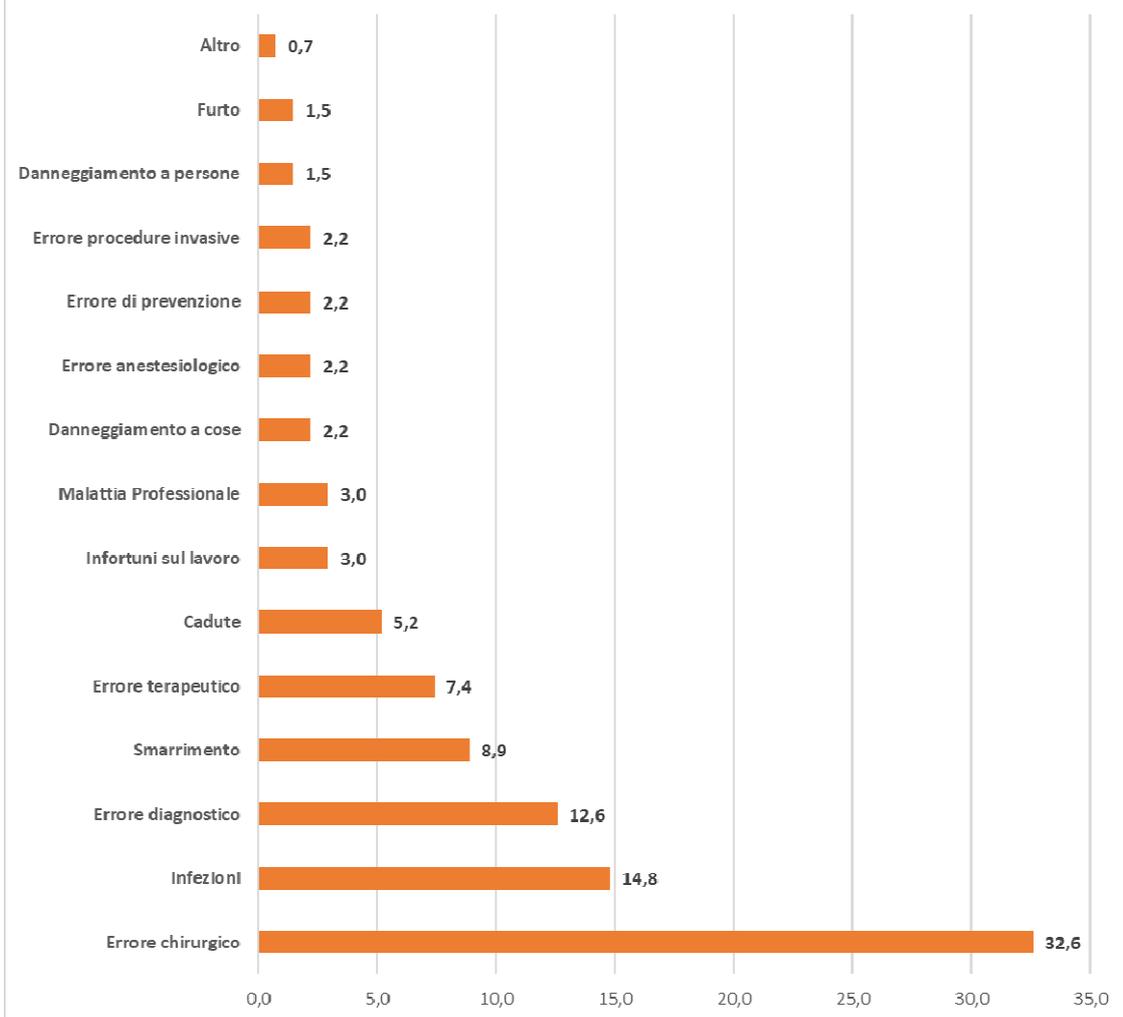
L'Unità Operativa Igiene svolge inoltre una sorveglianza attiva della contaminazione microbica ambientale (acqua, aria e superfici) in aree assistenziali a particolare rischio infettivo (es., sale operatorie, laboratori cellule e tessuti, Unità Operative con pazienti gravemente immunocompromessi) e una sorveglianza attiva della pulizia e sanificazione ambientale in tutte le Unità operative degenziali. L'attività di monitoraggio delle procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza da parte degli operatori sanitari è quotidiana e avviene durante tutto il corso dell'anno, sia nell'ambito di visite routinarie presso tutti i reparti dell'Istituto sia di specifiche progettualità coinvolgenti specifiche UU.OO.

Nel periodo 2014 – 2019 sono state effettuate sette rilevazioni della prevalenza di ICA e sono stati inclusi complessivamente 6499 pazienti. L'età mediana dei pazienti inclusi nelle 6 rilevazioni è risultata pari a 72 anni (*range* interquartile: 57,5-81 anni, *range*: 0 –101 anni), senza variazioni statisticamente significative nel corso delle sei rilevazioni. Il giorno dello studio 903 pazienti (13,9%) presentavano almeno un'ICA contratta in un ospedale per acuti.

Le infezioni più frequenti sono state quelle del torrente circolatorio (confermate dal laboratorio) (22,8%); seguono le infezioni delle basse vie respiratorie (19,9%), le infezioni sistemiche (in larga parte sepsi cliniche senza conferma di laboratorio) (17,8%), le infezioni delle vie urinarie (14,8%), le infezioni del sito chirurgico (11,8%) e le infezioni del tratto gastrointestinale (6,6%). La prevalenza di ICA è passata dal 15,5% nel 2014 al 14,1% nel 2018, all' 11,2%

	<p>nel 2019.</p> <p>Il Dato relativo al 2021 data la situazione di emergenza sanitaria e l'importante impegno della UO Igiene per l'attuale campagna vaccinale antiCovid-19 sarà aggiornato nel prossimo report.</p>
<p>G5 sentinella</p> <p>Eventi</p>	<p>Eventi Sentinella</p> <p>Nel contesto del Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella, il Ministero definisce evento sentinella un “evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un’indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell’organizzazione”. Il Policlinico ha recepito dal 2017 il Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella del Ministero della Salute (Luglio2009), redigendo ed implementando una procedura aziendale per la gestione di eventi Sentinella e contestuale segnalazione all’Osservatorio Nazionale, mediante il sistema SIMES. Le modalità operative sono descritte nell’ Istruzione Operativa IOAZHQA_0708 che identifica i responsabili dell’acquisizione dei dati e le modalità di gestione ed analisi degli eventi, coinvolgendo nelle diverse fasi del processo, attori che, a vario titolo, hanno competenza specifica sull’area tematica di riferimento dei singoli possibili eventi. Tutti i casi sono posti all’attenzione del <i>Risk Manager</i> ed il <i>Team</i> Integrato di valutazione medico/infermiere provvede ad avviare l’analisi ritenuta più opportuna per il caso in questione (<i>Audit, Incontri, Significant Event Analysis, Root Cause Analysis</i>) al fine di raccogliere elementi, fattori causali o concomitanti sull’evento e successive possibili soluzioni che dovranno esser formalizzate in Azioni di miglioramento dei processi aziendali. Nel caso in cui tali Azioni abbiano un impatto in termini di risorse aggiuntive, l’intero percorso di definizione e progettazione è trasferito alla Direzione Strategica dell’Istituto per ottenere l’approvazione alla sua implementazione. Per ogni Azioni di Miglioramento si identifica il Coordinatore/Responsabile della realizzazione e del cronogramma delle attività. I risultati delle Azioni di miglioramento intraprese in base alle segnalazioni analizzate, sono diffusi in Istituto in occasione di: Incontri dell’Unità di Gestione Rischio UGR/CARMIInA ed Eventi formativi aziendali. Inoltre le Azioni di Miglioramento sono pubblicate nel sito Intranet/Rischio Clinico/Azioni di Miglioramento/ da S.E.A.</p>

Categorie sinistri anno 2021



COMUNICAZIONE

Modalità di comunicazione all'interno dell'azienda, verso altre aziende verso le istituzioni regionali e nazionali.

C1 Sistemi di comunicazione interna ed esterna per la diffusione delle informazioni e delle evidenze per la sicurezza del paziente

▪ Ufficio Relazioni con il Pubblico

Durante l'emergenza sanitaria il Policlinico San Martino ha messo in atto, oltre a cambiamenti organizzativi che hanno interessato i percorsi dei pazienti e la gestione dei processi, anche nuove modalità di comunicazione con l'obiettivo primario di fornire la migliore assistenza possibile ai pazienti e la migliore risposta all'emergenza sanitaria.

L'Ufficio relazioni con il Pubblico, sin dall'inizio dell'emergenza sanitaria ha registrato un cambiamento del metodo di comunicazione tra utenti e Policlinico, con un incremento delle email e delle comunicazioni telefoniche. Questi canali comunicativi hanno richiesto una differente modalità di erogazione della prestazione, con attivazione di risposte immediate e contestuali.

Nel 2021 le segnalazioni di Reclamo pervenute all'URP sono 749 suddivisi nelle seguenti Categorie:

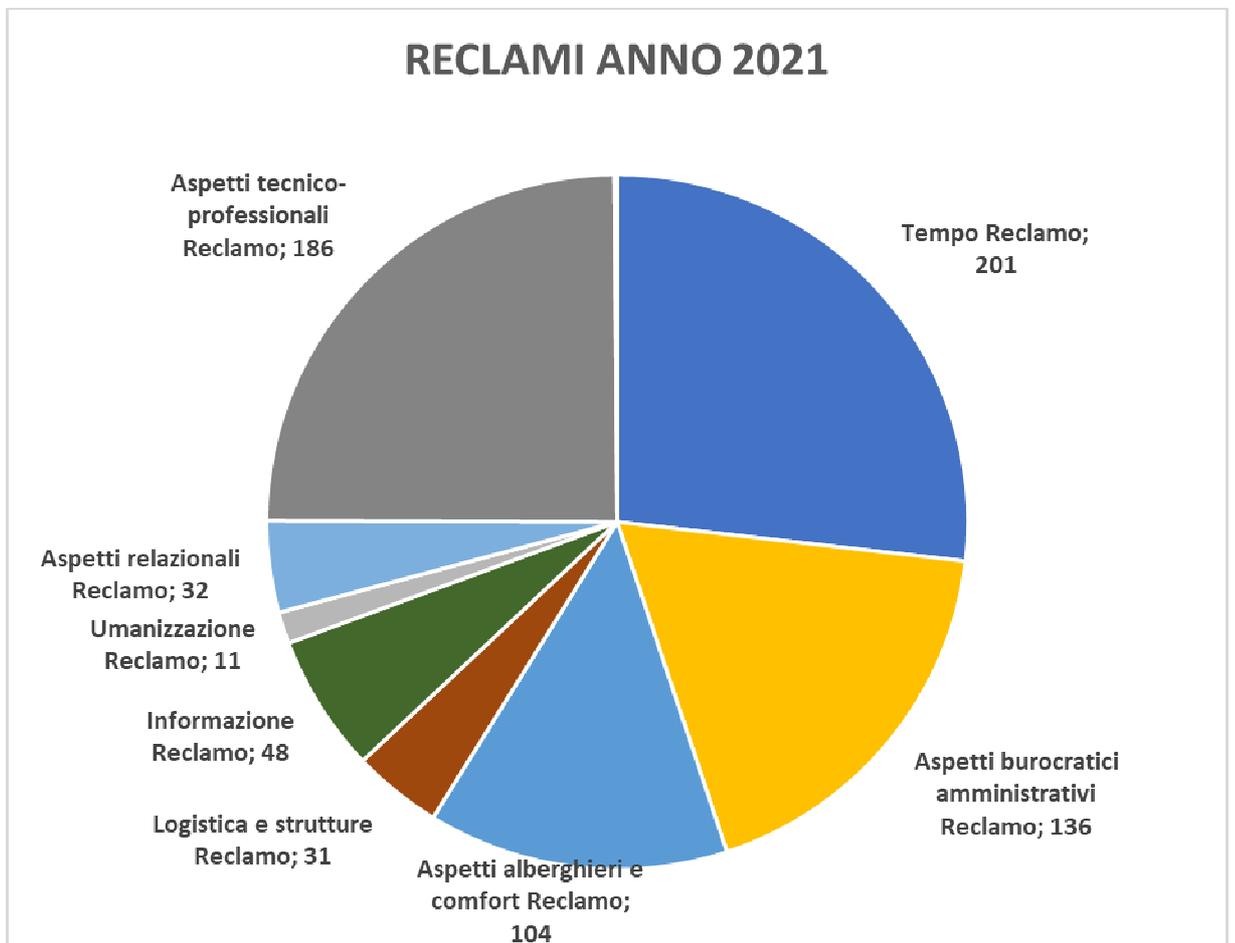


Grafico degli Elogi pervenuti nel 2021 suddivisi per categorie:

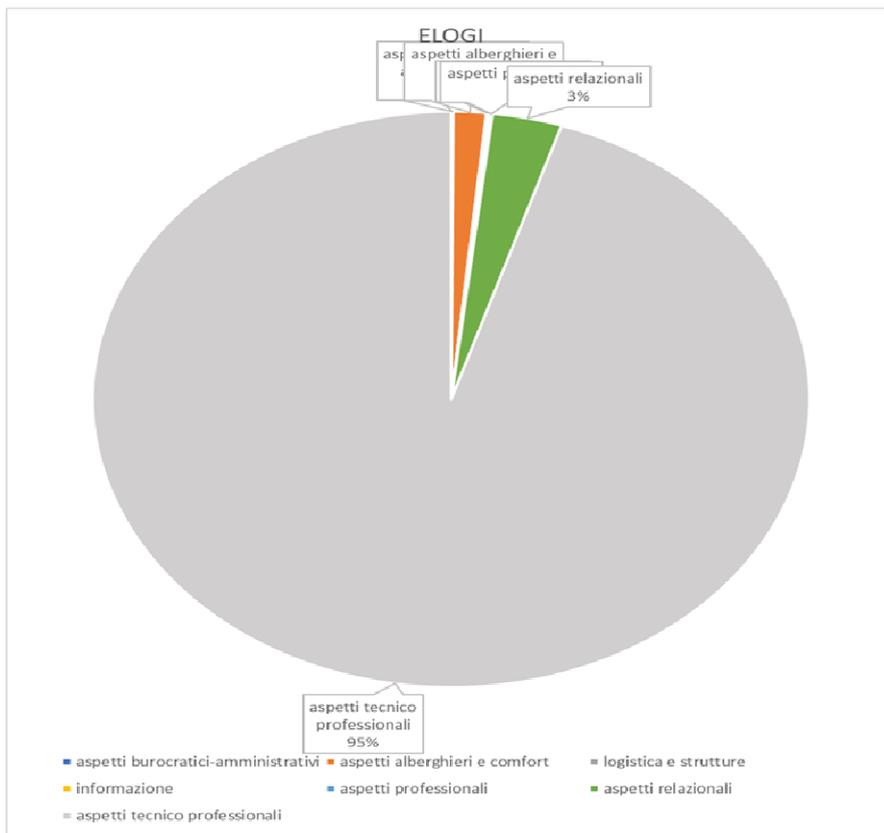
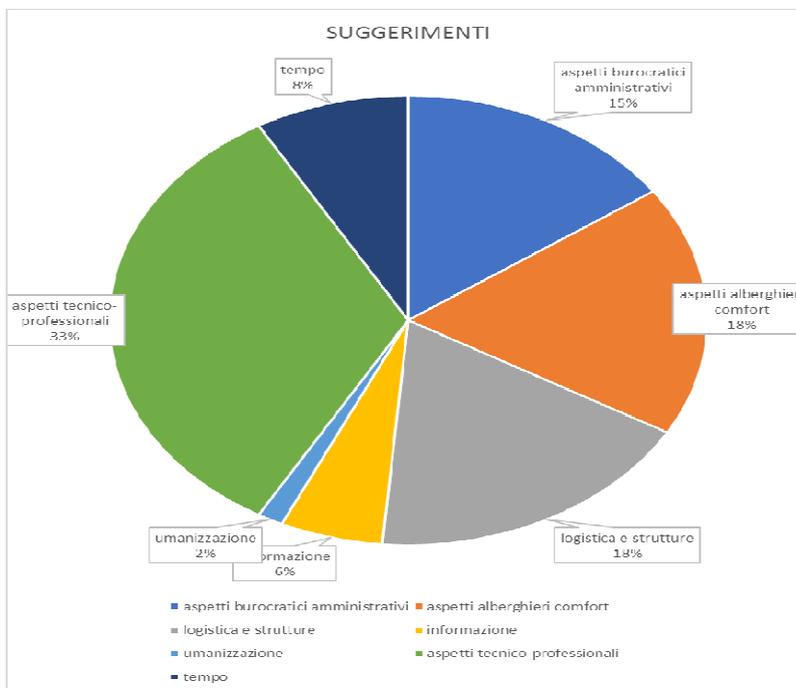


Grafico dei Suggerimenti pervenuti nel 2021 suddivisi per categorie:



▪ **Diffusione di sistema omogeneo di refertazione delle prestazioni effettuate**

La comunicazione verso il paziente è attuata anche attraverso un'adeguata comunicazione del referto delle prestazioni /diagnostiche/cure a cui è sottoposto nel Policlinico. Nell'ambito dell'aggiornamento riguardante la gestione informatizzata dei percorsi diagnostici, terapeutici e di *follow up* è stata rilevata la necessità di definire lo standard qualitativo del Policlinico per i referti prodotti. Le prestazioni effettuate, comprensive di visite, esami diagnostici di laboratorio e strumentali, devono essere refertate attraverso il sistema informatico del Policlinico. Per mantenere un livello omogeneo della documentazione, fornire al paziente un'immagine unitaria ed armonica delle attività e dei processi del Policlinico, ed evitare problematiche nella produzione dei referti medesimi attraverso gli applicativi aziendali, è necessario evitare di produrre referti utilizzando "Word" o pacchetti di *office automation* esterni all'applicativo di refertazione utilizzando formati e caratteri non idonei, procedendo direttamente alla refertazione sul sistema informativo.

Il referto *standard* del Policlinico adotta pertanto un format unico di refertazione. Le indicazioni sopra menzionate sono state diffuse con Nota del 25/10/2021 a firma del Direttore Sanitario e Direttore UO *Information and Communication Tecnology*.

▪ **Informative a procedura/intervento**

Per garantire migliore comunicazione e chiarezza con i cittadini, tutti i documenti revisionati **(379 Informative a procedura/intervento revisionate nel 2021, dalle 271 revisionate nel 2020)**

sono disponibili sul sito internet del Policlinico: <http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/informative-per-procedure-sanitarie.html>.

L'acquisizione del Consenso è espressione della relazione medico-paziente in cui il medico è tenuto a raccogliere un'adesione effettiva, partecipata e compresa alla procedura, cui il paziente è candidato ad essere sottoposto. Il consenso del paziente non è un atto formale, ma è la condizione essenziale per trasformare un atto "normalmente illecito", come la violazione dell'integrità psicofisica, in un atto lecito e responsabile. All'interno del Policlinico si intende dare maggior rilievo possibile alla fase di informazione separando questa, anche dal punto di vista documentale, dalla fase di acquisizione del Consenso/Dissenso. Questa separazione è volta a sensibilizzare tutti i professionisti ad una maggiore attenzione alla informazione del paziente che, come anche sancito dalla Legge N.219 del 22/12/2017 in vigore da gennaio 2018, costituisce parte integrante dell'atto diagnostico/terapeutico e "Tempo di cura". La revisione degli attuali consensi prevede la separazione della parte "Informativa" dalla formula di "acquisizione del Consenso", condividendo le modifiche al testo con gli specialisti che erogano la procedura descritta e controllati dall' UO Gestione Rischio Clinico, per la validazione finale e pubblicazione nel software Isolabweb e nel sito web del Policlinico.

Gli elementi qualificanti di ogni singola informativa sono:

- Indicazioni (da letteratura)
- Descrizione della Procedura
- Rischi e percentuali di rischio e delle complicanze (ragionevoli da letteratura)

- Rischi conseguenti al “Non Sottoporsi” alla procedura proposta
- Alternative terapeutiche possibili
- Percentuale di casistica e complicità di unità operativa (facoltativo)
- Bibliografia

Il modulo (CONSAZHQA_0040 rev1 del 01/06/2017) di acquisizione del Consenso o del Dissenso all'interno del Policlinico, è unico per tutte le UU.OO., valido per tutte le procedure/interventi, prevede anche la possibilità di revoca del Consenso che può essere decisa dal paziente successivamente al rilascio del Consenso. In questo caso è necessario acquisire la firma e la data di revoca, del Consenso, nello stesso modulo in cui il paziente aveva sottoscritto il proprio Consenso.

Nel caso in cui il paziente intenda non essere informato relativamente alle proprie condizioni cliniche è necessario che sia compilata la parte “Dichiarazione Olografa di rinuncia all'informazione” in cui il paziente può delegare un altro soggetto a ricevere le informazioni che lo riguardano (come previsto dal Codice Deontologico Medico Art. 33). E' compito di ogni professionista adoperarsi affinché anche il paziente che non voglia essere informato abbia comunque, per quanto possibile, gli elementi per sottoscrivere il proprio Consenso/Dissenso a sottoporsi a intervento o procedura.

Nel 2021 il modulo di consenso è stato tradotto e reso disponibile in dieci lingue straniere.

▪ Prevenzione della violenza nei luoghi di lavoro

Il fenomeno della violenza nel luogo di lavoro costituisce uno dei principali eventi sentinella del modello dello stress lavoro correlato ai sensi delle Raccomandazioni della Commissione Consultiva Permanente della Salute e la Sicurezza sul Lavoro.

All'interno del Policlinico nel 2019 Sono stati affissi due tipi di Cartelli Informativi allo scopo di comunicare con i pazienti e con i visitatori e trasmettere loro informazioni che rendano maggiormente comprensibili le difficoltà sia degli operatori sanitari sia dell'organizzazione, che ogni anno gestiscono circa 52.000 ricoveri, 37.500 interventi chirurgici.

Il Pronto Soccorso del Policlinico San Martino vede l'accesso di circa 82.000 persone ed ogni giorno circa 4.800 persone popolano le diverse strutture e, considerando accompagnatori e visitatori, il numero sale a 10.000.


OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO
Sistema Sanitario Regione Liguria
 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

UTENTI e OPERATORI



INSIEME CONTRO LA VIOLENZA

*Aiutaci a migliorare.
 Segnala il tuo malcontento con il modulo 603 che trovi qui esposto.*

Ad ogni tua segnalazione verrà data risposta entro 30 giorni.

*Non occorre alzare la voce;
 questo Ospedale non tollera alcuna forma di violenza, anche verbale.*

L'Ospedale monitora attentamente i comportamenti aggressivi nei confronti dei suoi Operatori attraverso il modulo 704 che si trova qui esposto.

L'Ospedale si riserva di costituirsi parte civile a difesa degli Operatori.

INSIEME PER MIGLIORARE

▪ ONDA-osservatorio nazionale sulla salute della donna

L'Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere (Onda), conferisce per il biennio 2022-2023, tre Bollini Rosa per l'attenzione prestata alla salute femminile al Policlinico San Martino. Si tratta del massimo riconoscimento che Onda assegna agli ospedali che si distinguono per l'offerta di servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali malattie delle donne.



I criteri di valutazione con cui sono stati valutati gli ospedali candidati comprendono la presenza di:

- specialità cliniche che trattano problematiche di salute tipicamente femminili e trasversali ai due generi che necessitano di percorsi differenziati,
- tipologia e appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici e servizi clinico-assistenziali in ottica multidisciplinare gender-oriented,
- offerta di servizi relativi all'accoglienza delle utenti alla degenza della donna a supporto dei percorsi diagnostico-terapeutici (volontari, mediazione culturale e assistenza sociale)
- il livello di preparazione dell'ospedale per la gestione di vittime di violenza fisica e verbale.

A partire dal 10 gennaio 2022, sul sito www.bollinirosa.it, sarà possibile consultare le schede degli ospedali premiati, suddivisi per Regione, con l'elenco dei servizi valutati.

Sito Web dell'ospedale Policlinico San Martino

Il Policlinico si interfaccia con la cittadinanza e l'utenza sia attraverso l'attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, sia attraverso il sito web (www.ospedalesanmartino.it), in relazione al quale deve ancora essere perfezionato l'intervento di revisione.

Nel mese di **gennaio 2021** gli accessi sono stati **51.744**, con **227.143 visualizzazioni di pagina**, trend mantenutosi costante nell'arco dell'intera annualità e che ha toccato i **62.987 utenti a giugno**, con **277.702 visualizzazioni mensili**.

La sezione relativa alle fotonotizie è costantemente aggiornata con le campagne riguardanti il rischio clinico come, ad esempio, quella relativa alla raccolta sangue, quella in materia di vaccinazioni (particolare attenzione è stata data al tema della vaccinazione anti Covid-19 nelle donne in gravidanza e

allattamento attraverso il “Progetto WOV-Women Vaccination”, campagna informativa a cura delle Unità Operative di Igiene, Clinica Ostetrica e Ginecologica e Ginecologia e Ostetricia dell’Ospedale Policlinico San Martino) e quella dedicata alla **Giornata Nazionale per la Sicurezza delle Cure e della Persona Assistita (17 settembre 2021)**, oltre alla pubblicazione di webinar sul tema (in considerazione delle misure in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da Covid-19 che prevedono l’erogazione di corsi/congressi a distanza).

Nel difficile periodo del Covid-19 è stato reso disponibile sul sito, per l’utenza, un box dedicato alla raccolta di tutte le informazioni/norme di comportamento utili per prevenire la diffusione del virus.

Social Media istituzionali.

La gestione dei Social media istituzionali, che hanno acquisito maggiore spazio nel corso del tempo rappresentando uno strumento di immediato e rapido riscontro, costituisce un importante mezzo di condivisione delle informazioni tra il Policlinico e gli operatori e verso i cittadini.

