



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

# **Unità di Gestione del Rischio (U.G.R.)**

## **Relazione Piani Annuali di Attuazione 2022**

**Genova, 13/02/2023**

**Coordinatore U.G.R.**

**Dott. Giovanni Orenco – Dott.ssa Simona Morganti**

Editing: Antonella Filanti

*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 OECl Registered Number RPM N. 0473647634*

## Sommario

Premessa a Piani Annuali di Attuazione - Report 2022 .....	- 4 -
Organizzazione dell'Unità di Gestione del Rischio (UGR) .....	- 4 -
Gruppo Strategico Area 1 CARMINA – Governance, Consapevolezza e Misurazione-	7 -
Funzionamento dell'Unità di Gestione del Rischio (UGR) .....	- 7 -
Piano Triennale per la Gestione Integrata Rischiosità 2022-2024.....	- 8 -
Area 1 CARMINA Report.....	- 9 -
Cambiamento organizzativo: il Day Hospital Emato Oncologico (DHHO) .....	- 9 -
L'adozione della Cartella Clinica Elettronica <i>Onesys</i> : percorso delle Professioni Sanitarie .....	- 19 -
Area 2 CARMINA Report.....	- 25 -
Monitoraggio e implementazione della nuova rete Intranet del Policlinico.....	- 25 -
Social Media istituzionali .....	- 26 -
Progettazione e rilascio della nuova piattaforma FAD aziendale.....	- 28 -
La programmazione della formazione aziendale.....	- 29 -
Regolamento aziendale sulla disciplina delle attività di formazione e aggiornamento.....	- 29 -
Gruppi di miglioramento (GdM) .....	- 32 -
Area 3 CARMINA Report.....	- 33 -
Definizione profilo di competenze e sua valutazione.....	- 33 -
Percorso di inserimento dell'Infermiere all'interno della Terapia Intensiva.....	- 34 -
Percorso inserimento in Hospice di personale neoassegnato.....	- 38 -
Analisi dei percorsi di tirocinio svolto dalle Professioni Sanitarie .....	- 40 -
Area 4 CARMINA Report.....	- 45 -
Progetto tracciabilità trasporti campioni biologici e sacche di emocomponenti.....	- 45 -
Progettualità ICT per una migliore gestione degli <i>asset</i> elettronici ed elettromedicali ed una maggiore consapevolezza informatica .....	- 47 -
Azioni correttive per l'anno 2022 di competenza UO Fisica Sanitaria. Avanzamento lavori .....	- 49 -
Area 5 CARMINA Report.....	- 51 -
Riorganizzazione del percorso chirurgico: l'esperienza dell'Ospedale Policlinico San Martino in fase post-pandemica. ....	- 51 -
Misurazione delle Cadute – Analisi dati anno 2021.....	- 58 -
Sensibilizzazione riguardo la prevenzione del fenomeno Cadute .....	- 69 -
Adozione e monitoraggio di procedure, per la gestione standard/isolamento.....	- 76 -
Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. ....	- 79 -
Adozione e monitoraggio attraverso indicatori di procedure per il lavaggio mani.....	- 82 -



Prevenzione e Trattamento lesioni da pressione (LDP).....	- 85 -
Redazione del Regolamento Generale e gestione attività di Direzione relative ai DMT .....	- 90 -
Ostetricia: ritorno al futuro.....	- 92 -
Area 6 CARMINA Report.....	- 93 -
Incident Reporting – Analisi dati anno 2022.....	- 93 -
Area 7 CARMINA Report.....	- 97 -
Le contenzioni nel Policlinico: studio di 38 casi, contenzioni meccaniche in ambito non psichiatrico. Avanzamento lavori .....	- 97 -
Iter di revisione delle Informative a procedura/intervento .....	- 101 -
Team Building attraverso l’arte: laboratorio artistico 2022 per operatori dell’Ospedale Policlinico San Martino-Relazione di fine progetto.....	- 107 -
Area 8 CARMINA Report.....	- 119 -
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.....	- 119 -
Studio sull’ osservanza dei principi etici secondo l’opinione dei pazienti ricoverati e sopravvissuti al COVID-19 durante la pandemia .....	- 121 -
NET 2016-02363853 del Ministero della Salute. Avanzamento lavori .....	- 122 -
Acronimi.....	- 123 -

## Premessa a Piani Annuali di Attuazione - Report 2022

La relazione Piani Annuali di Attuazione è il report annuale a carico dell'Unità di Gestione del Rischio ad integrazione e completamento di quanto richiesto da Regione Liguria, quale puntuale monitoraggio delle attività per la gestione della rischiosità e per corrispondere in modo adeguato alla Deliberazione di A.Li.Sa n. 6/2018 ("Indirizzi Operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2018").

Tale Delibera al punto 5.8 "Gestione del Rischio Clinico" prevede l'implementazione dello strumento C.A.R.M.In.A. per le Aziende e IRCCS Liguri ai sensi della D.G.R. n. 161/2016 quale modalità di lavoro consolidata e continuativa.

Il presente documento si compone dei report delle attività svolte nel Policlinico ed ascrivibili alle Aree C.A.R.M.In.A. secondo cui è strutturata l'Unità di Gestione del Rischio; annualmente è trasmesso ad ALISA Regione Liguria nel format previsto e nel file *excel* di monitoraggio degli standard previsti da C.A.R.M.In.A..

## Organizzazione dell'Unità di Gestione del Rischio (UGR)

Con atto deliberativo della Direzione Generale n° 89 del 02/02/2017 e n°354 del 29/03/2017, sono stati adottati provvedimenti in ordine alla riorganizzazione dell'Unità di Gestione del Rischio (UGR) secondo le procedure C.A.R.M.In.A. il cui obiettivo è garantire l'integrazione di tutti i soggetti coinvolti, a vario titolo, nel monitoraggio delle attività per la gestione della rischiosità nel Policlinico.

L'organizzazione dell'UGR è articolata in un Gruppo Strategico e diversi Gruppi Operativi, avendo a riferimento le 7 aree che lo strumento C.A.R.M.In.A. <sup>1</sup> ha desunto dall'analisi della letteratura scientifica, ai quali sono ascritte funzioni diverse da realizzare con modalità operative rivolte alla definizione, implementazione e monitoraggio di un Piano triennale per la Gestione Integrata del Rischio. Gli **Atti Deliberativi 89 del 02/02/2017 e 354 del 29/03/2017**, formalizzano sia la composizione dei Gruppi Operativi sia le loro funzioni. A seguire è esposta la struttura UGR, la composizione ed il Coordinatore di ogni Gruppo Operativo, per ognuno dei quali è prevista la partecipazione ai lavori, di un Rappresentante del Collegio di Direzione.

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

- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo
- Direttore Scientifico
- Preside Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche
- Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera
- Direttore UO Controllo di Gestione

---

<sup>1</sup> Tricarico P, Tardivo S, Sotgiu G, Moretti F, Poletti P, Fiore A, Monturano M, Mura I, Privitera G, Brusaferrò S. Clinical Assessment of Risk Management: an INtegrated Approach (CARMINA). International Journal of Health Care Quality Assurance 2016 Aug 8;29(7):744-58. doi: 10.1108/IJHCQA-11-2015-0140. PMID: 27477931.

- Responsabile UO Direzione e gestione delle Professioni Sanitarie (attualmente UO Direzione delle Professioni Sanitarie)
- Direttore UO Servizio Prevenzione e Protezione
- Il Medico Competente
- Direttore UO Sviluppo Risorse Umane
- Responsabile UOS Formazione e Comunicazione (attualmente SSDip. Formazione e Comunicazione)
- Direttore UO Affari Generale e Legali
- Direttore UO Psicologia Clinica e Psicoterapia
- Un rappresentante delle Associazioni di tutela del malato e volontariato in Istituto

Coordinatore del Gruppo Operativo è il Direttore dell'UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP.

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

- Direttore UO Sistemi Informativi (attualmente UO Information & Communication Technologies I.C.T.) ed Ingegneria Clinica
- Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera
- Direttore UO Direzione e gestione delle Professioni Sanitarie (attualmente UO Direzione delle Professioni Sanitarie)
- Direttore UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Coordinatore del Gruppo Operativo è il Responsabile UOS Formazione e Comunicazione (attualmente SSDip. Formazione e Comunicazione).

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

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

Coordinatore del Gruppo Operativo è il Direttore UO Direzione delle Professioni Sanitarie<sup>2</sup>.

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

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

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

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

---

<sup>2</sup> Nomina in fase di formalizzazione, in sostituzione Direttore UO Sviluppo Risorse Umane.

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

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

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

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

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

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

- UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accred. e URP

Sin dal 2019 sono state avviate le attività del Gruppo Operativo – Area 8 C.A.R.M.In.A. “Umanizzazione ed Etica” il cui Coordinamento è in capo al Referente dell’URP (UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP).

## Gruppo Strategico Area 1 CARMINA – Governance, Consapevolezza e Misurazione

### Funzionamento dell'Unità di Gestione del Rischio (UGR)

Gli Atti Deliberativi 89 del 02/02/2017 e 354 del 29/03/2017, formalizzano sia la composizione dei Gruppi Operativi sia le loro funzioni. Di seguito sono esposte le modalità di funzionamento dell'UGR, come descritte dalla Delibera 89/2017 e relativo **Regolamento di Funzionamento** in essa contenuto:

#### **FUNZIONI**

##### **A. GRUPPO STRATEGICO AREA 1 CARMINA**

- E' compito del Gruppo Strategico definire il Piano triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità (PiGIR<sup>3</sup>), che sostituisce in modo integrale il Progetto di Miglioramento PM009
- Il PiGIR tiene conto di quanto definito dal Piano Strategico Aziendale, dal Piano della Qualità e dal Piano di Organizzazione Aziendale contenuto nel Regolamento di Funzionamento e Organizzazione dell'Istituto
- La presenza nel Gruppo Strategico dei Coordinatori dei 6 Gruppi Operativi garantisce l'omogenea e integrata copertura degli ambiti di rischio presenti in Istituto
- Il Gruppo Strategico ha incarico di declinare il PiGIR nei Piani Annuali di Attuazione (PAA)
- Il Gruppo strategico, dopo la redazione del PiGIR e PAA, è incaricato di monitorare periodicamente gli obiettivi del Piano stesso e produrre un'adeguata reportistica annuale e triennale di chiusura
- Il Gruppo Strategico propone, su indicazione del Gruppo AREA 2, le strategie più idonee di comunicazione rivolte all'interno e all'esterno dell'Istituto per la gestione dei principali rischi
- Si occupa inoltre di predisporre i dati necessari all'attività di *benchmark* proposta da Regione Liguria
- Dovrà inoltre dare le necessarie indicazioni per l'operatività annuale e triennale dei Gruppi Operativi individuando gli obiettivi relativi
- Il PiGIR è stato redatto avendo riguardo anche delle indicazioni provenienti dai 6 Gruppi Operativi

##### **B. GRUPPI OPERATIVI**

- I 6 Gruppi Operativi hanno l'incarico di produrre il Piano triennale di ciascuna area per la realizzazione e il continuo miglioramento degli *Items C.A.R.M.In.A.*
- Ogni Item di ogni singola Area sarà oggetto di valutazione specifica e di implementazione delle azioni di miglioramento più opportune
- Il Gruppo Operativo può, qualora lo ritenga opportuno, definire ulteriori *standard* di riferimento per la propria Area e contestualmente individuare le azioni necessarie per il loro raggiungimento

---

<sup>3</sup> Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2022-2024" Revisione 1.0 del 16/06/2022



## Area 1 CARMINA Report

### Cambiamento organizzativo: il Day Hospital Emato Oncologico (DHHO)

#### **Gruppo di lavoro**

Dott. G. Orengo, Direttore f.f. UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Dott.ssa N. S. Diaz Gaitan, UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Volontari del Servizio Civile progetto Informa cancro in convenzione dell'AIMAC (Associazione Italiana di Malati di Cancro)

Pazienti Oncologici che hanno partecipato su base volontaria.

Il cambiamento di tipo organizzativo introdotto con l'apertura del *Day Hospital* Emato-Oncologico per le Oncologie del Policlinico (Novembre 2018) ha richiesto formazione al personale ivi assegnato ed un costante monitoraggio sia dell'efficacia dei cambiamenti introdotti sia della percezione degli utenti. Dal Novembre 2018, la U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP misura in modo sistematico e costante i cambiamenti organizzativi iniziati con l'unificazione del polo oncologico dell'Ospedale, in particolare, il Day Hospital.

Il cambiamento organizzativo è stato valutato attraverso un questionario, chiedendo l'opinione dei pazienti riguardo la logistica esterna, logistica interna, l'accoglienza, la professionalità del personale ed i tempi trascorsi nel DH, confrontando i risultati emersi da due diversi momenti di rilevazione, ovvero il passato con l'odierno.

La prima valutazione considera come punto di partenza l'apertura del DH nel Novembre del 2018.

Successivamente, il punto di partenza si sposta all'inizio pandemia.

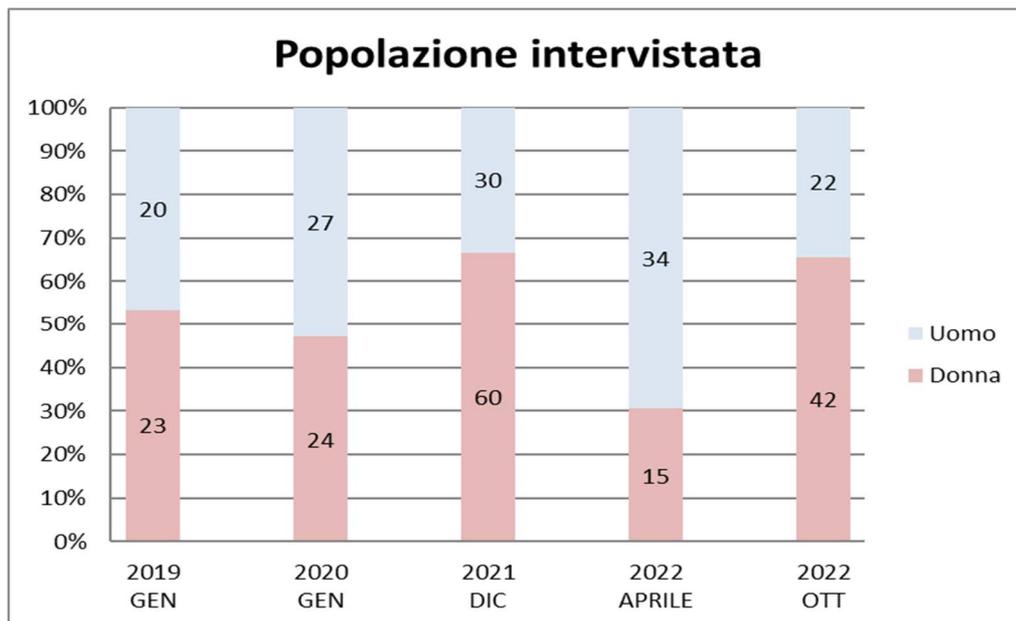
Le ultime rilevazioni considerano come punto di confronto l'inizio del presente anno.

Le diverse misurazioni, 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.

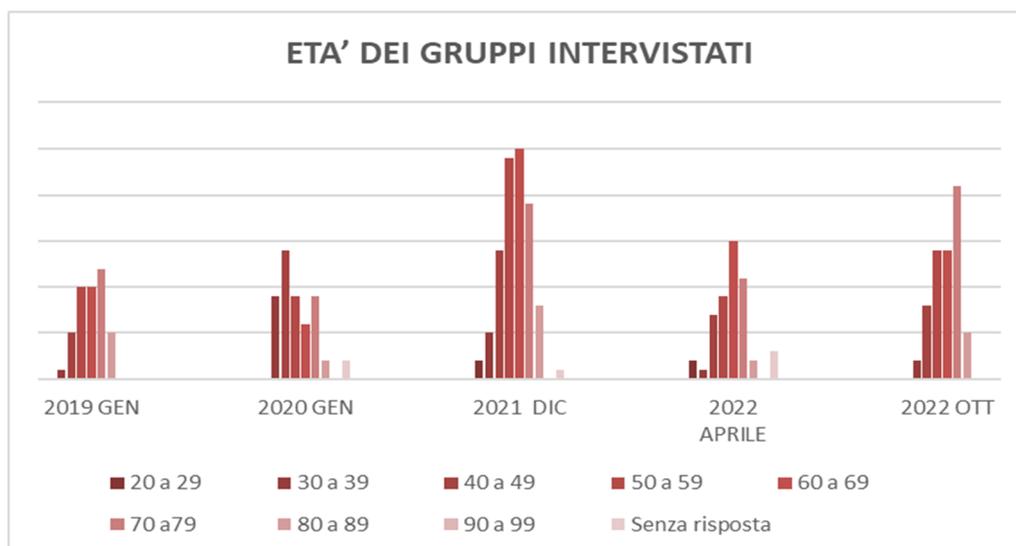
Di seguito, attraverso grafici a barre si possono visualizzare i periodi a confronto.

Nel grafico 1 e 2 si evidenzia il genere e l'età dei partecipanti.

**Grafico 1. Genere della popolazione intervistata per la valutazione del cambiamento organizzativo dal 2018-2022**

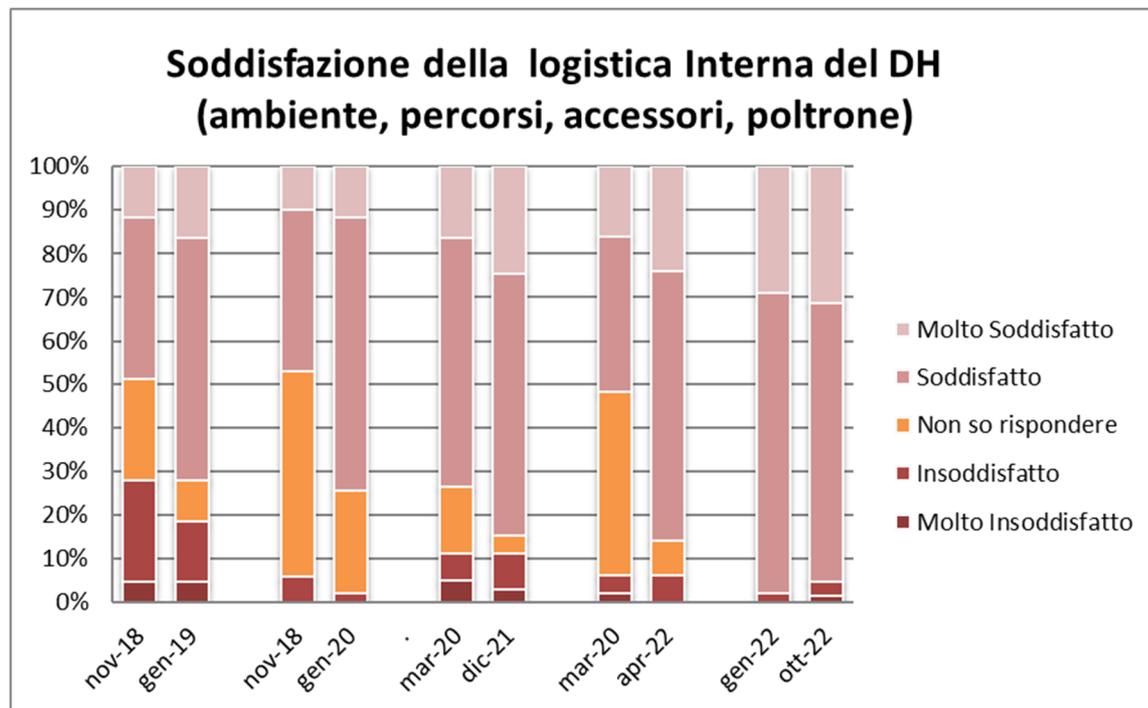


**Grafico 2. Età della popolazione intervistata per la valutazione del cambiamento organizzativo dal 2018-2022**

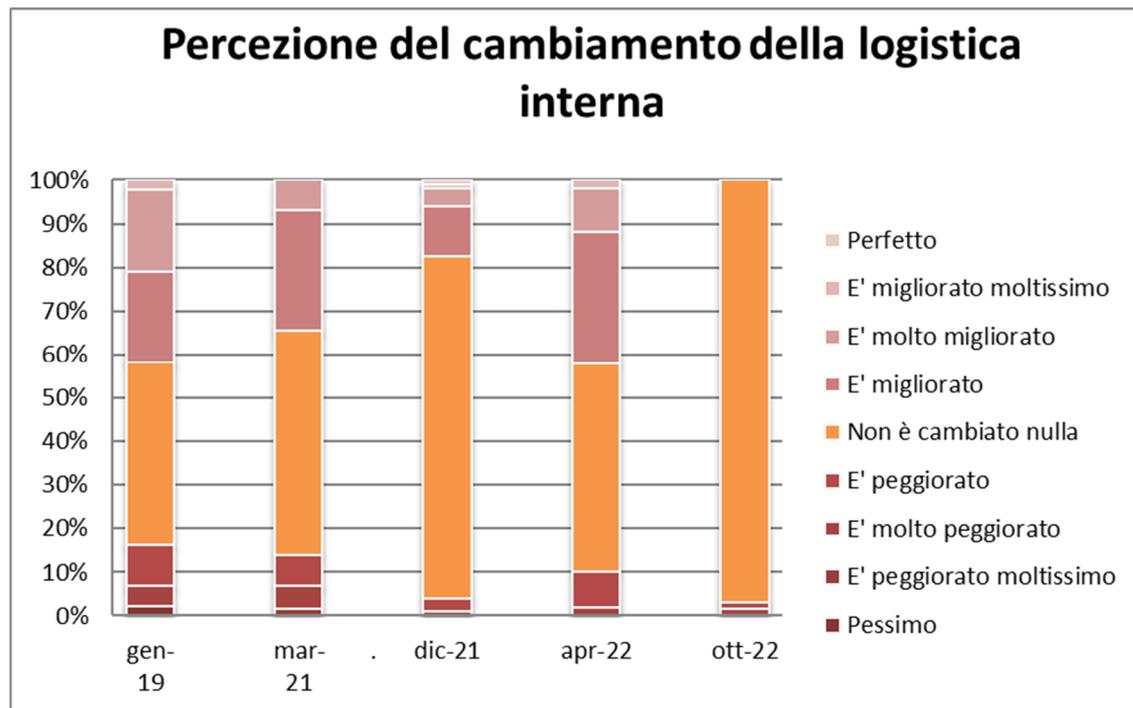


I grafici 3, 4 e 5 evidenziano rispettivamente la soddisfazione, la percezione e il livello di contentezza dei pazienti oncologici riguardo la logistica interna. Malgrado le criticità riscontrate nel Novembre del 2018 e durante la pandemia, il livello di soddisfazione è buono.

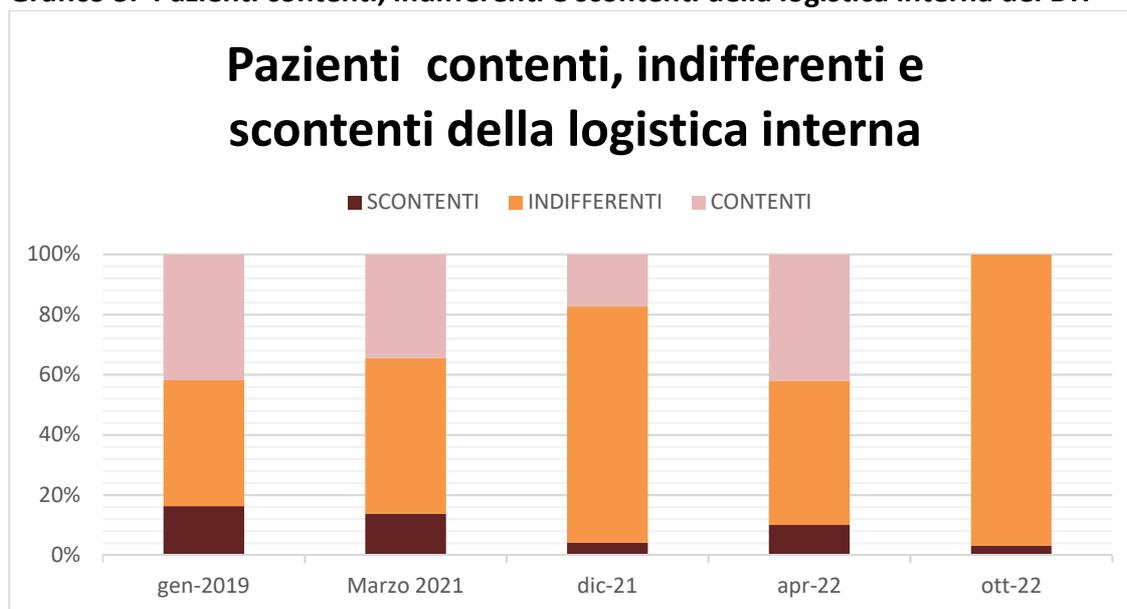
**Grafico 3. Soddisfazione della logistica interna del DH**



**Grafico 4. Percezione della logistica interna del DH**

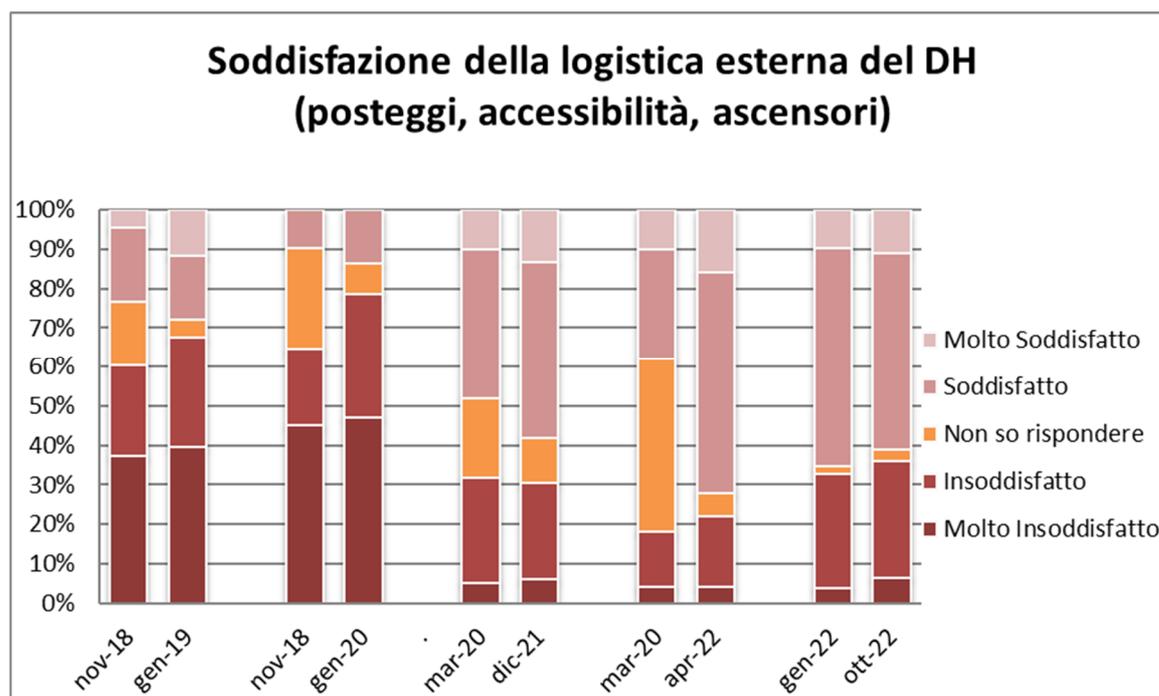


**Grafico 5. Pazienti contenti, indifferenti e scontenti della logistica interna del DH**

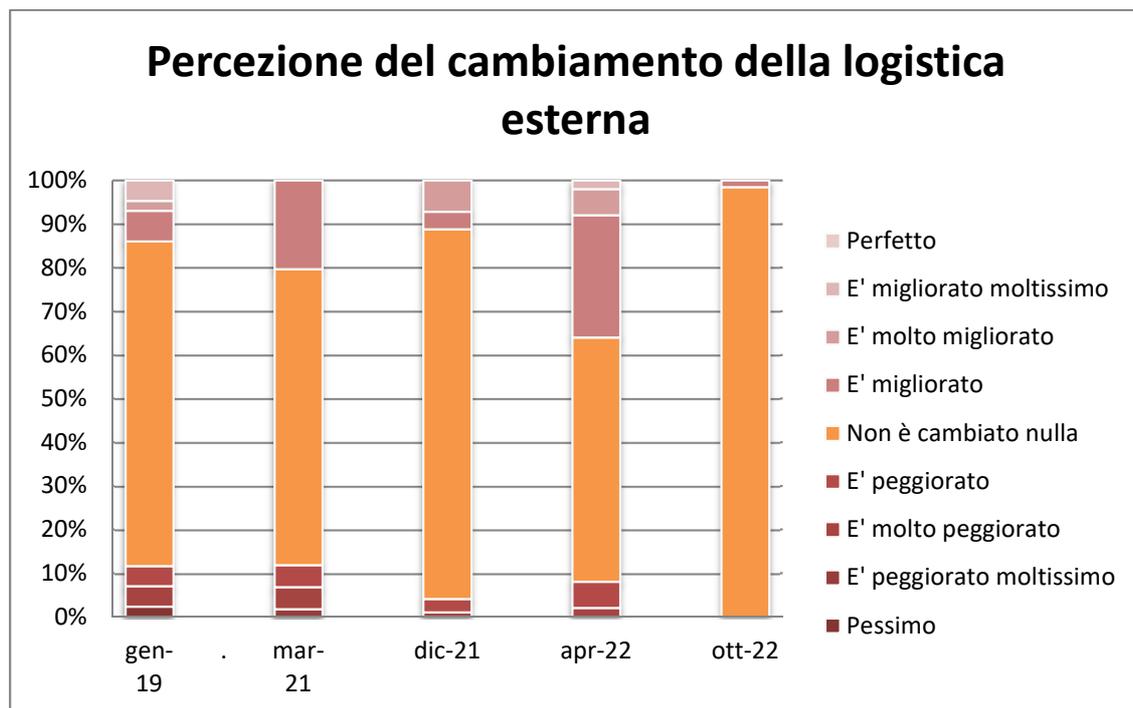


I grafici 6, 7 e 8 mostrano la soddisfazione, la percezione ed il livello di contentezza dei pazienti oncologici riguardo la logistica esterna. Nelle rilevazioni del 2022, anche se permangono le criticità, probabilmente per la difficoltà ad attuare cambi strutturali, si evidenzia la soddisfazione dei pazienti.

