



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

# Piano della qualità

## ANNI 2022-2024



**U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accredimento ed URP**  
Direttore f.f. Dott. Giovanni Orengo – Vice Direttore Dott.ssa Simona Morganti

*Largo Rosanna Benzi, 10 - 16132 Genova*  
[protocollo@pec.hsanmartino.it](mailto:protocollo@pec.hsanmartino.it)

*IRCCS Certificato secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015 Certificato n. 41781/21/S - RINA*  
*Certificato secondo la norma UNI EN ISO 45001:2018 Certificato n. OHS-4459 - RINA*

*Certificate of Accreditation and Designation as Comprehensive Cancer Centre OECD Registered Number RPM N. 0473647634*

## Sommario

1. Premessa	5
1.1. Analisi di contesto	5
1.2. Certificazioni	8
1.3. Ciclo di Deming	9
2. (Plan) Interpretare i Bisogni	10
2.1. Epidemiologia del bacino d'utenza	10
2.2. SWOT Analysis	11
2.2.1. Fonti d'informazione interne	21
2.2.2. Fonti d'informazione esterne	29
2.3. Bisogni macro	31
2.3.1. Etica	31
2.3.2. Risk Based Thinking	32
2.3.3. L'approccio per processi	33
2.4. Relazione tra Bisogni, Mission e Vision	34
3. (Plan)Comprendere l'organizzazione	35
3.1. Il Ministero della Salute	35
3.2. OECl (Organization of European Cancer Institutes)	35
3.3. IAB (International Advisory Board)	37
3.4. ISO UNI EN 9001:2015	37
4. (Do) Pianificare il cambiamento	38
4.1. L'etica nell'Assistenza	38
4.1.1. Revisione Consensi	38
4.1.2. Carta Etica	39
4.1.3. Cure di Fine Vita - Gestione Terapie di supporto	40
4.2. L'etica nell'Insegnamento e nella Formazione	41
4.2.1. Integrazione con Facoltà di scienze mediche	41
4.2.2. Piano triennale della formazione	42

4.3.	L'etica nella Ricerca.....	42
4.3.1.	Carta Etica .....	42
4.3.2.	Integrazione delle diverse linee di ricerca sul Cancro .....	43
4.4.	Il Risk Based Thinking nell'Assistenza .....	43
4.4.1.	Unità di Gestione del Rischio Clinico (UGR) – C.A.R.M.In.A .....	43
4.4.2.	Raccomandazioni: .....	48
4.4.3.	Prevenzione delle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali (ICA) .....	49
4.4.4.	Corretta Gestione del Fine Vita .....	49
4.5.	Il Risk Based Thinking nell'Insegnamento .....	50
4.5.1.	Integrazione con Facoltà di scienze mediche .....	50
4.5.2.	Corsi di Formazione .....	50
4.6.	Il Risk Based Thinking nella Ricerca .....	51
4.6.1.	Eventi Avversi .....	51
4.6.2.	Integrazione con Facoltà di scienze mediche .....	51
4.6.3.	Corsi di Formazione .....	52
4.7.	L'approccio per processi nell'Assistenza .....	53
4.7.1.	Implementazione dei DMT-GIP .....	53
4.7.2.	L'ospedale organizzato per livelli omogenei di intensità di cura .....	54
4.8.	L'approccio per processi nell'Insegnamento .....	54
4.8.1.	Integrazione con Facoltà di scienze mediche .....	54
4.8.2.	Piano della Formazione .....	54
4.9.	L'approccio per processi nella Ricerca .....	55
5.	(Check) Il monitoraggio .....	56
5.1.	Gli audit di Sistema secondo la norma ISO .....	56
5.2.	“Improvement action plan” accreditamento OECl .....	57
5.3.	Gli Audit Clinici .....	59
6.	(Act) L'implementazione del cambiamento .....	61
6.1.	Le progettualità Strutturali e architettoniche avviate .....	61
6.2.	I cambiamenti organizzativi .....	61

## Premessa

---

6.3.	L'evoluzione dei sistemi informativi .....	63
6.4.	L'attenzione alla quotidianità .....	64
6.5.	L'ospedale organizzato per livelli omogenei di intensità di cure .....	65

# 1. Premessa

## 1.1. Analisi di contesto

A seguito della dichiarazione di "stato di pandemia da SARS-COV-2" dell'OMS dell'11 marzo 2020, l'Istituto ha messo in atto cambiamenti organizzativi relativamente ai processi, ai percorsi, alle modalità di comunicazione e ha avviato progetti di Ricerca con l'obiettivo primario di fornire la migliore assistenza possibile ai pazienti e la migliore risposta all'emergenza sanitaria pandemica. La ri-organizzazione delle attività, la soppressione di prestazioni e DRG, la ri-destinazione del personale hanno modificato in modo sostanziale l'attività di questo ultimo biennio.

A fronte di questi cambiamenti, il Piano triennale della Qualità del triennio precedente 2019-2021 aveva evidenziato alcune resistenze interne ed esterne che è tutt'ora utile considerare:

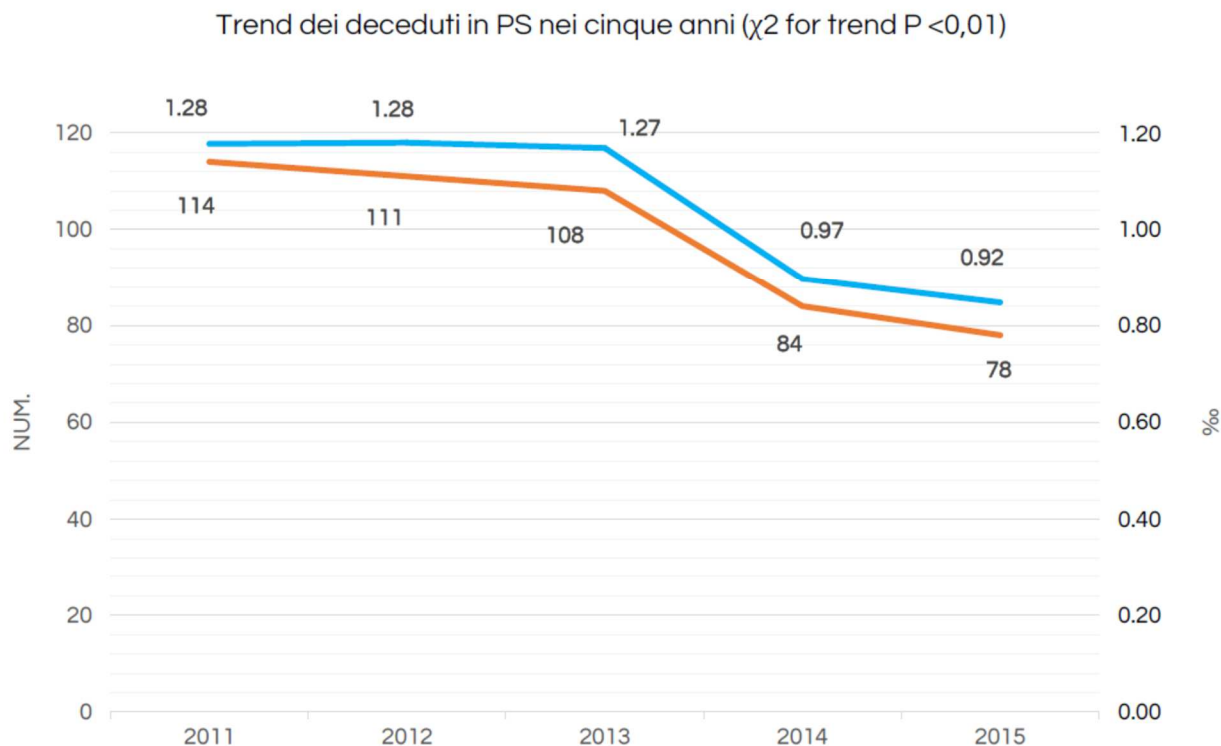
### 1. Insegnamento e Formazione

Nei percorsi formativi esiste a tutt'oggi un'oggettiva difficoltà ad osmotizzare il SSR e la scuola di scienze mediche e farmaceutiche. Un passo fondamentale per riconoscere all'Istituto questo ruolo di riferimento, dovrebbe essere quello di coinvolgere le migliori competenze del SSR nella realizzazione di questi percorsi rendendo da un lato molto più multidisciplinare l'approccio formativo e d'altro lato facilitando una diversa percezione del mondo accademico presso i nostri professionisti, orientata alla valorizzazione dell'Università come una straordinaria opportunità di crescita non solamente per il SSR Ligure, ma anche per la Città di Genova e per l'intera Regione Liguria. L'accordo intorno al Protocollo Generale d'Intesa rappresenta un passaggio fondamentale in questa direzione.

### 2. Emergenza Urgenza

L'Istituto rappresenta, nell'immaginario dei Liguri e dei Genovesi in particolare, l'ambito del Sistema Sanitario presso cui tutte le risposte ai bisogni urgenti e, per le carenze altrui, anche per quelle non urgenti trovano una risposta. È il luogo dove molti liguri trascorrono le ultime ore della loro vita, a volte in condizioni strutturali disagiate, sempre assistiti da uomini e donne consapevoli del loro fondamentale ruolo; come si può evincere dal grafico sottostante un significativo numero di persone con una diagnosi oncologica giunge ogni anno al DEA del Policlinico. La crescente attenzione a questo tema che l'Istituto ha posto in questi ultimi anni ha permesso di realizzare una riduzione significativa di questi eventi.

*Il Contesto è l'insieme degli interessi che si catalizzano intorno all'istituto e di cui occorre avere consapevolezza per operare con efficacia*



**Deceduti totali nei 5 anni in studio: 495**

È intenzione di questa direzione proseguire, d'intesa con la direzione di ASL 3 l'attivazione di percorsi di maggiore integrazione tra cure palliative, domiciliarità e Hospice, coinvolgendo evidentemente anche l'associazione Gigi Ghirotti, con lo scopo di garantire la necessaria dignità che questi pazienti meritano.

Nonostante l'evento globale della pandemia da Covid-19 che ha comportato enormi pressioni in ogni ambito dell'Istituto e da cui sono originati profondi cambiamenti clinici, organizzativi e strutturali che hanno coinvolto in primis il DEA, pochissimi sono i reclami e ancora meno rappresentato è il contenzioso che matura all'interno del DEA, segno di fiducia e di disponibilità dei cittadini ad accettare le contraddizioni e le emergenze impreviste che il sistema si è trovato e tutt'ora si trova a dover contenere. Sia dall'interno dell'Istituto, sia soprattutto dall'esterno questa chiave interpretativa del DEA San Martino è raramente utilizzata. Generalmente si tende a cogliere gli indiscutibili aspetti clinico-organizzativo-strutturali che necessitano di interventi e si tollerano storture organizzative all'interno della rete dell'emergenza-urgenza



Maggio 2015:  
certificato OECI e  
designazione CCC

Novembre 2015:  
certificato ISO  
9001>2015

Giugno 2016:  
Accreditato dal  
Ministero della Salute  
e da EURACAN per i  
tumori rari

Giugno 2016:  
Accreditato dal  
Ministero della Salute  
per le malattie rare

metropolitana e regionale che, per garantire l'esistenza in vita di realtà non solamente inutili ma in alcuni casi anche pericolose, mettono in difficoltà l'integrità dei percorsi di cura che faticosamente si stanno realizzando.

In questa direzione quindi il DEA rappresenta per il Policlinico una prova di resilienza per quanto attiene l'integrazione dei percorsi delle urgenze reali e delle situazioni che chiedono risposte che non riescono a trovare da nessun'altra parte, e la vocazione dell'Istituto alla gestione dell'elezione nelle aree per le quali l'Istituto stesso si propone come spazio e tempo di realizzazione della cosiddetta "eccellenza".

### 3. Ricerca e Innovazione

L'Istituto è stato riconosciuto, in prima battuta da Regione Liguria e quindi a più riprese dal Ministero e dal network europeo di OECI, come la struttura del SSR ligure dove la ricerca e l'innovazione, in campo oncologico, si integrano con l'assistenza e la didattica. Certamente molto deve essere ancora fatto, ma occorre ricordare che esistono presso il San Martino gruppi di ricerca in ambito oncologico e anche non oncologico di rilevanza internazionale che garantiscono prestigio e accesso a finanziamenti per l'intera struttura.

Poiché la ricerca in ambito sanitario non è prerogativa esclusiva dell'Istituto, ci sembra importante che i contenuti e il metodo di progettazione e gestione dei principali progetti di ricerca debbano essere discussi e condivisi nelle sedi Regionali con tutti gli attori del Sistema coinvolti, con gli IRCCS e con Università.

### 4. Ricerca Oncologica (Carattere di Scientificità dell'Istituto)

L'Istituto in questa direzione deve fare ancora molta strada:

- necessita di strutturarsi meglio per offrire ai propri ricercatori un terreno che faciliti lo sviluppo di progettualità,
- deve giungere rapidamente ad un'intesa con l'Università per governare in modo omogeneo e razionale la ricerca
- per offrire agli utenti del SSR omogenee opportunità di accedere a trials clinici.

La più precisa e puntuale definizione di questi tre aspetti rappresenta il punto di partenza necessario per garantire all'Istituto la necessaria autorevolezza in ambito Regionale.

### 5. HUB regionale

Il ruolo di HUB Regionale viene comunemente riconosciuto e in alcune circostanze sembra essere così implicito alla natura dell'Istituto al punto da essere dato per scontato. Infatti, le funzioni di alta complessità assistenziale che comunemente vengono svolte in emergenza (Percorso "ICTUS giallo", Cardio Chirurgia, Neuro Traumatologia, Chirurgia Vascolare, ecc.), la Multidisciplinarietà e Multiprofessionalità

che si realizza nei DMT, le funzioni di supporto e palliative che si integrano nel “Supportive and Palliative Care Team”, per fare alcuni esempi, rappresentano valore aggiunto che, proprio a fronte dei relativi costi aggiuntivi facilmente rendicontabili, necessitano di un’adeguata valorizzazione.

Già oggi, in alcuni casi, i nostri DMT oncologici (DMT linfomi) vengono giustamente utilizzati anche da professionisti di altre strutture pubbliche del SSR per realizzare scelte cliniche su casi particolarmente complessi. È infatti compito dell’Istituto offrire modalità organizzative moderne di integrazione di competenze disciplinari diverse, di conoscenze professionali complementari e metterle a disposizione di tutti gli attori del Sistema Sanitario. Il cammino è iniziato con l’oncologia e con lo sviluppo del Modello organizzativo dei DMT e si è rapidamente diffuso in Istituto con l’avvio di esperienze multidisciplinari non oncologiche come quelle relative a:

- GIP OSAS per la gestione delle apnee notturne,
- GIP per la gestione delle sclerosi sistemiche
- GIP per la gestione delle malattie vascolari aortiche
- DMT delle malattie neurovascolari di prossima implementazione

*Maggio 2015:  
Certificazione  
OECl come  
Comprehensive  
Cancer Center.*

*Novembre 2015:  
Certificazione  
ISO 9001:2015*

*Giugno 2016:  
Certificazione  
EURACAN per la  
gestione dei  
Tumori rari*

## 1.2. Certificazioni

A volte il concetto di qualità viene confuso con quello delle certificazioni che vengono acquisite. In effetti esiste un rapporto tra le due cose ma è indubbio che il concetto di qualità non può essere sovrapposto a quello delle certificazioni. Il percorso per l’ottenimento dell’accreditamento come Comprehensive Cancer Centre effettuato con OECl. la certificazione aziendale ISO 9001:2015 e ISO 45000:2018, hanno contribuito ad individuare con precisione le aree di miglioramento su cui la struttura ha iniziato il cammino di miglioramento.

L’ulteriore opportunità che deriva dall’impegno prodotto dai vari settori dell’Istituto per il raggiungimento delle certificazioni è costituita dall’acquisizione della consapevolezza da parte di tutti i soggetti coinvolti del proprio e dell’altrui ruolo all’interno dell’organizzazione per il raggiungimento degli obiettivi e per la realizzazione della *vision* aziendale.

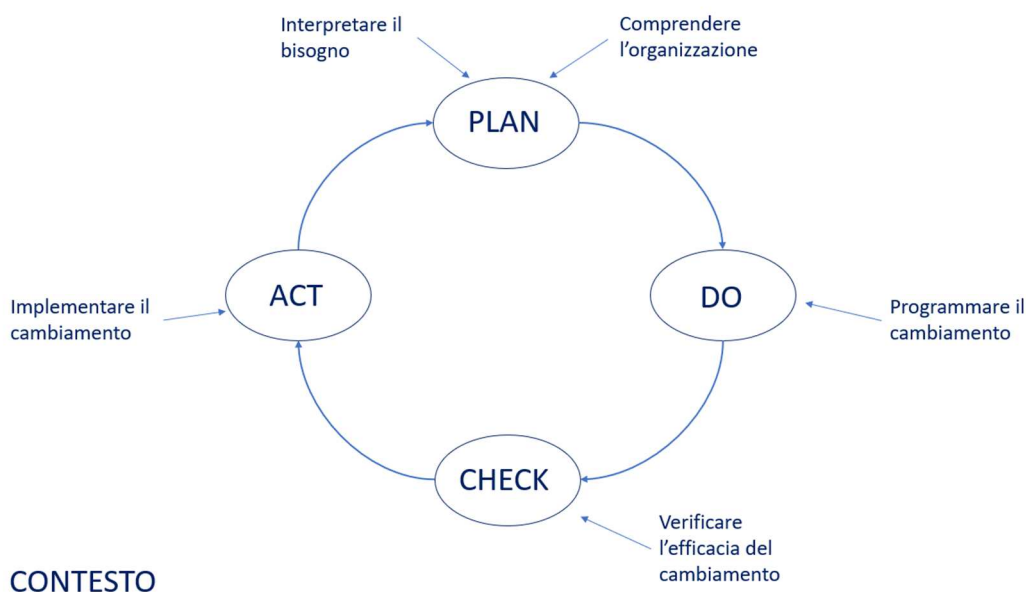


## 1.3. Ciclo di Deming

Entrambi i percorsi certificativi citati basano la loro efficacia sull'applicazione del ciclo di Deming che per il nostro Istituto può essere riassunto nelle seguenti 4 Fasi:

- Plan
  - Interpretare i Bisogni
  - Comprendere l'organizzazione
- Do
  - Pianificare il cambiamento
- Check
  - Verificarne l'efficacia
- Act
  - Stabilizzare il cambiamento

Il presente piano della qualità è generato a partire da questa metodologia con una particolare enfasi attribuita alla comprensione della rischiosità intrinseca del sistema che, durante la giornata della presentazione delle politiche della qualità, ha visto un ulteriore approfondimento attraverso la somministrazione ai presenti di un Questionario SWOT le cui risultanze verranno descritte nel capitolo "Interpretare i bisogni".



# 2.(Plan) Interpretare i Bisogni

## 2.1. Epidemiologia del bacino d'utenza

Come noto la popolazione ligure è anziana con un indice di vecchiaia di circa 2,6, aggiornato al 1 gennaio 2021 (2,6 anziani over 65 per ogni giovane under 14).

Questa composizione, oltre alle ovvie conseguenze sul piano dello sviluppo della comunità, presenta delle conseguenze importanti sul piano della domanda di prestazioni sanitarie.

Il nostro Istituto intercetta i bisogni tipici di questa popolazione e ha tutte le caratteristiche per soddisfare una domanda di salute articolata perché complessa e multifattoriale. La sfida che abbiamo davanti a noi è quella di ipotizzare percorsi di cura per pazienti comorbidi che superano i limiti angusti dei classici PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) descritti per ogni singola patologia con la precisione asettica derivante dalla presunzione di trovarci di fronte ad una patologia piuttosto che ad una persona ammalata, spesso affetta da molteplici condizioni morbose.

Ci è stato detto dall'International Advisory Board che la casistica oncologica che noi trattiamo è, in Europa, quantitativamente fra le più importanti. Questo trend è destinato a crescere significativamente almeno fino a quando la generazione dei babyboomer non si esaurirà. Verosimilmente abbiamo di fronte ancora 30 anni durante i quali dovremo presidiare l'offerta oltre che sul piano qualitativo anche sul piano della quantità di persone da prendere in carico.

Le sfide che, a fronte di questa composizione del bisogno di salute, si propongono al nostro Istituto sono rappresentate dalla necessità di affrontare alcune categorie nuove (almeno per noi), attraverso l'implementazione clinico organizzativa di modelli gestionali che, oltre a rappresentare l'utile forma di una nuova offerta di salute, rappresentano i nuovi contenuti sui quali l'Istituto stesso si gioca la credibilità futura. In particolare categorie come:

- la Multidisciplinarietà
- la Multiprofessionalità
- la Multisetorialità
- la Presa in Carico

trovano la piena realizzazione all'interno del modello organizzativo dei DMT – GIP.



