

SOMMARIO

Premessa	3
Approccio integrato	3
Il processo: strumento essenziale di prevenzione della rischiosità	4
La prevenzione del rischio fondamento della progettazione dei percorsi	4
Metodologia	5
Area 1 Governance, Consapevolezza e Misurazione	8
Modalità basata su processi e percorsi	9
Le Istruzioni Operative (II.OO.)	9
La manutenzione delle II.OO.	9
Eliminazione delle ridondanze	9
Pubblicazione di II.OO. di Unità Operativa	10
La verifica dell'effettiva implementazione delle II.OO.	10
I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) ed i Percorsi Integrati di Cura (PIC)	10
Campo di Applicazione dei PDTA e criteri di realizzazione	10
Modalità di elaborazione dei PDTA	11
Presenza in Carico (PC)	11
Integrazione con il territorio (PIC)	12
Gestione dei rischi e PDTA	13
La Cartella Clinica Elettronica (CCE)	13
Modalità basata sui Comportamenti e sugli Automatismi	13
I Piani Annuali Attuativi (PAA) delle Aree CARMInA	15
PAA Area 2 Comunicazione	15
PAA Area 3 Conoscenze e Abilità	21
PAA Area 4 Ambiente e Contesto Sicuri	29
PAA Area 5 Processi Assistenziali	53
PAA Area 6 Gestione dell'evento avverso	83
PAA Area 7 Imparare dall'esperienza	89
PAA Area 8 Umanizzazione ed Etica	97
Glossario	102

PIANO PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO

PREMESSA

APPROCCIO INTEGRATO

Il Piano Triennale 2022-2024 conferma la volontà di garantire una modalità di gestione della rischiosità integrata che veda tutti gli attori egualmente coinvolti.

Ognuno dei soggetti di seguito citati, sono parte integrante del Piano in quanto indispensabili per definire in modo proattivo le azioni come intrinsecamente rivolte alla prevenzione della rischiosità complessiva. La storia del nostro sistema sanitario ha introdotto nel tempo ruoli e funzioni che hanno come obiettivo la gestione e la prevenzione dei rischi:

- il **Medico Competente** per la gestione della salute dei lavoratori;
- l'**Esperto Qualificato** per la sorveglianza fisica dei lavoratori esposti al rischio da radiazioni ionizzanti;
- il **Comitato per la lotta alle Infezioni Ospedaliere (CIO)**, attualmente meglio definite come **Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali (ICPA)** che, in modo profetico, prevedeva già negli anni '80 una composizione multidisciplinare e multiprofessionale. Infettivologi, Igienisti, Microbiologi, Infermieri addetti al Controllo delle Infezioni (ICI), Farmacisti in prima linea, ma gli uffici tecnici, i servizi Informativi, i Provveditorati le strutture deputate alla gestione dei percorsi formativi dei dipendenti e molte altre strutture sono sempre state sensibili al contenimento del fenomeno Infezioni Nosocomiali;
- **I Servizi di Prevenzione e Protezione**, con l'idea di gestire i rischi ambientali, particolarmente quelli che coinvolgono gli operatori nell'esercizio delle loro funzioni;
- **Il gruppo GIDACC** per la gestione multidisciplinare e multiprofessionale dei dispositivi.

A fianco a queste funzioni e strutture abbiamo Unità Operative che nelle loro prestazioni includono attività essenziali di gestione di rischi specifici:

- la **Farmacia** ha storicamente e da sempre gestito tutta la parte di rischio derivante dall'utilizzo di farmaci;
- i **Servizi Immunotrasfusionali** hanno competenze ben radicate e utilizzano, per la corretta gestione degli eventi avversi trasfusionali, tecniche di gestione del rischio da moltissimo tempo;
- le **Radiologie** hanno compiti specifici di prevenzione dei rischi da esposizione a radiazioni ionizzanti stabilite dalla l.380;
- le **Strutture Cliniche e di Laboratorio** hanno il compito di garantire cure sicure ai pazienti e sicurezza ai lavoratori;
- la parte **Tecnica e Amministrativa** dell'ospedale si è sempre adoperata per gestire il problema della sicurezza dei lavoratori e dei pazienti: dalla gestione dei cantieri in ospedale, al problema degli impianti e della sicurezza dell'aria e dell'acqua, la gestione di gare e appalti ha sempre più affinato l'attenzione agli aspetti della sicurezza;
- mentre è storia più recente l'attenzione alla sicurezza derivante dall'utilizzo di **tecnologie biomediche sicure**.

IL PROCESSO: STRUMENTO ESSENZIALE DI PREVENZIONE DELLA RISCHIOSITÀ

In Sanità, come in molti altri ambiti dell'umano agire, l'idea di processo contiene gli aspetti fondanti la modernità dell'erogazione delle cure, nei quali vanno con cura definite le incertezze e conseguentemente i rischi che lo stesso processo è in grado di generare.

➤ **MULTIDISCIPLINARITÀ E MULTIPROFESSIONALITÀ:**

Ogni processo che si svolge nei sistemi sanitari, da quelli di diagnosi e cura, ai processi di ristrutturazione architettonica ed impiantistica, ai processi di definizione delle strategie di rinnovamento tecnologico, a quelli di reingegnerizzazione dei sistemi informativi, necessitano dell'integrazione dei saperi. È sufficiente ripensare a quanto, negli ambiti citati, accadeva fino agli anni 90 per comprendere come questo concetto non sia per nulla banale e scontato.

➤ **LE MIGLIORI PROVE DI EFFICACIA:**

In clinica questo concetto è rappresentato dall' *Evidence Based Medicine*, ma in tutti gli ambiti è divenuto obbligatorio riferirsi alle migliori prove scientifiche per garantire soluzioni tecnologiche adeguate, *cost effectiveness*, appropriate, accettabili, ecc.

➤ **DEFINIZIONE DEL PERCORSO:**

- snodi decisionali,
- percorsi,
- ambiti di responsabilità,
- presa in carico,
- alternative,
- monitoraggio degli indicatori di processo e di esito

Gli elementi sopracitati rappresentano alcuni degli aspetti fondanti la costruzione di un solido percorso. È in questi aspetti che devono essere identificate con cura le incertezze e conseguentemente i rischi che lo stesso processo è in grado di generare.

LA PREVENZIONE DEL RISCHIO FONDAMENTO DELLA PROGETTAZIONE DEI PERCORSI

La norma ISO EN 9001: 2015 paradossalmente non richiede più, al contrario delle versioni precedenti, il documento di descrizione e di prevenzione dei rischi ma introduce il concetto di *Risk Based Thinking* come modalità proattiva di disegno dei processi. L'analisi dell'incertezza dei processi rappresenta la modalità innovativa che permette di passare da quella pratica un po' didascalica e descrittiva di analisi dei rischi presenti in Istituto alla contestualizzazione della rischiosità in tutti i suoi aspetti negli snodi essenziali dei processi che in Istituto si realizzano.

La diffusione e l'utilizzo di strumenti come l'Audit, *SWOT Analysis*, la *Root Cause Analysis* e la *Failure mode effects and criticality analysis* FMEA_CA ha l'obiettivo di facilitare il pensiero basato sulla prevenzione della rischiosità e attuare una migliore gestione degli eventi avversi o dei quasi eventi.

METODOLOGIA

La strutturazione del Documento nasce dalla raccolta dei diversi documenti provenienti dalle 7 Aree Carminaⁱ costituite ai sensi della Delibera della Direzione Generale n° 89 del 2 Febbraio 2017.

I 7 Gruppi/Aree sono stati integrati con il Gruppo Operativo Area 8 Umanizzazione ed Etica (Verbale N 33/RM/2018 del 18/12/2018) che prevede il monitoraggio di 12 Standard individuati tra i numerosi presenti nella *Check list* per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero, di Agenas:

1. Gruppo Strategico – Area 1: Governance, consapevolezza e misurazione
2. Gruppo Operativo – Area 2 CARMINA: Comunicazione
3. Gruppo Operativo – Area 3 CARMINA: Conoscenze e Abilità
4. Gruppo Operativo – Area 4 CARMINA: Ambiente e Contesto sicuri
5. Gruppo Operativo – Area 5 CARMINA: Processi Assistenziali
6. Gruppo Operativo – Area 6 CARMINA: Gestione dell’Evento Avverso
7. Gruppo Operativo – Area 7 CARMINA: Imparare dall’esperienza
8. Gruppo Operativo – Area 8 CARMINA: Umanizzazione ed Etica

Si rappresenta a seguire la composizione dei singoli Gruppi:

1. Gruppo Strategico - Area 1 C.A.R.M.In.A. -Governance, Consapevolezza e Misurazione, composto da:

- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo
- Direttore Scientifico
- Preside Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche
- Direttore UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP
- Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera
- Direttore UO Controllo di Gestione
- Responsabile UO Direzione e Gestione delle Professioni Sanitarie
- Direttore UO Servizio Prevenzione e Protezione
- Il Medico Competente
- Direttore UO Sviluppo e Gestione Risorse Umane
- Responsabile UOS Formazione e Comunicazione
- Direttore UO Affari Generale e Legali
- Direttore UO Psicologia Clinica e Psicoterapia
- Un rappresentante delle Associazioni di tutela del malato e del volontariato operanti in Istituto

2. Gruppo Operativo - Area 2 C.A.R.M.In.A.- Comunicazione, composto da:

- Responsabile UOS Formazione e Comunicazione
- Direttore UO Sistemi Informativi e Ingegneria Clinica
- Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera
- Responsabile UO Direzione e Gestione delle Professioni Sanitarie
- Direttore UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

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

- Direttore UO Direzione e Gestione delle Professioni Sanitarie
- Direttore UO Sviluppo e Gestione Risorse Umane



- Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera
- Responsabile UOS Formazione e Comunicazione
- Direttore UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP

4. 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 Medicina Trasfusionale
- Responsabile UOS Formazione e Comunicazione
- Direttore UO Servizio Prevenzione e Protezione
- Direttore UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP

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

- Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera
- Direttore UO Direzione e Gestione delle Professioni Sanitarie
- Direttore UO Igiene
- Direttore UO Clinica Dermatologica
- Un rappresentante delle strutture di Ostetricia, Ginecologia e Neonatologia
- Responsabile della SSD Hospice
- Direttore del DEA
- Direttore UO Farmacia

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

- Direttore UO Psicologia Clinica e Psicoterapia
- 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 Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP

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

- UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP

8. Gruppo Operativo - Area 8 C.A.R.M.In.A. - Umanizzazione ed Etica

- UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP

Per ogni Gruppo di lavoro è prevista la partecipazione di un rappresentante del Collegio di Direzione.

Ogni gruppo di lavoro ha avuto due tracce di lavoro costituite da:

- documento CARMINA
Sul documento CARMINA ogni gruppo ha fatto le sue valutazioni impostando un lavoro di mantenimento e/o di implementazione di azioni volte al governo dell'Area (pubblicazione intera). I contenuti delle Aree CARMINA verranno mantenuti e in alcuni casi, verranno ampliati per proporre risposte adeguate e coerenti alla complessità del sistema.
- layout di redazione del documento finale comune a tutti i gruppi.

La redazione dei Piani Annuali Attuativi (PAA) delle 8 Aree CARMINA è stata realizzata su un layout molto semplice che verrà ripreso nella redazione del PIGIR (Piano Triennale Gestione Integrata Rischiosità).

Il PIGIR avrà quindi la stessa impostazione evidenziando in prima battuta i punti di debolezza e di forza dell'intero sistema declinati quindi nelle 8 aree.

Quindi verranno definiti gli obiettivi generali di sistema, verranno collocati nel tempo in un'impostazione complessiva volta a definire le "vision" dell'istituto dei prossimi tre anni. Gli obiettivi verranno declinati nelle aree C.A.R.M.In.A.

Il passaggio successivo è rappresentato dall'identificazione delle Azioni necessarie alla realizzazione degli obiettivi nel tempo, declinate tenendo conto delle responsabilità e dei tempi necessari.

AREA 1 GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE

Standard
Standard 1.1: l'organizzazione per la gestione del rischio clinico aziendale viene esplicitata con atto formale e valutata in base alle responsabilità assegnate.
Standard 1.2: l'Azienda/Struttura esplicita gli obiettivi per la gestione del rischio clinico.
Standard 1.3: l'Azienda/Struttura produce e diffonde report sui risultati raggiunti in materia di rischio clinico.
Standard 1.4: l'Azienda/Struttura dispone di strumenti aziendali per la segnalazione spontanea degli eventi avversi e/o <i>near miss</i> (quasi eventi)
Standard 1.5: l'Azienda/Struttura adotta il monitoraggio (es. incidenza, prevalenza) di particolari eventi avversi (es. cadute dei pazienti, lesioni da decubito, infezioni correlate all'assistenza).
Standard 1.6: l'Azienda/Struttura ha esplicitato metodologie di informazione (es. dati rilevanti disponibili sul sito aziendale, ecc..) e coinvolgimento attivo (es. bilancio sociale, conferenza dei servizi, confronti con associazioni di volontariato/ associazioni di pazienti, ecc..) di cittadini/pazienti nel piano sulla sicurezza aziendale.
Standard 1.7: l'Azienda/Struttura ha adottato, negli ultimi due anni, programmi strutturati di confronto (<i>benchmarking</i>) al proprio interno e con altre strutture (es. accreditamenti di eccellenza di UUOO, certificazione di UUOO, partecipazione a programmi di <i>benchmarking</i> , ecc) che includano anche indicatori sul rischio clinico.

CONSIDERAZIONI GENERALI

L'Unità di Gestione del Rischio è strutturata con un modello organizzativo che 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"). 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 Assegnazione obiettivi ai Direttori Generali/Commissari Straordinari, ecc).

- **Gli obiettivi** in materia di Gestione Rischio Clinico sono espressi in due documenti programmatici aziendali, entrambe pubblicati in Intranet Aziendale e nel sito web del Policlinico: Piano della Qualità 2022-2024 e Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2022-2024, (PiGIR).
- La condivisione degli obiettivi in materia di Gestione del Rischio si svolge durante l'incontro annuale, **Quality Day**, con la Rete del Sistema Gestione Qualità (SGQ) ed in ogni occasione di incontro e formazione della rete SGQ (Direttori di UUOO, RAQ Vice RAQ e Coordinatori).



- Il Gruppo strategico, dopo la redazione del PiGIR e PAA (piani annuali di attuazione), è incaricato di monitorare periodicamente gli obiettivi del Piano stesso e produrre un'adeguata reportistica annuale e triennale di chiusura.

Nella gestione del rischio "sanitario" è possibile distinguere due modalità che devono quotidianamente intersecarsi e che presentano criticità consolidate nel nostro Istituto: La modalità basata su processi e percorsi e la modalità basata su comportamenti e su automatismi.

MODALITÀ BASATA SU PROCESSI E PERCORSI

LE ISTRUZIONI OPERATIVE (II.OO.)

A partire dall'inizio degli anni 2000 in Istituto (allora Azienda) si è sviluppata la pratica della gestione degli eventi avversi o dei quasi eventi con gli strumenti dell'audit, o delle *Root Cause Analysis* o delle FMEA/FMECA. Queste attente analisi mettevano, e tuttora mettono, in luce gli aspetti critici dei processi oggetto dell'evento verificatosi, permettendo ai diversi attori di individuare le migliori azioni correttive. Questo modo di procedere ha determinato, in oltre 15 anni di attività, lo sviluppo di una imponente mole di Istruzioni Operative (circa 6.500 a gennaio 2022) che costituiscono ad oggi il riferimento documentale di buona parte delle attività che si svolgono in Istituto. Le criticità che emergono dalla gestione di questa mole di II.OO. sono in realtà impattanti sull'intero sistema.

LA MANUTENZIONE DELLE II.OO.

È fondamentale che le II.OO. siano gestite nel tempo in termini di valutazione di efficacia anche alla luce delle più recenti acquisizioni scientifiche. Senza questa attività di revisione continua si corre il serio rischio di avere a disposizione sistemi obsoleti e, se non dannosi, con forte rischio di inutilità. A questo proposito è opportuno istituire un comitato di redazione dell'I.O., all'interno della U.O. HQA che abbia come obiettivo la revisione annuale dei documenti e della letteratura scientifica a supporto. A tale scopo il comitato di redazione potrà avvalersi di consulenti esperti.

ELIMINAZIONE DELLE RIDONDANZE

Esistono su IsolabWeb molte II.OO. che replicano contenuti già presenti in altre. È indispensabile procedere ad un'operazione di revisione e di eliminazione di tutto ciò che nella libreria dell'Istituto rappresenta un doppione.

Il sistema di archiviazione delle II.OO. deve permettere la ricerca e l'individuazione attraverso parole chiave che chi pubblica deve inserire, al fine di individuare eventuali documenti che riprendono l'argomento in discussione per l'eventuale pubblicazione di nuove II.OO.

È bene che il redattore della nuova I.O. verifichi l'opportunità di:

- una nuova pubblicazione: qualora l'argomento trattato non sia mai stato preso in considerazione nella libreria di Istituto
- integrare un I.O. esistente: qualora l'argomento trattato possa trovare domicilio all'interno del corpo di un'I.O. esistente
- desistere dalla pubblicazione: qualora l'argomento trattato sia già presente in libreria.

L'U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP continuerà con la realizzazione dell'operazione di revisione ed eliminazione e attiverà il processo di controllo all'atto della pubblicazione secondo quanto descritto.

PUBBLICAZIONE DI II.OO. DI UNITÀ OPERATIVA

La scelta dell'Istituto, in coerenza con quanto stabilito dalla norma UNI EN ISO 9001-2015, è quella di permettere la pubblicazione di II.OO. a partire da esigenze di specifiche UU.OO.

In linea di massima è buona norma cercare di ridurre al massimo la produzione di documentazione di singola U.O. anche per dare al concetto di prevenzione del rischio un respiro più sistemico e per evitare di creare specifiche situazioni di sovrapposizione di norme. È quindi compito dell'U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP valutare l'opportunità dell'avvio del lavoro di produzione documentale e nel caso procedere all'armonizzazione delle esigenze di U.O. con quelle più generali di Istituto.

LA VERIFICA DELL'EFFETTIVA IMPLEMENTAZIONE DELLE II.OO.

Spesso accade che la redazione dell'I.O. venga considerata come l'unico onere che ha il gruppo proponente. Per contro alla pubblicazione dell'I.O. non fa seguito un adeguato programma di diffusione e di informazione tra i dipendenti interessati.

È anche possibile che, pur a fronte di un'adeguata formazione, il processo di reale acquisizione dell'I.O. non sia ottimale. È pertanto indispensabile procedere, in sede di audit interno ed esterno, alla verifica della conoscenza, da parte dei dipendenti interessati, delle II.OO. prodotte. Sarà inoltre cura dell'U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP realizzare, d'intesa con l'U.O. Formazione e le strutture proponenti, un piano di Formazione sulle II.OO. di maggiore interesse per l'Istituto.

I PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA) ED I PERCORSI INTEGRATI DI CURA (PIC)

Da alcuni anni, e più specificamente da quando sono stati ufficializzati i *Disease Management Teams* (DMT), è stato introdotto nella pratica clinica lo strumento del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), inteso come la traduzione contingente, locale, commisurata alle tecnologie disponibili delle più solide Linee Guida presenti in letteratura.

CAMPO DI APPLICAZIONE DEI PDTA E CRITERI DI REALIZZAZIONE

Il campo di applicazione dei PDTA-PIC sono perlopiù le malattie croniche, le malattie che necessitano di un costante accompagnamento del paziente da parte del Sistema Sanitario. Nel nostro Istituto i PDTA sono stati inizialmente prodotti dai DMT oncologici, ma si sono successivamente estesi all'ambito delle malattie cardio e neurovascolari e per le malattie neurologiche. I criteri essenziali per la realizzazione di corretti PDTA sono costituiti da:

- **Multidisciplinarietà e Multiprofessionalità:** I PDTA per definizione prevedono la partecipazione di più discipline e più professioni alla corretta ed efficace realizzazione del percorso.

In questo senso uno degli aspetti maggiormente critici presenti in Istituto è costituito dalla mancanza di un percorso di valutazione e monitoraggio di Abilità e Conoscenze necessarie al presidio degli snodi decisionali più importanti dei diversi PDTA. Infatti la progettazione di un PDTA non può prescindere da concetti quali “professionisti ad alti volumi” e “professionisti a basse complicitanze”. L’area 3 di CARMINA ha il compito di studiare un percorso per definire i criteri per la gestione di Abilità e Conoscenze.

- **Presa in Carico:** -Ogni PDTA prevede che si realizzi, come descritto successivamente, la presa in carico del Medico e dell’Infermiere. Questa viene descritta nella sua complessità e nei singoli segmenti assistenziali. La gestione degli eventi, prevenibili o non prevenibili, è in capo a chi ha in carico il paziente.
- **Supporto organizzativo:** -Ogni PDTA prevede che negli snodi decisionali fondamentali siano riportate le indicazioni logistiche e organizzative (numeri di telefono, Indirizzi, persone di riferimento, ecc.) fondamentali per permettere a Medico Tutor, Infermiere Referente e paziente stesso di poter contattare al momento opportuno la struttura o il professionista che presidia lo specifico segmento di PDTA.

MODALITÀ DI ELABORAZIONE DEI PDTA

La metodologia di descrizione e di costruzione del PDTA si basa su tecniche di discussione multidisciplinare che vanno dalla semplice discussione alla “consensus conference”.

Il prodotto deve riportare la data della revisione, il numero della revisione, le Linee Guida di riferimento nella loro versione ultima.

Il PDTA è composto da un diagramma a blocchi rappresentativo dell’intero percorso e di una parte descrittiva a corredo che riporta le spiegazioni e i riferimenti necessari alla migliore comprensione dello stesso. La definitiva pubblicazione del PDTA negli applicativi aziendali avviene solamente dopo l’approvazione definitiva del Collegio di Direzione in quanto organo deputato al Governo Clinico. È Compito dell’UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP realizzare l’IO Aziendale per la redazione dei PDTA.

PRESA IN CARICO (PC)

La Presa in Carico del paziente nel PDTA si configura in due componenti:

- **Presa in Carico di Percorso**
Prevede un accompagnamento durante l’intero PDTA e rappresenta l’aspetto di fidelizzazione del Paziente all’Istituto.
- **Presa in Carico di Segmento**
È costituita dall’accompagnamento da parte di un professionista medico e infermiere, anche per brevi periodi, del paziente all’interno dei diversi segmenti disciplinari in cui l’intero PDTA si articola.
È fondamentale che chi gestisce la PC di Percorso comunichi (ad esempio durante la discussione Multidisciplinare del caso in sede di DMT-GIP) con chi gestisce la PC di Segmento.

La PC nelle sue due componenti sopra descritte si articola in PC medica e infermieristica:



- **Presenza in Carico Medica**

Rappresenta il supporto:

- informativo, [trasferire tutte le informazioni necessarie a comprendere le fonti di conoscenza, i motivi, i dati di letteratura alla base delle scelte diagnostiche e terapeutiche (e le loro eventuali alternative) proposte al paziente]
- relazionale (realizzare con il paziente un rapporto di empatia tale da permettere l'instaurarsi di relazioni basate sulla fiducia reciproca)
- e decisionale (accompagnare il paziente nelle decisioni strategiche del PDTA con l'attenzione ad accogliere anche decisioni divergenti dalle convinzioni tecniche proprie del professionista)

fondamentale per permettere al paziente un consapevole viaggio all'interno del PDTA.

- **Presenza in Carico Infermieristica**

Oltre alle dimensioni che caratterizzano la PC medica, coniugate secondo le competenze infermieristiche (gestione delle autonomie, funzioni di riabilitazione, gestione presidi e stili di vita, ecc.), è fondamentale che l'infermiere tutor garantisca un supporto:

- organizzativo: l'accompagnamento del paziente e dei suoi familiari nel PDTA alla ricerca del setting assistenziale necessario in quella determinata fase del percorso stesso, evitando di aggiungere la sofferenza delle ricerche inutili e delle attese alla sofferenza della malattia, costituisce un compito primario nella PC Infermieristica
- logistico: garantire un solido supporto nella gestione delle incombenze "collaterali" (L. 104, trasporti paziente, Dichiarazione Anticipata di Trattamento, supporto spirituale, ecc.)
- di continuità assistenziale: nel momento del distacco del paziente cronico dall'Istituto la PC Infermieristica prevede il supporto per la gestione della fase territoriale dell'assistenza. È quindi indispensabile che l'Infermiere Referente abbia conoscenza e abbia relazioni consolidate con quei segmenti di assistenza territoriale che eventualmente facciano parte del PDTA in questione.

È compito dei coordinatori dei DMT procedere alla definizione di PC medica e infermieristica nelle componenti di processo e di segmento secondo una programmazione che veda entro il triennio la realizzazione della PC almeno nel 50 % dei casi in carico al DMT stesso.

INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO (PIC)

Una fonte significativa di criticità nella realizzazione dei PDTA è rappresentata dalla mancanza "strutturale" di relazioni tra ospedale e territorio.

I PDTA prodotti dai DMT dell'Istituto devono prevedere, ove necessario, in tutte le fasi di realizzazione la connessione con i servizi di continuità assistenziale del territorio.