A questo proposito, la S.S.D. Formazione e Comunicazione ha istituito nel corso del 2019 una rete di referenti, nell’ambito delle competenze delle rispettive Strutture di appartenenza, per fornire il necessario supporto alla tempestività dei riscontri relativi alle richieste d’informazione e/o alle recensioni espresse a vario titolo dai cittadini sui social del Policlinico.

In collaborazione con le UU.OO. Governo clinico e organizzazione ospedaliera, Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e Urp, Attività Tecniche è stata messa in atto una procedura per le risposte ai messaggi Facebook. Con un’azione sinergica, che coinvolge personale in staff all’Ufficio Stampa e personale della S.S.D. Formazione e Comunicazione, viene gestita la corrispondenza, portando direttamente a conoscenza dei professionisti del Policlinico di volta in volta interessati, attraverso un format predefinito, elogi e apprezzamenti/segnalazioni di disservizi, coinvolgendo i diversi referenti nelle ipotesi in cui si rendano necessari approfondimenti e/o informazioni specifiche delle strutture sopra menzionate.

I social media istituzionali sono stati utilizzati a supporto delle campagne che il Policlinico promuoveva attraverso il sito: gli stessi contenuti venivano ripensati e riadattati per un utilizzo social (video o grafiche) per garantire una maggiore diffusione e capillarità delle tematiche. Ad esempio, per promuovere l’adesione alla campagna vaccinale anti Covid-19, in collaborazione con Liguria Digitale, sono state realizzate 6 brevi clip video che hanno coinvolto giovani studenti e professionisti, con l’obiettivo di promuovere l’adesione alla vaccinazione.

I social sono stati altresì utilizzati per promuovere, in occasione delle Giornate Mondiali, come quella dedicata all’Igiene della Mani, buone norme di prevenzione e per la promozione, in parallelo al sito istituzionale, di Open Day e iniziative di sensibilizzazione/prevenzione aperte alla cittadinanza.

In parallelo, tra le azioni del piano strategico di Comunicazione scientifica e Fundraising, a novembre 2020 è stata lanciata la pagina Facebook San Martino Science interamente dedicata alla divulgazione scientifica. La pagina nasce con l’obiettivo di diffondere e far conoscere le attività di ricerca del Policlinico e i suoi risultati e, al tempo stesso, intende promuovere la cultura scientifica dialogando con la cittadinanza.

Dalla sua apertura, sono stati ospitati **6 appuntamenti in diretta con i ricercatori** ed è stato avviato un piano editoriale con una programmazione settimanale di notizie e informazioni scientifiche, in raccordo con la Direzione Scientifica.

La comunicazione verso gli operatori, oltre a quanto verrà esposto nel Capitolo C2, è attuata attraverso molteplici modalità, alcune delle quali sono: l’Intranet aziendale, gli incontri informativi su tematiche trasversali d’interesse comune, le Circolari, il Piano triennale di Azioni Positive.

Rete Intranet. La nuova intranet ha avuto avvio il giorno 4 agosto 2021, data in cui il Policlinico ha rilasciato la nuova versione della piattaforma, realizzata in conformità ai criteri Agid e strutturata in modo user friendly al fine di favorire al massimo la consultazione degli operatori interni anche in riferimento alla gestione della rischiosità. pag3 di 6 L’ utilizzo della rete intranet aziendale, a cui accede tutto il personale dipendente o equiparato con possibilità di consultazione completa, permette di veicolare con immediatezza le notizie relative a diversi ambiti quali l’indisponibilità di farmaci, gli eventuali incidenti correlati all’utilizzo di dispositivi, gli approvvigionamenti, la programmazione degli addestramenti per l’utilizzo di dispositivi medici e di protezione individuale, la programmazione di corsi e iniziative specifiche relative alla gestione del rischio, etc.,raggiungendo velocemente tutti i dipendenti. L’utilizzo della Intranet è diffuso tra il personale, perciò può definirsi lo strumento principale della Comunicazione con gli operatori e tra di essi.

La revisione è stata attuata con il coinvolgimento delle UUOO e la consultazione di diversi principali key users identificati tra gli operatori sanitari; la revisione ha posto in luce nuove esigenze quali una rapida consultazione delle corrette modalità di preparazione del Paziente per l’esecuzione di esami radiologici, l’invio di campioni ai vari laboratori e un diverso raggruppamento delle schede tecniche e di sicurezza di farmaci, presidi ed ausili, nonché dei video tutorial per l’uso. La gestione degli aggiornamenti viene gestita tramite un’azione sinergica che coinvolge personale della S.S.D. Formazione e Comunicazione e della UO *Information and Communication Technology*.

Incontri specifici su tematiche trasversali d’interesse comune. La comunicazione periodica verso l’operatore è svolta anche mediante incontri specifici su temi rilevanti di cui sia richiesta la diffusione a tutto il Policlinico.

Circolari / Documenti. Le informazioni, all’interno del Policlinico, sono diffuse anche mediante Circolari o Documenti a cura delle Unità Operative rispettivamente coinvolte per competenza.

▪ **Piano triennale di Azioni Positive (PAP) - Codice di condotta**

Il C.U.G. ovvero “Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni” in carica dal 1°maggio 2018 (Delibera N.554 del 17/04/2018), ha individuato le Azioni Positive che fanno parte integrante del Piano Triennale di Azioni Positive 2019-2021, recepito e deliberato dalla Direzione del Policlinico con Delibera 1128 del 22/07/2019. Il documento (PAP Piano Azioni Positive) costituisce uno

strumento di programmazione strategica finalizzato al cambiamento culturale ed organizzativo e mira a rimuovere gli ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità sul lavoro e nel lavoro tra uomini e donne. La sinergia tra Direzione aziendale e CUG si sta sviluppando e producendo un maggiore flusso di informazioni e quindi di analisi dei dati relativi, come espresso nella prima parte del PAP, al personale in ruolo per classi di età, per genere, per tipologia di incarico. La condivisione di queste informazioni si auspica favorisca scelte e decisioni nell'interesse di tutte le parti coinvolte nei processi lavorativi. La composizione del Comitato è stata integrata negli ultimi mesi del 2021 e compare nel sito del Policlinico al seguente link: [presidente e componenti - Ospedale San Martino](#)

Sono consultabili i verbali di tutti gli incontri al link: [verbali - Ospedale San Martino](#)

Il CUG nella precedente composizione, ha portato a termine la redazione del Codice di Condotta, recepito dalla Direzione del Policlinico con Deliberazione n. 307 del 7 marzo 2014 e finalizzato alla tutela del diritto ad un ambiente nel quale le relazioni interpersonali siano improntate all'osservanza dei principi fondamentali di inviolabilità, eguaglianza, libertà e dignità della persona, coerentemente con quanto stabilito dalle norme vigenti. Il Codice di Condotta definisce e garantisce la tutela della dignità di tutti i soggetti che svolgono la propria attività lavorativa, di studio e di ricerca presso l'Istituto. Gli stessi soggetti sono tenuti all'osservanza e al rispetto dei principi e delle finalità contenuti nel Codice di Condotta. I Direttori di Unità Operativa hanno inoltre il dovere di favorire la prevenzione delle molestie fisiche, morali, psicologiche e sessuali nell'ambito delle unità organizzative che sovrintendono. Il CUG è previsto dall'art. 57 del D. Lgs. 165 del 30/03/2001 e modificato dall'art.21 della L. 183 del 04/11/2010.

Link:

Piano Azioni Positive 2019-2021

http://www.ospedalesanmartino.it/component/publiccompetitions/document/7951-piano-azioni-positive-2019_2021.html?view=document&id=7951:piano-azioni-positive-2019_2021&Itemid=1042

Integrazione al Piano Azioni Positive 2019-2021

[Integrazioni Piano Azioni Positive 2019_2021 - Ospedale San Martino](#)

Codice di Condotta_DE_307_2014

<http://www.ospedalesanmartino.it/component/publiccompetitions/document/429-codice-di-condotta.html?view=document&id=429:codice-di-condotta&Itemid=1042>

C2 Sistemi interni all'azienda di comunicazione e diffusione delle informazioni

Sistemi interni all'azienda di comunicazione e diffusione delle informazioni

▪ Portale del Dipendente

Il Portale del Dipendente, in home page fornisce percorsi facili per la comunicazione interna all'azienda sin dal 2020, rendendo disponibili sezioni dedicate alla ricerca rapida di informazioni sui temi di maggiore rilevanza per i dipendenti:

- aggiornamenti sull'emergenza sanitaria e relative norme di interesse del dipendente
- Informazioni riguardo il Green Pass
- Informazioni riguardo l'ASILO NIDO AZIENDALE
- Informazioni riguardo la fruizione del PART TIME
- Diritto allo studio 150 h (ANNO 2022)
- Modalità per richiedere la fruizione di permessi per handicap grave Legge 104/1992
- Informazioni riguardo la fruizione di CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO ART.42 e L.104/92
- Informazioni riguardo la tutela di LAVORATORI FRAGILI
- Informazioni riguardo le modalità di ACCESSO DA CASA A IRIS WEB - PORTALE DEL DIPENDENTE - POSTA ELETTRONICA
- Contributo della UO Psicologia Clinica e Psicoterapia
- Smart Working: modalità di fruizione

Con l'avvio della campagna di vaccinazioni anti SARS-Cov-2, le convocazioni dei dipendenti presso l'ambulatorio vaccinazioni sono trasmesse attraverso il Portale del Dipendente e l'applicativo IRISWEB.

▪ Rete Intranet

Nel rispetto del cronoprogramma definito nel corso del 2020, nell'agosto 2021 è stata rilasciata la nuova Intranet. La home page, rinnovata nella sua veste grafica, è stata riorganizzata in sezioni tematiche, di cui una riservata al Rischio Clinico. Tra i vantaggi della nuova Intranet vi è, fra gli altri, l'accessibilità anche dall'esterno e non solo da rete aziendale.

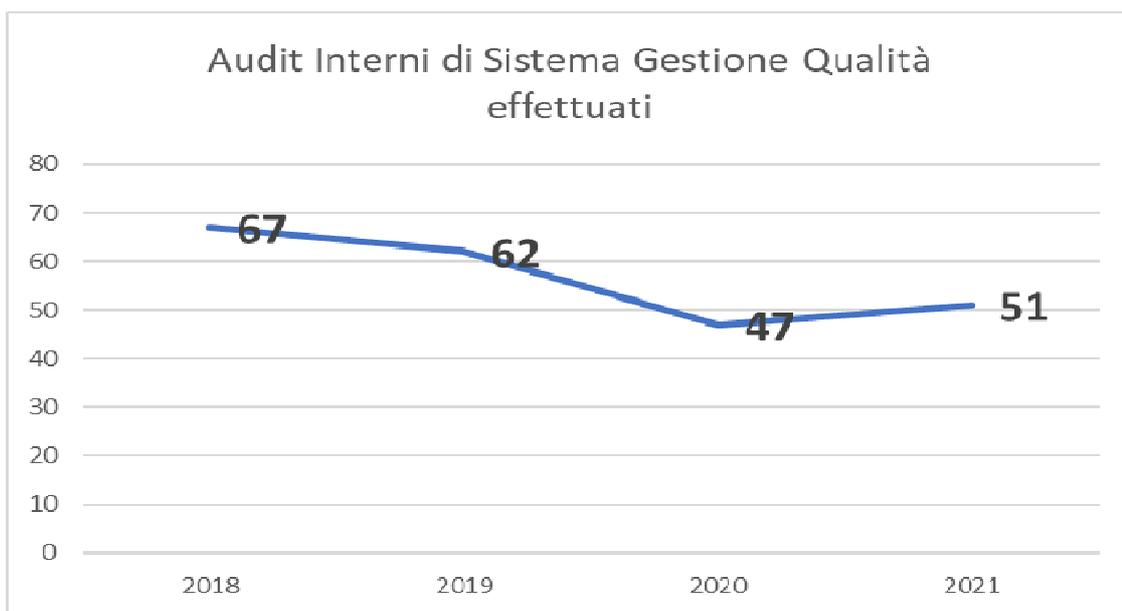
Tutto il personale vi può accedere mediante le proprie credenziali.

La diffusione dei documenti e delle informazioni inerenti i percorsi in ambito di Rischio Clinico e di Sicurezza nei luoghi di lavoro è attuata anche attraverso le informazioni pubblicate in Intranet, nell'area dedicata al Rischio Clinico.

▪ ISOLABWEB

La documentazione aziendale (procedure, istruzioni operative, documenti organizzativi, modulistica) è gestita mediante l'applicativo ISOLABWEB che ne rende possibile la creazione, il controllo, la pubblicazione, la trasmissione e la consultazione. Il Software ISOLABWEB contiene parte delle conoscenze dell'organizzazione, declinata in documenti di tipo prescrittivo, protocolli e Linee guida condivisi. Contiene inoltre gli strumenti per la registrazione delle attività nelle diverse fasi dei processi e dei PDTA erogati. **I documenti pubblicati e quindi in vigore sono 6407.**

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri specifici su tematiche trasversali d'interesse comune La comunicazione periodica verso l'operatore, è effettuata anche attraverso incontri specifici su temi rilevanti di cui sia richiesta la diffusione a tutto il Policlinico. ▪ Mailing list aziendali. Le informazioni, inoltre, sono veicolate mediante Mailing list aziendali. ▪ Circolari/Documenti Le informazioni, all'interno del Policlinico, sono diffuse anche mediante Circolari/Documenti a cura delle Unità Operative coinvolte.
<p>C3 Diffusione e feedback relativamente a: procedure / istruzioni di lavoro approvate, decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo</p>	<p>Diffusione e feedback relativamente a procedure/istruzioni di lavoro approvate, decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Audit Interno di Sistema Gestione Qualità Si effettua verifica, in sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità, dell'aderenza dei comportamenti alle procedure ed istruzioni in vigore e si analizzano i dati raccolti monitorando costantemente il trend aziendale. Annualmente si diffondono dati ed eventuali azioni di Miglioramento nelle relazioni annuali dell'attività dell'UGR/CARMInA. Annualmente si diffonde il Report degli Audit Interni di Sistema Gestione Qualità condotti in Ospedale ed in particolare i dati sono esposti in occasione del Riesame della Direzione presentato durante la riunione di apertura dell'Audit Esterno svolta dall'Organismo di Certificazione con la Direzione Strategica. Le rilevazioni in sede di Audit Interno di SGQ sono effettuate da <i>Team</i> di Valutatori <i>Lead Auditor</i> (Norma UNI EN ISO 9001:2015) che seguono un Corso formativo dedicato ai "Valutatori NORMA UNI EN ISO 9001:2015. Il Corso finalizzato all'allineamento dei <i>Team</i> di Valutatori che nel corso dell'anno partecipano agli Audit Interni di SGQ, nel 2021 la condivisione dell'aggiornamento è stata condotta mediante comunicazione con posta elettronica per le restrizioni alla didattica correlate allo stato di emergenza sanitaria. Tutti i Valutatori sono stati inoltre invitati a seguire il Corso Base Gestione Rischio Clinico in modalità FAD. <p>Gli Audit Interni di SGQ svolti nel 2021 sono 51. Il Grafico rappresenta il numero di Audit interni di SGQ svolti nel periodo compreso tra il 2018 ed il 2021.</p>



Nel 2021 il Policlinico San Martino è stato oggetto dell’Audit di Terza Parte il 24-25-26 novembre, svolto dall’**organismo di Certificazione RINA** e conclusosi con il rilascio del Certificato di conformità agli standard previsti dalla Norma UNI EN ISO 9001:2015 Certificato N.41781/21/S IT131-820 (Data rinnovo 21/12/2021 – Data scadenza 26/12/2024)

FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA'

Attività di formazione e valutazione svolte a livello aziendale e interaziendale.

<p>F1 Piano formativo UGR aziendale e interaziendale</p>	<p>Piano formativo UGR aziendale e interaziendale</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Il Piano Formativo del Policlinico<ul style="list-style-type: none">- Adozione del Piano Formativo Aziendale del Policlinico - triennio 2020-2022 Delibera 124 del 22/01/2020.- Integrazione al Piano Formativo Delibera 650 del 31/03/2021- Piano Comunicazione Delibera 874 del 29/04/2021 <p>L'emergenza sanitaria per SarsCov-2 ha influenzato e segnato in maniera importante tutte le attività di Comunicazione del Policlinico nonché la realizzazione degli eventi e corsi in programma. Con nota di Alisa del 27 febbraio 2020 ad oggetto «Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID 19 - DPCM 25/02/2020», alle aziende del SSR è stata comunicata la necessità di sospendere immediatamente tutte le attività formative ECM, fatte salve le attività a distanza. La pandemia ha inoltre comportato la sospensione di ogni evento realizzato in presenza, anche di tipo non strettamente formativo, quali gli eventi a carattere scientifico e di prevenzione aperti al pubblico. La pandemia si è tuttavia rivelata fonte di nuove e rilevanti progettualità dal punto di vista dell'innovazione, spingendo molte realtà, quali la nostra, a individuare nuove modalità e strumenti per il mantenimento ed il miglioramento continuo dei processi comunicativi sia tra operatori che con la cittadinanza.</p> <p>Dal 01/03/2021 è stata adottata la nuova piattaforma di formazione a distanza del Policlinico, ove sono disponibili i corsi del Piano Formativo Aziendale vigente ed i corsi obbligatori in materia di salute e sicurezza. La nuova piattaforma attualmente comprende la possibilità di fruizione di molti corsi in continua evoluzione: di seguito elenco rappresentativo degli eventi formativi progettati.</p> <p><u>Corso Base inerente la Gestione del Rischio Clinico</u></p> <p>Nel marzo 2021 è stata avviata l'erogazione del primo Corso Base inerente la Gestione del Rischio Clinico, per la didattica a distanza con attribuzione di ECM per il personale del Policlinico. Il Corso espone i seguenti temi:</p> <ul style="list-style-type: none">• Legge 219 del 2017 Consenso Informato• Raccomandazione Ministeriale n.3 Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e dell'applicazione della checklist di sala• Raccomandazione Ministeriale n.13 Prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie• Raccomandazione Ministeriale n.7 Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica <p>Nel 2021 gli operatori formati sono stati 700 (1005 iscritti). Il corso verrà riproposto in forma aggiornata nel 2022.</p> <p><u>CORSI DI FORMAZIONE programmati</u></p> <p>La legge N 190: I piani e le misure anticorruzione; ▪ Metodologia per l'analisi e la valutazione e il trattamento dei rischi corruttivi sulla base del PNA 2019 e delle linee guida</p>
--	---

ANAC; ▪ Performance e parità. Congedi parentali, pari opportunità e violenza di genere; ▪ Mani sane prevenzione primaria dell'eczema delle mani nell'operatore sanitario, anche in tempo di pandemia; ▪ Trattamento delle problematiche del paziente covid in fase post-acuta: percorsi per esiti respiratori e neuromotori; ▪ Il monitoraggio dell'aria nelle sale operatorie: prevenzione rischi per il paziente e l'operatore sanitario; ▪ BLS-D- Basic Life Support Defibrillation; ▪ ALS-Advanced Life Support; ▪ Corso istruttori BLS-D aziendale; ▪ Le linee guida dei triage, OBI e sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso; ▪ Supporti ventilatori per i pazienti in pronto soccorso; ▪ Trattamento dei dati personali-un metodo di governance; ▪ Corso di formazione e aggiornamento professionale sulle infezioni da HIV; ▪ Donazione trapianti d'organo. Stato dell'arte e prospettive in Regione Liguria; ▪ Ferite nascoste: Mutilazioni genitali femminili; ▪ Donazioni e trapianti organo; ▪ Vaccinazione come percorso del prendersi cura; ▪ La rete dell'ictus in Liguria: Bisogna fare P.R.E.S.T.O.; ▪ Giornate con il DMT epatobiliopancreatico; ▪ Cosa cambia negli appalti pubblici; ▪ Dall'unità di terapia intensiva coronarica all'unità di alta intensità di cura cardiologica ▪ Farmaco vigilanza e dispositivo vigilanza: uno sguardo ai tempi del Covid; ▪ Focus sulla cannula tracheostomica: gestione logopedica; ▪ Formazione del personale infermieristico (neoassunto e non) della UO neonatologia e delle ostetriche del dipartimento ginecologico e percorso nascita; ▪ Drenaggio toracico: indicazioni, funzionamento, gestione; ▪ Il trauma: aggiornamenti 2021; ▪ Infermieri di ricerca clinica: organizzazione delle attività-corso base; ▪ Infermieri di ricerca clinica: ruolo, competenze e quadro organizzativo di riferimento; ▪ Gestione del rischio clinico: recepimento raccomandazioni ministeriali, incident reporting e gestione degli eventi avversi. Informazione consenso informato; ▪ L'incontinenza urinaria femminile diagnosi e trattamento; ▪ Novità vaccinali: oltre il covid-19; ▪ Pillole di triage globale; ▪ Retraining triage di pronto soccorso sul modello globale; ▪ Rianimazione cardiopolmonare di base in periodo di pandemia da SARS-COV-2; ▪ Triage infermieristico di pronto soccorso secondo il modello globale

- **CORSI SICUREZZA E SGSL:** SGSL-Stress lavoro-correlato; ▪ SGSL-Rischio biologico; ▪ SGSL-Rischio fisico e Radioprotezione; ▪ SGSL-Rischio incendio; ▪ CBS-Formazione generale; ▪ CBS-Rischi specifici; ▪ Corsi obbligatori per lavoratori e dirigenti; ▪ Monitoraggio dell'aria nelle sale operatorie: prevenzioni dei rischi per il paziente e per l'operatore sanitario; ▪ Il Sars Cov2 entra in ospedale, la campagna vaccinale volge al termine; ▪ Cronache del tempo di mezzo: gli operatori del San Martino colpiti dalla pandemia-evoluzione del quadro epidemiologico interno dai primi casi alla campagna vaccinale Gestione del Rischio Clinico, Corso Base in FAD, Cronache del tempo di mezzo: la sicurezza degli operatori tra cambi normativi e nuove procedure e DPI; ▪ Cronache del tempo di mezzo: l'impegno emotivo degli operatori; ▪ Gestione ed organizzazione-Il modulo corso sicurezza dirigenti; ▪ La sicurezza corso base-formazione specifica-I modulo; ▪ Corso per i preposti nella gestione della sicurezza; ▪ Retraining primo soccorso per laici ai sensi del D.LGS 81/08 e S.M.I.

- **ANTINCENDIO E AGGIORNAMENTO ANTINCENDIO**

Addetti antincendio; ▪ Addetti antincendio di compartimento 2021

- **GRUPPI DI MIGLIORAMENTO:**

Nel 2021, tenendo in considerazione le misure di contenimento Covid19, sono stati attivati **15 gruppi di miglioramento** tra cui Audit di sistema gestione qualità e sicurezza e DMT. I suddetti GDM sono stati svolti in modalità mista (residenziale e a distanza attraverso piattaforma Teams). Dal mese di luglio con nota di Alisa, l'erogazione della forma-

zione poteva essere ripresa in presenza, mantenendo il distanziamento e i dispositivi di sicurezza indicati nella stessa. Si elencano alcuni dei GDM del Policlinico:

Trattamento del paziente Covid in fase post acuta e percorso per esiti respiratori e neuromotori; ▪ Accessi vascolari in emodialisi e loro complicanze emergenze emodialitiche. Approccio alla venipuntura ecoguidata nei pazienti emodializzati; ▪ L'infermieristica in dialisi: dalla teoria alla pratica; ▪ DMT epatobiliopancreatico; ▪ Percorsi in terapia intensiva del centro trapianti; ▪ Principi, metodi e procedure utili nei percorsi di terapia intensiva; ▪ Il paziente in terapia intensiva e neuroranimazione e il neoassunto; ▪ Il paziente sottoposto a chirurgia urologica con principi e risvolti assistenziali perioperatori; ▪ La presa in carico logopedica del paziente Covid-19: dalla fase acuta agli esiti stabilizzati; ▪ Specialist diabetes care; ▪ Stesura e implementazione di un PDTA sulla gestione del trauma maggiore; ▪ Revisione critica della gestione di casi clinici ostetrici e delle modalità del parto; ▪ Nuove procedure in medicina nucleare-coordinamento con fisica sanitaria; ▪ Dalla donazione di organi al trapianto di fegato e reni; ▪ Audit di sistema gestione qualità; ▪ Riunione centro fisiopatologia della riproduzione umana. Implementazione della cooperazione con altre U.O del Policlinico

- **Corso di aggiornamento dedicato al personale medico in formazione specialistica iscritto al primo anno**

Come era stato fatto nel 2019, sospeso a causa dell'emergenza sanitaria COVID-19 del 2020 e 2021, per il 2022 su decisione della Direzione Sanitaria ed in accordo con la Presidenza della Facoltà di Medicina, è stato progettato un corso di aggiornamento a carattere informativo dedicato al personale medico in formazione specialistica iscritto al primo anno. Il corso si svolgerà il 31 gennaio 2022, 17/02/2022 e 02/03/2022 presso l'Auditorium del centro congressi del Policlinico (CBA). La prima parte del corso si svolgerà in presenza ed una seconda parte in FAD. Il corso è destinato a 400 Medici in formazione specialistica.