*Il bisogno di salute (così come quello di istruzione) fa parte della categoria dei cosiddetti bisogni meritori, cioè bisogni privati soddisfatti dallo Stato perché fondamentali per la collettività e il suo benessere.*

### 2.2. SWOT Analysis

L'analisi SWOT (Strengths: Punti di Forza; Weaknesses: Punti di Debolezza; Opportunities: Opportunità; Threats: Minacce) è una delle metodologie certamente più diffuse per l'analisi di contesti economico-territoriali, così come per la valutazione di piani, progetti e programmi.

Si tratta di un procedimento che consente di rendere sistematiche e fruibili le informazioni raccolte in forma idonea per impostare o modificare le strategie aziendali. Infatti, attraverso l'analisi SWOT è possibile palesare i punti di forza e i punti di debolezza del sistema interno al fine di far emergere quelli capaci di favorire oppure ostacolare, il perseguimento degli obiettivi. Inoltre, dal punto di vista dei clienti/utenti, permette di rendere evidenti le opportunità e le minacce che la stessa utenza percepisce nel rapporto con la struttura. Più specificamente l'analisi SWOT permette di comprendere gli aspetti più forti e quelli più deboli su cui lavorare in funzione della percezione che l'organizzazione ha di sé e della percezione che il cliente/mondo esterno nutre nei confronti dell'organizzazione stessa.

Nel biennio 2018 – 2019 sono state analizzate **115** SWOT (115 UU.OO. su circa 120 UU.OO. quindi il 95,8%)

SWOT	N° VOCI
MINACCE	377
PUNTI DI DEBOLEZZA	493
PUNTI DI FORZA	705
OPPORTUNITA'	447
<b>TOTALE VOCI</b>	<b>2022</b>

Nel biennio 2020 -2021 sono state analizzate n. **82** SWOT (82 UU.OO. su circa 120 UU.OO. quindi il 68%).

SWOT	N° VOCI
MINACCE	294
PUNTI DI DEBOLEZZA	396
PUNTI DI FORZA	580
OPPORTUNITA'	370
<b>TOTALE VOCI</b>	<b>1640</b>

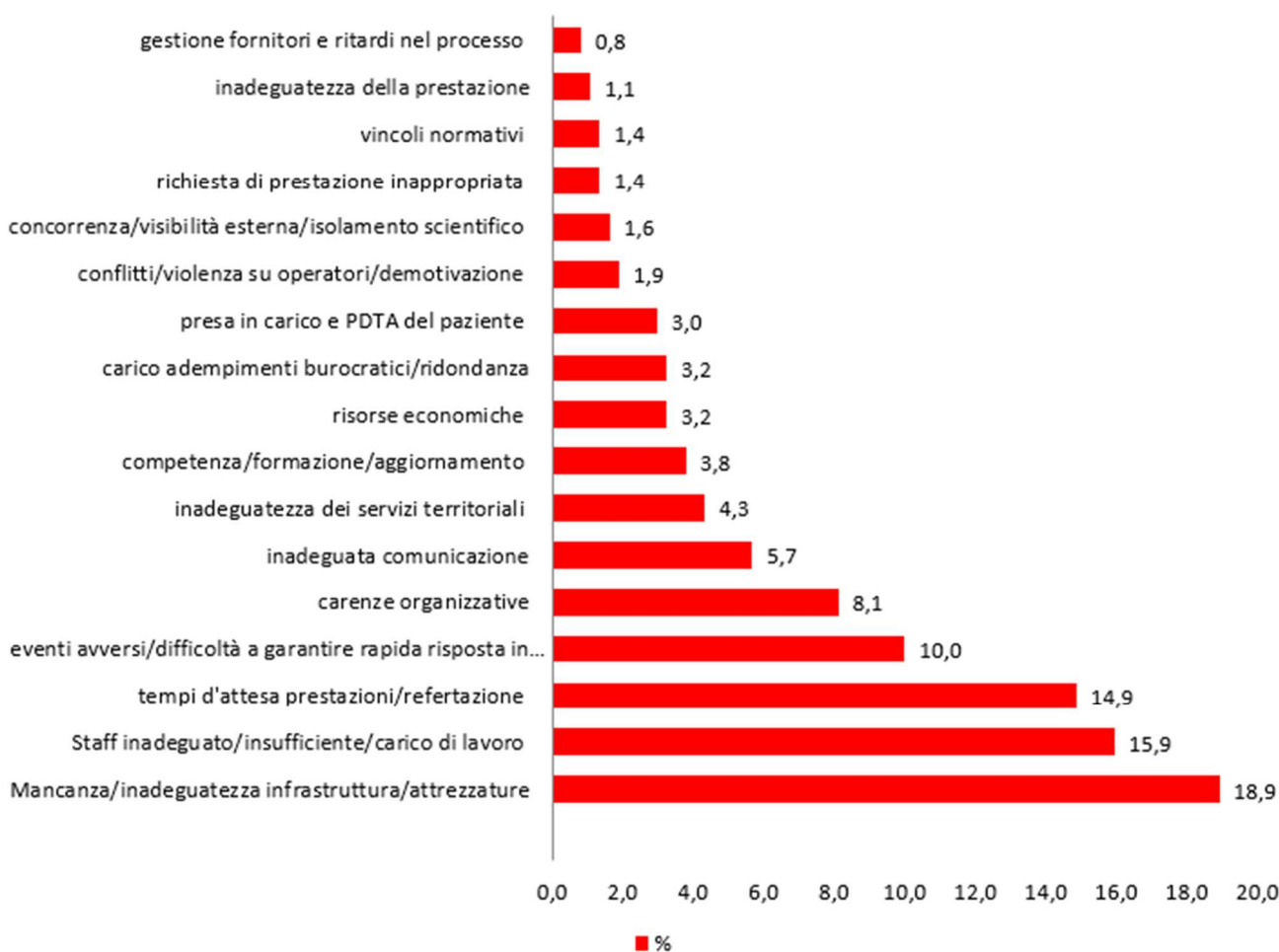
*Risk Based Thinking: l'analisi dei rischi e delle opportunità rappresenta la base della pianificazione*

*[Punto A4 norma ISO 9001:2015 Sistema di gestione per la qualità]*

## (Plan) Interpretare i Bisogni

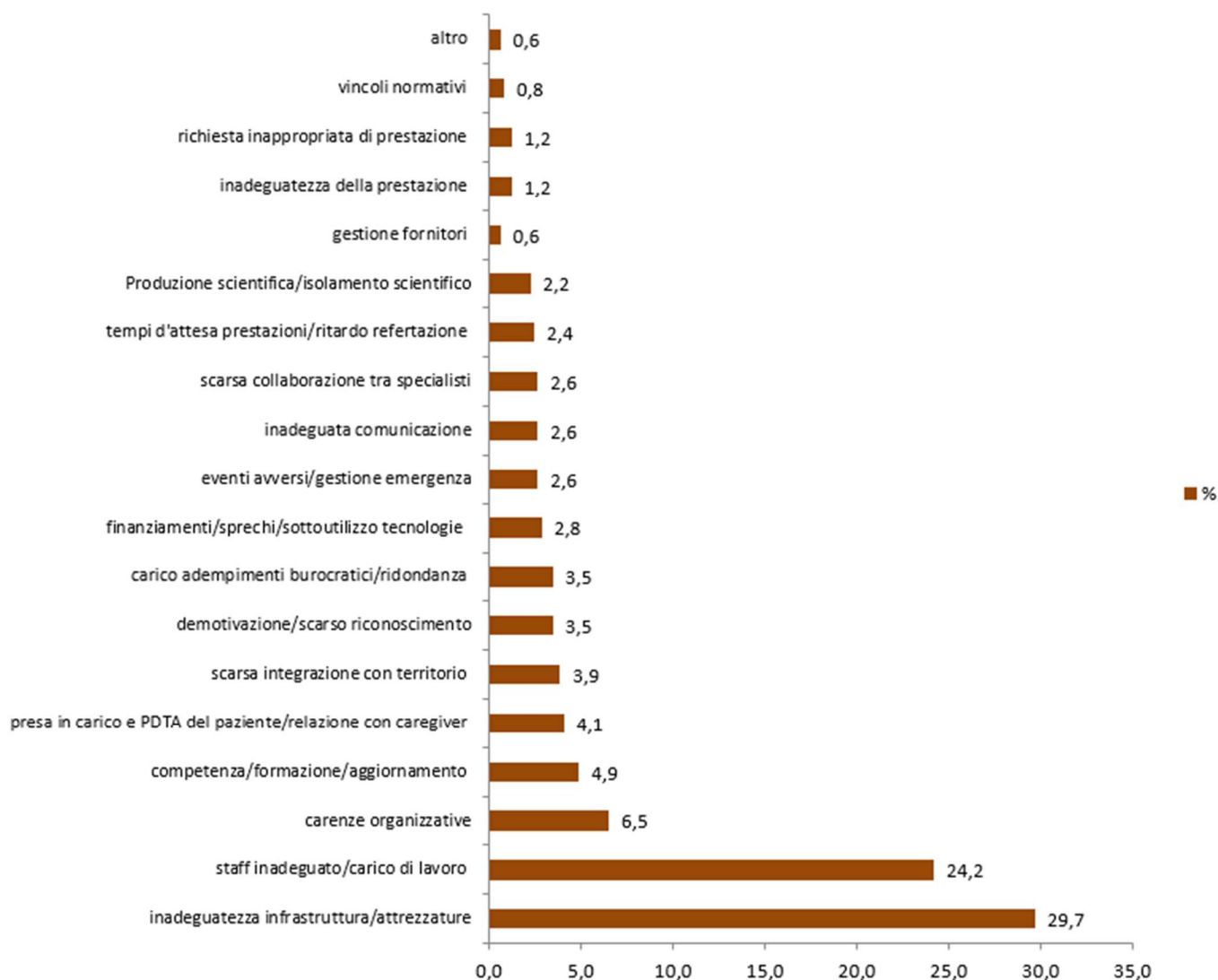
I Grafici successivi rappresentano le minacce e i punti di debolezza che sono stati scelti dai compilatori del questionario pensando alla propria esperienza di operatori del “S. Martino” nel biennio 2018-2019.

### SWOT Aziendale 2019: Minacce



Le minacce maggiormente segnalate sono state: la mancanza o l'inadeguatezza delle infrastrutture, lo staff inadeguato per il carico di lavoro, i tempi di attesa o refertazione troppo lunghi, la difficoltà a garantire una rapida risposta in emergenza e le carenze organizzative e comunicative.

### SWOT AZIENDALE 2019 - PUNTI DI DEBOLEZZA

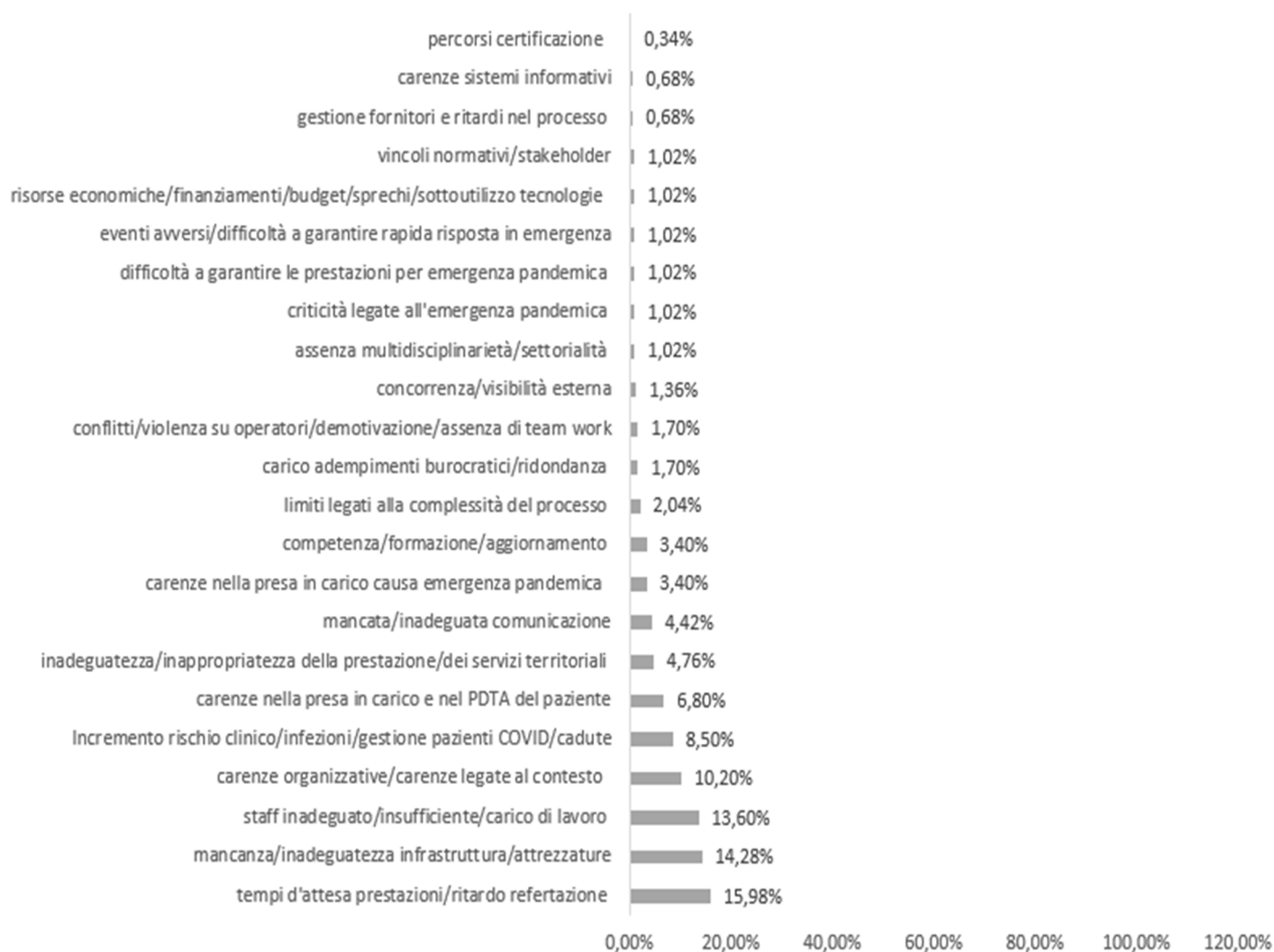


I punti di debolezza più citati, hanno riguardato, come per le minacce, l'inadeguatezza delle infrastrutture e dello staff, oltre alle carenze organizzative e alla carenza di formazione e aggiornamento del personale.

## (Plan) Interpretare i Bisogni

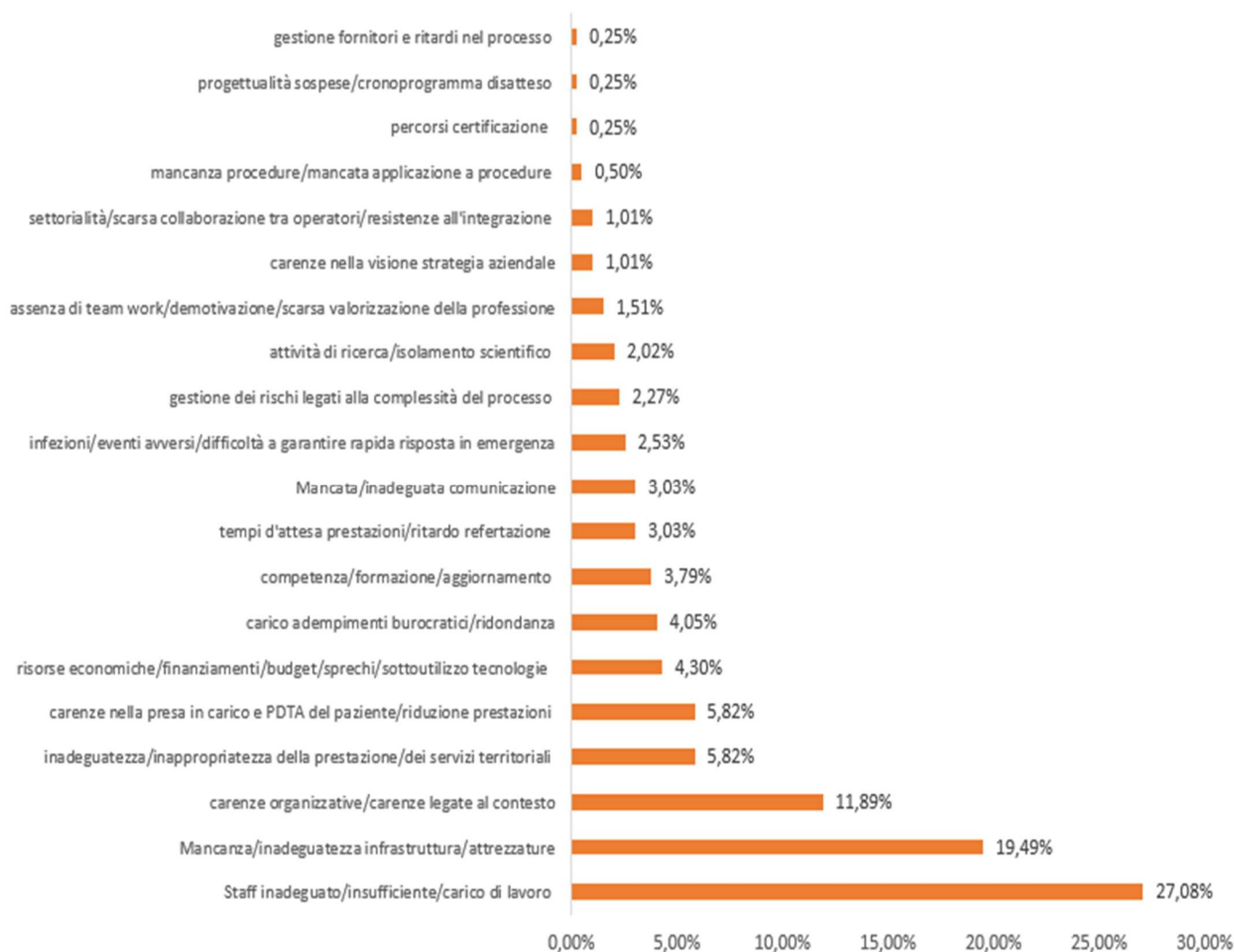
I Grafici successivi rappresentano le minacce e punti di debolezza che sono stati scelti dai compilatori del questionario pensando alla propria esperienza di operatori del “S. Martino” nel biennio 2020-2021.

### SWOT AZIENDALE 2021 – MINACCE



Le minacce segnalate con maggiore frequenza nel 2021 sono state quelle legate ai tempi di attesa e ritardo nelle prestazioni, alla mancanza delle infrastrutture e alle carenze organizzative e di personale. Oltre queste appena citate, che sono in linea con quelle evidenziate nel 2019, si è evidenziato un incremento del rischio clinico dovuto a infezioni, gestione dei pazienti Covid+ e cadute.

### SWOT AZIENDALE 2021 – PUNTI DI DEBOLEZZA



I punti di debolezza del biennio 2020-2021 hanno confermato la l'inadeguatezza delle infrastrutture e dello staff, oltre alle carenze organizzative, con un aumento della percezione delle carenze legate ai servizi territoriali.

## (Plan) Interpretare i Bisogni

L'analisi dei risultati è stata condotta raggruppando il totale delle voci all'interno di categorie prestabilite.

Alcune categorie sono state adattate a comprendere le voci inerenti al contestuale incombere della Pandemia da Covid-19 nel 2020. Ad esempio, tra queste sono state adattate per comprendere al proprio interno voci inerenti all'emergenza in atto: carenze organizzative e legate al contesto, incremento del rischio nella gestione dei pazienti covid+, progettualità sospese, difficoltà a garantire una rapida risposta all'emergenza. Allo stesso modo, alcune di queste categorie come ad esempio l'aumento dei tempi di attesa e di refertazione, il carico di lavoro eccessivo e le carenze organizzative segnalate nel biennio 2020-2021, possono essere in parte spiegate dall'emergenza pandemica.

Le azioni mirate al contenimento delle minacce e al rafforzamento dei punti di debolezza sono descritte nel contesto della Relazione dell'Unità di gestione del rischio (U.G.R.) relativa al triennio 2018-2020, pubblicata sul sito web aziendale del Policlinico.