Ogni Medico Tutor e Infermiere Referente deve avere relazioni con i colleghi dei servizi territoriali, conoscerne i riferimenti logistici (ubicazione, n° telefono, orari di apertura degli ambulatori, orari di effettuazione delle visite domiciliari, ecc.) e mantenere contatti sul singolo caso comprendendo anche la partecipazione degli stessi alle discussioni multidisciplinari sul singolo caso in DMT-GIP. È compito dei coordinatori dei DMT procedere alla individuazione degli snodi di percorso che prevedano, per i pazienti di area Metropolitana, una forte integrazione con il territorio stabilendo i necessari contatti per creare le opportune facilitazioni ai pazienti e alle loro famiglie. Uno degli obiettivi del PNRR (Piano Nazionale Ripresa e Resilienza) è proprio quello di potenziare la continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio e

rinforzare l'assistenza sul territorio al fine di migliorare l'accessibilità alle cure ai pazienti e diminuire la pressione sugli Ospedali.

GESTIONE DEI RISCHI E PDTA

Una delle caratteristiche più interessanti dei PDTA è costituita dalla capacità di previsione e di analisi proattiva del percorso di cura che il sistema mette a disposizione dei pazienti.

Al fine di dare concretezza alla precedente affermazione sopra enunciate si propone che ogni PDTA prodotto in Istituto venga sottoposto, nei suoi snodi decisionali fondamentali, all'analisi proattiva del rischio secondo il modello della *Failures Modes and Effect Analysis* (FMEA), anche detta analisi degli errori potenziali e delle conseguenze o effetti degli stessi errori.

L'analisi dei possibili errori, della loro frequenza, della gravità delle eventuali conseguenze e della facilità con la quale possono essere rilevati permetterà di monitorare il PDTA, oltre che dal punto di vista della sua efficacia clinica, anche del punto di vista della sua rischiosità. È compito del coordinatore del DMT realizzare l'analisi FMEA per gli snodi decisionali più importanti del PDTA in questione.

LA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA (CCE)

A fianco degli attuali strumenti di gestione del rischio l'Istituto è stato realizzato il progetto di adozione della Cartella Clinica Elettronica (CCE) che rappresenta lo strumento di gestione più efficace per la gestione e il monitoraggio dei processi.

Dopo questi primi tre anni di utilizzo, attualmente sono in fase di valutazione modelli di Cartella Clinica Elettronica che permettano una migliore gestione della documentazione clinica ed in cui introdurre e dare evidenza di elementi importanti per la gestione del paziente e del rischio correlato all'assistenza.

In particolare è stata adottata nelle aree ambulatoriali la nuova cartella clinica elettronica *Onesys* in sostituzione di *Trakcare*: si prevede gradualmente l'implementazione dello stesso strumento nelle aree di degenza.

MODALITÀ BASATA SUI COMPORTAMENTI E SUGLI AUTOMATISMI

Nella pratica clinica esistono azioni che, pur non avendo apparentemente una nobiltà tale da richiedere la stesura di II.OO. per la loro effettuazione ed essendo trasversali a molti processi clinici, presentano un peso molto importante nella genesi dei rischi derivanti dal processo su cui queste azioni impattano.

Su queste azioni "routinarie", i percorsi formativi di accesso alle diverse professioni da un lato e l'istituto con le sue politiche di formazione continua dall'altro, hanno offerto ai professionisti significative basi di conoscenze la cui mancata osservanza o errata applicazione non può che essere attribuita a disordine e sciattezza generica.

È ormai dato certo che il lavaggio delle mani sia l'esempio più evidente di questa modalità di gestione della rischiosità. Secondo alcuni studi riportati dall'ISS (Istituto Superiori di Sanità), è stato dimostrato

che l'igiene delle mani tra gli operatori delle mani viene effettuata un numero molto variabile di volte (da 5 a 42 volte per turno). Questo dipende molto dal contesto assistenziale (maggiore aderenza nei reparti di terapia intensiva) e al tipo di procedura assistenziale fornita (maggiore aderenza prima e dopo le pratiche invasive). Inoltre, in uno studio trasversale è stata dimostrata ampia conoscenza della pratica dell'igiene delle mani (85% degli operatori sanitari), ciononostante spesso la tecnica applicata non risulta adeguata (tempi per l'igiene delle mani troppo brevi, utilizzo di una quantità insufficiente di prodotto).

Considerato il forte impatto della pandemia, è stato osservato che all'igiene delle mani è stata attribuita una nuova importanza, non solo perché considerata una priorità, ma anche perché gli operatori sono più preoccupati per la propria esposizione al virus. La giornata mondiale dell'igiene delle mani si celebra ogni anno il 5 di Maggio ed è una delle molte iniziative divulgative per la sensibilizzazione sul tema. Il PNCAR 2017-2020 prevede, tra le altre attività, l'istituzione di una rete di sorveglianza del consumo di soluzione idroalcolica come indicatore dell'adesione del personale sanitario alla procedura di igiene delle mani come metodo di contrasto delle Infezioni correlate all'assistenza e dell'Antimicrobico resistenza.

Le II.OO. Connesse all'igiene delle mani sono aggiornate frequentemente.

Molte altre sono le azioni che hanno le caratteristiche descritte:

- la corretta realizzazione delle procedure per la sicurezza del paziente in Sala Operatoria
- la corretta osservanza dei percorsi pulito-sporco
- la chiusura delle porte della sala durante gli interventi invasivi
- l'utilizzo delle divise corrette nei luoghi corretti
- la realizzazione paziente e rispettosa della informazione al paziente per le procedure invasive
- il corretto utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)
- il corretto utilizzo delle porte tagliafuoco (zeppe, inversione delle ante, ecc)
- l'utilizzo del casco per gli spostamenti in moto o scooter all'interno della cinta ospedaliera

L'inosservanza o errata applicazione di queste azioni, oltre all'intrinseca rischiosità, genera un clima di disordine e di pressapochismo che si diffonde molto più facilmente di quanto non si diffonda l'atteggiamento virtuoso di chi tenta di mantenere comportamenti corretti.

In sede di Audit Interno SGQ e Audit Interno Sicurezza occorre siano rilevati e segnalati i comportamenti inadeguati, poiché non è più ipotizzabile un approccio di tipo formativo agli eventuali trasgressori.

È compito dell'UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP e dell'UO Servizio Prevenzione e Protezione individuare i comportamenti la cui inosservanza sarà oggetto di non conformità.

I PIANI ANNUALI ATTUATIVI (PAA) DELLE AREE CARMINA

PAA AREA 2 COMUNICAZIONE

Standard
Standard 2.1: l'Azienda/Struttura ha formalizzato l'adozione di una comunicazione periodica verso l'operatore riguardo a procedure, protocolli, evoluzioni organizzative rilevanti per il rischio clinico.
Standard 2.2: l'Azienda/Struttura per garantire la comunicazione tra operatori nella continuità clinico-assistenziale in ingresso/uscita e nei trasferimenti dall'Azienda/Struttura stessa, adotta modulistiche (lettera di dimissione, documento di accompagnamento) condivise con le Aziende/Strutture invianti o riceventi.
Standard 2.3: l'Azienda/Struttura per garantire la comunicazione tra operatori nella continuità clinico-assistenziale, durante la permanenza all'interno dell'Azienda/Struttura stessa e stessa e tra strutture della stessa Azienda adotta una documentazione sanitaria completa che accompagna il paziente.
Standard 2.4: l'Azienda/Struttura prevede iniziative di informazione strutturata e documentata (oltre al consenso informato) sui rischi più rilevanti nell'ottica della sicurezza del paziente (es: procedure diagnostiche e terapeutiche, <i>compliance</i> del paziente alla profilassi antitrombotica).

CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA

L'anno 2020-2021 è stato caratterizzato dall'emergenza COVID 19, che 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 p.e. 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.

Da tutto questo, sono da ricercare e perseguire nuovi scenari, anche sulla base del recente PANFLU (piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale) come riportato di seguito.



Punti di forza:

2.1 COMUNICAZIONE PERIODICA VERSO L'OPERATORE

1. Revisione e rilascio della nuova intranet aziendale
2. Social Media istituzionali
3. Progettazione e rilascio della nuova piattaforma FAD aziendale
4. Azioni di formazione per il personale

Revisione e rilascio della nuova intranet aziendale

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. 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 UOICT.

Social Media istituzionali

La gestione dei social media istituzionali, che acquisiscono 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.

La corrispondenza via social viene gestita tramite un'azione sinergica che coinvolge personale in staff all'Ufficio Stampa e personale della S.S.D. Formazione e Comunicazione.

Nell'ambito della revisione degli strumenti di comunicazione attuali, citiamo l'attivazione del canale Facebook "San martino sciences" che si affianca all'altra pagina Facebook istituzionale "San martino", dedicata particolarmente alle novità scientifiche del Policlinico e fortemente voluta dalla Direzione scientifica allo scopo di favorire la diffusione di notizie riguardanti specificatamente il

mondo della ricerca scientifica e i risultati ottenuti dal Policlinico. Si è visto inoltre anche il costante utilizzo e sviluppo di altri canali social come Instagram, YouTube, Twitter, LinkedIn.

Progettazione e rilascio della nuova piattaforma FAD aziendale

Dal 1 marzo 2021 è stata rilasciata 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 molti corsi ed è in continua progressiva implementazione, riscuotendo grande interesse e partecipazione del personale.

Azioni di formazione per il personale

La programmazione della formazione aziendale è condivisa con i vertici aziendali ed è basata sulle analisi del fabbisogno attuate in sinergia con i RAF – Referenti Aziendali Formazione – al fine di garantire la presa in carico delle criticità sul rischio clinico. Al paragrafo successivo sono riportati i corsi in programmazione.

2.2 e 2.3 COMUNICAZIONE TRA OPERATORI NELLA CONTINUITÀ CLINICO ASSISTENZIALE, NEI TRASFERIMENTI DALL'AZIENDA E NELLA CONTINUITÀ CLINICO ASSISTENZIALE DURANTE LA PERMANENZA ALL'INTERNO DELL'AZIENDA E TRA LE STRUTTURE.

Gruppi di miglioramento (gdm)

Sono stati rafforzati in quanto strumenti ottimali per la comunicazione periodica tra operatori e tra UU.OO., per l'individuazione di percorsi e per la condivisione di processi finalizzati in modo specifico al miglioramento delle attività cliniche e per il problem solving sul tema di gestione dei rischi clinici e di adozione di specifici protocolli e istruzioni operative.

2.4 INFORMAZIONE STRUTTURATA E DOCUMENTATA SUI RISCHI PIÙ RILEVANTI

NELL'OTTICA DELLA SICUREZZA DEI PAZIENTI:

- Addestramenti personale
- Attività URP
- Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale PANFLU 2021-2023

In conformità ai dettami sul distanziamento derivanti dai DPCM vigenti sono proseguite le attività indifferibili di **addestramento**, come dettagliato nei paragrafi successivi.

Tenendo anche conto che il Policlinico si interfaccia con la cittadinanza e l'utenza anche attraverso l'attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, è in via di ripresa il programma di iniziative on line e in presenza organizzate in concomitanza con i principali eventi di sensibilizzazione e informazione nazionali e internazionali dedicati sia al tema Salute che alla Ricerca in sinergia con le Associazioni dei pazienti e di Volontariato.

	<p>Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale PANFLU 2021-2023</p> <p>Tra i punti di forza merita menzione il piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale PANFLU 2021-2023, adottato dal Ministero della Salute, che ha lo scopo di mettere a punto misure specifiche al fine di gestire la risposta da parte di diversi soggetti ed enti ad una epidemia/pandemia. Nei paragrafi successivi è dettagliato il programma.</p>
--	--

Punti di debolezza:	<p>E' importante procedere con la revisione del <i>Sito Web</i> del Policlinico, principalmente per migliorare la fruibilità delle informazioni da parte della cittadinanza, adottando un modello maggiormente user friendly.</p> <p>La sezione del sito relativa alle fotonotizie è comunque costantemente aggiornata con le campagne riguardanti il rischio clinico come ad esempio quella relativa alla raccolta sangue e quella in materia di vaccinazioni ed il sito. Evidenziamo inoltre come il nostro sito mantenga costantemente elevata la performance avendo raccolto 896.674 utenti e 4.689.280 visualizzazioni pagina durante l'ultima analisi svolta per il periodo dall'1 gennaio 2020 all'agosto 2021.</p>
---------------------	--

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	Vedi punti precedenti, per utilizzo mailing/canali social/intranet
--	--

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	<p>Le azioni da mettere in campo sono conseguenti a:</p> <p>Delibera "Approvazione del piano di comunicazione per il biennio 2021-22" n.874 del 29 aprile 2021".</p> <p>Delibera "Adozione del piano formativo aziendale triennio 2020/22" n.0124 del 22 gennaio 2020".</p> <p>Delibera "Integrazione piano formativo aziendale triennio 2020/22" n.650 del 31 marzo 2021".</p>
Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	<p>Attività di comunicazione e informazione</p> <p>Programma di iniziative on line e in presenza in concomitanza con i principali eventi di sensibilizzazioni e informazione nazionali e internazionali dedicati al tema salute e ricerca, come ad esempio le Giornate nazionali e mondiali della salute e il Festival della Scienza.</p> <p>A tale programmazione si unisce la declinazione di un piano editoriale di divulgazione dei principali risultati di ricerca da diffondere attraverso i canali</p>

digitali e in sinergia con l'attività di Ufficio Stampa del Policlinico. Focus specifico viene dedicato alla campagna di promozione e sensibilizzazione dedicata al 5xmille per la ricerca sanitaria.

Piano Formativo Aziendale 2020/22

Sono già stati oggetto di pubblicazione percorsi di formazione a distanza sulla gestione del rischio clinico (circa mille pax), sul rischio corruttivo, sul rischio di discriminazioni di genere (circa 500 pax) e i corsi sulla gestione della sicurezza sul lavoro.

In allegato le attività di formazione e di addestramento relative alla gestione dei rischi **(all.1)**. In riferimento agli Addestramenti, si sottolinea la novità relativa ai materiali didattici, pubblicati sulla piattaforma FAD, accessibili a tutti i dipendenti e con monitoraggio partecipazione.

Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale, PANFLU 2021-2023

Gli obiettivi che il PANFLU si propone di raggiungere sono: contenere la diffusione del patogeno emergente e proteggere la popolazione dalla sua contrazione, tutelare la salute degli operatori sanitari e del personale coinvolto nell'emergenza, ridurre l'impatto della pandemia influenzale sui servizi sanitari e sociali, assicurare il mantenimento dei servizi essenziali preservando il funzionamento della società e delle attività economiche. Ciascuna Regione, in attuazione del principio di sussidiarietà, deve contestualizzare sul proprio territorio di competenza il Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia adeguandolo alle caratteristiche e alle esigenze specifiche del proprio territorio, individuando meccanismi di coordinamento regionale ed una chiara catena di responsabilità. Gli argomenti trattati dal piano sono analizzati secondo lo schema obiettivi-azioni, in particolare per quanto riguarda la formazione, tramite l'attuazione di corsi accreditati e di specifiche esercitazioni volte a simulare ed analizzare tutti gli aspetti riguardanti una pandemia (WHO Simulation Exercise Manual). Sono individuati quali obiettivi: far sviluppare ai partecipanti conoscenze sulla natura della pandemia e sulla sua gestione, fornire competenze per condurre le attività previste dal piano per un adeguato livello di protezione e gestione della popolazione durante una emergenza, sviluppare competenze di autoprotezione. Si evince come sia inoltre necessario disporre di protocolli e strumenti per la realizzazione di studi KAPB per valutare l'impatto percepito dalla formazione a breve termine.

Monitoraggio:	Chi: SSD Formazione e Comunicazione; Altre UUOO direttamente coinvolte	Quando: per annualità	Come: analisi dati
----------------------	---	------------------------------	---------------------------

➤ **VISIONE TRIENNALE**

<p>Visione per il 2024:</p>	<p>Esaurita la programmazione dei corsi del triennio 20/22, per il 2023 è prevista la nuova rilevazione dei bisogni formativi e di comunicazione, anche in armonizzazione con lo sviluppo del Panflu.</p> <p>Un aspetto da prendere in carico maggiormente è quello relativo al Piano per “L’applicazione e la diffusione della medicina di genere in attuazione art. 3 Legge 11 gennaio 2018, n.3 “ Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute”, Art.3 : “Applicazione e diffusione medicina di genere all'interno del SSN”, che dispone la predisposizione di un Piano volto alla diffusione della medicina attenta alle differenze per sesso e genere (“medicina di genere”).</p> <p>Il Piano intende garantire la qualità e l’appropriatezza delle prestazioni erogate dal SSN in modo omogeneo sul territorio nazionale, mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie inerenti alla ricerca, alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura basate sulle differenze derivanti dal sesso e dal genere.</p> <p>Sempre su questo tema il DM 13/06/2019 istituisce il Piano Nazionale della Medicina di Genere e indica che tali attività siano ricomprese nella formazione ECM, anche all’interno del piano sulla formazione aziendale, annualmente elaborato dalle aziende, sulla base dei bisogni formativi degli operatori e dell’analisi della situazione esistente nonché degli indirizzi derivati dal piano strategico aziendale e dai Piani nazionali regionali sanitari e formativi.</p> <p>Altro aspetto di sviluppo riguarda la Direttiva 2/19 - Presidenza del Consiglio dei Ministri: «Misure per promuovere le pari opportunità/cultura di genere e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche» Al comma 3.5 “Formazione e diffusione del modello culturale improntato alla promozione delle pari opportunità e alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro” è ribadita la necessità di garantire la formazione nel rispetto delle pari opportunità di accesso al fine di Sviluppare la cultura di genere/Sensibilizzare la dirigenza, soprattutto apicale/Produrre statistiche di genere/Utilizzare termini non discriminatori/Promuovere analisi di bilancio.</p>
-----------------------------	---

PAA AREA 3 CONOSCENZE E ABILITÀ

Standard
Standard 3.1: l'Azienda/Struttura adotta un percorso strutturato per l'assegnazione dei compiti clinico-assistenziali del personale medico e della dirigenza sanitaria attraverso la definizione del profilo di competenze e la loro valutazione.
Standard 3.2: l'Azienda/Struttura adotta un percorso strutturato per l'assegnazione dei compiti clinico-assistenziali al personale sanitario infermieristico, tecnico, e degli altri operatori attraverso la definizione del profilo di competenze e la relativa valutazione delle competenze professionali.
Standard 3.3: l'Azienda/Struttura dispone di un piano aziendale annuale per la formazione continua sulla sicurezza dei pazienti.
Standard 3.4: l'Azienda/Struttura adotta un piano di formazione strutturata per nuovi assunti (entro il 1° anno) sul sistema aziendale per la gestione del rischio clinico.

Standard 3.1: l'Azienda/Struttura adotta un percorso strutturato per l'assegnazione dei compiti clinico-assistenziali del personale medico e della dirigenza sanitaria attraverso la definizione del profilo di competenze* e la loro valutazione.

* **Profilo delle competenze:** spiegazione della posizione funzionale con doveri, responsabilità e requisiti per le varie posizioni funzionali (livello formativo atteso, competenze, conoscenze e ogni altro requisito utile al soddisfacimento dei bisogni del paziente).

➤ CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA

Punti di forza:	<ul style="list-style-type: none"> • Prendendo a modello quanto implementato presso il Centro Cellule Staminali Emopoietiche che, nell'ambito del programma Trapianto di Midollo Osseo in aderenza agli standard J.A.C.I.E., hanno sviluppato una modalità di gestione e monitoraggio delle abilità e competenze dei professionisti, si è ritenuto opportuno estendere la metodologia a tutto il Policlinico. Presso il Centro Cellule Staminali sono state introdotti strumenti per l'autovalutazione/valutazione del personale Medico in formazione/reinserimento (MODH272_0007H3B rev.1/2019); per l'autovalutazione del personale Medico (MODH272_0047H3B rev.0/2019); per la formazione del personale del Programma Trapianto CSE PQHQA_1006H3B (rev.1/2020). • Nel 2021 è proseguita la definizione e formalizzazione di documenti specifici, da parte di diverse UU.OO. Riguardo al tema della valutazione e del mantenimento delle competenze dei diversi professionisti.
-----------------	---

Punti di debolezza:	Mancata estensione di tali documentazioni a tutte le UU.OO. Del Policlinico.
Livello di implementazione delle	➤ (IOH1B_0002 rev.0 del 23/11/2021): Percorso di inserimento del medico presso S. S. Dip. Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico.

Istruzioni Operative (I.O.):	<ul style="list-style-type: none"> ➤ (MODHSN_0001 rev.0 del 14/09/2021): Autovalutazione dei Dirigenti di Direzione Sanitaria. ➤ (MODU704_0043 rev. 1 del 03/11/2020): Scheda di verifica delle competenze mediche ed aggiornamento annuale.
------------------------------	--

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	Estendere la definizione di documentazione riguardante la gestione e il monitoraggio delle abilità e delle competenze dei professionisti a tutte le UU.OO. Del Policlinico.
--	---

Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	Facilitare l'inserimento del dipendente neoassunto, garantendo una formazione secondo standard condivisi. Valutazione e autovalutazione in itinere.
--	---

Standard 3.2: l'Azienda/Struttura adotta un percorso strutturato per l'assegnazione dei compiti clinico-assistenziali al **personale sanitario infermieristico, tecnico, e degli altri operatori** attraverso la definizione del profilo di competenze e la relativa valutazione delle competenze professionali.