Corso per Medici in Formazione Specialistica
Auditorium Centro Congressi IST Nord
Orario 13.30 -17.00

1^a edizione 31/01/2022; II edizione 17/02/2022; III edizione 02/03/2022

Il corso si svolge in presenza ed ha l'obiettivo di condividere con gli Specializzandi le principali informazioni relative a vari aspetti della pratica clinica e dell'organizzazione del Policlinico. I medici in formazione specialistica dell'Università degli studi di Genova ammessi al corso sono gli iscritti al 1° anno dell'a.a. 2021/22. Ammessi 150 partecipanti ad edizione. Evveto su convocazione. **Non sono ammesse presenze in divisa.**

13.30	Registrazione partecipanti	
14.00	Introduzione al corso Regolamento di organizzazione e funzionamento del Policlinico	Direttore Sanitario G. Orzengo
14.15	Presentazione corso e ulteriori percorsi formativi	Responsabile SSD Formazione e Comunicazione E. Rovini
14.30	Presentazione del Regolamento di Ateneo di Scienze Mediche e Farmaceutiche	Delegato alla formazione per le scuole di specializzazione di area medica M. Amore
14.45	Emergenza Covid e non solo	Direttore U.O. Igiene - Pionieratore ai rapporti con il Sistema Sanitario G. Icardi
15.00	la responsabilità del medico specialista in formazione: aspetti medico-legali	Direttore U.O. Medicina Legale F. Ventura
15.15	Strumenti per la gestione del fine vita e cure palliative	Responsabile SSD Hospice M. Martelli
15.30	Rischio clinico e tool web come fonte d'informazione	Dirigente UO gestione del rischio clinico, qualità, accreditamento e JRP S. Morganti
15.45	Pausa	
16.00	Progetti ICT del Policlinico	Direttore U.O. Information & Communication Technology N. Rosso
16.15	Protezione dati personali e sensibili	Responsabile DPO - protezione dati personali F. Polito
16.30	Responsabilità medica e assicurativa	UO Affari Generali e Legali B. Clavarezza/P. Carbone
16.45	Bed Management, accessi dal P.S., consulenze	UO Gestione del rischio clinico, Qualità, Accreditamento e URP L. Arata/I. Barberà/V. Tisi
17.00	Discussione e conclusione lavori	

ISTE 00010
S.S.D. Formazione e Comunicazione
vincipolice@policlinico.it

F2 Valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure aziendali basate sulle raccomandazioni ministeriali

Valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure aziendali basate sulle raccomandazioni ministeriali

Si effettua verifica, in sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità, dell'aderenza dei comportamenti alle procedure ed istruzioni e si analizzano i dati raccolti monitorando costantemente il trend aziendale. La verifica dell'aderenza alle procedure aziendali si effettua durante l'Audit Interno di SGQ, mediante l'osservazione dei comportamenti e si utilizzano le *Check List* specifiche per l'ambito oggetto di Audit Interno per la registrazione di quanto rilevato. Le rilevazioni sono effettuate da *Team* di Valutatori *Lead Auditor* (Norma UNI EN ISO 9001:2015). Inoltre in sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità, si attua la verifica dell'aderenza alle Raccomandazioni Ministeriali mediante *check list* di Audit e *software* dedicati:

MODHQA_0044A Rev. 6/2020 contenente indicatori di rilevazione di:

- Gestione CVC/PICC
- Gestione emocomponenti
- Marcatura sito chirurgico

MODHQA_0044B Rev. 6/2020 contenente indicatori di rilevazione di:

- Igiene delle mani per verifica dell'aderenza a indicazioni aziendali contenute nei documenti aziendali di riferimento:
 - IOAZU76-0006 "La frizione alcolica delle mani"
 - IOAZU76-0007 "Lavaggio sociale delle mani"
 - IOAZU76-0008 "Lavaggio antisettico delle mani"
 - LGAZU76_0002: "Raccomandazioni per le misure di isolamento in ospedale"

MODHQA_0044C Rev. 5/2020 contenente indicatori (per le unità operative del Dipartimento Emato-Oncologico) di rilevazione di:

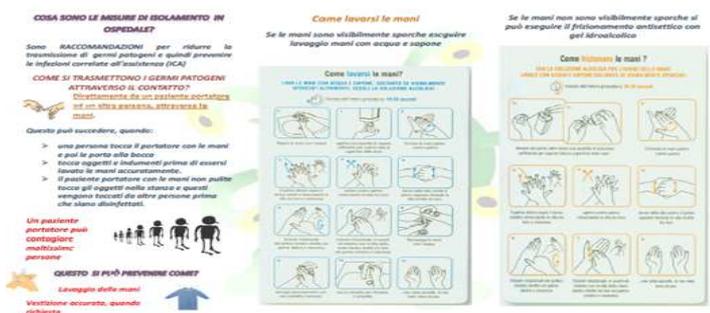
- Gestione CVC/PICC
- Gestione emocomponenti
- Gestione farmaci chemioterapici antitumorali
- Valutazione patrimonio venoso
- Gestione stravasato

MODHQA_0044LAB Rev. 4/2020 contenente indicatori di rilevazione di:

- Igiene delle mani e corretto utilizzo dei guanti monouso non sterili (presso le UU.OO. Laboratori) per la verifica dell'aderenza alle indicazioni aziendali contenute nei documenti aziendali di riferimento:
 - IOAZU76-0006 "La frizione alcolica delle mani"
 - IOAZU76-0007 "Lavaggio sociale delle mani"
 - LGAZU76_0002: "Raccomandazioni per le misure di isolamento in ospedale"

MODHQA_0044RAD Rev. 0/2020 contenente indicatori (per le UU.OO. Diagnostica per immagini) di rilevazione di:

- Identificazione lateralità prestazione diagnostica
- Gestione stravasato (nelle unità operative di Diagnostica per immagini che utilizzano mezzi di contrasto) per la verifica dell'aderenza alle indicazioni aziendali contenute nei documenti aziendali di riferimento

	<p>MODAZHQA_0030CC Rev. 11/2021 Valutazione Compilazione Cartella Clinica finalizzata alla rilevazione dei requisiti di completezza, appropriatezza e rintracciabilità nella compilazione del documento clinico.</p>
<p>F3 Promozione dell'igiene delle mani</p>	<p>Promozione dell'igiene delle mani</p> <p>L'UO Igiene organizza e svolge lezioni nell'ambito di diversi corsi di aggiornamento aziendali e dipartimentali ed effettua sopralluoghi nelle UUOO per il monitoraggio e verifica dei comportamenti adottati dal personale. Sono utilizzate specifiche Schede Osservazionali ICA per la rilevazione dei comportamenti rispetto ai 5 momenti dell'igiene delle mani, adottati da tutti gli operatori sanitari denominate MODAZU76_0060 SCHEDE OSSERVAZIONALE ICA. Le modalità a cui attenersi per una corretta igiene delle mani sono espresse in documenti aziendali inerenti "La frizione alcolica delle mani", "Lavaggio sociale delle mani", "Lavaggio antisettico delle mani", "Dispositivi di protezione individuale", "Raccomandazioni per le misure di isolamento in ospedale". Sono inoltre diffusi pieghevoli e poster informativi.</p> 
<p>F4 Incontri con gli operatori sanitari finalizzati all'introduzione e di nuove tecniche e utilizzo di nuovi dispositivi di sicurezza</p>	<p>Introduzione di nuove tecniche e utilizzo di nuovi dispositivi di sicurezza</p> <p>L'utilizzo di nuovi dispositivi e/o tecnologie e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza è sempre accompagnato da incontri formativi specifici, realizzati a cura della SS Formazione e Comunicazione, dell'UO Servizio Prevenzione e Protezione e dall' UO <i>Information and Communication Technology (ICT)</i>.</p> <p>I corsi specifici per l'addestramento su nuove tecnologie sono resi noti al personale che ne deve garantire l'utilizzo mediante email o avvisi nell'Intranet: quale esempio si cita l'avviso per il corso in modalità FAD fruibile mediante iscrizione al link https://formazione.ospedalesanmartino.it/ ove è anche disponibile il materiale didattico, video in inglese e manuale d'uso, del nuovo tricotomo in uso nel Policlinico, Surgical Clipper della ditta BD.</p> <p>Quale esempio si rappresenta il recente evento di formazione sulla nuova Cartella Clinica Ambulatoriale <i>Onesys</i>, in sostituzione di <i>Trakcare</i> per la componente Ambulatoriale che a partire dal 17 gennaio, e per la durata di 1 settimana, prevede incontri della durata di 90 minuti, per un massimo di 10 iscritti per sessione. Parallelamente si garantisce, a cura dell'I.C.T., un periodo di affiancamento on the job per una settimana a partire dalle rispettive date di avviamento nei reparti/ambulatori che utilizzeranno il software.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formazione in aula del personale Medico, Infermieristico, Amministrativo (gruppo A e B) dal 17/01 al 21/01.

- Go Live/Avviamento nuovo Sistema Informativo Onesys:
- Gruppo A: 26 gennaio
- Gruppo B: 03 febbraio
- Affiancamento on the job per 1 settimana a partire dalle rispettive date di avvio.

Di seguito alcuni degli eventi formativi finalizzati all'Addestramento per nuove tecnologie/pratiche:

- Aghi per biopsia dei tessuti molli;
- Bisturi monouso con sistema di sicurezza;
- Butterfly 21G ditta Greiner-Visione materiale didattico su portale;
- Addestramento su Glucometro U-right;
- Lancette pungidito nuova acquisizione;
- Siringhe di sicurezza per insulina senza spazio morto;
- Corretto utilizzo dei respiratori facciali filtranti, porta count e face fit test;
- Utilizzo dei video laringoscopi in uso presso il 118;
- Corretto utilizzo dei respiratori facciali filtranti, porta count e face fit test;
- Utilizzo dei video laringoscopi in uso presso il 118;
- Addestramento cryosmart, gestione allarmi in criogenia;
- Vestizione/svestizione check list;
- DPI Respiratori, formazione sull'utilizzo corretto dei dispositivi di protezione individuali.

▪ **Cambiamento organizzativo: nuovo Day Hospital Emato Oncologico (DHHO)**

Il cambiamento di tipo organizzativo introdotto con l'apertura del *Day Hospital* Emato-Oncologico per le Oncologie del Policlinico (Novembre 2018) ha richiesto formazione al personale ivi assegnato ed un costante monitoraggio della percezione degli utenti a questi cambiamenti.

I risultati hanno permesso di fornire dati utili all'analisi delle criticità percepite da parte degli utilizzatori del DH ed un importante feedback a tutti gli operatori del DH.

La rilevazione è stata svolta dal 2019 a tutto il 2021.

Il cambiamento organizzativo è stato valutato attraverso un questionario, chiedendo l'opinione dei pazienti oncologici riguardo a:

- logistica esterna,
- logistica interna,
- accoglienza,
- professionalità del personale,
- tempi trascorsi nel DH.

Sono stati considerati due diversi momenti e confrontati: le prime valutazioni sono state fatte paragonando il momento della compilazione del questionario con l'apertura del DH a Novembre del 2018 e successivamente, con l'emergenza sanitaria per infezione da Sars-Cov2, le rilevazioni hanno messo a confronto il momento della compilazione con l'inizio della pandemia. La pandemia ha indotto notevoli cambiamenti organizzativi come l'impostazione dell'area di screening per l'accesso, il divieto di entrata degli accompagnatori, ecc. che ancora oggi sono in costante evoluzione.

Le diverse misurazioni, attraverso i questionari sono state svolte con la collaborazione dei volontari del Servizio Civile attraverso il progetto Informa-cancro in convenzione dell'AIMAC (Associazione Italiana di Malati di Cancro e con la partecipazione volontaria dei pazienti oncologici).

Di seguito, una serie di tabelle/grafici, permettono di visualizzare il confronto dei diversi periodi, partendo dal Novembre 2018, con l'inizio della pandemia, fino a Settembre 2021, per ognuno degli aspetti precedentemente descritti e presi in considerazione. La popolazione intervistata è costituita da pazienti oncologici che afferiscono principalmente al DH oncologico. Nei grafici 1 e 2 sono espressi il genere e l'età dei partecipanti.

Grafico 1. Genere della popolazione intervistata per la valutazione del cambiamento organizzativo dal 2018-2021

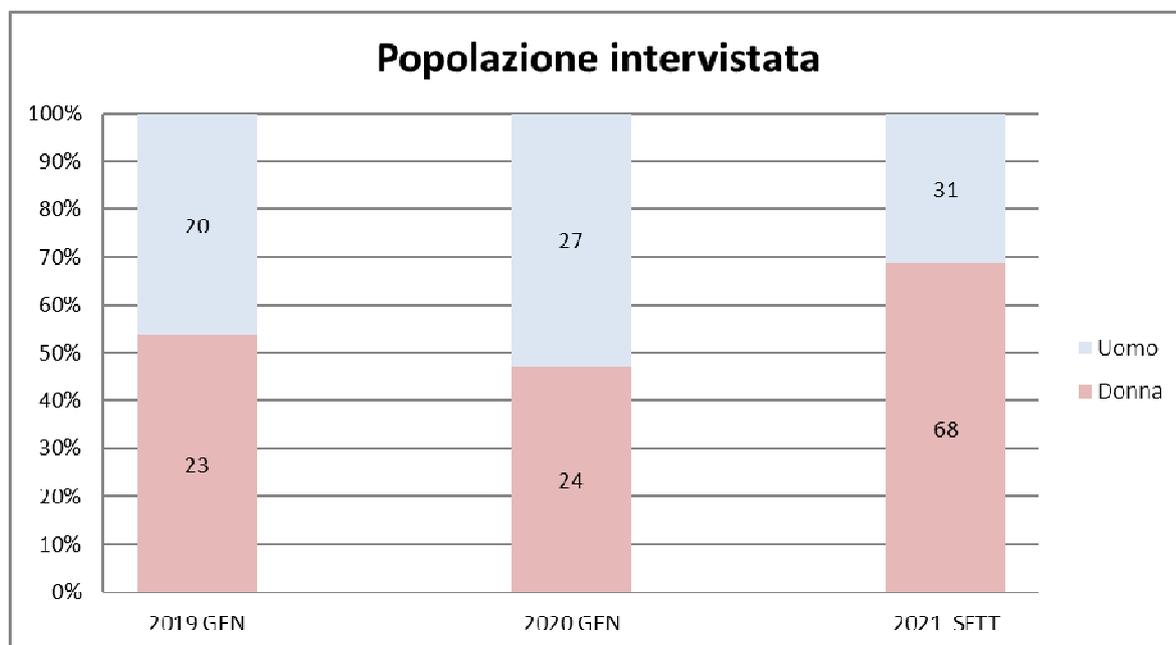
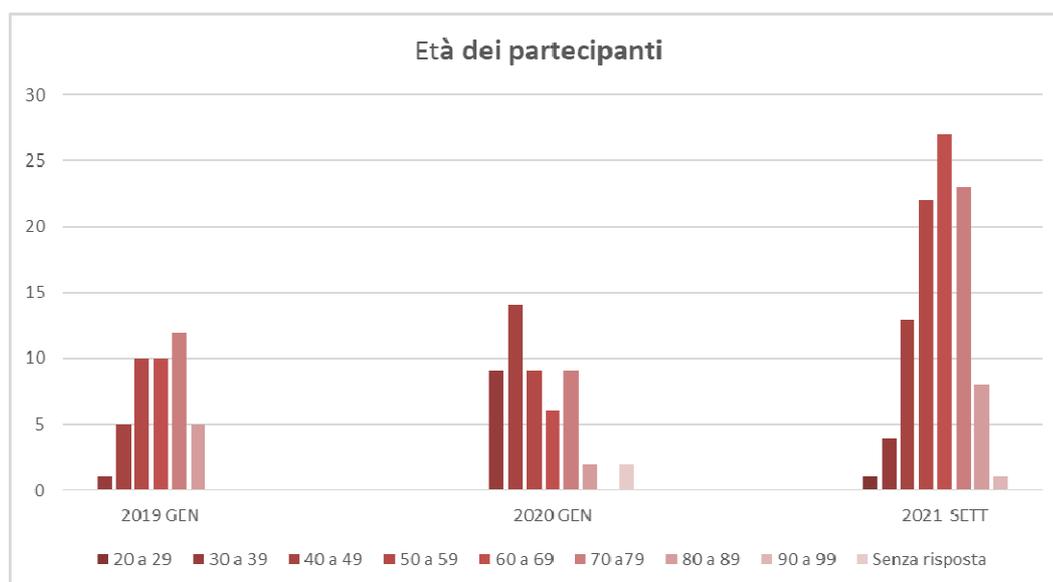


Grafico 2. Età della popolazione intervistata per la valutazione del cambiamento organizzativo dal 2018-2021



I grafici 3, 4 e 5 evidenziano rispettivamente la soddisfazione, la percezione e il livello di soddisfazione dei pazienti oncologici riguardo la logistica interna. Malgrado le criticità riscontrate nel Novembre del 2018 e durante la pandemia, il livello di soddisfazione è buono.

Grafico 3. Soddisfazione della logistica interna del DH

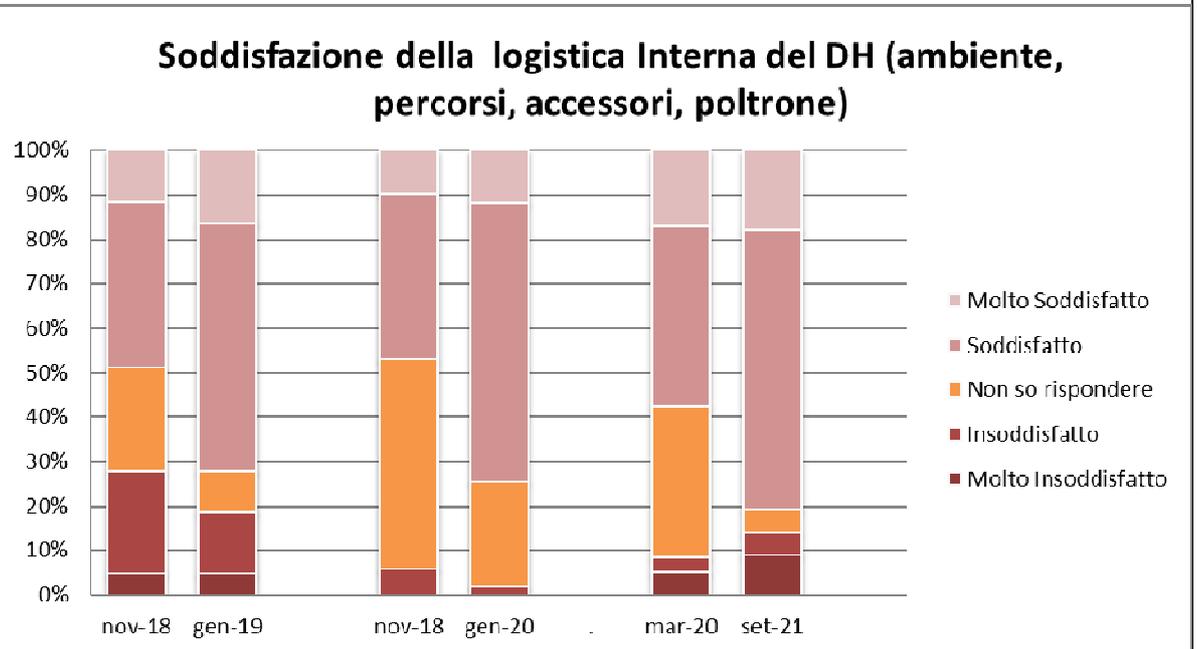


Grafico 4. Percezione della logistica interna del DH

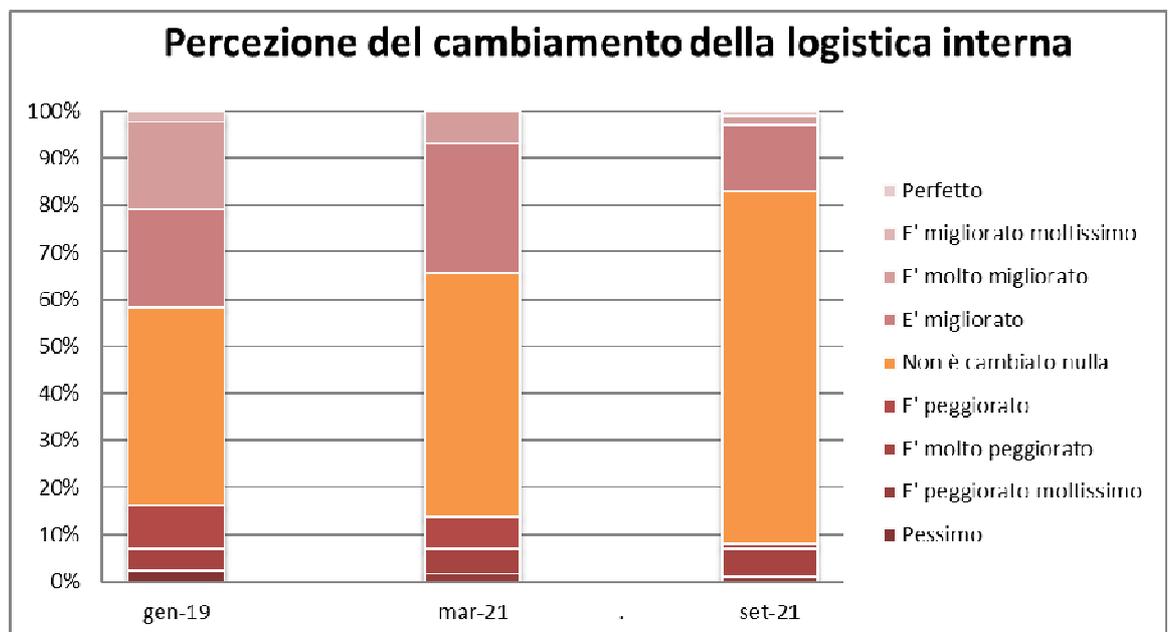
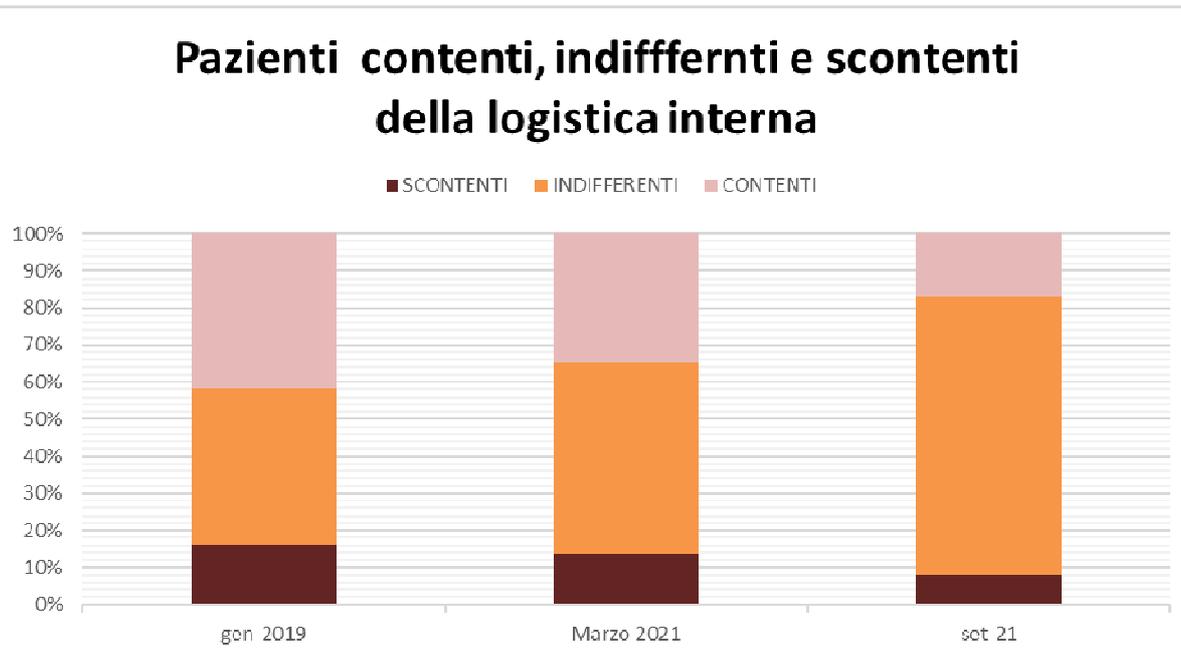


Grafico 5. Pazienti contenti, indifferenti e scontenti della logistica interna del DH



I grafici 6, 7, 8 mostrano rispettivamente la soddisfazione, la percezione e il livello di soddisfazione dei pazienti oncologici riguardo alla logistica esterna. Nelle rilevazioni del 2021, anche se non sono scomparse le criticità, si evidenzia un miglioramento della soddisfazione dei pazienti.