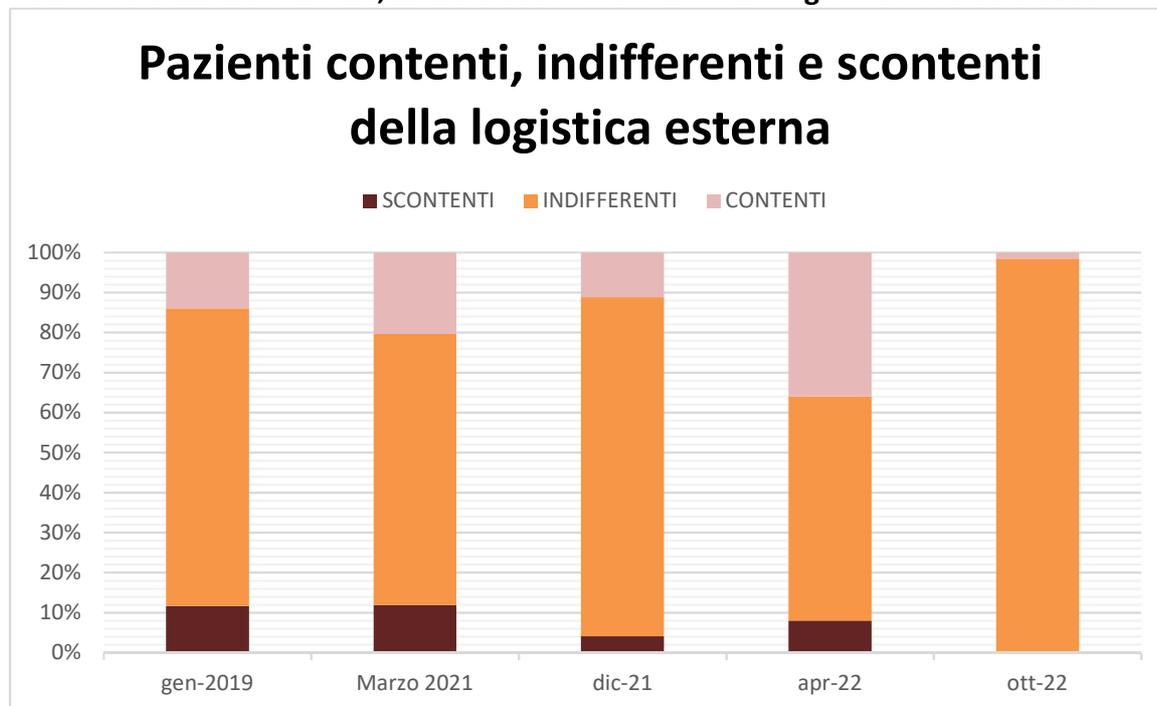
**Grafico 6. Soddisfazione della logistica esterna del DH**



**Grafico 7. Percezione della logistica esterna del DH**



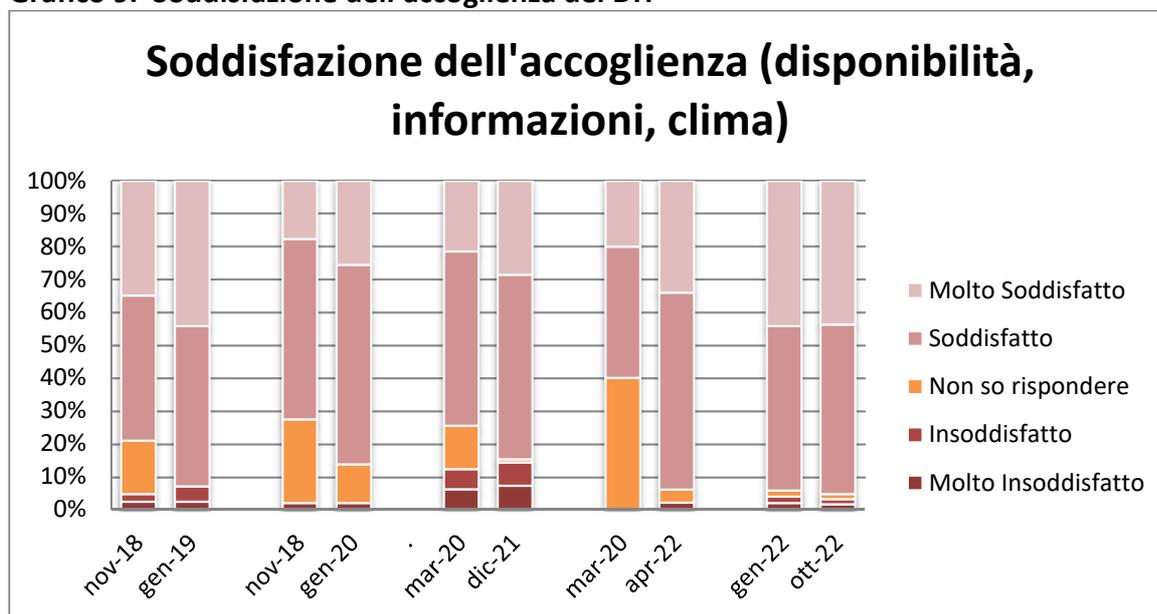
**Grafico 8. Pazienti contenti, indifferenti e scontenti della logistica esterna del DH**



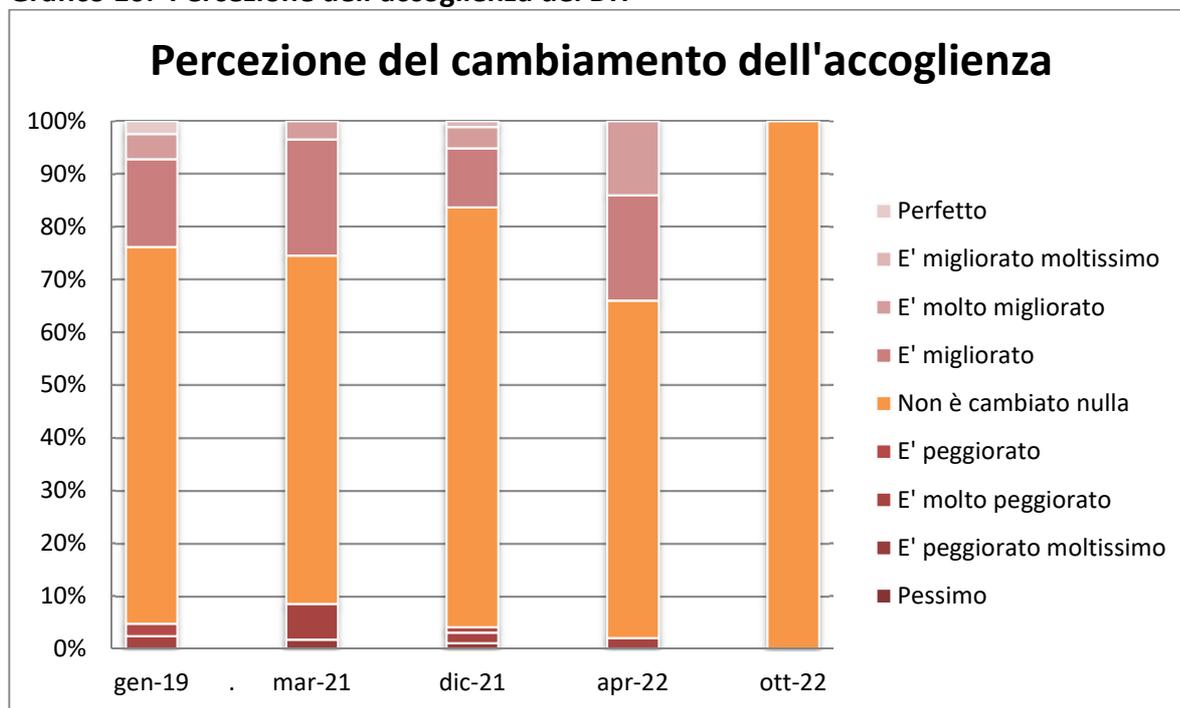
I grafici 9, 10 e 11 rappresentano la soddisfazione, la percezione ed il livello di contentezza dei pazienti oncologici riguardo l'accoglienza. Si osserva come i pazienti sono soddisfatti dell'accoglienza. Probabilmente il peggioramento della soddisfazione è legata a tutte le misure e cambiamenti

introdotti a seguito dell'emergenza sanitaria per COVID-19, in termini di controlli, limitazioni degli accessi, distanziamento sociale.

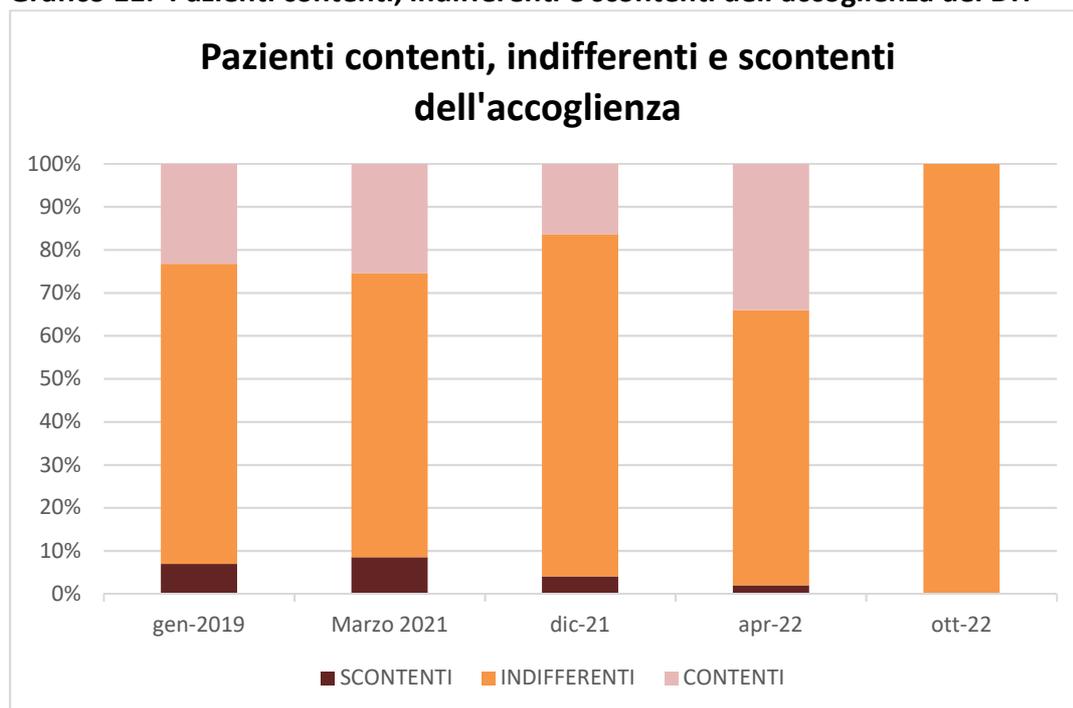
**Grafico 9. Soddisfazione dell'accoglienza del DH**



**Grafico 10. Percezione dell'accoglienza del DH**

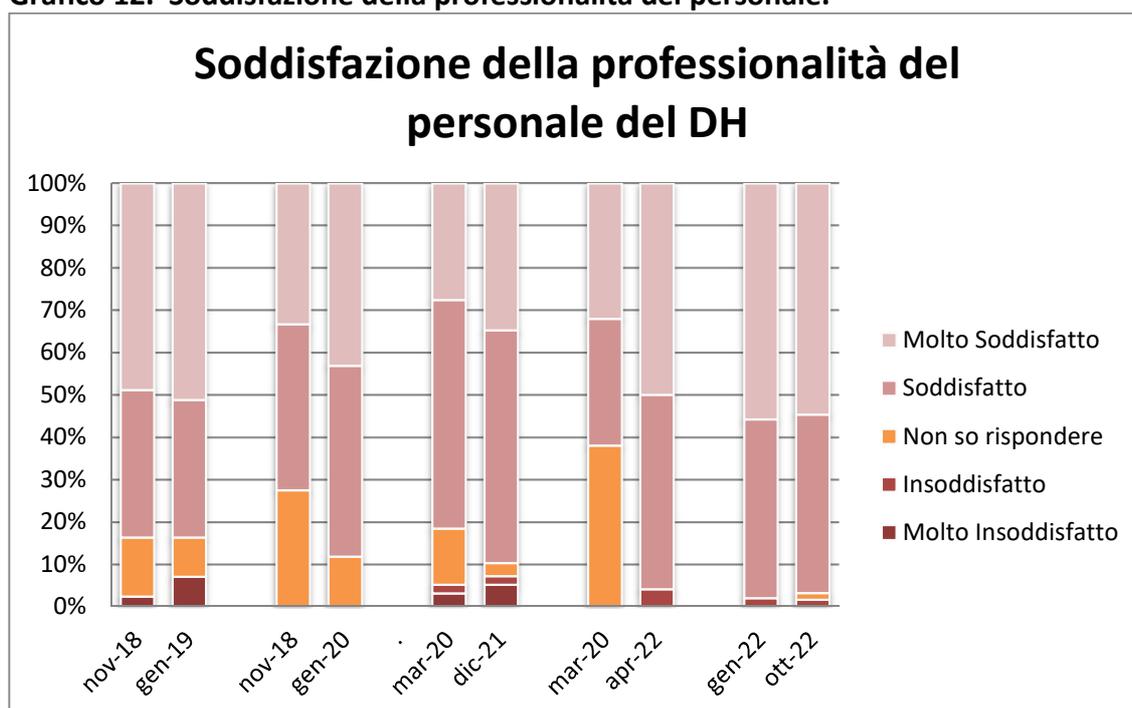


**Grafico 11. Pazienti contenti, indifferenti e scontenti dell'accoglienza del DH**

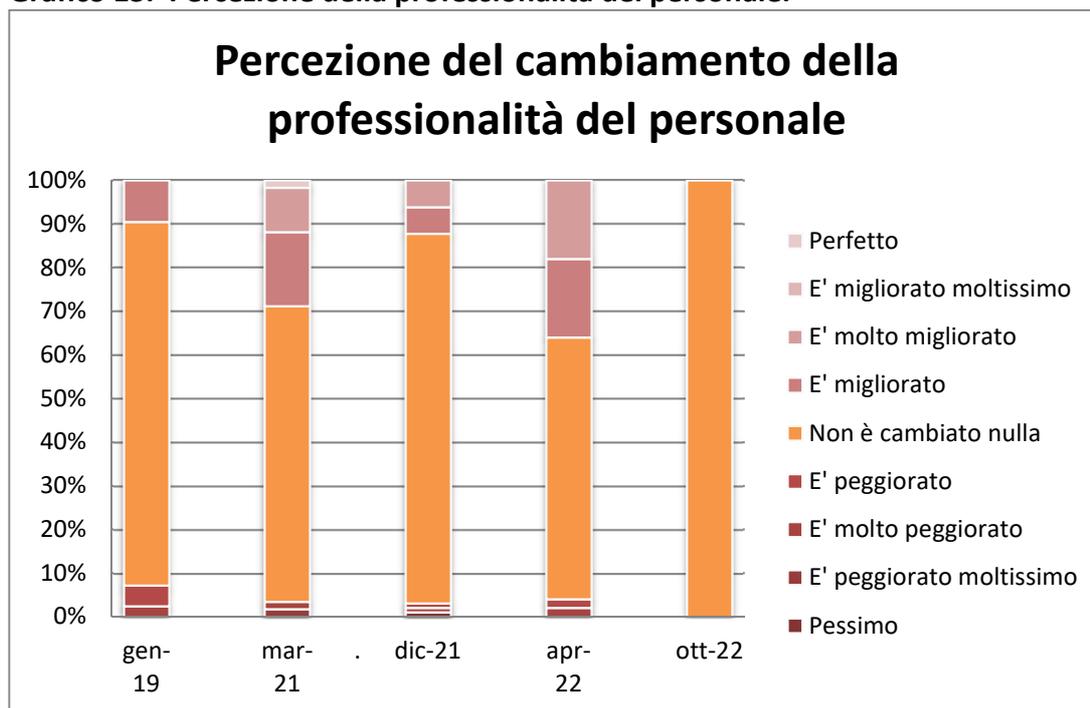


I grafici 12, 13 e 14 rappresentano la soddisfazione, la percezione e il livello di contentezza dei pazienti oncologici riguardo la professionalità del personale. Si evidenzia come è riconosciuta in tutti i periodi valutati, la professionalità del personale da parte dei pazienti, malgrado si rilevi qualche criticità nel periodo di inizio della pandemia.

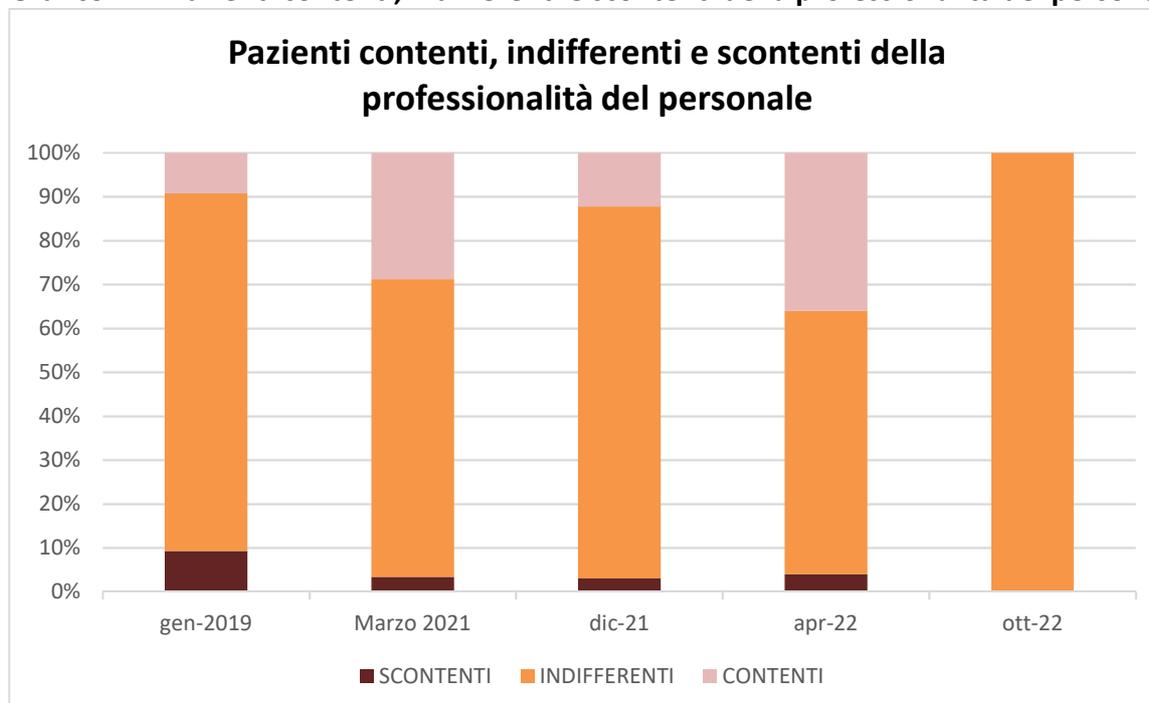
**Grafico 12. Soddisfazione della professionalità del personale.**



**Grafico 13. Percezione della professionalità del personale.**



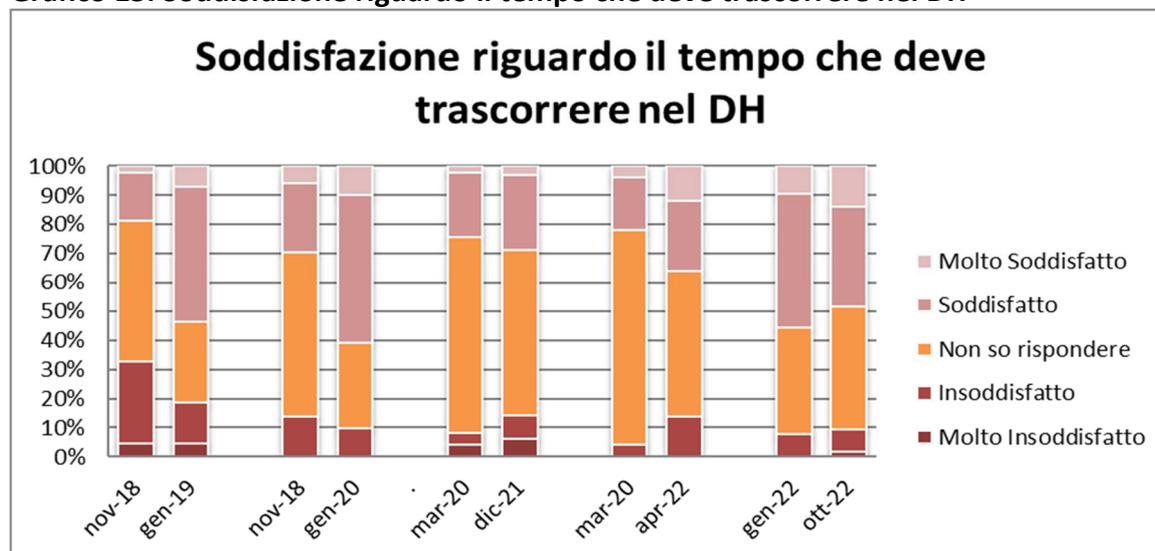
**Grafico 14. Pazienti contenti, indifferenti e scontenti della professionalità del personale.**



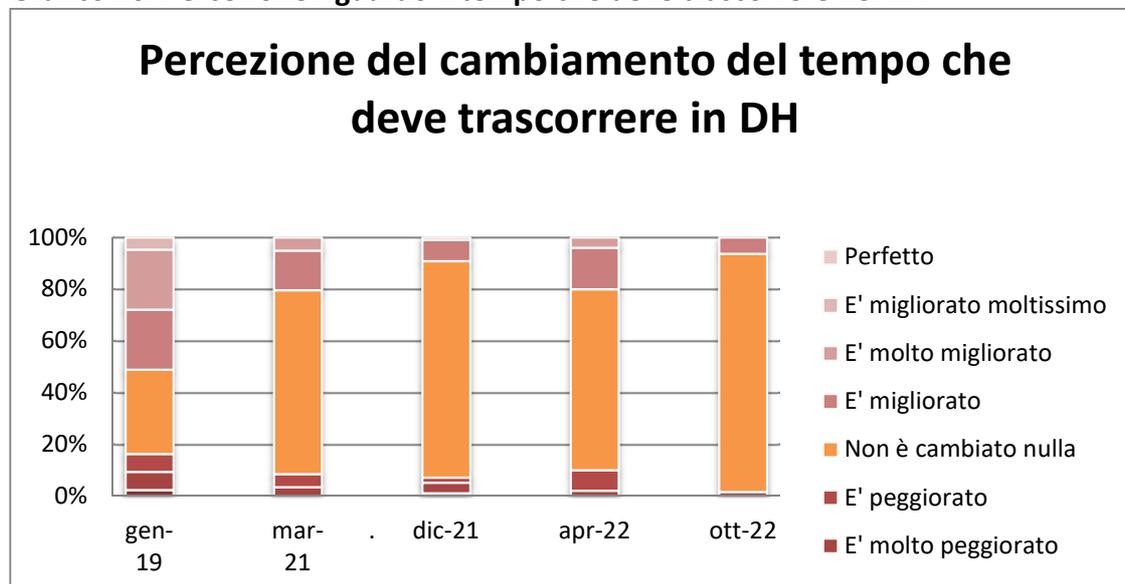
I grafici 15, 16 e 17 rappresentano rispettivamente la soddisfazione, la percezione ed il livello di contentezza dei pazienti oncologici riguardo i tempi di attesa durante tutto il percorso che in genere include gli step: dall'accettazione, all' esecuzione delle analisi di laboratorio, alla chiamata in visita con l'oncologo e per finire con la chiamata a fare la terapia. Si evidenzia come i pazienti sono consapevoli

dei tempi di attesa necessari per lo svolgimento delle proprie terapie e valutano questo ambito in modo generalmente positivo.

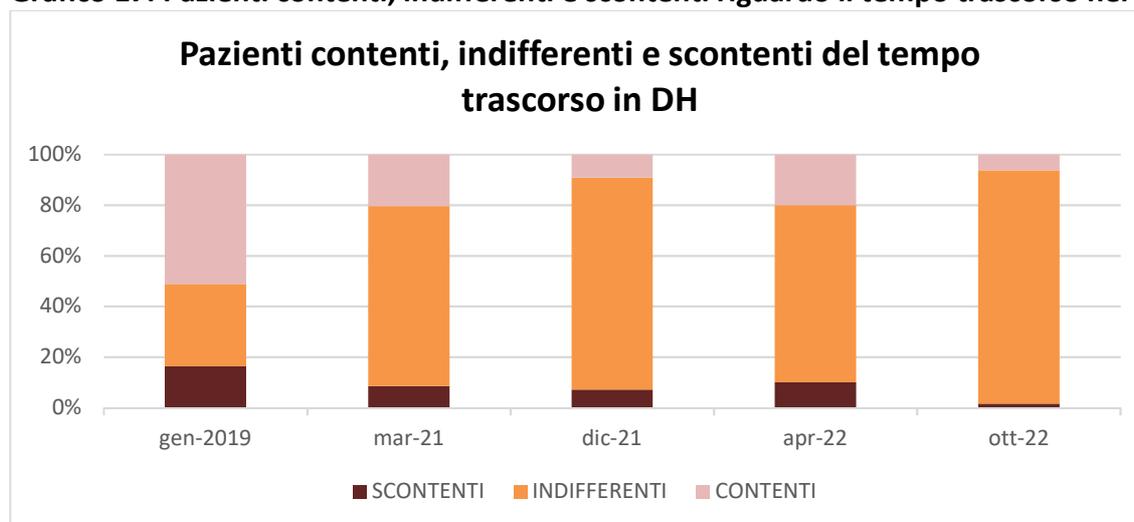
**Grafico 15. Soddisfazione riguardo il tempo che deve trascorrere nel DH**



**Grafico 16. Percezione riguardo il tempo che deve trascorrere nel DH**



**Grafico 17. Pazienti contenti, indifferenti e scontenti riguardo il tempo trascorso nel DH**



La misurazione continua, ha permesso di identificare i punti critici e rivalutare se le azioni intraprese sono state efficaci. Attualmente un team multidisciplinare che gestisce il DH onco-ematologico, identificato dalla Direzione Sanitaria, Nota Protocollo n.0023989 del 04/05/22, sta lavorando per ridurre i tempi di attesa dei pazienti, modificando l'orario degli appuntamenti.

## L'adozione della Cartella Clinica Elettronica *Onesys*: percorso delle Professioni Sanitarie

### **Gruppo di lavoro:**

Dott. B. Cavaliere, Direttore UO Direzione Professioni Sanitarie

Dott. D. Ulivieri, UO Direzione Professioni Sanitarie

Dott.ssa D. Giovannelli, UO Direzione Professioni Sanitarie

Dott.ssa C. Maddalo, DIP. Neuroscienze

Ing. N. Rosso, Direttore UO Information, Communication Technology ICT

Ing. G. Lutri, UO Information, Communication Technology ICT

Ing. S. Ghiotto, UO Information, Communication Technology ICT

Ing. S. Criniti, UO Information, Communication Technology ICT

### **Abstract**

Si rappresenta l'esperienza delle Professioni sanitarie per la contestualizzazione e riprogettazione dello strumento CCE, sulla base delle esigenze. L'adozione della nuova Cartella Clinica Elettronica (CCE)<sup>4</sup> ha permesso di orientare la raccolta di dati clinici e azioni terapeutico assistenziali, riabilitative e tecniche in modo aderente al percorso del paziente tracciandone tutti gli aspetti, nel rispetto dei criteri stabiliti dal Garante della *Privacy*. La *timeline* di avviamento per tutti i reparti di degenza del Policlinico San Martino è prevista per aprile 2023.

La Cartella Clinica Elettronica è un documento digitale che viene creato ed archiviato dalla struttura sanitaria per gestire in modo organizzato tutti i dati relativi alla sua storia clinica e garantire continuità al suo percorso di cura (DL 5/2012, DL 179/2012, L.221/2012, Linee Guida AgID).

Il funzionamento generale della CCE è articolato su funzioni di sistema, funzioni di base trasversali a tutti i reparti e funzioni specialistiche:

1. **funzioni di sistema**, come l'autenticazione e la profilazione degli utenti, la firma elettronica, le codifiche e le terminologie etc...
2. **funzioni di base, trasversali a tutti i reparti**, come:
  - L'anamnesi del paziente che può essere articolata in prossima, patologica, remota, fisiologica, etc...
  - L'esame obiettivo
  - L'anamnesi infermieristica che può essere svolta con differenti criteri / metodologie (Cantarelli, Nanda, ICNP, etc...)
  - La scheda degli interventi infermieristici e assistenziali, sulla base dell'anamnesi infermieristica, che può essere svolta con differenti metodologie (NIC, ICF, etc...)
  - La gestione delle richieste e degli ordini (questa funzione può anche essere fuori la CCE e in questo caso prende il nome di CPOE)
  - La rilevazione dei parametri vitali

---

<sup>4</sup> Cartella Clinica Elettronica *Onesys*

- L'esecuzione di interventi infermieristici
  - La prescrizione e la somministrazione dei farmaci
  - Il calcolo del bilancio idrico
  - Le schede / scale di valutazione
  - Il diario clinico e infermieristico
  - La descrizione di osservazioni cliniche e infermieristiche
  - La visualizzazione dei referti e degli esami di laboratorio
3. **funzioni specialistiche**, differenziate in base ai reparti, che possono comprendere:
- Schede per la raccolta di dati clinici specifici
  - Moduli per la refertazione di esami / visite specialistiche
  - Calcolatori di rischio o di valutazione

L'adozione della nuova CCE è stata attuata partendo dalle aree ambulatoriali e di *day hospital*, poi dalle degenze ed infine nel Pronto Soccorso (fine avviamento anno 2023).

La nuova CCE è stata profilata su requisiti per la valutazione della persona, per la pianificazione di tutte le attività sia assistenziali che procedurali e, nello specifico nel processo assistenziale, su modello delle prestazioni infermieristiche di Cantarelli (2017). La scelta di aderire a questo modello teorico, pone un nuovo accento sul processo assistenziale che prevede oltre che il rispetto dei bisogni e il loro soddisfacimento, altri ambiti come quello della sicurezza, delle procedure terapeutiche e delle procedure diagnostiche. Il punto di forza della nuova CCE, è rappresentato dallo sviluppo di tutte le attività del processo assistenziale attraverso *setting* assistenziali, programmandole (pianificazione), dal primo momento che la persona e la famiglia vengono affidati all'infermiere (presa in carico). Ad oggi la nuova CCE è integrata con la diagnostica di laboratorio, per immagini e con il programma di prescrizione ed erogazione della terapia (SOFIA).

### **Obiettivi**

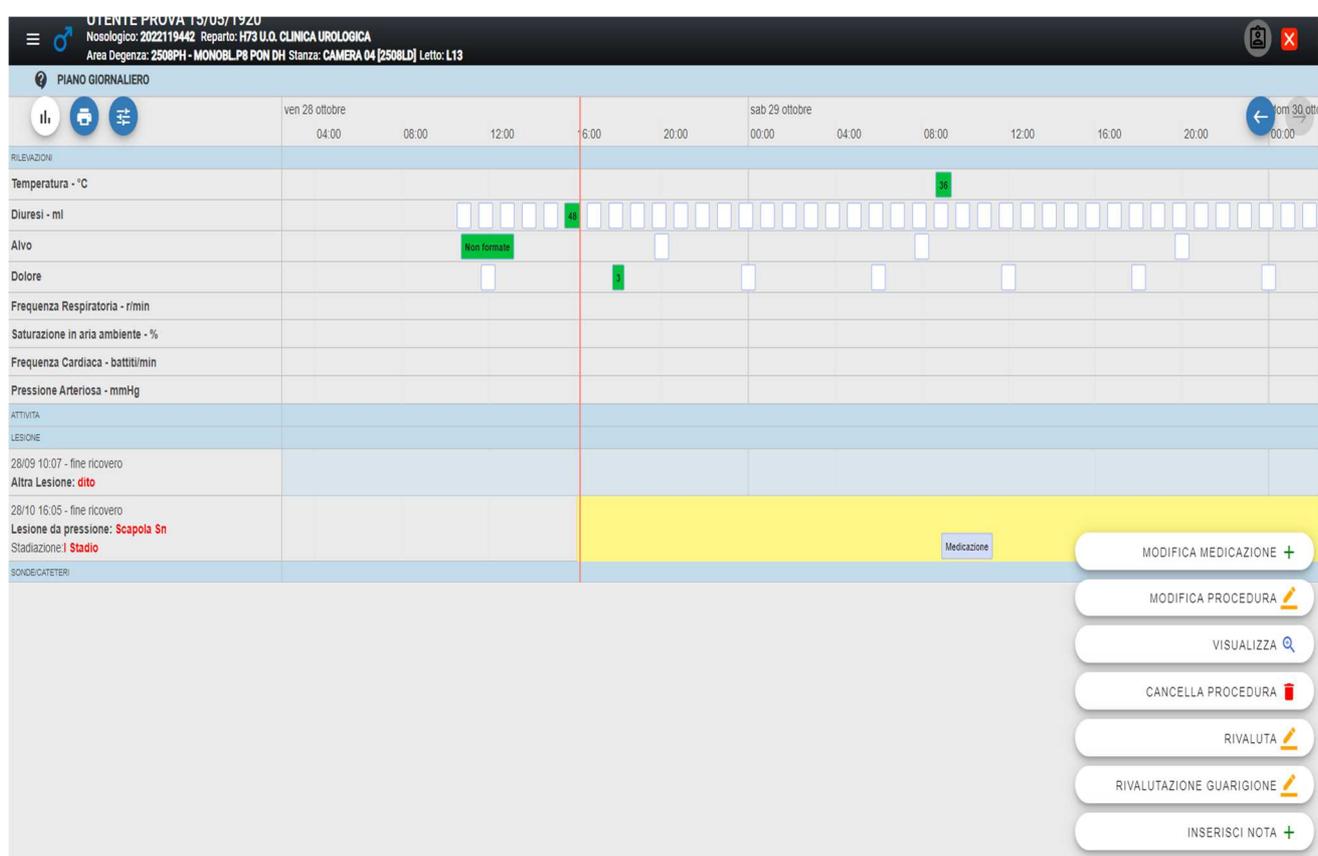
- Garantire la corretta esecuzione di tutte le attività procedurali e assistenziali attraverso la pianificazione strutturata.
- Valutare in modo approfondito il paziente in tutti gli ambiti attraverso il modello delle prestazioni
- Permettere un'analisi puntuale di tutti i processi assistenziali e delle procedure correlate

### **Materiali e Metodi incluso il periodo di tempo a cui si riferisce il Report**

A seguito di un'analisi ed approfondimento delle varie teorie di *nursing*, si è scelto di aderire al modello secondo Cantarelli (Teoria del Modello delle Prestazioni Infermieristiche), che prevede i seguenti ambiti di azione:

1. *Assicurare* – Bisogno di respirare
2. *Assicurare* – Bisogno di alimentarsi e bere
3. *Assicurare* – Bisogno di eliminazione urinaria e intestinale
4. *Assicurare* – Bisogno di igiene
5. *Assicurare* – Bisogno di movimento
6. *Assicurare* – Bisogno di riposo e sonno
7. *Assicurare* – Bisogno di mantenere la funzione cardio-circolatoria
8. *Assicurare* – Bisogno di un ambiente sicuro
9. *Assicurare* – Bisogno di interazione nella comunicazione
10. *Applicare* – Bisogno di procedure terapeutiche
11. *Esequire* – Bisogno di procedure diagnostiche.

Il percorso per lo sviluppo della CCE ha previsto numerosi incontri, nell'arco di nove mesi, con gli infermieri specialisti, il *team* di ingegneri biomedici ed informatici del Policlinico San Martino e del fornitore del *software Onesys*<sup>5</sup>. Tali incontri bisettimanali hanno previsto la progettazione dello scheletro architettonico della cartella, rispettando il criterio della pianificazione di tutte le attività e la possibilità di avere una tracciabilità del processo assistenziale univoco, dal punto di vista metodologico per gli operatori che utilizzeranno la nuova CCE. Nello specifico la pianificazione e la rilevazione parametrica (tavola 1), il monitoraggio e pianificazione delle attività assistenziali (tavola 2) e le attività procedurali pianificate come ad esempio la presenza di sonde o cateteri, oppure di lesioni da decubito (tavola 3), la valutazione globale del paziente (tavola 4), la pianificazione del processo assistenziale avvengono attraverso i *setting* assistenziali, pacchetti di azioni correlati agli ambiti delle prestazioni infermieristiche (tavola 5).