➤ **CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA**

Punti di forza:	<p>A) Sviluppo di competenze organizzativo gestionali del personale con funzioni di coordinamento, attraverso un applicativo per la gestione organica del personale coordinato, della turnistica e di tutte le attività straordinarie che l'organizzazione richiede per lo svolgimento dei servizi.</p> <p>B) Nelle organizzazioni sanitarie che perseguono l'appropriatezza nell'erogazione dei servizi alla persona, è indispensabile determinare il profilo di posto, ovvero le competenze necessarie del personale sanitario clinico e nello specifico quello degli infermieri e del personale di supporto, in ogni area di cura e assistenza, il fine è dare un'assistenza di qualità. Nello specifico nella U.O. Hospice, il personale neoassunto ha bisogno di una fase di valutazione, sviluppo e rivalutazione di competenze, specifiche per il tipo di paziente ricoverato in quella U.O., con un percorso dedicato al neoassunto.</p>
-----------------	--

Punti di debolezza:	<p>A) Raggiungimento delle competenze informatiche e organizzative attraverso un percorso frammentato e discontinuo che necessiterà di un affiancamento e supervisione di 6 mesi.</p> <p>B) Ad oggi dato l'elevato turnover degli infermieri ed OSS dovuto alla estrema richiesta di risorse da destinarsi in U.O. con pazienti ricoverati COVID+, e il personale collocato in pensione, ha ridimensionato il livello di competenze possedute specifico per il paziente ricoverato in Hospice</p>
---------------------	---

<p>Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):</p>	<p>A)</p> <p>Sviluppo da settembre 2021 a settembre 2022 del progetto dell'applicativo IRIS WEB e del relativo “Programma Turni” sviluppato dal fornitore software. L’obiettivo è quello di rendere più organico lo sviluppo di tutta la turnistica del personale coordinato, adempiendo a dei criteri che rispettano i diritti e la sicurezza dei lavoratori ed applicando la normativa di riferimento (D. Lgs. 8 Aprile 66/2003).</p> <p>L’addestramento all’utilizzo del nuovo software è previsto per tutti i coordinatori, che dovranno dare una pianificazione sempre aggiornata e in tempo reale del personale presente in servizio, che necessita di cambi turni o che è assente per malattia: l’applicativo darà in modo automatico le possibilità di sostituzione del personale rispettando anche esigenze del dipendente come ad esempio ferie programmate precedentemente, permessi per fruizione istituito previsto da L. 104, eventuali limitazioni da piano di lavoro personalizzato.</p> <p>Tali opzioni di gestione del personale permetteranno ai coordinatori di organizzare la turnistica e i servizi in modo omogeneo senza eventuali interpretazioni della normativa o di eventuali disattenzioni amministrativo gestionali.</p> <p>Saranno presenti 3 livelli di abilitazione alle azioni sulla gestione del tabellone turni:</p> <ul style="list-style-type: none">-un primo livello base, ove il personale in caso di necessità di cambio del proprio turno, può inserire una richiesta attraverso l’applicativo, evidenziando le opzioni dei possibili colleghi compatibili con lo spostamento-un secondo livello che permette al coordinatore di autorizzare il cambio turno, o di scegliere lui stesso le possibili opzioni tra i candidati in base ad informazioni aggiuntive come il livello di competenza, oppure dove può attingere risorse ad altre U.O. del dipartimento per lo spostamento dei turni-un terzo livello, che è quello del Referente Gestionale Aziendale (RAG) che ha visione di tutti i dipartimenti aziendali e che può agire sul cambio turno con un maggior numero di opzioni <p>B)</p> <p>Formalizzazione del percorso di inserimento dei neoassunti in SS Dip. Hospice, con una prima valutazione delle competenze possedute, di un’identificazione e sviluppo di queste e di una rivalutazione a sei e a dodici mesi dall’inserimento del personale neoassunto (redazione di IOT1C_0007). Nello specifico si sono sviluppate le griglie di valutazione delle competenze attese, congiuntamente alla scala di valore, che esprime una valutazione da livello non accettabile a livello atteso. La IOT1C_0007 è utile non solo al neoinserto ma anche al personale infermieristico e socio sanitario presente nella U.O. per mappare i livelli di competenza dei singoli operatori sulla base degli standard/indicatori individuati.</p>
--	---

<p>Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:</p>	<p>A) Diffusione del progetto con 2 riunioni plenarie ai coordinatori da parte di tutti i RAG del DPS</p> <p>B) Diffusione a tutto il personale presente in U.O., utilizzo della griglia di valutazione da marzo a settembre 2022, e utilizzo nel preventivo dei successivi 6 mesi, quando saranno destinati nuovi infermieri ed OSS in base all'understaffing attuale definito da matrice organizzativa (le nuove risorse saranno prevedibilmente assunte a seguito del concorso che si sta effettuando per infermieri ed OSS nel mese di Maggio 2022)</p>
---	---

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

<p>Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):</p>	<p>A) Costruzione di una I.O. specifica per il mandato e la gestione del Programma Turni</p> <p>B) Utilizzo della nuova IOT1C_0007 su tutti gli infermieri e OSS neoassunti assegnati alla SS Dip. HOSPICE</p>
---	---

<p>Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:</p>	<p>A) Febbraio 2022, fine delle specifiche da sviluppare con il fornitore del software, date dal gruppo di lavoro del DPS e con alcuni coordinatori referenti. Maggio 2022, attivazione della sperimentazione su un dipartimento con il Programma Turni, con la messa a regime dei turni su applicativo e corrispondenza in real time di tutto il personale presente in azienda</p> <p>B) Tutto il personale della SS Dip. Hospice sta utilizzando la griglia di valutazione delle competenze per determinare i livelli posseduti dal personale già presente, da ciò saranno implementati percorsi specifici di sviluppo di queste ultime. Utilizzo dei tutor di reparto per lo sviluppo delle competenze.</p>
---	--

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
<p>A) verifica attraverso supervisione dei RAG del tabellone e del suo uso.</p> <p>B) utilizzo e compilazione della griglia di valutazione delle competenze.</p>	<p>A) Coordinatori RAG</p> <p>B) Coordinatori e RAF</p>	<p>A) Da febbraio 2022 a settembre 2022</p> <p>B) Maggio 2022 a Marzo 2023</p>	<p>A) Monitoraggio attraverso comparazione della timbratura e presenza del dipendente con sincronizzazione del tabellone turni</p> <p>B) Monitoraggio attraverso la griglia di valutazione del personale presente con</p>

			valori di livelli di competenza attesa dall'organizzazione (valore 8) rispetto alle valutazioni precedenti. Livelli di valutazione delle competenze dei neoassunti dal primo giorno di inserimento al trentesimo giorno (vedi I.O.)
--	--	--	---

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	<p>A) Aderenza tra il Programma dei turni e la presenza real time di tutto il personale e adempimento alla normativa di riferimento, ai criteri di sicurezza e protezione dei lavoratori, alle squadre di lavoro suddivise per competenze, al monitoraggio dei costi attraverso la quantificazione precisa di straordinari, prestazioni aggiuntive o altre condizioni di causale lavorativa retribuita in altro regime.</p> <p>B) Aderenza di tutto il personale infermieristico e socio sanitario (OSS) presente in SS Dip Hospice e utilizzo dello strumento di valutazione delle competenze su tutti i neoassunti assegnati all'UO.</p>
----------------------	--

Standard 3.3: l'Azienda/Struttura dispone di un piano aziendale annuale per la **formazione continua sulla sicurezza dei pazienti.**

➤ **CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA**

Punti di forza:	L'azienda con azione di indagine e recepimento dei bisogni formativi, attraverso le proposte (MODAZHFC_0011) dei Referenti Aziendali della Formazione (RAF) ha a sua disposizione svariati temi da approfondire attraverso lo strumento della formazione sviluppata in varie metodologie, a seconda del tipo di obiettivo formativo da raggiungere. La disseminazione dei RAF permette di avere una raccolta e valutazione capillare su tutto il territorio del Policlinico dei bisogni formativi.
-----------------	--

Punti di debolezza:	I Referenti Aziendali della Formazione aziendali sono stati formati per la loro funzione all'interno del Policlinico, ma non tutti hanno appropriate competenze inerenti la metodologia didattica necessaria a strutturare un evento formativo che abbia una reale ricaduta, manca lo sviluppo della "coerenza formativa".
---------------------	--

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	Costruire un modulo di orientamento alla scelta della metodologia didattica in base agli obiettivi formativi da raggiungere.
---	--

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	Il corso dedicato ai Referenti Aziendali della Formazione, deve prevedere nel piano triennale uno sviluppo non solo dell'utilizzo delle nuove tecnologie (piattaforme webinar) per costruire un evento formativo, ma deve almeno essere un mezzo per divulgare le tipologie di metodologia didattica al fine di perseguire la "coerenza formativa".
--	---

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	1) Attuazione del piano formativo biennale 20/22 attraverso il corso: Le Fundamental of Care: core competence dell'infermiere - inizio 02/05/2022 termine 23/05/2022 destinato ai coordinatori infermieristici- edizione1 con 20 partecipanti. 2) Analisi e sviluppo delle competenze dell'infermiere neo-inserito in U.O. Hospice, e costruzione di IO
--	--

Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	1) Attuazione del piano formativo attraverso metodologia didattica Project Based Learning (PBL) 2) Attuazione tramite riunioni di gruppo per l'analisi delle competenze e progettazione del loro raggiungimento
--	--

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
1) Tutor aziendale 2) Coordinatore U.O./tutor aziendale	1) coordinatori 2) infermieri dell'U.O. Hospice	1) 02/05/2022-23/05/2022 2) 01/05/2022-31/12/2022	1) Metodologia pbl in aula, lavori di gruppo 2) valutazione iniziale attraverso griglia strutturata con identificazione delle competenze necessarie per assistere il paziente in Hospice, valutazione a 3 mesi e 6 mesi delle competenze raggiunte in relazione a quelle iniziali attraverso medesima griglia

Standard 3.4: l'Azienda/Struttura adotta un piano di **formazione strutturata per nuovi assunti** (entro il 1° anno) sul sistema aziendale per la gestione del rischio clinico.

➤ **CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA**

Punti di forza:	La disseminazione e condivisione della cultura della Gestione del Rischio Clinico costituisce elemento preventivo di eventuali accadimenti e comportamenti indesiderati. La realizzazione della formazione nella modalità a distanza ed asincrona, rende maggiormente fruibile il corso.
-----------------	--

Punti di debolezza:	la formazione nella modalità a distanza ed asincrona, benchè favorisca la fruibilità del corso, diminuisce la possibilità di interazione tra i soggetti partecipanti ed i docenti e richiederebbe l'individuazione di momenti di comunicazione e sinergia.
---------------------	--

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	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.
---	--

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	<p>Il Corso espone temi peculiari della Gestione Rischio Clinico:</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 nel 2022.</p>
--	---

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	Il corso Gestione Rischio Clinico verrà riproposto nel 2022 a coloro che non abbiano avuto l'opportunità di seguirlo ed a tutti gli operatori sanitari nuovi assunti.
--	---



Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	Il corso erogato nel 2022 è stato riaccreditato ECM per ulteriori 500 dipendenti.
--	---

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	HQA e HPS	In sede di Audit Interno SGQ e in sede di valutazione performance	Mediante verifica aderenza dei comportamenti rispetto alle Raccomandazioni Ministeriali

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	Mantenimento costante della formazione annuale relativa alla Gestione Rischio Clinico, per tutto il Policlinico.
----------------------	--

PAA AREA 4 AMBIENTE E CONTESTO SICURI

Standard
Standard 4.1: L' Azienda/Struttura esplicita un modello strutturato di integrazione tra diverse funzioni: RSPP*, Area Tecnica, <i>Risk Manager</i> , Responsabile Rischio Infettivo, Comitato buon uso del sangue, Qualità, Formazione, Farmacia, Direzione Sanitaria/Direzione medica, Direzione delle professioni sanitarie e delle professioni tecnico-sanitarie.
Standard 4.2: L' Azienda/Struttura monitora, almeno su base annua, le non conformità (mancanza di aderenza, completezza, tempestività e aggiornamento) che emergono dai piani di manutenzione ordinaria/ straordinaria per strutture, impianti, apparecchiature.
Standard 4.3: l'Azienda/Struttura definisce e monitora lavarie fasi dei percorsi (approvvigionamento, gestione, somministrazione) per i farmaci (acquisizione, stoccaggio, preparazione e somministrazione in UO).
Standard 4.4: l'Azienda/Struttura definisce e monitora le varie fasi dei percorsi per i dispositivi medici.
Standard 4.5: l'Azienda/Struttura definisce e monitora le varie fasi dei percorsi per i campioni con materiale biologico.
Standard 4.6: l'Azienda/Struttura definisce e monitora le varie fasi dei percorsi per gli alimenti.
Standard 4.7: l'Azienda/Struttura definisce e monitora le varie fasi dei percorsi per la sterilizzazione dei materiali.
Standard 4.8: l'Azienda/Struttura definisce e monitora le varie fasi dei percorsi per rifiuti.
Standard 4.9: l'Azienda/Struttura definisce e monitora le varie fasi relative ai trasporti interni del paziente e tra strutture (trasporti secondari) e relativi standard di sicurezza.
Standard 4.10: l'Azienda/Struttura ha predisposto i piani per la gestione strutturata di emergenze interne strutturali (incendi, alluvioni, terremoti e blocchi funzionali).
Standard 4.11: l'Azienda/Struttura ha predisposto i piani per la gestione strutturata di maxiemergenze esterne (massiccio afflusso).
Standard 4.12: a fronte di potenziali rischi, nell' Azienda/Struttura esistono e vengono adottate procedure di richiamo per prodotti, farmaci e dispositivi con definita tempistica, coinvolgimento degli operatori e dei pazienti.
Standard 4.13: L' Azienda/Struttura, nell'ultimo anno, ha implementato almeno una nuova azione di miglioramento relativa agli standard dell'Area 4. Ambiente e contesto sicuri

Standard 4.1: L' Azienda/Struttura esplicita un modello strutturato di integrazione tra diverse funzioni: RSPP*, Area Tecnica, *Risk Manager*, Responsabile Rischio Infettivo, Comitato buon uso del sangue, Qualità, Formazione, Farmacia, Direzione Sanitaria/Direzione medica, Direzione delle professioni sanitarie e delle professioni tecnico-sanitarie.

Punti di forza	<ul style="list-style-type: none"> • Buona interazione tra le diverse componenti aziendali, partecipazione nei processi relativi la sicurezza • Regolamento su ruoli e responsabilità ai fini della Sicurezza in ambiente di lavoro • Documento on line relativo inerente alla valutazione dei rischi • Riunioni del Team di Valutazione tra le componenti di direzione aziendale e i Rappresentanti dei Lavoratori per la sicurezza (almeno 4 per anno)
----------------	--

Punti di debolezza	Ancora una interazione non soddisfacente tra Unità Operative aziendali e Rappresentanti dei Lavoratori per la sicurezza legati ancora a schemi di contrapposizione sindacale e meno di coinvolgimento
--------------------	---

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	Iniziative di maggiore diffusione sui livelli di discussione aziendale. Maggiore coinvolgimento di tutti gli operatori sui cambiamenti organizzativi, una maggiore analisi dei processi di ristrutturazione attraverso processi di condivisione più ampi rispetto al contesto attuale.
--	--

Standard 4.2: L' Azienda/Struttura monitora, almeno su base annua, le non conformità (mancanza di aderenza, completezza, tempestività e aggiornamento) che emergono dai piani di manutenzione ordinaria/ straordinaria per strutture, impianti, apparecchiature.

FISICA SANITARIA

Punti di forza	Le apparecchiature dell'area radiologica sono monitorate con periodicità stabilite da protocolli nazionali e internazionali dalla UO Fisica Sanitaria. Nell' U.O. Fisica Sanitaria sono presenti tutte le competenze necessarie per gestire a livello di eccellenza le situazioni di rischio da radiazioni ionizzanti e non ionizzanti (Radiologia, Radioterapia, Medicina Nucleare, Risonanza Magnetica e LASER).
----------------	--

Punti di debolezza	<p>La complessità dell'IRCCS e i carichi di lavoro dei reparti, rendono difficile gestire un calendario che garantisca il rispetto delle scadenze.</p> <p>Le sedi di rischio da radiazioni ionizzanti e non ionizzanti (per queste ultime limitate a Risonanza Magnetica e LASER) sono circa 150 a cui vanno aggiunte quelle in visione. Recentemente è stata effettuata la migrazione del PACS aziendale da ESTENSA (Ebit) a FeniX (ELCO), il che ha comportato notevoli difficoltà alla nostra U.O.: nel corso degli ultimi anni era stata faticosamente progettata e realizzata la dematerializzazione di tutti i controlli di qualità (CQ) che effettuiamo a norma di legge sulle apparecchiature dell'area radiologica, codificando ciascuna come un paziente fittizio nel sistema ESTENSA; ad oggi la migrazione di tutti i nostri controlli storici non è presente sul nuovo PACS e il vecchio risulta bloccato; inoltre è stato necessario avviare un notevole lavoro di coordinamento (tutt'ora in corso) con i Sistemi Informativi e la ditta ELCO per poterci adattare ad un sistema studiato per altri scopi.</p> <p>Il personale della segreteria di U.O. che dovrebbe farsi carico di aspetti amministrativi legati alla gestione del rischio clinico di nostra competenza è composto di due unità: una che usufruisce dei benefici ex Legge 104/92 e</p>
--------------------	---

	orario ridotto a 4 gg/sett. 5 ore/g, l'altra prossima al pensionamento, nessuna delle due di area amministrativa.
--	---

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	Sono presenti su IsolabWeb oltre 50 Istruzioni Operative che affrontano i temi della gestione dei rischi di competenza dell'U.O. Fisica Sanitaria.
---	--

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	La pubblicazione di ogni Istruzione Operativa e/o sua revisione viene annunciata da un messaggio di posta elettronica; i contenuti delle Istruzioni Operative e i loro aggiornamenti sono richiamati nei corsi interni e nei gruppi di miglioramento.
--	---

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	Migrazione completa della documentazione dei Controlli di Qualità ad altro sistema da individuare, immissione in organico di un'unità di personale amministrativo per la segreteria. Aggiornamento, se necessario, delle Istruzioni Operative che datano a più di 5 anni fa; in caso di contenuti invariati verrà esplicitato che sono state confermate alla data corrente.
--	---

Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	E' in programma la realizzazione di varie occasioni formative/informative per il personale coinvolto negli argomenti sopracitati.
--	---

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	Direttore U.O.; RAQ U.O.	Annualmente	Riunione del riesame

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	Gestione a regime del nuovo sistema.
----------------------	--------------------------------------

INGEGNERIA CLINICA

Punti di forza:	<p>Sistema organizzativo integrato per asset IT e asset medicale: il processo di assistenza e manutenzione è gestito attraverso un sistema “Help desk” informatizzato attraverso cui, dal reparto richiedente si segue un processo di assegnazione al tecnico esecutore dell’intervento fino alla chiusura dell’intervento medesimo, con comunicazione di avvenuta esecuzione. Il servizio è dotato di sistemi informatizzati di gestione delle apparecchiature medicali e ICT con i quali monitora lo stato dell’asset, effettua e registra gli interventi di manutenzione e programma, per la parte medica, le manutenzioni preventive e verifiche di sicurezza elettrica, secondo la normativa di settore e le indicazioni del fabbricante, oltre che i controlli di qualità e i controlli funzionali periodici.</p> <p>Attraverso il sistema di gestione dell’asset IT in uso vengono monitorate in tempo reale una rilevante quantità di informazioni sullo stato dell’attrezzatura (hw e sw). Il sistema di gestione asset IT (ManageEngine) fornisce altre funzionalità utilizzate in modo sistematico, quali il Patch Management attraverso cui vengono mantenuti aggiornati tutti i computer aziendali collegati alla rete attraverso distribuzione controllata di patches del sistema operativo e di software di base sia per garantire la sicurezza, sia per consentire i necessari aggiornamenti (fa parte delle azioni di IT Security/Cybersecurity). La sicurezza della rete aziendale è inoltre garantita attraverso l’utilizzo di un sistema antivirus, un firewall perimetrale, un sistema di url filtering e un antispam, tutti gestiti centralmente. Per l’area IT sono previsti numerosi progetti di aggiornamento o sostituzione dei sistemi informativi (118, SIO Sistema Informativo Ospedaliero, LIS Gestionale di Laboratorio, RIS Gestionale di Radiologia, PACS Archivio immagini diagnostiche, Amministrativo Contabile) che consentiranno l’implementazione di sistemi di Continuità Operativa e Disaster Recovery ad oggi assenti.</p>
Punti di debolezza:	<p>Recupero informazioni su attrezzature entrate molti anni fa e ancora in uso su cui sono presenti sistemi operativi obsoleti e non più supportati che rappresentano un punto di debolezza per la sicurezza cibernetica: spesso non è disponibile la documentazione (solo cartacea) e quindi non sono note alcune informazioni (data collaudo, documentazione collaudo, caratteristiche tecniche, manutenzioni effettuate, ecc.); movimentazione delle attrezzature all’interno del Policlinico spesso non notificata; ambiente “ricerca” che presenta numerose situazioni di compresenza di attrezzature sia di proprietà che in altre forme di cui però non si dispone, spesso, della relativa documentazione.</p>
Livello di implementazione delle	IO esistenti, in costante revisione per i necessari adeguamenti rispetto allo stato dell’arte dei sistemi informativi e delle nuove dotazioni. Sono state

Istruzioni Operative (I.O.):	<p>pubblicate ulteriori IO in relazione alla gestione di specifici processi che prevedono supporto di applicazioni, quali:</p> <p>IOAZHSI_0074 Flusso della refertazione ECG in RETE</p> <p>IOAZHSI_0108 Segnalazione guasti apparecchiature elettromedicali</p> <p>IOAZHSI_0072 Manuale gestione controllo accessi VAM</p> <p>IOAZHSI_0065 Gestione shared mailbox con funzionalità fax virtuali</p> <p>IOAZHSI_0071 Utilizzo sistema di tracciabilità interna Biotrac</p>
------------------------------	---

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	<p>IO pubblicate su IsolabWeb. Sistema informatico di gestione Help Desk in uso a tutto il personale, sia per asset ICT sia per asset medicale dal 2009: verrà sostituito nel 2022 con un nuovo sistema più aggiornato e con funzionalità più estese.</p>
--	---

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	<p>Nel 2022 verranno completate le attività di verifica del censimento asset medicali, la configurazione delle dashboard di controllo e del 2023 l'integrazione degli asset con il nuovo sistema amministrativo contabile per la gestione cespiti (ove consentito dalle strategie regionali).</p> <p>Nel 2022 e 2023 è previsto un rilevante lavoro di revisione e completamento della documentazione a supporto della Continuità Operativa con le correlate istruzioni operative per la gestione delle "contingenze" determinate da indisponibilità del sistema informativo. Verranno anche implementate le logiche di Disaster Recovery per molti sistemi informatici. Sarà sostituito il sistema di gestione Help Desk, ticketing integrato con i sistemi gestionali dei fornitori per la gestione degli elettromedicali ma anche impiantistici ed edili per la UOAT. Il nuovo sistema di gestione Help Desk e ticketing include anche la gestione di ulteriori asset aziendali.</p>
--	---

Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	<p>Verrà attivato nel corso del 2022 e ripetuto nelle annualità successive un intervento formativo web mirato alla consapevolezza ("awareness") sulla cybersecurity e verranno inoltre effettuate campagne di educazione alla corretta gestione del phishing.</p> <p>Sarà effettuata una campagna informativa anche per il nuovo sistema di Helpdesk.</p>
--	---

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
Ingegneria Clinica	DEC (Direttore dell'Esecuzione del Contratto ex dlgs. 50/2016), assistente del DEC, dirigente del	Al minimo trimestralmente durante l'attività di verifica della fatturazione e	Verifica dello stato delle manutenzioni periodiche non eseguite o in ritardo e del numero di

	settore Ingegneria Clinica e RUP (Resp.le Unico del Procedimento ex dlgs. 50/2016) contratto manutenzioni	liquidazione per cui è prevista la verifica della corretta esecuzione	manutenzioni a guasto aperte nel rispetto dei livelli di servizio contrattuali (da dashboard di controllo): numero manutenzioni fuori termine, numero manutenzioni chiuse con ritardo
Asset IT	DEC Esecuzione del Contratto ex dlgs. 50/2016), assistente del DEC, dirigente del settore Sistemi e Reti e RUP (Resp.le Unico del Procedimento ex dlgs. 50/2016) contratti gestione server, reti e asset IT in generale	Al minimo trimestralmente durante l'attività di verifica della fatturazione e liquidazione per cui è prevista la verifica della corretta esecuzione	Verifica dello stato delle manutenzioni effettuata in ritardo rispetto ai livelli di servizio contrattuali e del numero di manutenzioni a guasto aperte (da dashboard di controllo): numero manutenzioni fuori termine, numero manutenzioni chiuse con ritardo

➤ **VISIONE TRIENNALE**

<p>Visione per il 2024:</p>	<p>Per l'area IT sono previsti numerosi progetti di aggiornamento o sostituzione dei sistemi informativi che consentiranno l'implementazione di sistemi di Continuità Operativa e Disaster Recovery ad oggi assenti, adottando ridondanze delle infrastrutture anche presso il Polo Strategico Nazionale di Liguria Digitale.</p> <p>L'avvento del nuovo servizio di Global Service a fine 2021 consentirà una revisione completa degli asset medicali con un aggiornamento dell'inventario ed una revisione delle procedure di manutenzione periodica e a guasto, anche attraverso un nuovo portale che consente l'apertura di ticket a guasto e la verifica dello stato manutentivo e dei ticket aperti per tutte le apparecchiature afferenti un centro di costo da parte di tutto il personale abilitato del Policlinico.</p> <p>Si mirerà pertanto a completare i percorsi intrapresi in questi anni migliorando, la qualità e la precisione delle informazioni gestite sullo stato degli asset, aumentando inoltre i casi di dialogo informatizzato tra attrezzatura (IT ed elettromedicale) e sistema di monitoraggio per ridurre ulteriormente i rischi, compresi quelli di nuova generazione quali quelli legati alla cybersecurity con una estensione degli oggetti integrati (es. asset IT di rete).</p>
-----------------------------	---

ATTIVITÀ TECNICHE

E' individuato presso l'UOAT un archivio in cui vengono raccolte tutte le dichiarazioni, inoltre ai fini dell'antincendio è stata fatta una valutazione generale dei documenti presenti e in caso di impianti realizzati antecedentemente al 1990, sono state fatte le dichiarazioni di conformità da professionisti incaricati e abilitati per le certificazioni. Difficoltà nel potere accedere alla documentazione esistente, e alla condivisione tra le diverse UUOO di quanto ad oggi in essere.

Punti di forza	<ul style="list-style-type: none"> • esiste un doppio sistema di Audit sia ISO 9000 che OHSAS 18001.: tutto il Policlinico ha impianti gestioni e manutenzione con gestore esterno con procedure in qualità • esiste un sistema di registrazione delle richieste di intervento da parte degli utenti in tutti i settori della manutenzione (Help Desk) con indicazioni sui tempi di richiesta e di intervento
----------------	---

Punti di debolezza	<ul style="list-style-type: none"> • mancanza un sistema informatizzato che aiuti a comprendere lo stato degli impianti presso ogni Unità Operativa e visibile non solo al personale tecnico specialista ma anche agli utilizzatori • Sistema Help Desk deve essere migliorato, talvolta chiusura interventi senza indicazioni di tipo intervento messo in atto
--------------------	---

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	Revisione delle II.OO. presenti relative alle verifiche Redazione delle II.OO. Mancanti.
---	--

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	<ul style="list-style-type: none"> -Verifiche in Audit interno sulla consapevolezza delle II.OO. da parte del personale. -Verifiche in Audit interno sulla consapevolezza del sistema Help Desk da parte del personale.
--	---

➤ PROGRAMMA 2022-2023

Programma 2022-2023	È compito dell'U.O.A.T. proporre l'integrazione con i sistemi Aziendali dell'informatizzazione del registro degli impianti e strutturale di ogni edificio dell'Istituto.
---------------------	--

Standard 4.3: l'Azienda/Struttura definisce e monitora le varie fasi dei percorsi (approvvigionamento, gestione, somministrazione) per i farmaci (acquisizione, stoccaggio, preparazione e somministrazione in UO).

Standard 4.4: l'Azienda/Struttura definisce e monitora le varie fasi dei percorsi per i dispositivi medici.