Grafico 6. Soddisfazione della logistica esterna del DH

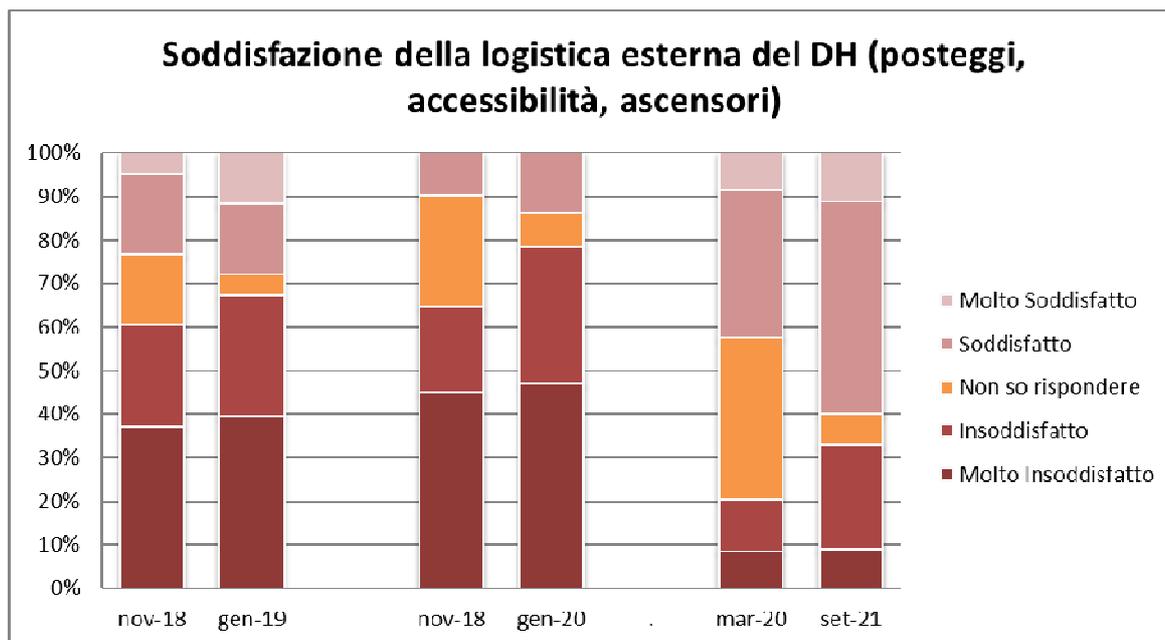
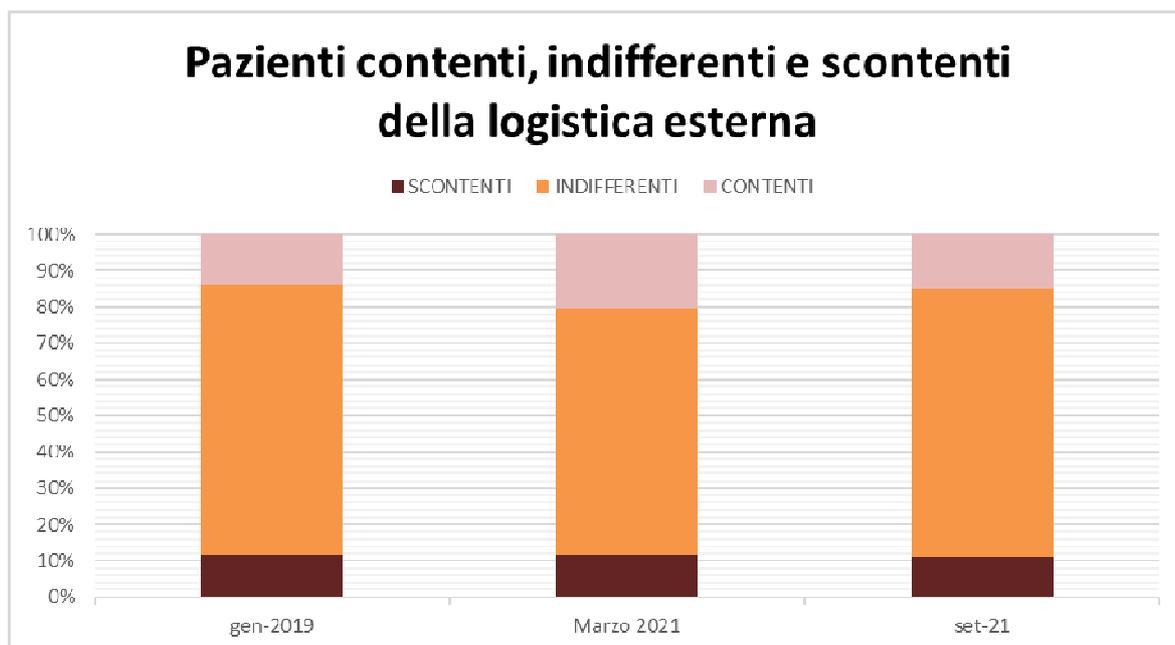


Grafico 7. Pazienti contenti, indifferenti e scontenti della logistica esterna del DH



I grafici 8, 9,10 rappresentano rispettivamente la soddisfazione, la percezione e il livello di soddisfazione dei pazienti oncologici riguardo l'accoglienza. Si osserva come i pazienti risultano soddisfatti dell'accoglienza, anche se emerge un peggioramento della soddisfazione legata a tutte le misure e cambiamenti generati dalla pandemia, in termini di controlli, limitazioni degli accessi, distanziamento sociale.

Grafico 8. Soddisfazione dell'accoglienza del DH

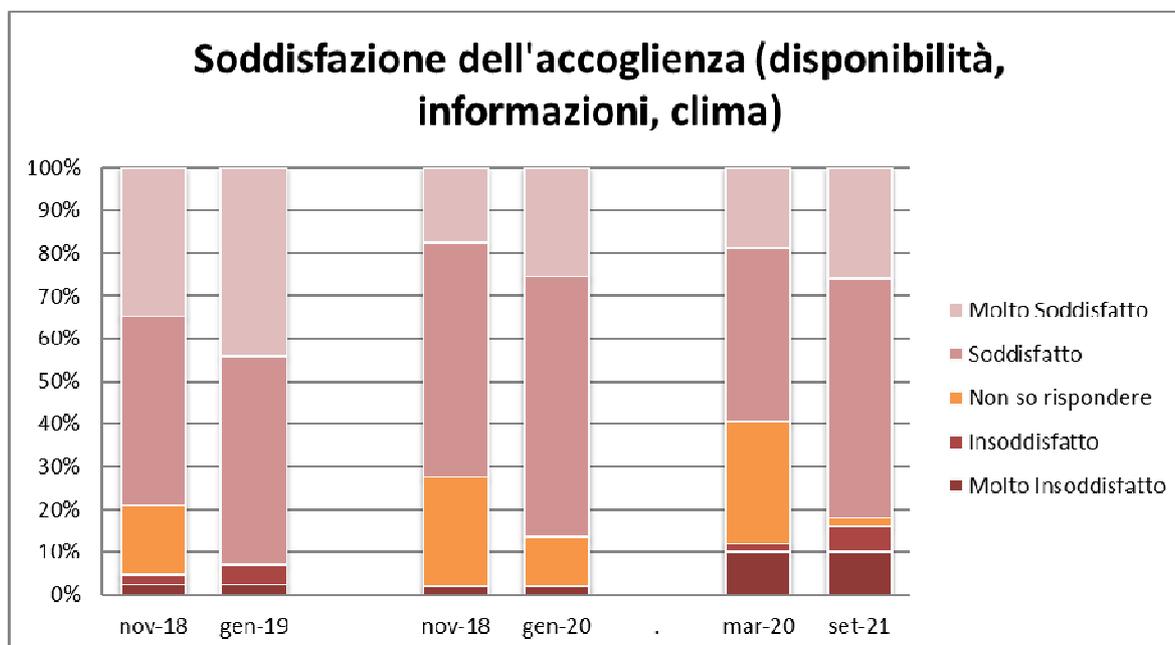


Grafico 9. Percezione dell'accoglienza del DH

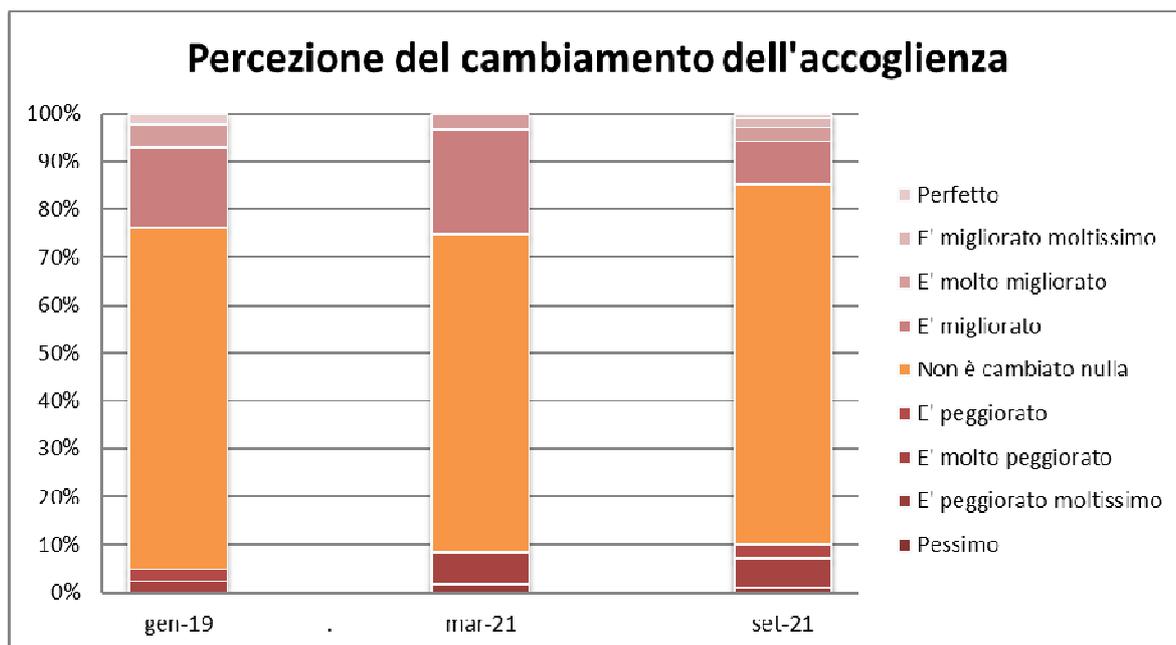
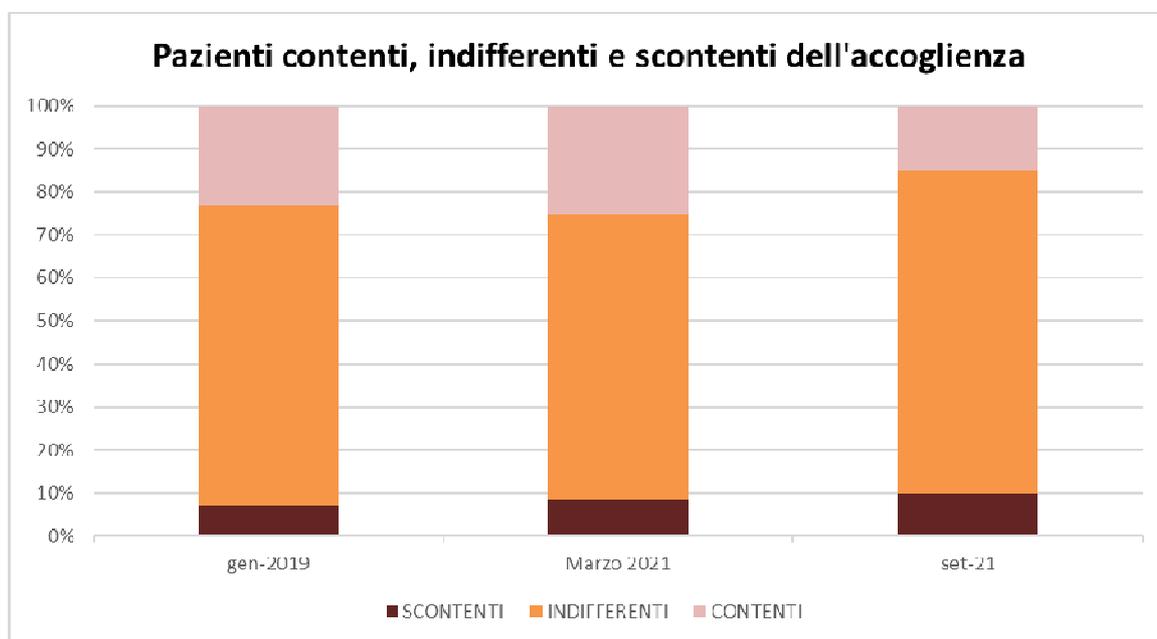


Grafico 10. Pazienti contenti, indifferenti e scontenti dell'accoglienza del DH



I grafici 11, 12,13 presentano rispettivamente la soddisfazione, la percezione e il livello di soddisfazione dei pazienti oncologici riguardo la professionalità del personale. Si evidenzia come sia riconosciuta la professionalità del personale da parte dei pazienti, malgrado si rilevi qualche criticità nel periodo di inizio della pandemia.

Grafico 11. Soddisfazione della professionalità del personale.

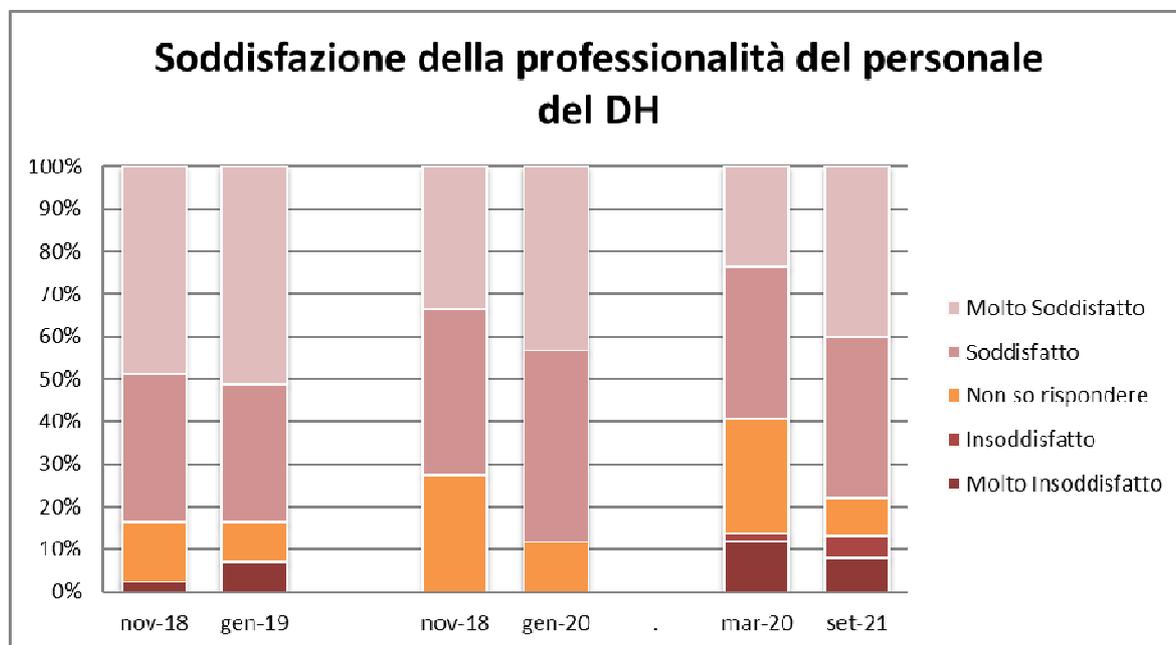


Grafico 12. Percezione del cambiamento della professionalità del personale.

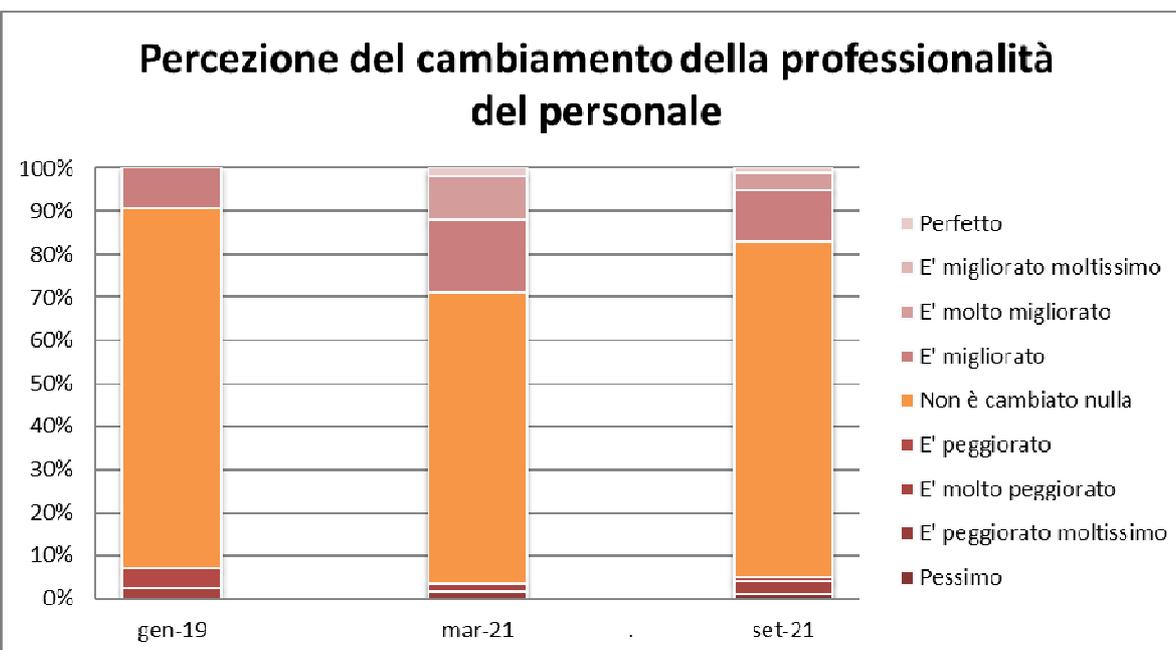
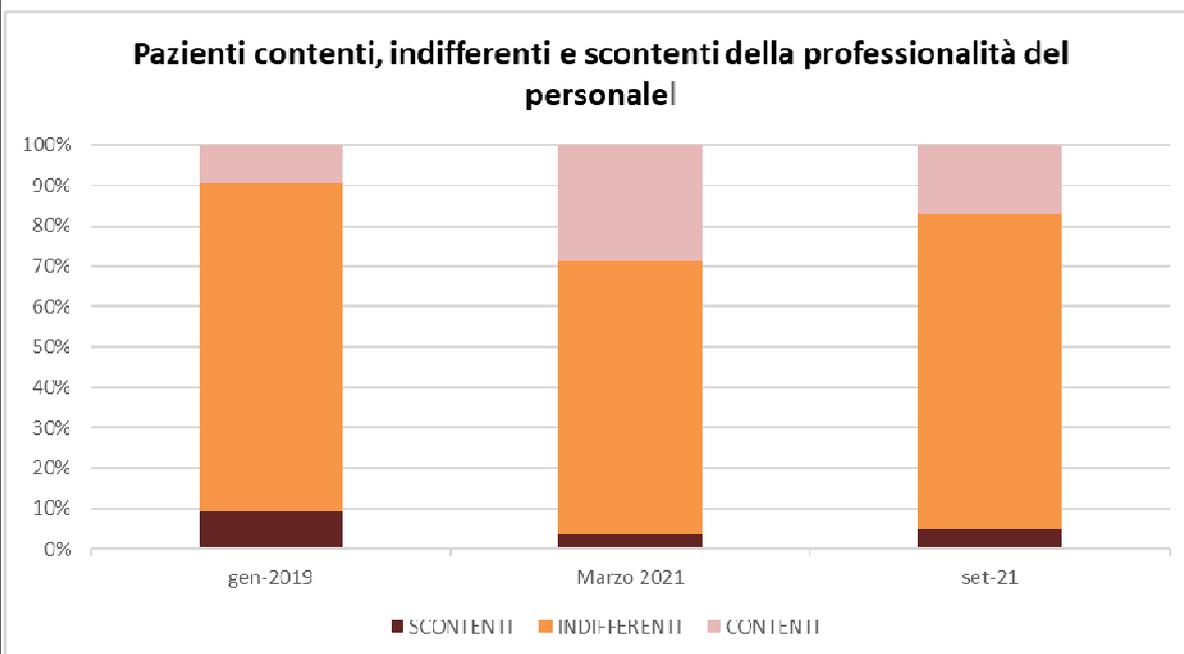


Grafico 13. Pazienti contenti, indifferenti e scontenti della professionalità del personale.



I grafici 14,15, 16 rappresentano rispettivamente la soddisfazione, la percezione ed il livello di soddisfazione dei pazienti oncologici riguardo i tempi di attesa. Si evidenzia come i pazienti siano consapevoli dei tempi di attesa necessari per lo svolgimento delle proprie terapie e come valutino questo ambito in modo generalmente positivo.

Grafico 14. Soddisfazione riguardo il tempo che deve trascorrere nel DH

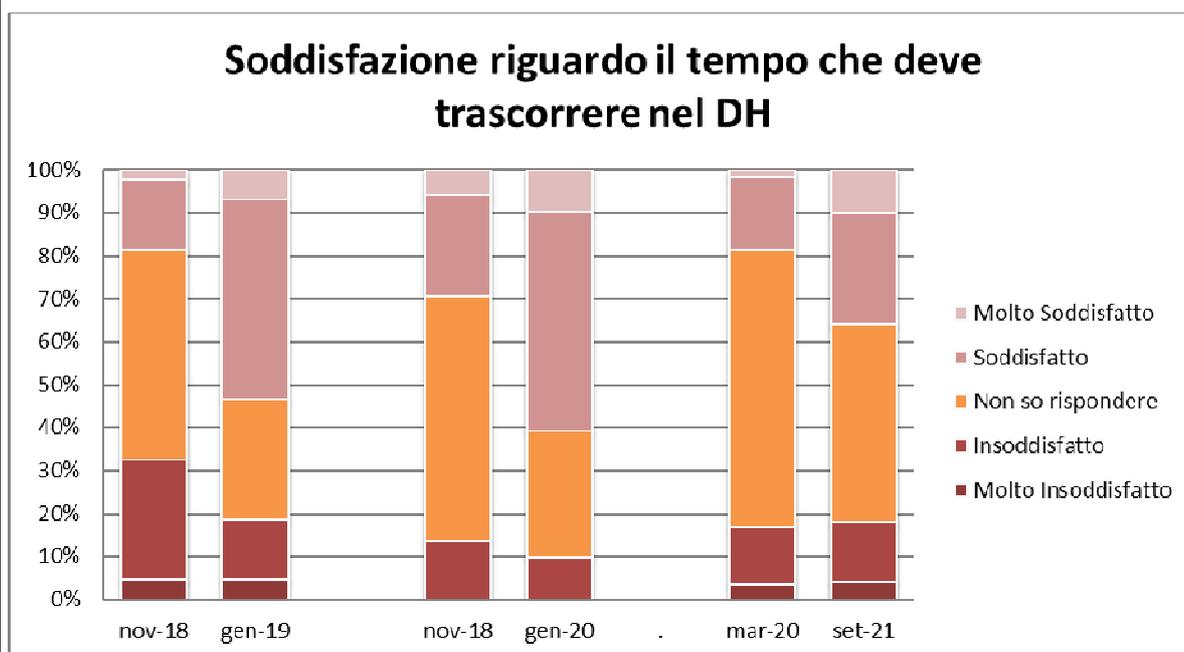


Grafico 15. Percezione del cambiamento del tempo che deve trascorrere nel DH

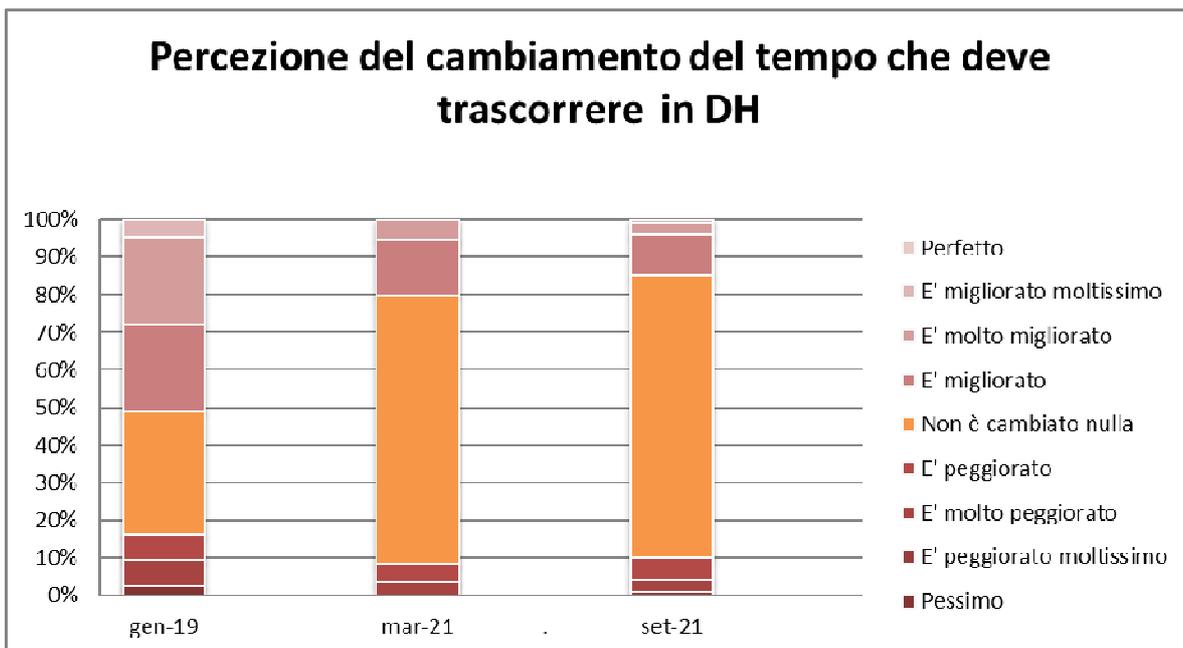
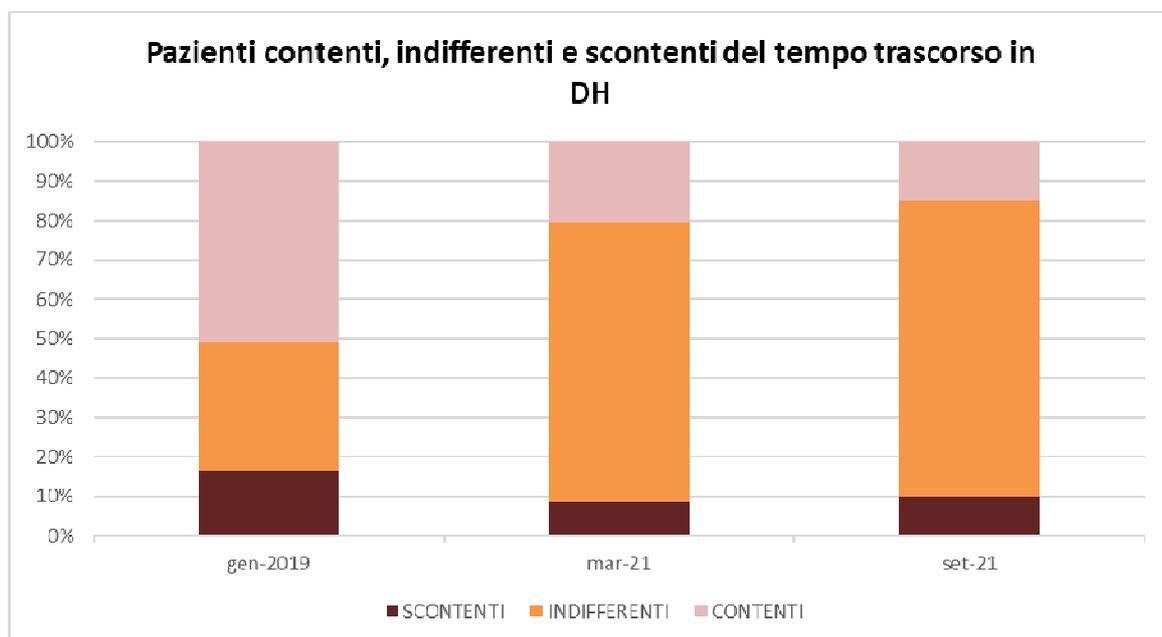


Grafico 16. Pazienti contenti, indifferenti e scontenti riguardo il tempo che devono trascorrere nel DH



F5
Prevenzione e
valutazione del
rischio di
caduta

Cadute: prevenzione del rischio

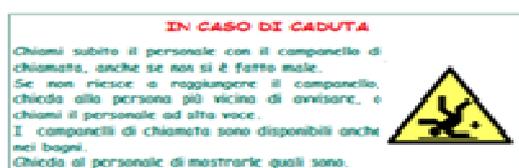
Alla luce delle considerazioni emerse con l'analisi dei dati relativi al biennio 2019-2020, esposte in questo Report nel capitolo G4.2 Misurazione cadute, si è avviato da aprile 2021 un progetto, triennale, di divulgazione della cultura di gestione del rischio clinico, finalizzato a sensibilizzare le professioni sanitarie.