**Tavola 1** - pianificazione e rilevazione parametrica

<sup>5</sup> ditta ELCO fornitore software Onesys

N. Ospedale: 2022119442 Reparto: 173 U.O. CLINICA UROLOGICA  
 Area Degenera: 2508PH - MONOBLP8 PON DH Stanza: CAMERA 04 [2508LD] Letto: L13

**RACCOLTA DATI INFERMIERISTICA**

INTERAZIONE NELLA COMUNICAZIONE    IGIENE E CUTE    ELIMINAZIONE URINARIA E INTESTINALE    SONNO E RIPOSO    **ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE**

**Tipi di Nutrizione**    Dieta Libera  SI  No    Preferenze alimentari    Intolleranze alimentari  
**Orientamento alimentare**    Consumo di alcool  SI  No    Nutrizione artificiale  SI  No    Presidi  
**Appetito**    Difficoltà a masticare  SI  No    Cavo orale Normale

**CAVO ORALE (ORAL ASSESMENT GUIDE)**

**Deglutizione**    Labbra    Lingua    Saliva  
 Deglutizione normale    Secche o screpolate    Papille assenti o ricoperte da a...    Assente  
**Mucosa orale**    Gengiva    Denti / protesi  
 Ulcere assenti    Edematosa, presenza o meno d...    Protesi inferiore

**BECK ORAL ASSESMENT SCORE (BOAS)**

Labbra    Gengive / mucose orali    Lingua  
 Leggermente secche e rosse (2)    Pallide, secche con lesioni isolate (2)    Molto secca, edematosa  
 Denti    Saliva    Punteggi  
 Scarsa e un po' densa (3)    (6-10) lievi disfunzioni: 8-12 ore cure cavo orale

**Tavola 2 - monitoraggio e pianificazione delle attività assistenziali**

ATTIVITA'				
Assistenza cardiaca: limitazione delle complicanze risultanti da uno squilibrio tra l'apporto e la richiesta di ossigeno da parte del miocardio in una persona con sintomi di compromessa funzionalità				
Gestione dell'aritmia				
Monitoraggio emodinamico invasivo				
<b>LESIONE</b>				
12/12 12:58 - fine ricovero Lesione da pressione: <b>Scapola Dx</b> Stadiazione: <b>I Stadio</b> Prossima medicazione: <b>sterile (13/12/2022 20:00)</b>				Medicazione
12/12 12:58 - fine ricovero Lesione da pressione: <b>Scapola Dx</b> Stadiazione: <b>I Stadio</b>				
<b>SONDE/CATETERI</b>				
12/12 12:59 - fine ricovero <b>CVP Ago Cannula Poliuretano</b> Calibro [G]: <b>18</b> Prossima medicazione: <b>sterile piastra trasparente (13/12/2022 10:59)</b>			Posizionamento	Medicazione

**Tavola 3 - attività procedurali pianificate come presenza di sonde o cateteri, oppure di lesioni da pressione**

UTENTE PROVA 15/05/1920  
 Nosologico: 2022119442 Reparto: H73 U.O. CLINICA UROLOGICA  
 Area Degenza: 2508PH - MONOBL\_P8 PON DH Stanza: CAMERA 04 [2508LD] Letto: L13

RACCOLTA DATI INFERMIERISTICA

INTERAZIONE NELLA COMUNICAZIONE | IGIENE E CUTE | ELIMINAZIONE URINARIA E INTESTINALE | SONNO E RIPOSO | **ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE**

Dieta Libera:  SI  No  
 Preferenze alimentari:   
 Intolleranze alimentari:

Consumo di alcool:  SI  No  
 Nutrizione artificiale:  SI  No  
 Presidi:

Difficoltà a masticare:  SI  No  
 Cavo orale:  Normale

**CAVO ORALE (ORAL ASSESSMENT GUIDE)**

Deglutizione:  Deglutizione normale  
 Labbra:  Secche o screpolate  
 Lingua:  Papille assenti o ricoperte da a...  
 Saliva:  Assente

Mucosa orale:  Ulcere assenti  
 Gengiva:  Edematosa, presenza o meno d...  
 Denti / protesi:  Protesi inferiore

**BECK ORAL ASSESSMENT SCORE (BOAS)**

Labbra:  Leggermente secche e rosse (2)  
 Gengive / mucose orali:  Pallide, secche con lesioni isolate (2)  
 Lingua:  Molto secca, edematosa

Denti:   
 Saliva:  Scarsa e un po' densa (3)  
 Punteggi:  (6-10) lievi disfunzioni: 8-12 ore cavo orale

**Tavola 4** - valutazione globale del paziente

UTENTE PROVA 15/05/1920  
 Nosologico: 2022119442 Reparto: H73 U.O. CLINICA UROLOGICA  
 Area Degenza: 2508PH - MONOBL\_P8 PON DH Stanza: CAMERA 04 [2508LD] Letto: L13

RACCOLTA DATI INFERMIERISTICA

RACCOLTA DATI PERIODICA | **PROCESSO ASSISTENZIALE**

- Riduzione - difficoltà da sforzo
- recupero della mobilitazione senza dolore
- Esercizio fisico terapeutico: controllo muscolare
- Esercizio fisico terapeutico: deambulazione
- Esercizio fisico terapeutico: mobilità articolare
- Gestione dell'energia: regolazione dell'uso dell'energia per trattare o prevenire la fatigue e ottimizzare le varie funzioni
- Posizionamento: mobilitazione della persona o di una parte del suo corpo allo scopo di promuovere il benessere
- Posizionamento: sedia a rotelle
- Promozione dell'attività fisica

**Tavola 5** - pacchetti di azioni correlati agli ambiti delle prestazioni

Gli operatori afferenti ai reparti di degenza hanno seguito un *training* strutturato nella sede delle U.O., facilitandone la fruizione anche in relazione alle differenti tipologie di nastro lavorativo dei singoli. Successivamente è stato previsto un corso di formazione, accreditato ECM, per la costruzione in autonomia di pacchetti specifici di *setting* assistenziali dedicati ai pazienti “tipo” (tipologia di paziente prevalente in una U.O.) ricoverati nelle aree di degenza.

### **Risultati**

I risultati attesi sono la completa tracciatura delle attività assistenziali (tale analisi sarà possibile grazie alla standardizzazione del processo assistenziale, della pianificazione e della valutazione del paziente). La nuova cartella CCE *Onesys* ridurrà al minimo l’utilizzo del diario infermieristico, ciò permetterà di trasferire il maggior numero di azioni e procedure su percorso strutturato attraverso la “flaggatura” o spunta. Tale approccio permetterà di avere una maggior quantità di informazioni strutturate e con dicitura univoca nel percorso di cura e assistenza del paziente.

### **Condivisione prevista dei Risultati**

I risultati saranno quantificabili dopo un utilizzo di almeno 6 mesi da parte di tutte le U.O., la *timeline* di avviamento per tutti i reparti di degenza del Policlinico San Martino è prevista per aprile 2023, uno degli esempi sarà la possibilità di valutare il rischio di caduta di tutti i pazienti ricoverati, divisi per età sesso, oppure area di degenza.

La metodologia con cui è stata costruita la nuova CCE è stata portata quale esempio al Congresso Interregionale Nord IVAS, che si è svolto presso il Castello Simon Boccanegra, Sala dei Dogi, Ospedale Policlinico San Martino di Genova, il 25 Novembre 2022, con la relazione dal titolo: “Documentare il processo assistenziale attraverso l’informatizzazione”.

## Area 2 CARMINA Report

### Monitoraggio e implementazione della nuova rete Intranet del Policlinico

#### **Gruppo di lavoro:**

Dott.ssa E. Rovini, Responsabile S.S. Dipartimentale Formazione e Comunicazione

Team S.S. Dipartimentale Formazione e Comunicazione:

Dott. ssa B. Maiani

Dott.ssa V. Fossa

Team UO Information & Communication Technologies I.C.T.

Dott.ssa Valentina Persano

#### **Abstract**

La nuova rete intranet è stata avviata il 4 agosto 2021 in conformità ai criteri Agid ed è strutturata in modo *user friendly* al fine di favorire al massimo la consultazione degli operatori interni anche in riferimento alla gestione della rischiosità.

L' utilizzo della rete intranet aziendale, a cui accede tutto il personale dipendente o equiparato con possibilità di consultazione completa, permette di veicolare con immediatezza le notizie relative a diversi ambiti quali l' indisponibilità di farmaci, gli eventuali incidenti correlati all' utilizzo di dispositivi, gli approvvigionamenti, la programmazione degli addestramenti per l' utilizzo di dispositivi medici e di protezione individuale, la programmazione di corsi e iniziative specifiche relative alla gestione del rischio, etc., raggiungendo velocemente tutti i dipendenti.

L' utilizzo della Intranet è diffuso tra il personale, perciò può definirsi lo strumento principale della Comunicazione con gli operatori e tra di essi.

La revisione è stata attuata con il coinvolgimento delle UUOO e la consultazione di diversi principali *key users* identificati tra gli operatori sanitari; la revisione ha posto in luce nuove esigenze quali una rapida consultazione delle corrette modalità di preparazione del Paziente per l' esecuzione di esami radiologici, l' invio di campioni ai vari laboratori e un diverso raggruppamento delle schede tecniche e di sicurezza di farmaci, presidi ed ausili, nonché dei video tutorial.

#### **Obiettivi**

Manutenere ed implementare gli aggiornamenti delle pagine sulla base delle priorità ed esigenze organizzative e comunicative interne. Monitorare e implementare le revisioni grafiche e di layout.

#### **Materiali e Metodi incluso il periodo di tempo a cui si riferisce il Report**

L' attività è in continua esecuzione e approfondimento con i principali *stakeholder* interni.

## Social Media istituzionali

### **Gruppo di lavoro:**

Dott. Pietro Pisano Responsabile Ufficio Stampa

Dott. ssa Valentina Persano

### **Abstract**

La gestione dei social media istituzionali, che acquisiscono maggiore spazio nel corso del tempo, costituisce un importante mezzo di condivisione delle informazioni tra il Policlinico e gli operatori e verso i cittadini. La corrispondenza via *social* viene gestita tramite un'azione sinergica che coinvolge personale in *staff* all'Ufficio Stampa e personale della S.S.D. Formazione e Comunicazione.

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

Si è visto inoltre anche il costante utilizzo e sviluppo di altri canali social come *Instagram*, *YouTube*, *Twitter*, *LinkedIn* quali veicolo di comunicazione di eventi ed aggiornamenti riguardanti il Policlinico.

**Obiettivi:** implementare gli aggiornamenti delle pagine sulla base delle priorità aziendali.

### **Materiali e Metodi incluso il periodo di tempo a cui si riferisce il Report**

L'attività è in continua esecuzione e approfondimento con i principali *stakeholder* interni.

Comunicazioni sui *media*, riguardo la partecipazione dell'IRCCS al Festival della Scienza 2022



## Eventi del Festival della Scienza 2022, con la partecipazione dell'IRCCS:

### 21/10/2022-Palazzo della Regione Liguria, Sala Trasparenza, **La medicina del futuro -Verso il Centro Nazionale di Medicina Computazionale e Tecnologica.**

Tavola rotonda con Sergio Martinoia, Giorgio Metta, Giuseppe Profiti, Angelo Ravelli, Antonio Uccelli, moderatore Michele Piana.

Incontro relativo al tema dell'importanza nella pratica clinica e nell'assistenza sanitaria dei processi per la generazione, la conservazione e l'analisi di grandi quantità di dati del singolo paziente e la capacità di interpretare questa informazione in modo tempestivo.

[www.festivalscienza.it/site/home/programma-2022/eventi-in-presenza/la-medicina-del-futuro.html](http://www.festivalscienza.it/site/home/programma-2022/eventi-in-presenza/la-medicina-del-futuro.html)

### 24 ottobre 2022-Ospedale San Martino -Centro di Biotecnologie Avanzate, Auditorium **La percezione nel disagio psichico- Dalla ricerca allo sviluppo di nuove tecnologie per la riabilitazione psichiatrica.**

Dalla ricerca allo sviluppo di nuove tecnologie per la riabilitazione psichiatrica. Incontro con Maria Bianca Amadeo, Mario Amore, Monica Gori, Gianluca Serafini, moderatore Beatriz Pereira de Silva. Il disagio psichico ha da sempre accompagnato la storia dell'umanità. Studi recenti hanno evidenziato che alla base della sintomatologia psichica potrebbero esserci anche alterazioni nella percezione sensoriale. Queste scoperte aprono la strada a un nuovo campo d'indagine da cui potranno scaturire innovative modalità di trattamento.

[www.festivalscienza.it/site/home/programma-2022/eventi-in-presenza/la-percezione-nel-disagio-psichico.html](http://www.festivalscienza.it/site/home/programma-2022/eventi-in-presenza/la-percezione-nel-disagio-psichico.html)

### 28 ottobre 2022 - Ospedale San Martino -Centro di Biotecnologie Avanzate, Auditorium **Guerre cellulari- Una nuova speranza contro il lato oscuro dei tumori**

Conversazione con Emanuele Angelucci, Massimiliano Gambella

Oggi è possibile contrastare alcune neoplasie ematologiche grazie allo sviluppo di una nuova tecnologia, nota come "CAR-T", una forma di immunoterapia anti-tumorale. Infatti, la tecnologia CAR-T si basa sulla modificazione genetica di linfociti T del paziente che vengono "addestrati" a riconoscere e debellare le cellule neoplastiche, con una efficacia straordinaria rispetto a quanto possibile in passato. Dal 2019, il Programma Trapianti dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino è diventato centro autorizzato per eseguire il trattamento con cellule CAR T e oggi numerosi pazienti hanno già ricevuto la terapia, con risultati molto incoraggianti. Inoltre, il laboratorio di manipolazione genetica, parte integrante del Programma Trapianti, ha ricevuto parere favorevole per avviare progetti di ricerca volti ad allargare il panorama delle conoscenze nel campo della tecnologia cellulare, nell'interesse del paziente e della ricerca scientifica. [www.festivalscienza.it/site/home/programma-2022/eventi-in-presenza/guerre-cellulari.html](http://www.festivalscienza.it/site/home/programma-2022/eventi-in-presenza/guerre-cellulari.html)

## Progettazione e rilascio della nuova piattaforma FAD aziendale

### Gruppo di lavoro:

Dott.ssa E. Rovini, Responsabile S.S. Dipartimentale Formazione e Comunicazione

Team S.S. Dip. Formazione e Comunicazione:

Dott. ssa V. Fossa

Dott. ssa B. Maiani

Dott. ssa L. Podeschi

Dott. ssa D. Quenti

Team UO Information & Communication Technologies I.C.T.

### Abstract

Dal 1 marzo 2021 è stata rilasciata la nuova piattaforma di formazione a distanza del Policlinico, ove sono disponibili i corsi del Piano Formativo Aziendale vigente ed è in continua progressiva implementazione, riscuotendo grande interesse e partecipazione del personale.

### Obiettivi

Progettare e rilasciare una nuova piattaforma, che assicuri facilità ed utilità di navigazione da parte dei cittadini, con particolare riferimento alla localizzazione dei padiglioni e alle altre info utili.

### Materiali e Metodi incluso il periodo di tempo a cui si riferisce il Report

Progettazioni micro e definizione delle alberature; studio grafico e di layout; condivisioni continue con la Dirigenza e i principali *stakeholder*.

### Screenshot del Portale della Formazione in FAD del Policlinico



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

## PORTALE DELLA FORMAZIONE A DISTANZA

Home Dashboard Eventi I miei corsi

Corsi > CORSI 2023

CORSI 2023 Cerca corsi

Corsi offerti per l'anno 2023. La cui iscrizione deve avvenire per quasi tutti seguendo la procedura interna (portale dipendente-offerta formativa ecc) alcuni corsi proseguono dagli anni precedenti per cui chi li ha già terminati non può iscriversi nuovamente.

- ▶ SGSL
- ▶ SICUREZZA
- ▶ ADDESTRAMENTI

La Legge N. 190: i piani e le misure anticorruzione  
Il corso è destinato a tutti i neo assunti del S.S.R. e a tutti coloro che non hanno partecipato nelle edizioni del 2019 e 2020 come da Protocollo Generale A.Li.Sa. n 001945/21  
Docente: Oliveri Laura

Medici in formazione specialistica  
Il corso è destinato ai medici che iniziano il percorso specialistico.

Emocoltura: un'unica pratica in diversi contesti  
Il corso della durata di 3 ore riconosce e crediti ECM - ECMPG 13037

Per una comunicazione pragmatica nei contesti di lavoro e di cura durante (e dopo) la pandemia COVID-19

## La programmazione della formazione aziendale

### **Gruppo di lavoro:**

Dott.ssa E. Rovini, Responsabile S.S. Dipartimentale Formazione e Comunicazione

Team S.S. Dip. Formazione e Comunicazione:

Dott. ssa V. Fossa

Dott. ssa B. Maiani

Dott. ssa L. Podeschi

Dott. ssa D. Quenti

Dott. M. Ronchetti

Dott.ssa A.M. Fossati

### **Abstract**

La programmazione della formazione aziendale è condivisa con i vertici aziendali ed è basata sulle analisi del fabbisogno attuate in sinergia con i RAF, Referenti Aziendali Formazione, al fine di garantire la presa in carico delle criticità nell'ambito della Gestione del rischio clinico.

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

Sono inoltre disponibili le attività di formazione e di addestramento relative alla gestione dei rischi.

In riferimento agli Addestramenti, si sottolinea la novità relativa ai materiali didattici, pubblicati sulla piattaforma FAD, accessibili a tutti i dipendenti e con monitoraggio della partecipazione.

### **Obiettivi**

Formare il personale ed informarlo sulle principali fonti di rischio clinico uniformando le competenze

Favorire lo studio e la progettualità di interventi educativi in questo senso.

### **Materiali e Metodi incluso il periodo di tempo a cui si riferisce il Report**

Progettazioni micro relative al piano formativo aziendale da attuare e adottare nel 2023 per il triennio di riferimento. Disponibili i consuntivi della formazione effettuata nell'anno 2022.

**Risultati:** valutazioni ex post corsi, programmazione annuale con consuntivo.

## Regolamento aziendale sulla disciplina delle attività di formazione e aggiornamento

**Con Deliberazione n. 1219 del 20/07/2022** è stato adottato il **Regolamento aziendale sulla disciplina delle attività di formazione e aggiornamento**, di cui si riportano i punti significativi per codesto report.

[.....La formazione e l'aggiornamento costituiscono una leva strategica per lo sviluppo delle competenze dei professionisti nell'ottica della migliore tutela della salute dei cittadini. Tali iniziative sono valido strumento per produrre cambiamenti non solo nel professionista in formazione, ma anche nell'organizzazione che lo vede protagonista e depositario di sempre rinnovate abilità tecniche, scientifiche e gestionali. Il Regolamento si propone di dare attuazione concreta agli istituti contrattuali

vigenti in materia di formazione e aggiornamento professionale, nel rispetto delle peculiarità sociali e assistenziali in cui opera il Policlinico.

### **Obiettivi Formativi**

Al fine di caratterizzare l'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino in termini di dinamismo, competitività e qualità dei servizi, le attività formative devono tendere, attraverso l'adeguamento e l'aggiornamento della formazione dei singoli operatori sanitari, a:

- rafforzare la cultura organizzativa e relazionale, sia interna che esterna (con particolare attenzione alla umanizzazione delle cure, all'ascolto delle esigenze del cittadino ed al miglioramento del rapporto tra cittadino e SSR);
- incrementare la capacità del personale di gestire iniziative di miglioramento/innovazione dei servizi;
- sviluppare i processi di innovazione tecnologica ed organizzativa;
- implementare i processi di ristrutturazione, riorganizzazione, riconversione delle strutture e dei servizi;
- migliorare l'appropriatezza delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

La formazione è un processo che parte dall'analisi delle esigenze aziendali e dei singoli professionisti, per giungere alla realizzazione di un efficace intervento formativo e alla valutazione dei risultati raggiunti. Il rispetto degli obiettivi formativi nazionali e regionali è garantito nel "Piano Formativo Aziendale", strumento programmatico rivolto a salvaguardare il continuo adeguamento delle prestazioni lavorative alle esigenze dell'utenza e allo sviluppo della pratica clinica.

L'IRCCS, nell'ambito dei propri obiettivi di sviluppo e sulla base delle risorse disponibili, per migliorare i propri livelli di produttività, efficienza ed efficacia nell'erogazione dei servizi, realizza iniziative di formazione/aggiornamento di contenuto trasversale o specialistico, avvalendosi delle professionalità individuate al proprio interno e/o della collaborazione di altri soggetti pubblici o privati specializzati nel settore.

Il **Piano Formativo Aziendale** è lo strumento attraverso il quale il Policlinico si propone di dare sistematicità e organicità all'attività formativa, con l'obiettivo di perseguire e raggiungere efficacia, efficienza e condivisione delle diverse iniziative.

Il Piano contiene la programmazione dell'offerta formativa erogata dall'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino anche in virtù della propria qualifica di Provider regionale ECM (Codice Provider: ECM PV 2), tenendo conto:

- delle indicazioni fornite dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale;
- degli obiettivi formativi nazionali del Sistema di Educazione Continua in Medicina - ECM, distinti in obiettivi formativi tecnico professionali, di sistema e di processo e delle indicazioni fornite dall'Ente accreditante ECM identificato in Regione Liguria;
- delle linee guida strategiche, programmatiche e di sviluppo aziendale che concorrano a individuare specifici bisogni formativi per il personale;
- dei fabbisogni formativi degli operatori, rilevati dalla S.S.D. Formazione e Comunicazione in sinergia con la rete dei Referenti Aziendali per la Formazione mediante idonei strumenti e metodologie nell'ambito del progetto di miglioramento continuo della formazione interna coordinato dalla suddetta struttura;
- della valutazione della ricaduta della formazione sull'organizzazione;



- delle risorse economiche a disposizione.

La rilevazione e la definizione dei fabbisogni formativi interni è attuata dalla S.S.D. Formazione e Comunicazione secondo la procedura aziendale vigente, la quale prevede il coinvolgimento dei R.A.F. che, poi in seguito, collaborano strettamente con la S.S.D. Formazione e Comunicazione

- divulgare al personale dipendente le proposte formative aziendali al fine di garantire la massima partecipazione agli eventi;
- valutare la qualità della formazione realizzata attraverso gli strumenti di valutazione adottati;
- valutare gli effetti del Piano Formativo sull'organizzazione lavorativa delle singole strutture.

La S.S.D. Formazione e Comunicazione, d'intesa con la Direzione strategica, procede alla pianificazione annuale dell'offerta formativa assicurando la realizzazione nell'anno di riferimento dei corsi che, in forza di specifiche disposizioni normative, sono obbligatori nonché di quelli indicati dalla Direzione Strategica come prioritari. L'attivazione dei corsi previsti nel Piano viene quindi realizzata tenendo conto dei criteri di cui sopra, delle esigenze di servizio e delle disponibilità in termini di risorse economiche, umane, logistiche e strumentali.

**Il Piano Formativo del Policlinico per il triennio 2020-2022 è stato adottato con Delibera 124 del 22/01/2020 e con Delibera 650 del 31/03/2021** è stata adottata l'Integrazione, su proposta del Dirigente Responsabile della S.S.D. Formazione e Comunicazione con provvedimento della Direzione Generale ed è soggetto ad integrazioni annuali per monitorare i bisogni formativi emergenti...]

## Gruppi di miglioramento (GdM)

### **Gruppo di lavoro:**

Dott.ssa E. Rovini, Responsabile S.S. Dipartimentale Formazione e Comunicazione

Team S.S. Dip. Formazione e Comunicazione:

Dott. ssa V. Fossa

Dott. ssa B. Maiani

Dott. ssa L. Podeschi

Dott. ssa D. Quenti

Dott. M. Ronchetti

Dott.ssa A.M. Fossati

### **Abstract**

I Gruppi di Miglioramento sono stati rafforzati in quanto strumenti ottimali per la comunicazione periodica tra operatori e tra le Unità Operative, per l'individuazione di percorsi e per la condivisione di processi finalizzati in modo specifico al miglioramento delle attività cliniche e per il *problem solving* sui temi della gestione del rischio clinico e dell'adozione di specifici protocolli ed istruzioni operative.

### **Obiettivi**

Favorire la condivisione di buone pratiche tra operatori al fine di uniformare le procedure diminuendo la rischiosità. I GdM sono previsti dal Piano Formativo 2020-2022 (adottato con Delibera 124 del 22/01/2020 e integrato con Delibera 650 del 31/03/2021).

Alcuni dei GdM sono riportati a seguire:

Specialists Diabetes care- Stesura ed implementazione di un PDTA sulla gestione di un trauma maggiore – Principi metodi e procedure utili nei percorsi di terapia intensiva – Il paziente in terapia intensiva e neuroranimazione ed il neoassunto – Revisione critica della gestione di casi clinici ostetrici e delle modalità del parto- L'infermiere in dialisi: dalla teoria alla pratica.

**Materiali e Metodi:** Progettazioni dei singoli GdM attraverso riunioni con gli interessati ed i RAF.

**Risultati:** Valutazioni ex post corsi. Disponibili i consuntivi della formazione effettuata nell'anno 2022.

**Condivisione prevista dei Risultati:** Riunioni e plenarie con RAF.

## Area 3 CARMINA Report

### Definizione profilo di competenze e sua valutazione

#### **Gruppo di lavoro:**

Dott. B. Cavaliere, Direttore UO Direzione Professioni Sanitarie

Dott. D. Ulivieri, UO Direzione Professioni Sanitarie

Dott.ssa C. Maddalo, DIP. Neuroscienze

Dott.ssa S. Morganti, Vice Direttore UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Dott.ssa S. Sanfilippo, UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Dott.ssa N. S. Diaz Gaitan, UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Nel 2022 è proseguita la definizione e formalizzazione in documenti specifici, delle competenze dei diversi professionisti ed il mantenimento delle competenze acquisite.

#### **Documenti di nuova redazione anno 2022**

A seguire si citano solo alcuni dei documenti pubblicati nel 2022 e redatti dalle UU.OO. in tema di valutazione e mantenimento delle competenze, che si aggiungono a quanto esposto in codesto Report anno 2021:

- IOUA1\_0115 Percorso di inserimento dell'Infermiere all'interno della Terapia Intensiva U.O. CLINICA ANESTESIOLOGICA E TERAPIA INTENSIVA Pubblicato 09/09/2022
- IOH20\_0004 Percorso di inserimento dell'infermiere all'interno dell'U.O. PNEUMOLOGIA AD INDIRIZZO INTERVENTISTICO Pubblicato 17/11/2022
- IOH1W\_0002 Percorso di inserimento dell'infermiere presso la S.S. Dipartimentale Trauma Center e Chirurgia d'Urgenza U.O. S.S.DIP. TRAUMA CENTER ED EMERGENZA CHIRURGICA H1WD Pubblicato 17/11/2022
- IOT07\_1002 PERCORSO DI INSERIMENTO NUOVO PERSONALE INFERMIERISTICO U.O. RADIOLOGIA ONCOLOGICA E SENOLOGICA T07 Pubblicato 15/11/2022
- IOH20\_0005 Percorso di inserimento del medico all'interno dell'U.O. PNEUMOLOGIA AD INDIRIZZO INTERVENTISTICO Pubblicato 14/11/2022
- IOH33\_0009 Percorso\_Infermiere \_neo inserito\_Ambulatorio Stomaterapia U.O. RIABILITAZIONE GENERALE E ONCOLOGICA H33A5 Pubblicato 14/11/2022

- IOTD8\_0003 Percorso dell'infermiere/oss neo-inserito presso gli ambulatori oncologici-medici GUARDIOLA AREA MEDICA TD8A Pubblicato 08/11/2022
- IOT164\_0016 Percorso formativo personale tecnico, dirigente e di ricerca S.S. TUMORI EREDITARI Pubblicato 20/09/2022
- IOTD8\_0002 Percorso dell'infermiere neoinserito presso il D.H. Emato-Oncologico GUARDIOLA AREA MEDICA Pubblicato 26/05/2022
- IOH33\_0011 Percorso neoinserito presso l'U.O. U.O. RIABILITAZIONE GENERALE E ONCOLOGICA Pubblicato 27/04/2022
- IOHAN\_0522 IO PERCORSO INSERIMENTO INFERMIERE U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE HANB Pubblicato 21/04/2022
- IOH60\_0015 PERCORSO DI INSERIMENTO INFERMIERE NEO ASSUNTO- NEO ASSEGNATO IN SALETTA TRAUMATOLOGIC A D 'URGENZA U.O. ORTOPEDIA E TRAUMAT. D'URGENZA H60F Pubblicato 04/04/2022
- IOT02\_0022 ACCESSO ED INSERIMENTO DEL PERSONALE NON STRUTTURATO U.O. MUTAGENESI E PREVENZ. ONCOL. Pubblicato 17/03/2022
- IOU92\_0018 Percorso formativo del personale U.O. GENETICA MEDICA U92X Pubblicato 18/02/2022
- IOH1T\_0003 PERCORSO DI INSERIMENTO INFERMIERE/OSS NEOASSUNTO O NEOASSEGNATO S.S.DIP. CURE INTERMEDIE OSPED. E REP. DETENUTI Pubblicato 15/02/2022
- IOT1C\_0007 Percorso inserimento in Hospice di personale neoassegnato redatta dalla S.S.DIP. HOSPICE T1C e Pubblicato in data 23/06/2022

## [Percorso di inserimento dell'Infermiere all'interno della Terapia Intensiva](#)

In particolare si cita la IOUA1\_0115 Pubblicata il 09/09/2022 “Percorso di inserimento dell'Infermiere all'interno della Terapia Intensiva” redatto presso l'U.O. CLINICA ANESTESIOLOGICA E TERAPIA INTENSIVA, che descrive le responsabilità e le modalità operative del percorso di accoglimento, pre-valutazione, formazione, in base ad un progetto personalizzato, integrazione con l'*equipe* e valutazione del personale infermieristico *neo-inserito*, all'interno delle terapie intensive del Policlinico.

L'istruzione operativa è riferita ad un percorso “*standard*” che può essere modificato e quindi personalizzato in base alla specialità delle UU.OO. ed al *background* dell'infermiere e alle sue capacità di raggiungere più o meno rapidamente gli obiettivi previsti. Segue sintesi del documento:

[...Definizione del percorso. In generale si prefigura un percorso di inserimento standard che prevede le seguenti fasi:

<b>durata</b>	<b>funzioni</b>	<b>attività</b>
da 15 giorni al 2° mese	infermiere con competenze di base	l'infermiere dovrà inserirsi nell'organizzazione generale della U.O., conoscerne l'organigramma, conoscere l'ubicazione del materiale in uso, conoscere e rispettare i protocolli e le check-list in uso, attuare l'igiene e cura del malato, conoscere l'uso dei farmaci e delle loro preparazioni, etc...
2°- 4°mese	Infermiere di terapia intensiva neo-inserito (1° livello)	l'infermiere dovrà essere in grado di svolgere in autonomia i compiti più semplici garantendo la sicurezza per sé e per il paziente, dovrà saper gestire l'uso dei dispositivi antidecubito e dei dispositivi antidecubito, dovrà collaborare alla gestione e utilizzo delle apparecchiature in uso (monitor, ventilatori, barelle da trasporto, macchine da dialisi, defibrillatori...), svolgerà in sempre maggior autonomia funzioni di supporto all'equipe.
4°- 6° mese	infermiere di terapia intensiva neo-inserito (2° livello)	l'infermiere saprà assistere in autonomia la maggior parte dei ricoverati (ad eccezione dei pazienti altamente critici), saprà riconoscere le urgenze e le loro priorità, saprà assistere i pazienti durante i trasporti per esami diagnostici/trasferimenti, saprà assistere e collaborare in autonomia con il medico durante procedure invasive (tracheostomia, posizionamento accessi venosi/arteriosi...).
dal 6° mese al 12° mese	infermiere di terapia intensiva (3° livello)	l'infermiere saprà collaborare autonomamente nelle situazioni di emergenza/urgenza, assistere l'equipe durante procedure invasive in urgenza, avrà portato a termine il corso BLS-D, avrà partecipato a eventuali corsi formativi e/o gruppi di miglioramento della U.O., arriverà ad acquisire maggiore autonomia nell'assistenza al malato più complesso, sarà di aiuto e supporto per gli studenti tirocinanti.

I tempi non sono rigidi e saranno adattati all'infermiere e calibrati alla sua capacità di apprendimento. Il personale durante il percorso non potrà essere spostato in altra U.O. se non per gravi motivi e su richiesta del dipendente. Al fine di facilitare il raggiungimento degli obiettivi che tale percorso si propone, saranno utilizzati strumenti e risorse didattiche e formative quali:

- Colloquio
- Osservazione diretta
- Informazione
- Formazione
- Addestramento
- Esecuzione diretta con supervisione
- Consultazione della documentazione

#### **Identificazione della figura dell'infermiere "facilitatore"**

Figura cruciale è il gestore del percorso di affiancamento: *"il facilitatore"*. Preferibilmente è assegnata la funzione di "facilitatore" agli infermieri più esperti o più anziani, coloro che hanno sviluppato più esperienza all'interno della terapia intensiva. È assai importante che queste figure

siano in grado di trasmettere le proprie conoscenze e che siano in grado di accompagnare l'infermiere neo-inserito nel percorso formativo, possedendo queste caratteristiche:

- essere facilmente identificato e globalmente riconosciuto da tutta l'equipe
- essere dotato di pensiero schematico, organizzato e lucido
- essere naturalmente portato a comunicare e ad ascoltare
- essere presente e osservatore
- essere in grado di produrre documentazione e di saper utilizzare le tecnologie presenti
- essere in grado di valutare il personale in formazione
- avere tempo a disposizione per espletare le sue mansioni
- avere modo di aggiornarsi e di visitare realtà differenti
- avere continuità nel suo compito formativo

L'infermiere "facilitatore" è il gestore della formazione, attività che non deve essere subordinata all'attività di reparto, ma abbinata ad essa.