Punti di Forza	<p>STANDARD 4.3</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Presenza di IO di ogni fase di attività della Farmacia <p>In Isolabweb sono presenti Istruzioni Operative aziendali redatte da UO Farmacia per le attività di acquisizione-stoccaggio-preparazione-somministrazione farmaci. Inoltre sono formalizzati i percorsi inerenti la preparazione dei Farmaci Chemioterapici Antiblastici (di seguito sono riportate le IO di tipo aziendale ovvero prescrittive per tutte le UU.OO. cliniche):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La somministrazione dei Farmaci avviene nel nostro Policlinico in reparto di degenza ordinaria con sistema controllato attraverso il programma di somministrazione unitaria del farmaco SOFIA (procedura presente sul Sistema stesso). ➤ PROTOCOLLO PER LA MANIPOLAZIONE DI FARMACI CHEMIOTERAPICI ANTIBLASTICI - IOAZHFA_0020LAB ANT rev. Il 23/11/2021. ➤ IOAZHFA 0030: Gestione sperimentazioni cliniche ➤ IOAZHFA 0050: Approvvigionamento e distribuzione bombole gas medicali air liquide ➤ IOAZHFA 0100: Farmaci oppioidi gestione reparti e distribuzione alla dimissione ➤ IOAZHFA 0010: Gestione antidoti ➤ IOAZHFA 0014: Gestione soluzioni concentrate di potassio ➤ IOAZHFA 0020: Gestione e smaltimento dei farmaci stupefacenti scaduti ➤ IOAZHFA 0025: Validità preparazioni Galeniche Officinali e Magistrali e indicazioni validità disinfettanti ➤ IOAZHFA 0026: Gestione del registro stupefacenti delle Unità Operative ➤ IOAZHFA 0031: Ispezione stupefacenti UU.OO. ➤ IOAZHFA 0036: movimentazione, immagazzinamento e consegna dei galenici, disinfettanti infiammabili, perfusionali e dialisi ➤ IOAZHFA 0004: Gestione richieste specialità medicinali ➤ IOAZHFA 0005: movimentazione, immagazzinamento e consegna specialità medicinali ➤ IOAZHFA 0006: conservazione e gestione materiali sanitari ➤ IOAZHFA 0012: modalità richiesta farmaci esteri ➤ IOAZHFA 0015: richiesta farmaci fuori pto per continuità terapeutica
----------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ IOAZHFA 0022: indicazioni formulazioni soluzioni aminacidiche disponibili a magazzino ➤ IOAZHFA 0032: indicazioni e raccomandazioni utilizzo soluzioni infusionali per la profilassi e terapia dell'ipovolemia ➤ IOAZHFA 0057: gestione richieste galenici disinfettanti infiammabili perfusionali e soluz dialisi ➤ IOAZHFA 0058: Gestione delle reazioni anafilattiche e uso in reparto dell'adrenalina pronta ➤ IOAZHFA 0070: Procedura prescrizione e gestione delle preparazioni galeniche magistrali a base di cannabinoidi. <p>STANDARD 4.4</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'introduzione, l'acquisizione, l'addestramento del personale utilizzatore e il monitoraggio della rischiosità di nuovi dispositivi medici è governata da procedure in capo a Farmacia, Provveditorato, Formazione, Direzione di Presidio, Qualità e Rischio Clinico, Ingegneria Clinica, Servizio Prevenzione e Protezione, Attività Tecniche. Le procedure prevedono il presidio di: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modalità di approvvigionamento ▪ Introduzione nuove tecnologie (report mini HTA) ▪ Formazione degli operatori ➤ Dispositivo Vigilanza (Gruppo Interdisciplinare Dispositivo Vigilanza Aziendale di Controllo e Coordinamento (GIDACC)) ➤ Reale attenzione alle varie fasi di gestione dei dispositivi.
--	--

Punti di debolezza	<p>STANDARD 4.3</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dal 7 al 14 % degli incident sono relativi alla gestione ed utilizzo dei farmaci. ➤ Il monitoraggio dei processi, benchè si avvalga del software SOFIA, richiede comunque una attività puntuale di audit. <p>STANDARD 4.4</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Non ottimale segnalazione da parte delle UU.OO. utilizzatrici
--------------------	--

Livello di implementazione delle istruzioni operative (I.O.):	Implementazione continua e conseguente costante monitoraggio mediante audit.
---	--

Diffusione e consapevolezza in istituto dei contenuti:	Presenza su IsolabWeb di tutte le IO necessarie. Verifica in audit interno della consapevolezza delle II.OO. da parte del personale.
--	--

Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	Il Piano Formativo Delibera 2020/22 Delib. n.0124 del 22 gennaio 2020 e "Integrazione piano formativo aziendale triennio 2020/22" Del. n.650 del 31 marzo 2021 prevede formazione specifica.		
Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	HFA	In sede di Audit e/o sopralluoghi presso le UU00 cliniche	Mediante verifica aderenza dei comportamenti rispetto alle indicazioni previste

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Programma 2022-2023	Completa aderenza al corpo delle II.OO. di tutte le UU.OO. cliniche.
---------------------	--

Standard 4.5: l'Azienda/Struttura definisce e monitora le varie fasi dei percorsi per i campioni con materiale biologico.

CONSIDERAZIONI INIZIALI - 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.

PUNTI DI PARTENZA (Situazione generale dell'Istituto per l'Item/ Standard)

Punti di forza:	<p>Per garantire la tracciabilità e la qualità dei prodotti nel 2022 è stato avviato l'utilizzo di un sistema informatico dedicato, Biotrac Identity Secured. 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 presa in carico dei colli nei diversi step del processo di prelievo e consegna. Per consultazione si rimanda all'istruzione operativa IOAZHSI_0071 pubblicata su Isolabweb. 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.</p> <p>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. Nella tabella successiva</p>
-----------------	---

		viene riportata 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 ulteriori UUOO del Policlinico per programmare le attività di implementazione finalizzate alla tracciabilità di tutto il materiale (provette, pezzi anatomici ecc.).

Punti di debolezza:	L'estensione strutturale del Policlinico e la numerosità delle unità operative.
---------------------	---

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	IOAZHSI_0071 Utilizzo sistema di tracciabilità interna Biotrac rev 0 del 10/11/2021.
---	--

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	Gli operatori del Policlinico sono edotti della pubblicazione della IOAZHSI_0071 attraverso lista di distribuzione del software Isolabweb.
--	--

➤ **PROGRAMMA 2022-2023** (Azioni previste per l'Item in termini di:)

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	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.
--	--

Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	Formazione continua del personale
--	-----------------------------------

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
Definizione di alcuni KPI volti a garantire il controllo del processo, misurare gli output e la qualità del servizio erogato KPI – Processo <ul style="list-style-type: none"> - Numero di trasporti effettuati nel periodo - Numero di item (campioni, emocomponenti, pezzi anatomici ecc.) trasportati nel periodo - Calcolo tempi medi di processo nel periodo: <ul style="list-style-type: none"> o Tempo presa in carico operatori trasporti (Ora preparazione – Ora partenza) o Tempo di consegna (Ora partenza – Ora Arrivo) o Tempo presa in carico reparto accettante (Ora Arrivo – Ora chiusura) o Tempo totale di consegna (Ora preparazione – Ora chiusura) KPI – Qualitativi <ul style="list-style-type: none"> - Numero di Non Conformità segnalate nel periodo relative al trasporto 	SS. Gestione Operativa in collaborazione con la U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP	Monitoraggio trimestrale	Attraverso l'esportazione e analisi delle informazioni registrate nel sistema Biotrac Identity Secured

➤ **VISIONE TRIENNALE**

<p>Visione per il 2024:</p>	<p>Il progetto nel suo complesso ha come obiettivo finale quello di estendere il sistema di tracciabilità a tutti gli ambiti del Policlinico San Martino laddove non siano presenti altri strumenti (impianto di posta pneumatica) che garantiscano l'identificazione e il monitoraggio di quanto trasportato. Dal punto di vista tecnologico ci si pone l'obiettivo sfidante di proseguire con il processo di system integration che consenta di costruire un sistema di tracciabilità flessibile e interconnesso con gli altri applicativi aziendali garantendo un flusso maggiore di informazioni rafforzando così anche i livelli di sicurezza.</p>
-----------------------------	---

Standard 4.6: l'Azienda/Struttura definisce e monitora le varie fasi dei percorsi per gli alimenti.

<p>Punti di forza:</p>	<p>L'Ospedale Policlinico San Martino ha affidato il servizio di ristorazione in outsourcing. L'U.O. Igiene attua monitoraggio e valutazione delle prestazioni erogate dalla ditta vincitrice d'appalto, secondo quanto stabilito dal capitolato speciale d'appalto. Lo svolgimento del servizio di ristorazione in outsourcing permette di verificare il servizio sia secondo un piano di autocontrollo della ditta appaltata sia da parte dell'appaltante, il rispetto degli standard igienici previsti dalle leggi vigenti e dalle specifiche tecniche relative all'igiene degli alimenti. È necessario infatti che tutte le operazioni delle diverse fasi della produzione osservino le "buone norme di produzione" (GMP).</p>
------------------------	--

<p>Punti di debolezza:</p>	<p>Formazione continua degli operatori sanitari sul tema, necessità divenuta ancora più pressante dato l'elevato quantitativo di nuove assunzioni legate all'emergenza COVID-19 e il continuo turnover sia nella dirigenza che nel comparto legato all'età media del personale.</p>
----------------------------	---

<p>Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):</p>	<p>Lo svolgimento del servizio di ristorazione avviene secondo quanto definito dal Capitolato speciale d'appalto. Il monitoraggio e la valutazione delle prestazioni avvengono tramite checklist elaborate, relative a centro cottura e preparazione dei pasti, centro stoccaggio e mensa aziendale, bar e piccola ristorazione, in riferimento a quanto definito dal Capitolato stesso. Nella Intranet interna aziendale sono presenti dei moduli per la rilevazione di disservizi relativi al servizio ristorazione e consegna vitto, da compilarli a cura dei Coordinatori di U.O.</p>
--	---

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	Tutta la documentazione relativa al monitoraggio del Servizio ristorazione è inserita nella Intranet aziendale e disponibile a tutto il personale sanitario del Policlinico.
--	--

➤ **PROGRAMMA 2022-2023** (Azioni previste per l'Item in termini di:)

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	<p>Nella Intranet aziendale, sono presenti tutti i moduli per il monitoraggio del Servizio Ristorazione.</p> <p>L'attività di monitoraggio e valutazione delle prestazioni erogate dalla ditta vincitrice d'appalto per il Servizio di ristorazione è quotidiana e avviene durante tutto il corso dell'anno.</p> <p>I risultati dell'attività di monitoraggio e valutazione sono contenuti nel documento di Riesame annuale dell'U.O. Igiene.</p>
--	---

Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	Nel prossimo biennio verranno fornite informazioni circa il monitoraggio e la gestione delle schede previste.
--	---

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	U.O. Igiene	<ul style="list-style-type: none"> - Quotidianamente - Annualmente 	<p>Gli strumenti di valutazione sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Check-list Centro cottura e preparazione dei pasti - Check-list Centro Stoccaggio e Mensa Aziendale - Check-list Bar e Piccola ristorazione

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	<p>La pandemia da COVID-19 e il conseguente stato di emergenza sanitaria del periodo febbraio 2020 - marzo 2022 ha influenzato profondamente l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e i comportamenti degli operatori sanitari, aprendo nuovi scenari anche per la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza.</p> <p>Obiettivo a lungo termine della Struttura sarà proseguire con il monitoraggio del servizio di ristorazione, attraverso gli strumenti condivisi con la Ditta in outsourcing, e aggiornare le procedure in essere, alla luce delle più recenti evidenze scientifiche.</p>
----------------------	---

Standard 4.7: l'Azienda/Struttura definisce e monitora le varie fasi dei percorsi per la sterilizzazione dei materiali.

Punti di forza:	L'Ospedale Policlinico San Martino ha affidato il servizio di sterilizzazione in outsourcing. Il servizio in outsourcing che viene svolto all'interno della struttura è secondo la modalità integrata e centralizzato. Il processo di partnership stabilito permette di creare valore, in termini di prevenzione e sicurezza per l'utente e la struttura tutta.
-----------------	--

Punti di debolezza:	Formazione continua degli operatori sanitari sul tema, necessità divenuta ancora più pressante dato l'elevato quantitativo di nuove assunzioni legate all'emergenza COVID-19 e il continuo turnover sia nella dirigenza che nel comparto legato all'età media del personale.
---------------------	--

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	Sia la ditta appaltante sia l'appaltatore sono dotati di una serie di istruzioni operative e schede di valutazione al fine monitorare tutte le fasi del processo. Scopo è garantire la tracciabilità degli strumenti chirurgici dal riprocesso alla cartella clinica del paziente, attraverso il monitoraggio di tutto il processo e l'implementazione delle misure correttive mirate alla riduzione dei rischi.
---	--

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	A partire dall'anno 2016, l'Unità Operativa Igiene organizza corsi di formazione aziendale sul tema della prevenzione del rischio infettivo, rivolti a tutte le categorie di operatori sanitari presenti in azienda, trattando fra i vari temi anche quello relativo alla sterilizzazione. Tale corso, a cadenza annuale, è proseguito fino all'anno 2019, con l'interruzione per gli anni 2020 e 2021, a causa dell'epidemia da SARS-CoV-2 (COVID-19).
--	--

➤ **PROGRAMMA 2022-2023** (Azioni previste per l'Item in termini di:)

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	Il monitoraggio e la valutazione quali-quantitativi delle prestazioni erogate dalla Ditta per il Servizio di Sterilizzazione avviene attraverso l'utilizzo della scheda di rilevazione della qualità del Servizio Sterilizzazione, inviata dai Coordinatori con cadenza mensile, secondo una serie di indicatori previsti dal Capitolato in essere. Gli strumenti di monitoraggio e valutazione sono pertanto: <ul style="list-style-type: none"> - Scheda di rilevazione della qualità del Servizio Sterilizzazione - Controllo delle convalide, dei Test di Bowie-Dick, degli Helix Test, test del vuoto e delle prove biologiche (disponibili presso la Responsabile della Centrale di Sterilizzazione e consultabili su richiesta).
--	--

Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	<p>La formazione relativa al processo di sterilizzazione in outsourcing presso l'Ospedale Policlinico San Martino avviene tramite corsi a cadenza annuale. La situazione di emergenza sanitaria e l'importante impegno della U.O. Igiene per lo svolgimento della campagna vaccinale antiCOVID-19 non ha consentito la prosecuzione degli interventi di formazione e informazione programmati nel corso del 2020 e 2021, circa il tema in oggetto.</p> <p>Nel corso del prossimo biennio saranno ri-programmati corsi di formazione e iniziative di informazione sulla prevenzione del rischio infettivo, compreso il corso sul tema della sterilizzazione.</p>
--	---

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	U.O. Igiene	<p>Quotidianamente</p> <p>Annualmente</p>	<p>Attraverso il monitoraggio di:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Scheda di rilevazione della qualità del Servizio Sterilizzazione -Controllo delle convalide, dei Test di Bowie-Dick, degli Helix Test, test del vuoto e delle prove biologiche (disponibili presso la Responsabile della Centrale di Sterilizzazione e consultabili su richiesta).

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	<p>La pandemia da COVID-19 e il conseguente stato di emergenza sanitaria del periodo febbraio 2020 – marzo 2022 ha influenzato profondamente l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e i comportamenti degli operatori sanitari, aprendo nuovi scenari anche per la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza.</p> <p>Obiettivo a lungo termine della Struttura sarà proseguire con il monitoraggio del servizio di sterilizzazione, attraverso gli strumenti condivisi con la Ditta in outsourcing e aggiornare le procedure in essere, alla luce delle più recenti evidenze scientifiche.</p>
----------------------	---

Standard 4.8: l'Azienda/Struttura definisce e monitora le varie fasi dei percorsi per rifiuti.

Punti di forza:	<p>L'Ospedale Policlinico San Martino ha affidato in appalto il servizio di raccolta e smaltimento dei rifiuti. Rispetto alle diverse tipologie di rifiuto sono presenti diversi appalti.</p> <p>Per quanto riguarda il confezionamento sono presenti in ospedale delle linee guida, reperibili nella intranet aziendale. La tracciabilità dei rifiuti avviene in modalità cartacea, attraverso la compilazione dei formulari rifiuti e del registro carico-scarico, come previsto da normativa. Annualmente viene compilato il MUD (Modello Unico Dichiarazione rifiuti).</p>
-----------------	--

Punti di debolezza:	<p>Formazione continua degli operatori sanitari sul tema, necessità divenuta ancora più pressante dato l'elevato quantitativo di nuove assunzioni legate all'emergenza COVID-19 e il continuo turnover sia nella dirigenza che nel comparto legato all'età media del personale.</p>
---------------------	---

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	<p>Al fine di fornire indicazioni pratiche ed univoche al personale sanitario, sono state elaborate delle Linee Guida sulla corretta raccolta e smaltimento dei rifiuti, reperibili nella Intranet aziendale.</p>
---	---

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	<p>A partire dall'anno 2016, l'Unità Operativa Igiene organizza corsi di formazione aziendale sul tema della prevenzione del rischio infettivo, rivolti a tutte le categorie di operatori sanitari presenti in azienda, trattando fra i vari temi anche quello relativo alla corretta gestione dei rifiuti.</p> <p>Tale corso, a cadenza annuale, è proseguito fino all'anno 2019, con l'interruzione per gli anni 2020 e 2021, a causa dell'epidemia da SARS-CoV-2 (COVID-19).</p>
--	---

➤ **PROGRAMMA 2022-2023** (Azioni previste per l'Item in termini di:)

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	<p>Nella Intranet aziendale, sono presenti le Linee guida per la corretta raccolta e lo smaltimento dei rifiuti sanitari.</p> <p>L'attività di monitoraggio e valutazione delle prestazioni erogate dalla ditta vincitrice d'appalto per il Servizio di Raccolta e Smaltimento dei Rifiuti è quotidiana e avviene durante tutto il corso dell'anno.</p> <p>I risultati dell'attività di monitoraggio e valutazione sono contenuti nel documento di Riesame annuale dell'U.O. Igiene e vengono presentati</p>
--	--

	nell'ambito di corsi di formazione residenziale aziendale organizzati dall'U.O. Igiene e rivolti agli operatori dell'Ospedale Policlinico San Martino.
--	--

Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	<p>La formazione relativa alla corretta gestione dei rifiuti all'interno dell'Ospedale Policlinico San Martino avviene tramite corsi a cadenza annuale, con particolare riguardo ai rifiuti a rischio infettivo e a rischio chimico.</p> <p>La situazione di emergenza sanitaria e l'importante impegno della U.O. Igiene per lo svolgimento della campagna vaccinale antiCOVID-19 non ha consentito la prosecuzione degli interventi di formazione e informazione programmati nel corso del 2020 e 2021, circa il tema in oggetto.</p> <p>Nel corso del prossimo biennio saranno ri-programmati corsi di formazione e iniziative di informazione sulla prevenzione del rischio infettivo, compreso il corso sulla corretta gestione dei rifiuti sanitari.</p>
--	--

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	U.O. Igiene	Quotidianamente Annualmente	Attraverso il monitoraggio di: <ul style="list-style-type: none"> - Scheda valutazione consegna contenitori rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo - Formulare di accompagnamento dei rifiuti

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	<p>La pandemia da COVID-19 e il conseguente stato di emergenza sanitaria del periodo febbraio 2020 – marzo 2022 ha influenzato profondamente l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e i comportamenti degli operatori sanitari, aprendo nuovi scenari anche per la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza.</p> <p>Obiettivo a lungo termine della Struttura sarà proseguire con il monitoraggio del servizio di raccolta e smaltimento dei rifiuti, attraverso gli strumenti condivisi con la Ditta in outsourcing, e aggiornare le procedure in essere, alla luce delle più recenti normative in materia.</p>
----------------------	--

Standard 4.9: l'Azienda/Struttura definisce e monitora le varie fasi relative ai trasporti interni del paziente e tra strutture (trasporti secondari) e relativi standard di sicurezza.

Punti di forza:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Istruzione Operativa: IOAZHOR_0096 TRASPORTO PAZIENTI IN URGENZA O PROGRAMMATO 2. Istruzione Operativa: IOHPS_1065 UTILIZZO DPI SERVIZIO TRASPORTO MALATI
-----------------	---

Punti di debolezza:	Carenza di personale sanitario di supporto per quanto riguarda l'accompagnamento dei pazienti che necessitano di trasporto protetto. Compilazione incompleta, da parte dei reparti, di alcuni dati sulla scheda di richiesta di trasporto informatizzata.
---------------------	---

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	Da implementare in base ai cambiamenti situazionali pandemici
---	---

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	Istruzioni Operative pubblicate sulla Intranet Aziendale con il sistema informatico IsolabWeb a disposizione per la consultazione da parte di tutti gli operatori.
--	--

➤ **PROGRAMMA 2022-2023** (Azioni previste per l'Item in termini di:)

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	<p>Revisione delle I.O. sulla base dei cambiamenti situazionali pandemici.</p> <p>Nuovo applicativo informatico per la richiesta di trasporto pazienti nel nuovo sistema della Cartella Clinica elettronica.</p> <p>Formalizzazione del percorso di trasporto del paziente da HSM ad altra Struttura e da Rianimazione HSM ad altra Rianimazione.</p>
--	---

Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	<p>Condivisione con gli operatori.</p> <p>Formazione del personale operante nella Centrale Operativa (C.Ri P.A.S.) al nuovo sistema informatico di trasporto della Cartella Clinica elettronica.</p>
--	--

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	Servizio Trasporto Malati	Annuale	Verifica della corretta compilazione delle richieste di trasporto sanitario su nuova cartella clinica informatizzata



➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	Benefici attesi dalla nuova cartella informatizzata in termini di flessibilità dei processi, ottimizzazione dei risultati e consolidamento delle I.O. Formalizzazione del percorso di trasporto del paziente da HSM ad altra Struttura e da Rianimazione HSM ad altra Rianimazione.
----------------------	--

Standard 4.10: l'Azienda/Struttura ha predisposto i piani per la gestione strutturata di emergenze interne strutturali (incendi, alluvioni, terremoti e blocchi funzionali).

Punti di forza:	-Gestione emergenze interne gestite mediante Piani di emergenza ed evacuazione redatti dalle singole UO (totale N.146) -Simulazioni ed esercitazioni su maxiemergenze con il coinvolgimento delle UUOO del Policlinico
-----------------	---

Punti di debolezza:	L'ampiezza dell'Istituto e in parte il turn over del personale incidono in modo importante nella costituzione di nuclei di addetti di compartimento che possano garantire la presenza certa di personale addetto nelle 24 ore in ogni unità operativa. Problematica difficilmente risolvibile anche perché le disponibilità economiche e le disponibilità delle docenze da parte dei VVF limitano il raggiungimento del risultato desiderato.
---------------------	---

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	Simulazioni ed esercitazioni su maxiemergenze effettuate nel corso del 2021, presso le sedi di seguito elencate: Palazzo Amministrazione P/2 in HFC SS Dip. Formazione e Comunicazione il 26/04/2021-28/04/2021-29/04/2021; Pad. CBA in T2A-T02-UO Mutagenesi e Prevenzione Oncologica il 25/05/2021-27/05/2021-28/05/2021; Pad. Cl. Neurologica in 26A1-2-3 UO Ambulatori di Neurologia il 03/08/2021; al Pad. 39 in U99 UO Medicina Legale - Anatomia Patologica il 08/09/2021 -24/09/2021; in V.le Benedetto XV, 6 al DIMI il 20/09/2021; Pad. 2 / piano 2 in H32D UO Patologia Neonatale Degenza il 29/09/2021-30/09/2021-01/10/2021; Pad. Monoblocco in H01D UO Medicina di Urgenza il 22/10/2021-26/10/2021-02/11/2021.
---	---

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	146 sono i Piani di emergenza ed evacuazione di UO pubblicati in Isolabweb e costituiscono patrimonio organizzativo per la gestione concreta dell'emergenza.
--	--

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	L'Istituto ha messo a punto con il Coordinamento dell'UOSPP come referente di processo per il sistema ISO 45001, la collaborazione dell'Responsabile Tecnico Antincendio e la Responsabilità della Direzione sanitaria un programma coordinato con il DVR dove a seconda della gravità del rischio incendi vengono definite le prove di evacuazione con il coinvolgimento di tutte le figure relative il sistema di emergenza. Inoltre il gruppo di lavoro sta operando per una progettualità che preveda dei test in ogni Unità Operativa misurata in Balanced Scorecard BSC.
--	--

Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	Ogni anno sono programmati corsi specifici di formazione da parte della SSD Formazione e comunicazione con il Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco.
--	---

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	HPP	annualmente	Verifica con metodica strutturata (Audit) della documentazione redatta e della effettiva conoscenza e consapevolezza dei contenuti da parte degli operatori delle UUOO.

➤ **PROGRAMMA TRIENNALE**

Visione per il 2024:	Raggiungere un obiettivo che su sistemi differenziati di Prove di emergenza possa consentire l'effettuazione di almeno una prova in ogni unità operativa durante l'anno.
----------------------	--

Standard 4.11: l'Azienda/Struttura ha predisposto i piani per la gestione strutturata di maxiemergenze esterne (massiccio afflusso).