In particolare si svolgono incontri con Infermieri e Coordinatori delle unità operative, somministrando check list di autovalutazione (sintesi formulata in base ad analogo documento Age.na.s.) che favoriscano una maggiore consapevolezza sia delle indicazioni cogenti, sia della effettiva aderenza o non aderenza a quanto previsto dalla Raccomandazione Ministero della Salute N.13 "Prevenzione e gestione della caduta dei pazienti nelle strutture sanitarie".

Inoltre il progetto prevede di identificare il grado di consapevolezza dei pazienti attraverso brevi interviste standardizzate. Il Progetto prevede una misurazione baseline rappresentato dagli eventi caduta, registrati nell'anno 2020 ed un successivo monitoraggio dei progressi raggiunti nel 2021.

Per quanto riguarda le condizioni ambientali, si è provveduto all'acquisizione di letti elettrici ad altezza variabile con massima movimentazione verso il pavimento in quanto si ritiene che costituiscano un elemento protettivo per il verificarsi dell'evento caduta. Nel corso del triennio 2018/2020, sono stati acquisiti 640 letti ad altezza variabile. Per quanto riguarda la diffusione di adeguate informazioni, è stata pubblicata la revisione del pieghevole destinato agli utenti "Preveniamo le cadute in Ospedale" e, in tutte le unità operative, sono stati affissi cartelli in formato A3 "Preveniamo le cadute in Ospedale - Consigli per assistiti e familiari".

E' in vigore l'Istruzione Operativa Aziendale IOAZHQA_0018 che espone le azioni specifiche finalizzate a sensibilizzare il personale sanitario sull'adozione delle specifiche azioni da mettere in atto alla presa in carico di ogni paziente, soprattutto quando a rischio di caduta ≥ 2 secondo la scala di *Conley* e, in generale, quando sono presenti fattori che predispongano il paziente a un aumentato rischio.



A cura di:
Gruppo di lavoro
"Gestione delle cadute"
Progetto C.A.B.M.I.N.A.
Area Processi Assistenziali - 5.3

Aut. 04/2021
In. 01/2021



PREVENIAMO LE CADUTE IN OSPEDALE



Consigli ad assistiti e familiari per la prevenzione delle cadute durante il ricovero in ospedale

Pieghevole destinato agli utenti "Preveniamo le cadute in Ospedale"

<p>F6 BLS e PBLSD</p>	<p>BLS e BLS</p> <p>Tutti gli operatori sono tenuti ad avere preparazione adeguata che è possibile acquisire in corsi formativi BLS pianificati annualmente e per i quali è previsto aggiornamento sistematico. Il corso teorico pratico di BLS ha la durata di 5 ore e approfondisce le tematiche relative al mantenimento delle funzioni vitali di base ponendosi come obiettivo principale quello di fornire ai partecipanti le indicazioni per riconoscere il soggetto adulto in arresto cardiaco e gli strumenti per poter intervenire nelle prime fasi della rianimazione. Il Corso è articolato in modo che, al termine di esso, ogni partecipante sia in grado di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riconoscere segni e sintomi di un adulto in arresto cardiaco • Fornire una valida assistenza alla vittima di arresto cardiaco • Utilizzare prontamente il DAE disponibile, in attesa dell'arrivo del <i>Team</i> di Emergenza intraospedaliera. <p>Nel 2021 la partecipazione ai corsi BLS è stata di 499 partecipanti, ed ai corsi BLS è stata di 379 partecipanti.</p>
<p>F7 Definizione profilo di competenze e sua valutazione</p>	<p>Definizione profilo di competenze e sua valutazione</p> <p>Nel 2021 è proseguita la definizione e formalizzazione in documenti specifici, delle competenze dei diversi professionisti e il mantenimento delle competenze acquisite. Si citano solo alcuni dei percorsi intrapresi e dei documenti in vigore (pubblicati nel 2021) nelle diverse UU.OO. in tema di valutazione e mantenimento delle competenze, che si aggiungono a quanto esposto nel report dell'anno precedente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Percorso inserimento dirigente farmacista neoassunto IOHFA_0060 rev1 del 14/12/2021 <p>Il documento identifica e codifica le fasi del percorso formativo che deve seguire il Dirigente Farmacista Neoassunto e/o Farmacista Contrattista al fine di ottenere un inserimento graduale ed efficace operando inizialmente in affiancamento ad un collega Farmacista Strutturato che trasmette al nuovo collega informazioni di carattere generale rispetto al nuovo ambito lavorativo. L'obiettivo della valutazione del personale Dirigente Farmacista Neoassunto e/o Farmacista Contrattista consiste nell'individuare le attitudini e specificità intellettive e lavorative del Farmacista.</p> <p>Percorso formativo. L'accoglienza è il primo approccio del Farmacista Neoassunto e/o Farmacista Contrattista con la nuova realtà lavorativa ed è di fondamentale importanza per comprendere le dinamiche organizzative e gestionali, sia proprie delle diverse attività svolte all'interno della U.O.C. Farmacia, che Aziendali con l'individuazione dei diversi Reparti, ambiti clinici e Unità Operative in rapporto lavorativo trasversale con la Farmacia. Questa fase prevede la presentazione del personale, la disposizione dei locali e del magazzino e la spiegazione dei programmi informatici utilizzati. Tale periodo ha la durata di 15 giorni dal 1° giorno lavorativo. Per tutto il periodo formativo, il neoassunto verrà affiancato da un farmacista strutturato individuato come tutor per approfondire in opera-</p>

tività le diverse attività svolte all'interno della Farmacia.

Il percorso di inserimento è articolato in 5 fasi ognuna di 15 giorni con programmi di apprendimenti specifici. Dopo due mesi dall'assunzione il farmacista neoassunto entrerà nella turnazione legata alle reperibilità di reparto. La fine del periodo formativo prevede un incontro per la valutazione da parte del Direttore della U.O.C. Farmacia e del Farmacista Tutor per effettuare un'analisi della capacità ed esperienze lavorative precedenti, nonché delle aspettative Farmacista Neoassunto e/o Farmacista Contrattista e procedere quindi all'assegnazione da parte della Direzione della U.O.C. Farmacia in uno specifico Settore della Farmacia.

▪ **Programma di inserimento dell'infermiere neoassunto e neoassegnato**

IOH1Y_0006- rev0 del 22/11/2021

Il documento redatto dalla struttura Area Critica Medica ha l'obiettivo di descrivere il percorso di inserimento dell'Infermiere neoassunto e neoassegnato al fine di permettere l'acquisizione in breve tempo di un'autonomia professionale impiegando al meglio le risorse professionali, strumentali e tecnologiche per garantire una adeguata risposta assistenziale, considerate anche le peculiari caratteristiche della S.S. Dipartimentale (elevato numero di pazienti ricoverati, elevato turnover dei pazienti, prevalenza di pazienti ad elevata complessità assistenziale, ecc.) rispetto alle altre UU.OO. degenziali.

In particolare, gli scopi del programma di inserimento sono:

- fornire tutte le informazioni necessarie alla completa conoscenza logistica della S.S. Dip.;
- fornire i necessari strumenti per l'utilizzo dei sistemi informatici aziendali e dei servizi disponibili fruibili dalla S.S. Dip.;
- fornire le informazioni utili allo svolgimento dell'orario e modalità di servizio;
- fornire informazioni sull'utilizzo corretto dei D.P.I., sul Sistema Gestione Qualità e sulle maggiori patologie complesse afferenti alla S.S. Dip.;
- aggiornare l'Infermiere rientrato in servizio dopo lunga assenza su eventuali nuovi aspetti.

▪ **Percorso di inserimento del fisioterapista neoassunto**

PQAZHPS_0017- rev. 0 del 26/05/2021

Il documento, redatto dall' U.O. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE, si pone l'obiettivo di codificare le fasi del percorso d'inserimento del fisioterapista neoassunto o neo-assegnato nelle varie U.O del Policlinico. Il percorso è finalizzato al supporto della persona neoassunta che dovrà acquisire autonomia professionale con il miglior impiego di risorse professionali, strumentali e tecnologiche disponibili.

▪ **Percorso di inserimento del medico presso SSDip. Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico**

IOH1B_0002 rev 0 del 23/11/2021

Il documento è stato redatto dalla S.S. Dipartimentale chirurgia generale ad indirizzo oncologico. Nelle Organizzazioni Sanitarie il personale costituisce una risorsa chiave. La sua gestione costituisce fattore critico di successo ed occasione di sviluppo. Si ritiene strategico curare gli aspetti dell'inserimento, formazione e addestramento del personale neoassunto.

	<p>SCOPO - Facilitare l’inserimento del dipendente neoassunto, garantendo una formazione secondo standard condivisi, sia in termini di conoscenze specifiche da acquisire, sia di tempi adeguati al raggiungimento di livelli di autonomia operativa, compatibili con le esigenze e le necessità assistenziali della Unità Operativa;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indirizzare il Dirigente Responsabile alla migliore conoscenza dei propri collaboratori e quindi all’impiego migliore di capacità, conoscenze, inclinazioni e ad una mirata azione formativa, ove necessario; - Fornire indicazioni alle strutture organizzative aziendali per assicurare che le attività di inserimento, formazione e addestramento del personale neoassunto vengano gestite secondo un programma prestabilito che preveda una chiara definizione della sequenza degli eventi e degli argomenti da trattare, della relativa durata, delle specifiche responsabilità e delle modalità di attuazione e valutazione finale. <p>▪ Percorso_del_TSRM _neoinserito_presso_l'U.O._Diagnostica_Oncologica_e_Senologica IOT07_0010 rev 0 del 22/11/2021</p> <p>Il documento descrive le responsabilità e le modalità operative del percorso di accoglimento, pre-valutazione, formazione, in base ad un progetto personalizzato, integrazione con l’equipe e valutazione del personale tecnico di radiologia medica (TSRM) neo-inserito, all’interno dell’U.O. DIAGNOSTICA ONCOLOGICA E SENOLOGICA. Quanto descritto nell’ questa istruzione operativa è riferito ad un percorso “standard” che può essere modificato e quindi personalizzato in base al background dell’operatore e alle sue capacità di raggiungere più o meno rapidamente gli obiettivi previsti.</p>
<p>F8 Educazione terapeutica al paziente e caregiver</p>	<p>Educazione terapeutica al paziente e caregiver</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ All’interno del Policlinico si sono individuati canali utili alla trasmissione di informazioni ai pazienti, ai parenti visitatori e/o <i>caregiver</i> attraverso pieghevoli informativi, cartelli, segnaletica. Come esposto in precedenza le informazioni necessarie al paziente per una scelta consapevole riguardo la procedura o intervento che gli viene proposta, sono disponibili nel sito web del Policlinico al link: http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/informative-per-procedure-sanitarie.html. ➤ Nell’ambito della campagna vaccinale anti Covid-19 si è rilevata l’esigenza di fornire informazioni e risposte alle donne in gravidanza in modo da rassicurarle sulla sicurezza della vaccinazione in gravidanza e in allattamento. Nonostante negli USA siano stati confermati più di 125.000 casi di COVID-19 in donne in gravidanza, compresi più di 22.000 ospedalizzazioni e 171 morti, la copertura vaccinale in queste pazienti risulta essere inferiore rispetto all’atteso. L’esclusione di queste categorie dalle sperimentazioni pre-autorizzazione per motivi etici ha stimolato timore e preoccupazione sia nelle pazienti che negli operatori sanitari. In questo contesto, le Unità Operative di Igiene, Clinica Ostetrica e Ginecologica e Ginecologia e Ostetricia ritengono fondamentale creare uno strumento per permettere alle donne una scelta consapevole. Il progetto WOMen Vaccination (WOV) aiuta

le donne e gli operatori sanitari a rispondere alle domande riguardo la campagna vaccinale. Per rispondere ai dubbi più comuni, un panel di esperti in ambito ostetrico-ginecologico e di prevenzione vaccinale dell'Ospedale Policlinico San Martino e dell'Università degli Studi di Genova analizzano costantemente gli articoli pubblicati su riviste scientifiche internazionali.



- Si cita quale esempio recente l'INFORMATIVA PER LA PARTORIENTE DURANTE LA PANDEMIA COVID_19 redatto dal Dipartimento ginecologico e percorso nascita (MODAZDGN_0004 rev 1 del 15/12/2021), finalizzata a fornire informazioni sul Percorso Nascita proposto nell'attuale contesto di emergenza sanitaria da Sars-Cov2.

- Il sito del Policlinico ha una pagina dedicata al Percorso nascita con le informazioni utili alle future e neo mamme:

<http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/percorso-nascita.html>

Nella pagina web sono elencate ed esposte le informazioni necessarie alla futura mamma riguardo: Le visite consigliate- Stili di vita in gravidanza - Psicologia in gravidanza - Corso di accompagnamento alla nascita - Incontri con Neonatologo e Anestesista - Cosa mettere in valigia - Orario di visita - Il parto - Neonato appena nato - Neonato Fisiologico - Donazione sangue cordonale - Puerperio.

- Ulteriori elementi utili per l'educazione terapeutica del paziente e del *caregiver* sono rappresentati da pieghevoli e libretti informativi. Pazienti e familiari, possono consultare questo tipo di documentazione nel reparto di afferenza e cura. I pieghevoli/ libretti informativi sono finalizzati a facilitare l'orientamento nel percorso di cura e assistenza post-dimissione, oltre che per fornire un riferimento nella gestione dei dispositivi che spesso il paziente deve utilizzare. Si citano solo alcuni dei temi affrontati nei pieghevoli destinati all'educazione terapeutica del paziente e del *caregiver*:

- lesioni da pressione-informazioni per assistiti e familiari nella prevenzione dell'insorgenza delle lesioni da pressione"
- contenere gli episodi di violenza
- ambulatorio a gestione infermieristica ulcere cutanee complesse

	<ul style="list-style-type: none">▪ poster_hai_lavato_le_mani- patogeni a trasmissione da contatto: come evitare di diffonderli▪ poster_informazioni_visitatori_di_pazienti_con_misure_di_isolamento_utili_e_terapia_sub_intensiva.▪ precauzioni da contatto "C"▪ “informazioni utili per la persona sottoposta a laringectomia totale” - assistenza ed educazione terapeutica al paziente laringectomizzato o portatore di tracheotomia, afferente al PDTA della patologia oncologica del distretto cervico-facciale”.
--	--

SICUREZZA DEL PAZIENTE: APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E SVILUPPO DI BUONE PRATICHE

Contestualizzazione delle raccomandazioni ministeriali attraverso l'elaborazione di procedure aziendali e sviluppo di "Buone pratiche"

S1 Applicazione Raccomandazioni Ministero della Salute		
S1.1 Raccomandazione 1 – Mar. 2008 <i>Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI X NO [] SI X NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []
S1.2 Raccomandazione 2 – Mar. 2008 <i>Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []
S1.3 Raccomandazione 3 – Mar. 2008 <i>Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e dell'applicazione della checklist di sala</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []
(La checklist è utilizzata in tutte le sale operatorie ASL)		
S1.4. Raccomandazione 4 – Mar. 2008 <i>Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []
S1.5 Raccomandazione 5 – Mar. 2008 <i>Prevenzione reazione trasfusionale da incompatibilità ABO</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []
S1.6 Raccomandazione 6 – Mar. 2008 <i>Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []
S1.7 Raccomandazione 7 – Mar. 2008	Procedura aziendale	SI [X] NO []

<p><i>Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica</i></p>	<p>Diffusione alle strutture interessate:</p> <p>Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
<p>S1.8 <i>Raccomandazione 8 – Nov. 2007</i> <i>Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i></p>	<p>Procedura aziendale</p> <p>Diffusione alle strutture interessate:</p> <p>Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
<p>S1.9 <i>Raccomandazione 9 – Apr. 2008</i> <i>Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali</i></p>	<p>Procedura aziendale</p> <p>Diffusione alle strutture interessate:</p> <p>Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
<p>S1.10 <i>Raccomandazione 10 – Sett. 2009</i> <i>Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati</i></p>	<p>Procedura aziendale</p> <p>Diffusione alle strutture interessate:</p> <p>Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
<p>S1.11 <i>Raccomandazione 11 – Genn. 2010</i> <i>Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto</i></p>	<p>Procedura aziendale</p> <p>Diffusione alle strutture interessate:</p> <p>Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	

S1.12 Raccomandazione 12 – Ago. 2010 <i>Prevenzione degli errori in terapia con farmaci “lookalike/sound-alike”</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.13 Raccomandazione 13 – Nov. 2011 <i>Prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.14 Raccomandazione 14 – Ott. 2012 <i>Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.15 Raccomandazione 15 – Febb. 2013 <i>Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.16 Raccomandazione 16 – Apr. 2014 <i>Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.17 Raccomandazione 17 – Dic. 2014 <i>Riconciliazione della terapia farmacologica</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

S2 Sviluppo di buone pratiche

S2.1 Audit Clinici accreditati ECM

- Audit Clinici
- **NET 2016-02363853 del Ministero della Salute**

L'Ospedale Policlinico San Martino partecipa al progetto **NET 2016-02363853 del Ministero della Salute, facente parte dei Network Project/Progetti di Rete, classificato nel tipo di Ricerca "Change-Promoting".**

Il progetto valuta i fattori professionali, organizzativi e di sistema che condizionano efficacia ed efficienza dei servizi sanitari e/o l'impatto sulla qualità di innovazioni cliniche, organizzative, gestionali e di finanziamento. Il progetto generale è composto da tre sotto progetti individuali con i seguenti obiettivi:

AIM1: Valutare in che misura le differenze sulla sopravvivenza tra i Registri Tumori Italiani e i Registri inclusi nel database SEER (US) sono correlate con le differenze di mortalità, dopo aggiustamento per l'incidenza. Coordinato e svolto dalla U.O. Epidemiologia Clinica dell'Ospedale Policlinico San Martino.

AIM2: Valutare se la qualità dell'assistenza oncologica in un campione random di casi di cancro diagnosticati nella Rete Oncologica Ligure è correlata con la sopravvivenza nel paziente individuale o nel centro che ha in carico il paziente. Coordinato e svolto dal Dott. Giovanni Orengo.

AIM3: Sviluppare un Sistema di indicatori di processo per monitorare la performance clinica delle strutture coinvolte in un caso di studio, vale a dire il follow-up per condizioni croniche in sopravvissuti a lungo termine da tumori pediatrici. Coordinato e svolto dall'Ospedale Giannina Gaslini.

Obiettivi generali: valutare la qualità complessiva dell'intero percorso di cura analizzando le performance cliniche e l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse per ciascuno dei seguenti momenti: screening, diagnosi, trattamento, esiti follow-up e fine vita.

Obiettivi Specifici:

1.Valutazione della qualità delle cure offerte in ambito oncologico (campione: casi di cancro diagnosticati e trattati all'interno della rete oncologica ligure); 2. Correlazione della qualità delle cure con i dati di sopravvivenza (a livello di singolo pz. e di centro di cura); per valutare la qualità si determinerà un «Overall Quality Score» da assegnare ad ogni caso di tumore da confrontare con i dati di sopravvivenza.

3.Validazione della sopravvivenza da tumore quale reale misura della qualità delle cure prestate e delle performance cliniche.

Disegno dello studio: Osservazionale retrospettivo.

Popolazione dello studio: Inizialmente sono state scelte come tipologie di tumore da valutare: Mammella, Polmone, colon-retto e Ovaio. In un secondo momento sono stati esclusi il tumore al polmone per l'impossibilità della fase di screening e il tumore all'ovaio per la scarsa casistica.

Materiali e metodi

Fase1. La valutazione della fattibilità e validità dei protocolli di audit e del sistema di *scoring* è stata analizzata su un primo campionamento randomizzato di 50 casi, applicati alle seguenti tipologie di tumori: Mammella, Colon e Retto. I casi selezionati cor-

rispondono a casi diagnosticati nel 2012 all'interno del Policlinico S. Martino, con una distribuzione dei casi consona alla tipologia di cancro scelti.

Fase2. In accordo ai risultati della fase I, si prevede di definire per ogni tipologia di cancro un protocollo di Audit per applicare gli indicatori proposti e l'*Overall Quality Score* identificati durante la fase I, in modo da poter confrontare la qualità del percorso con i dati di sopravvivenza.

▪ **Audit Clinico prospettico: "Informazione e Consenso"- Avanzamento lavori.**

La prima Fase dell'Audit Clinico (approvato dal Comitato Etico Regionale il 19/11/2018) che risponde all'esigenza di accertare il livello di comunicazione effettivamente esistente in Ospedale nei confronti dei pazienti ha avuto l'obiettivo di monitorare la qualità dell'informazione fornita per l'acquisizione del consenso/dissenso alle prestazioni; valutare la percezione del paziente riguardo a la completezza, comprensione, consapevolezza e soddisfazione del processo del consenso informato e rilevare le criticità ed individuare le azioni finalizzate al miglioramento della qualità del processo. La prima Fase dell'Audit Clinico ha previsto l'intervista di 100 pazienti, 137 Medici in formazione Specialistica e 114 Medici. La raccolta dati si è conclusa nel Luglio 2019 e la successiva elaborazione dei risultati ha permesso di individuare e condividere le possibili Azioni di Miglioramento espresse nella precedente relazione dell'Unità di Gestione del Rischio (anno 2019).

Delle azioni individuate si segnala la realizzazione di un **Corso FAD** riguardo la legge 219/2017, la cui erogazione a tutti i dipendenti del Policlinico è stata avviata da Marzo 2021. Si è registrata una buona partecipazione, con **700 operatori che hanno concluso il corso.**

▪ **Studio sulla qualità della fine della vita di pazienti deceduti per COVID-19 nell'Ospedale Policlinico San Martino, condotto indagando l'opinione degli operatori che li hanno curati**

Il Protocollo dello Studio è stato esaminato nella seduta del Comitato Etico Regionale del 28/06/2021 con Esito di "Parere favorevole".

Sperimentatore Principale/Responsabile Scientifico: Dott. ssa S. Morganti

Centro Sperimentale: U.O. Gestione del Rischio, Qualità, Accreditamento e URP. Ospedale Policlinico San Martino - IRCCS, Genova

Obiettivo Primario:

Analizzare la qualità della fine della vita dei pazienti ricoverati e deceduti per COVID-19 nel periodo 1° marzo-31 maggio 2020 e 01 settembre- 31 dicembre 2020, attraverso la rilevazione dell'opinione degli operatori del Policlinico San Martino coinvolti nelle procedure assistenziali dei medesimi.

Obiettivi Secondari:

1. Confrontare i risultati del periodo 1° marzo – 31 maggio con quelli del periodo 1° settembre – 31 dicembre 2020.
2. Confrontare le risposte date dalle diverse figure professionali

Disegno dello studio:

Studio osservazionale descrittivo trasversale monocentrico condotto tra i professionisti sanitari del Policlinico San Martino coinvolti nelle procedure assistenziali dei pazienti COVID-19 nel periodo 1° marzo- 31 maggio e 1settembre-31 dicembre 2020

Popolazione dello studio:

Medici, infermieri, OSS tuttora in servizio inclusi nell'elenco "COVID-19 fascia A" del Policlinico San Martino, che hanno assistito direttamente pazienti ricoverati e deceduti per COVID-19 nel Policlinico San Martino nel periodo, così come stabilito dalla Deliberazione n. 2429 del 30/12/2020 e n. 2007 del 4/11/2020.

Criteri di inclusione:

- Essere inclusi nell'elenco "COVID-19 fascia A"
- Aver prestato assistenza diretta ai pazienti ricoverati e deceduti per COVID-19 nel periodo 1marzo-31 maggio 2020 e/o 01 settembre -31 dicembre 2020.