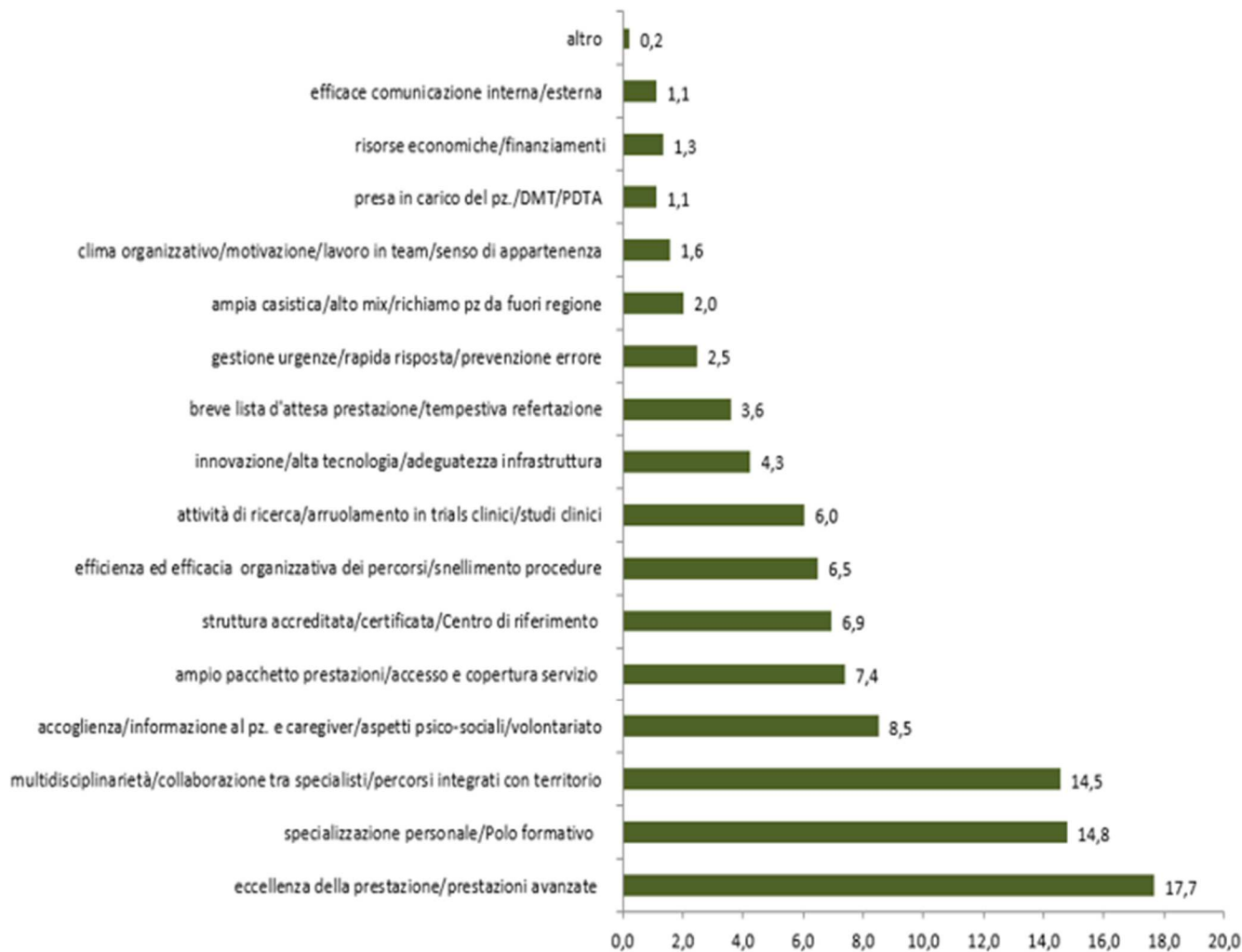
Le **opportunità**, intese come la percezione che l'utenza ha della positività dell'Istituto, sono rappresentate: dalla competenza del personale, dal fatto di essere strutturati per affrontare in modo articolato tutte le principali urgenze (il DEA quindi viene considerato una struttura rassicurante), dall'idea che ricerca e innovazione rappresentino un elemento di qualità aggiuntivo e dalla consapevolezza che i volumi di attività trattati siano garanzia di standardizzazione delle procedure (vastità della casistica).

Analizzando i **punti di forza**, da entrambe le analisi SWOT 2019 e 2021, emerge in modo omogeneo e condiviso dal personale delle UU.OO., come la multidisciplinarietà rappresenti il grande valore aggiunto del nostro Istituto. L'opportunità di lavorare per processi, in ambiente multidisciplinare e multiprofessionale, che l'Istituto ha reso possibile ufficializzando il modello organizzativo dei DMT, è stata percepita come cruciale per la crescita complessiva del Sistema San Martino – IST. Gli altri aspetti valorizzati come punti di forza sono rappresentati dal fatto di essere un IRCCS e un Policlinico che, considerando il lungo e complicato cammino realizzato da settembre 2011, non poteva essere dato per scontato; in questa direzione la voglia di affermare il ruolo del San Martino – IST come domicilio della ricerca medica può essere considerata una logica conseguenza. In particolare dalla SWOT 2021 i punti di forza maggiormente percepiti sono: la capacità di offrire una prestazione d'eccellenza (17,4%), la competenza e l'alta specializzazione dei professionisti (10,5%), l'essere riconosciuti quali centri di riferimento (9,48%), la capacità di prendere in carico i pazienti (8,44%), l'incremento dell'attività scientifica (7,4%) e la multidisciplinarietà (7,24%).

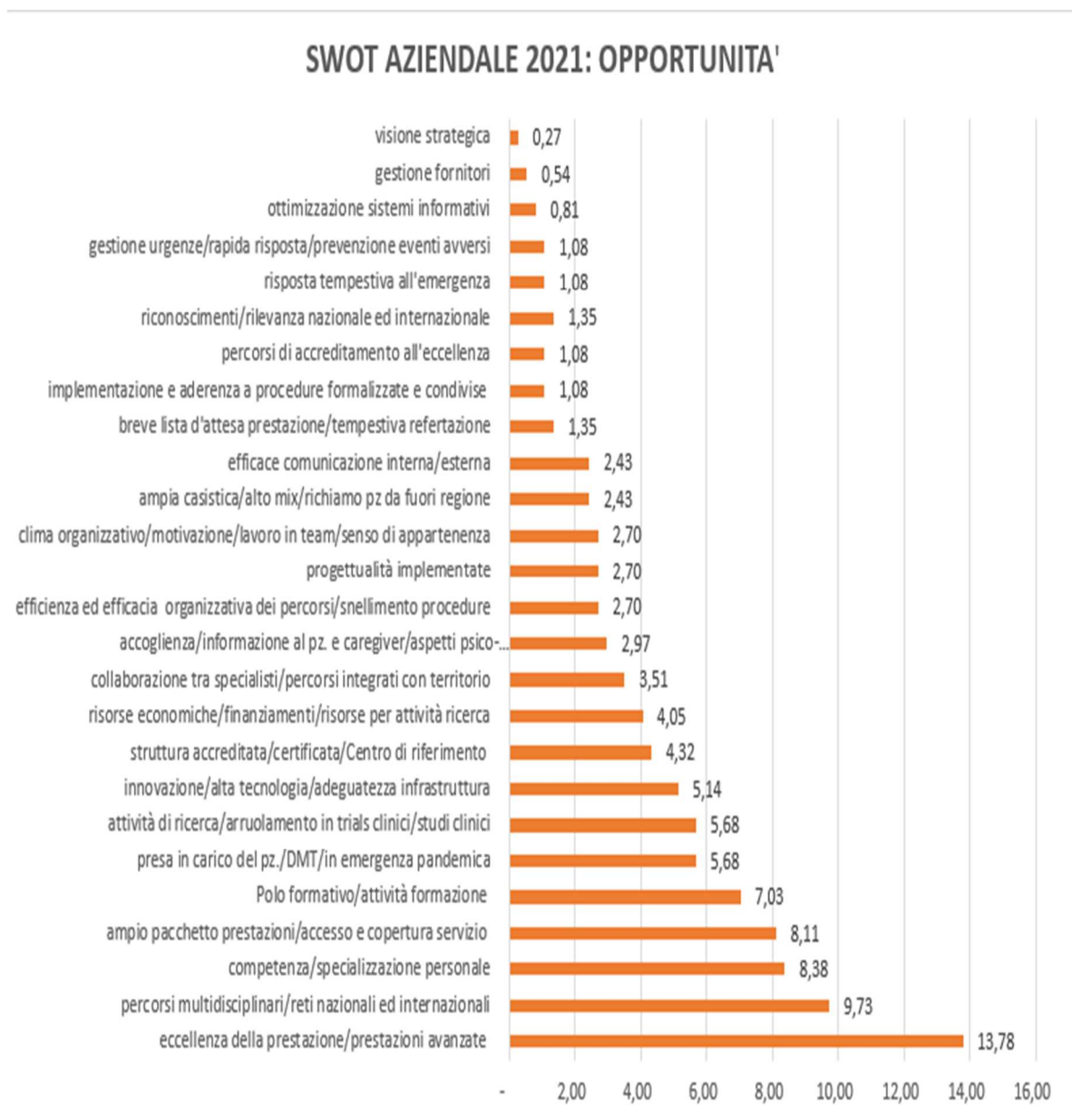


## (Plan) Interpretare i Bisogni

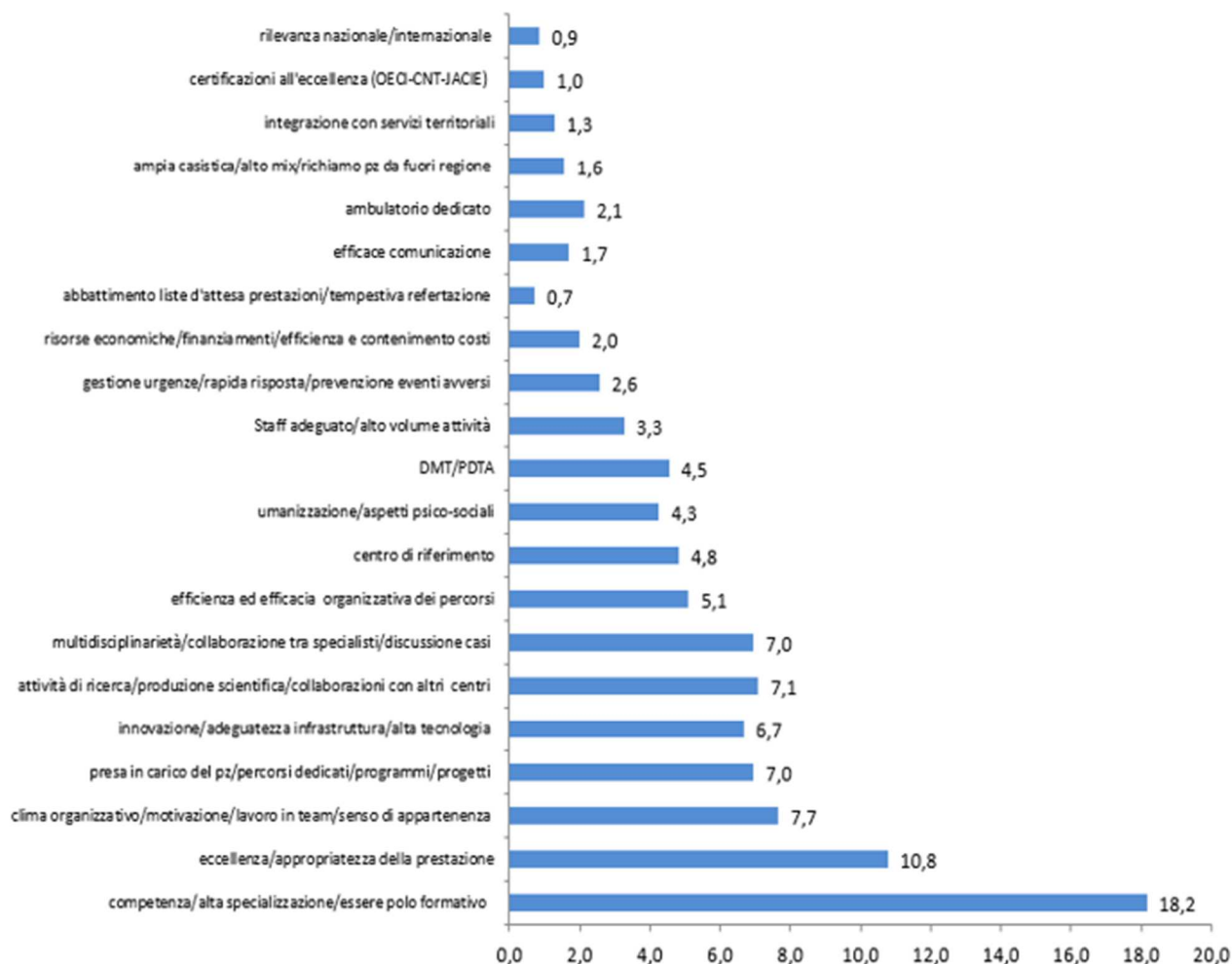
### SWOT Aziendale 2019: Opportunità



## (Plan) Interpretare i Bisogni

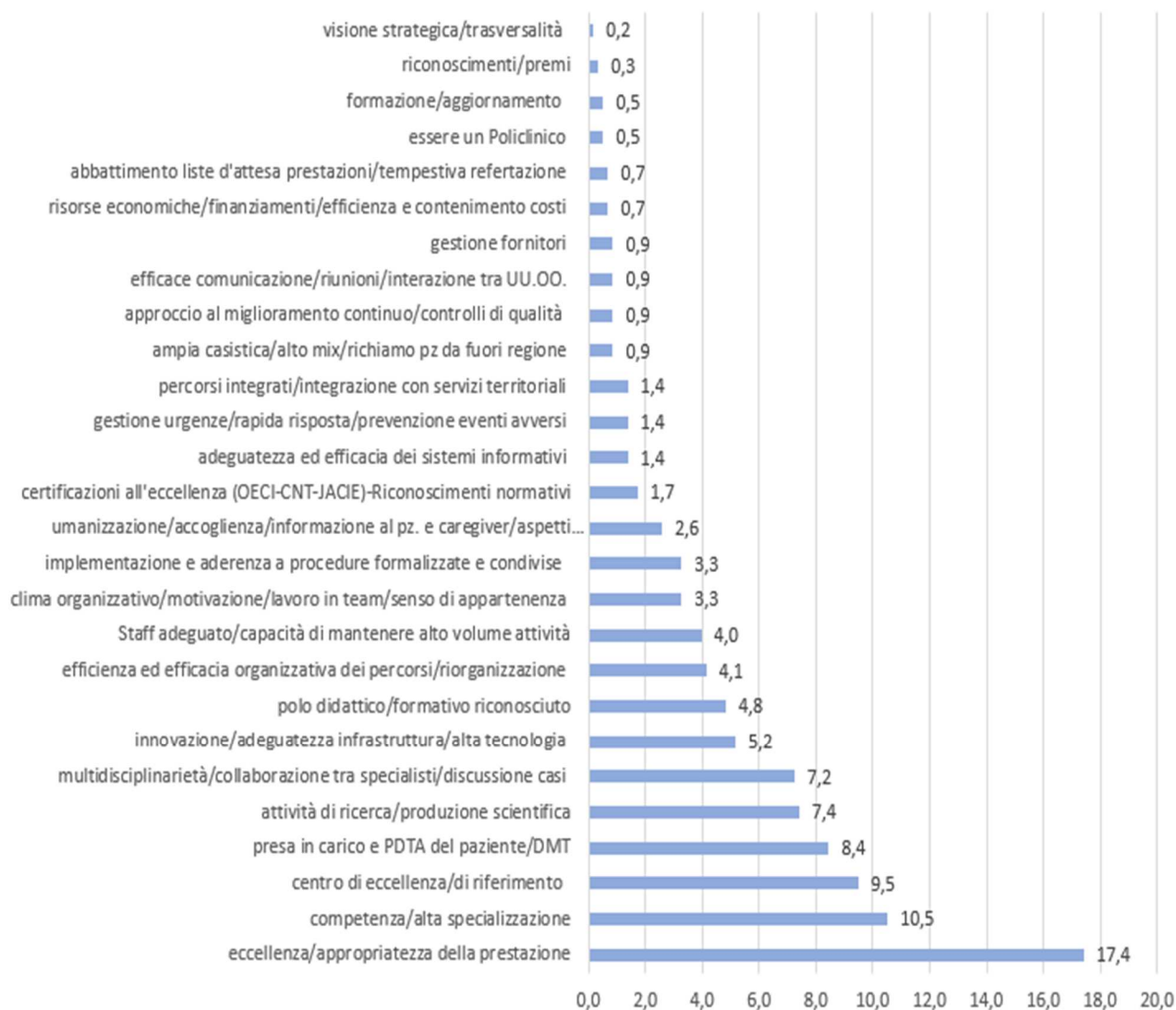


### SWOT Aziendale 2019: Punti di forza



## (Plan) Interpretare i Bisogni

### SWOT AZIENDALE 2021: Punti di Forza



Possiamo utilizzare le risultanze di questa analisi orientando in modo più deciso lo sforzo di programmazione in direzione del consolidamento del modello organizzativo dei DMT – GIP, per consolidare le infrastrutture degli uffici della ricerca come già dettagliato nell'azione precedente dell'improvement plan redatto a seguito della visita di OEI, per rendere più visibile l'istituto per le sue caratteristiche di Comprehensive Cancer Center.

Probabilmente necessitiamo di introdurre modalità organizzative innovative anche al fine di ridurre l'attuale pressione su personale "anziano" e quantitativamente carente per le classiche

## (Plan) Interpretare i Bisogni

modalità di offerta delle prestazioni, politiche di gestione del personale che tengano in considerazione la possibilità di trattenere le migliori e più giovani competenze che, anche grazie alla presenza dei corsi di formazione Universitari, riusciamo a costruirci.

Riteniamo questa analisi il punto di partenza sia per rispondere alle osservazioni mosse dall'organismo di certificazione sia per impostare una strategia nuova che rilanci l'Istituto a livello Regionale, Nazionale ed Europeo.

### 2.2.1. Fonti d'informazioni interne

Tutti i soggetti coinvolti a vario titolo nel funzionamento dell'Istituto rappresentano potenziali stazioni emittenti di segnali da cogliere, comprendere e analizzare per avviare continue azioni di miglioramento.

All'interno dell'Istituto sono formalizzati diversi sistemi di segnalazione di punti di forza e di debolezza. In particolare:

#### 2.2.1.1. URP: gestione reclami, lodi e suggerimenti

L'articolo 8 della legge 150 del 2000 riafferma i principi generali di garantire la trasparenza amministrativa e la qualità dei servizi, e di fornire uno strumento organizzativo adeguato alle esigenze di attuazione delle funzioni di comunicazione istituzionale e contatto con i cittadini espressi dal d.lgs. n°29 del 1993 e amplia e delinea le funzioni dell'URP.

- **Empowerment e comunicazione:**

L'elemento che maggiormente ricorre nei reclami che i nostri utenti ci rivolgono riguarda il bisogno di essere ascoltati e rassicurati riguardo al percorso clinico organizzativo che loro o i loro cari stanno per intraprendere o hanno già di fatto iniziato. L'aspetto che emerge particolarmente è il contrasto tra la richiesta sacrosanta di partecipare alle decisioni cliniche che riguardano la loro salute e la difficoltà che alcuni settori dell'Istituto ancora presentano a comprendere che il cittadino utente è il soggetto che in ultima analisi decide, nei limiti delle conoscenze e delle prove di efficacia disponibili, che cosa potrà o non potrà essere realizzato per e su di lui/lei.