Punti di forza	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'Azienda per la Gestione delle emergenze interne è dotata di Piani di emergenza ed evacuazione redatti dalle singole UO (totale N.146) e di un Piano di emergenza Intraospedaliero per massiccio afflusso di feriti che definisce le norme generali di comportamento in caso di emergenza ospedaliera (PEIMAF Delibera 1226 del 12/10/2016). Il personale aziendale è tenuto a seguire il Piano affinché la risposta all'emergenza possa essere tempestiva ed efficace. ➤ Riferimento Telefonico unico dedicato per l'attivazione di tutte le emergenze: la struttura che riceve la chiamata è l'Ispettorato Aziendale con un servizio continuativo nelle 24 ore. La gestione dell'Emergenza Aziendale prevede che il personale aziendale e le parti interessate si attengano a quanto indicato dal "Piano di Emergenza Evacuazione IRCCS San Martino-
----------------	--

	<p>IST”, integrato con i “Piano di Emergenza Evacuazione interni delle UU.OO.”, La documentazione è disponibile in formato cartaceo e online su INTRANET/Documenti Aziendali.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aggregazione dei documenti: <ul style="list-style-type: none"> - Piani di Emergenza Evacuazione Interno delle UU.OO. (PEI) - Piano di Emergenza Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF) ➤ Simulazioni di eventi che testano l’efficacia e l’efficienza della risposta all’emergenza da parte di tutti i soggetti coinvolti
--	---

Punti di debolezza	Non completa conoscenza dei piani da parte del personale.
--------------------	---

Livello di implementazione e delle istruzioni operative (I.O.):	Il Piano di Emergenza Evacuazione si applica a tutti i livelli dell’organizzazione. È soggetto a periodiche verifiche affinché possa essere sempre corrispondente e aggiornato ai possibili scenari che coinvolgano l’Azienda.
---	--

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	<p>Aggiornamento continuo dei Piani Emergenza PEI e del PEIMAF.</p> <p>Formazione continua di tutto il personale, verifiche periodiche della conoscenza dei piani in vigore aggiornati in audit.</p>
----------------------	--

Standard 4.12: a fronte di potenziali rischi, nell’ Azienda/Struttura esistono e vengono adottate procedure di richiamo per prodotti, farmaci e dispositivi con definita tempistica, coinvolgimento degli operatori e dei pazienti.

PUNTI DI FORZA	<p>L’ U.O. Farmacia ha Istruzioni Operative per fornire le indicazioni relative al processo del richiamo di farmaci e materiali sanitari e resi di farmaci e D.M. dalle UUOO alla U.O. Farmacia.</p> <p>Al fine di intervenire tempestivamente alla segnalazione e ritiro dei prodotti di cui risulta provvedimento di revoca o sequestro da parte del Ministero della Salute, si elenca no IO e modulistica specifica sia per i reparti clinici che per l’attività interna alla UO.</p> <ul style="list-style-type: none"> • MODAZHFA 0053: Modulo resi farmaci e materiale sanitario alla farmacia • MODHFA 0700: Modulo siv e presiv farmacia • IOAZHFA 0034: Gestione richieste magazzino sanitario e presidi in giacenza e in transito • IOAZHFA 0007LAB ANT: Gestione resi dai reparti • IOHFA 0006LAB ANT: Resi dai reparti • IOAZHFA 0017: Richiamo resi farmaci e dispositivi medici
----------------	---

Livello di implementazione delle istruzioni operative (I.O.):	Implementazione continua e conseguente costante monitoraggio mediante audit.
---	--

Diffusione e consapevolezza in istituto dei contenuti:	Presenza su IsolabWeb di tutte le IO necessarie. Verifica in audit interno della consapevolezza delle II.OO. da parte del personale.
--	--

Standard 4.13: L' Azienda/Struttura, nell'ultimo anno, ha implementato almeno una nuova azione di miglioramento relativa agli standard dell'Area 4. Ambiente e contesto sicuri.

Punti di forza:	Certificazione del SGL secondo i requisiti previsti dalla Norma UNI EN ISO 45001:2018 (Audit di Terza Parte esito positivo Data rinnovo 01/10/2021-Data scadenza 12/04/2024)
-----------------	--

Punti di debolezza:	La vetustà delle strutture e le carenze di risorse umane rendono complesso il rispetto dei più avanzati standard di verifica e controllo nei sistemi di sicurezza. A questo si aggiungono i cambi di riferimenti esterni dovuti ai servizi in appalto che impongono ad ogni cambiamento un periodo di restart nei sistemi di gestione
---------------------	---

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	Sono stati sviluppati ed implementati i seguenti percorsi: -Implementazione del Sistema informatizzato di tracciabilità interna Biotrac Identity secured (IOAZHSI_0071 Utilizzo sistema di tracciabilità interna Biotrac rev 0 del 10/11/2021) -IOAZHOR_0003-Confezionamento, Trasporto_e Accettazione di Materiali Biologici -IOAZHOR_0005-TRASPORTO_PNEUMATICO_DEL MATERIALE BIOLOGICO AI LABORATORI-MODAZHOR_0005MED.LAB-TABELLA_PER_STAZIONE TRASPORTO_PNEUMATICO_U.O._MED.LABORATORIO- -IOAZHQA_0124 Gestione e controllo requisiti di conformità materiale
---	--

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	Ogni Unità Operativa è tenuta dal sistema BSC aziendale a fare almeno tre riunioni annue con tutto il personale finalizzate proprio alla sensibilizzazione di tutti i lavoratori verso gli aspetti relativi la sicurezza del lavoro e alla comunicazione delle informazioni specifiche per il proprio ambiente di lavoro.
--	---

PROGRAMMA 2022-2023 (Azioni previste per l'Item in termini di:)

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	<p>Ogni anno in sede di riunione art. 35 viene presentato il piano degli interventi aziendali finalizzati al miglioramento delle condizioni di lavoro e della sicurezza del personale.</p> <p>Tra le azioni di miglioramento in programma la revisione completa degli spazi spogliatoi con un programma dedicato volto alla migliore gestione e al garantire per ogni lavoratore spazi adeguati, questo anche a tutela del rischio biologico sia verso il personale che la comunità</p>
--	---

Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	E' presente un programma aziendale che prevede oltre 20 eventi formativi sulle diverse tematiche di igiene e sicurezza
--	--

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	Direzioni Unità Operative Team auditor SGSL	Sempre e comunque con tutto il personale almeno tre volte l'anno Programmazione audit Norma UNI EN ISO 45001: 2018	Riunioni di servizio Audit di sistema

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	E' previsto un piano annuale aziendale degli interventi a carico di UO Servizio Prevenzione e Protezione in costante aggiornamento. Il Piano degli interventi prevede in relazione agli specifici rischi, l'individuazione di misure di tutela specifiche.
----------------------	--

PAA AREA 5 PROCESSI ASSISTENZIALI

Standard
Standard 5.1: l'Azienda/Struttura adotta e monitora la procedura per l'uso del doppio controllo dell'identità del paziente (utilizzando sempre due identificativi*).
Standard 5.2: l'Azienda /Struttura adotta e monitora la procedura di READ-BACK* nel caso vi siano comunicazioni critiche (es. prescrizioni farmacologiche, risultati di esami di laboratorio) che avvengono verbalmente o telefonicamente tra operatori.
Standard 5.3: l'Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la gestione delle cadute del paziente.
Standard 5.4: l'Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la gestione della lesione da decubito.
Standard 5.5: l'Azienda/Struttura adotta e monitora attraverso indicatori (es. consumo di soluzione a base alcolica) procedure per il lavaggio delle mani.
Standard 5.6: l'Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la gestione delle precauzioni standard/isolamento.
Standard 5.7: l'Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza*
Standard 5.8: l'Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la gestione del dolore.
Standard 5.9: l'Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la gestione delle emergenze sanitarie interne (es. gestione dei carrelli di emergenza, trasporto dei pazienti in emergenza, sistema di attivazione in caso di emergenza, ecc).
Standard 5.10: l'Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la gestione della sicurezza in sala operatoria secondo gli obiettivi del manuale ministeriale (vedi Appendice B) (NB: solo se nell'Azienda/Struttura è presente l'area chirurgica).
Standard 5.11: l'Azienda/Struttura ha in atto percorsi clinico assistenziali* interni o integrati tra strutture
Standard 5.12: l'Azienda/Struttura ha formalizzato un percorso nascita (NB: solo se nell'Azienda/Struttura è presente un centro nascita).
Standard 5.13: l'Azienda/Struttura declina per la propria realtà le raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti.

Standard 5.1: l'Azienda/Struttura adotta e monitora la procedura per l'uso del **doppio controllo dell'identità del paziente** (utilizzando sempre due identificativi*).

➤ **CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA**

Punti di forza:	<ul style="list-style-type: none"> ○ IOAZHQA_0033 rev 0 del 04/01/2018 definisce l'utilizzo del braccialetto identificativo ed il sistematico accertamento dell'identità del paziente, in tutti i punti critici del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale. 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?" attuando il doppio controllo attivo
-----------------	--



	<ul style="list-style-type: none"> ○ IOH00_0034 rev 0 del 14/05/2019 UTILIZZO DEL BRACCIALETTO IDENTIFICATIVO IN PRONTO SOCCORSO ○ IOAZHQA_0709 rev 1 del 27/10/2021 Il sistema dei doppi controlli 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>La responsabilità del doppio controllo è ascrivibile ad ogni operatore coinvolto nel singolo processo oggetto del doppio controllo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cartella Clinica Elettronica all'interno della quale i dati del paziente sono protetti dal sistema informatico e pertanto l'eventuale errore dei dati del paziente risulta meno frequente
--	---

Punti di debolezza:	La non costante applicazione delle indicazioni contenute nei documenti sopracitati, in tutti i processi che necessariamente richiedono il doppio controllo.
---------------------	---

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	Le IO sono in vigore e disponibili in Isolabweb.
---	--

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	Le IO sono diffuse e conosciute dagli operatori sanitari.
--	---

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	Superamento della cartella clinica informatizzata TrakCare con passaggio alla cartella Onesys nei diversi setting assistenziali (ambulatoriale/degenze/PS).
--	---

Realizzazione formazione ed informazione necessarie:	E' prevista la formazione di tutto il personale assistenziale (medico, infermieristico, tecnico e di supporto all'attività correlata) attraverso corsi di formazione.
--	---

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	Gruppo di lavoro multiprofessionale preposto	Preventivamente all'introduzione della nuova cartella	Incontri formativi programmati e affiancamento

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	Consolidamento nell'utilizzo della nuova cartella informatizzata con benefici attesi in termini di flessibilità e semplificazione dei processi
----------------------	--

Standard 5.2:

l'Azienda /Struttura adotta e monitora la procedura di **READ-BACK*** nel caso vi siano comunicazioni critiche (es. prescrizioni farmacologiche, risultati di esami di laboratorio) che avvengono verbalmente o telefonicamente tra operatori.

➤ **CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA**

Punti di forza:	<ul style="list-style-type: none"> ○ IOAZHQA_0112 rev 2 del 27/10/2021 Procedura read back- repeat back ○ MODAZHQA_0117 rev 1 del 03/07/2018 Anticipazione telefonica di risultati valori critici con Procedura read back- repeat back ○ MODAZHQA_0009 rev 0 del 15/03/2018 Report comunicazione trasmessa con Procedura read back- repeat back
-----------------	--

Punti di debolezza:	La gestione è legata all'operatore
---------------------	------------------------------------

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	I documenti sono in vigore e disponibili in Isolabweb.
---	--

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	I documenti sono diffusi benchè non ci sia totale consapevolezza dei contenuti (accertato in sede di Audit interno di SGQ)
--	--

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	Sensibilizzazione delle UU.OO. attraverso invio di mail informativa ai Direttori e ai RAQ di U.O.
--	---

Realizzazione formazione ed informazione necessarie:	Demandata ai Direttori delle UU.OO. Interessate
--	---

Monitoraggio:*	Chi:	Quando:	Come:
*In caso di eventi che richiedano la messa in atto della procedura READ-Back			

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	Consolidamento della programmazione del biennio 2022/2023
----------------------	---

Standard 5.3:

l'Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la gestione delle **cadute** del paziente.

➤ **CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA**

Punti di forza:	<ul style="list-style-type: none"> • Dal 2016 al 2020 il numero delle cadute monitorate annualmente nel Policlinico è passato da 995 (2016) a 723 (2020) • Modulo Aziendale/Regionale: MODAZHOR_0068: SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE (revisionata il /02/2019); • Istruzione Operativa: IOAZHOR_0075 COMPILAZIONE SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE (revisionata in data 6/9/2015); • Pieghevole illustrativo “Preveniamo le cadute in Ospedale” in distribuzione ai pazienti e loro familiari e di poster esplicativi affisso nei reparti di degenza; • Monitoraggio costante degli eventi, con particolare riguardo a quelli con prognosi maggiore di 30 gg, relativa e puntuale analisi statistica dei fattori di rischio, e successiva implementazione delle azioni correttive da porre in essere. • Elaborazione del report annuale/biennale sull’andamento delle cadute dal 2012. • Dal 2016: elaborazione secondo il nuovo modello di scheda segnalazione cadute, con analisi statistica dei fattori di rischio.
-----------------	---

Punti di debolezza:	<ul style="list-style-type: none"> -Carenza di eventi formativi sul tema Prevenzione e Gestione delle Cadute -Non adeguata diffusione del pieghevole informativo “Preveniamo le cadute in Ospedale” destinato ai pazienti e loro familiari
---------------------	--

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	-La IOAZHOR_0075 COMPILAZIONE SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE è diffusa a tutto il Policlinico e presente nell’applicativo Isolabweb
---	---

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	Rilevazione della consapevolezza dei contenuti delle I.O. avviata da aprile 2021 mediante incontri tra UO HQA, HPS ed il personale delle Professioni Sanitarie assegnato alle UUOO per le macroaree degenza.
--	--

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	<p>Nel corso del triennio 2018-2020 le azioni correttive implementate sono state essenzialmente l'acquisizione di letti ad altezza variabile, la redazione del pieghevole informativo e l'affissione di poster informativi nei reparti di degenza. Nel triennio 2021-2023 si prevede una maggiore diffusione della cultura della gestione del rischio correlato all'evento Cadute, attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una rinnovata attività di incontri tra UO HQA, HPS ed il personale delle Professioni Sanitarie assegnato alle UU.OO. per le macroaree degenza • la somministrazione di check list di autovalutazione per il personale dedicato all'assistenza (Coordinatori, Infermieri, OSS, Fisioterapisti)
--	---

Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	<p>-Realizzazione di Corso di formazione nel 2021 in modalità a distanza a causa dell'emergenza sanitaria per COVID 19</p> <p>-Previsione di una nuova edizione del corso nel 2022</p>
--	--

Monitoraggio:	Chi: HQA e HPS	Quando: nel corso del triennio 2021-2023	Come: -raccolta dei dati relativi alle cadute mediante la scheda MODAZHOR_0068 SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE -Analisi dei dati -Pubblicazione di Report annuale/biennale
---------------	--------------------------	--	---

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	Progettazione ed attuazione di Studio Osservazionale del fenomeno Contenzione all'interno del Policlinico, nelle Aree di Medicina Interna, Medicina Specialistica, Geriatria e Pronto Soccorso.
----------------------	---

Standard 5.4:

l'Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la gestione della **lesione da decubito**.

➤ **CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA**

Punti di forza:	Con l'adozione della Cartella Clinica Elettronica, la 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.

- IOAZHOR_0116-Manuale_Trakcare_Prevenzione_e_Trattamento_lesioni_da_pressione.

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).

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.

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.

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. Lo stadio più frequente delle lesioni da pressione è lo stadio II, con il 47% (945 lesioni).

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.

	<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 lesioni cutanee (pertanto anche quelle da pressione) ed è il riferimento per le consulenze infermieristiche al letto degli assistiti di tutti i reparti di degenza. 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. Per istruire ed educare i pazienti all'autogestione, è disponibile il Modulo "Educazione all'autogestione delle lesioni cutanee", 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>Inoltre è stato pubblicato il pieghevole tascabile denominato "Vademecum trattamento lesioni da decubito complesse - 3° stadio - 4° stadio - escara", utile strumento per gli infermieri che devono gestire e trattare le lesioni da decubito complesse durante la presa in carico dell'assistito.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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
--	--

Punti di debolezza:	Non tutte le registrazioni in Cartella Clinica Elettronica riportano se i pazienti presentavano LDD all'ingresso.
---------------------	---

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	La IOAZ e la modulistica sopracitata sono in vigore e disponibile su Isolabweb
---	--

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	I documenti sono noti agli operatori, evidenziato dal numero di registrazioni in CCE.
--	---

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	<p>A seguito di rinnovo gara regionale medicazioni avanzate, si renderà necessaria la revisione del MODAZHOR_0111- Prontuario Aziendale Medicazioni Generiche e Avanzate nel wound care.</p> <p>Con il superamento della cartella clinica informatizzata TrakCare ed il passaggio alla cartella Onesys nei diversi setting assistenziali (ambulatoriale/degenze/PS), si renderà necessaria la revisione della IOAZHOR_0116- Manuale_Trakcare_Prevenzione_e_Trattamento_lesioni_da_pressione, per la registrazione, sulla nuova cartella clinica digitale, di tutti i dati necessari</p>
--	---

	per prevenzione, valutazione e trattamento delle lesioni da pressione dei pazienti ricoverati.
--	--

<p>Realizzazione formazione ed informazione necessarie:</p>	<p>L'ultimo corso di aggiornamento "wound care" è stato attuato nell'ottobre 2018, formando 60 infermieri afferenti a quelle UU.OO. che maggiormente richiedevano la consulenza infermieristica per il trattamento di lesioni da pressione complesse.</p> <p>Il corso era strutturato con la seguente metodologia: 4 ore di lezione in aula e 11,30 ore di training individualizzato, affiancando il Tutor durante l'attività ambulatoriale presso l'ambulatorio a gestione infermieristica "Ulcere Cutanee Complesse" e durante l'attività di consulenza infermieristica nei reparti.</p> <p>L'obiettivo organizzativo era la creazione di una rete di infermieri con adeguate skills per la prevenzione e la gestione delle lesioni cutanee difficili, per essere di supporto al team di lavoro delle diverse UU.OO. di degenza.</p> <p>A causa dell'emergenza sanitaria per COVID 19, stante la strutturazione del corso suindicato, la formazione non ha più avuto seguito.</p> <p>Si può prevedere una nuova edizione del corso nel 2022-2023 solo dopo avvenuta implementazione della nuova cartella clinica digitale, con priorità per gli infermieri che sono stati assunti dopo l'anno 2018 e che pertanto non hanno mai partecipato a corsi di aggiornamento in merito al wound care proposti dal Policlinico negli anni passati.</p> <p>L'obiettivo è quello di creare una figura infermieristica all'interno delle diverse UU.OO. di degenza, referente per il trattamento delle lesioni da pressione, che si interfacci con il N.O. Permanente Lesioni Cutanee. Attraverso la creazione di questi referenti infermieristici si potrebbero ridurre le problematiche inerenti la registrazione non completa dei dati sulla scheda informatizzata, riservata alla valutazione e al trattamento delle lesioni da pressione, presente nella cartella clinica elettronica</p>
---	--

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	HOR – N.O. Permanente Lesioni Cutanee	Nel corso del biennio 2022-2023 a seguito dell'utilizzo della nuova cartella clinica digitale	Incontri formativi programmati per addestramento all'utilizzo della nuova scheda informatizzata, riservata alla valutazione e al trattamento delle lesioni da pressione, che sarà presente sulla nuova futura cartella clinica digitale

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	Consolidamento nell'utilizzo della nuova scheda informatizzata dedicata alle lesioni da pressione presente sulla futura cartella clinica digitale, con benefici attesi in termini di registrazione puntuale di ciò che riguarda la valutazione e il trattamento delle lesioni da pressione
----------------------	--

Standard 5.5:

l'Azienda/Struttura adotta e monitora attraverso indicatori (es. consumo di soluzione a base alcolica) procedure per il **lavaggio delle mani**.

➤ **CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA**

Punti di forza:	<p>L'Ospedale Policlinico San Martino adotta diversi indicatori (diretti e indiretti) per il monitoraggio dell'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari.</p> <p>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>L'Ospedale si è dotato negli anni di numerose istruzioni operative riguardanti l'igiene delle mani, 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.</p> <p>Alla luce delle recenti indicazioni ricevute dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute relative alle modalità di attivazione del sistema di sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica, tale monitoraggio sarà incluso fra i sistemi di sorveglianza del livello di igiene delle mani all'interno della struttura ospedaliera.</p>
-----------------	---

Punti di debolezza:	<p>Le osservazioni dirette dell'igiene delle mani sono condotte mediante la tecnica standardizzata indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: 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.</p> <p>Gli indicatori indiretti utilizzati sono quelli raccomandati dagli organismi nazionali e 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.</p>
---------------------	---

<p>Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):</p>	<p>Per avere informazioni circa il livello di implementazione delle istruzioni operative aziendali, è necessario fare riferimento agli indicatori diretti e indiretti utilizzati per il monitoraggio dell'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari, schematicamente riassunti di seguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compliance all'igiene delle mani (n° pratiche corrette/n° opportunità osservate * 100) 2014 = 51,2%, 2015 = 41,5%, 2016 = 41%, 2017 = 59%, 2018 = 47%, 2019 = 63% - Consumo di soluzione a base alcolica (litri/1000 giornate di degenza) 2014 = 7, 2015 = 11,7, 2016 = 14,6, 2017 = 13,5, 2018 = 13,9 - Incidenza di sepsi da <i>Klebsiella pneumoniae</i> resistente ai carbapenemi (casi/10.000 gg pz) 2014 = 1,8, 2015 = 2,6, 2016 = 1,1, 2017 = 0,89, 2018 = 1,26 - Prevalenza di Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (n° pazienti con almeno un'ICA/n° pazienti totali arruolati nello studio di prevalenza * 100) 2014 = 15,5%, 2015 = 16,3%, 2016 = 13,2%, 2017 = 13,0%, 2018 = 14,1%, 2019 = 11,2%
--	--

<p>Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:</p>	<p>A partire dal 2009, l'Unità Operativa Igiene, in collaborazione con altre Unità Operative aziendali, organizza corsi di formazione aziendale periodici sul tema della prevenzione del rischio infettivo, rivolti a tutte le categorie di operatori sanitari presenti in azienda.</p> <p>A partire dal 2015, l'Unità Operativa Igiene, in collaborazione con altre Unità Operative aziendali, organizza annualmente iniziative nell'ambito della giornata mondiale dell'igiene delle mani (5 maggio), rivolte sia agli operatori sanitari dell'Istituto sia ai pazienti afferenti alle strutture aziendali.</p>
---	---

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

<p>Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):</p>	<p>La pandemia da COVID-19 e il conseguente stato di emergenza sanitaria del periodo febbraio 2020 – marzo 2022 ha influenzato profondamente l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e i comportamenti degli operatori sanitari, conseguentemente i dati desunti dagli indicatori di monitoraggio sono stati di difficile raccolta nel periodo suddetto e saranno presumibilmente in continua evoluzione nel corso del prossimo biennio. Obiettivo primario della Struttura sarà verificare lo stato di applicazione di tutte le I.O. vigenti e determinare l'attuale livello di compliance alle indicazioni nazionali e internazionali da parte degli operatori sanitari.</p> <p>Con l'obiettivo di modificare i comportamenti e le modalità di accesso alle Terapie Intensive, secondo il modello della Terapia Intensiva "aperta", e alla luce delle più recenti evidenze scientifiche, l'Unità</p>
---	---

	<p>Operativa Igiene, in collaborazione con altre Unità Operative aziendali, ha elaborato una nuova procedura d'ingresso delle varie figure professionali e non, presso alcune Terapie Intensive aziendali. È in corso uno studio circa l'impatto della nuova procedura sulla circolazione di microrganismi multiresistenti all'interno delle Terapie Intensive, in particolare dopo l'emergenza di Candida auris.</p> <p>È in fase progettuale, a cura dell'Unità Operativa Igiene, in collaborazione con altre Unità Operative aziendali, uno studio di incidenza delle infezioni correlate all'assistenza associato ad uno studio sull'osservazione della <i>compliance</i> all'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari, presso alcune Unità Operative di Medicina Interna dell'Azienda.</p>
--	--

<p>Realizzazione formazione ed informazione necessarie:</p>	<p>Nell'ambito del rischio clinico e della sicurezza, l'Unità Operativa Igiene, in collaborazione con altre Unità Operative aziendali, ha progettato e ha svolto in passato diversi corsi relativi alla prevenzione del rischio infettivo e la gestione dei servizi in <i>outsourcing</i>.</p> <p>La situazione di emergenza sanitaria e l'importante impegno della U.O. Igiene per lo svolgimento della campagna vaccinale antiCOVID-19 non ha consentito la prosecuzione degli interventi di formazione e informazione programmati nel corso del 2020, mentre a fine 2021 sono riprese le iniziative di formazione, con lo svolgimento di due corsi relativi alla prevenzione del rischio infettivo.</p> <p>Nel corso del prossimo biennio saranno ri-programmati corsi di formazione e iniziative di informazione sulla prevenzione del rischio infettivo e sulla gestione e controllo dei principali microrganismi causa di infezioni correlate all'assistenza</p> <p>Sono inoltre previsti audit e visite presso diverse Unità Operative degenziali, al fine di effettuare corsi di formazione <i>on the job</i> sul tema dell'igiene delle mani e della corretta applicazione delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.</p>
---	---

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	Chi: – Comitato Infezioni Ospedaliere – U. O. Igiene – U. O. Farmacia	Quando: Osservazioni dirette a frequenza variabile Indicatori indiretti: – Consumo di soluzione a base alcolica a frequenza trimestrale – Incidenza di sepsi da <i>Klebsiella</i>	Come: – Osservazioni dirette <i>compliance</i> igiene delle mani – Analisi di dati desunti dai sistemi informativi aziendali

		<p><i>pneumoniae</i> resistente ai carbapenemi à frequenza mensile</p> <p>– Prevalenza di Infezioni Correlate all'Assistenza à frequenza annuale</p>	
--	--	--	--

➤ **VISIONE TRIENNALE**

<p>Visione per il 2024:</p>	<p>La pandemia da COVID-19 e il conseguente stato di emergenza sanitaria del periodo febbraio 2020 – marzo 2022 ha influenzato profondamente l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e i comportamenti degli operatori sanitari, aprendo nuovi scenari anche per la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza.</p> <p>Obiettivo a lungo termine della Struttura sarà aggiornare periodicamente le I.O. relative alla gestione del rischio infettivo, alla luce delle più recenti evidenze scientifiche, e incrementare il livello di compliance alle indicazioni nazionali e internazionali da parte degli operatori sanitari.</p>
-----------------------------	--

Standard 5.6:

l'Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la gestione delle **precauzioni standard/isolamento**.