Criteri di esclusione:

Essere cessati dal Servizio al momento della pubblicazione del questionario sulla piattaforma Lime Survey

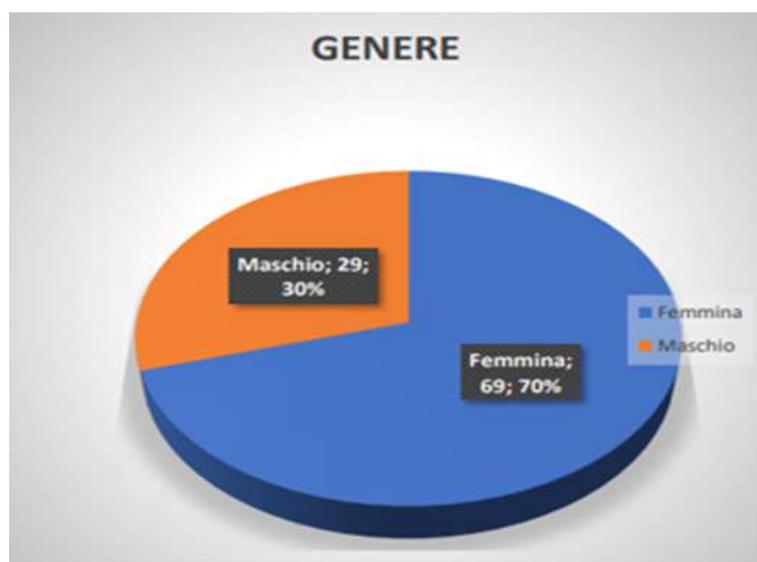
Analisi dei dati:

Saranno riportate le statistiche descrittive per ciascuno dei due periodi marzo-maggio e settembre-dicembre 2020. I confronti fra i risultati ottenuti nelle due ondate o fra le differenti figure professionali verranno effettuati con test non parametrici (Mann-Whitney oppure Kruskal Wallis) per i dati sul continuo e con il test del chi-quadrato per eterogeneità per i dati categorici.

CARATTERISTICHE DEI PARTECIPANTI ALLO STUDIO per qualifica professionale

O.S.S.: Operatore Socio Sanitario

CARATTERISTICHE DEI PARTECIPANTI ALLO STUDIO per genere



L'analisi dei dati raccolti è in corso e sarà esposta nel report del prossimo anno.

- Studio sulla qualità della fine della vita di pazienti deceduti per COVID-19 nell'Ospedale Policlinico San Martino, condotto indagando l'opinione dei medici in formazione specialistica che li hanno curati

Il Protocollo dello Studio è stato esaminato nella seduta del Comitato Etico Regionale del 20/07/2021 con Esito di "Parere favorevole".

Sperimentatore Principale/Responsabile Scientifico: Dott.ssa S. Morganti

Centro Sperimentale: U.O. Gestione del Rischio, Qualità, Accreditamento e URP. Ospedale Policlinico San Martino - IRCCS, Genova.

Obiettivo Primario:

Analizzare la qualità di fine vita dei pazienti ricoverati e deceduti per COVID-19 o per altre cause nel Policlinico San Martino nel periodo 1° marzo- 31 maggio e 1° settembre- 31 dicembre 2020, attraverso la rilevazione dell'opinione dei medici in formazione specialistica del Policlinico San Martino coinvolti nelle procedure assistenziali dei medesimi.

Obiettivi Secondari:

1. Confrontare i risultati del periodo 1° marzo – 31 maggio con quelli del periodo 1° settembre – 31 dicembre 2020.
2. Confrontare la qualità di fine vita dei pazienti ricoverati e deceduti per Covid-19 rispetto ai pazienti ricoverati e deceduti per altre cause.
3. Confrontare le risposte date da medici appartenenti a diverse scuole di specializzazione e diverse aree (servizi, medicina, chirurgia).

Disegno dello studio:

Studio osservazionale descrittivo trasversale monocentrico condotto tra i medici in

formazione specialistica del Policlinico Ospedale San Martino coinvolti nelle procedure assistenziali dei pazienti COVID-19 nel periodo 1° marzo- 31 maggio e 1settembre-31 dicembre 2020 o deceduti per altre cause durante la propria esperienza professionale.

Popolazione dello studio:

Medici in formazione specialistica che hanno assistito direttamente pazienti ricoverati e deceduti per COVID-19 nel Policlinico San Martino nel periodo, così come stabilito dalla Deliberazione 2429 del 30/12/2020 e 2007 del 04/11/2020 o deceduti per altre cause durante la propria esperienza professionale.

Criteri di inclusione:

Essere medici in formazione specialistica presso il Policlinico San Martino.

Aver prestato assistenza diretta ai pazienti COVID-19 deceduti nel periodo 1° marzo-31 maggio e 1° settembre- 31 dicembre 2020 o deceduti per altre cause durante la propria esperienza professionale.

Aver espresso in modo esplicito il consenso come da domanda presente nel questionario on line.

Criteri di esclusione:

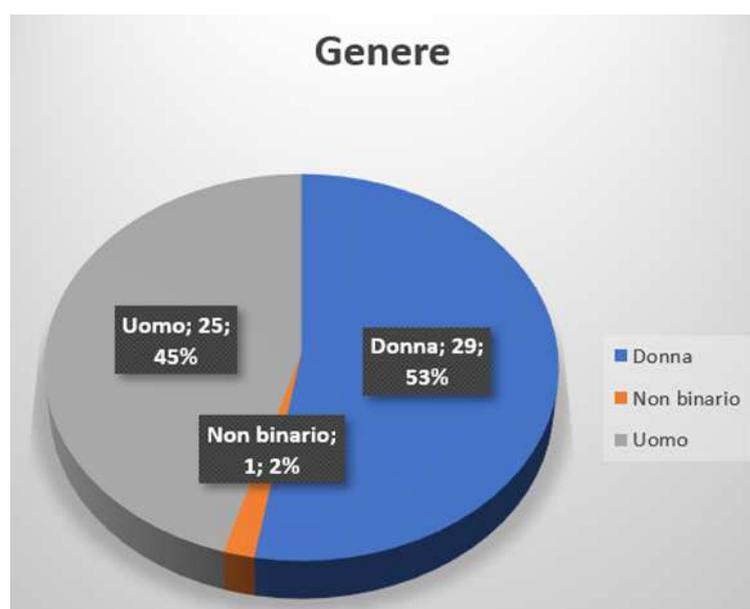
Aver conseguito la laurea specialistica al momento della pubblicazione del questionario sulla piattaforma Lime Survey

Analisi dei dati:

Saranno riportate le statistiche descrittive per ciascuno dei due periodi marzo-maggio e settembre-dicembre 2020. I confronti fra i risultati ottenuti nelle due ondate o fra le differenti figure professionali verranno effettuati con test non parametrici (Mann-Whitney oppure Kruskal-Wallis) per i dati sul continuo e con il test del chi-quadrato per eterogeneità per i dati categorici.

L'analisi è in corso.

CARATTERISTICHE DEI PARTECIPANTI ALLO STUDIO per genere



CARATTERISTICHE DEI PARTECIPANTI ALLO STUDIO per anno di scuola di Specializzazione



L'analisi dei dati raccolti è in corso e sarà esposta nel report del prossimo anno.

- Osservanza dei principi etici secondo l'opinione dei pazienti ricoverati e sopravvissuti al COVID-19 durante la pandemia

Il Protocollo è in attesa di parere del Comitato Etico Regionale a cui è stato sottoposto.

Sperimentatore Principale/Responsabile Scientifico: Dott.ssa S. Morganti

Centro Sperimentale: U.O. Gestione del Rischio, Qualità, Accreditamento e URP. Ospedale Policlinico San Martino - IRCCS, Genova.

Lo studio rappresenta la seconda fase di un progetto articolato in branche che si propone di indagare, attraverso l'esperienza di alcune figure che sono state coinvolte in prima persona quali gli operatori sanitari, i pazienti e *caregiver*, la condotta etica rispetto ad alcuni temi emersi durante la pandemia COVID-19 come:

- la qualità del fine vita
- l'aderenza a quanto prescritto dalla Legge 22 dicembre 2017, n. 219 [1] in tema di consenso informato, condivisione delle cure e Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)

Il nostro precedente Studio, riguardante l'opinione degli operatori sanitari rispetto al

fine vita dei pazienti COVID-19, è stato approvato dal Comitato Etico Regionale nel giugno 2021, a seguito del quale si è definita l'idea di procedere al presente Studio che si propone di indagare le esperienze, le opinioni e i problemi etici vissuti dai pazienti ospedalizzati e sopravvissuti al COVID-19. Si sta definendo inoltre un'ulteriore indagine che avrà come oggetto l'opinione dei *caregiver* dei pazienti morti o sopravvissuti a causa del COVID-19.

Le esperienze dei pazienti ricoverati in ospedale per COVID-19 e sopravvissuti sono poco indagate dalla letteratura scientifica e sono conosciute soprattutto attraverso le testimonianze nei social media.

Disegno dello Studio:

Studio osservazionale descrittivo trasversale monocentrico condotto fra i pazienti ricoverati per COVID-19 nel periodo 1° marzo-31 dicembre 2020 presso l'Ospedale Policlinico San Martino.

Popolazione dello studio:

Pazienti ricoverati e dimessi per COVID-19 nel Policlinico San Martino nei periodi 1° marzo-31 maggio 2020 e 1° settembre-31 dicembre 2020 e che abbiano avuto necessità di supporto respiratorio.

Criteri d'inclusione

Essere stati ricoverati e dimessi per Covid19 nel periodo compreso "COVID19" 1° marzo – 31 maggio 2020 o 1° settembre-31 dicembre 2020

Essere stati sottoposti ad ossigenoterapia.

Criteri di esclusione

Essersi positivamente testati per Covid19 durante il ricovero

Essere stati ricoverati per entrambi i periodi 1° marzo – 31 maggio 2020 e 1° settembre-31 dicembre 2020

Non essere stati sottoposti ad ossigenoterapia

Essere ricoverati in RSA

Essere incompetenti (La competenza del paziente è competenza di capire la situazione in cui si trova e le informazioni rilevanti per prendere decisioni, di operare scelte tenendo conto delle prevedibili conseguenze e di esprimere consapevolmente la propria volontà)

Presenza di problemi legati alla barriera linguistica.

Analisi dei dati

Saranno riportate le statistiche descrittive che riguardano le caratteristiche delle popolazioni in studio e le distribuzioni di probabilità delle 16 domande del questionario, sia complessivamente per tutto il periodo marzo-dicembre 2020 che per ciascuno dei due periodi marzo-maggio e settembre-dicembre 2020. Media, deviazione standard, mediana e range interquartile verranno calcolati per le variabili continue. Frequenze assolute e percentuali verranno fornite per le variabili categoriche. I confronti fra i risultati ottenuti nelle due fasi verranno effettuati con test non parametrici (Mann-Whitney oppure Kruskal-Wallis) per i dati sul continuo e con il test del chi-quadrato per eterogeneità per i dati categorici.

<p>S2.2. Sicurezza/Accuratezza nella compilazione documentale</p> <p>S2.2.1 Attività di verifica della compilazione della cartella clinica</p> <p>S2.2.2 Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori in terapia</p>	<p>Sicurezza/Accuratezza nella compilazione documentale</p> <p>All'interno del Policlinico è in uso la Cartella Clinica Elettronica (CCE) che rappresenta lo strumento al momento più efficace per la gestione e il monitoraggio dei processi. L'adozione della Cartella Clinica Elettronica iniziata nel 2017, riguarda Degenze ordinarie, Day Hospital. La Cartella Clinica Elettronica in uso per l'attività ambulatoriale è OneSYS. A partire dal 17 gennaio, e per la durata di 1 settimana, verrà effettuata la formazione sulla nuova Cartella Clinica Ambulatoriale Onesys, in sostituzione di Trakcare per la componente Ambulatoriale.</p> <p>Verifica della compilazione della cartella clinica</p> <p>Si verifica l'adeguatezza della compilazione della cartella clinica in sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità, monitorando l'adeguatezza della compilazione in tre cartelle cliniche chiuse (di pazienti dimessi negli ultimi sette giorni antecedenti l'Audit Interno), ed in sede di Audit Interno condotto in sinergia con l'UO Farmacia. Lo strumento di registrazione della verifica della compilazione della cartella clinica è il modulo MODAZHQA_0030CC Revisione dell'11/2021 ed il Verbale di Audit Interno, che ne sintetizza le risultanze, ovvero MODHQA_0040 revisione 17 del 08/03/2018.</p> <p>Scheda Terapeutica Unica</p> <p>All'interno del Policlinico è in uso il sistema informatico di prescrizione, preparazione e somministrazione dose unitaria (mediante software Sofia) la cui evidenza è visibile in cartaceo all'interno della parte cartacea allegata alla cartella clinica elettronica (Stampa analitica della Dose Unitaria).</p> <p>L'UO Farmacia ha la gestione del farmaco in dose unitaria per i reparti che prescrivono e somministrano con il programma "Sofia". Il farmaco in dose unitaria prevede o l'allestimento centralizzato (consegna terapia del paziente per fasce orarie) o decentrata con consegna della terapia a paziente dispensata localmente da armadio di reparto. La somministrazione dei farmaci non gestiti in dose unitaria avviene con consegna a confezione da parte della Farmacia centrale e con somministrazione controllata.</p> <p>Il Policlinico ha da tempo adottato un approccio proattivo alla gestione del rischio clinico per affrontare il problema dell'errore in terapia e quindi della sicurezza dei pazienti, predisponendo iniziative finalizzate all'innalzamento del livello di sicurezza delle cure: si effettuano Corsi di formazione e aggiornamento, si effettuano valutazioni della corretta compilazione delle prescrizioni ed avvenute somministrazioni con la verifica di cartelle cliniche durante gli Audit Interni di Sistema Gestione Qualità. Attraverso l'analisi FMECA, vengono mensilmente valutati gli indici di rischio per le seguenti attività: lettura del bracciale identificativo- lettura farmaco- farmaco non somministrato - conferme giornaliere.</p> <p>I report mensili sugli indici di rischio sono analizzati e confrontati per ottenere degli</p>
--	---

S2.2.3 Sicurezza in Sala Operatoria

elaborati che permettano alla Farmacia di riportare i risultati utilizzando indicatori di processo o di esito, di avere una visione accurata dell'aderenza alla procedura da parte dei singoli reparti e quindi una mappatura degli indici di rischio per reparto e in generale dell'Istituto.

Sicurezza in Sala Operatoria

▪ GOPO - Gruppo Operativo Percorso Operatorio

Allo scopo di favorire una maggiore sicurezza del paziente in sala operatoria, il Policlinico ha adottato e realizzato un piano di unificazione delle Sale Operatorie in un unico polo realizzato nel nuovo edificio costruito a monte del padiglione Monoblocco. La Direzione strategica ha deliberato l'istituzione del **Gruppo Operativo Percorso Operatorio** (Delibera n.1183 del 25/06/2020) e le relative funzioni.

Il Gruppo operativo è composto da:

- Direttore Dipartimento Emergenza e Accettazione che lo presiede e coordina
- Direttore Dipartimento di Chirurgia
- Direttore Dipartimento Cardio Toraco Vascolare
- Direttore della UO Controllo di Gestione
- Direttore della UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera
- Direttore della UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accredited. e URP
- Direttore della UO Direzione delle Professioni Sanitarie
- Direttore della UO *Information and Communication Technology* che si avvale della S.S. Gestione Operativa

Le funzioni che sono state attribuite al Gruppo Operativo Percorso Operatorio sono:

- Supporto alla Direzione nell'individuazione delle linee di indirizzo strategico in ambito chirurgico
- Pianificazione strategica dei volumi di attività e delle tipologie di casistica da trattare da parte delle diverse unità operative eroganti (UU.OO. Chirurgiche) tenuto conto anche dei volumi soglia stabiliti a livello nazionale e regionale
- Proposta di un modello organizzativo per la di "pulizia" delle attuali liste d'attesa delle diverse UU.OO. e per il periodico "recall" dei pazienti
- Supervisione del processo di "pulizia" nella fase di start up del nuovo modello organizzativo
- Attivazione delle procedure per la gestione informatizzata del Registro Unico di Prenotazione e per la generazione della lista
- Definizione del tracciato record che accompagnerà ogni paziente sull'applicativo "Ormaweb"
- Definizione del modello di gestione della pianificazione dell'accesso al pre-ricovero centralizzato in relazione alle classi di priorità della lista di attesa ed all'attività operatoria
- Elaborazione di un'Istruzione Operativa per la corretta alimentazione, gestione e manutenzione della lista di attesa chirurgica unica
- Definizione degli algoritmi per la gestione della lista di attesa
- Definizione di una Istruzione Operativa per la creazione settimanale delle liste operatorie (LL.OO.)
- Definizione dell'algoritmo per la creazione delle liste operatorie

- Redazione di un regolamento delle SS.OO. con indicatori per il monitoraggio della compliance dei professionisti alle regole di gestione delle SS.OO.
- Redazione di una relazione semestrale alla Direzione sullo stato di avanzamento del nuovo modello organizzativo, degli eventuali scostamenti e delle azioni correttive
- Monitoraggio annuale delle liste di attesa con adempimento del debito informativo verso Regione Liguria
- Governo della pianificazione delle Sale Operatorie

Oltre alla istituzione del GOPO sopra menzionata, allo scopo di favorire una maggiore sicurezza del paziente in sala operatoria in Istituto si adottano comportamenti definiti e regolamentati in Istruzioni Operative e ci si avvale della documentazione di controllo e registrazione di processo specifica.

In particolare nel 2020 si è revisionata la Scheda Peri-operatoria con inserimento della fase di *Time Out*. La diffusione della modifica apportata è stata supportata da incontri tra il Risk Manager ed i Direttori di Dipartimento, i Dirigenti Medici afferenti ai dipartimenti Emergenza e Accettazione, Chirurgia Generale, Cardio Toraco Vascolare e con tutti i Coordinatori delle Sale Operatorie.

Nel 2021 il Nuovo Blocco Operatorio è stato oggetto di Audit di Terza Parte svolto dall'Organismo di Certificazione RINA per verificare l'aderenza degli standard previsti dalla Norma UNI EN ISO 9001:2015.

Di seguito si cita la documentazione in uso:

- Scheda di Blocco Operatorio Medica ed Infermieristica per conteggio di garze e strumenti MODULO_0125
- Scheda Peri-operatoria MODULO HSN_1029 Rev. 6 del 01/07/2020
- Istruzione Operativa su Compilazione della *Check List* di Sala Operatoria IOAZHQA_0700 Rev.1 del 16/09/2020
- Procedura per la corretta identificazione del paziente in sala operatoria
- Procedura per la segnatura del sito/lateralità chirurgica
- Software ORMAWEB (referto operatorio - Scheda di Blocco Operatorio Medica ed Infermieristica)
- Procedura per la Preparazione Preoperatoria IOAZU76_0026 redazione giugno 2019 finalizzata a garantire la corretta preparazione del paziente, ridurre l'incidenza delle complicanze, prevenire il rischio infettivo negli utenti ed uniformare i comportamenti in fase di preparazione del paziente all'intervento

S2.2.4 Consensi al trattamento dati sensibili

Consensi al trattamento dati sensibili

I consensi al **Trattamento dei Dati sensibili** sono redatti in ottemperanza a quanto definito dal Regolamento UE 2016/679 Trattamento dei Dati Personali e Sensibili con Dossier Sanitario Elettronico DSE e ne è stata data comunicazione a tutto il personale. L'informativa è consultabile dagli utenti nel sito del Policlinico ed è fornita al paziente all'interno del Policlinico.

Nel 2021 il Policlinico ha nominato il nuovo Responsabile della protezione dei dati (RPD) contattabile all'indirizzo e-mail dpo@hsanmartino.it (ai sensi dell'articolo 37 del

<p>E Consensi Informati al trattamento Sanitario</p>	<p>Regolamento UE 2016/679 e del Documento di indirizzo su designazione, posizione e compiti del Responsabile della protezione dei dati (RPD) in ambito pubblico pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 4 giugno 2021).</p> <p>Nel 2021 è stato possibile svolgere un evento formativo denominato “Il trattamento dei dati personali: un metodo di governo” della durata di 2 ore trenta minuti.</p> <p>Consensi Informati al trattamento Sanitario</p> <p>La fase di informazione del paziente riguardo il trattamento sanitario che gli viene proposto, costituisce tempo di cura (come espresso dalla L.219/2017) e all’interno del Policlinico sono in fase di revisione tutti i documenti “Informativa ad intervento/procedura”. Sin dal 2014 si è intrapreso un percorso di revisione dei consensi a trattamenti sanitari in uso, per separare la parte informativa, anche dal punto di vista documentale, dalla fase di acquisizione del Consenso/Dissenso. Nel 2021 i documenti revisionati sono 379 Informativa a procedura/intervento. Nel 2020 il dato era di 271 informative revisionate.</p> <p>Questa separazione è volta a sensibilizzare tutti i professionisti ad una maggiore attenzione alla informazione del paziente come fase importante del processo terapeutico. La revisione degli attuali consensi prevede la separazione della parte “Informativa” dalla formula di “acquisizione del Consenso”, condividendo le modifiche al testo con gli specialisti che erogano la procedura descritta e controllati dall’ UO Gestione Rischio Clinico, per la validazione finale e pubblicazione nel <i>software</i> Isolabweb e nel sito web del Policlinico. Le Informative, come richiesto dalla L. 219/2017, art 1, c. 3 devono contenere requisiti specifici quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Indicazioni terapeutiche a quella specifica procedura/intervento -Descrizione della Procedura -Rischi e percentuale di rischio e complicanze (ragionevoli e da letteratura) -Rischi conseguenti al “Non Sottoporsi” alla procedura proposta -Alternative terapeutiche possibili -Percentuale di casistica e complicanze di unità operativa e di tipo personale -Bibliografia <p>Per garantire migliore comunicazione e chiarezza, tutti i documenti revisionati (attualmente 225 Informativa a procedura/intervento) sono resi disponibili sul sito internet del Policlinico al percorso di rete: http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/informative-per-procedure-sanitarie.html.</p>
<p>S2.3. Corretta identificazione del paziente</p>	<p>Corretta identificazione del paziente</p> <p>Durante gli Audit di Sistema Gestione Qualità Interni, durante incontri e riunioni si richiama l’attenzione di Direttori, Coordinatori, Infermieri e RAQ sull’esigenza di avere comportamenti adeguati ed aderenti a quanto previsto dalle indicazioni ministeriali. Ai professionisti coinvolti nell’erogazione di prestazioni e nella realizzazione dei processi, si chiede un’attenzione costante per evitare che si verifichino eventi indesiderati/avversi/sentinella.</p> <p>Riferimenti:</p>

- Racc.ne Min. Salute N.1/2008 - Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio
- Racc.ne Min. Salute N.2/2008 - Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
- Racc.ne Min. Salute N.3/2008 - Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura
- Racc.ne Min. Salute N.5/2008 - Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
- Racc.ne Min. Salute N.7/2008 - Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
- Racc.ne Min. Salute N.14/2012 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici
- Racc.ne Min. Salute N.18/2018 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli
- Istruzione Operativa Aziendale "Utilizzo della procedura Read back - Repeat back"
- IOAZHQA_0112 Procedura "read-back /repeat back" Rev. 1 del 05/08/2019
- Decreto Ministeriale 02/11/2015 Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti. (15A09709) (G.U. Serie Generale, n. 300 del 28 dicembre 2015).

Per garantire la corretta identificazione del paziente, nel Policlinico si adottano comportamenti definiti da procedure specifiche.

▪ Il Sistema dei Doppi Controlli

Il sistema dei doppi controlli è descritto nel documento IOAZHQA_0709 rev 1 del 27/10/2021. Il doppio-controllo si applica quando i controlli devono essere svolti nell'immediata vicinanza dell'effettuazione della prestazione oggetto del doppio controllo. L'ambito di applicazione è rappresentato da:

- Prescrizione, allestimento e somministrazione dei Farmaci
- Prescrizione, allestimento e somministrazione dei Farmaci ad alto rischio o ad alto livello di attenzione
- Somministrazione Emoderivati ed Emocomponenti
- Gestione del Paziente chirurgico nelle fasi perioperatorie
- Utilizzo della procedura *Read back - Repeat back*
- Utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio
- Manipolazione/lavorazione di cellule e tessuti da utilizzare in ambito implantologico e trapiantologico

La responsabilità del doppio controllo è ascrivibile ad ogni operatore coinvolto nel singolo processo oggetto del doppio controllo.