### **Metodo e strumento di valutazione**

**Con quale strumento valutare:** la scheda di valutazione **MODUA1\_0115** rappresenta lo strumento fondamentale per la valutazione della *performance* dell'infermiere neo-inserito.

**Chi valuta:** la scheda di valutazione sarà compilata dal/dagli infermieri "facilitatori" di riferimento e i risultati raggiunti saranno condivisi con il "valutato" al fine di fare il punto rispetto agli obiettivi raggiunti ed eventualmente rimodulare il percorso (abbreviandolo o diluendolo ulteriormente per rafforzare le competenze/abilità non ancora padroneggiate/acquisite).

#### **Quando valutare:**

Al termine di ogni fase intermedia del percorso formativo (indicativamente al termine di ogni step) e alla conclusione dello stesso, gli infermieri "facilitatori", insieme al coordinatore di U.O., compilano la valutazione della *performance* dell'infermiere neo-inserito, rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il punteggio medio non deve essere inferiore al valore "3" che corrisponde ad una valutazione sufficiente.

In caso, a seguito della valutazione, siano stati individuati punti di "criticità" (valutazione negativa o da migliorare) è prevista una data ulteriore di "rivalutazione" che potrà comportare un allungamento dei tempi previsti per il raggiungimento degli obiettivi. In caso di parziale raggiungimento degli obiettivi, il C.I. adotterà, insieme agli infermieri "facilitatori", percorsi di rafforzamento delle conoscenze ed abilità dell'infermiere neo-inserito. In caso di valutazione negativa, il C.I. adotterà i provvedimenti che riterrà più opportuni ed è possibile una riconsiderazione dell'assegnazione dell'infermiere neo-inserito all'U.O.

**Cosa valutare:** L'oggetto della valutazione è riferito allo svolgimento di *funzioni, compiti ed attività*, nell'ambito del ruolo ricoperto, rispetto agli obiettivi prefissati. Le **dimensioni** valutate sono la padronanza di conoscenze e abilità e il grado di autonomia nello svolgimento delle attività.

**Come valutare:** La valutazione è tradotta in un **punteggio** in ordine crescente da 1 a 5.

- **Punti 1** L'infermiere non ha adeguate conoscenze e abilità. I suoi comportamenti non sono aderenti alle linee guida e alle istruzioni operative/protocolli aziendali vigenti. Necessita sempre di supervisione da parte degli altri operatori.

- **Punti 2** L'infermiere ha parziali conoscenze e abilità. In molti casi i suoi comportamenti non sono aderenti alle linee guida e alle istruzioni operative/protocolli aziendali vigenti. Necessita spesso di supervisione da parte degli altri operatori.
- **Punti 3** L'infermiere ha sufficienti conoscenze e abilità. In alcuni casi i suoi comportamenti non sono aderenti alle linee guida e alle istruzioni operative/protocolli aziendali vigenti. Necessita qualche volta di supervisione da parte degli altri operatori.
- **Punti 4** L'infermiere ha numerose conoscenze e abilità. Raramente i suoi comportamenti non sono aderenti alle linee guida e alle istruzioni operative/protocolli aziendali vigenti. Necessita raramente di supervisione da parte degli altri operatori.
- **Punti 5** L'infermiere ha adeguate conoscenze e abilità. I suoi comportamenti sono sempre aderenti alle linee guida e alle istruzioni operative/protocolli aziendali vigenti. È autonomo nello svolgimento delle sue funzioni.

**Items di valutazione:** la scheda riporta sinteticamente cosa deve essere in grado di sapere/saper fare/saper essere, l'infermiere *neo-inserito*.

### **Come è strutturata la scheda di valutazione**

La scheda è suddivisa in 4 sezioni ognuna delle quali corrisponde ad uno step relativo alla valutazione delle conoscenze e livello di autonomia dell'infermiere neo-inserito:

- Infermiere con conoscenze di base della terapia intensiva
- Infermiere neo-inserito con basso livello di autonomia
- Infermiere neo-inserito con un buon livello di autonomia
- Infermiere neo-inserito con alto livello di autonomia

**1° obiettivo:** valutazione delle conoscenze e abilità "di base"

**2° obiettivo:** valutazione delle conoscenze e abilità possedute per coprire le funzioni più semplici in autonomia e sicurezza.

**3° obiettivo:** valutazione delle conoscenze e abilità possedute per assistere tutti i pazienti e saper riconoscere le emergenze/urgenze.

**4° obiettivo:** valutazione delle conoscenze e abilità possedute per raggiungere la completa autonomia ed essere di completo supporto all'equipe.

Ogni sezione riporta un elenco di **obiettivi specifici** che l'infermiere neo-inserito deve aver raggiunto al termine del periodo previsto. La valutazione si svolgerà nei tempi e con i modi già descritti al paragrafo 4.5 attribuendo un punteggio da 1 a 5, tramite "crocetta". In caso d'impossibilità a valutare un determinato *item* utilizzare l'acronimo N.V. (Non Valutato).

La scheda prevede di sintetizzare il giudizio complessivo alla voce "Valutazione".

In caso, a seguito della valutazione, siano stati individuati punti di "criticità" (valutazione negativa o da migliorare) è necessario descrivere sinteticamente le azioni di miglioramento da implementare. Inoltre dovrà essere indicata la data di "rivalutazione". Inoltre è possibile descrivere i punti di forza e debolezza del "valutato" ed eventuali note e/o suggerimenti che l'infermiere neo-inserito ritiene di aggiungere. ...]

## Percorso inserimento in Hospice di personale neoassegnato

In particolare si cita la IOT1C\_0007 **Percorso inserimento in Hospice di personale neoassegnato** redatta dalla S.S.DIP. HOSPICE T1C e Pubblicato in data 23/06/2022, di cui segue sintesi:

[...L'*inserimento degli operatori* è una tappa fondamentale per far sì che l'operatore entri a far parte dell'Azienda e dell'unità operativa, si senta parte integrante e concorra al raggiungimento di obiettivi comuni e condivisi. L'inserimento deve permettere all'operatore neo-assegnato l'acquisizione delle competenze necessarie per rispondere allo standard atteso dall'organizzazione, ma soprattutto per rispondere in modo efficace ed efficiente, nel rispetto della professionalità e dell'autonomia, alle richieste dell'utente (paziente e famiglia).

Questo permette di evitare (o comunque di contenere al massimo) l'influenza dei pregiudizi nella valutazione delle persone per privilegiare una visione che vede il momento di cambiamento (il lavoratore che cambia azienda o cambia realtà operativa) come opportunità per un bilancio delle competenze acquisite e per un ingaggio motivazionale che permetta la messa in campo del meglio di quanto la persona sa fare e può fare.

Il *profilo di competenza* può essere considerato uno strumento chiave del processo di gestione dei collaboratori, uno strumento che facilita la valorizzazione, la motivazione, la valutazione e la gestione operativa delle persone che entrano per la prima volta in una nuova realtà operativa. Uno strumento che aiuta a creare le condizioni perché ogni neo-assegnato possa dare il meglio di sé.

L'operatore neo-inserito in un contesto lavorativo, deve essere formalmente introdotto nel suo specifico ambiente di lavoro, presentato alle persone che lavoreranno accanto a lui e informato sulla politica aziendale e sugli obiettivi che lo riguardano.

Questa introduzione deve essere molto chiara, in modo da evitare che il lavoratore parta con informazioni e concetti sbagliati. Tipicamente egli ha un grande desiderio di conoscere il suo nuovo ambiente di lavoro e l'impressione iniziale che ne riceve potrà accompagnarlo a lungo.

La U.O. Hospice M. Chighine è un contesto ad elevata complessità assistenziale in quanto la domanda di salute può essere anche molto differenziata e articolata in termini di bisogni assistenziali da soddisfare.

L'Hospice è una struttura residenziale in cui il malato e la sua famiglia vengono accolti e presi in carico 24 ore su 24 da un'equipe multidisciplinare, per trascorrere le ultime fasi della vita, oppure un periodo per ristabilire il controllo dei sintomi, o dare un periodo di sollievo ai famigliari.

Le cure palliative e quindi l'Hospice hanno come finalità la lotta farmacologica al dolore, ma anche il miglioramento della qualità di vita e delle condizioni fisiche e psicologiche del malato e la presa in carico degli aspetti emozionali, spirituali, sociali e personali della malattia.

In tale contesto si richiede agli operatori il possesso di particolari e numerose capacità, non solo tecniche ma anche e soprattutto relazionali, sostenute da conoscenze, che possono non essere preliminari all'impiego in questa realtà particolare ossia non possedute dall'operatore prima di entrare a far parte della U.O. Hospice, ma la cui efficacia può essere costruita all'interno di questo contesto.

Il percorso di inserimento si fonderà proprio sulla mancanza delle competenze necessarie per raggiungere lo standard di riferimento esplicitato attraverso il profilo di competenza.

L'operatore ha la necessità di veder crescere in modo articolato il sapere e l'agire professionale, c'è bisogno di flessibilità e discrezionalità per il professionista che necessita di un sapere/agire assistenziale, percepito e riconosciuto a più livelli.



### **Modalità operative:**

- Il percorso di inserimento inizia con tre giorni di osservazione in cui il neo-assegnato si orienterà nella struttura e riceverà le prime informazioni e procederà alla lettura dei regolamenti aziendali, dei protocolli, delle procedure, del glossario di etica di fine vita e degli altri strumenti informativi presenti nella realtà operativa.
- Al termine dei 3 giorni l'operatore compila la "scheda di autovalutazione iniziale".
- In base agli obiettivi/competenze che non raggiungono lo standard minimo richiesto si strutturerà il percorso di inserimento.
- Il coordinatore distribuirà tali obiettivi/competenze da raggiungere in 3 periodi per un massimo totale di 30 giorni.
- Se possibile durante i 3 periodi di inserimento, il neo-assunto sarà affiancato da operatori esperti differenti.
- Al termine di ogni periodo l'operatore neo-assegnato dovrà compilare la "scheda di autovalutazione" e l'operatore esperto dovrà compilare la "scheda di valutazione".
- Tali valutazioni saranno discusse tra operatore neo-assegnato, operatore esperto e coordinatore infermieristico.
- Al termine di tale confronto, nel caso ci siano obiettivi/competenze non ancora raggiunte verranno inserite nel successivo periodo di affiancamento.
- Al termine dei circa 30 giorni di affiancamento, in base agli obiettivi raggiunti e non, il coordinatore valuterà se stabilire una rivalutazione a distanza ulteriore per terminare il raggiungimento degli obiettivi. Inoltre valuterà se consigliare al neo-operatore dell'ulteriore formazione specifica.....].

## Analisi dei percorsi di tirocinio svolto dalle Professioni Sanitarie

### **Gruppo di lavoro:**

Dott. B. Cavaliere, Direttore UO Direzione Professioni Sanitarie

Dott. D. Ulivieri, UO Direzione Professioni Sanitarie

Dott.ssa C. Maddalo, DIP. Neuroscienze

### **Abstract**

Nel 2022 si è condotta un'analisi dei percorsi di tirocinio svolti dalle professioni sanitarie nel Policlinico San Martino e della ricaduta.

Il tirocinio costituisce la fase pratica della formazione individuale, finalizzata a far conoscere la realtà lavorativa e far acquisire gli elementi applicativi di una specifica attività, nello sviluppo delle competenze personali.

Durante questo periodo il tirocinante ha la possibilità di confrontarsi in un contesto lavorativo reale e di interagire con più interlocutori: altri professionisti, colleghi e utenti, di orientare le sue scelte professionali ma soprattutto di acquisire un'esperienza contestualizzata certificata, che potrà arricchire il proprio portfolio nell'ottica dello sviluppo di competenze (Allen P., Lauchner K. 2008- Sasso L. 2012). Il tirocinio è uno strumento fondamentale per la formazione e diventa metodologia irrinunciabile per la formazione/aggiornamento di un professionista, permette lo sviluppo del giudizio critico attraverso l'implementazione delle conoscenze e delle esperienze situazionali (Alfaro-LeFevre R. 1999).

Obiettivo principale stipulato è quello di utilizzare strumenti per l'analisi del bisogno formativo, con conseguente pianificazione di percorsi formativi personalizzati, costruzione degli obiettivi individuali e condivisione dei risultati attraverso indicatori.

Nello specifico il *setting* di tirocinio, mette in cooperazione il *tutor* clinico, figura esperta del settore adeguatamente formata, e studenti/tirocinanti discenti del tutor, principalmente i percorsi di tirocinio sono sviluppati per tirocinanti delle professioni sanitarie che frequentano percorsi di studio come Master di I e II livello o Laurea Magistrale primo e secondo anno.

### **Obiettivi**

Costruire percorsi di tirocinio appropriati, coerenti e propedeutici con i bisogni formativi, che permettono lo sviluppo personale di competenze al fine di potersene avvalere in ambito specifico.

Dall'analisi della letteratura è emerso che l'utilizzo di un portfolio delle competenze può aiutare notevolmente a delineare gli obiettivi di accrescimento personale che si vogliono ottenere.

Il portfolio è un metodo efficiente ed efficace per valutare i risultati del programma e lo sviluppo professionale nella formazione. McMullen et al. (2003) definiscono un portfolio come "una raccolta di prove, solitamente in forma scritta, sia dei prodotti che dei processi di apprendimento.

Ne attesta il raggiungimento e lo sviluppo professionale fornendo un'analisi critica dei suoi contenuti".

Permetterebbe agli studenti/tirocinanti di dimostrare la loro comprensione degli standard di pratica avanzata, documentare il raggiungimento degli obiettivi del programma di studio e tirocinio, sviluppare la loro capacità di criticare efficacemente il loro lavoro, trasmettere i loro valori e vedersi come professionisti, mostrare la pratica professionale e i risultati della carriera e, infine, assisterli nello sviluppo e nella pianificazione della carriera.

### **Materiali e Metodi - periodo a cui si riferisce il Report**

La Legge 43 del 2006 ha individuato i master universitari specialistici per le 22 professioni sanitarie, e la L. 264 del 1999 che istituisce l'accesso programmato alla Laurea Magistrale, hanno imposto alle varie sedi di tirocinio di istituire percorsi dedicati allo sviluppo di tali corsi garantendo coerenza tra bisogni formativi e obiettivi di apprendimento, attraverso l'istituzione dei tutor di tirocinio.

La metodologia utilizzata nei tirocini avviene in base al corso di studio ed agli obiettivi del corso di studio, al fabbisogno specifico del tirocinante, alla costruzione degli obiettivi di tirocinio ed alla verifica degli obiettivi raggiunti. Il risultato del tirocinio è correlato alla coerenza metodologica con cui viene sviluppato il percorso. Il periodo di tirocinio può essere suddiviso in tre step:

- **Fase osservazionale:** durante i primi incontri si osserva e approfondisce attraverso il corretto allestimento di un setting formativo. Esso è costituito dall'insieme delle variabili che definiscono il contesto entro cui si svolge la relazione formativa.
- **Approccio pratico immersivo:** in questa fase avvengono incontri con gli altri tirocinanti o soltanto con il tutor di tirocinio. Si concorda la metodologia con cui avverrà il tirocinio, i contenuti e gli strumenti necessari per la valutazione dell'apprendimento, il tutto seguito da un adeguato supporto bibliografico. Successivamente, ad ogni incontro nelle varie sedi di tirocinio il tutor clinico fornirà un mandato o un quesito di ricerca che sarà analizzato ed esposto e discusso al gruppo o al tutor, oppure sarà richiesta l'attuazione di nuove azioni procedurali autonomamente da parte del tirocinante, ma sempre con una supervisione.
- **Lavoro sperimentale:** durante lo svolgimento del tirocinio, sotto la supervisione del tutor clinico, si costruiscono documenti utili allo sviluppo di progetti, attraverso la consultazione di banche dati; la redazione di tali documenti può avvenire anche attraverso la somministrazione di strumenti di misurazione.

Per poter effettivamente verificare la "ricaduta" del tirocinio, lo strumento utilizzato è la valutazione dello studente attraverso elaborati sostenuti da dissertazioni o da produzione di documenti utili allo sviluppo di progetti interni alle aree di tirocinio.

Da gennaio a dicembre 2022 è stato somministrato un questionario per l'analisi qualitativa sul percorso svolto in tirocinio da parte del tirocinante (questionario QVET).

### **Risultati**

Al termine di ogni percorso formativo è fondamentale valutare il gradimento da parte degli studenti di ciò che è stato fatto. Il dibattito su come misurare il ritorno dell'investimento nella formazione è da sempre aperto, soprattutto perché molte e diversificate sono le basi su cui si formula tale giudizio che può portare ad una valutazione a breve o a lungo periodo a seconda che si adotti un punto di vista prettamente aziendale o prettamente legato all'aspetto formativo.

In questo contesto la valutazione diventa sempre più importante e necessita quindi di un adeguamento ai nuovi contesti educativi.

La difficoltà maggiore nella valutazione di un processo formativo è costituita dal fatto che è caratterizzato da benefici per lo più intangibili immateriali (*soft skill*). Il *feedback*, da parte dei tirocinanti, gioca un ruolo essenziale ed immediato nel processo di controllo e miglioramento della qualità dei percorsi di formazione in termini di organizzazione dei contenuti e incentivazione della motivazione.

Il questionario qualitativo di gradimento del percorso di tirocinio QVET somministrato (in ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 Generale sulla Protezione dei Dati) attraverso piattaforma informatica (Microsoft Forms) a tutti i tirocinanti, è costituito da domande con tre possibilità di risposta (SI, NO, NON SEMPRE). Le domande del questionario sono:

- Le attività didattiche di tirocinio svolte per questo insegnamento sono risultate utili ai fini dell'apprendimento e dello sviluppo di conoscenze?
- In caso sia stato consegnato materiale informativo e didattico, è stato adeguato allo svolgimento del tirocinio?
- Sono state fornite informazioni esaurienti sugli obiettivi di tirocinio?
- La qualità dell'interazione con i tutor di tirocinio è soddisfacente?
- Il tutor ha stimolato l'interesse verso la disciplina?
- Il tutor aziendale è stato esauriente in occasione di richieste di chiarimento?
- Il setting formativo risulta essere adeguato?
- Il tirocinante percepisce il setting formativo come spazio proprio dove potersi esprimere liberamente?
- Ritieni che le attività di tirocinio svolte siano effettivamente caratterizzanti e prive di sovrapposizioni durante il percorso all'interno del Policlinico?
- Sei interessato ai contenuti nelle varie sedi di tirocinio?
- Sei complessivamente soddisfatto del tirocinio?

### **Condivisione prevista dei Risultati**

I risultati elaborati nel dicembre 2022, saranno utili per implementare azioni al fine di ridurre criticità, come ad esempio i *setting* di tirocinio ed il materiale didattico consegnato che non sempre viene riscontrato come utile ai fini dell'accrescimento personale.

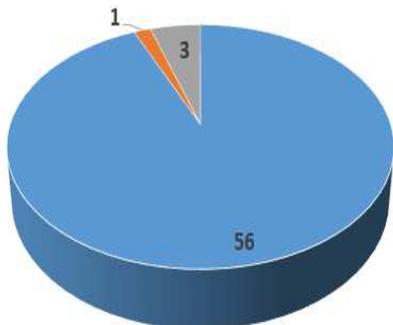
Nella previsione 2023, lo strumento sarà modificato per specificare l'iscrizione all'università ed al tipo di master o laurea.

**NB:** riguardo l'analisi dello strumento utilizzato nell'anno 2022 i questionari somministrati ai tirocinanti sono 59 su 60; un questionario è stato utilizzato come test prova con tutte risposte negative.

A seguire sono esposte le Risposte ai quesiti presenti nel Questionario QVET 2022.

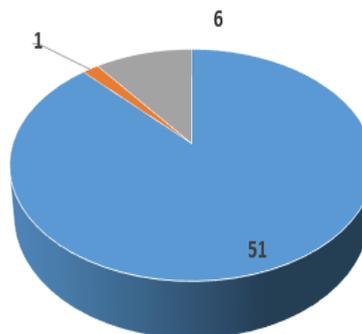
## Risposte ai quesiti presenti nel Questionario QVET 2022:

Le attività didattiche di tirocinio svolte per questo insegnamento sono risultate utili ai fini dell'apprendimento e dello sviluppo di conoscenze?



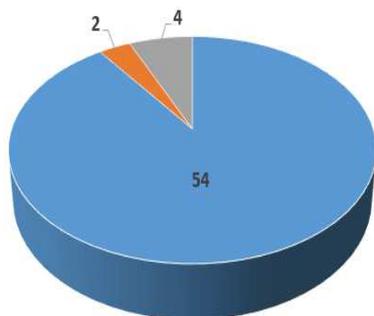
■ si ■ no ■ non sempre

In caso sia stato consegnato materiale informativo e didattico, è stato adeguato allo svolgimento del tirocinio?



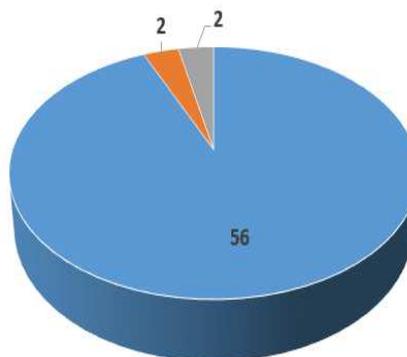
■ si ■ no ■ non sempre

Sono state fornite informazioni esaurienti sugli obiettivi di tirocinio?



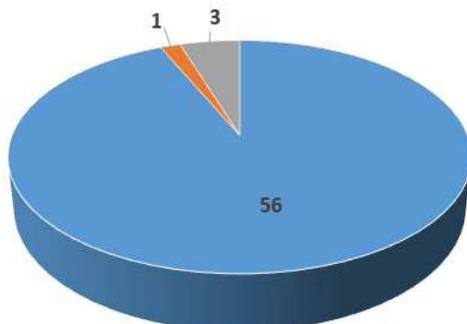
■ si ■ no ■ non sempre

La qualità dell'interazione con i tutor di tirocinio è soddisfacente?



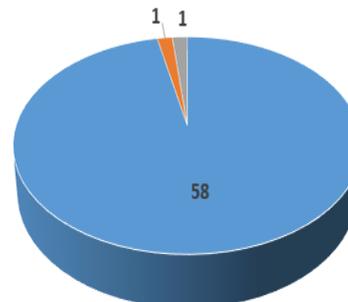
■ si ■ no ■ non sempre

Il tutor ha stimolato l'interesse verso la disciplina?



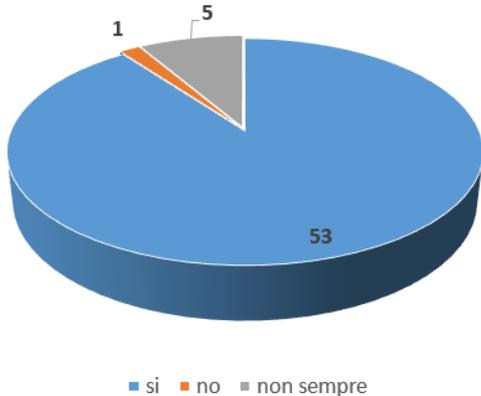
■ si ■ no ■ non sempre

Il tutor aziendale è stato esauriente in occasione di richieste di chiarimento?

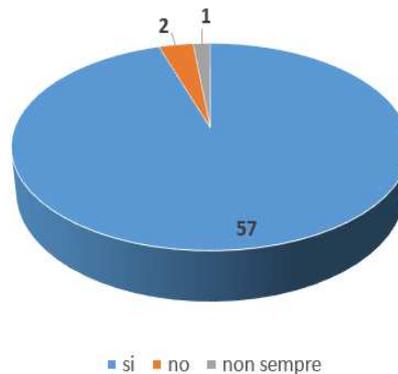


■ si ■ no ■ non sempre

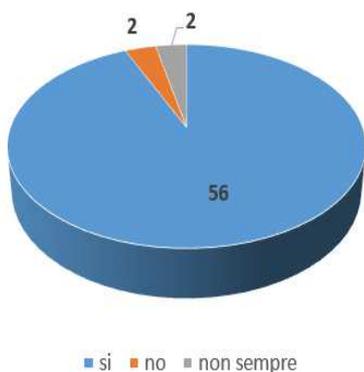
**Il setting formativo risulta essere adeguato?**



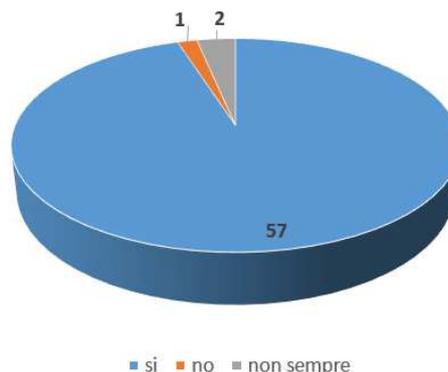
**Il tirocinante percepisce il setting formativo come spazio proprio dove potersi esprimere liberamente?**



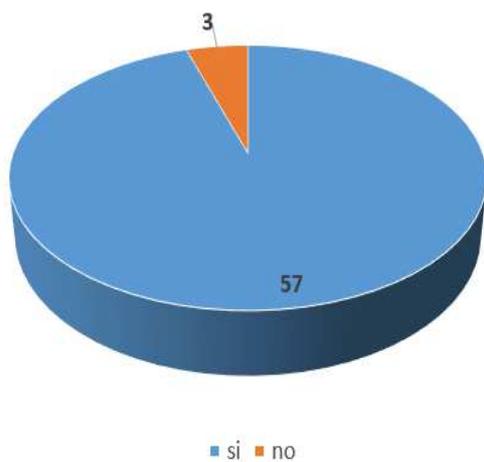
**Ritieni che le attività di tirocinio svolte siano effettivamente caratterizzanti e prive di sovrapposizioni durante il percorso all'interno del Policlinico?**



**Sei interessato ai contenuti nelle varie sedi di tirocinio?**



**Sei complessivamente soddisfatto del tirocinio?**



## Area 4 CARMINA Report

### Progetto tracciabilità trasporti campioni biologici e sacche di emocomponenti

#### **Gruppo di lavoro:**

Dott.ssa S. Vyshka, UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Ing. N. Rosso, Direttore UO Information, Communication Technology ICT

Ing. A. Grioni, UO Information, Communication Technology ICT

La gestione della tracciabilità nei processi logistici finalizzati al trasporto interno dei materiali biologici (provette e sacche di emocomponenti), che rappresentano una parte fondamentale per il buon esito del percorso clinico-assistenziale del paziente, risulta essere una grande sfida per il Policlinico San Martino. Tale sfida ha l'obiettivo ultimo di garantire, attraverso la tracciabilità, un più elevato livello di sicurezza per il paziente attraverso il monitoraggio dei percorsi di consegna dal punto di preparazione fino al reparto di utilizzo. Per ottenere tale risultato è stata adottata una soluzione tecnologica finalizzata alla tracciabilità che consentisse in maniera snella la preparazione, la presa in carico da parte dei trasportatori e la chiusura finale della spedizione.

La fattiva collaborazione tra la U.O. ICT, la Gestione Operativa e Squadre di trasporto il tutto coordinato dalla U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP ha permesso l'acquisizione, personalizzazione e messa in uso del sistema di tracciabilità.

Il sistema dopo una prima sperimentazione, durata circa sei mesi, sulla tracciabilità dei campioni biologici raccolti presso il Day Hospital Onco-Ematologico e consegnati al Laboratorio Centrale, è stato ufficialmente introdotto a Gennaio 2022 per la tracciabilità delle sacche di emocomponenti.

La prima fase del progetto ha previsto la tracciabilità delle sacche di emocomponenti preparate dal Centro Trasfusionale e destinate al Day Hospital Onco-ematologico, ubicato nella palazzina IST, e verso i reparti di Ematologia, ubicati presso il Padiglione 6 (Day Hospital – piano terra e Reparto di degenza – Piano 1) e presso il Padiglione Patologie Complesse.

Nella tabella a seguire si fornisce evidenza dei volumi relativi al numero di trasporti e sacche di emocomponenti tracciate dall'avvio del progetto fino al 31/12/2022:

<b>Porta Partenza</b>	<b>Porta Arrivo</b>	<b>N. Trasporti</b>	<b>N. Sacche</b>
Centro Trasfusionale - Partenza Unità di Emocomponenti	DH - ONCOEMATOLOGICO IST PIANO 1 - Arrivo	1.418	3.922
	EMATOL PAD 6 P0-Arrivo	336	570
	EMATOL PAD 6 P1-Arrivo	497	974
	EMATOLOGIA PATOLOGIE COMPL. PIANO 0 - Arrivo	299	762
<b>Centro Trasfusionale - Partenza Unità di Emocomponenti Totale</b>		<b>2.550</b>	<b>6.228</b>

L'obiettivo futuro è quello di estendere il sistema di tracciabilità a tutte le sacche di emocomponenti consegnate internamento al Policlinico San Martino, oltre ad attivare la tracciabilità anche per il trasporto e consegna dei campioni biologici (provette, pezzi anatomici ecc.) tra reparti e servizi ad oggi non serviti dal sistema di posta pneumatica.

## Progettualità ICT per una migliore gestione degli *asset* elettronici ed elettromedicali ed una maggiore consapevolezza informatica

**Responsabile:** Ing. Nicola Rosso Direttore UO Information, Communication Technology ICT

**Gruppo di lavoro** trasversale a livello di UO ICT ed anche rispetto alle UUOO di Staff della Direzione Sanitaria:

Ing. Eliana Brizzolara, Ing. Rita Verbicaro, Sig. Cosimo Mele, Ing. Marcello Saddemi, Ing. Simone Ottonello, Sig. Roberto Benedettini, Ing. Adriano Dessypris – ICT  
Dott. Patrizia Dapino, Dott. Sesilja Vyshka.  
Dott. Lucia Arata, Dott. Valentino Tisa.

### **Abstract**

Il progetto prevede diversi interventi eterogenei in ambito informatico e gestionale, tutti mirati alla migliore gestione degli *asset* aziendali e ad una maggiore consapevolezza informatica e del patrimonio digitale e tecnologico del Policlinico, anche in merito allo stato manutentivo, alla gestione dei guasti ed alla continuità operativa.

In sintesi sono previste attività di sostituzione, miglioramento, dei sistemi di censimento e gestione degli *asset* elettromedicali ed IT, sistemi di gestione della continuità operativa e del *disaster recovery* con rilevanti aggiornamenti tecnologici ed architetture in conformità alle linee guida nazionali (AgID, ACN, Agenas) in merito alla sicurezza informatica. Sono altresì previsti interventi di miglioramento della “consapevolezza” informatica (c.d. “*awareness*”).

### **Obiettivi**

Migliorare la gestione degli *asset* aziendali e ottenere una maggiore consapevolezza informatica e del patrimonio digitale e tecnologico del Policlinico da parte di tutto il personale. Fornire ai reparti critici (es. DEA, Laboratori, Radiologie, TrASFusionale, Farmacia, ...) strumenti idonei per la gestione della contingenza in relazione all’indisponibilità dei sistemi informatici.

### **Materiali e Metodi incluso il periodo di tempo a cui si riferisce il Report**

Nel 2022 sono state completate le attività di verifica del censimento *asset* medicali e la configurazione delle *dashboard* di controllo per il personale tecnico. È stata completata l’introduzione del nuovo sistema di gestione degli *asset* elettromedicali che consente, oltre alla apertura e gestione dei ticket, anche la verifica dello stato manutentivo dei beni e del “libro macchina” da parte del personale di reparto (tutto il personale è abilitato in relazione all’attribuzione al Centro di Responsabilità, con le credenziali di rete del Policlinico).

Nel 2022 è stato avviato, attraverso un Gruppo di Lavoro trasversale, approvato per le vie brevi dalla Direzione Sanitaria, un rilevante lavoro di revisione e completamento della documentazione a supporto della Continuità Operativa, con le correlate istruzioni operative per la gestione delle “contingenze” determinate da indisponibilità del sistema informativo: sono stati stesi documenti strutturati per le

Istruzioni Operative generali e di settore (Laboratorio Analisi, PS, Farmacia, Radiologie, ...) e relativi allegati, a seguito di numerosi incontri con le UUOO più critiche, il Rischio Clinico ed il Governo Clinico. Sono stati anche analizzati ulteriori strumenti di continuità operativa da introdurre a seguito del completamento dell'attuazione del nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (One.sys). L'obiettivo è di completare nel primo semestre 2023 tutta la documentazione necessaria a creare un "kit di sopravvivenza" cartaceo che dovrà essere distribuito nei reparti, in caso di indisponibilità del Sistema Informativo.

Sono state implementate le logiche di *Disaster Recovery* per buona parte dei sistemi informatici, tra i quali il sistema di radiologia (RIS-PACS) ed il nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (One.sys). Il sistema di Laboratorio Analisi prevede una ridondanza che verrà attuata con l'introduzione del nuovo applicativo derivante dall'adesione alla gara e strategia regionale, in sostituzione dell'attuale.

Il sistema di gestione *Help Desk* e *ticketing* integrato con il sistema gestionale del fornitore *Hospital Consulting*, per la gestione degli elettromedicali, risulta completato. Ulteriore integrazione è quella con l'applicativo "*Service Desk*" utilizzato dall'azienda Arioni per la gestione degli *asset* informatici (PC, stampanti, monitor, ecc...). L'integrazione dei sistemi di *ticketing* con i fornitori di assistenza impiantistica (Iren) ed edile (Manpro) per l'UO Attività Tecniche sarà disponibile all'avvio del nuovo sistema MainSIM, che consentirà la gestione anche di ulteriori *asset* aziendali. Tale sistema consentirà infatti la gestione di ulteriori *asset* strategici, anche in relazione alla sicurezza ed al rischio (ascensori, montalettighe, sistemi antincendio, logistica, trasporti, mobilità, ispettorato ed altri).