- **Umanizzazione delle cure:**

Ricorre sempre più frequentemente il tema dell'attenzione agli aspetti meno tecnici dei diversi percorsi di cura e sempre più collegati agli aspetti di umanizzazione, ad aspetti legati alla affermazione della propria dignità, alla ricerca di aspetti narrativi del percorso terapeutico. Il tema dell'umanizzazione delle cure si accompagna frequentemente alla ricerca di attenzione alla dignità propria o dei propri cari nelle fasi



L'attenzione ai segnali che provengono dall'esterno è il punto di partenza per una attenta gestione della rischiosità

## (Plan) Interpretare i Bisogni

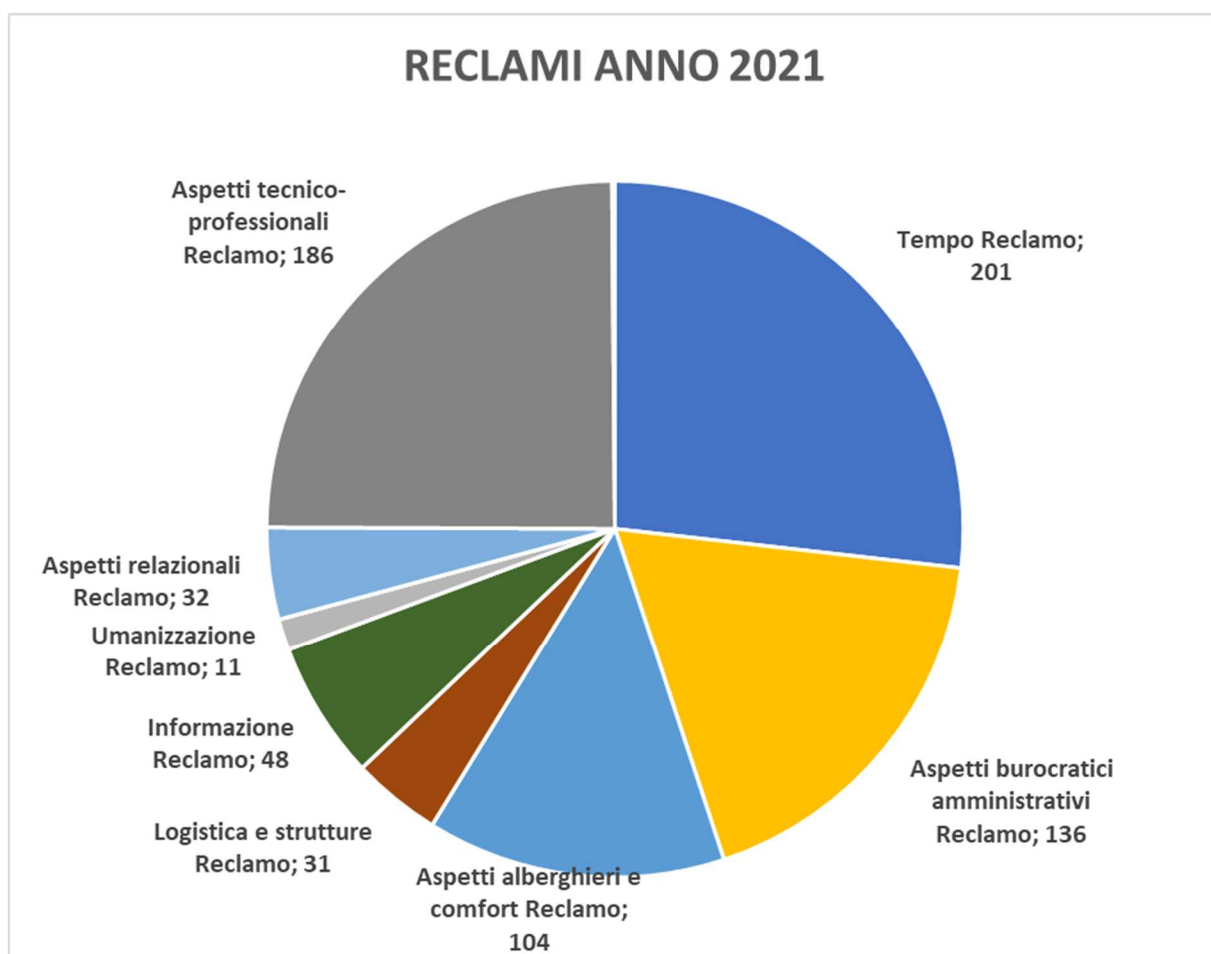
del fine vita o nelle cure palliative e di supporto che i pazienti affetti da lunghe e complesse cronicità necessitano.

- **Aspetti professionali e rischiosità:**

Mentre per aspetti alberghieri e logistici appare comprensibile un certo disappunto, soprattutto in considerazione delle ricontrattazioni dei principali appalti di servizi secondari alla revisione della spesa, gli aspetti tecnico professionali necessitano di una riflessione più generale sulla necessità di presidiare la rischiosità intrinseca del sistema con la rigorosa applicazione di politiche di gestione del rischio clinico ancor più pervasive delle attuali.

I reclami pervenuti all'URP nel 2021 sono stati 749, suddivisi nelle seguenti categorie:

## (Plan) Interpretare i Bisogni



### **2.2.1.2. Comitati Gestione Sinistri, Metropolitano e Regionale**

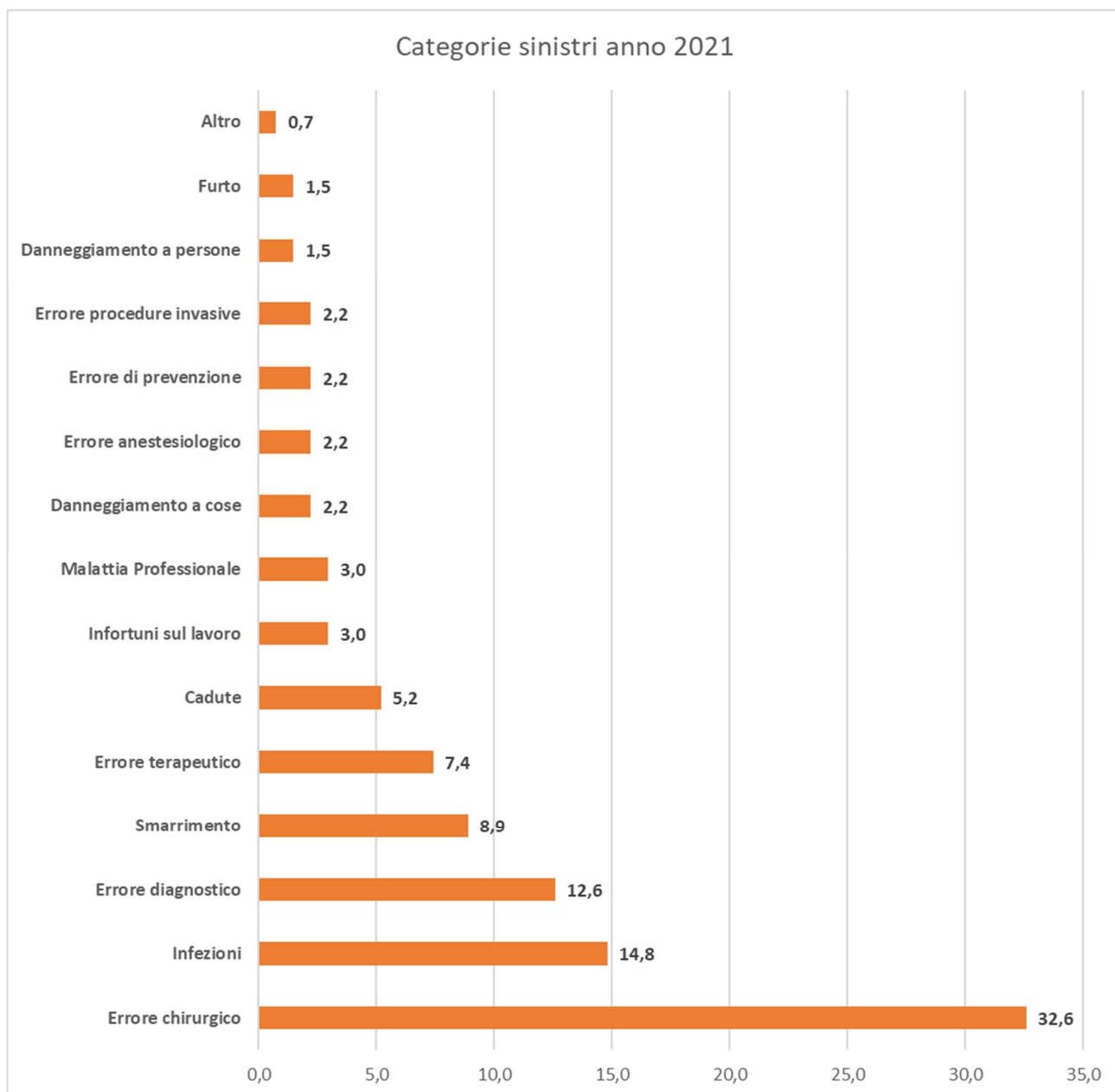
La possibilità di analisi del contenzioso deriva dalla scelta che Regione Liguria ha da anni compiuto di gestire in modo autonomo la sinistrosità derivante dalle strutture del SSR. La struttura Complessa Gestione Rischio Clinico partecipa ai comitati Regionale e Metropolitano che discutono periodicamente ogni singola pratica.

La grande opportunità derivante da questa partecipazione, prescindendo dal risultato finale di ogni singola discussione, è di poter disporre in tempo quasi reale del monitoraggio degli eventi avversi che rappresentano le fonti principali del contenzioso in atto verso l'istituto, verso i professionisti e, in ultima analisi, delle modalità organizzative con le quali viene offerta assistenza ai nostri utenti.

## (Plan) Interpretare i Bisogni

La gestione dei pazienti con fattori di rischio tromboembolico e dei pazienti che presentano profili di rischio infettivologico o che hanno contratto, o si presume abbiano contratto, infezioni correlate alle pratiche assistenziali, rappresentano due delle aree principali di intervento che la struttura ha identificato grazie alla frequenza di presentazione di contenzioso al riguardo. Nel recente passato uno dei temi più ricorrenti in seno al comitato metropolitano riguardava lo smarrimento delle protesi Dentali e Acustiche.

**Nel 2021 il numero dei sinistri è stato di 135** distribuiti nelle seguenti categorie:





## (Plan) Interpretare i Bisogni

### 2.2.1.3. Incident Reporting

Annualmente la struttura Gestione del Rischio Clinico, riceve dalle unità operative un numero rilevante di Incident Reporting e per ognuna di queste segnalazioni viene avviata una procedura di verifica con la realizzazione, se necessario, di procedure di audit di varia natura e l'individuazione delle conseguenti azioni di miglioramento.

Questo strumento di lavoro ha prodotto e produce molte informazioni dirette sul ciclo di produzione e indirette sul clima e sul benessere lavorativo. A partire dall'analisi degli Incident registrati è stato possibile implementare importanti azioni di miglioramento di cui si riferirà in seguito.

Nel corso del 2021 sono pervenute 103 schede di segnalazione spontanea, in risalita rispetto alle 84 del 2019 e alle 87 pervenute nel 2020.

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

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

### 2.2.1.4. Questionari per monitorare la soddisfazione dell'utente

Il questionario è condiviso da tutte le strutture del Sistema Sanitario Regionale e, dopo diversi anni di utilizzo, è stato sperimentato l'utilizzo di un questionario con modalità telematica di compilazione.

## (Plan) Interpretare i Bisogni

L'Ospedale policlinico San Martino ha inaugurato nel Novembre 2018 il nuovo Day Hospital Emato-Oncologico per le Oncologie del Policlinico e si è provveduto a testare regolarmente le reazioni e l'umore che questi cambiamenti hanno generato nei pazienti afferenti alla nuova struttura, attraverso la somministrazione di un questionario, i cui risultati hanno permesso di fornire dati utili all'analisi delle criticità percepite da parte degli utilizzatori del DH ed un importante feedback a tutti gli operatori del DH. Gli obiettivi della rilevazione sono valutare la percezione e soddisfazione da parte dei pazienti riguardo le Azioni di Miglioramento che sono state attivate dall'apertura del nuovo Day Hospital di Emato-Oncologia (presso il Padiglione IST).

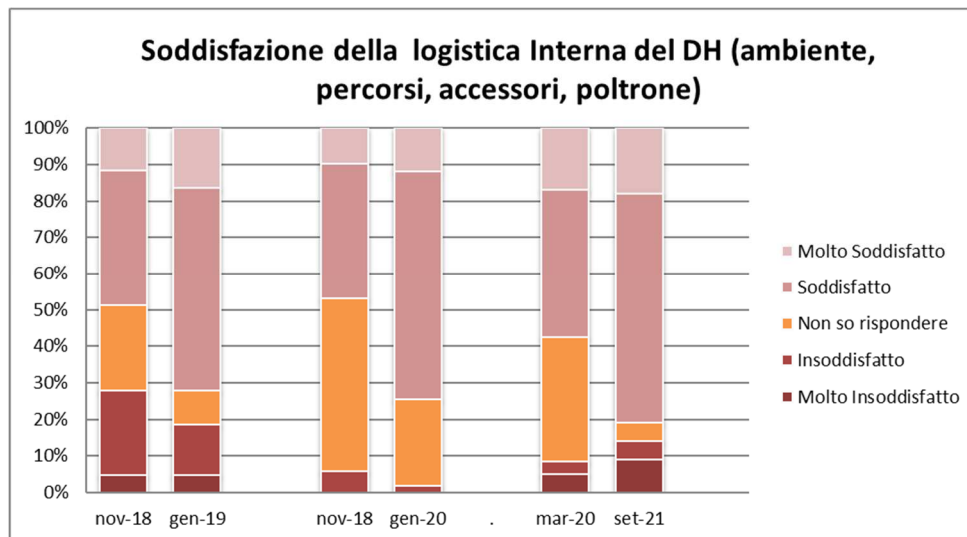
Si è inteso raccogliere ed analizzare dati riguardo i seguenti elementi: 1. logistica interna al DH (ambienti, percorsi, accessori, poltrone) -2. logistica esterna al DH (posteggi, accessibilità, ascensori) -3. accoglienza (disponibilità, informazioni, clima) -4. professionalità del personale -5. tempo d'attesa per la prestazione.

Il questionario, dedicato a pazienti che abbiano avuto accesso al DH dall'apertura di fine novembre 2018, è stato somministrato dal 2019 a tutto il 2021. Sono stati considerati due diversi momenti e confrontati: le prime valutazioni sono state fatte paragonando il momento della compilazione del questionario con l'apertura del DH a Novembre del 2018 e successivamente, con l'emergenza sanitaria per infezione da Sars-Cov2, le rilevazioni hanno messo a confronto il momento della compilazione con l'inizio della pandemia. La pandemia ha indotto notevoli cambiamenti organizzativi come l'impostazione dell'area di screening per l'accesso, il divieto di entrata degli accompagnatori, ecc... che ancora oggi sono in costante evoluzione. Le diverse misurazioni, attraverso i questionari sono state svolte con la collaborazione dei volontari del Servizio Civile attraverso il progetto Informa-cancro in convenzione dell'AIMAC (Associazione Italiana di Malati di Cancro) e con la partecipazione volontaria dei pazienti oncologici.

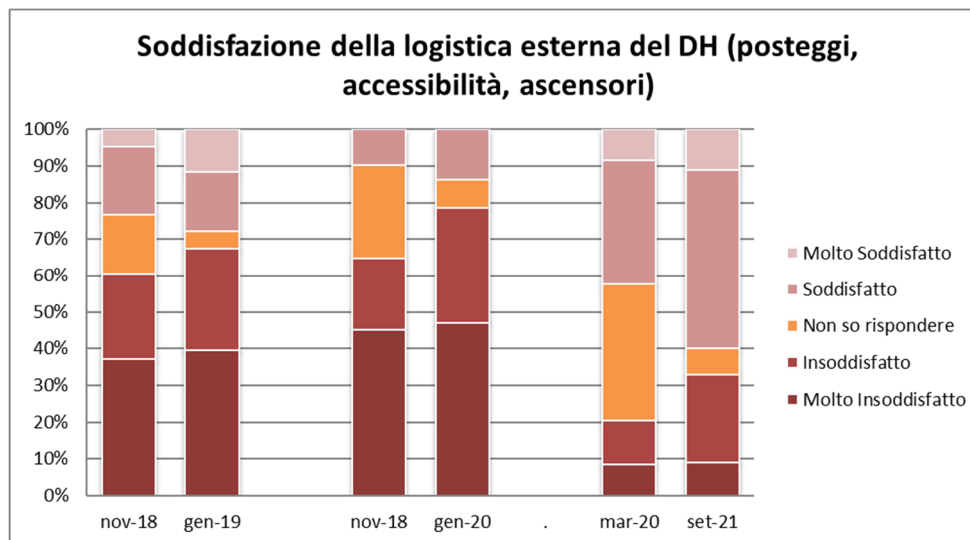
Di seguito si riportano solo alcune delle rappresentazioni grafiche dell'analisi dei dati.

## (Plan) Interpretare i Bisogni

### Soddisfazione della logistica interna del DH



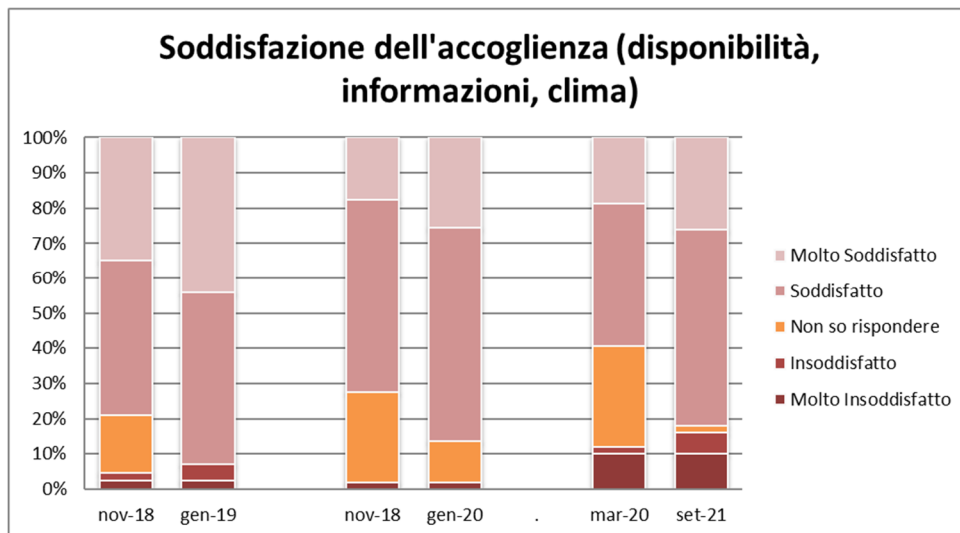
### Soddisfazione della logistica esterna del DH (posteggi, accessibilità, ascensori)



Nelle rilevazioni del 2021, anche se non sono scomparse le criticità, si evidenzia un miglioramento della soddisfazione dei pazienti.

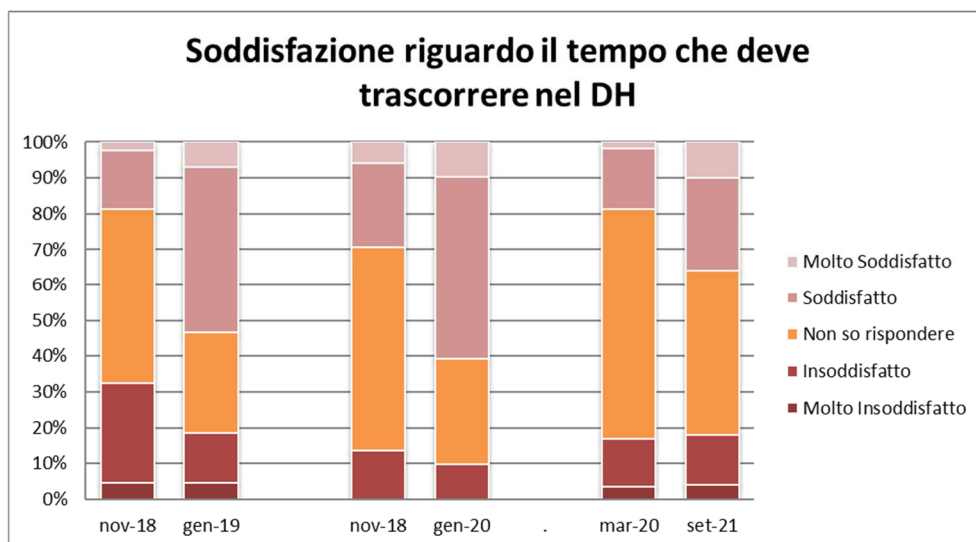
## (Plan) Interpretare i Bisogni

### Soddisfazione dell'accoglienza del DH



Si osserva come i pazienti risultano soddisfatti dell'accoglienza, anche se emerge un peggioramento della soddisfazione legata a tutte le misure e cambiamenti generati dalla pandemia, in termini di controlli, limitazioni degli accessi, distanziamento sociale.

### Soddisfazione riguardo il tempo che deve trascorrere nel DH



Si evidenzia come i pazienti siano consapevoli dei tempi di attesa necessari per lo svolgimento delle proprie terapie e come valutino questo ambito in modo generalmente positivo.



## (Plan) Interpretare i Bisogni

### **2.2.1.5. Comitato misto consultivo**

L'attivazione del tavolo permanente con le associazioni di tutela garantisce una costante attenzione all'utenza e una collaborazione molto utile nella gestione di tutti gli aspetti clinici, organizzativi e relazionali che in assenza di questa opportunità difficilmente potrebbe essere raggiunta.