▪ Gestione terapia trasfusionale_nelle_unita' cliniche

La Gestione della terapia trasfusionale nelle_unita' cliniche è descritta nel documento IOAZH78_0158- rev 1 del 11/12/2019. Lo scopo di questa procedura è di assicurare che tutte le attività siano svolte in condizioni di controllo, nel rispetto della normativa in vigore (DM 2/11/2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del

	<p>sangue e degli emocomponenti “), ai fini della prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione, dalla fase di prelievo dei campioni per le indagini pre-trasfusionali fino al momento della trasfusione. La procedura si applica alla gestione della terapia trasfusionale in regime di ricovero ordinario e di <i>Day Hospital/Day Surgery</i> e ambulatoriale, presso tutte UU.OO dell’Ospedale Policlinico San Martino. Al fine di garantire un più elevato livello di sicurezza della trasfusione, con particolare riferimento alla prevenzione delle reazioni da incompatibilità ABO, la normativa italiana (DM 2/11/2015) prevede l’impiego di braccialetti identificativi per tutti i pazienti candidati a terapia trasfusionale in regime di ricovero e ambulatoriale recanti i dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita, sesso).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Corretta identificazione del paziente tramite braccialetto identificativo <p>La Corretta identificazione del paziente tramite braccialetto identificativo è descritta nel documento IOAZHQA_0033 rev 0 del 04/01/2018 che definisce l’utilizzo del braccialetto identificativo ed il sistematico accertamento dell’identità del paziente, in tutti i punti critici del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, quali efficaci misure preventive, al fine di evitare errori legati ad un potenziale scambio di persona (Raccomandazione del Ministero della salute n° 3). Ogni paziente, al momento del ricovero deve essere dotato del braccialetto identificativo. E’ necessario informare il paziente in merito alle finalità del braccialetto (identificazione e rintracciabilità) e all’obbligo di tenerlo sino alla dimissione. Per la compilazione del braccialetto identificativo, è raccomandato interrogare direttamente il paziente, se le sue condizioni lo consentono, con le domande: “Come si chiama? Quando è nato?”. In caso il paziente, per la propria condizione clinica, non fosse in grado di rispondere alle domande poste, è necessario coinvolgere i familiari o altre persone in grado di rispondere con certezza.</p>
<p>S2.4. Prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza</p>	<p>Prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza</p> <p>L’Ospedale Policlinico San Martino adotta, in tempo ordinario, diverse procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza (ICA), messe in atto dal personale sanitario aziendale. A partire dal 2014, l’Unità Operativa Igiene, su mandato del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) aziendale, e in collaborazione con l’Unità Operativa Clinica Malattie Infettive, effettua, con cadenza almeno annuale, uno studio di prevalenza puntuale delle ICA e del consumo di antibiotici basato su una metodologia standardizzata elaborata dall’ECDC e in grado di consentire il confronto dei dati rilevati in <i>setting</i> diversi. L’Unità Operativa Igiene svolge inoltre una sorveglianza attiva della contaminazione microbica ambientale (acqua, aria e superfici) in aree assistenziali a particolare rischio infettivo (es., sale operatorie, laboratori cellule e tessuti, Unità Operative con pazienti gravemente immunocompromessi) e una sorveglianza attiva della pulizia e sanificazione ambientale in tutte le Unità operative degenziali. A scopo informativo e preventivo è stato diffuso il Pieghevole “Candida auris Indicazioni per la gestione del paziente dimesso colonizzato da Candida auris - Raccomandazioni per conviventi e familiari” redatta da U.O. Igiene - CIO Aziendale.</p>

La persona affetta deve ricordarsi che il lavaggio delle mani rappresenta la principale misura di precauzione!

L'utilizzo di soluzione alcolica è possibile quando le mani non sono visibilmente sporche.

MODAZU76_0085 REV. 1 DEL 25/08/2021

Si raccomanda di mettere in atto le opportune misure di prevenzione, precedentemente citate, ricordando che l'igiene delle mani rappresenta sempre la migliore modalità per limitare il diffondersi dell'infezione.

Come lavarsi le mani con acqua e sapone?

Grazia per l'attenzione
 Circ. Min. Salute 0019275-05/06/2020-DGPRE-DGPRE-P

MODAZU76_0085 REV. 1 DEL 25/08/2021

ORSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO
 Sistema Sanitario Regione Liguria

Candida auris

Indicazioni per la gestione del paziente dimesso colonizzato da **Candida auris** - Raccomandazioni per conviventi e familiari

U.O. Igiene - CIO Aziendale

Cos'è la Candida auris?

La *C. auris* è un lievito.

La *C. auris* si trasmette per **contatto diretto** con una persona infetta, o per **contatto indiretto** tramite oggetti, apparecchiature e superfici contaminate.

La presenza di *C. auris* può essere riscontrata in persone di tutte le età con presenza prevalentemente su cute o in altri distretti corporei.

Soltanto, la persona che contraggono una infezione invasiva da *Candida* sono già affette da altre patologie.

Risulta resistente ad alcuni dei più comuni disinfettanti usati per sanificare gli ambienti ospedalieri, è persistente nell'ambiente e capace di colonizzare le superfici.

Anche dopo il trattamento, i pazienti possono rimanere colonizzati per lunghi periodi, cioè avere presenza di *C. auris* su cute o mucose senza evidenza di infiammazione.

La sola colonizzazione non prevede alcuna terapia.

A domicilio

Dopo la dimissione per evitare il rischio di diffusione si consiglia di:

- Pulire e disinfettare quotidianamente e dopo l'uso tutte le superfici e gli oggetti venuti a contatto frequente nella stanza della persona colonizzata con l'uso di disinfettanti a base di cloro (es. candeggina);
- Lavarsi accuratamente le mani prima e dopo ogni contatto diretto con il soggetto o con i suoi effetti personali con acqua e sapone o soluzione alcolica;
- Porre particolare attenzione nella gestione della biancheria, se possibile lavandola separatamente a temperature oltre i 60° con aggiunta di ipoclorito di sodio (es. NAUPOAN, ACE GENTILE);
- Se possibile, destinare alla persona una stanza dedicata;
- Se possibile, è consigliabile usare dispositivi personali (es. termometro).

Per i Conviventi

Non è raccomandato che i membri della famiglia, o altri contatti stretti dei casi, siano sottoposti a test per *C. auris*.

Tuttavia, nel caso in cui un familiare o contatto stretto di un caso venga ricoverato in una struttura sanitaria, il personale addetto alla sua cura ne deve essere informato.

Chi Informare

Nel caso di positività per *C. auris* informare il proprio **Medico di Medicina Generale**, medici specialisti e Pediatra curanti, al fine di controllare prontamente e impedire la diffusione delle colonizzazioni da *C. auris*. Eventuali strutture sanitarie o assistenziali ospitanti devono essere informate prontamente dell'eventuale colonizzazione o infezione da *C. auris*.

MODAZU76_0085 REV. 1 DEL 25/08/2021

▪ **Gestione dispositivi protezione individuale**

PQAZHPP_0017SGSL rev 2 del 21/12/2021

La Procedura Aziendale si propone di assicurare un'adeguata scelta dei D.P.I. secondo la normativa vigente; garantire una puntuale assegnazione ai lavoratori dei D.P.I. rispetto ai rischi specifici; verificare periodicamente l'efficienza dei D.P.I. e si applica alla specifica realtà aziendale considerata nel suo complesso.

Per la scelta corretta dei Dispositivi di Protezione si fa diretto riferimento al contenuto del capo II e dell'allegato VIII del D. Lgs.9 aprile 2008 n. 81. Il titolo III del D. Lgs.9 aprile 2008 n. 81 riguarda l'utilizzo dei D.P.I., specificandone gli obblighi d'uso, i requisiti che devono possedere, gli obblighi delle figure coinvolte, i criteri per l'individuazione e l'uso. L'allegato allo stesso Decreto indicano le diverse tipologie di D.P.I. utilizzabili in correlazione con i diversi settori di attività. Per quanto riguarda invece la documentazione a corredo e le caratteristiche progettuali, tecniche e realiz-

zative, relative ai D.P.I., occorre considerare il contenuto del Decreto Legislativo 17/2019.

▪ **Protocollo per contrasto e contenimento COVID-19 negli ambienti di lavoro**

IOAZHPP_0019SGSL revisione 1 del 24/02/2021

Durante il 2020 data l'emergenza sanitaria per COVID-19, l'UO Servizio Prevenzione e Sicurezza ha redatto e diffuso il Protocollo contenente le indicazioni per il contrasto e contenimento della diffusione del Sars Cov-2. In particolare si espongono nel documento le condizioni in cui il lavoratore non è ammesso all'interno del Policlinico. Inoltre il documento riporta le informazioni sulle misure adottate per contrastare il contagio, in particolare sul corretto utilizzo dei DPI sull'igienizzazione delle mani e sulle manovre di sanificazione tramite video esplicativi, circolari, formazione, addestramento ecc.

▪ **Sorveglianza operatori sanitari per prevenire diffusione del contagio COVID-19**

Durante il biennio 2020/2021 data l'emergenza sanitaria per COVID-19 l'UO Medicina del Lavoro ha gestito un numero di accessi ai propri ambulatori ben superiore rispetto alla normale attività,

- sia per l'esecuzione delle visite preventive e degli esami richiesti per l'idoneità all'assunzione in emergenza
- sia per le richieste di presa in carico che provenivano dal personale in servizio, sintomatico e asintomatico entrato in contatto con pazienti Covid.

Si è reso necessario attivare una serie di gruppi di lavoro, di strutture e di iniziative che sono state progressivamente adeguate in funzione dell'evoluzione della situazione e che sono il frutto di un intenso lavoro di squadra.

▪ **Manuale Sistema Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro**

PQAZHPP_0016SGSL rev 4 del 23/09/2021

Il Manuale della Sicurezza descrive gli elementi fondamentali che costituiscono il Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro (SGSL), messo in atto dall'Ospedale Policlinico San Martino per monitorare i rischi sul luogo di lavoro e migliorare le sue prestazioni.

Nel 2021 il SGSL, già certificato secondo BS OHSAS 18001:2007 il 13 aprile 2018, è stato sottoposto a verifica per la migrazione verso la Norma UNI EN ISO 45001:2018 con esito positivo (Data rinnovo 01/10/2021- Data scadenza 12/04/2024).

Il Manuale della Sicurezza è strutturato seguendo lo schema e la sequenza dei paragrafi della Norma UNI ISO 45001:2018 ed è pubblicato e mantenuto come informazione documentata sul software di gestione della documentazione Isolabweb.

E' inoltre disponibile, distribuito e condiviso, tramite lista di distribuzione, a tutti gli operatori del Policlinico. Tutti gli operatori conoscono e condividono gli obiettivi espressi dalla Politica della Sicurezza. Il Manuale della Sicurezza è inoltre consultabile su intranet e sul sito web della struttura.

	<p>Al fine di determinare i confini e l'applicabilità del sistema di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro e stabilirne il campo di applicazione sono stati indicati i fattori interni ed esterni indicati al punto 4.1 e le esigenze e aspettative delle parti interessate indicate al punto 4.2.</p> <p>Il Sistema si applica a tutte le attività svolte nel Policlinico San Martino e alle attività, prodotti e servizi che l'azienda stessa può tenere sotto controllo ovvero sulle quali può esercitare un'influenza.</p> <p>Il Sistema si propone l'obiettivo di attuare la politica stabilita dalla Direzione e ottenere il miglioramento continuo delle prestazioni di sicurezza a garanzia degli operatori e dei pazienti in base alle caratteristiche dell'attività, al contesto economico e all'evoluzione nel tempo delle tecnologie disponibili.</p> <p>Il sistema di gestione, tramite una struttura organizzata e programmi adeguati, consente di: - attuare le attività di pianificazione, attuazione, controllo, correzione, audit e riesame, per assicurare nello stesso tempo che la politica sia soddisfatta e che il sistema stesso rimanga adeguato anche al cambiamento delle circostanze, compreso il cambiamento delle leggi cogenti e delle regole volontarie; - assicurare l'indispensabile integrazione del SGSL nel più ampio sistema di gestione per l'eccellenza mediante il coordinamento delle politiche, dei metodi, della documentazione operativa e la coerenza degli obiettivi di miglioramento del Ospedale Policlinico San Martino.</p> <p>Evidenze sono contenute nei seguenti documenti (reperibili in Isolabweb quale archivio documentale aziendale e in Intranet aziendale): - Documento di Valutazione dei Rischi- Organizzazione della salute e sicurezza del lavoro all'interno dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino- Riunioni Periodiche 4.4 Sistema di gestione per la SGSL - PQAZHPP_0016SGSL-Manuale del Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro - Riesame della Sicurezza - PQAZHPP_0010SGSL Gestione della Documentazione del SGSL ad integrazione della PQAZHQA_0001 del SGQ.</p>
S2.5. Igiene delle mani	<p>Igiene delle mani</p> <p>Tutte le attività di diffusione delle indicazioni per una corretta igiene delle mani, rivestono un ruolo importante nel contrastare la diffusione dei contagi da COVID-19. Nell'ambito dell'educazione all'igiene delle mani infatti, sono molteplici le attività di diffusione delle informazioni ed indicazioni comportamentali da parte dell'UO Igiene. Il personale sanitario è tenuto a seguire le indicazioni espresse nelle Istruzioni Operative Aziendali relative al lavaggio chirurgico, antisettico, sociale delle mani e le modalità di frizione alcolica. Sono stati diffusi cartelli informativi su come lavarsi le mani, in ogni unità operativa del Policlinico.</p> <p>Si citano alcuni dei documenti in vigore:</p> <p>MODAZU76_0072-Poster_hai_lavato_le_mani MODAZU76_0053- Patogeni_a_trasmissione_da_contatto_come_evitare_di_diffonderli IOAZU76_0027-II_lavaggio_chirurgico_delle_mani IOAZU76_0008-II_lavaggio_antisettico_delle_mani IOAZU76_0007-II_lavaggio_sociale_delle_mani</p>

	<p>IOAZU76_0006-La_frizione_alcolica_delle_mani</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adozione e monitoraggio attraverso indicatori (es. consumo di soluzione a base alcolica) delle procedure per il lavaggio delle mani <p>Allo scopo di garantire un'elevata <i>compliance</i> degli operatori sanitari alle procedure di igiene delle mani e promuovere la cultura della prevenzione e delle qualità e sicurezza delle cure, l'Ospedale Policlinico San Martino adotta indicatori diretti ed indiretti per il monitoraggio dell'igiene delle mani. I dati relativi agli indicatori sono desunti sia dai sistemi informativi aziendali che dalle osservazioni dirette condotte in sede di audit/visite/formazione <i>on the job</i> presso le Unità Operative degenziali.</p> <p>Le osservazioni dirette dell'igiene delle mani sono condotte mediante la tecnica standardizzata indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'attività di monitoraggio dell'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari è quotidiana e avviene durante tutto il corso dell'anno, sia nell'ambito di visite routinarie presso tutti i reparti dell'Istituto che di specifiche progettualità coinvolgenti specifiche UU.OO. Gli indicatori indiretti utilizzati sono quelli raccomandati dagli organismi nazionali ed internazionali, ma per loro stessa natura presentano dei limiti di rappresentatività e non consentono un monitoraggio della <i>compliance</i> del personale sanitario alle corrette procedure di igiene delle mani. La <i>compliance</i> all'igiene delle mani, misurata come n° pratiche corrette/n° opportunità osservate * 100, è stata pari al 47% nel corso del 2018, attraverso l'utilizzo prevalente della frizione alcolica, pari al 90% dei casi, e del lavaggio acqua e sapone, pari al 10% dei casi. Il maggior utilizzo del gel alcolico, rispetto al lavaggio con acqua e sapone, dimostra un buon recepimento da parte del personale di quanto indicato dalle Linee guida dell'OMS, che indicano la frizione alcolica come il gold standard dell'igiene delle mani, per qualsiasi attività si svolga sul paziente.</p> <p>Il consumo di soluzione a base alcolica nel corso del 2018 è stato pari a 13,9 litri/1000 giornate di degenza, in aumento rispetto a quanto osservato nel 2016 e nel 2017. Nel 2020 la situazione di emergenza sanitaria Covid-19 ha modificato ulteriormente i comportamenti e conseguentemente i dati sono in costante evoluzione.</p> <p>Il Dato relativo al 2021 data la situazione di emergenza sanitaria e l'importante impegno della UO Igiene per l'attuale campagna vaccinale antiCovid-19 sarà aggiornato nel prossimo report.</p>
<p>S2.6. Prevenzione e gestione cadute</p>	<p>Prevenzione e gestione cadute</p> <p>L'utilizzo di letti ad altezza variabile e a massima movimentazione verso il pavimento rappresenta un fattore protettivo per il verificarsi dell'evento caduta. L'acquisizione di letti ad altezza variabile, prevista dal Piano triennale 2018-2020, ha raggiunto il totale di 640 letti. Nel corso del 2021 sono state effettuate prove di utilizzo di letti dotati di caratteristiche specifiche per prevenire il rischio cadute come la possibilità di abbassare il letto fino ad un minimo di 22 cm da terra o la presenza di sponde laterali di una altezza che tenga conto del materasso antidecubito in uso (circa 28-30 cm a pieno gonfiaggio quando viene testato). Inoltre sono dotati di caratteristiche per preve-</p>

	<p>nire il rischio dell'operatore con limitazioni allo spostamento di carichi essendo provvisto di un gruppo di ruote (8 totali) che aiutano nello spostamento del letto a pieno carico. Quanto sopra esposto per segnalare che la ricerca di soluzioni sempre più adeguate, non si esaurisce e si valutano i prodotti esistenti e l'eventualità di una possibile implementazione futura.</p> <p>Per quanto riguarda la diffusione di adeguate informazioni, è disponibile per i pazienti e familiari il pieghevole destinato "Preveniamo le cadute in Ospedale" e, in tutte le unità operative, sono stati affissi cartelli in formato A3 "Preveniamo le cadute in Ospedale - Consigli per assistiti e familiari".</p> <p>Le specifiche azioni indicate a tutto il personale sono espresse nell'Istruzione Operativa Aziendale IOAZHQA_0018. E' inoltre disponibile ed in vigore l'Istruzione Operativa IOAZHOR_0073 che ha lo scopo di fornire indicazioni a tutti gli operatori sanitari del Policlinico per ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione e/o la durata della loro applicazione ed eventualmente renderne appropriato l'utilizzo.</p> <p>Sono inoltre disponibili pieghevoli e cartelli informativi: Brochure Prevenzione Cadute per l'utenza, distribuita nei reparti del Policlinico e Cartello Prevenzione Cadute, appeso nei reparti del Policlinico.</p>
<p>S2.7. Prevenzione della contenzione fisica</p>	<p>Prevenzione della contenzione fisica</p> <p>La contenzione può essere definita come un atto sanitario-assistenziale che utilizza mezzi fisici, chimici e/o ambientali, applicati direttamente all'individuo o allo spazio circostante, per limitarne i movimenti. La contenzione fisica consiste nell'utilizzo di strumenti o dispositivi applicati sul corpo, a parti di esso o nell'ambiente circostante l'individuo, atti a limitare la libertà di movimento volontario dell'intero corpo o di un suo segmento, utilizzati per proteggere la persona da danni che potrebbero derivare da un suo comportamento anomalo. Ogni misura contenitiva è sia un atto terapeutico e come tale deve avvenire nel rispetto della dignità della persona, sia un atto coercitivo, in aperto contrasto con la salvaguardia delle libertà personali: deve necessariamente essere motivato come provvedimento di custodia, di prevenzione e di cura e con il preciso scopo di salvaguardare l'incolumità della persona, quando questa non sia in grado di farlo.</p> <p>La contenzione è dunque ammessa e disciplinata per "stato di urgenza o di necessità". E' una misura straordinaria giustificata in casi estremi ed eccezionali, alla quale ricorrere solo dopo altri interventi (tra questi, sono essenziali i tentativi di comunicazione con il paziente). Necessita di regolamentazione al pari di una qualsiasi altra prescrizione terapeutica, pertanto il prescrittore del provvedimento restrittivo è il medico. In situazioni di emergenza, si attribuisce all'infermiere la possibilità di applicare la misura contenitiva in via temporanea, in attesa dell'arrivo del medico che va comunque allertato e che, nel più breve tempo possibile, dovrà valutare la misura di contenzione applicata dall'infermiere e ratificarla sulla cartella clinica.</p> <p>Per ovviare all'assenza temporanea del medico, l'infermiere deve valutare il paziente utilizzando la scala validata <i>Riker</i> Sedazione-Agitazione (SAS), applicare il mezzo contenitivo stabilito e registrare tale attività sulla Scheda applicazione temporanea.</p>

	<p>nea/prescrizione contenzione fisica (MODAZHOR_0073).</p> <p>Se è il medico che valuta da subito lo stato di urgenza e necessità, utilizzerà la medesima scala di valutazione e prescriverà l'applicazione della misura contenitiva, con le modalità e la frequenza del monitoraggio. La prescrizione medica deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • riportare la motivazione e il tipo di contenzione scelto, • indicare il limite temporale in cui una rivalutazione può determinarne una proroga o una sospensione. <p>Soluzioni alternative alla contenzione</p> <p>Prima dell'applicazione delle misure contenitive e comunque al fine di ridurle, occorre considerare la possibilità di soluzioni alternative.</p> <p>La lista seguente ha valore elencativo, poichè alcune pratiche (<i>es. reality- orienting therapy - ROT</i>) sono purtroppo spesso inapplicabili in ambiente ospedaliero:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Richiedere e favorire la presenza di un <i>care-giver</i> di riferimento se previsto (compagnia e sorveglianza), soprattutto durante le ore notturne. · Essere disponibili, in caso di pazienti con disturbi di ansia o agitazione psicomotoria, a: conforto, ascolto, contatto fisico. Individuare ed eliminare l'evento scatenante dell'agitazione, valutare la possibilità di un trattamento farmacologico. · Valutare alterazioni del ciclo sonno-veglia: evitare allettamento forzato, valutare, possibili cause di insonnia, quali: tosse, dispnea, dolore, fame, sete, stipsi, bisogno di igiene personale o di cambiare posizione. · Cambiare e/o modificare trattamenti fastidiosi: preferire l'alimentazione per os rispetto a quella parenterale o tramite sondino naso-gastrico (SNG), rimuovere cateteri e drenaggi. <p>Effettuare eventuali modifiche ambientali: aumentare la luce, collocare il paziente confuso in una stanza vicino alla guardiola, creare un ambiente tranquillo, porre il campanello vicino alla persona e rispondere subito alle chiamate, disporre dei presidi in uso secondo una modalità che ne limiti il rischio di cadute.</p> <p>Il gruppo di lavoro che si è occupato della revisione della Istruzione Operativa IOAZHOR_0073 è composto da Direzione Sanitaria, UO Direzione Professioni Sanitarie, UO Neurologia, UO Medicina Legale e UO Gestione del Rischio Clinico Qualità Accreditemento e URP.</p> <p>Nel 2021 è stata avviata la progettazione di un Protocollo di studio sul tema contenzione “Studio descrittivo sulla contenzione meccanica nell’ Ospedale Policlinico San Martino” che si prefiggerà i seguenti obiettivi.</p> <p>Obiettivo primario: quantificare e descrivere il fenomeno contenzioni all'interno del Policlinico San Martino</p> <p>Obiettivi secondari: verificare la corretta modalità e gestione delle contenzioni; verificare l'appropriatezza dell'indicazione alla contenzione.</p> <p>Si fornirà aggiornamento sull'andamento lavori nel report del prossimo anno.</p>
<p>S2.8. Prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP)</p>	<p>Prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP)</p> <p>All'interno del Policlinico è operativo il “Nucleo Operativo Permanente Lesioni Cutanee”, che ha funzioni di supporto per tutte le problematiche aziendali inerenti le le-</p>

	<p>sioni cutanee (pertanto anche quelle da pressione) ed è il riferimento per le consulenze infermieristiche al letto degli assistiti di tutti i reparti di degenza.</p> <p>L' Ambulatorio Specialistico a gestione infermieristica "Ulcere Cutanee Complesse", attivo all'interno della Clinica Dermatologica, offre all'utenza prestazioni relative alla prevenzione e al trattamento delle lesioni cutanee croniche.</p> <p>Per istruire ed educare i pazienti all'autogestione, è disponibile il Modulo "<i>Educazione all'autogestione delle lesioni cutanee</i>", che contiene tutte le informazioni da fornire all'assistito ed ai suoi familiari per il trattamento a domicilio e per il mantenimento del suo livello di autonomia.</p> <p>Con l'introduzione della Cartella Clinica Elettronica aziendale, è stato inserito nel programma informatizzato, concordato con il Nucleo Operativo Permanente Lesioni Cutanee, un pannello per la valutazione delle lesioni da pressione, nel quale gli infermieri dei reparti di degenza rilevano, per ogni paziente portatore di tali lesioni, tutti i dati per la loro gestione ed il relativo trattamento.</p> <p>La prevenzione e la corretta gestione delle lesioni da pressione continuano a rimanere un importante indicatore della qualità assistenziale. L'Infermiere, in quanto responsabile del processo di assistenza concorre, con l'aggiornamento continuo delle proprie conoscenze, l'avanzamento tecnologico e il miglioramento dei dispositivi medici, a migliorare la gestione di tali lesioni e conseguentemente la qualità di vita per gli utenti a rischio.</p> <p>A tale proposito è stato pubblicato il pieghevole tascabile denominato "<i>Vademecum trattamento lesioni da decubito complesse – 3° stadio - 4° stadio - escara</i>", utile strumento per gli infermieri che devono gestire e trattare le lesioni da decubito complesse durante la presa in carico dell'assistito.</p> <p>MODHSMHOR_0004-Conoscere_le_lesioni_da_pressione MODHSMHOR_0008-LESIONI_SCLERODERMICHE MODHSMHOR_0007-LESIONI_CUTANEE_CRONICHE MODAZHOR_0118-Vademecum_trattamento_lesioni_da_pressione_complesse MODAZHOR_0110-Schema_trattamento_lesioni_da_pressione</p>
<p>S2.9 Gestione del dolore</p>	<p>Gestione del dolore</p> <p>In Istituto le indicazioni relative alle modalità di rilevazione del dolore sono espresse in documenti aziendali, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IOAZHPS_1023 MONITORAGGIO DEL DOLORE, • LGUA1_0009 Nuove linee guida dolore- delirio-agitazione in terapia intensiva • MODAZHQA_0014 Scala Algoplus • MODAZHQA_0019 Scala per misurazione dolore Panaid <p>Nel paziente cosciente si utilizza la scala <i>Numerical Rating Scale</i> (NRS) mentre negli altri pazienti è suggerito l'utilizzo della <i>Behavioral Pain Scale</i> (BPS). Dal febbraio 2017 si sono introdotte altre due scale quali metodica alternativa per la rilevazione del dolore, che ne faciliti l'utilizzo nei casi di pazienti scarsamente collaboranti o con deficit cognitivo: scala <i>Panaid</i> e la scala <i>Algoplus</i>.</p> <p>La scala <i>Panaid</i> permette la rilevazione della presenza di dolore valutando 5 aree</p>

	<p>comportamentali ad esso collegate, ovvero: respirazione, vocalizzazione, espressioni del volto, linguaggio del corpo, consolazione. A ciascuno di questi comportamenti è attribuito un punteggio basato sull'osservazione del paziente, utilizzando un punteggio che va da 0 a 2. L'assegnazione del punteggio si basa sulla corrispondenza tra il comportamento del paziente e le descrizioni fornite per ciascun livello dei 5 <i>items</i>. Il punteggio totale così ottenuto può essere interpretato secondo la stessa modalità applicabile per la scala numerica, ovvero un valore 1-3 può essere interpretato indice di dolore lieve, 4-7 dolore moderato e 8-10 dolore grave. Le rilevazioni naturalmente devono essere riportate nel diario medico/infermieristico, nella scheda monitoraggio o nel sistema di prescrizione SOFIA. La misurazione del dolore deve essere effettuata di norma 3 volte al giorno e comunque allorché intervengono eventi che modificano la situazione clinica, o su segnalazione del paziente (o care giver/familiare) per presenza di dolore, o dopo un intervento sanitario, interventi diagnostici e terapeutici invasivi che siano stati dolorosi, o dopo la somministrazione del <i>rescue</i> dose.</p>
<p>S2.10 PDTA Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali</p>	<p>PDTA Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recepimento DIAR Recepimento di quanto previsto dalla Delibera di Giunta Regionale 253 del 07/08/2019 “Disposizioni sui percorsi regionali individuati e definiti dai D.I.A.R.: indirizzi clinici ed organizzativi” allo scopo di superare la frammentazione assistenziale e l'autoreferenzialità a favore della presa in carico globale del paziente, della continuità delle cure e della condivisione ed uniforme applicazione di percorsi <i>evidence-based</i>. ▪ Disease Management Team e Gruppi Interdisciplinari di Patologia <p>Il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento (POA- formalizzato con Delibera N.582 del 20/04/2018 e Delibera N.1150 del 03/08/2018) del Policlinico San Martino enfatizza il ruolo dei <i>Disease Management Team</i> (DMT) all'interno dell'organizzazione dei percorsi di cura per la modernità dell'approccio al paziente che questa modalità di erogazione delle cure rende disponibile. Nel corso del 2019 si è ridefinito l'assetto dell'attività Multidisciplinare dei Disease Management Team (DMT) e dei Gruppi Interdisciplinari di Patologia (GIP) del Policlinico con Delibera 554 del 27/03/2019. L'atto deliberativo ha definito l'assetto formale dei DMT confermando gli otto DMT di Area Oncologica istituiti con Delibera 327 del 22/03/2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DMT delle Neoplasie Pleuro-Polmonari • DMT delle Neoplasie Gastroenteriche articolato nei seguenti GIP: <ul style="list-style-type: none"> • GIP delle Neoplasie Tratto Gastroenterico inferiore • GIP delle Neoplasie Tratto Gastroenterico superiore • GIP delle Neoplasie Epatobiliopancreatiche e del Trapianto di Fegato • DMT delle Neoplasie Ginecologiche • DMT delle Neoplasie Urologiche • DMT del Melanoma e delle Neoplasie della Cute • DMT delle Neoplasie Cerebrali

- DMT delle Neoplasie Testa Collo
- DMT dei Linfomi

Inoltre ha definito che:

- il DMT Neoplasie Mammarie, a seguito dell'adozione della DGR 662/2016, confluisca nella SSD *Breast Unit*
- il DMT OSA dei disturbi del sonno e delle apnee notturne (Del. 853 del 03/07/2015) si confermi per l'area delle cronicità a rilevanza epidemiologica
- siano istituiti per l'Area delle Neuroscienze
 - il DMT Malattie Cerebro vascolari
 - il DMT Centro per i Disordini Cognitivi e Demenze (CDCD)

▪ Cancer Board

Con Delibera 1645 del 18/10/2019 il Policlinico ha istituito e formalizzato il **Cancer Board** e ne ha espresso le funzioni di tipo generale, clinico organizzative e legate alla Ricerca Oncologica.