È stata pertanto avviata la formazione del nuovo sistema di Help Desk che verrà attivato entro febbraio 2023.

Infine gli interventi formativi web mirati alla consapevolezza ("*awareness*") sulla *cybersecurity* e le campagne di educazione alla corretta gestione del *phishing*, pianificati per il 2022, sono stati acquisiti come servizio dalla *in-house* Liguria Digitale, in base ad una indicazione cogente di Regione Liguria, emanata con DGR 792/2022. Dato il ritardo determinato dalla necessità di definire una nuova strategia di acquisizione, le "pillole" formative di "*awareness*" non ancora pubblicate sul sito FAD aziendale. È stata attivata la S.S.D. Formazione per la programmazione sul portale FAD aziendale. Nel primo trimestre 2023 potranno essere altresì avviate le prime campagne di "*phishing*" per verificare la consapevolezza informatica ed agire in modo mirato sui soggetti più "fragili" in termini di competenze digitali.

## **Risultati**

Sono state attuate le misure previste con buona soddisfazione del personale per quanto attiene il sistema di gestione delle apparecchiature elettromedicali. Il censimento delle stesse ha consentito una revisione della dotazione con un risparmio economico nella gestione ed una maggiore consapevolezza del patrimonio.

La disponibilità di sistemi di *disaster recovery* (che devono ancora essere assoggettati a verifica annuale periodica) garantisce una maggiore tutela in caso di attacchi *cyber*. Ulteriori risultati si evidenzieranno a seguito delle campagne di formazione e *phishing*.

### **Condivisione prevista dei Risultati (eventuali Convegni, articoli, poster...)**

L'esito dell'attività di definizione degli strumenti di continuità operativa dovrà prevedere apposite sessioni di divulgazione a livello aziendale.

## Azioni correttive per l'anno 2022 di competenza UO Fisica Sanitaria. Avanzamento lavori

**Responsabile:** Dott. Fabrizio Levrero Direttore UO Fisica Sanitaria

### **Gruppo di lavoro:**

Dott.ssa Maria Claudia Bagnara, UO Fisica Sanitaria

Dott.ssa Stefania Garelli, UO Fisica Sanitaria

### **Abstract**

Monitoraggio di quanto realizzato in materia, relativamente a:

1. migrazione della documentazione dei Controlli di Qualità da *Estensa* a *Fenix*
2. immissione in organico di un'unità di personale amministrativo per la segreteria
3. aggiornamento delle Istruzioni Operative che datano a più di 5 anni fa

### **Obiettivi**

Impliciti nella descrizione delle azioni.

### **Materiali e Metodi incluso il periodo di tempo a cui si riferisce il Report**

Per il primo punto utilizzo del *RIS Fenix*, frequenza dei corsi organizzati dall'U.O. ICT, interazione diretta e attraverso Help Desk con i referenti del SW; la migrazione del sistema di gestione dei Controlli di Qualità delle apparecchiature radiologiche (compresa medicina nucleare) è praticamente durata per un intero anno. Per il terzo punto: gestione documentazione tramite l'applicativo aziendale Isolabweb.

### **Risultati**

1. Sono stati formalizzati i parametri necessari a utilizzare come sistema di accettazione, refertazione e registrazione dei risultati relativi ai Controlli di Qualità delle apparecchiature radiologiche l'applicativo *Fenix* (ogni apparecchiatura è registrata sul database aziendale come paziente fittizio), assimilando tale attività a quella che viene effettuata per le prestazioni diagnostiche sui pazienti reali.

Sono stati recuperati i dati relativi ai Controlli di Qualità effettuati negli anni scorsi, dematerializzati e archiviati sul vecchio applicativo *RIS Estensa*, che alla migrazione non erano più fruibili.

Nelle giornate del 25/05/2022 e del 16/09/2022 sono stati organizzati due momenti di formazione interna dedicati rispettivamente ai Controlli di Qualità in Radioterapia e in



Diagnostica, preceduti e seguiti da numerosi momenti di confronto su argomenti specifici a gruppi più ristretti.

2. Al momento permane l'esigenza di un'unità amministrativa per la segreteria che, solo in minima parte, svolge il ruolo di segreteria dell'U.O. Fisica Sanitaria, ma costituisce la segreteria che cura, per conto del datore di lavoro, le pratiche e la documentazione relative alla radioprotezione.
3. Sono state aggiornate alcuni documenti relativi a Istruzioni operative e modulistica dedicati ai Controlli di Qualità delle apparecchiature radiologiche anche se non tutte quelle che hanno data antecedente a quella prefissata

**Condivisione prevista dei Risultati (eventuali Convegni, articoli, poster...)**

La condivisione dei risultati rimane interna al progetto C.A.R.M.In.A. dell'U.G.R.

## Area 5 CARMINA Report

### Riorganizzazione del percorso chirurgico: l'esperienza dell'Ospedale Policlinico San Martino in fase post-pandemica.

#### **Gruppo di lavoro ed UUOO coinvolte:**

##### U.U.O.O. Coinvolte:

- Direzione Sanitaria: Giovanni Orengo
- U.O. Controllo di Gestione: Francesco Copello
- U.O. Governo Clinico ed Organizzazione Ospedaliera: Alessandra Morando, Ilaria Barberis
- U.O. ICT: Nicola Rosso, Andrea Grioni
- UU.OO. Chirurgiche: Giorgio Peretti
  - U.O. Chirurgia Oncologica Ospedaliera 1
  - U.O. Ostetricia e ginecologia
  - U.O. Clinica Otorinolaringoiatrica
  - U.O. Clinica Chirurgica 1
  - U.O. Clinica Neurochirurgica e Neurotraumatologica
  - U.O. Clinica di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva
  - U.O. Clinica Chirurgica 2
  - U.O. Chirurgia Toracica
  - U.O. Chirurgia Maxillo Facciale
  - U.O. Clinica di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare
  - U.O. Clinica Urologica
  - S.S.Dip. Chirurgia dei Trapianti di Fegato
  - SS Dip. Chirurgia dei trapianti di rene
  - U.O. Clinica di Chirurgia senologica
- U.O. Anestesia e Rianimazione: Monica Centanaro, Carlotta Fontaneto, Marco Messina

#### **Abstract**

La pandemia di Sars-CoV2 ha aggravato una situazione già critica per molte realtà ospedaliere: la gestione delle liste d'attesa operatorie. La cancellazione di gran parte degli interventi programmati in elezione durante le ondate pandemiche, in particolare a partire da marzo 2020, ha portato a un allungamento dei tempi d'attesa, che ha inciso inevitabilmente su svariati aspetti logistici. In Liguria, la situazione ha reso necessaria l'introduzione di un programma regionale per la riduzione delle liste d'attesa.

La riorganizzazione del percorso chirurgico presso il Policlinico San Martino prevede, inoltre, l'introduzione di nuovi modelli di gestione della fase pre-operatoria e della fase intra-operatoria, con l'obiettivo di migliorare le tappe del processo assistenziale, dalla presa in carico del paziente alla sua dimissione.

Oggetto di revisione sono state le **liste d'attesa**, monitorate e ripulite per ogni singola U.O. Chirurgica, eliminando i pazienti inseriti con multiple iscrizioni aventi stessa diagnosi o procedura, sottoposti ad intervento nelle altre U.U.O.O. del Policlinico o presso altri enti ospedalieri, deceduti.

La nuova gestione delle **liste operatorie** introduce un modello orientato a standardizzare il percorso diagnostico-terapeutico e rendere omogenee le tempistiche di accesso al percorso di cura in base a due drivers principali: la classe di priorità e la data di inserimento in lista dei pazienti.

In particolare, per i casi oncologici è divenuta condizione necessaria per l'inserimento nelle liste operatorie l'indicazione all'intervento chirurgico da parte del DMT (*Disease Management Team*), che porta a discussione multidisciplinare il caso anticipatamente ad ogni intervento, e lo revisiona nuovamente nei mesi successivi allo stesso per un miglior monitoraggio della casistica e dei risultati oncologici e funzionali di ciascun paziente.

Ogni U.O. è tenuta a presentare la propria lista operatoria settimanalmente, entro le ore 12,00 di ogni mercoledì, completa della data di discussione del DMT (per i pazienti per cui è prevista), dei giorni stimati di degenza pre/post intervento e della potenziale candidatura del paziente a ricovero in terapia intensiva.

Un aspetto fondamentale della riorganizzazione del percorso operatorio è stato il potenziamento della **Centrale Pre-Ricovero** presso il Padiglione Monoblocco piano 1 lato Levante, diventando la sede unica delle indagini ematochimiche e strumentali e delle visite specialistiche necessarie all'idoneità all'intervento.

Relativamente all'organizzazione della fase intra-operatoria, per la **gestione delle sale operatorie** è stato condiviso un regolamento aziendale con le U.U.O.O. afferenti al Dipartimento di Chirurgia del Policlinico. In esso vengono identificate le mission delle UU.OO. e le azioni e le responsabilità delle stesse e della direzione sanitaria, tramite l'U.O. Governo Clinico ed Organizzazione Ospedaliera, supportata dalla U.O. ICT e dall'U.O. anestesia e rianimazione, per la verifica del rispetto dei requisiti richiesti e per il coordinamento delle sale. Il monitoraggio da parte della direzione sanitaria avviene con cadenza trimestrale e si focalizza su diversi aspetti: orario di apertura delle sale operatorie (orario previsto: 8,00-19,30) con conseguente valutazione sia di eventuali sforamenti, sia di periodi di inattività; rispetto della tempistica di disinfezione delle sale (20 minuti); validità di programmazione; coerenza tra tempo di intervento programmato e tempo di intervento risultante dai registri operatori; corrispondenza tra codice ICD-9 inserito in lista d'attesa e quello dell'intervento.

## Obiettivi

- Obiettivi generali:
  - Pianificazione strategica dei volumi di attività e delle tipologie di casistica da trattare da parte delle diverse unità operative eroganti (UU.OO. Chirurgiche) tenuto conto anche dei volumi soglia stabiliti a livello nazionale e regionale.
  - Redazione di una relazione semestrale da parte della Direzione sullo stato di avanzamento del nuovo modello organizzativo, degli eventuali scostamenti e delle azioni correttive.

- Definizione del tracciato record che accompagnerà ogni paziente sull'applicativo aziendale "Ormaweb".
- Revisione Liste d'attesa:
  - Proposta di un modello organizzativo per la "pulizia" delle attuali liste d'attesa delle diverse UU.OO. e per il periodico "recall" dei pazienti.
  - Supervisione del processo di "pulizia" del nuovo modello organizzativo da parte della U.O. Governo Clinico ed Organizzazione Ospedaliera e della U.O. ICT.
  - Attivazione delle procedure per la gestione informatizzata del Registro Unico di Prenotazione e per la generazione della lista tramite applicativo aziendale One.Sys.
  - Elaborazione di un'Istruzione Operativa Aziendale per la corretta alimentazione, gestione e manutenzione della lista di attesa chirurgica unica.
  - Definizione degli algoritmi per la gestione della lista di attesa.
  - Monitoraggio annuale delle liste di attesa con adempimento del debito informativo verso Regione Liguria.
- Attivazione Centrale pre-ricovero:
  - Definizione di un percorso che permetta al paziente di accedere alle indagini ematochimiche e strumentali ed alle visite pre-operatorie nell'arco della stessa giornata e all'interno della stessa sede.
- Obiettivi del nuovo modello di gestione delle liste operatorie:
  - Definizione di una Istruzione Operativa per la creazione settimanale delle liste operatorie (LL.OO.)
  - Definizione dell'algoritmo per la creazione delle liste operatorie.
  - Definizione del modello di gestione della pianificazione dell'accesso al pre-ricovero centralizzato in relazione alle classi di priorità della lista di attesa ed all'attività operatoria
- Obiettivi del nuovo modello di gestione delle sale operatorie:
  - Governo della pianificazione delle Sale Operatorie da parte della Direzione Sanitaria e dell'U.O. Governo Clinico
  - Redazione di un regolamento delle SS.OO. con indicatori per il monitoraggio della compliance dei professionisti alle regole di gestione delle SS.OO.

## **Materiali e Metodi**

- Revisione delle Liste d'attesa:

Attività svolte da parte del personale medico di ogni singola U.O. chirurgica:

- Aggiornamento e verifica della lista d'attesa in base alla data di inserimento e classe di priorità (da Novembre 2021).
- Eliminazione dalle liste d'attesa, previa verifica della corretta esclusione, dei pazienti che risultano: inseriti con multiple iscrizioni alla lista d'attesa con stessa diagnosi o

procedura, deceduti (decesso registrato sull'anagrafe regionale), sottoposti alla stessa procedura nelle altre U.U.O.O. del Policlinico (verificato sulla SDO prodotta dal Policlinico) o presso altro ente ospedaliero.

- Eliminazione dalle liste di attesa dei pazienti non più idonei all'intervento chirurgico o non più disponibili a sottoporsi allo stesso (da Aprile 2022).
- Utilizzo dell'applicativo aziendale Ormaweb come unica fonte per la gestione delle liste d'attesa (da Ottobre 2021), con migrazione dei dati su nuovo applicativo aziendale One.Sys
- Identificazione dei pazienti da sottoporre ad indagini pre-operatorie e segnalazione con cadenza settimanale degli stessi tramite mail dedicata alla centrale pre-ricovero (da Novembre 2021).
- Identificazione del referente per la gestione delle liste di attesa

Attività svolte dalla Direzione Sanitaria/ U.O. Governo Clinico ed Organizzazione Ospedaliera con il supporto dell'U.O. ICT/U.O. Controllo di Gestione:

- Monitoraggio delle liste d'attesa effettuando, con cadenza trimestrale, una revisione della corretta compilazione dei registri informatizzati ed il rispetto dei tempi d'attesa, tramite apposita Check List (da Ottobre 2021)
- Segnalazione dei pazienti presenti in lista d'attesa su applicativo aziendale Trackcare ad ogni U.O. chirurgica per eventuale inserimento su lista d'attesa di Ormaweb/One.Sys
- Adesione al progetto di ricerca «Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa per i ricoveri chirurgici programmati», promosso da Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ministero della Salute.

- Attivazione Centrale pre-ricovero:

Attività svolte dal personale medico di ogni singola U.O. chirurgica:

- Invio con cadenza settimanale dei nominativi dei pazienti candidati a chirurgia per effettuare indagini propedeutiche al rilascio dell'idoneità all'intervento

- Introduzione di un nuovo modello di gestione delle liste operatorie:

Attività svolte dal personale medico di ogni singola U.O. chirurgica:

- Identificazione dei pazienti da inserire in lista operatoria in base alla lista d'attesa, considerando classe di priorità, data di inserimento in lista e idoneità all'intervento.
- Discussione di ogni caso oncologico in DMT prima dell'intervento (compilando l'apposito modulo), garantendo ad ogni paziente l'esecuzione di un corretto PDTA, dalla diagnosi alla stadiazione clinica (cTNM) pre-operatoria e post-operatoria (pTNM) in base al risultato dell'esame istologico. La discussione in DMT e l'indicazione dello stesso ad intervento chirurgico diventa condizione necessaria per l'inserimento nelle liste operatorie.
- Rivalutazione in DMT di ogni caso oncologico sottoposto ad intervento nei mesi successivi per un miglior monitoraggio della casistica e dei risultati oncologici e funzionali di ciascun paziente.

- Presentazione settimanale della lista operatoria, e inserimento su applicativo aziendale Ormaweb, entro le ore 12,00 di ogni mercoledì, completa della data di discussione del DMT (per i pazienti per cui è prevista).
- Inserimento del numero dei giorni di degenza Pre e Post Intervento previsti nell'apposita finestra dell'applicativo Ormaweb.
- Inserimento del dato di possibile candidatura al ricovero in Terapia Intensiva nel campo "Note" sull'applicativo aziendale Ormaweb

Attività svolte dalla della Direzione Sanitaria/ U.O. Governo Clinico ed Organizzazione Ospedaliera con il supporto dell'U.O. Anestesia e Rianimazione:

- Verifica tempestiva della correttezza e completezza della compilazione della lista operatoria settimanale, comunicando eventuali inadempienze.
- Esclusione dalla lista operatoria dei casi oncologici che non sono stati discussi in DMT e richiesta chiarimenti ai Direttori delle UU.OO. chirurgiche in merito alla mancata discussione o al non rispetto delle mission aziendali.
- Riprogrammazione di eventuali sedute vacanti o non correttamente pianificate per la settimana successiva a quella di presentazione delle liste operatorie

- Introduzione di un nuovo modello di gestione delle sale operatorie:

Attività svolte dal personale medico di ogni singola U.O. chirurgica:

- Compilazione puntuale dell'orario dell'attività chirurgica delle sedute giornaliere.
- Compilazione puntuale dei campi relativi ai tempi chirurgici sull'applicativo Ormaweb.

Attività svolte dalla Direzione Sanitaria/ U.O. Governo Clinico ed Organizzazione Ospedaliera con il supporto dell'U.O. ICT/U.O. Controllo di Gestione:

- Monitoraggio degli orari di attività chirurgica delle sedute operatorie giornaliere, ponendo l'attenzione sugli eventuali sforamenti rispetto all'orario previsto ed ai periodi di inattività. –
- Verifica della coerenza tra il tempo di intervento programmato e quello effettivamente indicato nei registri operatori.
- Monitoraggio con cadenza semestrale dei tempi effettivi di attesa dell'intervento e confronto con la classe di priorità assegnata in fase di inserimento in lista d'attesa.
- Monitoraggio degli interventi effettuati, in base al codice ICD-9 inserito nella lista operatoria e sul modulo di discussione in DMT e gli interventi riportati sulle SDO.
- Inserimento dei tempi di sanificazione delle sale operatorie (20 minuti) sull'applicativo Ormaweb.

## Risultati

I risultati della riorganizzazione descritta sono in fase di valutazione.

- Revisione delle Liste d'attesa:

Con il passaggio al nuovo applicativo One.Sys per l'utilizzo della cartella elettronica va a cessare l'uso di Trackcare per la gestione delle liste d'attesa, come da Nota Protocollo Generale 56559/22 del

03/11/2022 «Invio nominativi presenti in Lista d’Attesa su Trackcare per eventuale inserimento su nuovo applicativo aziendale One.Sys», redatta da U.O. Governo Clinico ed Organizzazione Ospedaliera e U.O. ICT.

- Diffusione a tutte le UU.OO. chirurgiche della Nota Protocollo Generale 15421/22 del 22/03/2022 «Aggiornamento e pulizia liste di attesa».
- Definizione delle seguenti Istruzioni operative aziendali disponibili sul portale Isolabweb:
  - **IOAZHSI\_0073** «Pulizia delle liste di attesa chirurgiche» - disponibile dal 29/03/2022
  - **IOAZHOR\_0020** «Controllo liste d’attesa gestite su supporto informatico» - disponibile dal 05/04/2022

L’identificazione del referente per la gestione delle liste di attesa per ogni UU.OO. Chirurgica è stata richiesta tramite Nota Protocollo Generale 54623/22 del 22/10/2022 **«Gestione liste di attesa nella transizione verso nuovo applicativo aziendale One.Sys»**

Nel prossimo futuro la Direzione Sanitaria, con il supporto di UO. Governo Clinico ed Organizzazione Ospedaliera, U.O. ICT e U.O. Controllo di Gestione prevede l’applicazione di un nuovo modello organizzativo delle Liste di Attesa chirurgiche, che saranno predisposte per patologia e tipologia d’intervento, indipendentemente dalla U.O. di appartenenza del chirurgo presentante il paziente.

- Attivazione Centrale pre-ricovero:

A novembre 2022 la Centrale Pre-ricovero è impegnata nella preparazione dei pazienti candidabili ad intervento chirurgico di tutte le UU.OO. del Policlinico, ad eccezione della U.O. Ortopedia e Traumatologia d’urgenza e UU.OO. Oculistiche.

Nella tabella di seguito riportata il dettaglio dei pazienti stadiati per cui è stata rilasciata idoneità ad intervento chirurgico nel periodo Novembre 2021 – Ottobre 2022 dalla Centrale di Pre-ricovero:



UNITA' OPERATIVA /S.S.D.	NUMERO PAZIENTI
U.O. CHIRURGIA OSP. 1	783
U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	728
U.O. CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA	594
U.O. CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	509
U.O. CLINICA CHIRURGICA 1	386
U.O. CLINICA NEUROCHIRURGICA E NEUROTRAUMATOLOGICA	326
U.O. CLINICA DI CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	241
U.O. CLINICA CHIRURGICA 2	184
S.S.DIP. CHIRURGIA GENERALE AD INDIRIZZO FUNZIONALE	171
U.O. CHIRURGIA TORACICA	161
DAY SURGERY PAD. IST	149
U.O. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	131
U.O. CLINICA DI CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLA	91
WEEK SURGERY - PAD. IST	90
U.O. CLINICA UROLOGICA	55
CASA DI SALUTE	49
U.O. NEURORADIOLOGIA	10
U.O. CLIN.GASTROENTEROLOGICA	6
S.S.DIP. CHIRURGIA DEI TRAPIANTI DI FEGATO	3
<b>Totale complessivo</b>	<b>4.667</b>

- Introduzione di un nuovo modello di gestione delle liste operatorie:

A livello aziendale è stato predisposto un “MODULO PROPOSTA DISCUSSIONE CASO DMT GI”: da compilare da parte del medico proponente per ogni caso oncologico ed allegare al verbale della seduta di discussione multidisciplinare DMT Upper GI, Lower GI ed EBP.

Tale modulo è pubblicato e disponibile su Portale Isolaweb come MODAZHQA\_0100DMT.

### **Condivisione prevista dei Risultati**

I Risultati del seguente progetto saranno presentati tramite poster a Convegni Nazionali di settore.

## Misurazione delle Cadute – Analisi dati anno 2021

### **Gruppo di lavoro:**

Dott. G. Orenco, Direttore f.f. UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Dott.ssa S. Morganti, Vice Direttore UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Dott.ssa P. Dapino, UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Dott.ssa N. Gaitan Diaz, UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Il fenomeno “cadute” è oggetto di costante monitoraggio all’interno del Policlinico. Si monitora la situazione, si raccolgono i dati che sono analizzati. Il report redatto ogni anno costituisce lo strumento indispensabile sia per la valutazione delle azioni di miglioramento intraprese nell’anno precedente, sia per definire le nuove azioni, volte a contenere la quota di cadute prevedibili, che la letteratura scientifica stima intorno al 78%.

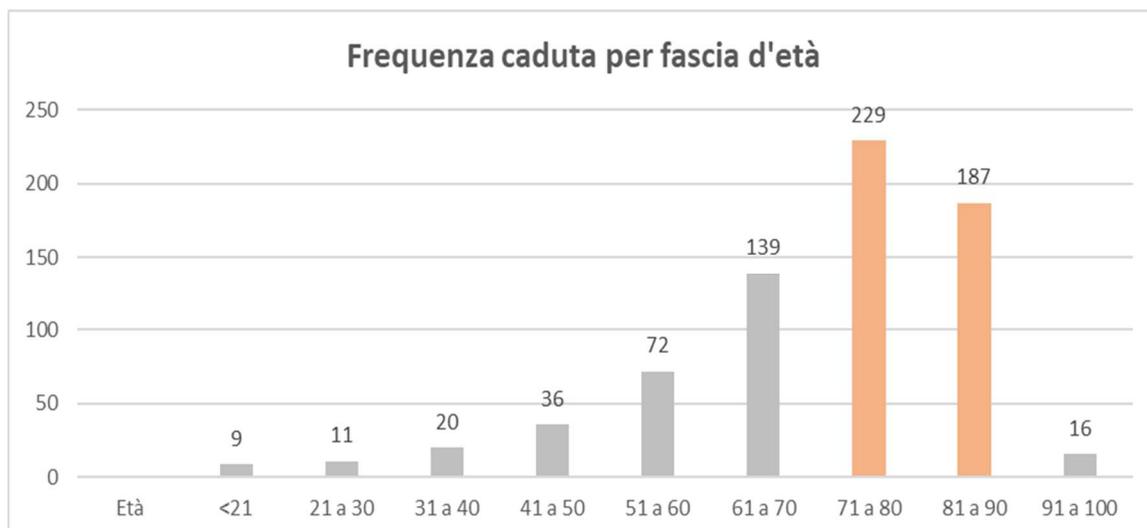
### **Analisi dati 2021**

I dati si riferiscono al periodo dal 1 Gennaio 2021 al 31 Dicembre 2021 in cui le cadute segnalate nel Policlinico, sono state 739.

Nel 2020 sono state segnalate 723 cadute e nel 2019 sono state segnalate 682 cadute

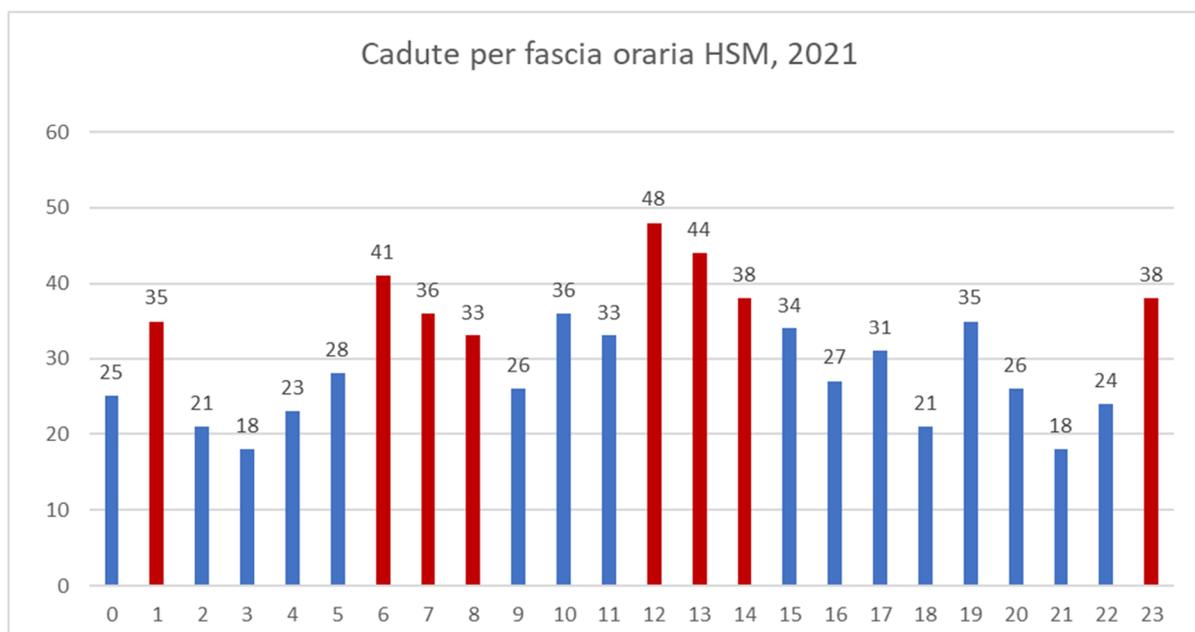
### **Età**

L’età media della popolazione complessiva esaminata è di 71,3 anni con una mediana a 73,7, valori sovrapponibili a quelli dell’anno precedente. L’andamento delle cadute per fascia di età risulta simile a quello dell’anno precedente. Le fasce di età nelle quali si riscontra la maggior frequenza di cadute sono quelle comprese tra 71-80 anni e 81-90 anni.



### **Descrizione e Distribuzione delle cadute per fascia oraria**

La maggior parte delle cadute si sono verificate tra le ore 12 e 14 seguendo la tendenza del biennio precedente. Questo costituisce un elemento di differenza rispetto al 2018, in cui si erano verificate un maggior numero di cadute tra le ore 4 e le ore 9. Il dato risulta in contrasto con la letteratura scientifica, secondo la quale la maggior parte delle cadute in ambiente ospedaliero si verifica durante la notte.



### **Fascia oraria 12-15**

Le 130 cadute avvenute in questa fascia oraria si sono verificate mentre il paziente

Era in camera: 69.2%; spazi comuni: 14.6%; servizi igienici: 10.8%

Si trasferiva da o verso sedia/carrozzina: 28.7; scendeva dal /saliva nel letto: 20.8%, camminava:16.1%; usava WC: 10%

Scivolati: 43.7%; accasciati: 27.7%; inciampati:14.; non determinate; 14.6%

Farmaci in corso e/o presenza di deficit: 90%, condizioni ignote o stati di malattia con funzionalità compromessa: 10%

Deficit dell'andatura/movimento/cognitivi: 79.4%; altri deficit o non determinato: 21.6%

### Fascia oraria 6-8

Le 110 cadute avvenute in questa fascia oraria si sono verificate mentre il paziente

Era in camera: 70%; servizi igienici: 18.2%; spazi comuni: 9%;

Si trasferiva da o verso sedia/carrozzina: 10%; scendeva dal /saliva nel letto: 34.7%, camminava:17.4%; usava WC: 20.2%

Scivolati: 38.5; accasciati: 29.4%; inciampati:10.9%; non determinato; 22%

Farmaci in corso e/o presenza di deficit: 87.3%

Deficit dell'andatura/movimento/cognitivi: 72%

### Fascia oraria 23-1

Le 98 cadute avvenute in questa fascia oraria si sono verificate mentre il paziente

Era in camera: 81.6%; servizi igienici: 5.81 spazi comuni: 5.1%;

Scendeva/saliva del letto 39.8%; usava wc: 15%; camminava: 16.3%; non determinabile: 10.2%; si trasferiva da o verso sedia/carrozzina: 10.2%

Scivolati: 50%; accasciati: 19.39%; inciampati:9.2; non determinate; 14.6%.

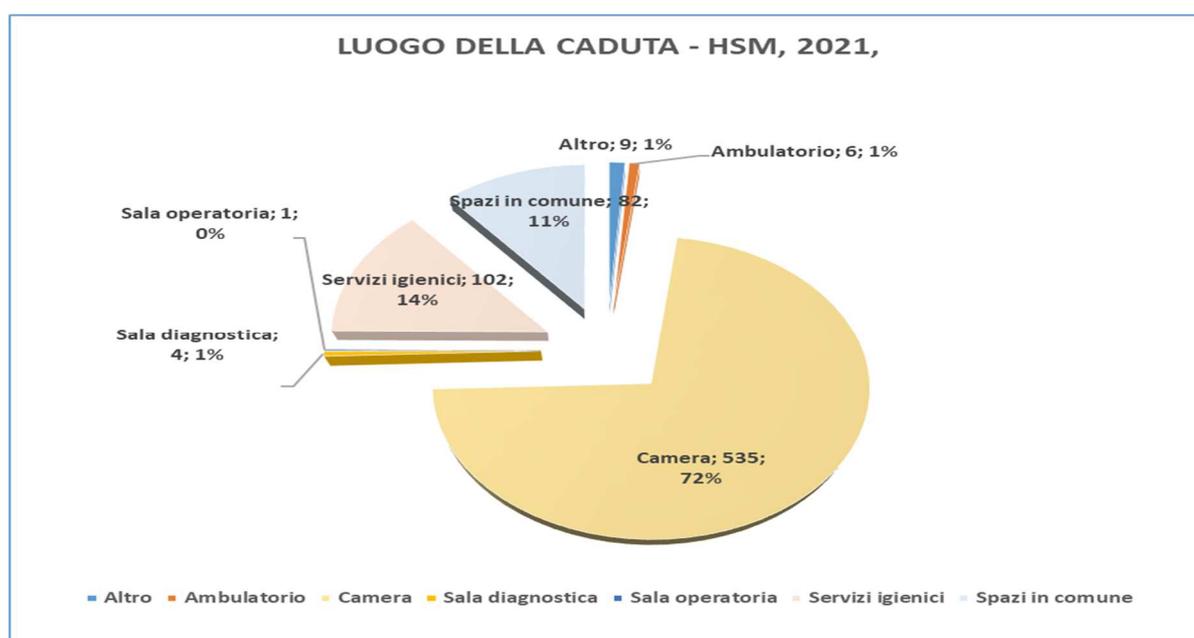
Farmaci in corso e/o presenza di deficit: 100%

Deficit dell'andatura/movimento/cognitivi: 67.9 %; non specificati: 32.1%

In queste tre fasce orarie dove l'evento è più frequente, si osserva che più del 69% delle cadute sono in camera, oltre l'87% dei pazienti hanno farmaci in corso o presentano un deficit, più del 68% hanno deficit cognitivi e/o dell'andatura/movimento.