Le categorie di maggiore interesse che emergono da questo confronto sono costituite ancora una volta dalla necessità di

- Relazioni
- Eticità ed Empowerment
- Offrire contributi per il miglioramento organizzativo dei processi

### **2.2.1.6. Rete dei Referenti Aziendali per la Qualità (RAQ)**

Oltre a questi sistemi ormai ampiamente collaudati e utilizzati esiste una rete interna, costituita dai cosiddetti Referenti Aziendali per la Qualità (RAQ) che, in oltre 17 anni di esistenza, ha contribuito a diffondere la cultura della qualità e della gestione del Rischio Clinico. Attraverso questa rete è ed è stato possibile cogliere in modo rapido e preciso alcune delle variazioni più importanti e fonti potenziali di rischiosità del ciclo di produzione e ancora adesso rappresenta un utile amplificatore, per tutta l'Alta Direzione, dei bisogni e delle aree di rischiosità di tutto l'Istituto.

## **2.2.2. Fonti d'informazione esterne**

Tutti i soggetti coinvolti a vario titolo nel funzionamento dell'Istituto rappresentano potenziali stazioni emittenti di segnali da cogliere, comprendere e analizzare per avviare continue azioni di miglioramento.

### **2.2.2.1. Attività di auditing per le certificazioni ISO, OECI, JACIE e per l'accreditamento istituzionale**

In questi ultimi anni, per diversi motivi, l'Istituto ha intrapreso percorsi di certificazione che, oltre a produrre il desiderato effetto di vedere certificati i percorsi di diagnosi e cura che quotidianamente vi si realizzano, hanno messo il sistema sotto la lente di ingrandimento di soggetti terzi in modo a volte anche spietato.

A novembre 2014 l'istituto è stato valutato da OECI (Organization of European Cancer Institute) che, con un approccio molto nord Europeo, ha messo in evidenza punti di debolezza che altrimenti difficilmente avrebbero potuto essere portati all'attenzione dei professionisti. Per le 6 aree di interesse del manuale di accreditamento OECI abbiamo prodotto 30 azioni di

## (Plan) Interpretare i Bisogni

miglioramento soprattutto nell'ambito della Comunicazione, dell'insegnamento e della formazione continua, della ricerca e dell'assistenza.

Nel Novembre 2021 siamo stati sottoposti al rinnovo del certificato secondo la norma ISO 9001, e ad Aprile 2022 è tra le prime struttura sanitaria Italiana ad avere ottenuto il certificato secondo la Norma Uni EN ISO 45001:2018. Gli esiti di questa visita hanno contribuito a consolidare alcuni aspetti sulla qualità e la sicurezza dell'istituto.

### 2.2.2.2. Regione Liguria

Da Regione Liguria provengono sollecitazioni di varia natura volte a definire i principali ambiti di intervento per ogni singola azienda del sistema.

Il gruppo di lavoro Regionale per la Gestione del Rischio Clinico rappresenta un valido strumento di confronto fra le Aziende che ha permesso l'implementazione di molteplici strumenti di lavoro (questionario regionale per la Customer Satisfaction, Flussi regionali per le Cadute, C.A.R.M.In.A, ecc.).

La definizione di aree problematiche si concretizza generalmente nel documento attraverso il quale la Giunta regionale affida obiettivi ai Direttori Generali. In particolare nel corso del 2016 la Regione, dietro suggerimento del Gruppo Gestione Rischio Clinico, ha richiesto alle Aziende di utilizzare uno strumento di lavoro e monitoraggio delle attività di Gestione del Rischio Clinico denominato C.A.R.M.In.A. con il triplice scopo di:

- Facilitare un approccio sistemico alla gestione della rischiosità dei sistemi sanitari che superi la visione eccessivamente focalizzata dei diversi attori che a vario titolo si occupano di rischio nelle strutture (Risk Manager, Servizio Prevenzione e Protezione, Medico del Lavoro, Farmacia, Fisica Sanitaria, Igiene e Infection Control, ecc.).
- Permettere alle organizzazioni sanitarie di valutare i loro processi in relazione ad un set di standard minimi desunti dall'analisi della letteratura scientifica
- Permettere alle organizzazioni un confronto strutturato sulla base di valutazioni comuni in tema di gestione del rischio sanitario mediante un monitoraggio degli stessi standard ed indicatori compresi nello strumento C.A.R.M.In.A

Dal 2016 il Policlinico effettua il monitoraggio della gestione del rischio con lo strumento C.A.R.M.In.A e ne invia report dettagliato ad A.Li.Sa.

### 2.2.2.3. Ministero della salute

Dal Ministero provengono indicazioni generali relative a modalità condivise per la gestione delle aree di rischio più problematiche a livello nazionale. In questa direzione vanno prese in considerazione:

244 *European Journal of Public Health*, Vol. 23, Supplement 1, 2013

**Clinical Assessment of Risk Management: an Integrated Approach (CARMINA)**  
Pierluigi Tricaro

P. Tricaro<sup>1</sup>, A. Cambieri<sup>2</sup>, A. Campo<sup>3</sup>, P. Cantaro<sup>4</sup>, A. Costa<sup>5</sup>, S. Fiore<sup>6</sup>, I. Marazzi<sup>7</sup>, A. Marcolongo<sup>8</sup>, M. Monturano<sup>9</sup>, I. Mora<sup>10</sup>, D. Pisci<sup>11</sup>, G. Privitera<sup>12</sup>, D. Rinaldi<sup>13</sup>, G. Romano<sup>14</sup>, G. Sotgiu<sup>15</sup>, S. Tardino<sup>16</sup>, D. Zanardo<sup>17</sup>, T. Zeman<sup>18</sup>, S. Brusaporci<sup>19</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università degli Studi di Udine, Udine, Italy  
<sup>2</sup>Policlinico Universitario "A. Gemelli", Rome, Italy  
<sup>3</sup>Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta, Caltanissetta, Italy  
<sup>4</sup>Dipartimento di Ricerca Tradizionale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Pisa, Pisa, Italy  
<sup>5</sup>Azienda USL 10, Ravenna, Italy  
<sup>6</sup>Istituto Europeo di Oncologia, Milano, Italy  
<sup>7</sup>Dipartimento di Scienze Biomediche, Università degli Studi di Sassari, Sassari, Italy  
<sup>8</sup>Azienda USL 20, Verona, Italy  
<sup>9</sup>Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona, Verona, Italy  
 Contact: pierluigi.tricaro@uniud.it

**Background**  
The European Union frame in public health calls for common and openly known safety standards for crossing-border patients. Clinical Risk Management (CRM) is essential to minimize and control healthcare associated risks and spread the results within the organizations and to external stakeholders. Our objective was to develop a system of indicators able to represent the performance of healthcare organizations on CRM and guide their improvement over time.

**Methods**  
After a literature review, a self-evaluation tool was developed by experienced risk managers from 8 Italian leader organizations. Once the basic structure of the tool was processed, it was tested in 16 satellite organizations scattered on national territory, in two different pilot studies. The tool in its final form was then validated by 17 external risk management experts with Delphi methodology.

**Results**  
The self-assessment tool for clinical risk management, named CARMINA (Clinical Assessment of Risk Management: an Integrated Approach) is composed of seven areas: 1) Governance, awareness and measurement, 2) Communication, 3) Knowledge and skills, 4) Safe and environment context, 5) Care processes, 6) Adverse event management, 7) Learning from experience. The tool, in total, is made of 52 standards, each one built on four progressive quality improvement steps: 1) organizational setup, 2) activity monitoring, 3) outcomes, 4) improvement actions. This tool allows organizations to assess their processes compared to minimum standards, to analyze and monitor their performance over time, to benchmark with other realities and also to spread the results to various stakeholders.

**Conclusions**  
The adoption of CARMINA can be useful as a starting point for achieving minimum standards on CRM as well as an instrument for monitoring improvement over time and benchmarking with other organizations. Even if it was developed in Italy, most of its standards can be easily adopted in other countries.

**Key messages**

- We developed a flexible self-evaluation tool for minimum standards on Clinical Risk Management that allows performance monitoring and benchmarking with other realities.
- Our self-evaluation tool can be adopted in any country.

## (Plan) Interpretare i Bisogni

- Le 19 raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella che il ministero ha pubblicato e sta continuamente aggiornando e mantenendo sotto manutenzione.
- Il Programma Nazionale Esiti da cui abbiamo preso diverse volte le mosse per realizzare Audit Clinici in aree che dal bench mark risultavano critiche.
- Le site visit che l'Istituto, dal momento della sua nascita (Settembre 2011), ha ricevuto e dalle quali sono emersi Report da cui sono partite azioni di miglioramento alcune delle quali ancora in via di realizzazione.

### 2.2.2.4. IAB (*International Advisory Board*)

Il mondo della ricerca scientifica è annualmente sottoposto a verifica da un panel di scienziati provenienti dagli Stati Uniti e dalla Francia che in due diverse visite hanno prodotto altrettanti report estremamente utili per riprogrammare le linee di ricerca oncologica e per individuare le Azioni di miglioramento di cui l'Istituto necessita.

In particolare sono stati evidenziati, durante la seconda visita, significativi miglioramenti rispetto al 2014 e alcune aree di miglioramento quali:

- necessità di aumentare il reclutamento dei pazienti all'interno dei trials clinici
- necessità di specializzazione dei gruppi clinici.

## 2.3. Bisogni macro

Dall'analisi dei segnali provenienti dalle diverse fonti informative sono emerse tre grandi aree problematiche che costituiscono le macrocategorie sulle quali si sviluppa questo piano della qualità e che nei capitoli successivi intersecheranno la strategia e il funzionamento concreto dell'intero Istituto.

### 2.3.1. Etica

I segnali che provengono dalle fonti citate rappresentano alcune contraddizioni che necessitano di attenzione e al cui equilibrio si giunge solamente attraverso un franco confronto tra operatori e utenti. In particolare si possono configurare due spinte contrapposte rappresentate da

#### 2.3.1.1. *Paternalismo*

Atteggiamento tipico del mondo sanitario (medico in particolare) precedente alla riforma del '78 che assumeva, e in alcuni casi (rari fortunatamente) ancora tenta di assumere, decisioni riguardanti la salute della persona in totale autonomia e spesso con l'avvallo fideistico del paziente stesso. Il paradigma di questa difficoltà è rappresentata dalla difficoltà che spesso emerge in sede di analisi del contenzioso, di analisi della documentazione clinica, di reclami e suggerimenti, a considerare, da parte degli operatori sanitari, l'informazione come un elemento cardine del Percorso Diagnostico e Terapeutico Assistenziale. La gestione del

Empowerment ovvero acquisizione di maggior potere per farsi includere nella società, promuovendo i propri diritti in prima persona e attraverso le organizzazioni di persone ammalate e dei loro familiari.

## (Plan) Interpretare i Bisogni



consenso – dissenso rappresenta un aspetto estremamente critico che probabilmente nasconde tracce di questo antico e pericoloso vizio.

### 2.3.1.2. Empowerment

La spinta contrapposta è rappresentata dal desiderio di autodeterminazione che il cittadino utente sta sviluppando in modo sempre più pressante e che appare motivato dall'enorme quantità di informazioni che il WEB rende disponibili, dall'indisponibilità alla delega che si manifesta nelle società occidentali e dalla sacrosanta acquisizione della coscienza di se e della propria comunità.

Il conflitto tra queste due spinte opposte si manifesta in modo più significativo nei momenti più critici dei processi di cura che si svolgono in Istituto come la gestione del fine vita, dell'inizio della vita, la comunicazione della prognosi e altri momenti chiave. Oltre a questo, la grave emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da COVID-19 ha evidenziato le problematiche legate all'etica (la comunicazione al paziente per raccoglierne le volontà, il rispetto della privacy, l'accesso alle cure palliative ecc..), ma allo stesso tempo ha permesso di intensificare il dibattito sui dilemmi etici da parte di autorevoli Istituzioni. Il nostro Istituto non si sottrae alle contraddizioni che questo conflitto sta generando e che se non gestite rischiano di produrre effetti anche sul piano organizzativo gestionale. È indispensabile un dibattito tra l'organizzazione i suoi utenti e gli stakeholders per chiarire i cardini della sua etica, renderli patrimonio comune dei professionisti e della comunità.

### 2.3.2. Risk Based Thinking

Molti sinistri che si sono realizzati in istituto presentano caratteristiche di ripetitività per le quali sembra impossibile che l'organizzazione non abbia ancora trovato soluzioni. Oggi, anche grazie al continuo confronto che l'Istituto ha avuto con standard nazionali ed internazionali, nei suoi percorsi di certificazione e accreditamento, è maturata la coscienza che l'organizzazione è tale perché ha una strategia e non viceversa (la strategia è tale perché c'è un'organizzazione). La pianificazione della strategia è fondamentale ma necessita alla sua origine di un'attenta analisi dei rischi conseguenti e si sostanzia di tre elementi fondamentali:

#### 2.3.2.1. L'analisi dell'incertezza

La progettazione strategica della nostra organizzazione deve essere accompagnata da un'attenta analisi di tutti i fattori che possono rendere incerta la programmazione stessa. L'ente certificatore già nel 2018 aveva con chiarezza espresso questo concetto e sottolineato l'esigenza di prevedere soluzioni alternative in caso di impossibilità a raggiungere gli obiettivi stabiliti in fase di progettazione. L'incertezza dei risultati deve essere presa in considerazione e gestita con adeguati piani progettuali che ne contengano gli esiti.

Il pensiero basato sul rischio è il principale strumento di cambiamento dell'organizzazione



## (Plan) Interpretare i Bisogni



il superamento del paternalismo nel rapporto di cura passa attraverso l'integrazione dei saperi, delle professioni e dei setting assistenziali

### 2.3.2.2. L'analisi del rischio base della programmazione

Ad ogni incertezza verificata all'interno del processo strategico o programmatico preso in considerazione deve seguire l'analisi della rischiosità in tutte le sue componenti, strategiche, procedurali, ambientali, umane, comunicative, sociali, ecc.

Ad ogni rischio individuato deve far seguito un'azione rivolta a contrastare il possibile passaggio da rischio a evento avverso. Per realizzare questa prassi è indispensabile prendere in considerazione ogni singolo processo e quindi, all'interno di una struttura la cui mission è data dall'assistenza, dalla ricerca e dall'insegnamento la base di analisi è rappresentata da ogni singolo PDTA.

### 2.3.2.3. Il processo: strumento preventivo

In questa logica quindi il disegno del processo di cura nelle sue varie articolazioni, nelle sue declinazioni e ai suoi diversi livelli di integrazione con i molteplici setting assistenziali disponibili, diventa di per se stesso uno strumento di prevenzione della sinistrosità. Il disegno dei Percorsi Integrati di Cura e dei PDTA rappresenta per il cittadino utente il livello di massima declinazione di quanto l'organizzazione è in grado di mettere loro a disposizione in termini di qualità, di efficienza e di sicurezza delle cure.

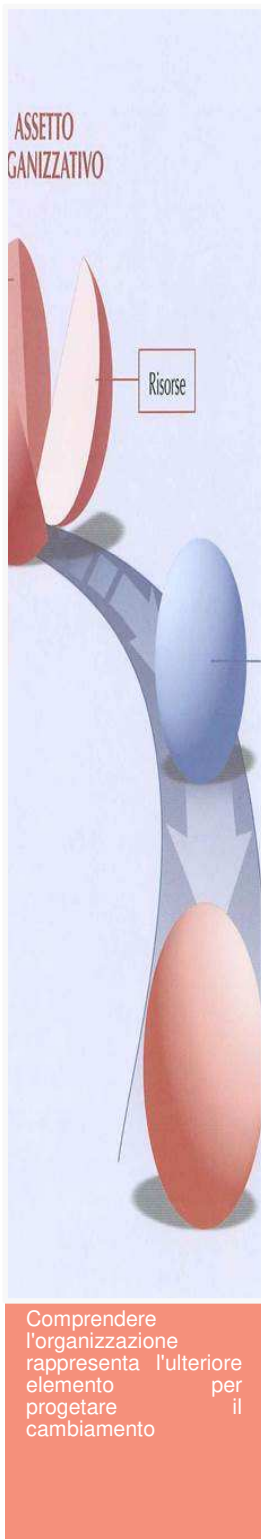
È partendo da questa consapevolezza che stiamo cercando di implementare lo strumento della SWOT analysis all'interno dei Gruppi Interdisciplinari di Patologia (GIP), e delle singole Unità Operative al fine di introdurre nei percorsi di cura tutti gli elementi di analisi e di progettazione volti alla prevenzione dei rischi intrinseci al processo produttivo.

Dal 2022 le singole Unità Operative, oltre all'analisi SWOT, elaborano l'analisi FMEA di una fase critica del loro processo.

### 2.3.3. L'approccio per processi

Il superamento dell'approccio paternalista al rapporto di cura tra struttura e cittadino utente trova la sua piena realizzazione nei concetti di multidisciplinarietà, multiprofessionalità e multisettorialità. Mentre in passato la buona medicina era l'immagine del buon medico capace di fare sintesi tra le conoscenze, le poche tecnologie disponibili e le capacità semeiotiche derivanti dai 5 sensi, fortunatamente oggi la buona medicina si avvale di una quantità enorme di conoscenze, per lo più disponibili in rete, di un supporto tecnologico estremamente articolato, di competenze e saperi che non possono più risiedere (per mancanza di spazio) in una sola persona. La medicina moderna infatti necessita di integrazione fra saperi disciplinari, professionali e strumenti e tecnologie dispersi tra territorio, ospedale, istituti di ricerca e luoghi di formazione.

## (Plan) Interpretare i Bisogni



Mettere insieme queste dimensioni richiede la capacità di costruire a tavolino dei percorsi di cura integrati basati su prove di efficacia e sulla disponibilità ad interagire tra i vari attori del sistema sanitario. Questa è la sfida. Partire dai percorsi che si realizzano in Ospedale e coinvolgere tutti i luoghi e le professionalità che il Sistema è in grado di rendere disponibili.

### 2.4. Relazione tra Bisogni, Mission e Vision

Il presente piano della qualità ha lo scopo di coniugare i bisogni appena descritti con le peculiarità dell'istituto descritte nel piano strategico.

Il tentativo di dare unitarietà e di ricondurre ad una logica progettuale unica e condivisa si realizza attraverso un attento sviluppo delle risposte cliniche, organizzative e gestionali ai bisogni macro sopra descritti articolati all'interno delle quattro missioni tipiche dell'Istituto che, occorre ricordare, sono:

- Assistenza – Cura
- Insegnamento – Formazione
- Ricerca
- HUB regionale

Il buon risultato derivante da questa operazione permetterà di definire, con maggiore chiarezza e precisione, la vision complessiva dell'Istituto per il prossimo triennio. Questa, infatti, viene fortemente condizionata dalla capacità che l'Istituto ha di mettere in relazione i Bisogni della propria utenza (intesa in modo estensivo, comprendendo in questa categoria non solamente i Pazienti ma anche i diversi stakeholders a loro volta interpreti di bisogni diversi) con l'azione propria dell'Istituto derivante dalle sue missioni.

### 3.(Plan)Comprendere l'organizzazione

Al fine di progettare percorsi di cambiamento sostenibili è fondamentale avere presente gli elementi costitutivi dell'organizzazione, i punti di forza e le debolezze.

Sovente accade che chi è immerso in una organizzazione abbia un'immagine della stessa consolidata e spesso difficilmente riesce a percepire le incongruenze a causa delle consuetudini con le quali quotidianamente affronta l'organizzazione stessa. Abbiamo voluto far fronte a questo pericolo mettendo in discussione, da tutti i punti vista possibili, l'Istituto sottoponendo a molteplici valutazioni esterne i principali processi che vi si realizzano.

I soggetti che per obbligo istituzionale o per volontà propria dell'Istituto hanno partecipato alla valutazione della nostra organizzazione sono stati molteplici ed ognuno ha prestato particolare attenzione ad aspetti specifici. In particolare:

#### 3.1. Il Ministero della Salute

Ha concentrato la propria attenzione verso tutti gli aspetti che, dal 2011 ad oggi, hanno caratterizzato e caratterizzano l'Istituto in quanto IRCCS e in particolare verso la ricerca sanitaria in ambito oncologico.

Le maggiori difficoltà sollevate dagli ispettori ministeriali riguardano gli aspetti relativi alla capacità di gestire i fondi che lo stesso ministero rende disponibili per la ricerca scientifica. La capacità da parte dell'Istituto di costruire un modello organizzativo e gestionale in grado di accogliere giovani ricercatori e piani di ricerca moderni, sistemici, condivisi e armonizzati con la ricerca che si sviluppa in seno all'Ateneo Genovese sono gli aspetti principali su cui si giocherà la sopravvivenza dell'Istituto nei prossimi anni.