Il *Cancer Board* ha la finalità di garantire:

- unitarietà dei percorsi clinici, assistenziali, di ricerca e didattici nell'ambito dell'area Emato-Oncologica
- *governance* integrata con ASL 3 dei percorsi delle Cure Palliative dalle *Contemporaneous Care* alla gestione del Fine Vita
- la *governance* complessiva della Ricerca Oncologica in accordo con le indicazioni del Ministero della Salute
- la gestione integrata del *Day Hospital* Emato Oncologico
- il coordinamento e supporto organizzativo gestionale dei DMT Oncologici

▪ PDTA Centralizzazione e gestione del trauma maggiore in Pronto Soccorso

PDTADEA_0001 Rev 0 del 13/01/2022

MODDEA_0100 "Check list per paziente con trauma maggiore" riportante un resoconto dei dati clinici del paziente e degli interventi effettuati"

Si cita il PDTA recentemente redatto e condiviso da un Gruppo di Lavoro composto da Operatori delle UU.OO. Anestesia e Rianimazione, dell'Emergenza Territoriale, della Medicina Emergenza ed accettazione d'Urgenza, del Trauma Center ed Emergenza Chirurgica, del Governo Clinico ed Organizzazione Ospedaliera e della Gestione Rischio clinico Qualità, Accreditamento e URP che ne ha coordinato i lavori.

Il Policlinico San Martino costituisce il centro di riferimento (Hub) per il trauma maggiore e assume di fatto il ruolo di Trauma Center (Centro trauma di alta specializzazione) come da Delibera 1466 del 6/12/2011 Giunta Regionale Regione Liguria. La gestione del paziente con trauma maggiore comporta l'impegno di risorse umane e tecnologiche la cui integrazione e condivisione è fondamentale per l'ottimizzazione del

<p>percorso assistenziale al fine di ridurre la mortalità e la morbilità del paziente.</p> <p>Il PDTA redatto ha lo scopo di definire le modalità di gestione e valutazione iniziale del paziente con sospetto traumatismo maggiore ed i percorsi clinico assistenziali e organizzativi intraospedalieri a partire dall'accesso del paziente in Pronto Soccorso. La costituzione di un Trauma Team (TT) consente un approccio multidisciplinare al paziente politraumatizzato con lo scopo di contenere i tempi decisionali e di processo della gestione del paziente, offrendo la migliore prospettiva diagnostica terapeutica e assistenziale.</p> <p>Il PDTA è seguito da tutti gli operatori (medici delle diverse discipline, infermieri, TSRM, OSS e altro personale) coinvolti nella gestione del paziente con trauma maggiore.</p>
--

<p>S2.11 nascita</p> <p>Percorso</p>	<p>Percorso nascita</p> <p>L’Ospedale Policlinico San Martino nell’attuale emergenza sanitaria è stato identificato quale HUB regionale per la gravidanza ad alta complessità assistenziale per la patologia materna, al fine di ottenere, mediante la centralizzazione, un’adeguata gestione delle nascite in donne SARS-COV-2 positive o sospette.</p> <p>Sono state fornite, agli operatori del percorso nascita, indicazioni condivise ed univoche cui attenersi per l’assistenza alla donna gravida che presenti un quadro clinico-anamnestico compatibile con COVID-19 ed al suo bambino. In particolare, sono state previste le azioni necessarie a garantire la sicurezza della paziente, del bambino e degli operatori, nelle due modalità di accesso al reparto di Ostetricia e Ginecologia e della U.O. di Neonatologia, ovvero nei casi in cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ la donna si presenti spontaneamente, indirizzata dal ginecologo di fiducia o tramite trasporto con ambulanza al Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico ➤ la donna stessa o l’eventuale trasportatore si presenti alla porta esterna di accesso al PS e, tramite citofono, comunichi con l’infermiera, che applica la check list “Definizioni SARS-CoV-2 (MODAZHQA_0020)” per la definizione di caso sospetto e/o di contatto stretto. <p>▪ Modalità per garantire la presenza del partner in sala parto durante la pandemia COVID-19</p> <p>IOAZDGN_0003 rev 3 del 10/11/2020</p> <p>Pur attraversando l’emergenza sanitaria pandemica, l’evento del parto costituisce un momento di grande importanza nell’esperienza della donna e della coppia. La presenza del papà in sala parto rappresenta una scelta condivisa dalla coppia, in quanto permette di condividere in toto l’esperienza della nascita di un figlio e di sostenersi a vicenda. Questa esperienza rappresenta il completamento di un percorso condiviso: è il momento finale della gravidanza e l’inizio di una nuova vita. La presenza in sala parto del papà rappresenta un sostegno fisico e morale per entrambi. Per la mamma avere il proprio compagno vicino può essere rassicurante e regalarle energia. In alcuni studi, tra i quali uno recentissimo dell’aprile 2020 del <i>Royal Colleges</i> inglese, raccomanda la presenza di una singola persona asintomatica, scelta della donna, durante il travaglio ed il parto. All’interno del Policlinico sono state fornite le indicazioni necessarie agli operatori, coinvolti nelle diverse fasi del percorso nascita, mediante l’Istruzione Operativa IOAZDGN_0003.</p> <p>La presenza del partner, in sala parto, in questo periodo di pandemia da COVID-19 potrà realizzarsi solo previa l’adozione di tutte le misure di prevenzione necessarie, in modo da garantire la massima sicurezza dell’utenza e del personale sanitario. Prerequisito indispensabile alla presenza in sala parto del partner è rappresentato dalla condizione di negatività del tampone rinofaringeo per il Virus SARS-COV2 dei presenti. Le indicazioni a cui il partner dovrà attenersi sono fornite dal personale sanitario. Come espresso anche nei report degli anni precedenti, il PDTA Percorso nascita è condiviso dalle UUOO Neonatologia, Ostetricia e Ginecologia. Nel 2020 sono stati condivisi ulteriori documenti, quali espressione di modalità operative sinergiche,</p>
--	---

	<p>all'interno del Dipartimento Ginecologico e Percorso Nascita. Di seguito si citano solo alcuni dei documenti prescrittivi condivisi dalle UU.OO. del Dipartimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Protocollo per induzione al travaglio di parto - DOCPROCDGN_0002 Rev.0 del 21/04/2020, che definisce le indicazioni, le controindicazioni e le modalità di gestione dell'induzione al travaglio di parto in aderenza alle linee guida e raccomandazioni nazionali e internazionali. Il Protocollo viene applicato nelle unità operative del Dipartimento Ginecologico e percorso nascita di questo Ospedale Policlinico. ➤ Percorso della donna Gravida con sospetto di COVID-19- IOAZDGN_0001 Rev.1 del 29/05/2020, che fornisce agli operatori del percorso nascita indicazioni condivise ed univoche da utilizzare per l'assistenza alla donna gravida che presenti un quadro clinico-anamnestico compatibile con infezione da SARS-CoV-2 ➤ Screening COVID_19 per la donna in gravidanza (IOAZDGN_0004 rev 3 del 15/12/2021) finalizzata a fornire agli operatori del percorso nascita indicazioni condivise ed univoche per monitorare, individuare e prevenire la diffusione dell'infezione COVID_19 nella popolazione delle donne in gravidanza. <p>Sono inoltre in vigore ed in uso i documenti aziendali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Protocollo comportamentale di sala parto con condizioni di benessere fetale soddisfacenti DOCPROCT28_0001 ➤ Protocollo Gestione del neonato con <i>distress</i> respiratorio DOCPROCH32_0002 ➤ Corretta gestione dello screening ecografico del neonato sano, a rischio e con sospetta Displasia Congenita dell'Anca (DCA) DOCPROCH32_0011 ➤ Raccomandazioni per la Nutrizione enterale del neonato pretermine DOCPROCH32_0020 ➤ Protocollo Il contatto pelle a pelle alla nascita PQH32_0002 <p>Il sito web del Policlinico ha una pagina dedicata al Percorso nascita con le informazioni utili alle future e neo mamme: http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/percorso-nascita.html</p>
<p>S2.12 Buone pratiche AGENAS</p>	<p>Buone pratiche AGENAS</p> <p>Per il 2021 il Policlinico San Martino ha inviato ad Agenas <i>"Call for Good Practice"</i> Osservatorio Buone Pratiche:</p> <p>Attività di Televisita per pazienti in cura per patologia cronica nota.</p> <p>L'emergenza pandemica COVID ha limitato le possibilità di accesso dei pazienti agli Ospedali. La sospensione delle visite ambulatoriali ha comportato gravi disagi ai pazienti, sia per i pazienti in prenotazione per le prime visite che per i pazienti con appuntamenti per le visite di controllo. L'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) ha predisposto un programma di ripresa delle attività ambulatoriali nel rispetto delle misure di sicurezza definite per l'emergenza COVID-19. In tale ambito ha definito le modalità di svolgimento delle Televisite specialistiche di controllo e affidato a Liguria Digitale l'avvio e la gestione della piattaforma</p>

tecnologica necessaria per l'esecuzione delle visite. I criteri per l'erogazione in Televisita sono definiti e partono dal presupposto che possono essere erogate in questa modalità le prestazioni che non richiedono l'esame obiettivo del paziente e il medico ha la responsabilità di definire se il paziente può effettuare la prestazione in Televisita. Il paziente deve essere inserito in un percorso di follow up per una patologia nota, anche per monitoraggio della terapia in corso. L'attivazione del servizio di telemedicina richiede l'adesione preventiva del paziente o del tutore, anche per confermare la disponibilità di contatto telematico nel rispetto delle norme in materia di privacy e sicurezza. Il collegamento deve avvenire in tempo reale e consentire l'interazione tra medico e paziente, con l'eventuale supporto del tutore/caregiver. L'Ospedale Policlinico ha aderito a questa nuova modalità di visita come prima struttura regionale e dal 15 ottobre 2020 ad oggi sono stati abilitati all'utilizzo della piattaforma fornita da Liguria Digitale i Medici di nove unità operative ad iniziare dalla UO Clinica Neurologica, UO Psicologia, UO Clinica Cardiologica. Alla data del 14 giugno 2021 le Televisite eseguite risultano essere n. 133 e la U.O. Clinica Neurologica, inserita per prima, ha effettuato 84 Televisite. Considerando la tipologia dei pazienti seguiti in questo ambito e la recente introduzione di questo nuovo metodo di lavoro si ritiene che questi dati costituiscano un ottimo risultato. Si auspica che questa metodologia di esecuzione dei follow up possa essere ancor più diffusa e resa disponibile anche per altre specialità mediche per le quali possa essere ritenuta indicata.

Il file completo è visibile in Osservatorio Buone Pratiche Agenas *"Call for Good Practice"* alla pagina [Buone Pratiche \(agenas.it\)](https://agenas.it)

IMPARARE DALL'ESPERIENZA: GESTIONE SINISTRI

(IN AMBITO DI GESTIONE RISCHIO CLINICO)

<p>I 1 Organizzazione Gestione sinistri & I 2 C.G.S. (Comitato di Gestione Sinistri)</p>	<p>L'U.O. Gestione del Rischio Clinico partecipa al Comitato Gestione Sinistri Metropolitan (CGSM). La partecipazione è finalizzata alla valutazione dei contenziosi al fine di individuare le Azioni di Miglioramento che possono essere messe in atto per prevenire il ripetersi di tali eventi. Dall'esperienza dei primi anni di partecipazione al CGSM sono emerse diverse azioni di miglioramento:</p> <ul style="list-style-type: none">• L'istruzione Operativa per la gestione della protesi dentali e acustiche,• L'istituzione del Comitato Valutazione del Rischio Infettivo,• La realizzazione della scheda di valutazione delle cadute in ospedale,• La Cartella Clinica Elettronica• La verifica e revisione degli oltre 800 consensi informati a procedura intervento <p>Come espresso nella presente relazione al capitolo "G6 Gestione sinistri", il Comitato Gestione Sinistri si avvale anche del Comitato Valutazione Rischio Infettivo (CVRI), con il compito di monitorare attentamente le istanze risarcitorie che presentano problemi legati a ipotetiche infezioni correlate alle Pratiche Assistenziali (ICPA). La commissione CVRI si riunisce periodicamente ed ha prodotto, oltre a dettagliate relazioni necessarie alla resistenza nei casi ovviamente possibili, anche molte indicazioni di miglioramento nella gestione documentale e nella prassi clinica quotidiana. Nel 2021 il C.V.R.I. si è riunito in tre occasioni, trattando complessivamente 11 casi.</p>																																		
<p>I 3 Report Sinistri</p>	<p>Report Sinistri</p> <p>Nel quadro del programma assicurativo per rischi di responsabilità civile delle aziende ed enti del SSR (Legge regionale n.28 del 26/10/2011), è attivo all'interno del Policlinico il Comitato Gestione Sinistri.</p> <p>Nel 2021 il numero dei sinistri è stato di 135 distribuiti nelle seguenti categorie:</p> <table border="1" data-bbox="432 1464 930 2063"><thead><tr><th>CATEGORIE SINISTRI</th><th>2021</th></tr></thead><tbody><tr><td>Altro</td><td>1</td></tr><tr><td>Cadute</td><td>7</td></tr><tr><td>Danneggiamento a cose</td><td>3</td></tr><tr><td>Danneggiamento a persone</td><td>2</td></tr><tr><td>Errore chirurgico</td><td>44</td></tr><tr><td>Errore diagnostico</td><td>17</td></tr><tr><td>Errore terapeutico</td><td>10</td></tr><tr><td>Furto</td><td>2</td></tr><tr><td>Infezioni</td><td>20</td></tr><tr><td>Infortuni sul lavoro</td><td>4</td></tr><tr><td>Malattia Professionale</td><td>4</td></tr><tr><td>Errore anestesilogico</td><td>3</td></tr><tr><td>Smarrimento</td><td>12</td></tr><tr><td>Errore di prevenzione</td><td>3</td></tr><tr><td>Errore procedure invasive</td><td>3</td></tr><tr><td>TOTALE</td><td>135</td></tr></tbody></table>	CATEGORIE SINISTRI	2021	Altro	1	Cadute	7	Danneggiamento a cose	3	Danneggiamento a persone	2	Errore chirurgico	44	Errore diagnostico	17	Errore terapeutico	10	Furto	2	Infezioni	20	Infortuni sul lavoro	4	Malattia Professionale	4	Errore anestesilogico	3	Smarrimento	12	Errore di prevenzione	3	Errore procedure invasive	3	TOTALE	135
CATEGORIE SINISTRI	2021																																		
Altro	1																																		
Cadute	7																																		
Danneggiamento a cose	3																																		
Danneggiamento a persone	2																																		
Errore chirurgico	44																																		
Errore diagnostico	17																																		
Errore terapeutico	10																																		
Furto	2																																		
Infezioni	20																																		
Infortuni sul lavoro	4																																		
Malattia Professionale	4																																		
Errore anestesilogico	3																																		
Smarrimento	12																																		
Errore di prevenzione	3																																		
Errore procedure invasive	3																																		
TOTALE	135																																		

LINK

- ❖ Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2018-2020 (PiGIR) http://www.hsanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=4949:piano-triennale-gestione-integrata-della-rischiosit%C3%A0-2018-2020.pdf
- ❖ Piano della Qualità 2019-2021 https://www.ospedalesanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=9672:piano-triennale-della-qualit%C3%A0.pdf
- ❖ www.ospedalesanmartino.it
- ❖ Informativa a procedura/intervento <http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/informative-per-procedure-sanitarie.html>.
- ❖ Il filmato Giornata dell'Etica <http://www.ospedalesanmartino.it/professionisti-e-formazione/qualità/questionario-on-line.html>
- ❖ Il Percorso Nascita <http://www.ospedalesanmartino.it/area-stampa/news/item/861-il-percorso-nascita-del-policlinico.html>
- ❖ Progetto WOV: [Progetto WOMen Vaccination - Ospedale San Martino](#)
- ❖ CUG: [Comitato Unico di Garanzia \(CUG\) - Ospedale San Martino](#)

Elenco Allegati (55)

-  Buone_Pratiche_2021_Agenas_Actività_di_Televisita_per_pazienti_in_cura_per_patologia_cronica_nota
 -  Certificate-signed ISO 9001 ita-inglese RINA scadenza 26_12_2024
 -  Certificato RINA ISO9001 scadenza 26_12_2024
 -  Certificato RINA scad 12 4 2024
 -  Corso medici in formazione specialistica
 -  Delibera_Piano_Formativo_Aziendale_2020-2022_e_relativa_integrazione (1)
 -  Delibera_Piano_Formativo_Aziendale_2020-2022_e_relativa_integrazione
 -  DeliberaCancerBoard1645_2019
 -  DeliberaPianoComunicazione874_2021
 -  DeliberaUGR_CARMINA_89_2017 (1)
 -  DeliberaUGR_Integrazione354_2017 (2)
 -  IOAZDGN_0004-SCREENING_COVID_19_PER_LA_DONNA_IN_GRAVIDANZA
 -  IOAZHFA_0008-MOVIMENTAZIONE,_IMMAGAZZINAMENTO,CONSEGNA_DISPOSITIVI_MEDICI_E_DIAGNOSTICI
 -  IOAZHFA_0020LAB_ANT-PROTOCOLLO_PER_LA_MANIPOLAZIONE_DI_FARMACI_CHEMIOTERICI_ANTIBLASTICI
 -  IOAZHFA_0021-DISPOSITIVO VIGILANZA
 -  IOAZHFA_0045-GESTIONE_FARMACI_LASA
 -  IOAZHFC_0001-COMUNICAZIONE_ESTERNA_IN_CASO_DI_EVENTI_AVVERSI
 -  IOAZHOR_0005-TRASPORTO_PNEUMATICO_DEL_MATERIALE_BIOLOGICO_AI_LABORATORI
 -  IOAZHOR_0073-LA CONTENZIONE FISICA_O_MECCANICA_E_GLI_AUSILI_PROTETTIVI_PER_I_PAZIENTI_RICOVERATI_IN_AMBITO_NON_PSIKIATRICO
 -  IOAZHOR_0116-Manuale_Trakcare_Prevenzione_e_Trattamento_lesioni_da_pressione
 -  IOAZHPP_0019SGSL-PROTOCOLLO_CONTRASTO_E_CONTENIMENTO_DIFFUSIONE_VIRUS_COVID-19_IN_AMBIENTI_LAVORO
 -  IOAZHQA_0706-Recepimento_L_G_Comunicazione_Eventi_Avversi-Raccomandazione_per_la_comunicazione_ai_pazienti
 -  IOAZHQA_0708-Recepimento_del_Protocollo_Ministeriale_per_il_Monitoraggio_degli_Eventi_Sentinella
 -  IOAZHQA_0709_Sistema DoppiaControlli
 -  IOAZHQA_0709-IL_SISTEMA_DEI_DOPPI_CONTROLLI
 -  IOAZHSI_0071-Utilizzo_sistema_di_tracciabilità_interna_Biotrac
 -  IOAZU76_0049-Infezione_da_nuovo_Coronavirus_COVID-2019
 -  IOH1B_0002-Percorso_di_inserimento_del_medico_presso_l'UnitÀ_Operativa
 -  IOH1Y_0006-PROGRAMMA_DI_INSERIMENTO_DELL'INFERMIERE_NEOASSUNTO_E_NEOASSEGNAO
 -  IOHFA_0060-PERCORSO_INSERIMENTO_DIRIGENTE_FARMACISTA_NEOASSUNTO
 -  IOT07_0010-Percorso_del_TSRM_neo-inserito_presso_l'U.O._Diagnostica_Oncologica_e_Senologica
 -  MODAZDGN_0004-INFORMATIVA_PER_LA_PARTORIENTE_DURANTE_LA_PANDEMIA_COVID_19
 -  MODAZHFA_0053.-MODULO_RESI_FARMACI_E_MATERIALE_SANITARIO_ALLA_FARMACIA
 -  MODAZHOR_0005MED.LAB-TABELLA_PER_STAZIONE_TRASPORTO_PNEUMATICO_U.O._MED.LABORATORIO
 -  MODAZHOR_0005MED.TRASF.-TABELLA_PER_STAZIONE_TRASPORTO_PNEUMATICO_U.O._MED.TRASFUSIONALE
 -  MODAZHOR_0110-Schema_trattamento_lesioni_da_pressione
 -  MODAZHOR_0118-Vademecum_trattamento_lesioni_da_pressione_complesse
 -  MODAZHOR_0555-TABELLA_PER_STAZIONE_TRASPORTO_PNEUMATICO_DI_U.O.
 -  MODAZHPS_1048-SCHEDA_DI_VALUTAZIONE_neoassunto_O.T._CENTRALINISTA
 -  MODAZHQA_0701-SCHEDA_DI_SEGNAIAZIONE_SPONTANEA_DEGLI_EVENTI
 -  MODAZHQA_0708-SCHEDA_DI_SEGNAIAZIONE_DEGLI_EVENTI_EVENTI_SENTINELLA
 -  MODDEA_0100-CHECK_LIST_PER_PAZIENTE_CON_TRAUMA_MAGGIORE
-

-  MODHQA_0040_Verbale Audit di Sistema Interno ISO
-  MODHSMHOR_0004-Conoscere_le_Lesioni_da_pressione
-  MODHSMHOR_0007-LESIONI_CUTANEE_CRONICHE
-  MODHSMHOR_0008-LESIONI_SCLERODERMICHE
-  NotaDS ICT Referti prestazioni effettuate51614_21
-  Parere Comitato Etico 20_07_2021 Studio qualità fine vita pazienti Covid-19 Opinione dei Medici specializzandi
-  Parere Comitato Etico 28_06_2021 su Studio qualità fine vita pazienti Covid-19 Opinione degli operatori
-  PieghevoleCandidaAuris
-  PQAZHPP_0016SGSL-MANUALE_DEL_SISTEMA_DI_GESTIONE_SALUTE_E_SICUREZZA_SUL_LAVORO
-  PQAZHPP_0017SGSL-GESTIONE_DISPOSITIVI_DI_PROTEZIONE_INDIVIDUALE
-  PQAZHPS_0017-Percorso_di_inserimento_del_Fisioterapista_neoassunto
-  Report_CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO DH ONCOLOGICO versione 25012022
-  Report_Le_Cadute_al_Policlinico_SanMartino_2019_2020