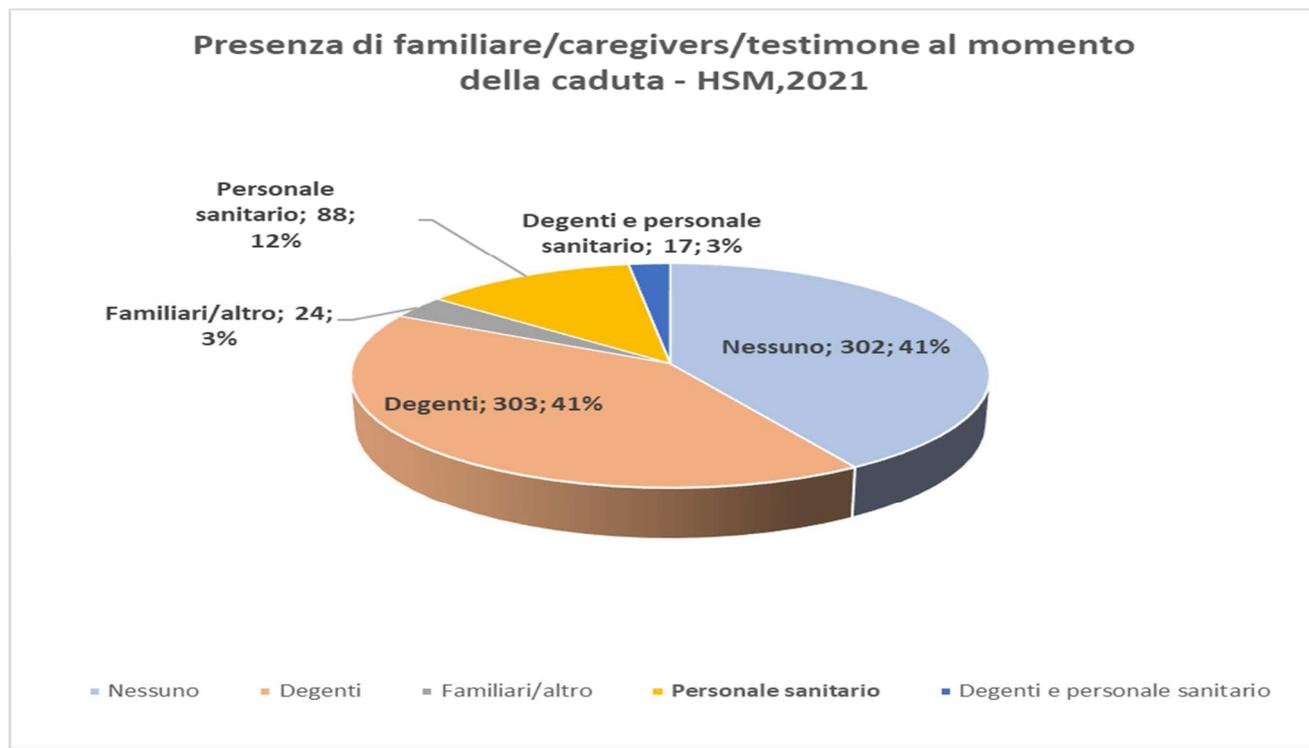
### Luogo dell'evento

La maggior parte delle cadute si sono verificate in camera (535; 72%), in bagno (102; 14%) e negli spazi comuni (82; 11%), in accordo con quanto riportato in letteratura e leggermente modificato riguardo alle cadute riportate durante gli anni 2019/2020.



### Familiari, caregivers

Il dato relativo alla presenza o meno dei *caregivers* al momento della caduta rimane sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente. Nel 2021, così come nel 2020, l'accesso dei familiari ai reparti è stato limitato per contenere la diffusione del virus Sars-Cov-2.

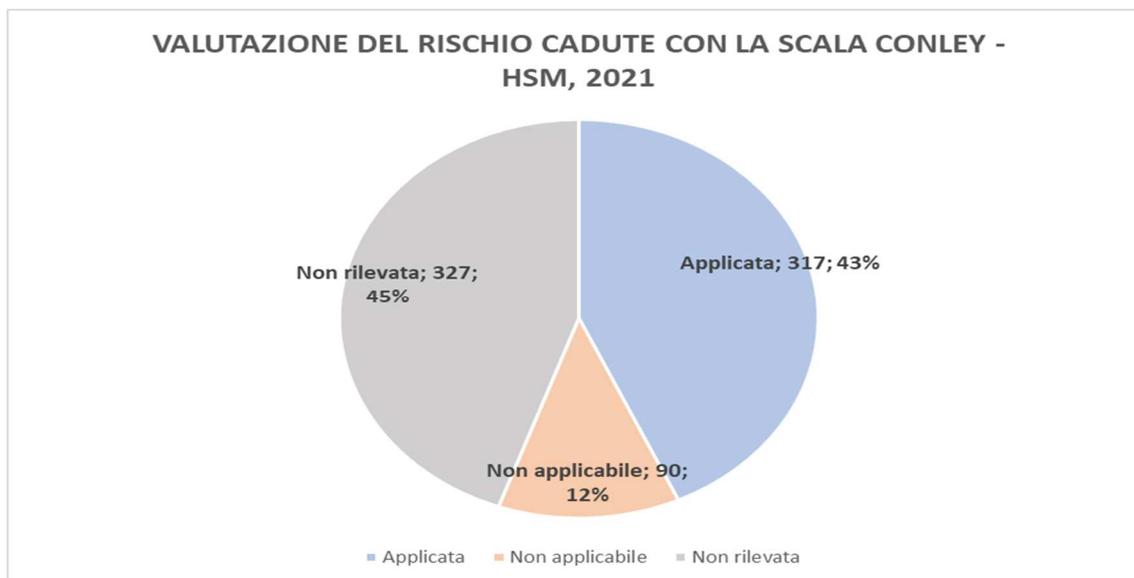


### Prevedibilità del rischio cadute e precedenti cadute nel ricovero.

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

Dall'analisi delle schede è emerso che nel 43.3% degli eventi caduta era stata applicata una scala di valutazione del rischio di cadute che, nel nostro Istituto, è generalmente rappresentata dalla scala di *Conley*. La percentuale totale di cadute in cui il rischio non è stato valutato attraverso la scala *Conley* è superiore ai casi in cui è stata applicata (57% vs 43%).

Comparando i dati con l'anno precedente, si evidenzia un aumento del 4% nella compilazione (39% nel biennio 2019-2020) in linea con i dati precedenti.



Valori  $\geq 2$  risultanti dall'applicazione della Scala di *Conley* indicano un aumentato rischio di caduta e dovrebbero determinare l'adozione di misure preventive specifiche da parte del personale sanitario. Della popolazione di pazienti ai quali era stata applicata la scala una valutazione di rischio cadute (317 pazienti), 149 (47%) avevano un rischio  $\geq 2$ .

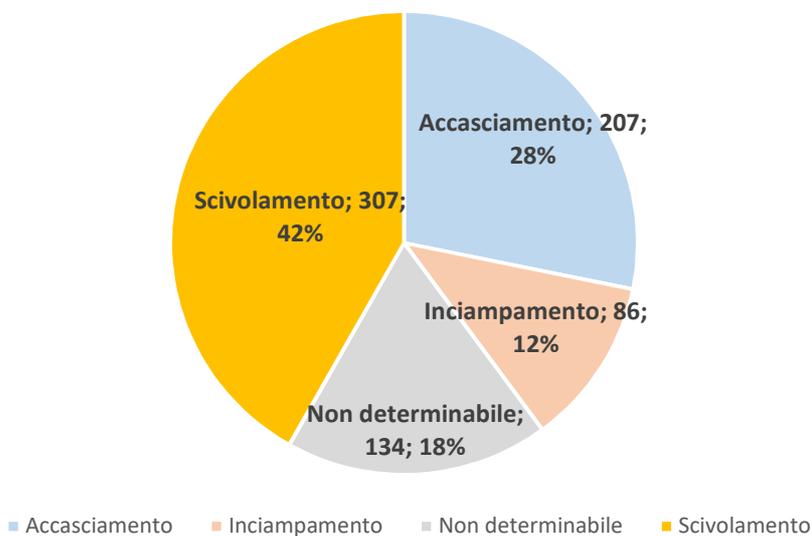
Inoltre, il 10.2% (75 pazienti) presentavano almeno una caduta avvenuta nel ricovero precedentemente alla caduta oggetto della segnalazione. Per il biennio 2019-2020 corrispondeva al 14,6% dei pazienti. Questo dato, unitamente alla valutazione delle scale di misurazione del rischio di caduta, rende ragione dell'oggettiva prevedibilità dell'evento registrato.

### **Modalità della caduta**

Lo scivolamento rappresenta la modalità più frequente con cui sono avvenute le cadute, in linea con quanto avvenuto dal 2017 in poi.

Si conferma la necessità di una più attenta informazione ai pazienti relativamente alle calzature da indossare durante la degenza, nonché alle prescrizioni necessarie durante il lavaggio dei pavimenti da parte della ditta delle pulizie.

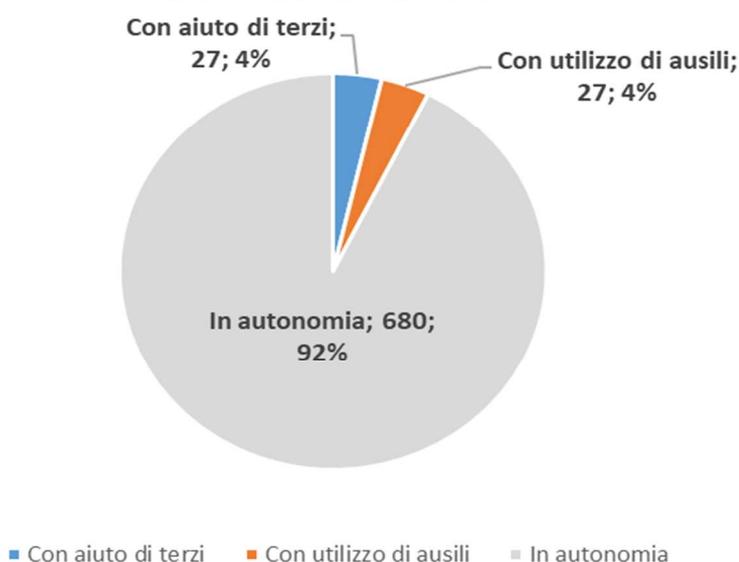
### MODALITA' DI CADUTA -HSM-2021



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

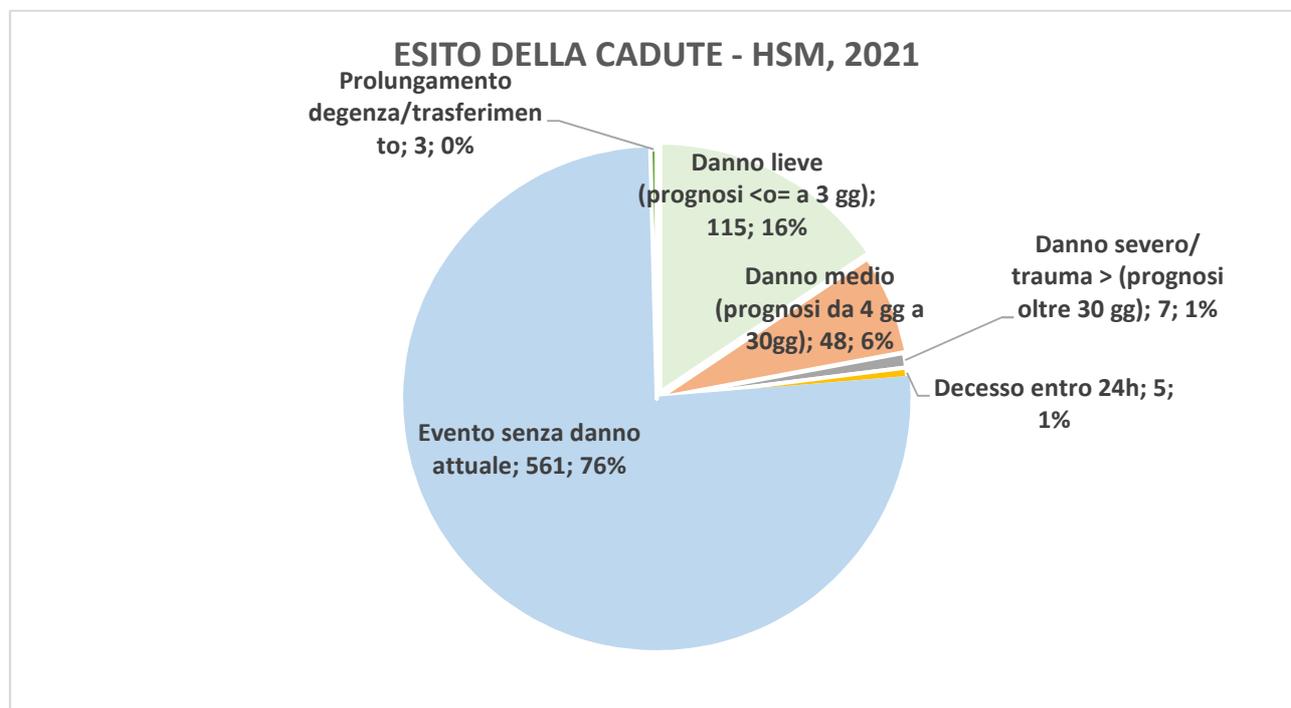
### Modalità di movimento del paziente prima della caduta

### MODALITA' DEL MOVIMENTO DEL PAZIENTE PRIMA DELLA CADUTA - HSM 2021



### **Effetti della caduta: esito**

La maggior parte (76%) delle cadute registrate non ha presentato alcuna conseguenza. Nel restante 24% la I danni verificatesi sono di entità lieve con prognosi inferiore/uguale a 3 giorni (16%) o medio fino a 30 giorni di prognosi (5%). Risultati in linea con l'andamento del biennio.



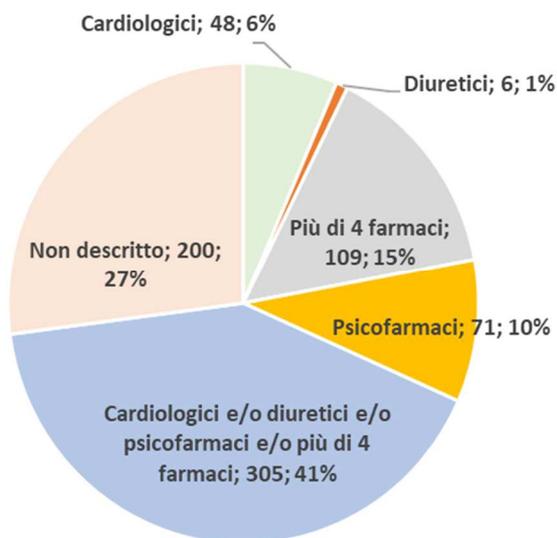
La prestazione di gran lunga più richiesta a seguito di caduta è la radiografia (99.9%) mentre le consulenze e le visite di Pronto Soccorso risultano marginali (0.1%).

### **Fattori legati alla terapia in atto**

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

Nel 2021, nel 73% (539) dei pazienti caduti è stata descritta una terapia con tipologia di farmaci noti come fattore di rischio. Il 41% (305) dei pazienti caduti assumeva farmaci cardiologici e/o diuretici e/o psicofarmaci e/o più di 4 farmaci.

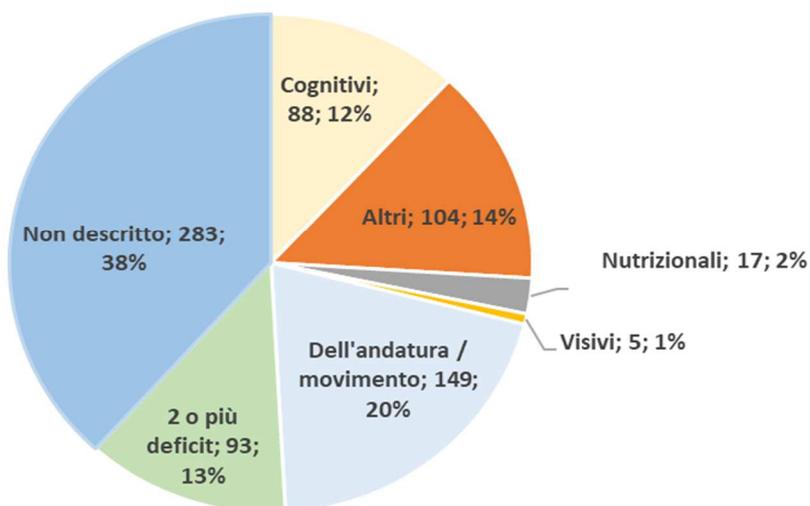
### FARMACI ASSUNTI DAI PAZIENTI CADUTI - HSM, 2021



### Fattori legati ai deficit dei pazienti

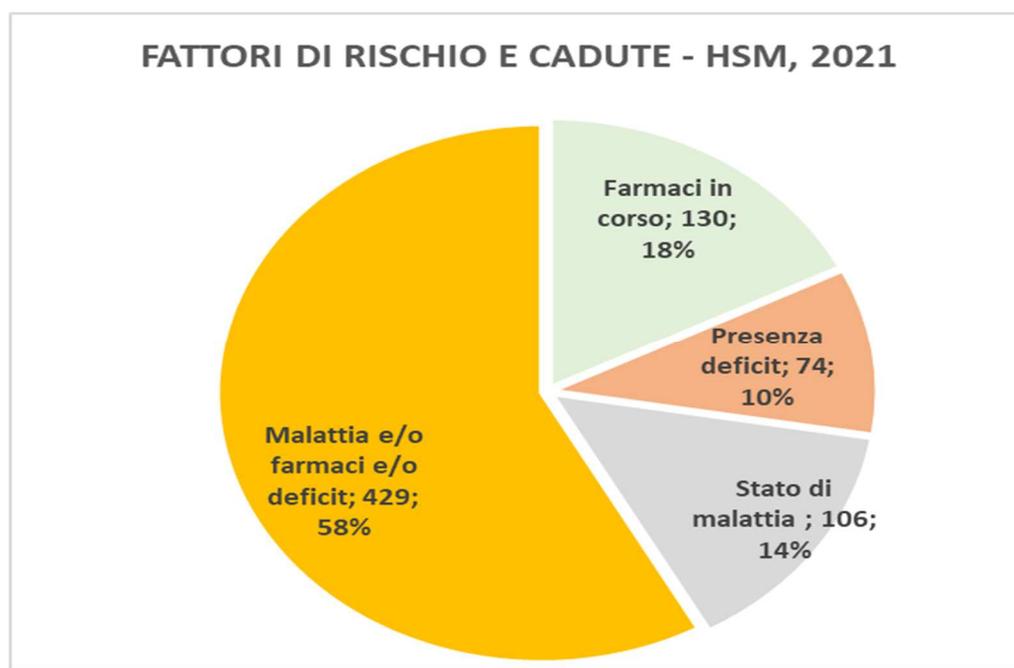
Nel grafico successivo sono illustrati pazienti caduti in relazione a diversi tipi di deficit. Il 62% dei pazienti caduti non presentava alcun tipo di deficit, il più frequente riscontrato fa riferimento all'andatura/movimento (20%).

### DEFICIT E CADUTE -HSM, 2021



### **Fattori legati alle condizioni del paziente**

Nel grafico successiva sono illustrati i principali fattori di rischio legati alle cadute. Si osserva come la concomitanza di due o più fattori di rischio come lo stato malattia con compromissione delle funzioni (anemia, incontinenza) e/o la presenza di farmaci e/o di deficit rappresenta la situazione con maggiore numero di caduti, raggiungendo un 58% di tutti casi. La Raccomandazione Ministeriale in materia di cadute sottolinea la necessità di una particolare vigilanza nei pazienti che presentano i fattori di rischio citati.



### **Differenze di genere**

Ci sono differenze biologiche, socioeconomici e culturali definite dal genere nell'evento cadute durante il ricovero in ospedale?

La letteratura segnala come fattore di rischio l'appartenenza al sesso femminile (Lord SR, March LM, Cameron ID, Cumming RG, Schwarz J, Zochling J, et al. Differing risk factors for falls in nursing home and intermediate-care residents who can and cannot stand unaided. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(11):1645-50. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2003.51518.x;Reyes-Ortiz CA, Al Snih S, Loera J, Ray LA, Markides K. Risk factors for falling in older Mexican Americans. *Ethn Dis.* 2004;14(3):417-22; <https://www.epicentro.iss.it/incidenti-domestici/rischi-cadute-anziani#frequenza>).

In HSM il rapporto è di 1.5 di uomini per 1 donna caduta. L'elemento più rilevante in cui differiscono i due generi, è che tra le donne si rileva una maggiore frequenza di fratture a seguito della caduta ed un prolungamento della degenza; altresì tra gli uomini che cadono, si rileva una maggiore frequenza di esito fatale. Inoltre l'assunzione di psicofarmaci è inferiore negli uomini, i quali però tendono a presentare più di un deficit riguardo alle donne.

Per gli uomini i rischi si concentrano nelle seguenti situazioni:

stare in camera da letto e stare da solo o con la presenza di altri degenti, in particolare, facendo movimenti in autonomia per scendere o salire dal letto o mobilizzarsi verso o dalla

sedia/carrozzina/poltrona. Questi pazienti spesso hanno deficit cognitivi e/o del movimento e molteplici terapie in atto.

Sarebbe interessante approfondire se sussistano fattori socioculturali correlati al genere, tali da condizionare la richiesta di aiuto rivolta al personale sanitario, per realizzare gli spostamenti.

I risultati invitano a sensibilizzare maggiormente i pazienti, in particolare di genere maschile, sui rischi di caduta legate al ricovero e sull'utilità della richiesta di aiuto al personale sanitario per ridurre o almeno contenere il rischio di caduta.

### **Conclusioni**

Il fenomeno caduta nel Policlinico San Martino, contrariamente alla letteratura, risulta più frequente negli uomini.

**L'età media della popolazione** complessiva esaminata è di 71,3 anni con una mediana a 73,7, valori sovrapponibili a quelli dell'anno precedente. L'andamento delle cadute per fascia di età risulta simile a quello dell'anno precedente.

**Le fasce di età** nelle quali si riscontra la maggior frequenza di cadute sono quelle comprese tra 71-80 anni e 81-90 anni, in linea con il biennio 2019-2020.

**La fascia oraria** in cui si è registrato il maggior numero di cadute è compresa **tra le ore 12 e le 14**, questo costituisce una novità riguardo al biennio precedente era dalle 9 alle 12 e rispetto al 2018, in cui si erano verificate un maggior numero di cadute tra le ore 4 e le ore 9. Il dato risulta in contrasto con la letteratura scientifica, secondo la quale la maggior parte delle cadute in ambiente ospedaliero si verifica durante la notte.

Dall'analisi delle schede è emerso che nel 43% degli eventi caduta era stata applicata una **scala di valutazione del rischio di cadute** che, nel nostro Istituto, è generalmente rappresentata dalla scala di *Conley*. Comparando i dati con l'anno precedente, si evidenzia un lieve aumento dell'applicazione delle scale di valutazione del Rischio Cadute (39% nel biennio 2019-2020).

Inoltre, il 10% dei pazienti caduti presentavano almeno una caduta precedente allo stesso ricovero, confermando quanto riportato in letteratura di ovvero che una caduta costituisca un fattore di rischio ulteriore (nel biennio 2019-2020 era il 14,6%).

Si ritiene che siano utili i comportamenti di seguito citati:

- Fornire una più attenta informazione ai pazienti relativamente alle calzature da indossare durante la degenza,
- Esporre chiare indicazioni durante il lavaggio dei pavimenti da parte della ditta delle pulizie,
- Attuare maggiore sensibilizzazione sull'aumento rischio cadute cui va incontro il paziente ricoverato in degenza (multiterapia, particolari farmaci, ambienti sconosciuti, ecc)
- Favorire il contributo che lo stesso paziente può dare per evitare le cadute richiedendo l'aiuto del personale (nel 92% eseguiva attività in autonomia, il 82,4% quando il paziente è da solo o con altri degenti, il 72% avviene in camera, il 43,8% cade mentre scende o sale del letto o della sedia/carrozzina, il 41,4% scivola).

### **Azioni di Miglioramento**

Nel biennio 2019-2020, si è avviato un progetto, di divulgazione della cultura di gestione del rischio clinico, finalizzato a sensibilizzare le professioni sanitarie, attraverso *check list* di autovalutazione (sintesi formulata in base ad analogo documento Age.na.s.) che favoriscano una maggiore



consapevolezza sia delle indicazioni cogenti, sia della effettiva aderenza o non aderenza a quanto previsto dalla Raccomandazione Ministero della Salute N.13 “Prevenzione e gestione della caduta dei pazienti nelle strutture sanitarie”.

Inoltre il progetto continua ad identificare il grado di consapevolezza dei pazienti attraverso brevi interviste standardizzate.

Il progetto prevedeva una misurazione *baseline* rappresentata dagli eventi caduta ed un successivo monitoraggio, ma dato il cambiamento previsto del sistema informatico da *Trackcare* a *Onesys*, tale monitoraggio, verrà posticipato. E' in distribuzione la “Brochure Prevenzione Cadute per l'utenza” e sono disponibili per l'affissione il “Cartello Prevenzione Cadute” come parte delle campagne preventive del fenomeno all'interno dei reparti.

## Sensibilizzazione riguardo la prevenzione del fenomeno Cadute

### **Gruppo di lavoro:**

Dott. G. Orenco, Direttore f.f. UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP  
Dott.ssa S. Morganti, Vice Direttore UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP  
Dott. B. Cavaliere, Direttore UO Direzione Professioni Sanitarie  
Dott. D. Ulivieri, UO Direzione Professioni Sanitarie  
Dott.ssa N. Gaitan Diaz, UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP  
Dott.ssa S. Sanfilippo, UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP  
Dott.ssa A. Filanti, UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP  
Nicolò Caruso Studente Laureando Corso Laurea Triennale Infermieristica - Università degli Studi di Genova (a.a. 2021-22)

**Abstract.** La ricerca di soluzioni sempre più adeguate a prevenire il rischio di cadute dei pazienti nel Policlinico, oltre a quanto esposto nel report 2021, ovvero utilizzo di letti ad altezza variabile, prove di utilizzo di letti dotati di caratteristiche specifiche per prevenire il rischio cadute, è stata integrata dall'attività di sensibilizzazione condotta dalla UO Gestione Rischio Clinico Qualità Accreditamento e URP e dalla UO Direzione delle Professioni Sanitarie, presso le Unità Operative.

**Obiettivi.** Gli obiettivi dell'attività svolta sono i seguenti:

- Identificare le criticità delle unità operative con elevata prevalenza di cadute dei pazienti riguardo alla «Raccomandazione ministeriale N. 13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie» attraverso la compilazione di apposite check list.
- Sensibilizzare il personale sanitario riguardo alla raccomandazione ministeriale N. 13

**Metodi:** rivalutazione del processo a 2 anni della implementazione delle azioni di miglioramento introdotte nel Policlinico e dell'attuazione del Corso FAD della gestione della rischiosità "Corso Base Gestione Rischio Clinico".

Sono state applicate le 3 check list:

-Una check list è stata distribuita al personale assistenziale (infermieri, fisioterapisti, OSS), con domande riguardanti le conoscenze, attitudini e pratiche riguardo la raccomandazione N. 13, la modulistica utilizzata ed i comportamenti del personale.

-Una check list è stata distribuita alle Coordinatrici/ Coordinatori Infermieristici del Reparto per identificare le criticità riguardo la prevenzione e gestione delle cadute e le evidenze documentali desumibili dalla cartella clinica

-Una check list è stata distribuita ai pazienti per identificare quale fosse la percezione dei rischi correlati alle cadute in ospedale, descritti nella raccomandazione N. 13

## Risultati

### CHECK LIST DISTRIBUITA AL PERSONALE DEDICATO ALL'ASSISTENZA

Nel 2020 sono state valutate 201 check list compilate dal personale assistenziale di 13 reparti. Nel 2022 sono state valutate 104 check list compilate dal personale assistenziale di 10 reparti. Il profilo professionale del personale assistenziale partecipante è rappresentato nel Grafico 1.

**Grafico 1. Personale sanitario assistenziale partecipante al progetto**

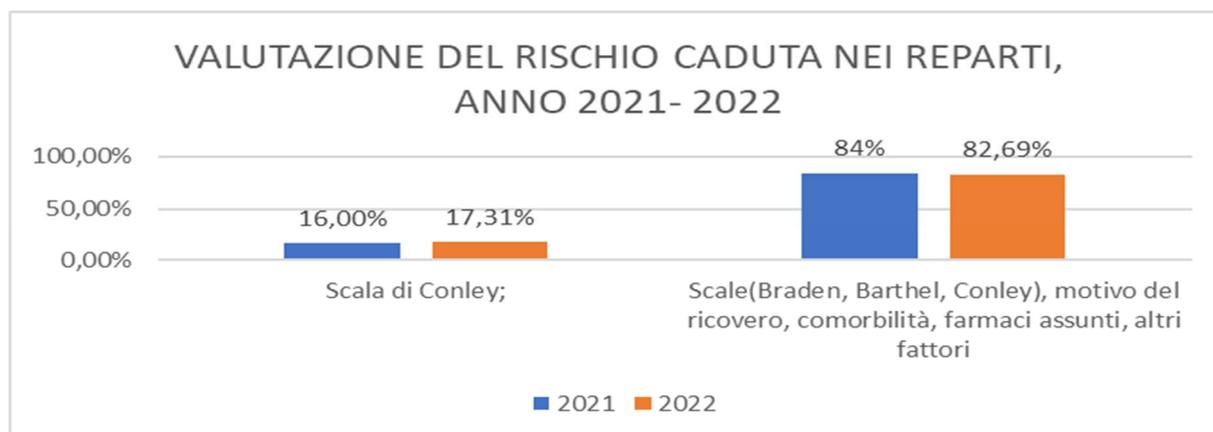


Di seguito il risultato dell'elaborazione delle risposte ai quesiti della check list:

**Quesito:** Per individuare il profilo di rischio caduta nel paziente di solito tieni conto di:

Circa il 83% dei partecipanti risponde correttamente, come il rischio caduta sia rappresentato da numerosi fattori. Il 17% considera come elemento principale la scala di *Conley* (scala utilizzata nell'ospedale per identificare il rischio caduta) (vedere Grafico 2). Non ci sono differenze significative tra il 2021 e 2022 (vedere Grafico 2).

**Grafico 2. Aspetti da considerare per l'individuazione del rischio caduta**



**Quesito:** Esiste un'insegna o indicazione per segnalare agli operatori sanitari ed ai familiari che un paziente presenta un ALTO RISCHIO di caduta?

L' 80% risponde NO. Non ci sono differenze nei due anni a confronto (2021 e 2022).

**Grafico 3. Presenza di un'insegna /alert per segnalare il rischio caduta**



**Quesito:** Quando viene eseguita la misurazione del rischio di caduta?

Come si osserva nel grafico 4, circa nel 65% dei casi si effettua misurazione del rischio caduta al momento del ricovero. Nel 2022 aumenta la misurazione giornaliera.

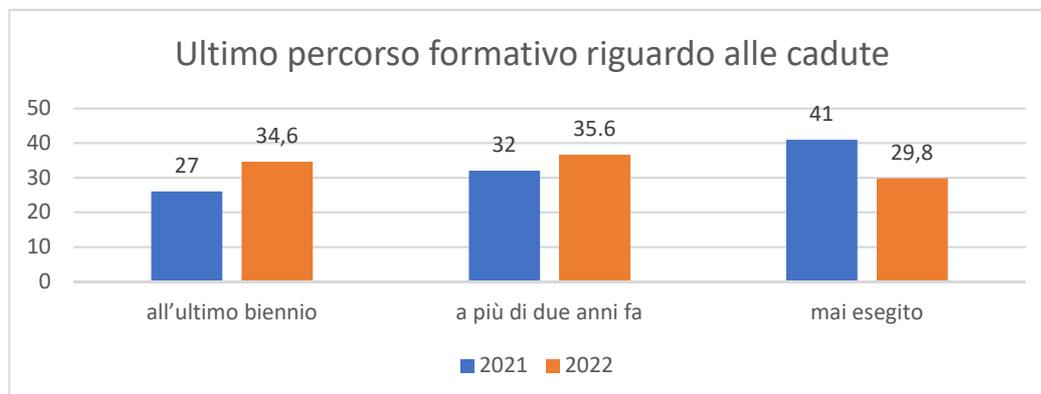
**Grafico 4. Momento della misurazione del rischio caduta**



**Quesito:** Il tuo ultimo percorso formativo riguardo la prevenzione e gestione delle cadute risale a?

Nel grafico 5, si osserva un aumento della formazione riguardo la prevenzione del rischio caduta, in particolare per l'anno 2022.

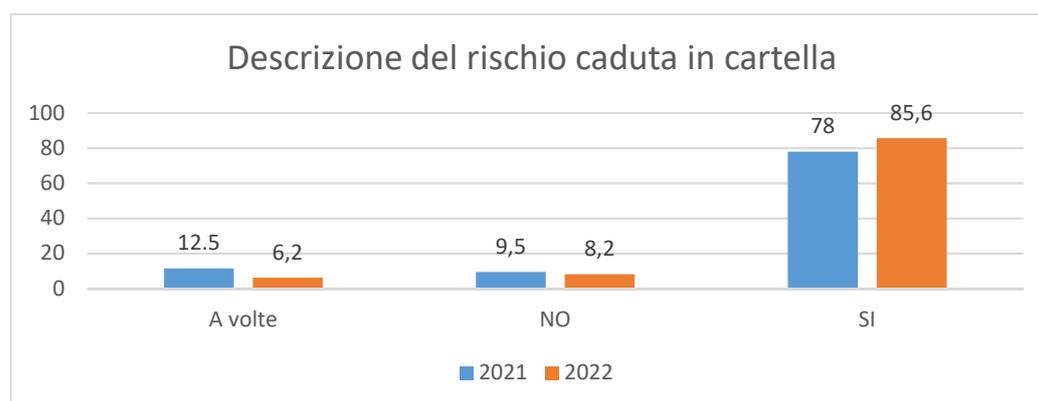
### Grafico 5. Ultimo percorso formativo riguardo al tema della prevenzione delle cadute.



**Quesito:** Il rischio stimato di caduta, è riportato nella cartella clinica elettronica?

Il grafico 6 mostra come durante il 2022 è aumentata la descrizione nella cartella clinica elettronica.