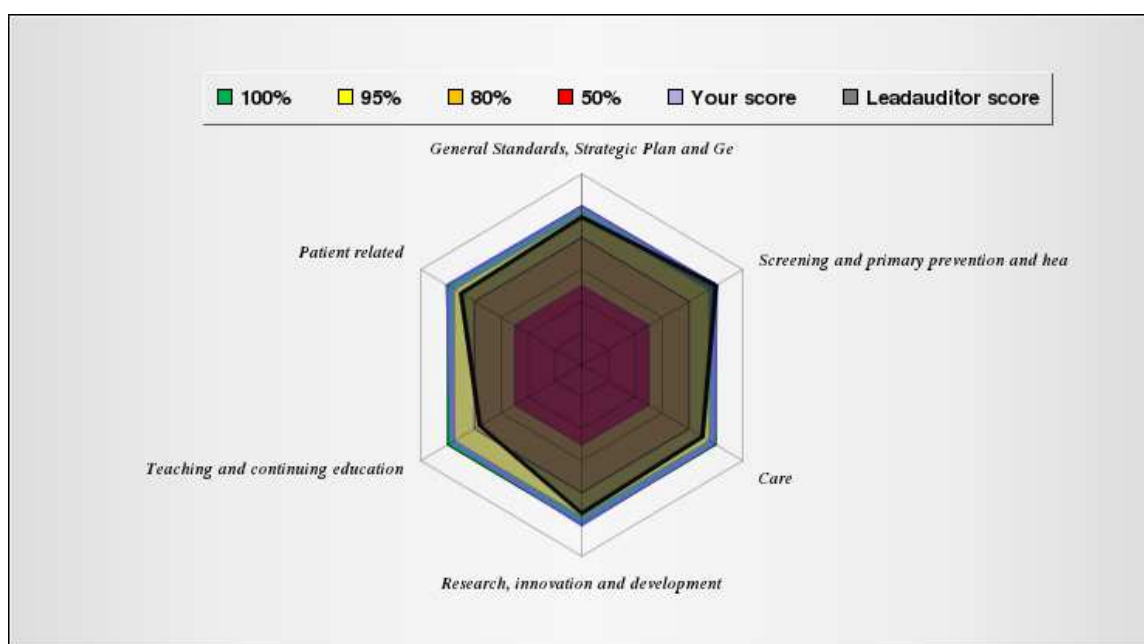
#### 3.2. OECl (Organization of European Cancer Institutes)

Ha posto l'attenzione, con uno sguardo più internazionale e meno condizionato dalle contraddizioni tipiche del nostro sistema, su sei dimensioni che caratterizzano, nel modello di OECl, i Comprehensive Cancer Centers. Il Policlinico San Martino in quanto Istituto di Ricerca e Cura a carattere Scientifico sarà oggetto di Re-accreditamento nel corso del 2022.

## (Plan)Comprendere l'organizzazione

Questa certificazione e la designazione di Comprehensive Cancer Center attesta che l'Istituto è in grado di curare i malati oncologici con un approccio integrato da parte di teams multidisciplinari, secondo modalità accettate ai più alti livelli internazionali, di condurre ricerca sul cancro a livello competitivo sul piano internazionale e di partecipare alla formazione delle nuove generazioni di medici, ricercatori, infermieri e tecnici di laboratorio.

Nel grafico si evidenzia il livello di aderenza agli standard OECl ottenuto dall'istituto nella site visit del Novembre 2014.



L'area dell'Insegnamento e della Formazione presenta alcune criticità che per altro fanno riferimento da un lato a problemi dell'ordinamento Italiano per il quale non è prevista la creazione di figure di infermieri specializzati o corsi di specializzazione post laurea e dall'altro all'intrinseca difficoltà a definire specializzazioni in ambito chirurgico o medico volte a creare aree di eccellenza nei diversi PDTA.

Aree bisognose di maggiori attenzioni:

- l'attenzione all'approccio olistico al paziente oncologico
- l'attenzione alle cure palliative e di supporto

Infine l'Area definita "Patient related" ha messo in evidenza differenze più propriamente culturali nell'approccio al paziente oncologico e ai suoi familiari che il nostro sistema

## (Plan)Comprendere l'organizzazione

presenta nei confronti delle culture nordeuropee. Anche in questo caso sono state messe in atto azioni di miglioramento che verranno presentate nella parte dedicata.

### 3.3. IAB (International Advisory Board)

Oltre a quanto già precedentemente segnalato in termini di bisogni della nostra utenza i tre scienziati componenti L'IAB ci hanno anche segnalato alcuni problemi di organizzazione che riportiamo:

- necessità di maggiore chiarezza relativamente a funzioni cliniche e di ricerca di alcuni laboratori
- necessità di maggiore coesione e collaborazione tra gruppi di ricerca operanti su aree di interesse contigue

Questi temi sono ben presenti e nascono dal difficile cammino di integrazione tra le diverse componenti dell'Istituto che in maniera repentina e con una Legge Regionale sono state messe insieme a partire dal settembre 2011.

### 3.4. ISO UNI EN 9001:2015

Lo scopo primario di un Sistema Qualità e Sicurezza è soddisfare i requisiti dei clienti (interni-personale e esterni pazienti) e cercare addirittura di eccedere le loro aspettative.

Conquistare la fiducia del cliente e delle altre parti interessate e conservarla fa in modo che il successo di un'organizzazione si prolunghi nel tempo.

Ogni tipo di interazione con i clienti è adatto a fornire un'opportunità per creare valore.

Comprendere le esigenze presenti e future della clientela e delle altre parti interessate contribuisce a fare di un'organizzazione di successo.

Rispetto all'attuale primo principio della Qualità quello nuovo aggiunge che bisogna cercare di sfruttare ogni occasione per creare valore per i clienti e che il successo di un'organizzazione si basa sulla fiducia che il cliente sviluppa nei confronti del lavoro dell'azienda.

## (Do) Pianificare il cambiamento

# 4. (Do) Pianificare il cambiamento

## 4.1. L'etica nell'Assistenza




Le parole chiave riportate nella nuvola di parole sono state dedotte dall'analisi dei bisogni e delle fragilità dell'organizzazione.

### 4.1.1. Revisione Consensi

L'operazione di revisione dell'impostazione generale dei consensi – dissensi in Istituto ha il suo cardine filosofico nella separazione tra somministrazione dell'informazione e acquisizione del consenso – dissenso. Questa modifica procedurale, di per se banale, è volta a sottolineare la necessità di spostare l'intento difensivista diffusamente attribuito alla firma del consenso verso una informazione il più esaustiva possibile come requisito fondamentale per l'espressione del proprio consenso all'essere sottoposti alle diverse procedure diagnostiche terapeutiche. Nel 2022 i documenti revisionati sono 387.

Il processo di revisione oltre a ridurre significativamente il numero, ha la presunzione di standardizzare, per tutte le discipline, un set minimo di informazioni che possano comunemente rispondere al bisogno informativo dei pazienti e alcuni elementi necessari a garantire il massimo di eticità che l'Istituto richiede nell'acquisizione del consenso - dissenso.

LO FACCIAMO  
LO POSSO FARE  
PROVO A PARLARE

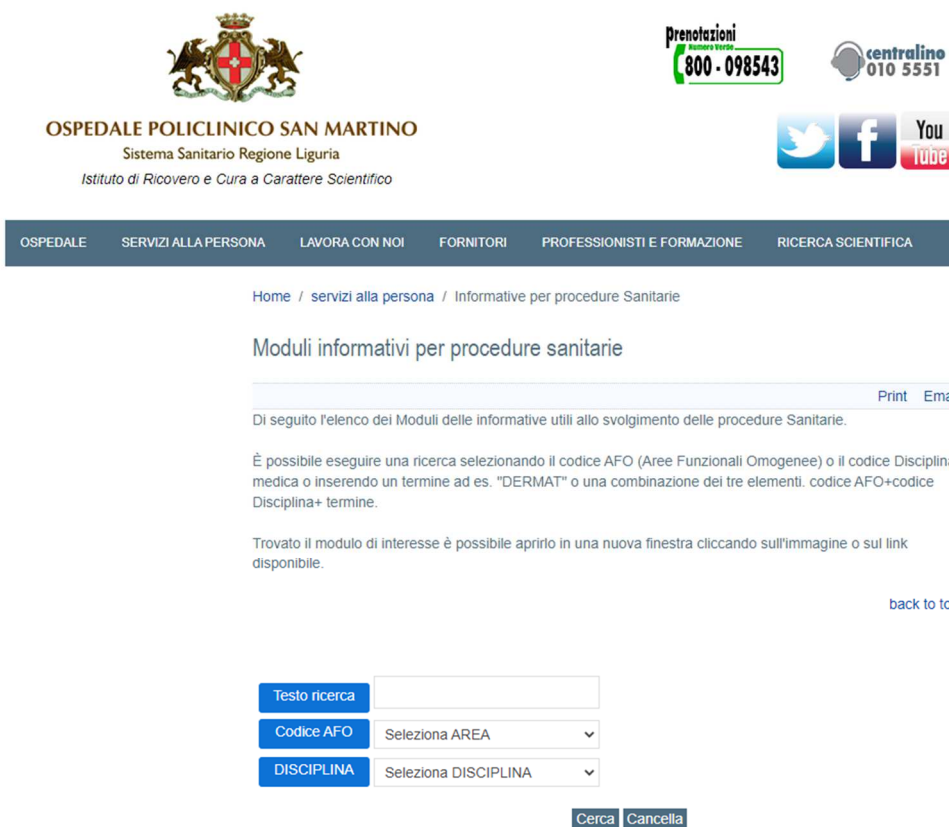


Le azioni di miglioramento e cambiamento del sistema nascono dalla lettura dei bisogni e dell'organizzazione

## (Do) Pianificare il cambiamento

Per garantire migliore comunicazione e chiarezza, tutti i documenti revisionati sono resi disponibili sul sito internet del Policlinico al percorso di rete:

<http://www.ospedalesanmartino.it/servizialla-persona/informative-per-procedure-sanitarie.html>



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

Prenotazioni  
Numero Verde  
**800-098543**

centralino  
010 5551

[Twitter](#) [Facebook](#) [YouTube](#)

OSPEDALE   SERVIZI ALLA PERSONA   LAVORA CON NOI   FORNITORI   PROFESSIONISTI E FORMAZIONE   RICERCA SCIENTIFICA

Home / servizi alla persona / Informative per procedure Sanitarie

### Moduli informativi per procedure sanitarie

[Print](#) [Email](#)

Di seguito l'elenco dei Moduli delle informative utili allo svolgimento delle procedure Sanitarie.

È possibile eseguire una ricerca selezionando il codice AFO (Aree Funzionali Omogenee) o il codice Disciplina medica o inserendo un termine ad es. "DERMAT" o una combinazione dei tre elementi. codice AFO+codice Disciplina+ termine.

Trovato il modulo di interesse è possibile aprirlo in una nuova finestra cliccando sull'immagine o sul link disponibile.

[back to top](#)

Testo ricerca

Codice AFO

DISCIPLINA

[Cerca](#) [Cancella](#)

### 4.1.2. Carta Etica

L'obiettivo che ci siamo prefissati è di riuscire a costruire, su temi che comunemente vengono affrontati in Istituto, un modo condiviso tra operatori e utenti di comportarsi, il fondamento razionale, uniforme e ragionato a questi comportamenti a partire da aree di confronto che, dalle fonti citate, appaiono essere particolarmente critiche. Aree critiche come la gestione del fine vita, il confine tra accanimento e abbandono nel paziente morente, la gestione dell'inizio della vita, la comunicazione della prognosi in oncologia, l'informazione nei processi di cura, l'informazione nella ricerca clinica, la presa in carico e il suo significato nella gestione dei PDTA sono alcuni dei temi su cui proveremo a costruire questa etica condivisa.

## (Do) Pianificare il cambiamento

La sfida è quella di riuscire a produrre un documento frutto dell'analisi di storie vissute, sottoposte ad analisi retrospettiva con l'attenzione a distinguere il piano etico (comportamenti condivisi dell'organizzazione e relativo fondamento razionale anch'esso condiviso) dal piano morale (le norme di comportamento di ogni persona ispirate dalle proprie convinzioni ideologiche, religiose o entrambe).

### 4.1.3. Cure di Fine Vita - Gestione Terapie di supporto

I Dipartimenti delle Terapie Oncologiche Integrate e dell'Emergenza e Accettazione hanno in progress un progetto di Gestione delle Terapie di Supporto e Palliative nel Fine Vita. Inoltre, nella nostra Azienda sono stati già prodotti diversi risultati:

- Una tesi di specializzazione di un medico Igienista dal titolo: *“La Buona morte passa dal Pronto Soccorso? Analisi della mortalità oncologica presso il Pronto Soccorso dell'IRCCS AOU San Martino – IST Istituto Nazionale per la ricerca sul cancro: studio descrittivo dei pazienti deceduti nel periodo 2011 – 2015 e valutazione dei fattori di rischio associati alla mortalità in un contesto inappropriato”*.
- Per il 2022: Sviluppo dello 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: 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.
- Per il 2022: Sviluppo dello 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: 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.

Ulteriori sviluppi prevedono la disseminazione dei risultati degli studi citati e l'avvio di progettualità volte a

- avviare un confronto con le associazioni di tutela
- diffondere la cultura della gestione del fine vita a tutto l'Istituto passando dal DEA
- integrare le fasi ospedaliere e territoriali delle cure palliative





## (Do) Pianificare il cambiamento

informato, controllo di gestione, SDO, mondo delle professioni sanitarie, sicurezza informatica e firma digitale, trasparenza e anticorruzione, gestione infezioni correlate all'assistenza ecc.

Nel 2022, come era stato fatto nel 2019, sospeso a causa dell'emergenza sanitaria COVID-19 del 2020 e 2021, su decisione della Direzione Sanitaria ed in accordo con la Presidenza della Facoltà di Medicina, è stato progettato un corso di aggiornamento a carattere informativo dedicato al personale medico in formazione specialistica iscritto al primo anno.

### 4.2.2. Piano triennale della formazione

Gli aspetti etici del fine vita e della relazione di cura sono stati e saranno per i prossimi anni oggetto del piano di formazione dell'Istituto.

## 4.3. L'etica nella Ricerca



### 4.3.1. Carta Etica

Nel progetto carta etica, per come descritto nella parte relativa all'assistenza, è nostra intenzione affrontare il patto che l'Istituto vuole intrattenere con i suoi utenti in tema di ricerca clinica. Le modalità di gestione dei protocolli e la capacità di comunicare gli scopi e l'utilità della ricerca rappresentano i cardini del rapporto tra cittadini e istituzione.

## (Do) Pianificare il cambiamento

### 4.3.2. Integrazione delle diverse linee di ricerca sul Cancro

La necessità di integrazione delle linee di ricerca in ambito oncologico rappresenta un tema caldo in quanto la gestione dei fondi a questo destinati rappresentano una responsabilità precisa dell'Istituto.

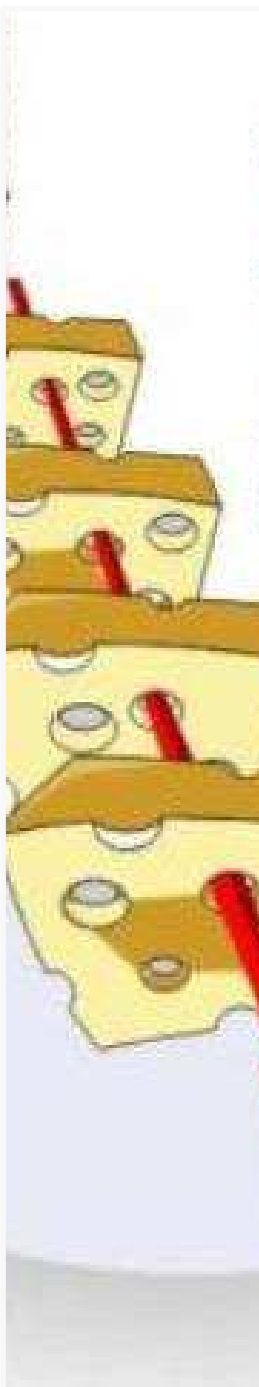
Le modalità di gestione delle linee di ricerca in Istituto sono molteplici e fanno riferimento a impostazioni filosofiche e culturali diverse. Il punto di incontro tra le varie concezioni della ricerca, soprattutto in ambito oncologico, è costituito dalla necessità di perseguire una strategia e un'etica comune volte ad ottenere i migliori risultati possibili anche in termini di ottimizzazione delle risorse.

### 4.4. Il Risk Based Thinking nell'Assistenza



#### 4.4.1. Unità di Gestione del Rischio Clinico (UGR) – C.A.R.M.In.A

L'UGR ha rappresentato per molti anni (dal 2006) il riferimento Aziendale prima e di Istituto dal 2011, per la gestione delle progettualità volte a ridurre la rischiosità complessiva del sistema. In UGR sono passati tutti i piani di miglioramento che sono stati implementati e che hanno permesso una riduzione significativa del rischio. L'UGR è stato costituito con atto



Le gestione del rischio rappresenta uno dei cardini fondamentali della programmazione sanitaria

## (Do) Pianificare il cambiamento



L'area di maggiore rischio in ogni ospedale è rappresentata dalla possibilità di esposizione a Microorganismi multi e pan resistenti

deliberativo, vede la partecipazione di numerose strutture e ha come finalità principale quella di garantire un approccio il più possibile sistemico alla gestione del rischio sotto tutte le forme nelle quali si presenta. L'esperienza ha prodotto molti risultati ma ha altresì messo in evidenza il limite delle frammentarietà nelle azioni di miglioramento.

Con l'adozione della deliberazione di GR n° 486 del 27/05/2016 recante "Assegnazione obiettivi ai Direttori Generali/Commissari Straordinari, ecc," è stato introdotto per tutte le Aziende – IRCCS Liguri lo strumento C.A.R.M.In.A. che ha come obiettivo proprio quello di sistematizzare l'approccio alla gestione del rischio.

La struttura UGR del Policlinico è stata ridisegnata avendo a riferimento le 7 aree che lo strumento C.A.R.M.In.A ha desunto dall'analisi della letteratura scientifica.