➤ **CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA**

<p>Punti di forza:</p>	<p>L'Ospedale Policlinico San Martino adotta diverse procedure per la gestione e il monitoraggio delle precauzioni standard e di isolamento, messe in atto dal personale sanitario aziendale.</p> <p>L'Ospedale si è dotato negli anni di numerose istruzioni operative riguardanti l'adozione delle precauzioni standard/aggiuntive e delle misure di isolamento, 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.</p> <p>È attivo all'interno dell'azienda da alcuni anni 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"</p>
------------------------	--

	<p>e che quindi necessitano dell'adozione di precauzioni aggiuntive per la loro gestione. Inoltre, tale sistema consente anche la sorveglianza passiva delle batteriemie causate da Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi (CPE) in tutte le Unità Operative degenziali, con relativa segnalazione automatica delle misure da adottare per il contenimento del microrganismo.</p> <p>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, in futuro Onesys), 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.</p>
--	--

<p>Punti di debolezza:</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
----------------------------	--

<p>Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):</p>	<p>Il sistema di sorveglianza passiva dei microrganismi <i>alert</i> copre pressoché il 100% dei rilevamenti di microrganismi diffusibili (più di 1500 segnalazioni <i>alert</i> e più di 30 segnalazioni di batteriemie da CPE per l'anno 2019).</p> <p>Le osservazioni dirette delle procedure di gestione dei pazienti affetti da microrganismi diffusibili sono state più di 200 per l'anno 2019, con una segnalazione di conformità relativamente alle procedure adottate in misura superiore al 95% dei casi.</p>
--	---

<p>Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:</p>	<p>A partire dal 2009, l'Unità Operativa Igiene, in collaborazione con altre Unità Operative aziendali, organizza corsi di formazione aziendale periodici sul tema della prevenzione del rischio infettivo, rivolti a tutte le categorie di operatori sanitari presenti in azienda.</p> <p>A partire dal 2015, l'Unità Operativa Igiene, in collaborazione con altre Unità Operative aziendali, organizza annualmente iniziative</p>
---	--

	<p>nell'ambito della giornata mondiale dell'igiene delle mani (5 maggio), rivolte sia agli operatori sanitari dell'Istituto sia ai pazienti afferenti alle strutture aziendali.</p>
--	---

➤ **PROGRAMMA 2022-2023 (*2)**

<p>Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):</p>	<p>La pandemia da COVID-19 e il conseguente stato di emergenza sanitaria del periodo marzo 2020 – marzo 2022 ha influenzato profondamente l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e i comportamenti degli operatori sanitari, conseguentemente i dati desunti dagli indicatori di monitoraggio sono stati di difficile raccolta nel periodo suddetto e saranno presumibilmente in continua evoluzione nel corso del prossimo biennio. Obiettivo primario della Struttura sarà verificare lo stato di applicazione di tutte le I.O. vigenti e determinare l'attuale livello di compliance alle indicazioni nazionali e internazionali da parte degli operatori sanitari.</p> <p>È in fase progettuale, a cura dell'U.O. Igiene, la realizzazione di una cartella informatica contenente i dati relativi alle sorveglianze in atto e informazioni relative a pubblicazioni, linee guida, normative in tema di gestione del rischio infettivo, da inserire nella Intranet aziendale e visibile da parte di tutto il personale sanitario.</p>
---	--

<p>Realizzazione formazione ed informazione necessarie:</p>	<p>Nell'ambito del rischio clinico e della sicurezza, l'Unità Operativa Igiene, in collaborazione con altre Unità Operative aziendali, ha progettato e ha svolto in passato diversi corsi relativi alla prevenzione del rischio infettivo e la gestione dei servizi in <i>outsourcing</i>.</p> <p>La situazione di emergenza sanitaria e l'importante impegno della U.O. Igiene per lo svolgimento della campagna vaccinale antiCOVID-19 non ha consentito la prosecuzione degli interventi di formazione e informazione programmati nel corso del 2020, mentre a fine 2021 sono riprese le iniziative di formazione, con lo svolgimento di due corsi relativi alla prevenzione del rischio infettivo.</p> <p>Nel corso del prossimo biennio saranno ri-programmati corsi di formazione e iniziative di informazione sulla prevenzione del rischio infettivo e sulla gestione e controllo dei principali microrganismi causa di infezioni correlate all'assistenza</p> <p>Sono inoltre previsti audit e visite presso diverse Unità Operative degenziali, al fine di effettuare corsi di formazione <i>on the job</i> sul tema dell'igiene delle mani e della corretta applicazione delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.</p>
---	---

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	Chi: – Comitato Infezioni Ospedaliere	Quando: – Sistema di sorveglianza	Come: – Osservazioni dirette <i>compliance</i> -



	<ul style="list-style-type: none"> – U. O. Igiene – U.O. Microbiologia – Unità Operativa Sistemi Informativi e Ingegneria Clinica 	<ul style="list-style-type: none"> passiva microrganismi <i>alert</i> à frequenza giornaliera – Osservazioni dirette à frequenza variabile 	<ul style="list-style-type: none"> Procedure standard/isolamento – Uso dei sistemi informativi aziendali predisposti
--	--	--	--

➤ **VISIONE TRIENNALE**

<p>Visione per il 2024:</p>	<p>La pandemia da COVID-19 e il conseguente stato di emergenza sanitaria del periodo marzo 2020 – marzo 2022 ha influenzato profondamente l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e i comportamenti degli operatori sanitari, aprendo nuovi scenari anche per la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza.</p> <p>Obiettivo a lungo termine della Struttura sarà aggiornare periodicamente le I.O. relative alla gestione del rischio infettivo, alla luce delle più recenti evidenze scientifiche, e incrementare il livello di compliance alle indicazioni nazionali e internazionali da parte degli operatori sanitari.</p>
-----------------------------	---

Standard 5.7:

l'Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la prevenzione delle **infezioni correlate all'assistenza***

➤ **CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA**

<p>Punti di forza:</p>	<p>L'Ospedale Policlinico San Martino adotta diverse procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), messe in atto dal personale sanitario aziendale.</p> <p>L'Ospedale si è dotato negli anni di numerose istruzioni operative riguardanti la prevenzione delle ICA, 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.</p> <p>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.</p> <p>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,</p>
------------------------	--

	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.
--	---

Punti di debolezza:	Le 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 procedure per la prevenzione delle ICA presso alcune strutture dell'azienda.
---------------------	--

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	<p>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 7 rilevazioni è risultata pari a 72 anni (range interquartile: 57,5-81 anni, range: 0-101 anni), senza variazioni statisticamente significative nel corso delle quattro rilevazioni. Il giorno dello studio 903 pazienti (13,9%) presentavano almeno un'ICA contratta in un ospedale per acuti. La prevalenza di ICA è passata dal 15,5% nel 2014 all' 11,2% nel 2019. Le infezioni più frequenti sono state quelle del torrente circolatorio (confermate dal laboratorio) (22,8%); seguono le infezioni 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%).</p> <p>Per l'anno 2019 sono state condotte più di 500 indagini di sorveglianza ambientale in aree assistenziali a particolare rischio infettivo e circa 1300 rilevazioni della qualità della pulizia e sanificazione ambientale, con una proporzione di osservazioni conformi superiore al 95%.</p>
---	--

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	<p>A partire dal 2009, l'Unità Operativa Igiene, in collaborazione con altre Unità Operative aziendali, organizza corsi di formazione aziendale periodici sul tema della prevenzione del rischio infettivo, rivolti a tutte le categorie di operatori sanitari presenti in azienda.</p> <p>A partire dal 2015, l'Unità Operativa Igiene, in collaborazione con altre Unità Operative aziendali, organizza annualmente iniziative nell'ambito della giornata mondiale dell'igiene delle mani (5 maggio), rivolte sia agli operatori sanitari dell'Istituto sia ai pazienti afferenti alle strutture aziendali.</p>
--	---

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	La pandemia da COVID-19 e il conseguente stato di emergenza sanitaria del periodo marzo 2020 - marzo 2022 ha influenzato
--	--

	<p>profondamente l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e i comportamenti degli operatori sanitari, conseguentemente i dati desunti dagli indicatori di monitoraggio sono stati di difficile raccolta nel periodo suddetto e saranno presumibilmente in continua evoluzione nel corso del prossimo biennio. Obiettivo primario della Struttura sarà verificare lo stato di applicazione di tutte le I.O. vigenti e determinare l'attuale livello di compliance alle indicazioni nazionali e internazionali da parte degli operatori sanitari.</p> <p>L'U.O. Igiene, in collaborazione con l'U.O. Clinica Malattie Infettive, intende effettuare, con cadenza annuale, uno studio di prevalenza puntuale delle ICA e del consumo di antibiotici basato su una metodologia standardizzata elaborata dallo <i>European Center for Disease Prevention and Control</i> (ECDC). I dati derivati dagli studi svolti a partire dal 2016 vengono inoltre inviati al CIO Regione Liguria per l'elaborazione di report informativi a livello regionale.</p> <p>È in fase progettuale, a cura dell'U.O. Igiene, la realizzazione di una cartella informatica contenente i dati relativi alle sorveglianze in atto e informazioni relative a pubblicazioni, linee guida, normative in tema di gestione del rischio infettivo, da inserire nella Intranet aziendale e visibile da parte di tutto il personale sanitario.</p> <p>L'Unità Operativa Clinica Malattie Infettive, in collaborazione con altre Unità Operative aziendali, effettua a partire dal 2015 un programma di <i>Antimicrobial Stewardship</i>, volto alla corretta gestione della prescrizione degli antibiotici presso tutte le Unità operative degenziali.</p>
--	--

<p>Realizzazione formazione ed informazione necessarie:</p>	<p>Nell'ambito del rischio clinico e della sicurezza, l'Unità Operativa Igiene, in collaborazione con altre Unità Operative aziendali, ha progettato e ha svolto in passato diversi corsi relativi alla prevenzione del rischio infettivo e la gestione dei servizi in <i>outsourcing</i>.</p> <p>La situazione di emergenza sanitaria e l'importante impegno della U.O. Igiene per lo svolgimento della campagna vaccinale antiCOVID-19 non ha consentito la prosecuzione degli interventi di formazione e informazione programmati nel corso del 2020, mentre a fine 2021 sono riprese le iniziative di formazione, con lo svolgimento di due corsi relativi alla prevenzione del rischio infettivo.</p> <p>Nel corso del prossimo biennio saranno ri-programmati corsi di formazione e iniziative di informazione sulla prevenzione del rischio infettivo e sulla gestione e controllo dei principali microrganismi causa di infezioni correlate all'assistenza</p> <p>Sono inoltre previsti audit e visite presso diverse Unità Operative degenziali, al fine di effettuare corsi di formazione <i>on the job</i> sul tema dell'igiene delle mani e della corretta applicazione delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.</p>
---	---

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	Chi: – Comitato Infezioni Ospedaliere – U. O. Igiene – U. O. Clinica Malattie Infettive	Quando: – Studio di prevalenza puntuale delle ICA à frequenza annuale – Sorveglianza attiva della contaminazione microbica ambientale à frequenza giornaliera – Sorveglianza attiva della pulizia e sanificazione ambientale à frequenza giornaliera – <i>Antimicrobial Stewardship</i> à frequenza giornaliera	Come: – Studio di prevalenza puntuale delle ICA secondo metodologia ECDC – Campionamenti presso aree assistenziali a rischio – Rilevazioni della qualità e conformità della pulizia e sanificazione ambientale

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	<p>La pandemia da COVID-19 e il conseguente stato di emergenza sanitaria del periodo marzo 2020 – marzo 2022 ha influenzato profondamente l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e i comportamenti degli operatori sanitari, aprendo nuovi scenari anche per la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza.</p> <p>Obiettivo a lungo termine della Struttura sarà aggiornare periodicamente le I.O. relative alla gestione del rischio infettivo, alla luce delle più recenti evidenze scientifiche, e incrementare il livello di compliance alle indicazioni nazionali e internazionali da parte degli operatori sanitari.</p>
----------------------	---

Standard 5.8:

l'Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la **gestione del dolore**.

➤ **CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA**

Punti di forza:	<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 rev0 del 07/06/2017 MONITORAGGIO DEL DOLORE,
-----------------	---



- MODAZHPS_1055 Rev 0 del 22/06/2017 Scheda monitoraggio del dolore
- LGUA1_0009 rev0 del 18/06/2017 Nuove linee guida dolore-delirio-agitazione in terapia intensiva
- MODAZHQA_0014 Scala Algoplus
- MODAZHQA_0019 Scala per misurazione dolore Panaid
- MODAZHQA_0030CC rev11 del 11/06/2021 utilizzata in sede di Audit Interno SGQ riporta la voce “Monitoraggio Intensità Dolore (NRS/PANAID/etc)” per il monitoraggio dell’effettiva tenuta sotto controllo della sintomatologia dolorosa.

Per quanto riguarda il paziente oncologico ed onco-ematologico, la problematica “dolore” è stata inquadrata nel più complesso aspetto della valutazione multidimensionale dei bisogni, della presa in carico integrata e della continuità delle cure.

Le cure palliative sono promosse e garantite per legge da due importanti riferimenti normativi: la legge n. 38 del 2010 e la legge n. 219 del 2017. La più recente, Legge n. 219/2017, mette in evidenza la dimensione della relazione di cura, della comunicazione, del tempo di cura nella valorizzazione del consenso informato e dell’autodeterminazione, tra autonomia decisionale del paziente e autonomia professionale e responsabilità del medico.

A tal fine è stata resa operativa da circa 1 anno una specifica organizzazione che interviene con azioni differenziate nel percorso del paziente:

Ambulatorio: dedicato a pazienti in grado di accedere autonomamente al servizio, attività multiprofessionale.

Ospedale: consulenza intraospedaliera (degenza/DH), attività multiprofessionale, dedicato a pazienti in fase di malattia instabile o peggioramento o complessi. L’obiettivo della consulenza di cure palliative è la presa in carico e la pianificazione del percorso più appropriato di cura per paziente/famiglia.

Domicilio: le cure palliative sono erogate da ASL 3 e Gigi Ghirotti cure integrate da MMG: attività multiprofessionale.

Hospice: attività multiprofessionale, assistenza a livello residenziale per pazienti complessi, in fase di terminalità.

La riorganizzazione è stata resa possibile, anche grazie all’ingresso di nuovo personale Medico ed Infermieristico, al fine di prendere in carico il paziente attraverso le visite e i colloqui, in cui vengono valutati, integrati, confrontati e condivisi gli obiettivi di cura tra i professionisti coinvolti nell’assistenza, utilizzando gli indicatori presenti nella seguente check list, che è allegata nella cartella del paziente:

- MODAZT1C_0001 Check-list di Valutazione della complessità assistenziale nel Percorso di Cure Palliative (“phase illness”): Lo strumento, definito Misura della Fase della malattia in Cure Palliative (phase illness), analizza i bisogni del paziente e della



	famiglia nelle diverse fasi di malattia e fornisce informazioni sull'efficacia del piano assistenziale attivato per il singolo malato. Le fasi si distinguono in: stabilità, instabilità, peggioramento, terminalità, lutto-supporto al lutto.
--	--

Punti di debolezza:	La difficoltà nell'identificazione appropriata e tempestiva dei pazienti con bisogni di cure palliative rappresenta uno dei principali ostacoli alla loro diffusione nelle diverse forme di erogazione a partire dall'approccio palliativo iniziale, fino alle cure di fine vita. Per quanto riguarda l'integrazione Ospedale-Territorio nella gestione del paziente oncologico, non essendo andato a buon fine l'accordo con ASL 3, è attualmente demandato al personale strutturato interno (n. 4 Dirigenti Medici) il rapporto con la Rete locale dei servizi domiciliari per la valutazione, la pianificazione, il coordinamento, il monitoraggio e la selezione delle opzioni rispetto al setting di cura del Paziente e alla disponibilità dei servizi territoriali di riferimento.
---------------------	--

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	la modulistica sopracitata è in vigore e disponibile su Isolabweb e viene utilizzata quale strumento di gestione del percorso del paziente.
---	---

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	I documenti sono noti agli operatori,
--	---------------------------------------

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	I dati di attività' dal 1Gennaio 2021 al 30 Ottobre 2021 hanno evidenziato 1758 visite in Ospedale, tra consulenze ambulatoriali e su pazienti ricoverati nelle Degenze e DH oncoematologici. La riorganizzazione dell'attività è avvenuta nei settori ambulatoriale, di consulenza intraospedaliera e di gestione dei ricoveri nell'Hospice Maria Chighine da circa un anno. Nei prossimi anni si intende consolidare tale attività, per la quale è stata istituita una Equipe mobile (medico/infermiere) che si prefigge gli obiettivi di: <ul style="list-style-type: none">• Identificazione del bisogno di CP• Consulenze in base alla complessità• Modello di integrazione (Oncologo/Palliativista)• Presa in carico globale del paziente• Lavoro in rete con il territorio• Promozione dei principi ispiratori delle CP
--	--

	<p>L'Equipe medico-infermieristica intende avvalersi in maniera sempre più integrata della collaborazione delle altre figure coinvolte nel percorso del paziente, in primis dell'oncologo, modulando l'intensità delle cure oncologiche rispetto agli obiettivi e alla fase di malattia. Tale approccio è peraltro riproducibile per tutte le patologie croniche avanzate, e risponde ai principi moderni di gradualità delle cure dalle "Supportive care" nella fase in cui l'outcome è la sopravvivenza, alle "Simultaneous care" in cui l'outcome non è principalmente la sopravvivenza, ma una buona qualità della vita e del fine vita, fase in cui interverranno le Cure Palliative "specialistiche". A tale scopo è cruciale la presa in carico precoce del paziente rispetto alla malattia oncologica, anche al fine di Implementazione dell'empowerment del paziente e della pianificazione condivisa delle cure; infatti di fondamentale importanza è evitare, nelle ultime fasi della malattia, fratture traumatiche nel passaggio dalle terapie attive specifiche ai trattamenti palliativi e avviare tra curanti e pazienti precocemente discussioni circa le preferenze per le cure nelle fasi avanzate della malattia.</p> <p>In questo contesto sarà particolarmente valorizzata la figura dell'infermiere. L'assistenza infermieristica ha un ruolo centrale nei confronti dei malati cronici, nelle fasi della vita critiche per l'aggravarsi delle condizioni e nel periodo finale della vita. L'infermiere, in collaborazione con altri professionisti e operatori, è chiamato a svolgere un ruolo cardine nell'aiutare e sostenere i pazienti e i famigliari nel prendere le decisioni, nell'accudimento per soddisfare le necessità collegate alla salute.</p>
--	--

Realizzazione formazione ed informazione necessarie:	Giornata formativa 11/02/2022 su "LA CURA A FINE VITA- Innovazioni organizzative e nuovi bisogni nei pazienti oncologici a fine vita" accreditato ECM.
--	--

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	Chi: HQA	Quando: nel corso del triennio 2021-2023	Come: -Raccolta dei dati relativi ai pazienti reclutati mediante MODAZT1C_0001 -Analisi dei dati -Pubblicazione di Report annuale/biennale

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	Consolidamento del programma 2022/2023
----------------------	--

Standard 5.9:

l'Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la gestione delle **emergenze sanitarie interne** (es. gestione dei carrelli di emergenza, trasporto dei pazienti in emergenza, sistema di attivazione in caso di emergenza, ecc).

➤ CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA

Punti di forza:	<p>1) Istruzione Operativa: IOAZHOR_0096 TRASPORTO PAZIENTI IN URGENZA O PROGRAMMATO</p> <p>2) Istruzione Operativa: IOHPS_1065 UTILIZZO DPI SERVIZIO TRASPORTO MALATI</p>
-----------------	--

Punti di debolezza:	Carenza di personale di supporto per quanto riguarda l'accompagnamento dei pazienti che necessitano di trasporto protetto.
---------------------	--

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	Da implementare in base ai cambiamenti situazionali pandemici
---	---

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	Istruzioni Operative pubblicate sulla Intranet Aziendale con il sistema informatico IsolabWeb a disposizione per la consultazione di tutti gli operatori.
--	---

➤ PROGRAMMA 2022-2023

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	Revisione delle I.O. sulla base dei cambiamenti situazionali pandemici.
--	---

Realizzazione formazione ed informazione necessarie:	Condivisione con gli operatori
--	--------------------------------

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	Servizio Trasporto Malati	Annuale	verifica della corretta compilazione delle richieste di trasporto sanitario su nuova cartella clinica informatizzata

➤ VISIONE TRIENNALE

Visione per il 2024:	Benefici attesi dalla nuova cartella informatizzata in termini di flessibilità dei processi e consolidamento delle I.O.
----------------------	---

Standard 5.10:

l'Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la gestione della **sicurezza in sala operatoria** secondo gli obiettivi del manuale ministeriale (vedi Appendice B) (**NB:** solo se nell'Azienda/Struttura è presente l'area chirurgica).

➤ **CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA**

<p>Punti di forza:</p>	<p>La Direzione strategica ha deliberato l'istituzione del Gruppo Operativo Percorso Operatorio (Delibera n.1183 del 25/06/2020). Il Gruppo operativo è composto da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <i>Information and Communication Technology</i> che si avvale della S.S. Gestione Operativa <p>Le funzioni che sono state attribuite al Gruppo Operativo Percorso Operatorio sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 "<i>Ormaweb</i>" ▪ 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
------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <p>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.</p> <p>In particolare nel 2020 si è revisionata la Scheda Peri-operatoria con inserimento della fase di <i>Time Out</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Scheda Peri-operatoria MODULO HSN_1029 Rev. 6 del 01/07/2020 ➤ Istruzione Operativa su Compilazione della <i>Check List</i> 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 ➤ Scheda di Blocco Operatorio Medica ed Infermieristica per conteggio di garze e strumenti MODULO_0125 ➤ 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
--	---

<p>Punti di debolezza:</p>	<p>La procedura di gestione della reperibilità del personale nelle sale operatorie è presente PQAZHPS_0020 ma va implementata per garantire un miglioramento della risposta organizzativa in urgenza/emergenza</p> <p>Mancanza di una IO per la gestione del paziente nella recovery room</p>
----------------------------	---

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	I documenti sono in vigore e visibili in Isolabweb
---	--

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	La diffusione della modifica apportata alla Scheda Perioperatoria MODULO HSN_1029 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.
--	---

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	Applicazione del regolamento su lista d'attesa e liste operatorie Implementazione PQAZHPS_0020
--	---

Realizzazione formazione ed informazione necessarie:	Formazione del neo assunto
--	----------------------------

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	U.O. HQA	Semestrale e annuale	Audit

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	Alla luce della rilevanza della riorganizzazione in atto, il 2024 va considerato come anno di consolidamento del percorso in atto.
----------------------	--

Standard 5.11:

l'Azienda/Struttura ha in atto **percorsi clinico assistenziali*** interni o integrati tra strutture

➤ **CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA**

Punti di forza:	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 <i>Disease Management Team</i> (DMT) e dei Gruppi Interdisciplinari di Patologia (GIP) del Policlinico con Delibera 554 del 27/03/2019 con successivi aggiornamenti nel 2021 e 2022.
-----------------	---

	<p>L'atto deliberativo ha definito l'assetto formale dei DMT di cui si è effettuato costantemente svolto aggiornamento formale come deducibile da elenco delle Determine:</p> <p> DE-1718/2021 DE-477/2022 DE-1715/2021 DE-2232/2021 DE-1647/2019 DE-1719/2021 DE-2231/2021 DE-1717/2021 DE-1648/2019 DE-1716/2021 DE-2230/2021 DE-1714/2021 DE-569/2022 </p> <p>Nel maggio 2022 è stato pubblicato il Regolamento dei Disease Management Team (PQAZHSN_0001DMT Rev.0) del 25/05/2022.</p>
--	--

Punti di debolezza:	Disomogeneità operativa tra i diversi DMT
---------------------	---

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	Il Regolamento di funzionamento dei DMT è pubblicato in Isolabweb
---	---

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	Attraverso le riunioni del Cancer Board sono mantenute in costante attenzione gli aspetti correlati al ruolo e alle funzioni dei DMT
--	--

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	<p>Ogni DMT deve avere un regolamento e un documento di PDTA. E' in via di sviluppo il software da utilizzare per tracciare le discussioni in DMT.</p> <p>Sono stati definiti gli indicatori per il monitoraggio dei DMT; a questi ogni coordinatore potrà aggiungere di specifici.</p>
--	---

Realizzazione formazione ed informazione necessarie:	Le iniziative di formazione saranno definite in sede di singolo DMT e di Cancer Board
--	---

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	U.O. HQA	Annuale	Audit

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	Consolidamento di un'organizzazione che garantisca una partecipazione costante e numerosa ai DMT affinché i pazienti possano essere trattati tempestivamente
----------------------	--

Standard 5.12:

l'Azienda/Struttura ha formalizzato un **percorso nascita** (NB: solo se nell'Azienda/Struttura è presente un centro nascita).