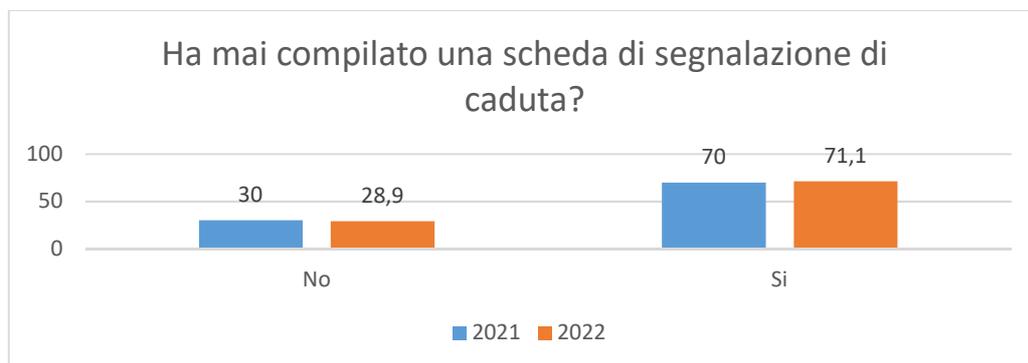
### Grafico 6. Report del rischio caduta in cartella clinica



**Quesito:** Ha mai compilato una scheda di segnalazione di caduta?

Più del 70% dei partecipanti ha compilato la scheda di segnalazione di cadute. Non ci sono differenze tra il 2021 e 2022.

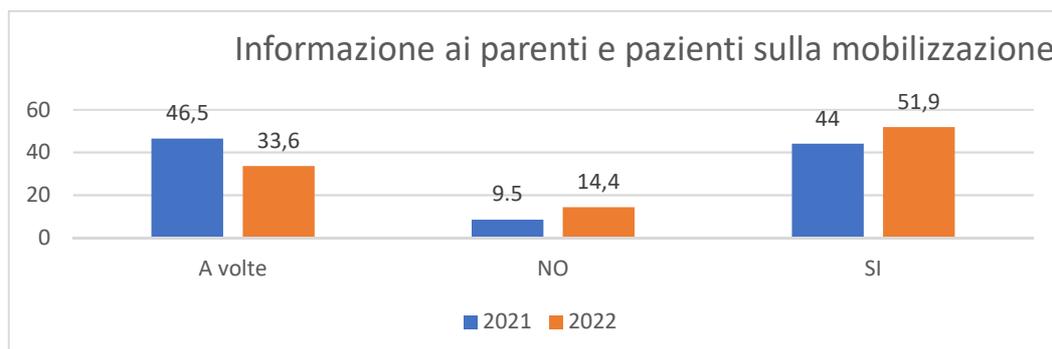
### Grafico 7. Compilazione della scheda di segnalazione di caduta



**Quesito:** I pazienti ed i loro parenti sono sempre informati delle modalità di mobilizzazione e deambulazione?

Il grafico 8 evidenzia un lieve aumento dell'informazione somministrata ai pazienti e parenti durante il 2022.

### Grafico 8. Informazione ai parenti e pazienti sulla mobilizzazione



Tra le possibili soluzioni proposte dai partecipanti per ridurre il problema delle cadute sono menzionate: l'aumento di personale, uso di telecamere, letti più adatti, controllo delle terapie che aumentano il rischio cadute, miglioramenti strutturali.

### CHECK LIST PER I COORDINATORI DEL REPARTO

#### **Le evidenze della valutazione del rischio cadute sulla cartella clinica elettronica.**

A seguito del cambiamento del sistema informatico delle cartelle cliniche che è passato da *Trackcare* al software *Onesys*, non si è ritenuto opportuno fare il confronto tra il 2021 e 2022.

## QUESTIONARIO PER I PAZIENTI SULL'EVENTO CADUTE

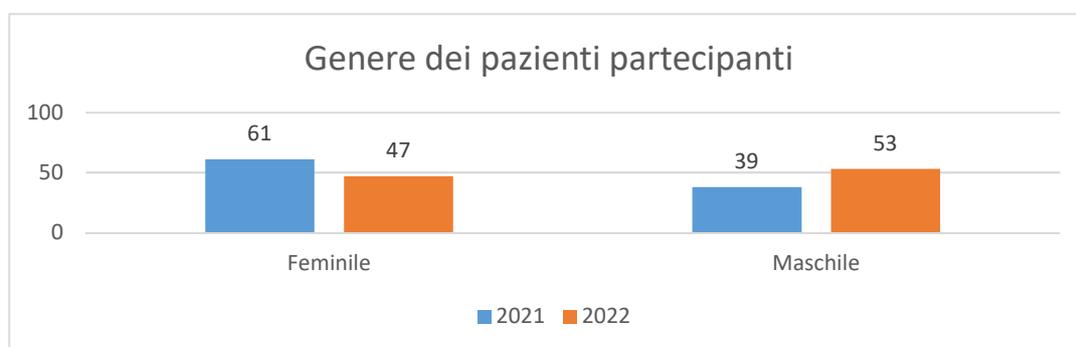
Durante gli anni 2021-2022, 200 pazienti ricoverati hanno dato il consenso a rispondere ad un questionario che indagava l'opinione relativa ai fattori di rischio cadute in ospedale.

Di seguito, alcune caratteristiche dei partecipanti.

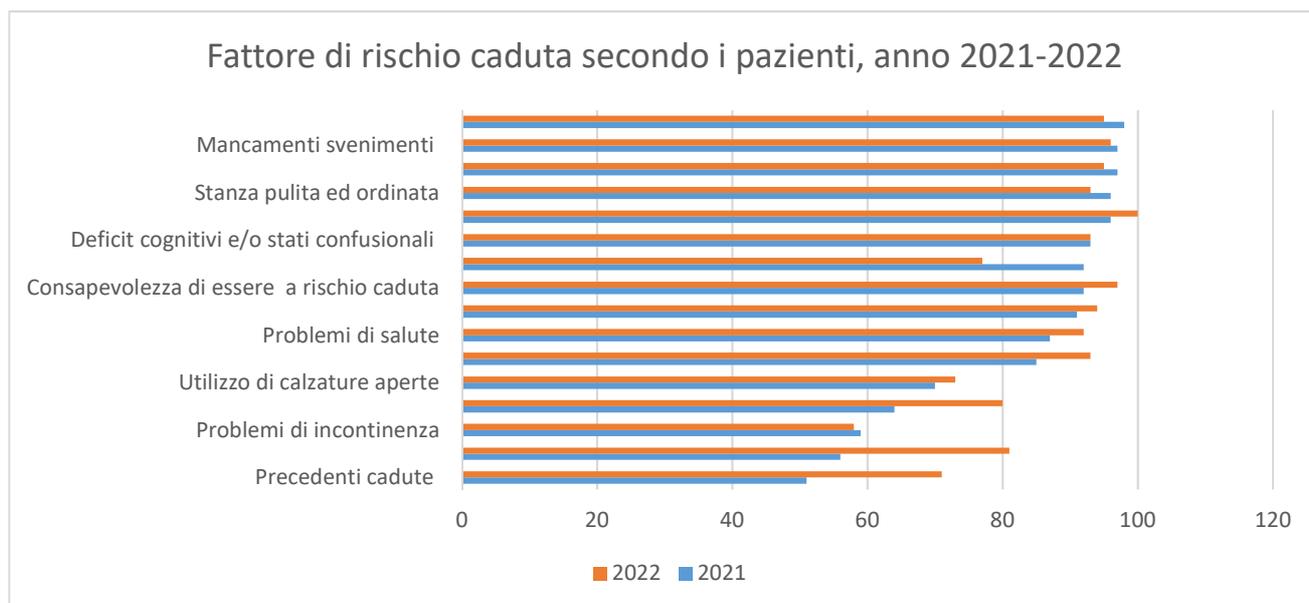
**Tabella 1. Età dei pazienti partecipanti 2021-2022**

	Media	DS	Mediana	Min	Max
<b>2021</b>	69,8	14,2	72	19	90
<b>2022</b>	71	10,7	72	41	91

**Grafico 9. Genere dei pazienti partecipanti**



**Grafico 10. Opinione dei pazienti riguardo ai fattori che possono influenzare le cadute**



La maggioranza degli intervistati, ritiene che i pazienti possono aiutare ad evitare le cadute in ospedale. Ritengono che situazioni cliniche come mancamenti, problemi di equilibrio, stati confusionali, deficit visivi o altri problemi di salute sono i principali fattori implicati nelle cadute. Ritengono meno rischiosi i farmaci, l'uso di calzature aperte, precedenti cadute o problemi di incontinenza. Tra i due anni si sono riscontrate differenze relativamente a: farmaci assunti, precedenti cadute e il coinvolgimento dei pazienti per prevenire le cadute.

Riguardo alla consegna del *dépliant* di prevenzione delle cadute, soltanto il 7% degli intervistati riferisce di aver ricevuto il *dépliant*, mentre il 93% riferisce di non averlo ricevuto, per entrambe gli anni di valutazione.

Riguardo l'analisi della percezione del rischio caduta, stratificato per genere, non si riscontrano differenze statisticamente significative tra l'opinione delle donne e quelle degli uomini.

### **Conclusioni**

Dall'analisi del processo di sensibilizzazione svolto presso i reparti di degenza nel 2021 e 2022 e di realizzazione del corso FAD di rischio clinico (che include un capitolo riguardo alla raccomandazione N. 13), emerge l'esistenza di variabili modificabili e non modificabili.

Si sintetizzano le considerazioni conseguenti all'analisi dei dati:

- Si rileva l'aumento della consapevolezza dei pazienti riguardo ai fattori di rischio caduta,
- Si rileva un maggior numero di descrizioni dei fattori di rischio in cartella clinica,
- Si rileva l'incremento dei percorsi formativi sulle cadute, seguiti nell'ultimo anno dagli operatori,
- Si rileva l'aumento dei momenti di misurazione del rischio caduta,
- Si rileva l'aumento degli "alert" che indicando il rischio elevato di caduta.

## Adozione e monitoraggio di procedure, per la gestione standard/isolamento.

### **Gruppo di lavoro:**

Prof. Giancarlo Icardi (Responsabile, Direttore U.O. Igiene)  
Prof. Andrea Orsi (Gruppo di lavoro, Dirigente Medico U.O. Igiene)  
Dott.ssa Angela Battistini (Gruppo di lavoro, CPSE U.O. Igiene)  
ICI Dorotea Bellina (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)  
ICI Barbara Guglielmi (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)  
ICI Antonella Talamini (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)  
ICI Roberto Ziffero (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)  
ISRI Marco Cappellin (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)  
ISRI Maria Grazia Paoletti (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)  
ISRI Federica Scola (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)

### **Abstract**

L'Ospedale Policlinico San Martino adotta diverse procedure per la gestione e il monitoraggio delle precauzioni standard e di isolamento, messe in atto dal personale sanitario aziendale. L'Ospedale si è dotato negli anni di numerose istruzioni operative riguardanti l'adozione delle precauzioni standard/aggiuntive e delle misure di isolamento, basate sulle più recenti evidenze scientifiche e sulle più aggiornate indicazioni degli organismi nazionali e internazionali: i contenuti di tali istruzioni operative sono chiari, di facile comprensione e adattabili ai diversi contesti assistenziali presenti all'interno dell'azienda.

È attivo all'interno dell'azienda da alcuni anni un sistema di sorveglianza passiva dei microrganismi "sentinella" isolati in tutte le Unità Operative degenziali, basato sulla segnalazione automatica attraverso i sistemi informativi aziendali del rilevamento di alcuni microrganismi che per le loro caratteristiche sono considerati "alert" e che quindi necessitano dell'adozione di precauzioni aggiuntive per la loro gestione. Inoltre, tale sistema consente anche la sorveglianza passiva delle batteriemie causate da Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi (CPE) in tutte le Unità Operative degenziali, con relativa segnalazione automatica delle misure da adottare per il contenimento del microrganismo.

L'Unità Operativa Igiene, in caso di rilevamento di microrganismi diffusibili e/o multiresistenti, inserisce tramite procedura informatizzata e tracciabile, sull'applicativo gestionale del paziente (in passato Trakcare, attualmente Onesys), le raccomandazioni per l'adozione di precauzioni aggiuntive e di isolamento. L'Unità Operativa Igiene svolge inoltre osservazioni dirette delle procedure di gestione dei pazienti affetti da microrganismi diffusibili nel corso di visite ispettive presso le Unità Operative degenziali, attraverso la compilazione di una scheda osservazionale, che viene condivisa e sottoscritta dal personale del reparto oggetto di visita.

Nello specifico, nel corso del 2022 è proseguita l'attività di sorveglianza passiva dei microrganismi alert, con una specifica attenzione rivolta al monitoraggio di un outbreak di Candida auris presso alcune UU.OO. assistenziali del Policlinico.

## **Obiettivi**

La pandemia da COVID-19 e il conseguente stato di emergenza sanitaria del periodo marzo 2020 – marzo 2022 ha influenzato profondamente l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e i comportamenti degli operatori sanitari, conseguentemente i dati desunti dagli indicatori di monitoraggio sono stati di difficile raccolta nel periodo suddetto e saranno presumibilmente in continua evoluzione nel corso del prossimo biennio. Obiettivo primario della progettualità è verificare lo stato di applicazione di tutte le I.O. vigenti e determinare l'attuale livello di compliance alle indicazioni nazionali e internazionali da parte degli operatori sanitari.

## **Materiali e Metodi incluso il periodo di tempo a cui si riferisce il Report**

I dati relativi agli indicatori sono desunti sia dai sistemi informativi aziendali che dalle osservazioni dirette condotte in sede di audit/visite/formazione on the job presso le Unità Operative degenziali. È attivo all'interno dell'azienda da alcuni anni un sistema di sorveglianza passiva dei microrganismi "sentinella" isolati in tutte le Unità Operative degenziali, basato sulla segnalazione automatica attraverso i sistemi informativi aziendali del rilevamento di alcuni microrganismi che per le loro caratteristiche sono considerati "alert" e che quindi necessitano dell'adozione di precauzioni aggiuntive per la loro gestione. Inoltre, tale sistema consente anche la sorveglianza passiva delle batteriemie causate da Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi (CPE) in tutte le Unità Operative degenziali, con relativa segnalazione automatica delle misure da adottare per il contenimento del microrganismo.

L'Unità Operativa Igiene, in caso di rilevamento di microrganismi diffusibili e/o multiresistenti, inserisce tramite procedura informatizzata e tracciabile, sull'applicativo gestionale del paziente (in passato Trakcare, attualmente Onesys), le raccomandazioni per l'adozione di precauzioni aggiuntive e di isolamento. L'Unità Operativa Igiene svolge inoltre osservazioni dirette delle procedure di gestione dei pazienti affetti da microrganismi diffusibili nel corso di visite ispettive presso le Unità Operative degenziali, attraverso la compilazione di una scheda osservazionale, che viene condivisa e sottoscritta dal personale del reparto oggetto di visita.

Il presente Report fa riferimento alle attività svolte nel corso dell'anno 2022.

## **Risultati**

Nel corso del 2022 il sistema di sorveglianza passiva dei microrganismi alert ha coperto pressoché il 100% dei rilevamenti di microrganismi diffusibili (più di 1500 segnalazioni alert e più di 10 segnalazioni di batteriemie da CPE). Si sottolinea come una preliminare analisi dei dati mostri come nei due anni di pandemia il profilo di resistenza di alcuni dei patogeni monitorati abbia subito dei cambiamenti. Tali evidenze sottolineano la necessità di ulteriori indagini mirate alla valutazione dei possibili fattori associati a questi cambiamenti, da variazioni nell'uso di antimicrobici alla diversa fruizione degli ambienti ospedalieri e nelle misure atte al contrasto della propagazione del SARS-CoV-2.

Le osservazioni dirette delle procedure di gestione dei pazienti affetti da microrganismi diffusibili sono state riattivate: i dati preliminari saranno disponibili a partire dal secondo trimestre del 2023.

Per quanto riguarda il monitoraggio di un outbreak di *Candida auris* presso il nostro Policlinico, dopo più di due anni dalle prime rilevazioni, nonostante la stretta sorveglianza, lo screening e le misure preventive adottate, il patogeno continua ad essere isolato in molti pazienti, soprattutto in terapia intensiva, dimostrando quanto questo patogeno nosocomiale sia difficile da eradicare. I decessi in

terapia intensiva sono diminuiti dopo l'introduzione di nuove strategie di gestione, ma non possiamo escludere che un esito più favorevole possa essere dovuto anche all'importante riduzione della co-infezione da COVID-19 o ad altre variabili ancora da indagare.

### **Condivisione prevista dei Risultati**

I principali risultati delle indagini sopradescritte sono stati illustrati mediante relazioni nel corso dei seguenti convegni/congressi:

- "Antimicrobial Stewardship: approccio multidisciplinare per la lotta alle infezioni ospedaliere", Genova 25 ottobre 2022, relazione "Il controllo delle infezioni ospedaliere", Andrea Orsi, Antonella Talamini
- "Nuovi modelli di governance ospedaliera per gli antibiotici innovativi "da un accesso razionato a un accesso razionale e appropriato", Genova 11 maggio 2022, relazione "Tavola rotonda: gestire l'innovazione in antibioticoterapia", Andrea Orsi
- "Buone pratiche per cure sicure: l'integrazione multiprofessionale per la sanità 3.0", Savona 8 ottobre 2022, relazione "L'esperienza di un'Azienda del SSR", Andrea Orsi, Giancarlo Icardi

Alcuni risultati particolarmente rilevanti dal punto di vista scientifico sono stati selezionati in qualità di abstract/poster ai seguenti eventi nazionali/internazionali:

- "Evolution of a Candida auris outbreak in an Intensive Care Unit of a tertiary teaching hospital in North-West Italy: incidence, monitoring and management strategies", Alessandra Bocchio, Alberto Battaglini, Antonella Talamini, Dorotea Bellina, Barbara Guglielmi, Anna Marchese, Matteo Bassetti, Paolo Pelosi, Giovanni Orengo, Giancarlo Icardi, Andrea Orsi – 32° ECCMID, Lisbona 23-26 aprile 2022
- "Point prevalence studies on healthcare-related infections and antimicrobial use: analysis between surveys in the pre-pandemic and pandemic period in a tertiary acute-care hospital in North-West Italy", Giulia Gatti, Marco Bongiovanni, Rosamaria Lupia, Nicola Calcavecchia, Elvira Massaro, Riccardo Borghesi, Angela Battistini, Antonella Talamini, Dorotea Bellina, Barbara Guglielmi, Marco Cappellin, Antonio Vena, Giovanni Orengo, Andrea Orsi, Giancarlo Icardi – FIS-HIS, Londra 22-23 settembre 2022
- "Antimicrobico resistenza: 8 anni di sorveglianza (2014-2021) all'interno del Policlinico San Martino di Genova, analisi e valutazioni nel contesto pandemico", Nicola Calcavecchia, Giulia Gatti, Elvira Massaro, Riccardo Borghesi, Irene Giberti, Angela Battistini, Federica Scola, Maria Grazia Paoletti, Roberto Ziffero, Andrea Orsi – X Congresso Nazionale SImPIOS, Ancona 26-28 settembre 2022
- "Analisi epidemiologica e gestione di un cluster di Candida auris presso l'Ospedale Policlinico San Martino IRCCS di Genova, periodo 2020-2022", Rosamaria Lupia, Marco Bongiovanni, Alessandra Bocchio, Elisabetta Costa, Rosa Amato, Antonella Talamini, Dorotea Bellina, Barbara Guglielmi, Marco Cappellin, Andrea Orsi – X Congresso Nazionale SImPIOS, Ancona 26-28 settembre 2022
- "Analisi dell'appropriatezza nell'esecuzione delle emocolture presso l'Ospedale Policlinico San Martino di Genova", Elvira Massaro, Alessandra Bocchio, Rosamaria Lupia, Nicola Calcavecchia, Riccardo Borghesi, Marco Cappellin, Barbara Guglielmi, Antonella Talamini, Edward Willison, Silvia Dettori, Andrea Orsi – 55° Congresso Nazionale SItI, Padova 28 settembre - 1 ottobre 2022
- "Studio di prevalenza puntuale sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici: confronto fra le rilevazioni pre- e post- emergenza pandemica in due aziende sanitarie liguri", Elvira Massaro, Alessandra Bocchio, Rosamaria Lupia, Nicola Calcavecchia, Riccardo Borghesi, Giulia Gatti, Marco Bongiovanni, Rosamaria Lupia, Rosamaria Riente, Federico Tassinari, Angela Battistini, Maria Grazia Paoletti, Federica Scola, Sabrina Penazzo, Antonio Vena, Lucia Tulimiero, Luca Garra, Giovanni Orengo, Cristiano Alicino, Andrea Orsi – 55° Congresso Nazionale SItI, Padova 28 settembre - 1 ottobre 2022
- "Controllo della legionellosi presso l'Ospedale Policlinico San Martino di Genova: valutazione del profilo di rischio della struttura e analisi dei casi registrati nel periodo 2017-2022", Rosa Amato, Andrea Fiorano, Matilde Ogliastro, Carlo-Simone Trombetta, Angela Battistini, Dorotea Bellina, Roberto Ziffero, Alberto Borneto, Alessandra Morando, Alexander Domnich, Valentina Ricucci, Andrea Orsi – 55° Congresso Nazionale SItI, Padova 28 settembre - 1 ottobre 2022.

## Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

### **Gruppo di lavoro:**

Prof. Giancarlo Icardi (Responsabile, Direttore U.O. Igiene)  
Prof. Andrea Orsi (Gruppo di lavoro, Dirigente Medico U.O. Igiene)  
Dott.ssa Angela Battistini (Gruppo di lavoro, CPSE U.O. Igiene)  
ICI Dorotea Bellina (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)  
ICI Barbara Guglielmi (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)  
ICI Antonella Talamini (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)  
ICI Roberto Ziferro (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)  
ISRI Marco Cappellin (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)  
ISRI Maria Grazia Paoletti (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)  
ISRI Federica Scola (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)

### **Abstract**

L'Ospedale si è dotato negli anni di numerose istruzioni operative riguardanti la prevenzione delle ICA, basate sulle più recenti evidenze scientifiche e sulle più aggiornate indicazioni degli organismi nazionali e internazionali: i contenuti di tali istruzioni operative sono chiari, di facile comprensione e adattabili ai diversi contesti assistenziali presenti all'interno dell'azienda.

A partire dal 2014, l'Unità Operativa Igiene, su mandato del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) aziendale, e in collaborazione con l'Unità Operativa Clinica Malattie Infettive, effettua, con cadenza almeno annuale, uno studio di prevalenza puntuale delle ICA e del consumo di antibiotici basato su una metodologia standardizzata elaborata dallo European Centre for Disease Control and Prevention – ECDC, in grado di consentire il confronto dei dati rilevati in setting diversi.

L'Unità Operativa Igiene svolge inoltre una sorveglianza attiva della contaminazione microbica ambientale (acqua, aria e superfici) in aree assistenziali a particolare rischio infettivo (es., sale operatorie, laboratori cellule e tessuti, Unità Operative con pazienti gravemente immunocompromessi) e una sorveglianza attiva della pulizia e sanificazione ambientale in tutte le Unità operative degenziali.

Nel corso del 2022 sono stati condotti due studi di prevalenza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) a carattere retrospettivo, riguardanti gli anni 2020 e 2021, e due studi di prevalenza delle ICA prospettici, rispettivamente a marzo e a novembre 2022 (quest'ultimo ancora in corso e inserito nello studio di prevalenza delle ICA europeo coordinato dall'ECDC).

Dopo un calo registrato nel 2020 e nel 2021 legato all'emergenza pandemica, sono state incrementate le indagini di sorveglianza ambientale in aree assistenziali a particolare rischio infettivo e le rilevazioni della qualità della pulizia e sanificazione ambientale, i cui dati preliminari saranno disponibili a partire dal secondo trimestre del 2023.

### **Obiettivi**

La pandemia da COVID-19 e il conseguente stato di emergenza sanitaria del periodo febbraio 2020 – marzo 2022 ha influenzato profondamente l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e i comportamenti degli operatori sanitari, conseguentemente i dati desunti dagli indicatori di monitoraggio sono stati di difficile raccolta nel periodo suddetto e saranno presumibilmente in continua evoluzione nel corso del prossimo biennio. Obiettivo primario della progettualità è verificare lo stato di applicazione di tutte le I.O. vigenti e determinare l'attuale livello di compliance alle indicazioni nazionali e internazionali da parte degli operatori sanitari.

### **Materiali e Metodi incluso il periodo di tempo a cui si riferisce il Report**

I dati relativi agli indicatori sono desunti sia dai sistemi informativi aziendali che dalle osservazioni dirette condotte in sede di audit/visite/formazione on the job presso le Unità Operative degenziali. A partire dal 2014, l'Unità Operativa Igiene, su mandato del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) aziendale, e in collaborazione con l'Unità Operativa Clinica Malattie Infettive, effettua, con cadenza almeno annuale, uno studio di prevalenza puntuale delle ICA e del consumo di antibiotici basato su una metodologia standardizzata elaborata dallo European Centre for Disease Control and Prevention – ECDC, in grado di consentire il confronto dei dati rilevati in setting diversi. L'Unità Operativa Igiene svolge inoltre una sorveglianza attiva della contaminazione microbica ambientale (acqua, aria e superfici) in aree assistenziali a particolare rischio infettivo (es., sale operatorie, laboratori cellule e tessuti, Unità Operative con pazienti gravemente immunocompromessi) e una sorveglianza attiva della pulizia e sanificazione ambientale in tutte le Unità operative degenziali. Il presente Report fa riferimento alle attività svolte nel corso dell'anno 2022.

### **Risultati**

Nel corso del 2022 sono stati condotti due studi di prevalenza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) a carattere retrospettivo, riguardanti gli anni 2020 e 2021, e due studi di prevalenza delle ICA prospettici, rispettivamente a marzo e a novembre 2022 (quest'ultimo ancora in corso e inserito nello studio di prevalenza delle ICA europeo coordinato dallo European Centre for Disease Control and Prevention – ECDC): l'indicatore mostra un aumento delle ICA nel periodo pandemico (2020-2022), sebbene non statisticamente significativo rispetto alla media del periodo 2014-2019 (15,3% vs 13,9%). Dopo un calo registrato nel 2020 e nel 2021 legato all'emergenza pandemica, sono state incrementate le indagini di sorveglianza ambientale in aree assistenziali a particolare rischio infettivo e le rilevazioni della qualità della pulizia e sanificazione ambientale, i cui dati preliminari saranno disponibili a partire dal secondo trimestre del 2023.

### **Condivisione prevista dei Risultati**

I principali risultati delle indagini sopradescritte sono stati illustrati mediante relazioni nel corso dei seguenti convegni/congressi:

- "Antimicrobial Stewardship: approccio multidisciplinare per la lotta alle infezioni ospedaliere", Genova 25 ottobre 2022, relazione "Il controllo delle infezioni ospedaliere", Andrea Orsi, Antonella Talamini
- "Nuovi modelli di governance ospedaliera per gli antibiotici innovativi "da un accesso razionato a un accesso razionale e appropriato", Genova 11 maggio 2022, relazione "Tavola rotonda: gestire l'innovazione in antibioticoterapia", Andrea Orsi
- "Buone pratiche per cure sicure: l'integrazione multiprofessionale per la sanità 3.0", Savona 8 ottobre 2022, relazione "L'esperienza di un'Azienda del SSR", Andrea Orsi, Giancarlo Icardi

Alcuni risultati particolarmente rilevanti dal punto di vista scientifico sono stati selezionati in qualità di abstract/poster ai seguenti eventi nazionali/internazionali:

- “Evolution of a Candida auris outbreak in an Intensive Care Unit of a tertiary teaching hospital in North-West Italy: incidence, monitoring and management strategies”, Alessandra Bocchio, Alberto Battaglini, Antonella Talamini, Dorotea Bellina, Barbara Guglielmi, Anna Marchese, Matteo Bassetti, Paolo Pelosi, Giovanni Orengo, Giancarlo Icardi, Andrea Orsi – 32° ECCMID, Lisbona 23-26 aprile 2022
- “Point prevalence studies on healthcare-related infections and antimicrobial use: analysis between surveys in the pre-pandemic and pandemic period in a tertiary acute-care hospital in North-West Italy”, Giulia Gatti, Marco Bongiovanni, Rosamaria Lupia, Nicola Calcavecchia, Elvira Massaro, Riccardo Borghesi, Angela Battistini, Antonella Talamini, Dorotea Bellina, Barbara Guglielmi, Marco Cappellin, Antonio Vena, Giovanni Orengo, Andrea Orsi, Giancarlo Icardi – FIS-HIS, Londra 22-23 settembre 2022
- “Antimicrobico resistenza: 8 anni di sorveglianza (2014-2021) all’interno del Policlinico San Martino di Genova, analisi e valutazioni nel contesto pandemico”, Nicola Calcavecchia, Giulia Gatti, Elvira Massaro, Riccardo Borghesi, Irene Giberti, Angela Battistini, Federica Scola, Maria Grazia Paoletti, Roberto Ziferro, Andrea Orsi – X Congresso Nazionale SImPIOS, Ancona 26-28 settembre 2022
- “Analisi epidemiologica e gestione di un cluster di Candida auris presso l’Ospedale Policlinico San Martino IRCCS di Genova, periodo 2020-2022”, Rosamaria Lupia, Marco Bongiovanni, Alessandra Bocchio, Elisabetta Costa, Rosa Amato, Antonella Talamini, Dorotea Bellina, Barbara Guglielmi, Marco Cappellin, Andrea Orsi – X Congresso Nazionale SImPIOS, Ancona 26-28 settembre 2022
- “Analisi dell’appropriatezza nell’esecuzione delle emocolture presso l’Ospedale Policlinico San Martino di Genova”, Elvira Massaro, Alessandra Bocchio, Rosamaria Lupia, Nicola Calcavecchia, Riccardo Borghesi, Marco Cappellin, Barbara Guglielmi, Antonella Talamini, Edward Willison, Silvia Dettori, Andrea Orsi – 55° Congresso Nazionale SItI, Padova 28 settembre - 1 ottobre 2022
- “Studio di prevalenza puntuale sulle infezioni correlate all’assistenza e sull’uso di antibiotici: confronto fra le rilevazioni pre- e post- emergenza pandemica in due aziende sanitarie liguri”, Elvira Massaro, Alessandra Bocchio, Rosamaria Lupia, Nicola Calcavecchia, Riccardo Borghesi, Giulia Gatti, Marco Bongiovanni, Rosamaria Lupia, Rosamaria Riente, Federico Tassinari, Angela Battistini, Maria Grazia Paoletti, Federica Scola, Sabrina Penazzo, Antonio Vena, Lucia Tulimiero, Luca Garra, Giovanni Orengo, Cristiano Alicino, Andrea Orsi – 55° Congresso Nazionale SItI, Padova 28 settembre - 1 ottobre 2022
- “Controllo della legionellosi presso l’Ospedale Policlinico San Martino di Genova: valutazione del profilo di rischio della struttura e analisi dei casi registrati nel periodo 2017-2022”, Rosa Amato, Andrea Fiorano, Matilde Ogliastro, Carlo-Simone Trombetta, Angela Battistini, Dorotea Bellina, Roberto Ziferro, Alberto Borneto, Alessandra Morando, Alexander Domnich, Valentina Ricucci, Andrea Orsi – 55° Congresso Nazionale SItI, Padova 28 settembre - 1 ottobre 2022

## Adozione e monitoraggio attraverso indicatori di procedure per il lavaggio mani.

### **Gruppo di lavoro**

Prof. Giancarlo Icardi (Responsabile, Direttore U.O. Igiene)  
Prof. Andrea Orsi (Gruppo di lavoro, Dirigente Medico U.O. Igiene)  
Dott.ssa Angela Battistini (Gruppo di lavoro, CPSE U.O. Igiene)  
ICI Dorotea Bellina (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)  
ICI Barbara Guglielmi (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)  
ICI Antonella Talamini (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)  
ICI Roberto Ziffero (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)  
ISRI Marco Cappellin (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)  
ISRI Maria Grazia Paoletti (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)  
ISRI Federica Scola (Gruppo di lavoro, U.O. Igiene)

### **Abstract**

L'Ospedale Policlinico San Martino adotta diversi indicatori (diretti e indiretti) per il monitoraggio dell'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari. I dati relativi agli indicatori sono desunti sia dai sistemi informativi aziendali che dalle osservazioni dirette condotte in sede di audit/visite/formazione on the job presso le Unità Operative degenziali. Alla luce delle recenti indicazioni ricevute dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute relative alle modalità di attivazione del sistema di sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica, tale monitoraggio sarà incluso fra i sistemi di sorveglianza del livello di igiene delle mani all'interno della struttura ospedaliera. La pandemia da COVID-19 e il conseguente stato di emergenza sanitaria del periodo febbraio 2020 – marzo 2022 ha influenzato profondamente l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e i comportamenti degli operatori sanitari, conseguentemente i dati desunti dagli indicatori di monitoraggio sono stati di difficile raccolta nel periodo suddetto e saranno presumibilmente in continua evoluzione nel corso del prossimo biennio.

Nello specifico, nel corso del 2022 sono state riattivate le osservazioni dirette dell'igiene delle mani mediante la tecnica standardizzata indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità; è attualmente in fase di valutazione l'indicatore relativo al consumo di soluzione a base alcolica (litri/1000 giornate di degenza), alla luce dell'elevatissimo incremento osservato durante l'emergenza sanitaria da COVID-19 e alla contemporanea indisponibilità degli stessi prodotti sul mercato globale; è attualmente in fase di valutazione il nuovo indicatore relativo alla frequenza di batteriemie da *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi, in sostituzione del precedente che valutava l'incidenza delle sepsi da *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi (casi/10000ggpz); sono stati condotti due studi di prevalenza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) a carattere retrospettivo, riguardanti gli anni 2020 e 2021, e due studi di prevalenza delle ICA prospettici, rispettivamente a marzo e a novembre 2022 (quest'ultimo ancora in corso e inserito

nello studio di prevalenza delle ICA europeo coordinato dallo European Centre for Disease Control and Prevention – ECDC).