- Area 1. Governance, Consapevolezza e Misurazione
- Area 2. Comunicazione
- Area 3. Conoscenze e Abilità
- Area 4. Ambiente e Contesto Sicuri
- Area 5. Processi Assistenziali
- Area 6. Gestione dell'Evento Avverso
- Area 7. Imparare dall'esperienza

L'adozione dello strumento C.A.R.M.In.A. per il monitoraggio della gestione della ha evidenziato l'esigenza di individuare e definire standard ed indicatori per l'Area Etica e dell'Umanizzazione, che potranno costituire l'Area numero 8 di C.A.R.M.In.A. In sede di incontro annuale dell'Area Strategica/CARMinA del 18/12/2018 è stata condivisa l'adozione 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. Di seguito si elencano i 12 standard proposti per l'Area Umanizzazione:

- St.1 attenzione alle fragilità e bisogni della persona
- St.2 rispetto della privacy
- St. 3 impegno per la non discriminazione culturale etnica e religiosa
- St. 4 continuità delle cure
- St. 5 accessibilità fisica
- St. 6 logistica e segnaletica
- St. 7 reparti di degenza a misura d'uomo
- St. 8 comfort generale della struttura
- St. 9 semplificazione delle procedure
- St. 10 agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza
- St. 11 relazione tra professionista sanitario e paziente

## (Do) Pianificare il cambiamento

### St. 12 relazione con il cittadino

Per ognuno dei 12 Standard, come prevede lo strumento di monitoraggio CARMInA, si sono individuati specifici indicatori, di seguito elencati:

#### **St.1 attenzione alle fragilità e bisogni della persona**

1. Presenza di supporto psicologico per pazienti oncologici
2. Presenza di supporto psicologico per pazienti ricoverati che attendono o hanno ricevuto un trapianto d'organo
3. Possibilità di consulenza psicologica per le problematiche della gravidanza
4. Presenza nella cartella clinica di uno o più strumenti per la valutazione del dolore
5. Adozione di linee guida e/o protocolli per il trattamento del dolore
6. Possibilità di parto analgesia garantita per 24 ore al giorno con anestesista
7. Realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione sulla gestione del dolore per medici e infermieri

#### **St.2 rispetto della privacy**

1. Presenza di materiale (depliant, modulo, ecc.) per informare i ricoverati (se coscienti e capaci) della possibilità di decidere quali soggetti possono venire a conoscenza del ricovero e del reparto di degenza
2. Adozione di soluzioni (ad esempio l'attribuzione di un codice numerico) per evitare che i pazienti in attesa presso il Centro prelievi siano chiamati per nome
3. Presenza di accorgimenti anche provvisori (es. paraventi) per delimitare la visibilità dei pazienti nei reparti di terapie intensive durante l'orario di visita, ai soli familiari e conoscenti
4. Assicurazione, compatibilmente con le risorse strutturali, di stanze riservate per i pazienti terminali e per l'assistenza da parte dei loro familiari
5. Stanze di degenza con separazione visiva (parziale o totale) tra i posti letto

#### **St. 3 impegno per la non discriminazione culturale etnica e religiosa**

1. Possibilità di usufruire dell'assistenza di un interprete (disponibile nella struttura sanitaria o a chiamata)
2. Presenza di documentazione informativa multilingue- uno o più moduli di consenso informato- uno o più fogli informativi su servizi presenti nella struttura (pronto soccorso, ostetricia, ecc.)- Carta dei Servizi
3. Presenza di una modalità definita per garantire l'assistenza religiosa per non cattolici
4. Possibilità di Onoranze Religiose consone alla fede del soggetto deceduto, compresa la possibilità per i congiunti d'intervenire personalmente nella ricomposizione della salma secondo il rito di appartenenza

## (Do) Pianificare il cambiamento

5. Possibilità di usufruire dell'assistenza di un mediatore culturale (disponibile nella struttura sanitaria o a chiamata)
6. Presenza di progetti/ attività per favorire la fruizione delle prestazioni offerte dalla struttura sanitaria da parte di utenti appartenenti ad altre culture

### **St. 4 continuità delle cure**

1. Utilizzo di una scheda di dimissione dalla Day Surgery contenente i recapiti ai quali fare riferimento in caso di necessità
2. Possibilità, per i pazienti ricoverati, di prenotazione del follow-up post-ricovero da parte del medico ospedaliero all'atto delle dimissioni
3. Presenza di un sistema di condivisione telematica dei dati clinici tra la struttura e i medici di medicina generale

### **St. 5 accessibilità fisica**

1. Presenza di almeno un percorso accessibile per disabili motori:- per il CUP- per l'URP- per il servizio di diagnostica per immagini
2. Presenza di un Piano aziendale di eliminazione delle barriere fisiche e sensoriali
3. Presenza di posti auto riservati ai disabili che accedono alla struttura
4. Presenza di posti auto riservati alle donne in stato di gravidanza ("parcheggi rosa")

### **St. 6 logistica e segnaletica**

1. Presenza nell'atrio principale di uno o più pannelli aggiornati che indicano l'ubicazione:- del CUP- dell'URP- del servizio di diagnostica per immagini- dell'Unità Operativa di medicina generale/ Modulo di degenza di Area funzionale medica - livello a media intensità di cure- dell'Unità Operativa di chirurgia generale/ Modulo di degenza di Area chirurgica – livello a media intensità di cure- dell'Unità Operativa di chirurgia generale/ Modulo di degenza di Area chirurgica – livello a media intensità di cure- della Direzione Sanitaria

### **St. 7 reparti di degenza a misura d'uomo**

1. Fruizione individuale di televisione nelle stanze di degenza
2. Stanze di degenza con sistema di climatizzazione
3. Stanze di degenza con non più di 2 posti letto
4. Accesso gratuito ad internet tramite rete wireless
5. Stanze di degenza dotate di servizi igienici interni
6. Presenza di una sala da pranzo dedicata ai degenti e alle famiglie nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - SPDC/ UO di Psichiatria

## (Do) Pianificare il cambiamento

### **St. 8 comfort generale della struttura**

1. Possibilità di scelta nel menu tra due o più opzioni, per i pazienti a dieta libera
2. Possibilità di interventi straordinari di pulizia nel caso in cui un paziente e/ o un operatore sanitario lo richiedano
3. Affissione di tabelle di registrazione degli interventi giornalieri di pulizia dei bagni con nominativo/ codice dell'operatore ed orario, nel Pronto Soccorso e nel CUP
4. Possibilità di ricevere il vitto e/o generi di conforto gratuiti per i pazienti in corso di visita al Pronto soccorso e per i pazienti del Day Hospital

### **St. 9 semplificazione delle procedure**

1. Presenza di una o più procedure di semplificazione del percorso pre-operatorio
2. Presenza di accesso privilegiato al Centro prelievi per categorie definite di utenti
3. Possibilità di ricevere a domicilio e on line referti di esami di laboratorio
4. Possibilità di ricevere a domicilio la cartella clinica, di consultarla on line ed effettuare il download
5. Possibilità di ricevere a domicilio i referenti di esami diagnostici strumentali, di consultarli on line ed effettuare il download
6. Presenza di procedura aziendale o altra documentazione aziendale nella quale si richiama l'obbligo, per i medici che effettuano visite ambulatoriali, di rilasciare apposito referto

### **St. 10 agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza**

1. Presenza di un numero telefonico aziendale e/ o della struttura sanitaria per l'informazione al pubblico
2. Presenza nel sito web aziendale di:- elenco dei servizi on line disponibili nel sito web-servizi on line dell'URP- strumenti di e-participation- elenco della documentazione necessaria per la richiesta della cartella clinica- modulistica per richiedere la cartella clinica (download)- presenza nella "sezione trasparenza" del sito di contatti telefonici ed e-mail cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente ai compiti istituzionali- tempi di attesa per le prestazioni sanitarie

### **St. 11 relazione tra professionista sanitario e paziente**

1. Presenza di una procedura operativa aziendale sul consenso informato
2. Unità Operative/ Moduli di degenza nelle quali è prevista l'assegnazione a ciascun paziente di uno o più operatori sanitari di riferimento (medico/infermiere) durante il processo di cura

## (Do) Pianificare il cambiamento

3. Possibilità per il paziente di avere un "secondo parere medico" come prestazione gratuita
4. Presenza di un servizio di accoglienza per i cittadini che accedono al Pronto Soccorso
5. Presenza di una o più iniziative di "promozione della salute" promosse con organizzazioni civiche

### St. 12 relazione con il cittadino

1. Disponibilità della Carta dei Servizi
2. Presenza della Carta dei Servizi con le seguenti caratteristiche:- aggiornata in un periodo antecedente all'osservazione di non più di 36 mesi- contenente informazioni di carattere generale sui servizi forniti e sulle modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni- contenente una sezione dedicata agli impegni, con relativi indicatori, standard e strumenti di verifica- contenente una sezione dedicata alle modalità di tutela del cittadino-utente rispetto ai disservizi e agli atti o comportamenti che limitano la fruibilità delle prestazioni
3. Realizzazione negli ultimi 24 mesi di una qualche forma di analisi periodica qualitativa dei reclami ricevuti dall'URP (relazioni trimestrali, rapporti annuali, ecc.) e realizzazione di azioni e/ o provvedimenti in seguito a quanto emerso dall'analisi effettuata
4. Predisposizione della Carta dei servizi per il percorso nascita

### 4.4.2. Raccomandazioni:

#### 4.4.2.1. Raccomandazione aziendale su profilassi Rischio Tromboembolico

Per la prima volta in Istituto, a seguito delle innumerevoli segnalazioni provenienti dalle nostre fonti di informazioni, si è deciso di pubblicare uno strumento di gestione della quotidianità clinica densa di elementi rischiosi per i nostri utenti.

I contenuti della raccomandazione non possono essere ignorati poiché, in caso di contenzioso al riguardo, ogni clinico dell'Istituto dovrà confrontarsi con questo documento e giustificare ogni eventuale disallineamento con il documento. La raccomandazione aziendale sulla profilassi del Rischio Tromboembolico è in via di revisione.

La strada è tracciata e molte altre iniziative simili verranno prodotte su temi assistenziali di particolare interesse in materia di Rischiosità complessiva dell'Istituto.



## (Do) Pianificare il cambiamento

### 4.4.3. Prevenzione delle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali (ICA)

#### 4.4.3.1. *Controllo delle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali*

Innumerevoli sono le azioni che il CIO ha messo in atto per la gestione di questo grave problema.

- Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza e dell'uso di antibiotici presso l'IRCCS AOU San Martino – IST di Genova
- Monitoraggio dei Microorganismi Alert
- Studio di incidenza delle infezioni correlate all'assistenza presso le principali UU.OO. di Medicina Interna dell'IRCCS AOU San Martino – IST di Genova
- Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico e delle procedure assistenziali pre, intra e post-operatorie, presso le UU.OO. di Chirurgia dell'IRCCS AOU San Martino – IST di Genova
- Adozione di nuove misure comportamentali e di un nuovo protocollo di decolonizzazione della cute presso il reparto di Anestesia e Terapia Intensiva UA1D1 dell'IRCCS AOU San Martino – IST di Genova
- Monitoraggio del lavaggio delle mani
- Antimicrobial Stewardship
- Attenta implementazione delle strategie di isolamento dei pazienti colonizzati o infetti da multi/pan resistenti

Sono le azioni principali che permettono di presidiare questa area.

A seguito del significativo aumento del contenzioso legato alle Infezioni è stato creato un

#### 4.4.3.2. *Comitato per la Valutazione delle Infezioni in contenzioso.*

Il comitato, costituito dalla struttura Gestione del Rischio Clinico, Medicina Legale, Igiene e Infermieri addetti alle Infezioni, Malattie Infettive, Affari Generali e Legali, valuta ogni istanza risarcitoria che abbia come sfondo questo problema. Lo scopo del Comitato non è tanto quello di prevenire il Rischio quanto quello di resistere nei casi in cui le azioni di miglioramento introdotte in Istituto siano state attuate e individuare ulteriori spazi di miglioramento che ogni singola istanza possa mettere in evidenza.

### 4.4.4. Corretta Gestione del Fine Vita

Dei Progetti congiunti DEA e DIPEO si è già detto in tema di Etica nell'Assistenza.

## (Do) Pianificare il cambiamento

### **4.4.4.1. Simultaneous care, Terapia del dolore e Supporto Psicologico**

Le azioni n° 7-16 e 17 del piano di miglioramento prodotto per la certificazione OECI definiscono gli steps necessari per l'individuazione del bisogno di cure di supporto e palliative secondo un approccio al paziente cosiddetto "olistico". La necessità di introdurre questa moderna filosofia assistenziale si è resa particolarmente cogente in ambito oncologico ma è consapevolezza comune di quanto questo approccio si renda necessario per molteplici categorie di pazienti che già oggi stanno premendo per ricevere assistenza integrata.

## **4.5. Il Risk Based Thinking nell'Insegnamento**

### **4.5.1. Integrazione con Facoltà di scienze mediche**

Le tecniche di gestione dell'errore e la conseguente capacità di trarre insegnamenti e indicazioni dalla gestione degli eventi avversi è oggetto dell'accordo più volte citato con la Facoltà di scienze mediche per integrare la formazione del corso di laurea di medicina.

La gestione del Rischio rappresenta per i Sistemi sanitari più avanzati il pilastro fondamentale della Governance Clinica intesa come la centralità dei processi di cura nella gestione complessiva del sistema.

### **4.5.2. Corsi di Formazione**

L'Audit Clinico, la Root Causes Analysis, la Failure Modes and Effects Analysis, rappresentano alcuni degli strumenti più comunemente utilizzati per la gestione della rischiosità.

Su questi temi da molti anni l'Istituto sta producendo corsi per la loro sistematica diffusione e il conseguente utilizzo nella prassi clinica quotidiana.

Nella programmazione 2021 e 2022 è stato previsto e realizzato un corso in modalità FAD volto a tutte le professioni sanitarie interne al Policlinico e articolato in 4 moduli:

- modulo 1: Informazione e Consenso, risultati dell'Audit Clinico condotto nel Policlinico
- modulo 2: Corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura. (Raccomandazione Min. n° 3)
- modulo 3: Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture Sanitarie. (Raccomandazione Min. n°13)
- modulo 4: Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica,

## (Do) Pianificare il cambiamento

### 4.6. Il Risk Based Thinking nella Ricerca



#### 4.6.1. Eventi Avversi

L'azione di miglioramento n° 11 per l'accreditamento OECI prevede l'introduzione a livello di DMT di sessioni di discussione di eventi avversi in corso di studi clinici utilizzando lo strumento Mortality & Morbidity. In particolare, nelle azioni di follow up si è individuata l'area della gestione del fine vita sia per l'estrema attualità del tema sia per la disponibilità ad affrontare una discussione pubblica da parte di famigliari di pazienti.

Questa modalità permetterà altresì di incrementare le segnalazioni e facilitare la partecipazione alla discussione dell'evento anche da parte del cittadino utente.

#### 4.6.2. Integrazione con Facoltà di scienze mediche

Come per gli aspetti etici anche molti aspetti legati all'attenzione alla gestione del rischio clinico passano attraverso la frequentazione dei reparti ospedalieri a contatto con medici, infermieri e altri professionisti che trasferiscono attivamente modalità di comportamento e

## (Do) Pianificare il cambiamento

organizzative che hanno a monte un bagaglio di conoscenze maturate sul piano operativo e con il confronto continuo con i problemi quotidiani.

Anche su questo tema si è giunti ad un accordo con la Facoltà di Scienze mediche per un impegno maggiore nella formazione degli studenti e degli specializzandi delle varie discipline. A questo proposito, come era stato fatto nel 2019, sospeso a causa dell'emergenza sanitaria COVID-19 del 2020 e 2021, per il 2022 su decisione della Direzione Sanitaria ed in accordo con la Presidenza della Facoltà di Medicina, è stato progettato un corso di aggiornamento a carattere informativo dedicato al personale medico in formazione specialistica iscritto al primo anno.

### 4.6.3. Corsi di Formazione

Nel piano di formazione 2020-2022 dell'Istituto sono riportati molti eventi rivolti alla gestione della rischiosità intrinseca dell'Istituto. Nella programmazione 2021 e 2022 infatti è stato realizzato il già menzionato corso in modalità FAD volto a tutte le professioni sanitarie interne al Policlinico.



Il processo in sanità rappresenta il passaggio dalla cura del sintomo alla cura della persona

## (Do) Pianificare il cambiamento

### 4.7. L'approccio per processi nell'Assistenza



#### 4.7.1. Implementazione dei DMT-GIP

A partire dall'esperienza oncologica si sta diffondendo in Istituto la consapevolezza, da parte di diversi gruppi di professionisti, relativamente alla necessità di dare valore aggiunto ai processi di cura e di ricerca che si stanno realizzando utilizzando la caratteristica peculiare dell'Istituto stesso: la Multidisciplinarietà.

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 Disease Management Team (DMT) all'interno dell'organizzazione dei percorsi di cura per la modernità dell'approccio al paziente che questa modalità di erogazione delle cure rende disponibile. Nel corso del 2019 si è ridefinito l'assetto dell'attività Multidisciplinare dei Disease Management Team (DMT) e dei Gruppi Interdisciplinari di Patologia (GIP) del Policlinico con Delibera 554 del 27/03/2019.

Attraverso le riunioni del Cancer Board sono mantenute in costante attenzione gli aspetti correlati al ruolo e alle funzioni dei DMT.

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. Sono stati definiti gli indicatori per il monitoraggio dei DMT; a questi ogni coordinatore potrà aggiungerne di specifici.

## (Do) Pianificare il cambiamento

Nel maggio 2022 è stato pubblicato il Regolamento dei Disease Management Team (PQAZHSN\_0001DMT Rev.0) del 25/05/2022.

### 4.7.2. L'ospedale organizzato per livelli omogenei di intensità di cura

Il percorso di modifica della distribuzione delle unità operative all'interno dell'Istituto, avviato anche dal punto di vista strutturale e architettonico, rappresenta la necessaria premessa al cambiamento verso il modello dell'ospedale organizzato per livelli omogenei di intensità di cure.

È fondamentale chiarire come l'Istituto non voglia tendere ad una mera modifica organizzativa del suo modo di operare, bensì abbia la presunzione di mettere al centro del proprio esistere non più la singola prestazione bensì tutto ciò che nel percorso diagnostico e terapeutico assistenziale necessita ad ogni singolo paziente per la migliore cura della propria condizione; in altre parole il cambiamento organizzativo è contemporaneamente causa ed effetto del cambiamento filosofico ed entrambi devono essere accompagnati da un cambiamento strutturale importante.

## 4.8. L'approccio per processi nell'Insegnamento

### 4.8.1. Integrazione con Facoltà di scienze mediche

Il passaggio dal concetto di cura del sintomo o della malattia a quello di cura della persona malata contiene l'idea del passaggio da un approccio unidisciplinare e puntiforme tipico del sistema distributore di prestazioni ad un approccio multidisciplinare e olistico tipico della moderna filosofia della presa in carico. La possibilità di disporre in Istituto di tutte le competenze, di tutte le professioni e di molti setting assistenziali attualmente disponibili ci dà la possibilità di rendere più evidente la necessità di questa transizione.

L'accordo già citato con la Facoltà di Scienze Mediche, oltre che la programmazione dei corsi di formazione ad hoc già ricordati, ci garantirà la possibilità di rendere più rapida la trasformazione dell'Istituto.

### 4.8.2. Piano della Formazione

Lo spazio che viene garantito ogni anno all'approfondimento dei contenuti e delle metodologie di gestione dei principali processi che l'Istituto governa è anch'esso condizione necessaria ad accompagnare la transizione da ospedale distributore di prestazioni a ospedale che prende in carico la persona.

Garantire processi  
condivisi e  
standardizzati in  
Ricerca è premessa  
indispensabile alla  
"buona ricerca "

## **(Do) Pianificare il cambiamento**

---

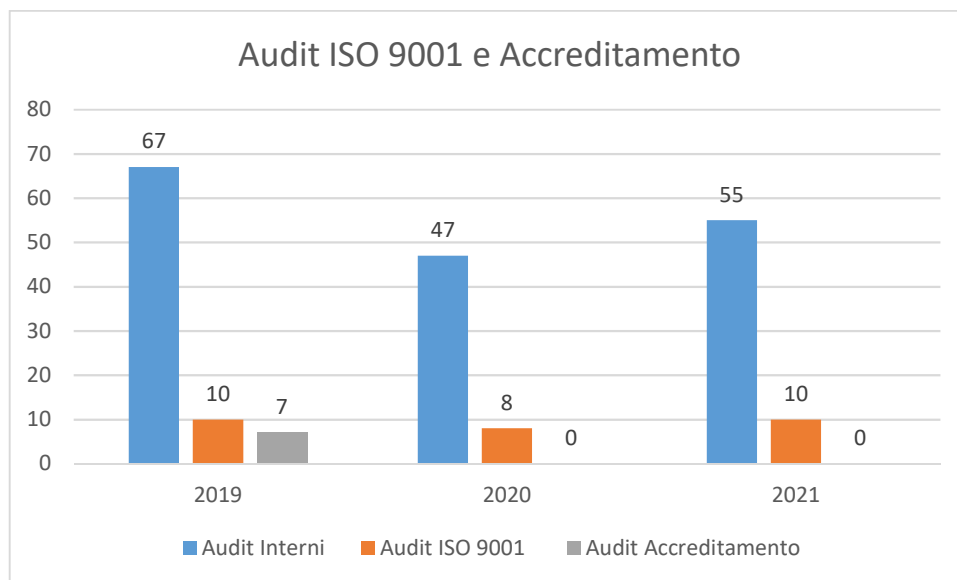
### **4.9. L'approccio per processi nella Ricerca**

Anche in ambito di ricerca è essenziale procedere secondo processi codificati e standardizzati volti a garantire ad ogni progetto categorie essenziali quali ad esempio Eticità, Sostenibilità, Rilevanza.

Questo sforzo è attualmente in atto nell'ambito della ricerca sanitaria in oncologia mentre in altri ambiti l'attività di ricerca ha caratteristiche di maggiore estemporaneità. È indispensabile arrivare a breve ad un accordo in materia di ricerca tra tutti gli attori che in Istituto hanno, a vario titolo, a che fare con la ricerca clinica. Le responsabilità della Direzione Scientifica, delle Direzione Sanitaria e dei Dipartimenti Universitari vanno al più presto armonizzate con la realizzazione, ove necessario, di un tavolo permanente di confronto con l'obiettivo fondamentale di valutare secondo tutte le dimensioni ogni proposta di studio clinico.

## 5. (Check) Il monitoraggio

### 5.1. Gli audit di Sistema secondo la norma ISO



Tutte le UU.OO. a rotazione saranno oggetto di Audit interno o esterno nell'arco del triennio. La scelta delle UU.OO. da sottoporre a verifica tiene conto dei risultati degli Audit precedenti e/o di eventuali percorsi paralleli di accreditamento (ISO, Regione Liguria, Ministero, OECE, JACIE, CNT, etc.).

La pianificazione annuale degli Audit interni prevede il monitoraggio di un minimo pari al 65% del totale delle UU.OO. dell'Istituto. Tutte le UU.OO. a rotazione saranno oggetto di Audit interno o esterno nell'arco di un biennio. La scelta delle UU.OO. da sottoporre a verifica tiene conto dei risultati degli Audit precedenti e/o di eventuali percorsi paralleli di accreditamento (ISO, Regione Liguria, Ministero, OECE, JACIE, CNT, etc.).