➤ **CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA**

Punti di forza:	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ IOAZDGN_0003 rev 3 del 10/11/2020 Modalità per garantire la presenza del partner in sala parto durante la pandemia COVID-19 ○ 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. ○ Percorso della donna Gravida con sospetto di COVID-19- IOAZDGN_0001 Rev.1 del 29/05/2020, che fornisce 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. ○ Sono inoltre in vigore ed in uso i documenti aziendali: ○ Protocollo comportamentale di sala parto con condizioni di benessere fetale soddisfacenti DOCPROCT28_0001 ○ Protocollo Gestione del neonato con distress 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
-----------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Protocollo Il contatto pelle a pelle alla nascita PQH32_0002
--	--

Punti di debolezza:	-necessità di rimodulare i percorsi con particolare attenzione all'area della fisiologia rispetto a quella della patologia -migliorare la definizione delle competenze delle diverse figure professionali con particolare riguardo a quella infermieristica e ostetrica
---------------------	--

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	La documentazione sopracitata è in vigore e visibile in Isolabweb
---	---

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	La documentazione è diffusa e gli operatori sono consapevoli dei contenuti. (verifica mediante Audit interni SGQ)
--	---

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	In relazione alla necessità di garantire una capacità di risposta flessibile in termini di applicazione delle procedure di isolamento in relazione all'andamento epidemiologico dell'infezione da virus Sars CoV2, saranno adeguatamente ridefinite le I.O. in atto
--	---

Realizzazione formazione ed informazione necessarie:	In corso anche su aspetti nuovi come ad esempio la correttezza del flusso informativo.
--	--

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	HQA	Semestrale/annuale	Audit

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	Consolidamento della programmazione del biennio 2022/2023
----------------------	---

Standard 5.13:

l'Azienda/Struttura declina per la propria realtà le **raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti**.

➤ **CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA**

<p>Punti di forza:</p>	<p>Il Policlinico ha recepito le 19 Raccomandazioni Ministeriali.</p> <p>In particolare per il Dipartimento Ginecologico e percorso nascita, sono state condivise le principali procedure e pubblicate in Isolabweb per la totale condivisione e diffusione tra gli operatori del dipartimento. Si citano solo alcuni dei numerosi documenti pubblicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ PQAZDGN_0001 Percorso della paziente affetta da patologia ginecologica ad elevata complessità chirurgica -del 2021 ○ DOCPROCDGN_0002 rev 0 del 21/04/2020 Protocollo per induzione in travaglio di parto ○ DOCPROCDGN_0001 rev 0 del 11/06/2019 La Emogasanalisi del Cordone Ombelicale ○ IODGN_0008 Criostato urgente -del 2021 ○ DOCPROCH32_0054 Ecografia Cerebrale del Neonato -del 2021 ○ IOAZDGN_0001 Percorso della donna Gravida con Sospetto di Covid 19 2020 ○ IODGN_0118 rev 0 del 25/06/2019 Percorso di inserimento dell'infermiere all'interno del Dipartimento Ginecologico e percorso nascita ○ MODDGN_0118 rev 0 del 25/06/2019 Scheda di valutazione dell'inserimento dell'infermiere all'interno del Dipartimento Ginecologico e percorso nascita ○ IOAZDGN_0004 Screening COVID_19 per la donna in gravidanza -del 2021 ○ IODGN_0009 Attivazione posti letto di degenza ostetrica per emergenza COVID -del 2021 ○ MODAZDGN_0004 Informativa per la partoriente durante la pandemia COVID_19 -del 2021 <p>Per quanto riguarda la Racc.ne Min. Salute N.4/2008 - Prevenzione del suicidio del paziente in ospedale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La IO IOU29_0011 rev0 del 04/05/2017 Istruzione operativa aziendale per la prevenzione del suicidio dei pazienti in Ospedale è in vigore e adottata da tutti i reparti del Policlinico.
------------------------	--

Punti di debolezza:	Deve essere implementata la Raccomandazione 19/2019 “La manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide, qualora si renda necessaria, causa errori in terapia se non correttamente gestita”
---------------------	--

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	La documentazione pubblicata è implementata. Per quanto riguarda la raccomandazione 19 è pubblicata sulla pagina dell’U.O. Farmacia in intranet new e riguarda la corretta somministrazione della terapia farmacologica anche quando si verificano situazioni nelle quali risulta impossibile utilizzare la formulazione integra delle forme farmaceutiche orali solide ed è necessario ricorrere alla loro manipolazione.
---	--

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	Le Raccomandazioni sono pubblicate nella Intranet Aziendale e sono pubblicate le procedure interne che ne recepiscono i contenuti. Si verifica l’aderenza in sede di Audit Interno SGQ. Per la raccomandazione 19 vale quanto sopra descritto ed inoltre l’U.O. Farmacia sta predisponendo l’Istruzione Operativa.
--	--

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	In sede di Audit interno di SGQ, si verifica l’aderenza a quasi tutte le Raccomandazioni Ministeriali. E’ prevista un’implementazione a cura di HQA degli strumenti di verifica delle stesse.
--	---

Realizzazione formazione ed informazione necessarie:	L’U.O. Farmacia sta organizzando incontri specifici con le UU.OO. di Terapia Intensiva e con le UU.OO. di ricovero di pazienti lungodegenti portatori di sondini nasogastrici, disfagici e con nutrizione enterale.
--	---

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	HQA	Annuale	Audit

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	Consolidamento del programma 2022/2023
----------------------	--

PAA AREA 6 GESTIONE DELL'EVENTO AVVERSO

Standard
Standard 6.1: l'Azienda/Struttura dispone di una modalità strutturata per la gestione degli aspetti operativi immediati e a medio termine al verificarsi di un evento avverso o <i>near miss</i> , prevedendo il coinvolgimento degli operatori.
Standard 6.2: l'Azienda/Struttura dispone di una modalità di comunicazione strutturata per la gestione dell'evento avverso nei confronti dei pazienti e loro familiari, dei componenti della propria organizzazione, delle associazioni di tutela dell'utenza e dei media.
Standard 6.3: l'Azienda/Struttura dispone di una modalità strutturata di supporto/sostegno agli operatori coinvolti nell'evento avverso, in relazione al grado di bisogno.
Standard 6.4: l'Azienda/Struttura dispone di una modalità strutturata di supporto/sostegno ai pazienti/familiari coinvolti nell'evento avverso.

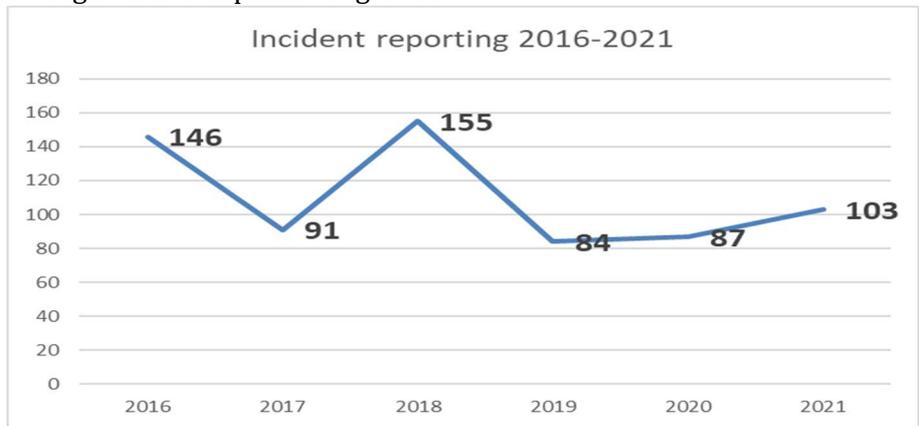
➤ CONSIDERAZIONI INIZIALI

La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure, è uno degli obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale e viene garantita attraverso lo strumento della Gestione del Rischio Clinico (*Clinical Risk Management*).

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, “un evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile” (Ministero della Salute, 2007).

L'emergenza sanitaria da Covid-19 ha accentuato la necessità di un costante monitoraggio dei fattori che possono contrastare il verificarsi di eventi avversi.

Standard 6.1: l'Azienda/Struttura dispone di una modalità strutturata per la gestione degli aspetti operativi immediati e a medio termine al verificarsi di un evento avverso o *near miss*, prevedendo il coinvolgimento degli operatori.

Punti di forza:	<p>Analizzando il numero di incident reporting segnalati dal 2016 al 2020 emerge il trend esposto nel grafico:</p> <div style="text-align: center;">  <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <caption>Incident reporting 2016-2021</caption> <thead> <tr> <th>Anno</th> <th>Numero di segnalazioni</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016</td> <td>146</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>91</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>155</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>84</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>87</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>103</td> </tr> </tbody> </table> </div> <ul style="list-style-type: none"> • La segnalazione di eventi avversi mediante MODAZHQA_0703 è diffusa e utilizzata in HSM. Nonostante si registrino considerevoli 	Anno	Numero di segnalazioni	2016	146	2017	91	2018	155	2019	84	2020	87	2021	103
Anno	Numero di segnalazioni														
2016	146														
2017	91														
2018	155														
2019	84														
2020	87														
2021	103														



	<p>oscillazioni nel numero di segnalazioni dal 2016 al 2018, a partire dal 2019 si è potuto osservare un trend che si è mantenuto costante nel 2020, senza dunque risentire effetti negativi dovuti alla pandemia da COVID-19, per poi risalire nel 2021.</p> <ul style="list-style-type: none">• IOAZHQA_0701: Gestione scheda segnalazione spontanea incident reporting• MODAZHQA_0701 Scheda segnalazione spontanea degli eventi• MODAZHQA_0708: scheda segnalazione degli eventi sentinella
--	---

<p>Punti di debolezza:</p>	<p>A seguito dell'analisi degli <i>incident reporting</i> segnalati nell'anno 2020, emerge che l'88,5% delle segnalazioni riguardano eventi "subiti", in quanto causati da "altri", (di cui un numero esiguo di <i>near miss</i>): il dato ha richiesto una riflessione sulle motivazioni che spingono gli operatori alla segnalazione. Nel 2021, allo scopo di identificare i fattori (barriere e facilitatori) che influenzano la segnalazione degli <i>Incident</i> 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:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 123 compilati da Coordinatori delle professioni sanitarie▪ 168 compilati da Professionisti Sanitari del Comparto▪ 201 compilati da Medici e Dirigenti Sanitari <p>Dall'elaborazione dei risultati sono emerse alcune barriere alla segnalazione di eventi avversi/<i>near miss</i>, tramite <i>incident reporting</i>. Le principali considerazioni emerse sono:</p> <ul style="list-style-type: none">• La cultura della segnalazione risulta ancora 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.
----------------------------	--

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	La modulistica sopracitata è in vigore e disponibile su Isolabweb ed è in uso in tutto il Policlinico
---	---

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	Nel 2021 gli operatori formati sono stati 700 (1005 iscritti). I risultati dell'analisi effettuata saranno esposti nel dettaglio nel contesto del corso in FAD sulla "Gestione del rischio clinico" prevista per il 2022.
--	---

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	<p>È in fase di realizzazione un secondo corso di formazione inerente alla Gestione Rischio Clinico (FAD) prevista per il 2022. Nel marzo 2021 è stata avviata l'erogazione del primo Corso Base inerente alla 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
--	---

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	HQA	annualmente	Verifica completamento corso FAD

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	<p>-Progettare interventi formativi mirati (FAD sulla "Gestione del rischio clinico" prevista per il 2022).</p> <p>-Diffondere le opportunità offerte dall'istituto in termini di supporto psicologico, in caso di evento avverso grave e progettare interventi formativi mirati.</p>
----------------------	---

Standard 6.2: l'Azienda/Struttura dispone di una modalità di comunicazione strutturata per la gestione dell'evento avverso nei confronti dei pazienti e loro familiari, dei componenti della propria organizzazione, delle associazioni di tutela dell'utenza e dei media

➤ **CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA**

Punti di forza:	<ul style="list-style-type: none"> • L'utilizzo pluriennale del modello Carmina nella gestione degli eventi avversi ha consentito un'applicazione più efficiente ed efficace in quanto consolidata rispetto alle caratteristiche del Policlinico. • Mantenimento di percorsi e azioni già in atto in Ospedale da alcuni anni per progetti specifici di UO ma soprattutto per progetti con caratteristiche di trasversalità e multidimensionalità, portati avanti attraverso gruppi di lavoro aziendali (vedi UGR, URP, Igiene, gruppo rischi psicosociali, team di valutazione, piano formazione...) • Progetto specifico sul monitoraggio degli eventi sentinella dell'UO Qualità e accreditamento e utilizzo della metodologia della Root Cause Analysis • Livello di vigilanza sulla tematica "evento avverso", che determina spesso segnalazioni ma anche richieste da parte degli operatori di interventi/azioni di miglioramento e gestione dei gruppi di lavoro.
-----------------	---

Punti di debolezza:	<ul style="list-style-type: none"> • Livello non ottimale di consapevolezza del rischio di eventi avversi nelle singole strutture. Tale problematica è da riferirsi soprattutto al personale neoassunto a seguito dell'emergenza sanitaria • Scarsa formazione sul tema "evento avverso" nei corsi di laurea e specialità <p>Una delle maggiori criticità riscontrate soprattutto durante la fase emergenziale pandemia da Covid-19, riguarda il fatto che dal momento dell'ingresso del paziente in ospedale, il paziente stesso e i suoi familiari, sono rimasti privi di informazioni anche per molte ore e questo ovviamente è fonte di ulteriore ansia e preoccupazione.</p>
---------------------	---

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	<ul style="list-style-type: none"> • IOAZHQA_0706 Recepimento Linee Guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità del Ministero della Salute – Raccomandazione per la comunicazione ai pazienti • IOAZHFC_0001 Comunicazione esterna in caso di eventi avversi • IOAZHQA_0707 Recepimento Linee Guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità del Ministero della Salute – Raccomandazione per azioni di sostegno agli operatori
---	---

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	Avanzamento del passaggio da una cultura organizzativa centrata sulla "colpa e punizione" a favore di una cultura dell'errore e della sua gestione, in un'ottica di apprendimento dall'esperienza
--	---

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	Eventuale aggiornamento della IOAZHFC_0001 Comunicazione esterna in caso di eventi avversi.
--	---

Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	La formazione per la diffusione e condivisione di una eventuale revisione della IOAZHFC_0001 sarà a cura della UO redattrice (UO Formazione e Comunicazione).
--	---

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	UO Psicologia Clinica e Psicoterapia	Annualmente	Condivisione con le UUOO afferenti all'area 6

➤ **PROGRAMMA TRIENNALE**

Visione per il 2024:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La pandemia da Covid-19 ha richiesto agli operatori sanitari un grande impegno sia in termini strettamente lavorativi sia in termini emotivi. Per tale ragione, alcune prassi e procedure sono state necessariamente rimodulate a fronte dello stato emergenziale. Pertanto, è auspicabile che venga ripristinata la preesistente attenzione sia rispetto alla segnalazione sia rispetto alla gestione degli eventi avversi. Ciò potrà realizzarsi anche attraverso azioni mirate, atte alla sensibilizzazione e motivazione del personale rispetto al proprio ruolo professionale. ➤ Secondo le raccomandazioni del Ministero della Salute è essenziale una comunicazione trasparente e onesta con i pazienti e con i loro caregiver degli eventi avversi. La cosiddetta "comunicazione aperta" si fonda sui principi di franchezza, tempestività, puntualità, completezza, comprensione, supporto e manifestazione di rincrescimento. È fondamentale adottare questo tipo di comunicazione che garantisce una correttezza morale ed etica, oltre a ridurre i costi legati alla litigiosità. Fondamentale inoltre, il fatto che la comunicazione aperta permetta di recuperare la fiducia dei pazienti, dei parenti e delle Associazioni, principio importante per la corretta cura e presa in carico dei pazienti. ➤ Non è facile ricevere comunicazione di un evento avverso così come non è facile per l'operatore comunicarlo. È perciò importante la realizzazione di eventi formativi sulla conduzione del colloquio oltre che l'offerta di supporto psicologico per gli operatori implicati in questo tipo di attività.
----------------------	---

Standard 6.3: l'Azienda/Struttura dispone di una modalità strutturata di supporto/sostegno agli operatori coinvolti nell'evento avverso, in relazione al grado di bisogno.

Standard 6.4: l'Azienda/Struttura dispone di una modalità strutturata di supporto/sostegno ai pazienti/familiari coinvolti nell'evento avverso.

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	Eventuale revisione e aggiornamento della IOAZHQA_0707 Recepimento Linee Guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità del Ministero della Salute – Raccomandazione per azioni di sostegno agli operatori. Eventuale revisione e aggiornamento della IOAZHQA_0706 Recepimento Linee Guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità del Ministero della Salute – Raccomandazione per la comunicazione ai pazienti
--	--

Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	Diffusione e promozione della conoscenza dei contenuti delle Istruzioni Operative e delle Raccomandazioni Ministeriali
--	--

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	UO Psicologia Clinica e Psicoterapia	Annualmente	Condivisione con le UUOO afferenti all'area 6

➤ **PROGRAMMA TRIENNALE**

Visione per il 2024:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La pandemia da Covid-19 ha richiesto agli operatori sanitari un grande impegno sia in termini strettamente lavorativi sia in termini emotivi. Per tale ragione, alcune prassi e procedure sono state necessariamente rimodulate a fronte dello stato emergenziale. ➤ Pertanto, è auspicabile che venga ripristinata la preesistente attenzione sia rispetto alla segnalazione sia rispetto alla gestione degli eventi avversi. Ciò potrà realizzarsi anche attraverso azioni mirate, atte alla sensibilizzazione e motivazione del personale rispetto al proprio ruolo professionale. ➤ Non è facile ricevere comunicazione di un evento avverso così come non è facile per l'operatore comunicarlo. È perciò importante la realizzazione di eventi formativi sulla conduzione del colloquio oltre che l'offerta di supporto psicologico per gli operatori implicati in questo tipo di attività.
----------------------	--

PAA AREA 7 IMPARARE DALL'ESPERIENZA

Standard
Standard 7.1: l'Azienda/Struttura ha condotto, nell'ultimo anno, analisi reattive mediante tecniche consolidate (es. <i>Root Cause Analysis</i> –RCA-, audit clinico per eventi significativi, protocollo di Londra, ecc) per indagare su eventi avversi e <i>near miss</i> . Sono esclusi i flussi ministeriali obbligatori
Standard 7.2: l'Azienda/Struttura ha condotto, relativamente agli ultimi due anni, analisi proattive con tecnica <i>Failure Mode and Effects Analysis</i> (HFMEA/FMEA/FMECA) o altre metodologie.
Standard 7.3: l'Azienda/Struttura ha condotto, negli ultimi tre anni, indagini sulla cultura della sicurezza negli operatori sanitari.
Standard 7.4: l'Azienda/Struttura ha condotto, nell'ultimo anno, attività di valutazione tra pari per la sicurezza (visite tra pari, ecc) per indagare sulla sicurezza nelle UUOO.

Standard 7.1: l'Azienda/Struttura ha condotto, nell'ultimo anno, analisi reattive mediante tecniche consolidate (es. *Root Cause Analysis* –RCA-, audit clinico per eventi significativi, protocollo di Londra, ecc) per indagare su eventi avversi e *near miss*. Sono esclusi i flussi ministeriali obbligatori

Standard 7.2: l'Azienda/Struttura ha condotto, relativamente agli ultimi due anni, analisi proattive con tecnica *Failure Mode and Effects Analysis* (HFMEA/FMEA/FMECA) o altre metodologie.

➤ CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA

I metodi di analisi proattive e reattive utilizzati nel Policlinico sono Audit Clinici, *Failure Mode and Effects Analysis* e *Root Cause Analysis* finalizzati ad indagare su eventi avversi e *near miss*.

Punti di forza:	<p>Audit Clinico</p> <p>L'Audit Clinico in quanto processo finalizzato a migliorare le cure proposte al paziente ed i risultati ottenuti mediante il confronto sistematico delle prestazioni erogate con criteri espliciti, favorisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'individuazione dei cambiamenti possibili e praticabili sia a livello individuale sia a livello di organizzazione • il monitoraggio delle azioni di miglioramento introdotte • la partecipazione di tutti i professionisti al processo di analisi • la diffusione di pratiche basate su evidenze scientifiche e l'utilizzo di linee guida • l'incremento della completezza e accuratezza nella rilevazione delle informazioni per monitorare l'assistenza clinica e valutare gli esiti • l'incremento di un sistema basato sui bisogni del paziente, ove sicurezza e qualità delle cure siano al massimo livello in rapporto alle risorse disponibili
-----------------	---



	<p>FMEA (<i>Failure Mode and Effects Analysis</i>)</p> <ul style="list-style-type: none">• Messa in atto delle misure volte ad intercettare gli eventuali errori o eventi avversi che si dovessero verificare• La multidisciplinarietà e la multi professionalità intrinseche al metodo sono garanzia per il superamento di una certa soggettività tipica dello strumento FMEA <p>L'analisi <u>proattiva</u> con tecnica <i>Failure Mode and Effects Analysis</i> è stata implementata in diversi ambiti e sui seguenti temi: Cambiamento Organizzativo presso il Day Hospital Emato Oncologico - Intervento Chirurgico d'elezione programmato e non eseguito - Le cadute nei pazienti ricoverati - Infezioni correlate a Catetere Venoso Centrale-Processo di acquisizione dei consensi relativi al trattamento dei dati personali e alla chemioterapia - Processo di identificazione del paziente - Processo di identificazione del paziente per prelievo ematico.</p> <p>In particolare attraverso l'analisi FMECA, vengono mensilmente valutati gli indici di rischio per le seguenti attività (dalla UO Farmacia): lettura del bracciale, lettura farmaco, farmaco non somministrato, conferme giornaliera e altro, permettendo di ottenere una mappa del rischio per ogni reparto.</p> <p>I report mensili sugli indici di rischio sono analizzati e confrontati per ottenere degli 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.</p> <p>RCA (<i>Root Cause Analysis</i>)</p> <p>La metodologia reattiva è utilizzata dalla UO Gestione Rischio Clinico Qualità Accredited e Urp al fine di raccogliere elementi sull'evento, fattori causali o concomitanti, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni che dovranno esser formalizzate in Azioni Correttive. Contestualmente sarà individuato un Coordinatore/Responsabile dell'implementazione e dell'Azione Correttiva.</p> <ul style="list-style-type: none">• Condivisione tra i diversi professionisti coinvolti nell'evento, dei rischi e della disamina degli eventi• Aumento della consapevolezza dei comportamenti
--	---

Punti di debolezza:	<p>1) Audit Clinico</p> <ul style="list-style-type: none">• difficoltà nel coinvolgere un cospicuo numero di professionisti• scarsa diffusione della cultura della valutazione e dell'<i>accountability</i>, indispensabili per garantire una comunicazione trasparente e mantenere rapporti di fiducia con i cittadini sulla qualità delle cure• resistenza al cambiamento
---------------------	---

	<p>2) FMEA (<i>Failure Mode and Effects Analysis</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> L'analisi della rischiosità è gravata di una componente di soggettività nella valutazione, che appare difficilmente eliminabile anche a fronte della multidisciplinarietà e multi professionalità che l'ambiente "DMT" garantisce <p>3) RCA (<i>Root Cause Analysis</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> difficoltà nel coinvolgere un cospicuo numero di professionisti scarsa diffusione della cultura della valutazione
--	---

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	<p>La tecnica FMEA è implementata per facilitare il disegno dei PDTA che sono già stati progettati negli anni dai diversi DMT e per quelli di nuova progettazione.</p> <p>La RCA è condotta da HQA con il coinvolgimento dei professionisti che a vario titolo seguono i processi analizzati (MODHQA_0530).</p>
---	---

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	<p>I risultati sono condivisi mediante le Relazioni dell'Unità di Gestione del Rischio e Relazioni attività di Gestione del Rischio che annualmente sono trasmesse in Regione Liguria e pubblicate nell'Intranet aziendale e nel sitoweb del Policlinico.</p>
--	---

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	<p>Analisi FMEA: l'analisi dei processi critici mediante FMEA è richiesta da U.O. Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP a tutte le UOU del Policlinico</p>
--	--

Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	<p>La formazione ed informazione è fornita in sede di corso annuale Valutatori di Sistema Gestione Qualità e in sede di incontri con la rete SGQ (RAQ, Coordinatori, Direttori).</p>
--	--

Monitoraggio:	Chi: HQA	Quando: Annualmente	Come: mediante controllo della documentazione annualmente richiesta alle UU.OO.
---------------	--------------------	-------------------------------	---

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il 2024:	<p>-Effettuazione dell'Audit Clinico sulla "Contenzione"</p> <p>-Analisi proattiva dei processi critici mediante FMEA da parte delle UOU del Policlinico</p>
----------------------	--

Standard 7.3: l'Azienda/Struttura ha condotto, negli ultimi tre anni, indagini sulla cultura della sicurezza negli operatori sanitari.

➤ **CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA**

I primi report aziendali inerenti le attività dell'Unità di Gestione del Rischio (UGR) dell'Istituto, risalgono al 2009 e, dopo tredici anni di attività documentata e monitorata, si ritiene indispensabile attuare una maggiore condivisione della cultura di gestione del rischio con tutte le Professioni Sanitarie, coinvolgendo quindi oltre ai dirigenti Medici e sanitari tutti gli altri professionisti attori nei processi diagnostico-clinico-assistenziali.

Nei primi mesi del 2021 è stata redatta una prima bozza della progettualità triennale, condivisa con il Direttore Sanitario e con il Direttore dell'UO Direzione Professioni Sanitarie e, in riunione plenaria, con i Coordinatori/Coordinatrici di UUOO oggetto dei primi incontri.

Le informazioni ed i dati acquisiti in questi anni nel corso dell'attività di gestione del rischio, hanno permesso di sviluppare la consapevolezza che la riduzione del rischio dipende dall'efficacia delle azioni di miglioramento intraprese sia al presentarsi di un evento avverso, sia per prevenirne la comparsa. E' quindi importante favorire la segnalazione di *near misses* attraverso percorsi standardizzati di acquisizione, di analisi e condivisione di risultati, promulgazione delle azioni di miglioramento ed il loro continuo monitoraggio. Confrontando le raccomandazioni ministeriali con i dati degli *incident reporting* del triennio 2018, 2019, 2020, questo ultimo anno caratterizzato dall'emergenza sanitaria per pandemia, emerge quanto lavoro di sensibilizzazione del personale riguardo alla gestione del rischio sia ancora necessario svolgere. Infatti tra il 7 e 14 % gli *incident* sono relativi alla gestione ed utilizzo dei farmaci, tra il 13 ed il 15% sono relativi all'assistenza e/o comportamenti non idonei. Inoltre nonostante l'applicazione di numerose scale di valutazione del rischio da parte del personale infermieristico, ad esempio la Scala di *Conley*, il numero delle cadute permane consistente. Malgrado l'acquisizione di attrezzature apposite per ridurre il numero di lesioni da decubito e dell'applicazione della scala di *Braden*, l'incidenza rilevata richiede tutta la nostra attenzione.

Viste le considerazioni sopra riportate, all'interno dell'Istituto nel 2021 è stato avviato il progetto triennale di Condivisione della cultura in ambito di Gestione del Rischio Clinico, con l'Area Professioni Sanitarie in particolare per quanto riguarda il fenomeno Cadute, l'acquisizione del Consenso e la diffusione dell'*Incident Reporting*, con il proposito di estendere la progettualità ad altri temi del Rischio Clinico come di seguito dettagliato.

Punti di forza:	La diffusione/condivisione della cultura di gestione del rischio clinico è un elemento determinante per favorire la consapevolezza che gli errori sono in una certa misura connaturati con ogni attività umana e come tali vanno previsti e gestiti senza contrapporre barriere alla segnalazione di eventi avversi e <i>near miss</i> .
-----------------	--

Punti di debolezza:	Difficoltà a raggiungere un elevato numero di dipendenti in breve tempo, mantenendo il medesimo livello di efficacia permesso dagli incontri a piccoli gruppi.
---------------------	--

Livello di implementazione di Istruzioni Operative:	La documentazione di tipo prescrittivo è diffusa a tutto il Policlinico e desumibile dall'applicativo Isolabweb
---	---

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	<p>Metodo: per favorire la divulgazione e condivisione della conoscenza acquisite in ambito di Gestione del Rischio Clinico, si intendono avviare percorsi di collaborazione e sinergia con i profili delle professioni sanitarie. In una prima fase gli interlocutori saranno gli infermieri dell'Istituto e nella seconda fase si avvierà il coinvolgimento delle altre professioni sanitarie. In particolare si intende avviare il lavoro attraverso incontri con gli infermieri, suddivisi per dipartimenti e/o per unità operativa. Gli incontri prevedono la comunicazione da parte del gruppo di lavoro riguardo i temi individuati, la raccolta di elementi di riscontro, attraverso un questionario, che per quanto riguarda l'evento cadute, prevede la lettura di cartelle cliniche nella parte a redazione infermieristica – la condivisione di documentazione di approfondimento (per esempio, nel tema 2, saranno condivise check list di autovalutazione dell'aderenza alle Raccomandazioni di Agenas).</p> <p>I prerequisiti metodologici sono la misurazione <i>baseline</i> di ogni singolo percorso che si intende intraprendere ed il monitoraggio dei progressi raggiunti a 6 e 12 mesi dall'avvio del progetto (aprile 2021).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rilevazione della consapevolezza dei contenuti delle I.O. costituisce parte integrante della progettualità avviata da aprile 2021 ed è attuata mediante somministrazione di check list specifiche per argomento a: Coordinatori, Infermieri, OSS Fisioterapisti e personale dedicato all'assistenza. - Un questionario, dedicato alla rilevazione della consapevolezza sul tema Incident Reporting, compilabile via web è stato inoltre trasmesso a Coordinatori, ad Infermieri ed altre Professioni Sanitarie, a Medici e Medici in Formazione Specialistica.
--	---

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	<p>A seguito del report dei primi 6 mesi di implementazione del progetto, le azioni correttive individuate sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> -sul tema Cadute ➡ Audit Clinico su contenzioni effettuate in Istituto -sul tema Consensi ➡ Coinvolgimento delle associazioni di tutela dei pazienti per favorire la consapevolezza dei pazienti riguardo il proprio diritto ad una informazione completa -sul tema Incident Reporting ➡ Revisione delle modalità di gestione degli I.R.
--	---

Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	<ul style="list-style-type: none"> -Realizzazione di Corso di formazione nel 2021 in modalità a distanza a causa dell'emergenza sanitaria per COVID 19 -Preparazione di una nuova edizione del corso nel 2022
--	---

Monitoraggio:	Chi: UO Gestione Rischio clinico, Qualità, Accr. e URP- UO Direzione delle Professioni Sanitarie		Quando: nel corso del triennio 2021-2023	Come: -raccolta dei dati relativi a cadute, consensi, I.R. -Analisi dei dati - Report annuale
---------------	--	--	--	---

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il triennio 2022-2024:	<p>-Attuazione di Audit Clinico sul fenomeno Contenzione all'interno del Policlinico, nelle Aree di Medicina Interna, Medicina Specialistica, Geriatria e Pronto Soccorso.</p> <p>-Progetto di condivisione della cultura di gestione del rischio clinico nell'ambito delle Professioni Sanitarie, in accordo con l'UO Direzione Professioni Sanitarie, in particolare sui temi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • C.A.R.M.In.A. diffusione e contestualizzazione del metodo di monitoraggio (Del. Reg. Liguria 486 del 27-05-2016 "Obiettivi direttori generali-commissari") • Raccomandazioni Ministeriali, diffusione e contestualizzazione. In particolare riguardo a: • Identificazione del paziente, Doppio controllo (Racc.3) - Evento cadute (Racc.13) -Manipolazioni di preparazioni farmaceutiche orali (Racc. 19). • Incident Reporting: diffusione capillare del metodo di segnalazione per un reale monitoraggio del fenomeno e per aumentare la consapevolezza della responsabilità • Blocco Operatorio: verifica dell'aderenza alle indicazioni ministeriali (Racc. 2, 3 e Manuale Sicurezza in S.O.: Raccomandazioni e check list) • Responsabilità professionale nel percorso diagnostico terapeutico (L. 24 del 08/03/2017) • Audit Clinico "Informazione e Consenso": verifica delle azioni di miglioramento implementate quali per esempio il Corso Base Rischio clinico in FAD. (L. 219 del 22/12/2017) <p>-Prosecuzione del progetto NET 2016-02363853 del Ministero della Salute, facente parte dei <i>Network Project/Progetti di Rete</i>, classificato nel tipo di Ricerca "<i>Change-Promoting</i>", finalizzato alla valutazione dei 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:</p>
------------------------------------	---

Standard 7.4: l'Azienda/Struttura ha condotto, nell'ultimo anno, attività di valutazione tra pari per la sicurezza (visite tra pari, ecc) per indagare sulla sicurezza nelle UUOO.

Punti di forza:	<p>Nel 2021 il Sistema Gestione Qualità del Policlinico San Martino è stato oggetto di Audit di Terza Parte (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).</p> <p>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).</p>
-----------------	---

Punti di debolezza:	La verifica dell'aderenza ai requisiti previsti dalle norme di riferimento, condotta a campione.
---------------------	--

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	Tutta la documentazione è disponibile nel software di archiviazione Isolabweb. L'implementazione delle IO è accertata in fase di Audit Interni SGQ e Audit Interni SGSL.
---	--

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	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.
--	---

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	Le procedure, istruzioni operative e moduli di registrazione del processo sono disponibili nel software di archiviazione Isolabweb. L'implementazione è accertata in fase di Audit Interni SGQ e Audit Interni SGSL.
--	--

Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:	<p>Realizzazione di corso di formazione per Lead Auditor alle Norme di riferimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • UNI EN ISO 9001:2015 • UNI EN ISO 45001:2018
--	---

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	<ul style="list-style-type: none"> • U.O. HQA ed U.O. HPP • Organismo di Certificazione 	<p>In sede di Audit Interni</p> <p>In sede Audit Esterni</p>	<p>Mediante verifica aderenza a standard previsti dalle due Norme di riferimento:</p> <p>UNI EN ISO 9001:2015</p> <p>UNI EN ISO 45001:2018</p>

➤ **VISIONE TRIENNALE**

<p>Visione per il triennio 2022-2024:</p>	<p>Mantenimento delle certificazioni:</p> <p>Norme UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 45001:2018</p>
---	---

PAA AREA 8 Umanizzazione ed Etica

Standard
Standard 8.1: l'Azienda/Struttura ha condotto, nell'ultimo anno, attività finalizzate ad una maggiore attenzione alle fragilità e bisogni della persona?
Standard 8.2: l'Azienda/Struttura favorisce il rispetto della privacy della persona?
Standard 8.3: l'Azienda/Struttura attua la non discriminazione culturale etnica e religiosa?
Standard 8.4: l'Azienda/Struttura garantisce la continuità delle cure
Standard 8.5: l'Azienda/Struttura garantisce l'accessibilità fisica
Standard 8.6: l'Azienda/Struttura è dotata di adeguata logistica e segnaletica
Standard 8.7: l'Azienda/Struttura ha reparti di degenza a misura d'uomo
Standard 8.8: l'Azienda/Struttura implementa comfort generale
Standard 8.9: l'Azienda/Struttura ha previsto la semplificazione delle procedure
Standard 8.10: l'Azienda/Struttura agevola l'accesso alle informazioni e trasparenza
Standard 8.11: l'Azienda/Struttura dedica particolare cura alla relazione tra professionista sanitario e paziente
Standard 8.12: l'Azienda/Struttura dedica particolare cura alla relazione con il cittadino

➤ CONSIDERAZIONI INIZIALI - PUNTI DI PARTENZA

L'emergenza sanitaria per la diffusione del SarsCov2 ha indotto un'indispensabile riflessione su quanto viene svolto nel Policlinico e su come viene attuata ogni prestazione. Le progettualità che si intendono attuare nel prossimo triennio sono quindi strettamente collegate agli eventi rilevati in fase di emergenza sanitaria, sia per quanto riguarda l'assistenza ai pazienti (Due Studi Covid) sia per quanto riguarda la gestione dei team di lavoro.

Punti di forza:	L'emergenza sanitaria COVID-19 nei primi mesi del 2020 ha ridimensionato la convinzione che, nonostante il molto lavoro da fare, l'obiettivo di garantire la dignità di ogni persona sino alla fine della vita, fosse divenuto meno lontano da raggiungere. Soprattutto nella fase iniziale della diffusione dell'epidemia molti sono stati, tra i malati nelle condizioni di maggiore gravità e senza speranza di recupero, coloro che non hanno ricevuto le cure palliative, in particolare la sedazione profonda continua, che avrebbe consentito loro una morte senza sofferenza. Per una componente della popolazione più anziana, ospitata nelle RSA, vi è poi stata un'esclusione dall'accesso alle cure, che ha dato, di fatto, luogo a quell'abbandono terapeutico, la cui condanna sembrava, almeno a parole, da tutti condivisa. È indubbio che in una situazione di grave emergenza, quale quella di fronte a cui il sistema sanitario si è trovato, la scarsità delle
-----------------	---



	<p>risorse abbia avuto un ruolo determinante nel rendere difficile, o addirittura impossibile, prestare, a tutti coloro che ne avevano bisogno, cure adeguate e rispettose della loro dignità. Si può comprendere che l'impreparazione, coniugata con l'esigenza di operare rapidamente e in un contesto di forte pressione, abbia portato spesso a mettere da parte la comunicazione con il paziente, fondamentale per raccoglierne le esigenze e le volontà, così come ad adottare criteri di priorità (ad esempio fondati sull'età anagrafica) non compatibili con il principio etico, prima che giuridico, che non consente distinzioni, fondate sulle condizioni personali, tra soggetti tutti ugualmente bisognosi di assistenza.</p> <p>La <i>Carta dei Diritti dei Morenti</i> pone le questioni di fine vita dal punto di vista della persona che sta morendo. Questo punto di vista è stato ampiamente trascurato dalla letteratura scientifica prodotta durante la pandemia. Molti articoli segnalano le difficoltà nel fornire le cure palliative di routine, ma queste routine riguardano più gli aspetti clinici dell'assistenza che quelli esistenziali.</p> <p>A supporto di questa affermazione e a titolo di esempio si possono citare dati di letteratura su tre dei temi che riguardano la qualità delle fine della vita: l'accesso alle cure, l'isolamento, la qualità delle procedure cliniche.</p> <p>Durante la pandemia si è intensificato il dibattito sui criteri per l'accesso alle cure. I dilemmi etici sono stati oggetto di attenzione da parte di autorevoli Istituzioni. Alcuni studi hanno considerato i dilemmi etici posti dalla cura dei morenti e la necessità di prevedere le cure palliative anche in contesti umanitari e di emergenza. Per lo più i dilemmi etici imposti dalla scelta delle priorità sono stati studiati con una prospettiva orientata agli operatori, ad esempio per aiutare gli operatori a rischio di <i>moral distress</i>.</p> <p>Fanno eccezione alcune società scientifiche come la <i>European Respiratory Society</i>, o la SIAARTI che in un recente documento considera con attenzione la prospettiva del paziente, per esempio sulle decisioni condivise e sulle direttive anticipate.</p>
--	--

<p>Punti di debolezza:</p>	<p>Morire per COVID-19 pone drammaticamente il tema della discriminazione e della morte senza assistenza spirituale e senza che vi sia qualcuno presente, con considerevoli conseguenze sociali. Durante la pandemia sembra che la prospettiva umanistica e l'attenzione ai bisogni esistenziali della cura di fine vita siano state molto carenti.</p> <p>Le misure anti COVID-19 proposte dagli ospedali hanno alterato l'approccio multidisciplinare al fine vita creando barriere agli interventi di routine propri delle cure palliative e criticità nell'applicare un approccio olistico alle cure di fine vita. Si rileva che anche quando sono attuate correttamente, le cure palliative specialistiche sono associate ad un piccolo effetto sulla qualità di vita perché, in generale, la qualità della fine della vita è intesa prevalentemente come cura dei sintomi e applicazione di buone pratiche.</p>
----------------------------	---

	Strettamente correlata a quanto sopra descritto, è la gestione dei team di lavoro e la comunicazione al loro interno. Si è progettato un iter formativo “formazione d’équipe mediante un laboratorio di arteterapia” da erogare a tutti i dipendenti del Policlinico.
--	---

Livello di implementazione delle Istruzioni Operative (I.O.):	<p>Il 1° Protocollo dello Studio di seguito descritto è in corso (Prot. QDFVC - Covid-19 N. Registro CER Liguria: 252/2021 - DB id 11478) ed ha ricevuto parere favorevole dal Comitato Etico Regione Liguria.</p> <p>Il 2° Protocollo dello Studio di seguito descritto è in corso (N. Registro CER Liguria: 438/2021 - DB id 11659) ha ricevuto parere favorevole dal Comitato Etico Regione Liguria nella seduta del 19/07/2021.</p> <p>Il 3° Progetto formazione d’équipe mediante un laboratorio di arteterapia è in corso per tutto il Policlinico (avviato ad inizio 2022).</p>
---	--

Diffusione e consapevolezza in Istituto dei contenuti:	Pubblicazione in Intranet e nel sitoweb del Policlinico dei report annuali inerenti la Gestione del Rischio Clinico
--	---

➤ **PROGRAMMA 2022-2023**

Implementazione delle I.O. e delle Azioni Correttive (A.C.):	<p>1°</p> <p>-Sviluppo dello <u>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</u>: studio osservazionale descrittivo trasversale monocentrico condotto tra i professionisti sanitari del Policlinico Ospedale San Martino coinvolti nelle procedure assistenziali dei pazienti COVID-19 deceduti nel periodo 1° marzo- 31 maggio e 1settembre- 31 dicembre 2020.</p> <p>Obiettivo primario dello Studio: analizzare la qualità della fine della vita dei pazienti ricoverati e deceduti per COVID-19 nel periodo 1°marzo/31 maggio e 1° settembre/31 dicembre 2020, attraverso la rilevazione dell’opinione degli operatori del Policlinico San Martino coinvolti nelle procedure assistenziali dei medesimi.</p> <p>Obiettivi secondari dello Studio: confrontare i risultati del periodo 1° marzo/31 maggio 2020 con quelli del periodo 1° settembre/31 dicembre 2020- Confrontare le risposte date dalle diverse figure professionali.</p> <p>Ogni maggiore dettaglio è espresso nel Protocollo dello Studio (Prot. QDFVC - Covid-19 N. Registro CER Liguria: 252/2021 - DB id 11478) a cui si rimanda.</p>
--	--

	<p>2°</p> <p>-Sviluppo dello <u>Studio sulla qualità di fine vita in pazienti deceduti per COVID-19 o altre cause presso l'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, condotto indagando l'opinione dei medici in formazione specialistica che li hanno curati</u>: 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 deceduti nel periodo 1° marzo/31 maggio e 1° settembre/31 dicembre 2020 o deceduti per altre cause durante la propria esperienza professionale.</p> <p>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.</p> <p>Obiettivi secondari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confrontare i risultati del periodo 1° marzo/31 maggio con quelli del periodo 1° settembre/31 dicembre 2020. • Confrontare la qualità di fine vita dei pazienti ricoverati e deceduti per Covid-19 rispetto ai pazienti ricoverati e deceduti per altre cause. • Confrontare le risposte date da medici appartenenti a diverse scuole di specializzazione e diverse aree (servizi, medicina, chirurgia). <p>Ogni maggiore dettaglio è espresso nel Protocollo dello Studio che ha ricevuto parere favorevole dal Comitato Etico Regione Liguria nella seduta del 19/07/2021 (N. Registro CER Liguria: 438/2021 - DB id 11659).</p> <p>3°</p> <p>-<u>Progetto di formazione d'équipe mediante un laboratorio di arteterapia.</u> Le progettualità del prossimo triennio sono strettamente collegate agli eventi rilevati sia durante che dopo l'emergenza sanitaria anche per quanto riguarda la gestione dei team di lavoro. All'interno del Policlinico, è stato progettato ed avviato, nel giugno 2021, un progetto per lo sviluppo del team building attraverso l'arte che è stato esteso al 2022.</p>
<p>Realizzazione della formazione ed informazione necessarie:</p>	<p>-Realizzazione di incontri, riunioni e momenti formativi che hanno permesso la progettazione dei due studi e la richiesta di parere del Comitato Etico Regionale (N. Registro CER Liguria: 252/2021 - DB id 11478 - N. Registro CER Liguria: 438/2021 - DB id 11659).</p>

	-Incontri a piccole equipe per lo svolgimento di arteterapia, con crediti ECM e sistema di valutazione che consiste in un debriefing al termine del secondo e dell'ultimo incontro ed in una valutazione di clima del gruppo.
--	---

Monitoraggio:	Chi:	Quando:	Come:
	U.O. HQA	In sede analisi dei dati per elaborazione dei report annuali inerenti la Gestione del Rischio Clinico	Mediante verifica dettagliata nei Protocolli degli Studi

➤ **VISIONE TRIENNALE**

Visione per il triennio 2022-2024:	<p>-L'analisi dei dati dei due Studi Covid, permetterà l'elaborazione di successivi piani di miglioramento da condividere con tutti gli operatori del Policlinico.</p> <p>-Prosecuzione del Progetto di formazione d'équipe mediante un laboratorio di arteterapia: dall'analisi dei dati che emergeranno potranno essere individuati percorsi successivi a quello intrapreso nel 2021.</p> <p>-Sviluppo di altre due parti, del progetto pilota già avviato, relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Studio "Osservanza dei principi etici secondo l'opinione dei pazienti ricoverati e sopravvissuti al Covid-19 durante la pandemia" che prevede l'aderenza ai principi etici Promotore: Ospedale Policlinico San Martino - IRCCS Sperimentatore Principale/Responsabile Scientifico: Dr.ssa Simona Morganti - Centro Sperimentale: U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP. Ospedale Policlinico San Martino (data approvazione CER 21/02/2022 -N. Registro CER Liguria: 724/2021 - DB id 11981) • Studio finalizzato alla rilevazione dell'opinione dei caregiver, il cui protocollo è in fase di redazione. • Ripresa delle progettualità sul Fine Vita all'interno del Policlinico. • Redazione di brochure informative per i bambini in ambito oncologico, sul rapporto tra bambini e genitori malati per favorire la comprensione della morte. • Favorire l'attuazione di una convenzione, come presente presso l'IRCCS Gaslini, per i pazienti oncologici in età adolescenziale in modo che possano fruire della presenza di insegnanti scolastici all'interno del Policlinico.
------------------------------------	---

GLOSSARIO

AUDIT CLINICO: metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico dell'assistenza prestata con criteri espliciti, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte

A.C.: Azioni Correttive

C.A.R.M.In.A. *Clinical Assessment of Risk Management: an INtegrated Approach*

DMT: (*Disease Management Team*) unità organizzative funzionali multidisciplinari e multiprofessionali finalizzati a coordinare l'approccio alla persona malata secondo percorsi di cura trasversali, superando la logica dell'organizzazione divisionale.

EVENTO AVVERSO: evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".

FMEA: (*Failure Mode Effect Analysis*) metodologia finalizzata all'analisi dei difetti di processi e sistemi

GIP: Gruppo Interdisciplinare di Patologia

HQA: UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP

INCIDENT REPORTING: modalità di raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi, errori, *near miss*, rischi e condizioni non sicure, effettuata volontariamente od obbligatoriamente dagli operatori, con le seguenti caratteristiche: non punitivo, confidenziale, indipendente, analizzato da esperti, tempestivo, orientato al sistema e rispondente.

IO: Istruzione Operativa

NEAR MISS: Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente

PAA: Piano Annuale Attuativo

PC: Presa in Carico

PDTA: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

PEIMAF.: Piano di Emergenza Interna per Massiccio Afflusso di Feriti

PIC: Percorsi Integrati di Cura

PIGIR: Piano Integrato di Gestione della Rischiosità (durata triennale)

PROFILO DELLE COMPETENZE: spiegazione della posizione funzionale con doveri e responsabilità; requisiti per le varie posizioni funzionali (livello formativo atteso, competenze, conoscenze e ogni altro requisito utile al soddisfacimento dei bisogni del paziente).

READ-BACK: la procedura di *read-back* (rilettura del messaggio) si applica alle comunicazioni verbali o telefoniche tra operatori. La persona che riceve le informazioni telefoniche o verbali le trascrive sotto dettatura; una volta finito di scrivere, rilegge ad alta voce quanto scritto e attende conferma dell'esattezza da parte dell'altro operatore.

RISK MANAGER: colui che si occupa di *risk management*, ovvero un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti.

UO: Unità Operativa