Gli Audit vengono effettuati per verificare il mantenimento degli standard implementati dalle politiche aziendali per i percorsi del Sistema Qualità (Accreditamento Istituzionale Regione Liguria, ISO, JACIE, CNT, OECE, etc.) sia di tipo documentale sia di controllo dei processi assistenziali. Inoltre la documentazione sanitaria inerente le cartelle cliniche medico infermieristiche viene valutata tramite apposita *check* (progetto PM032).

L'Audit Clinico è lo strumento fondamentale per l'implementazione dei cambiamenti organizzativi e gestionali dell'istituto



## 5.2. “Improvement action plan” accreditamento OECI

Nel Maggio 2015 l'Istituto è stato accreditato e designato quale Comprehensive Cancer Center da OECI al termine di un cammino iniziato con la nascita dell'Istituto nel settembre 2011. Il cammino è stato molto impegnativo e ha permesso a tutti di maturare un senso di appartenenza e anche uno spirito di squadra che, per come la cosiddetta fusione si era realizzata, appariva fino ad allora insperato.

La visita di OECI ha prodotto un “Improvement action plan” comprendente 30 azioni che periodicamente vengono valutate da un board di verificatori.

Nel box sottostante vengono riportate le azioni di miglioramento. In allegato viene riportato il follow-up delle trenta azioni di miglioramento trasferito al Board OECI nel Luglio 2016 con i tempi e le percentuali di raggiungimento di ogni singola azione.

La verifica dell'aderenza agli standard previsti da OECI (Organization of European Cancer Institute) di Ri-Accreditamento si svolgerà nel 2022.

Action 1	1 General Standards - 1.1.1 Oncological policy plan and general report
Action 2	1 General Standards - 1.1.4.Cancer data registration (institutional level)
Action 3	1 General Standards - 1.4.1.Continuity of care within the cancer centre
Action 4	1 General Standards - 1.4.2.Waiting and throughput times
Action 5	1 General Standards - 1.4.4. Compliance with guidelines
Action 6	1 General Standards - 1.4.5. Tasks and responsibilities of the (oncology) nurses
Action 7	1 General Standards - 1.4.8 Referral of patients to paramedical and supportive disciplines
Action 8	1 General Standards - 1.4.9 Multidisciplinary harmonization/integrated care
Action 9	1 General Standards - 1.4.10 Selection criteria for the oncology team meeting
Action 10	1 General Standards - 1.4.11 Procedure for the oncological multidisciplinary team meetings
Action 11	1 General Standards - 1.5.1 Quality and risk management and safety requirements
Action 12	1 General Standards - 1.5.2 Quality and risk management and safety requirements
Action 13	1 General Standards - 1.5.4 Quality and risk management of research and new techniques
Action 14	1 General Standards - 1.5.6 Quality assurance in all areas (HR)
Action 15	1 General Standards - 1.5.7 Privacy, protection and personal data
Action 16	3 Care - 3.1.1 Pain service
Action 17	3 Care - 3.1.5 Psycho -oncology service
Action 18	3 Care - 3.1.8 Family involvement in care (children)
Action 19	4 Research, innovation and development - 4.1.3 Organization of clinical research
Action 20	4 Research, innovation and development - 4.1.4 Periodical policy review

## (Check) Il monitoraggio

Action 21	4 Research, innovation and development - 4.3.1 Means for conducting its research activities
Action 22	4 Research, innovation and development - 4.3.2 Intellectual property and innovation
Action 23	4 Research, innovation and development - 4.3.3 Biobank
Action 24	5 Teaching and continuing education - 5.4.1 Participation in teaching oncology
Action 25	5 Teaching and continuing education - 5.4.2 Types of teaching programmes provided
Action 26	5 Teaching and continuing education - 5.4.3 Types of teaching programmes organized
Action 27	6 Patient related - 6.4.1 Educational material
Action 28	6 Patient related - 6.4.2 Inform patients on admission
Action 29	6 Patient related - 6.4.4 Discharge procedure
Action 30	6 Patient related - 6.5.1 Patient satisfaction/ experiences

### 5.3. Gli Audit Clinici

Nel corso della vigenza di questo piano della qualità si è deciso di utilizzare l’Audit Clinico come strumento per la gestione del cambiamento.

Il ciclo dell’Audit Clinico, come il ciclo di Deming, contiene in se non solamente la forma, il metodo per l’implementazione del cambiamento, ma rappresenta contemporaneamente l’essenza del cambiamento stesso. L’individuazione di temi clinici da sottoporre ad audit, l’individuazione degli standard di riferimento, la creazione del team, la verifica della prassi clinica con gli standard, la comprensione della distanza dagli standard, l’individuazione delle azioni correttive e la loro implementazione, la misura dell’efficacia delle misure implementate sono tutte azioni che se sistematizzate offrono uno sfondo organizzativo e procedurale fondamentale.

L’Ospedale Policlinico San Martino partecipa a diversi progetti:

**-PROGETTO NET 2016-02363853** del Ministero della Salute, facente parte dei Network Project/Progetti di Rete, classificato nel tipo di Ricerca “Change-Promoting”. Il progetto valuta i fattori professionali, organizzativi e di sistema che condizionano efficacia ed efficienza dei servizi sanitari e/o l’impatto sulla qualità di innovazioni cliniche, organizzative, gestionali e di finanziamento. **L’obiettivo generale** è quello di valutare la qualità complessiva dell’intero percorso di cura analizzando le performance cliniche e l’appropriatezza nell’utilizzo delle risorse per ciascuno dei seguenti momenti: screening, diagnosi, trattamento, esiti follow-up e fine vita.

Tale progetto è suddiviso in tre sotto progetti con i seguenti obiettivi:

**AIM1:** Valutare in che misura le differenze sulla sopravvivenza tra i Registri Tumori Italiani e i Registri inclusi nel database SEER (US) sono correlate con le differenze di mortalità, dopo aggiustamento per l’incidenza.

**AIM2:** Valutare se la qualità dell’assistenza oncologica in un campione random di casi di cancro diagnosticati nella Rete Oncologica Ligure è correlata con la sopravvivenza nel paziente individuale o nel centro che ha in carico il paziente.

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

**- Audit Clinico prospettico: “Informazione e Consenso”:** La prima Fase dell’Audit Clinico (approvato dal Comitato Etico Regionale il 19/11/2018) che risponde all’esigenza di accertare il livello di comunicazione effettivamente esistente

## (Check) Il monitoraggio

in Ospedale nei confronti dei pazienti ha avuto l'obiettivo di monitorare la qualità dell'informazione fornita per l'acquisizione del consenso/dissenso alle prestazioni; valutare la percezione del paziente riguardo a la completezza, comprensione, consapevolezza e soddisfazione del processo del consenso informato e rilevare le criticità ed individuare le azioni finalizzate al miglioramento della qualità del processo. La prima Fase dell'Audit Clinico ha previsto l'intervista di 100 pazienti, 137 Medici in formazione Specialistica e 114 Medici. La raccolta dati si è conclusa nel Luglio 2019 e la successiva elaborazione dei risultati ha permesso di individuare e condividere le possibili Azioni di Miglioramento esposte nella precedente relazione dell'Unità di Gestione del Rischio (anno 2019). Delle azioni individuate si segnala la realizzazione di un Corso FAD riguardo la legge 219/2017, la cui erogazione a tutti i dipendenti del Policlinico è stata avviata da Marzo 2021. Si è registrata una buona partecipazione, con 700 operatori che hanno concluso il corso. L'erogazione del corso è proseguita nell'anno 2022.

- Nel 2021 è stata avviata la progettazione di un Protocollo di studio sul tema contenzione "**Studio descrittivo sulla contenzione meccanica nell' Ospedale Policlinico San Martino**" che si prefiggerà i seguenti obiettivi. Obiettivo primario: quantificare e descrivere il fenomeno contenzioni all'interno del Policlinico San Martino. Obiettivi secondari: verificare la corretta modalità e gestione delle contenzioni; verificare l'appropriatezza dell'indicazione alla contenzione.

## **(Act) L'implementazione del cambiamento**

### **6. (Act) L'implementazione del cambiamento**

L'Istituto ha iniziato nel settembre 2011 (data dell'effettivo avvio del processo di integrazione tra AOU San Martino e IST Genova) un percorso di cambiamento radicale che si sta concretizzando come l'effettiva applicazione delle risposte ai tre bisogni macro che abbiamo declinato nel capitolo 4.

#### **6.1. Le progettualità Strutturali e architettoniche avviate**

Allo scopo di favorire una maggiore sicurezza del paziente in sala operatoria, il Policlinico ha adottato e realizzato un piano di unificazione delle Sale Operatorie in un unico polo realizzato nel nuovo edificio costruito a monte del padiglione Monoblocco.

Il programma di reingegnerizzazione e di cambiamento strutturale avviato con la deliberazione n° 204 del 26-02-2014 ha alla sua base una nuova impalcatura organizzativa che ha nei tre bisogni macro più volte citati i pilastri fondanti.

Concentrare le aree cliniche nei 5 poli previsti dal progetto risponde alla volontà di:

- far ruotare tutto l'istituto intorno ai bisogni dei suoi utenti;
- articolare, per quanto possibile all'interno di aree circoscritte, lo sviluppo di ogni PDTA creando il percorso non solamente da un punto di vista funzionale ma anche dal punto di vista fisico;
- concentrare i professionisti nelle aree dove si sviluppano i percorsi dei loro pazienti facilita la possibilità di comunicazione tra operatori e tra operatori e pazienti, premessa essenziale alla riduzione della sinistrosità del sistema

#### **6.2. I cambiamenti organizzativi**

Il cambiamento che maggiormente ha segnato questo periodo è stata l'introduzione del modello DMT – GIP sebbene per alcune aree cliniche questa fosse una modalità operativa preesistente alla “fusione”. Nel maggio del 2022 è stato pubblicato il nuovo Regolamento dei DMT (PQAZHSN\_0001DMT) che definisce obiettivi, funzioni, composizione, coordinamento, modalità operative e il nuovo programma DMT-HSM sviluppato ad hoc dalla UO ICT. Tale documento è corredato da una serie di indicatori

## (Act) L'implementazione del cambiamento

(MODAZHSN\_0002DMT\_DMT\_Indicatori\_Allegato\_2\_del\_Regolamento\_Disease\_Management\_Team) di processo e/o esito sulla base dei quali verrà redatto un report annuale.

Il lavoro in DMT ha messo in evidenza la necessità di condividere uno sfondo etico comune tra tutti gli operatori che ha visto nelle problematiche del fine vita e dell'inizio della vita momenti di attenta riflessione.

L'introduzione di un gruppo integrato di professionisti per la gestione delle cure di supporto e palliative è stata la conclusione di un percorso che, inizialmente per quanto attiene l'oncologia e successivamente per le principali cronicità trattate in Istituto, partendo dalla necessità di un approccio sistemico ai bisogni del cittadino utente ha riconosciuto la frammentarietà degli interventi e si è quindi strutturato per tentare di offrire risposte complete.

Questo nuovo approccio, incardinato sui Teams Multidisciplinari, coniuga la necessità della gestione per processi basati su prove di efficacia con la conseguente Presa in Carico del paziente da parte del medico Tutor e dell'infermiere Referente. La Presa in Carico rappresenta anch'essa un modello organizzativo da traguardare che rappresenta per i nostri utenti lo strumento indispensabile alla consapevole adesione ai piani di cura che il nostro Istituto è in grado di proporre.

L'emergenza pandemica COVID ha limitato la possibilità di accesso dei pazienti agli Ospedali provocando un rallentamento o la sospensione delle visite ambulatoriali. L'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) ha predisposto un programma di ripresa delle attività ambulatoriali nel rispetto delle misure di sicurezza definite per l'emergenza COVID-19. Per tale scopo sono state definite le modalità di svolgimento delle Televisite specialistiche di controllo e affidati a Liguria Digitale l'avvio e la gestione della piattaforma tecnologica necessaria per l'esecuzione delle visite. Le televisite possono essere erogate in quei casi in cui non sia necessario eseguire l'esame obiettivo del paziente e, oltre a questo, i criteri per l'erogazione in Televisita sono definiti e il medico ha la Responsabilità di definire se il paziente può ricevere una televisita. Il paziente deve essere inserito in un percorso di follow up per una patologia nota, anche per monitoraggio della terapia in corso. L'attivazione del servizio di telemedicina richiede l'adesione preventiva del paziente o del tutore, anche per confermare la disponibilità di contatto telematico nel rispetto delle norme in materia di privacy e sicurezza. Il collegamento deve avvenire in tempo reale e consentire l'interazione tra medico e paziente, con l'eventuale supporto del tutore/caregiver. L'Ospedale Policlinico ha aderito a questa nuova modalità di visita come prima struttura regionale e dal 15 ottobre 2020 ad oggi sono stati abilitati all'utilizzo della piattaforma fornita da Liguria Digitale i Medici di nove unità operative ad iniziare dalla UO Clinica Neurologica, UO Psicologia, UO Clinica Cardiologica.

## (Act) L'implementazione del cambiamento

*Si auspica che questa metodologia di esecuzione dei follow up possa essere ancor più diffusa e resa disponibile per tutte le specialità mediche per le quali possa essere ritenuta indicata.*

Inoltre, nonostante l'iniziale sospensione dovuta alla Pandemia da Covid-19 delle attività di formazione, la pandemia si è tuttavia rivelata anche 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 e il miglioramento continuo dei processi comunicativi sia tra operatori che con la cittadinanza. Dal 01/03/2021 è stata adottata la nuova piattaforma di formazione a distanza del Policlinico, ove sono disponibili i corsi del Piano Formativo Aziendale vigente ed i corsi obbligatori in materia di salute e sicurezza. La nuova piattaforma attualmente comprende la possibilità di fruizione di molti corsi in continua evoluzione.

Infine, un ulteriore esempio riguardante nuovi assetti organizzativi emersi negli ultimi anni e che si intende attuare e implementare, riguarda la tracciabilità di tutto il processo della movimentazione dei campioni biologici, attraverso l'utilizzo di un sistema informatico dedicato, Biotrac Identity Secured. L'obiettivo è quello di una reale mitigazione del Rischio Clinico, finalizzato all'eliminazione degli errori a tutela dell'utenza e a garanzia dell'operato del personale dedicato.

### 6.3. L'evoluzione dei sistemi informativi

Contestualmente a questi cambiamenti organizzativi l'Istituto sta sviluppando una infrastruttura informativa che sia in grado di assecondare questi stessi cambiamenti. Con atto deliberativo n° 1072 del 10 Agosto 2016 infatti vengono poste le basi per l'implementazione di un nuovo HIS (Hospital Information System) che dovrà avere alla base e contemporaneamente concorrere a mantenere i principali processi di cura dell'Istituto.

All'interno del Policlinico è in uso la Cartella Clinica Elettronica (CCE) che rappresenta lo strumento al momento più efficace per la gestione e il monitoraggio dei processi. L'adozione della Cartella Clinica Elettronica iniziato nel 2017, riguarda Degenze ordinarie, Day Hospital. La Cartella Clinica Elettronica in uso per l'attività ambulatoriale è OneSYS. Si prevede gradualmente l'implementazione dello stesso strumento nelle aree di degenza.

Questa evoluzione avrà effetti importanti sulle tre mission fondamentali dell'Istituto e potrà rappresentare per tutte le professioni e tutte le discipline un importante strumento di supporto decisionale alimentato dalle scelte che ogni gruppo realizzerà.

## (Act) L'implementazione del cambiamento

### 6.4. L'attenzione alla quotidianità

Come riferito al capitolo 4.4.1. dal 2006, anno di nascita dell'Unità di Gestione del Rischio Clinico (UGR), sono stati prodotti diversi progetti su input provenienti dai gruppi afferenti all'UGR e come conseguenza del grande lavoro svolto in materia anche da tutte le strutture dell'Istituto. Nel 2014, per cercare di garantire maggiore sistemicità ai progetti di gestione del Rischio sono stati coinvolti direttamente i Dipartimenti Assistenziali Integrati (DAI) che, come riferito al capitolo 4.4., hanno prodotto alcuni interessanti progetti alcuni dei quali ancora in via di realizzazione.

I progetti prodotti sono stati trasformati in molte Istruzioni Operative (I.O.) alcune delle quali di interesse generale (IO aziendali) per l'intero Istituto. Come è ben noto la maggiore difficoltà del sistema è quello di monitorare adeguatamente l'aderenza di ogni singola struttura e a volte di ogni singolo professionista alle I.O. che vengono prodotte. Questa attività è l'obiettivo degli Audit interni ed anche di strutture di staff quali:

- Farmacia
- Servizio Prevenzione e Protezione
- Igiene
- Fisica Medica e Sanitaria
- Medicina del Lavoro
- Organizzazione Ospedaliera

e da alcune strutture cliniche che su progetti specifici hanno il compito di monitorare l'appropriatezza specifica su alcune aree particolarmente critiche come ad esempio

- La Clinica delle Malattie Infettive per l'antimicrobial stewardship
- Le oncologie e le ematologie per la prescrizione dei farmaci ad alto costo
- Ecc..

A fronte di questa grande quantità di informazioni e di materiale prodotto appare indispensabile coordinare non solamente

- la progettazione e lo sviluppo di nuove attività per il miglioramento della qualità
- il contenimento del rischio
- l'attento monitoraggio dell'aderenza

ma anche l'interazione fra le varie strutture dell'istituto che quotidianamente operano questa attività di monitoraggio. In questa direzione appare opportuna l'indicazione di Reg. Lig. in merito all'implementazione dello strumento C.A.R.M.In.A. per il necessario approccio



## (Act) L'implementazione del cambiamento



sistemico alla gestione della rischiosità nelle strutture. Ogni anno vengono prodotti e trasmessi ad A.Li.Sa dei report delle attività svolte nel Policlinico ed ascrivibili alle Aree C.A.R.M.In.A. I monitoraggi sono attività che quotidianamente forniscono informazioni utili per il miglioramento della struttura.

Monitoraggio fenomeno cadute: all'interno del Policlinico il fenomeno "cadute" è oggetto di costante monitoraggio utile alla valutazione delle azioni di miglioramento intraprese nell'anno precedente oltre che per definire le nuove azioni, volte a contenere la quota di cadute prevedibili. Dal 1 Gennaio 2019 al 31 Dicembre 2020, le cadute segnalate nel Policlinico sono state 1405. In particolare nel 2019 sono state segnalate 682 cadute e nel 2020 sono state segnalate 723 cadute.

Monitoraggio dell'igiene delle mani tramite sopralluoghi e con l'utilizzo di specifiche schede osservazionali ICA per la rilevazione dei comportamenti rispetto ai 5 momenti dell'igiene delle mani (MODAZU76\_0060).

Monitoraggio microrganismi Alert: è attivo un sistema di sorveglianza passiva dei microrganismi "sentinella" isolati in tutte le unità operative degenziali, basato sulla segnalazione automatica attraverso i sistemi informativi aziendali del rilevamento di alcuni microrganismi che per le loro caratteristiche sono considerati "alert" e che quindi necessitano dell'adozione di precauzioni aggiuntive per la loro gestione.

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

Nel 2021 è stato avviato uno "Studio descrittivo sulla contenzione meccanica nell' Ospedale Policlinico San Martino" che si prefigge come obiettivo primario di quantificare e descrivere il fenomeno contenzioni all'interno del Policlinico San Martino.

### 6.5. L'ospedale organizzato per livelli omogenei di intensità di cure

I tre aspetti precedentemente citati (6.1-6.2-6.3) rappresentano le premesse essenziali per traghettare l'organizzazione dell'istituto verso un modello organizzativo diverso dall'attuale, che possa coniugare da un lato lo sfondo etico comune, l'attenta gestione della rischiosità e l'approccio per processi alla clinica e alla ricerca e dall'altro la presa in carico dei nostri utenti.

## **(Act) L'implementazione del cambiamento**

Attualmente il modello organizzativo più adeguato a questa nostra visione di sviluppo dell'Istituto è quello dei livelli omogenei di intensità di cure che non può essere replicato, nella sua attuazione concreta, avendo a riferimento esperienze realizzate in altre parti d'Italia o di Europa, ma che da questa può trarre gli elementi utili per una definizione maggiormente aderente alla nostra realtà.

È necessario quindi che su questo tema il collegio di direzione, le strutture di staff della Direzione Generale e i professionisti, attraverso il loro più ampio coinvolgimento, producano a breve una proposta di nuova organizzazione dell'assistenza e della ricerca che si ispiri a questo modello e che risponda, per quanto possibile, ai bisogni che la nostra utenza quotidianamente esprime.