### **Obiettivi**

La pandemia da COVID-19 e il conseguente stato di emergenza sanitaria del periodo febbraio 2020 – marzo 2022 ha influenzato profondamente l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e i comportamenti degli operatori sanitari, conseguentemente i dati desunti dagli indicatori di monitoraggio sono stati di difficile raccolta nel periodo suddetto e saranno presumibilmente in continua evoluzione nel corso del prossimo biennio. Obiettivo primario della progettualità è verificare lo stato di applicazione di tutte le I.O. vigenti e determinare l'attuale livello di compliance alle indicazioni nazionali e internazionali da parte degli operatori sanitari.

### **Materiali e Metodi incluso il periodo di tempo a cui si riferisce il Report**

I dati relativi agli indicatori sono desunti sia dai sistemi informativi aziendali che dalle osservazioni dirette condotte in sede di audit/visite/formazione on the job presso le Unità Operative degenziali. Il presente Report fa riferimento alle attività svolte nel corso dell'anno 2022.

### **Risultati**

Nel corso del 2022 sono state riattivate le osservazioni dirette dell'igiene delle mani mediante la tecnica standardizzata indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: i dati preliminari saranno disponibili a partire dal secondo trimestre del 2023.

È attualmente in fase di valutazione l'indicatore relativo al consumo di soluzione a base alcolica (litri/1000 giornate di degenza), alla luce dell'elevatissimo incremento osservato durante l'emergenza sanitaria da COVID-19 e alla contemporanea indisponibilità degli stessi prodotti sul mercato globale.

È attualmente in fase di valutazione il nuovo indicatore relativo alla frequenza di batteriemie da *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi, in sostituzione del precedente che valutava l'incidenza delle sepsi da *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi (casi/10000ggpz): nel primo semestre del 2022 la resistenza ai carbapenemi in *Klebsiella pneumoniae* causa di batteriemia si è attestata al 9,8%, in netto calo rispetto al periodo precedente.

Sono stati condotti due studi di prevalenza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) a carattere retrospettivo, riguardanti gli anni 2020 e 2021, e due studi di prevalenza delle ICA prospettici, rispettivamente a marzo e a novembre 2022 (quest'ultimo ancora in corso e inserito nello studio di prevalenza delle ICA europeo coordinato dallo European Centre for Disease Control and Prevention – ECDC): l'indicatore mostra un aumento delle ICA nel periodo pandemico (2020-2022), sebbene non statisticamente significativo rispetto alla media del periodo 2014-2019 (15,3% vs 13,9%).

### **Condivisione prevista dei Risultati**

I principali risultati delle indagini sopradescritte sono stati illustrati mediante relazioni nel corso dei seguenti convegni/congressi:

- “Antimicrobial Stewardship: approccio multidisciplinare per la lotta alle infezioni ospedaliere”, Genova 25 ottobre 2022, relazione “Il controllo delle infezioni ospedaliere”, Andrea Orsi, Antonella Talamini

- “Nuovi modelli di governance ospedaliera per gli antibiotici innovativi “da un accesso razionato a un accesso razionale e appropriato”, Genova 11 maggio 2022, relazione “Tavola rotonda: gestire l’innovazione in antibioticoterapia”, Andrea Orsi
- “Buone pratiche per cure sicure: l’integrazione multiprofessionale per la sanità 3.0”, Savona 8 ottobre 2022, relazione “L’esperienza di un’Azienda del SSR”, Andrea Orsi, Giancarlo Icardi

Alcuni risultati particolarmente rilevanti dal punto di vista scientifico sono stati selezionati in qualità di abstract/poster ai seguenti eventi nazionali/internazionali:

- “Evolution of a Candida auris outbreak in an Intensive Care Unit of a tertiary teaching hospital in North-West Italy: incidence, monitoring and management strategies”, Alessandra Bocchio, Alberto Battaglini, Antonella Talamini, Dorotea Bellina, Barbara Guglielmi, Anna Marchese, Matteo Bassetti, Paolo Pelosi, Giovanni Orengo, Giancarlo Icardi, Andrea Orsi – 32° ECCMID, Lisbona 23-26 aprile 2022
- “Point prevalence studies on healthcare-related infections and antimicrobial use: analysis between surveys in the pre-pandemic and pandemic period in a tertiary acute-care hospital in North-West Italy”, Giulia Gatti, Marco Bongiovanni, Rosamaria Lupia, Nicola Calcavecchia, Elvira Massaro, Riccardo Borghesi, Angela Battistini, Antonella Talamini, Dorotea Bellina, Barbara Guglielmi, Marco Cappellin, Antonio Vena, Giovanni Orengo, Andrea Orsi, Giancarlo Icardi – FIS-HIS, Londra 22-23 settembre 2022
- “Antimicrobico resistenza: 8 anni di sorveglianza (2014-2021) all’interno del Policlinico San Martino di Genova, analisi e valutazioni nel contesto pandemico”, Nicola Calcavecchia, Giulia Gatti, Elvira Massaro, Riccardo Borghesi, Irene Giberti, Angela Battistini, Federica Scola, Maria Grazia Paoletti, Roberto Ziffero, Andrea Orsi – X Congresso Nazionale SIMPIOS, Ancona 26-28 settembre 2022
- “Analisi epidemiologica e gestione di un cluster di Candida auris presso l’Ospedale Policlinico San Martino IRCCS di Genova, periodo 2020-2022”, Rosamaria Lupia, Marco Bongiovanni, Alessandra Bocchio, Elisabetta Costa, Rosa Amato, Antonella Talamini, Dorotea Bellina, Barbara Guglielmi, Marco Cappellin, Andrea Orsi – X Congresso Nazionale SIMPIOS, Ancona 26-28 settembre 2022
- “Analisi dell’appropriatezza nell’esecuzione delle emocolture presso l’Ospedale Policlinico San Martino di Genova”, Elvira Massaro, Alessandra Bocchio, Rosamaria Lupia, Nicola Calcavecchia, Riccardo Borghesi, Marco Cappellin, Barbara Guglielmi, Antonella Talamini, Edward Willison, Silvia Dettori, Andrea Orsi – 55° Congresso Nazionale SItI, Padova 28 settembre - 1 ottobre 2022
- “Studio di prevalenza puntuale sulle infezioni correlate all’assistenza e sull’uso di antibiotici: confronto fra le rilevazioni pre- e post- emergenza pandemica in due aziende sanitarie liguri”, Elvira Massaro, Alessandra Bocchio, Rosamaria Lupia, Nicola Calcavecchia, Riccardo Borghesi, Giulia Gatti, Marco Bongiovanni, Rosamaria Lupia, Rosamaria Riente, Federico Tassinari, Angela Battistini, Maria Grazia Paoletti, Federica Scola, Sabrina Penazzo, Antonio Vena, Lucia Tulimiero, Luca Garra, Giovanni Orengo, Cristiano Alicino, Andrea Orsi – 55° Congresso Nazionale SItI, Padova 28 settembre - 1 ottobre 2022
- “Controllo della legionellosi presso l’Ospedale Policlinico San Martino di Genova: valutazione del profilo di rischio della struttura e analisi dei casi registrati nel periodo 2017-2022”, Rosa Amato, Andrea Fiorano, Matilde Ogliastro, Carlo-Simone Trombetta, Angela Battistini, Dorotea Bellina, Roberto Ziffero, Alberto Borneto, Alessandra Morando, Alexander Domnich, Valentina Ricucci, Andrea Orsi – 55° Congresso Nazionale SItI, Padova 28 settembre - 1 ottobre 2022.

## Prevenzione e Trattamento lesioni da pressione (LDP)

### **Gruppo di lavoro:**

Dott.ssa A. Morando, Direttore UO Governo Clinico ed Organizzazione Ospedaliera

Prof.ssa Aurora Parodi, Direttore UO Clinica Dermatologica

Dott.ssa D. Pierantoni, UO Governo Clinico ed Organizzazione Ospedaliera

Dott.ssa Nidia Sofia Diaz Gaitan, UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

**Team Infermieristico Ulcere Cutanee Complesse:** [ulcere.cutanee@hsanmartino.it](mailto:ulcere.cutanee@hsanmartino.it)

### **Premessa**

All'interno del Policlinico è operativo il "Nucleo Operativo Permanente Lesioni Cutanee", che è il riferimento per le consulenze infermieristiche al letto dei pazienti nei reparti di degenza; ha inoltre funzioni di supporto per tutte le problematiche aziendali inerenti le lesioni cutanee e da pressione. L'Ambulatorio Specialistico a gestione infermieristica "Ulcere Cutanee Complesse", all'interno della Clinica Dermatologica, offre prestazioni relative alla prevenzione e al trattamento delle lesioni cutanee croniche anche per i pazienti che accedono a prestazioni ambulatoriali.

Con l'adozione della Cartella Clinica Elettronica, la registrazione e segnalazione delle Lesioni da Pressione viene effettuata in modo informatico, favorendo una maggiore adesione e completezza di compilazione. Per la registrazione informatica sulla cartella clinica elettronica dei casi di LDP è stata pubblicata la IOAZHOR\_0116 Manuale Trakcare Prevenzione e Trattamento lesioni da pressione.

Nella sezione della CCE "Valutazione LDP esistenti" viene inserito:

se la lesione è già presente all'ingresso; la data in cui si effettua la valutazione della lesione;

le dimensioni della lesione (lunghezza, larghezza, profondità); la sede della lesione;

lo stadio della lesione; se è presente il dolore specificandone anche la tipologia; se è presente tessuto sottominato.

Viene inoltre descritto: l'aspetto della lesione; la cute perilesionale; la tipologia dei margini della lesione.

Nel periodo dal 01/01/2022 al 23/11/22, i pazienti trattati per LDP sono stati n.° 960, di cui:

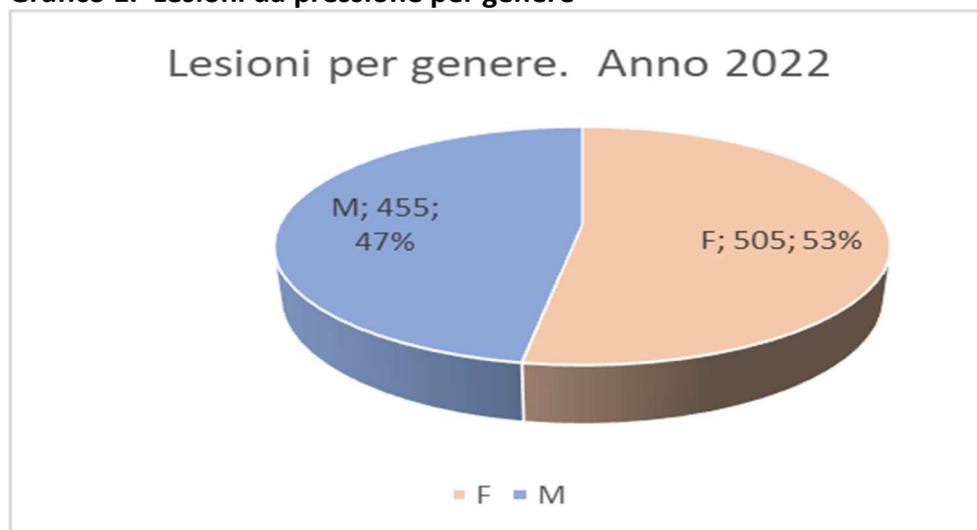
- 542 (56.5%) presentavano LDP all'ingresso,
- 306 (31.9%) non presentavano LDP all'ingresso
- 112 (11.6%) non è descritto lo stato LDP all'ingresso

Le valutazioni delle LDP in totale sono state 1905, in quanto vengono effettuate nel momento della presa in carico del paziente che non è in grado di muoversi in totale autonomia, poi a frequenza settimanale e infine al momento della sua dimissione. Nel caso in cui le condizioni dell'assistito o della lesione peggiorassero, le valutazioni avvengono con una frequenza maggiore.

I reparti che hanno registrato un maggior numero di segnalazioni, attraverso il registro elettronico dedicato, sono stati i seguenti: U06D1 (9.1%), U11D (7.8%), HCID1 (7.60%), HAND4 (7.4%), H01D2 (7.2%), U14D (5.6%), H33D3 (4.6%), U02D1 (4.6%).

L'età media dei pazienti è stata 79.3 con una deviazione standard 12.8 (minimo 15.2 - massimo 104.1). La distribuzione per genere è lievemente superiore per quanto riguarda le donne (Femmine 505 – 53%) rispetto agli uomini (Maschi 455 -47%).

**Grafico 1. Lesioni da pressione per genere**



Le sedi più frequenti sono elencate nella Tabella.

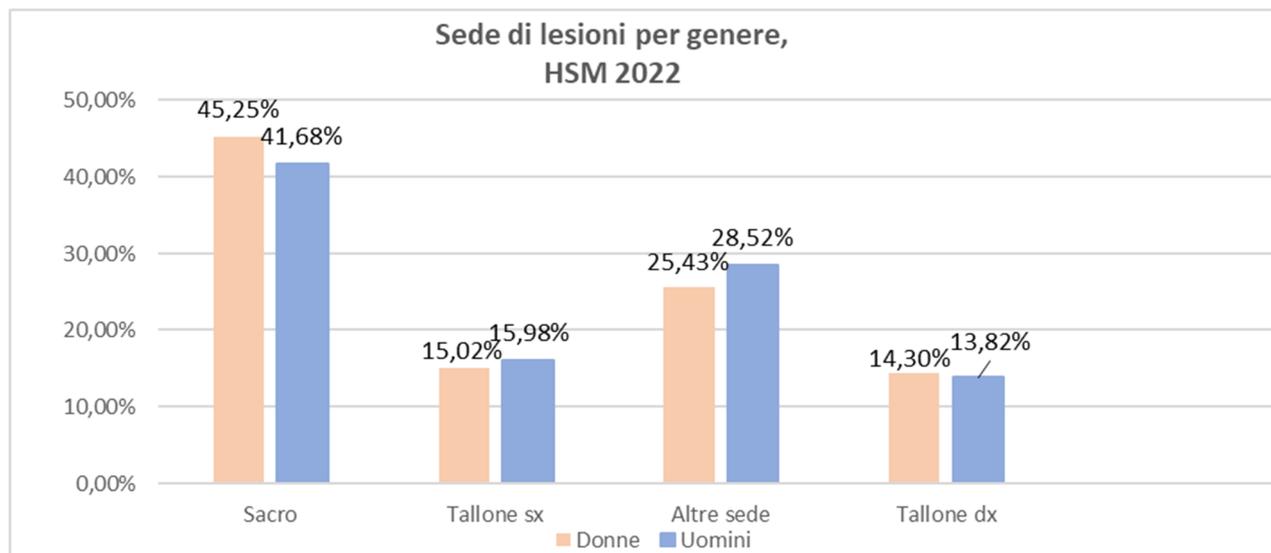
**Tabella 1. Sede delle lesioni da pressione, HSM, 2022**

Sede delle lesioni da pressione	N	%
Sacro	829	43,52%
Tallone sx	295	15,49%
Altro	284	14,91%
Tallone dx	268	14,07%
Malleolo esterno dx	38	1,99%
Gomito dx	23	1,21%
Occipite	23	1,21%
Trocantere sx	23	1,21%
Malleolo esterno sx	21	1,10%
Nuca	19	1,00%
Gomito sx	15	0,79%
Trocantere dx	15	0,79%
Ischio sx	8	0,42%
Malleolo interno dx	8	0,42%
Ginocchio dx	7	0,37%
Ginocchio sx	7	0,37%
Malleolo interno sx	7	0,37%
Ischio dx	5	0,26%
Scapola dx	3	0,16%
Scapola sx	3	0,16%
Lobo auricolare dx	2	0,10%
Sterno	2	0,10%
<b>TOTAL</b>	<b>1905</b>	<b>100,00%</b>

Analizzando il rapporto tra sede della lesione e genere di appartenenza del paziente, emerge che le lesioni del sacro sono più frequenti nelle donne (45.25%) che negli uomini (41.7%).

Le lesioni nel tallone sinistro tendono ad essere più frequenti che quelle del tallone destro (vedere grafico 2).

**Grafico 2. Sede di lesione per genere, 2022**



Lo stadio II è il più frequente (38% - 727 lesioni) e compare principalmente nella sede del sacro (18.4%) e dei talloni e (8.5%), seguito in frequenza dallo stadio I (sacro 12.50%, talloni 8.4%).

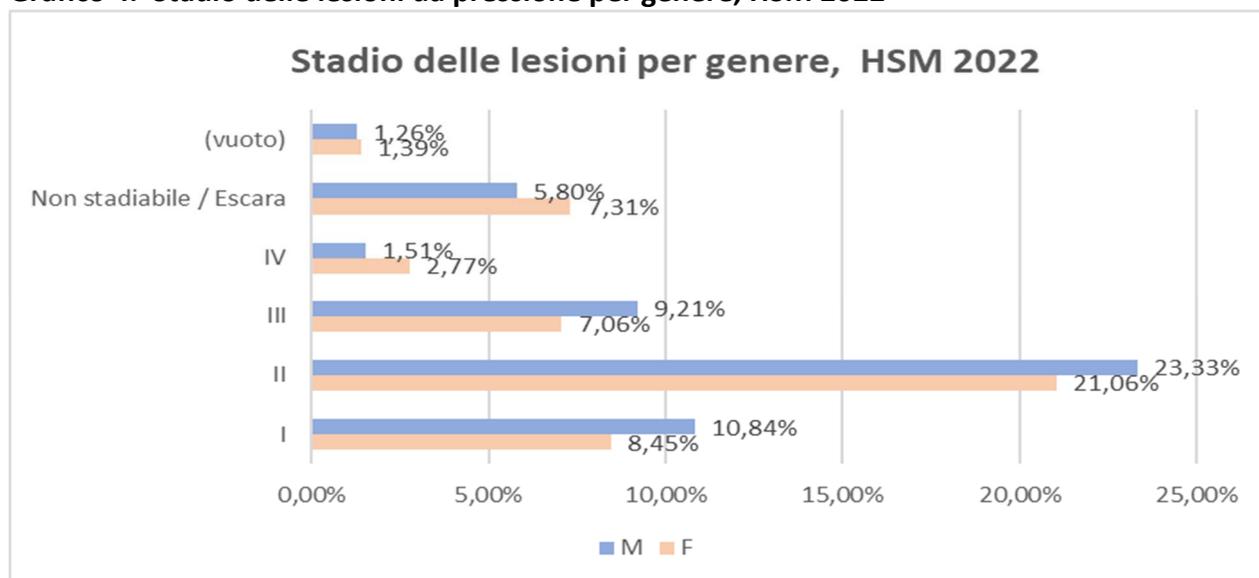
L'andamento dei dati, in tutti gli aspetti analizzati, è sostanzialmente sovrapponibile a quello riscontrato nell'anno 2021.

**Grafico 3. Stadio lesioni da pressione, 2022**



Gli stadi I, II e III sono più frequenti negli uomini mentre lo stadio IV o le escare sono più frequenti nelle donne (grafico 4).

**Grafico 4. Stadio delle lesioni da pressione per genere, HSM 2022**



Riguardo la presenza di lesioni al momento del ricovero, risulta che 542 pazienti presentavano lesioni già dall'ingresso, 306 pazienti non presentava lesioni all'ingresso e per 112 pazienti non è stata descritta questa variabile. Confrontando i dati con quanto riportato nel 2021, si rileva che il 2022 ha avuto un andamento simile in tutti gli aspetti analizzati.

#### **Documentazione aziendale, in vigore, relativa alla prevenzione e gestione delle LDP**

Per fornire informazioni che favoriscano l'autogestione dei pazienti, è disponibile il Modulo "Educazione all'autogestione delle lesioni cutanee", che contiene tutte le informazioni da fornire all'assistito ed ai suoi familiari per il trattamento a domicilio e per il mantenimento del suo livello di autonomia.

Sono state pubblicate le seguenti *brochure* informative per l'**utenza**:

- MODHSMHOR\_0004 Conoscere le lesioni da pressione;
- MODHSMHOR\_0008-Lesioni Sclerodermiche;
- MODHSMHOR\_0007-Lesioni Cutanee Croniche.

Per agevolare il **personale infermieristico** durante l'attività di trattamento delle LDP sono stati pubblicati i seguenti documenti:

- MODAZHOR\_0118-Vademecum trattamento lesioni da pressione complesse – 3° stadio - 4° stadio - escara, per gestire e trattare le lesioni da decubito complesse durante la presa in carico dell'assistito.
- MODAZHOR\_0110 Schema trattamento lesioni da pressione;
- MODAZHOR\_0111 Prontuario aziendale medicazioni generiche e avanzate nel *wound care* (di cui si renderà necessaria la revisione, con il prossimo rinnovo della gara regionale medicazioni avanzate).

Per utilizzare in maniera idonea le **superfici antidecubito fornite in noleggio** (gara regionale) sono stati pubblicati i seguenti documenti:

- MODAZHOR\_0109 Scheda disservizi fornitura sistemi antidecubito a noleggio;
- MODAZHOR\_0106 Scheda qualità fornitura sistemi antidecubito a noleggio;
- MODAZHOR\_0114 Modalità rimozione unità insufflazione superfici antidecubito a noleggio.

Nei casi in cui si renda necessario il **trattamento a pressione negativa** (gara regionale) sono stati pubblicati i seguenti documenti:

- IOAZHOR\_0112 Modalità compilazione e gestione modulo noleggio TPN ferite periferiche;
- MODAZHOR\_0112 Modulo richiesta a noleggio per trattamento pressione negativa ferite periferiche;
- MODHSMHOR\_0002 Indicazioni d'uso per utilizzo a domicilio TPN trattamento ferite periferiche.

E' stata infine pubblicata la:

- IOAZHOR\_0117 Procedura per richiesta consulenza infermiere esperte in lesioni difficili, per definire le modalità relative alla richiesta di consulenza per il trattamento di lesioni da pressioni di III-IV stadio e non stadiabili, da parte di tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza.

Con il superamento della cartella clinica informatizzata *TrakCare* ed il passaggio alla cartella *Onesys* nei diversi *setting* assistenziali (ambulatoriale/degenze/PS), si renderà necessaria la revisione della IOAZHOR\_0116 Manuale *Trakcare* Prevenzione e Trattamento lesioni da pressione, per la registrazione, sulla nuova cartella clinica digitale, di tutti i dati necessari per prevenzione, valutazione e trattamento delle lesioni da pressione dei pazienti ricoverati.

## Formazione

L'ultimo corso di aggiornamento "*wound care*" è stato attuato nell'ottobre 2018, formando 60 infermieri afferenti a quelle UU.OO. che maggiormente richiedevano la consulenza infermieristica per il trattamento di lesioni da pressione complesse. In prospettiva si ritiene utile che il piano formativo aziendale 2023-2025, proponga i seguenti due corsi:

- 1) **Corso in FAD "Lesioni cutanee"**, destinato a tutti gli infermieri e i medici del Policlinico. Le lesioni trattate sono: piede diabetico, lesioni vascolari, lesioni sclerodermiche, lesioni da pressione.
- 2) **Corso Referente Aziendale Lesioni da Pressione**, per la creazione della rete dei Referenti Aziendali Lesioni da Pressione. Il corso è rivolto ad un infermiere di ogni U.O., che dimostri interesse per l'argomento, dei seguenti Dipartimenti: Medicina Interna, Medicina Specialistica e Medicina Integrata col territorio, nonché per le UU.OO. di Rianimazione del Policlinico. In tali Dipartimenti infatti, stante la tipologia dei ricoverati, si riscontrano con più frequenza pazienti portatori di LDP. La finalità è creare una rete di infermieri con adeguate *skills* per la prevenzione e la gestione delle lesioni cutanee difficili, per essere di supporto al team di lavoro delle diverse UU.OO. di degenza, che si interfacci con il N.O. Permanente Lesioni Cutanee.

## Redazione del Regolamento Generale e gestione attività di Direzione relative ai DMT

### **Gruppo di lavoro:**

Dott.ssa L. Arata, U.O. Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera

A seconda dell'argomento specifico sono stati creati gruppi di lavoro *ad hoc*, che hanno coinvolto:

Dott. P. Pronzato, Coordinatore del Cancer Board

Coordinatori dei DMT:

Prof.ssa L. Del Mastro

Dott.ssa A. Pessino

Dott. G. Fornarini

Dott.ssa E. Tanda (in sostituzione del Dott. Vagge)

Dott.ssa E. Bennicelli

Dott.ssa S. Mammoliti

Prof. C. Genova

Dott. A. Bacigalupo

Dott. F. Ballerini

Dott.ssa D. Comandini

Dott.ssa S. Sciallero

Prof.ssa C. Finocchi

Prof. F. Nobili

Prof.ssa M. Inglese.

Dott.ssa P. Dapino, UO Gestione del rischio clinico, qualità, accreditamento e URP

Dott.ssa N. S. Diaz Gaitan, UO Gestione del rischio clinico, qualità, accreditamento e URP

Ing. O. Bornia, U.O. Information & Communication Technologies (ICT)

Sig. C. Mele, U.O. Information & Communication Technologies (ICT)

### **Obiettivi:**

- Revisionare e aggiornare il Regolamento dei Disease Management Team – DMT, allegato 1 alla deliberazione n. 327 del 22/03/2013
- Pubblicare il nuovo Regolamento dei DMT
- Coordinare e supportare i Coordinatori dei DMT nella stesura dei nuovi Documenti di DMT (PDTA, PDTA spiegato ai pazienti)
- Coordinare i Coordinatori dei DMT e collaborare con l'UO ICT per l'implementazione del nuovo programma di gestione dei DMT

## Materiali e metodi

La progettualità è stata sviluppata nel corso dell'anno 2022.

Al fine del raggiungimento dei suddetti obiettivi sono stati presi in considerazione il Regolamento precedentemente in vigore, le deliberazioni aziendali e regionali, la letteratura scientifica in argomento e gli standard OECl.

Per la stesura dei nuovi Documenti di DMT è stato elaborato un modello standard da utilizzare come riferimento iniziale, eventualmente modificabile in relazione alla diversa organizzazione dei vari DMT. In riferimento all'elaborazione del nuovo programma di gestione dei DMT, il gruppo di lavoro specifico sull'argomento (Dott.ssa L. Arata, Dott.ssa P. Dapino, Dott. C. Mele, Ing. O. Borna) ha effettuato diversi incontri a scopo preparatorio, sia ristretti sia con il coinvolgimento dei Coordinatori dei DMT.

## Risultati

In considerazione del Regolamento dei Disease Management Team – DMT, allegato 1 alla deliberazione n. 327 del 22/03/2013, dell'assetto aziendale recentemente rinnovato e degli obiettivi aziendali in argomento condivisi con il Direttore Sanitario, Dott. G. Orengo, il nuovo Regolamento *Disease Management Team* – PQAZHSN\_0001DMT è stato redatto e pubblicato in *Isolabweb* in data 25/05/2022, come Procedura Aziendale, ed è da quel momento in vigore.

I documenti di DMT sono in corso di redazione da parte dei Coordinatori, come da indicazioni e con il supporto della referente della Direzione per i DMT, Dott.ssa L. Arata e al momento attuale sono pubblicati nel nuovo programma gestionale i documenti di n. 9 (tutti i DMT oncologici tranne eccetto il DMT Linfomi) DMT su 14.

Nel mese di Novembre 2022 il nuovo programma gestionale dei DMT <https://dmt.hsm.dom/> è stato rilasciato in modo che i Coordinatori iniziassero a utilizzarlo e fornissero *feedback*, nell'ottica del miglioramento continuo, che sta proseguendo tuttora.

## Ostetricia: ritorno al futuro

### **Responsabile:**

Dott. Claudio Gustavino, Direttore Dipartimento Ginecologico e Percorso Nascita e Direttore UO Ostetricia e Ginecologia.

### **Gruppo di lavoro:**

Prof. Angelo Cagnacci, Direttore UO Clinica Ostetrica e Ginecologica

Dott. Cesare Arioni, Direttore UO Neonatologia

Dott.ssa Pierangela De Biasio, Direttrice S.S.D. Diagnosi Prenatale e Medicina Perinatale

Dott.ssa Arianna Amidani, Coordinatrice Ostetrica

### **Abstract.**

In riferimento agli standard C.A.R.M.In.A. 5.12 ed allo scopo di superare i punti di debolezza si è avviato un progetto, condiviso con la Direzione Strategica e con tutte le professionalità attive nel Percorso Nascita formalizzato dall’Azienda. I punti di debolezza sopracitati sono: -necessità di rimodulare i percorsi con particolare attenzione all’area della fisiologia rispetto a quella della patologia; -migliorare la definizione delle competenze delle diverse figure professionali con particolare riguardo a quella infermieristica e ostetrica.

Il progetto prevede la realizzazione di percorsi distinti tra fisiologia e patologia, attraverso la graduale sostituzione delle infermiere con le ostetriche nel reparto di maternità e una logistica, a misura di donna e bambino, funzionale anche alla corretta individuazione dei flussi.

### **Obiettivi e Risultati Attesi.**

**A)** Ridurre la medicalizzazione dell’evento nascita, che, quando consentito, deve essere vissuto in modo naturale e sicuro da tutte le gestanti.

**B)** Abbattere il numero dei tagli cesarei impropri, eseguiti per decisioni assunte nella zona d’ombra di percorsi indistinti.

**C)** Eliminare anacronistiche conflittualità tra figure professionali, stabilendo assetti che ne valorizzino le competenze e le peculiarità.

### **Materiali, Metodi.**

Nel 2022 si è predisposta la pianificazione delle opere necessarie alla logistica e alla organizzazione, con particolare riferimento alla individuazione di un’area di monitoraggio e osservazione, un reparto di fisiologia ostetrica, un reparto di patologia ostetrica con due “family room” per consentire al neonato pretermine per stare con la mamma.

**Condivisione prevista dei Risultati.** In questa fase della progettazione, la comunicazione resta all’interno del Dipartimento, in previsione di una riflessione nell’ambito del Policlinico pensata per il 2023 sul “Nascere a San Martino”.

## Area 6 CARMINA Report

### Incident Reporting – Analisi dati anno 2022

#### **Gruppo di lavoro:**

Dott. G. Orenco, Direttore f.f. UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Dott.ssa S. Morganti, Vice Direttore UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Dott.ssa S. Vyshka, UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Dott.ssa P. Dapino, UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

#### **Premessa**

All'interno del Policlinico è in vigore la Scheda di segnalazione adottata dalle aziende sanitarie di Regione Liguria MODAZHQA\_0701-SCHEDA\_DI\_SEGNALAZIONE\_SPONTANEA\_DEGLI\_EVENTI.

La Gestione degli *Incident Reporting* è effettuata secondo quanto stabilito dall' Istruzione Operativa Aziendale IOAZHQA\_0701- Gestione Scheda Segnalazione Spontanea Eventi – *Incident Reporting* (rev 5 del 17/07/2019).

Le segnalazioni sono effettuate volontariamente da tutto il personale del Policlinico ed inviate all'UO Gestione del Rischio, Qualità, Accreditamento e URP.

L'UO Gestione del Rischio, Qualità, Accreditamento e URP provvede all'analisi della Scheda attraverso una valutazione integrata da parte di un *team* integrato Medico/Infermiere.

Le segnalazioni (MODAZHQA\_0701) che pervengono all'HQA sono soggette alle opportune forme di tutela della riservatezza. Alla raccolta delle segnalazioni cartacee segue l'immediata registrazione nel sistema applicativo *Web* aziendale *Op-Risk* per l'archiviazione e la trasmissione dei soli dati salienti (inesattezza, inadeguatezza, ritardo, omissione rispetto alle procedure) alla Regione Liguria.

**Analisi dell'Evento.** Tutti i casi vengono posti all'attenzione del Direttore UO Gestione del Rischio, Qualità, Accreditamento e URP e, in particolare per i casi più gravi, dal punto di vista del rischio è definita in modo condiviso la modalità di gestione.

In HQA il *Team* Integrato di valutazione provvede a realizzare una delle seguenti attività:

- A.** Avviare l'analisi ritenuta più opportuna per il caso in questione (Audit, Incontri, *Significant Event Analysis*, *Root Cause Analysis*) al fine di raccogliere elementi sull'evento, fattori causali o concomitanti, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni che dovranno essere formalizzate in Azioni Correttive. Contestualmente sarà individuato un Coordinatore/Responsabile dell'implementazione e dell'Azione Correttiva
- B.** Se l'evento segnalato è riferibile all'area di competenza di altre UU.OO. di Staff, si provvederà ad inoltrare la segnalazione in forma sintetica all' Unità Operativa interessata

- C. Se l'evento segnalato è riferibile a svista o dimenticanza temporanea e nel caso sia stata tempestivamente identificata la causa prossima all'evento in errore attivo senza conseguenze dannose, si provvederà a concludere l'iter

**Definizione di eventuali Azioni Correttive.** La gestione e analisi della segnalazione (*Incident Reporting*) comporta l'individuazione di Azioni Correttive volte a migliorare i processi aziendali. Nel caso in cui le Azioni Correttive abbiano un impatto in termini di risorse aggiuntive, l'intero percorso di definizione e progettazione verrà trasferito alla Direzione Strategica del Policlinico per ottenere l'approvazione alla sua implementazione. Per ogni Azione Correttiva verrà identificato il Coordinatore/Responsabile della realizzazione e del cronogramma delle attività. Il Coordinatore/Responsabile delle singole Azioni Correttive è incaricato dell'implementazione e della realizzazione delle attività definite nel cronogramma. L' UO Gestione del Rischio, Qualità, Accredimento e URP è responsabile del monitoraggio di ogni Azione Correttiva implementata.

Si cita quale Azione di Miglioramento implementata a seguito di segnalazioni, il percorso adottato per la tracciabilità trasporti campioni biologici e sacche di emocomponenti esposto in questo documento, pag. 45 nel capitolo "Area 4- Report".

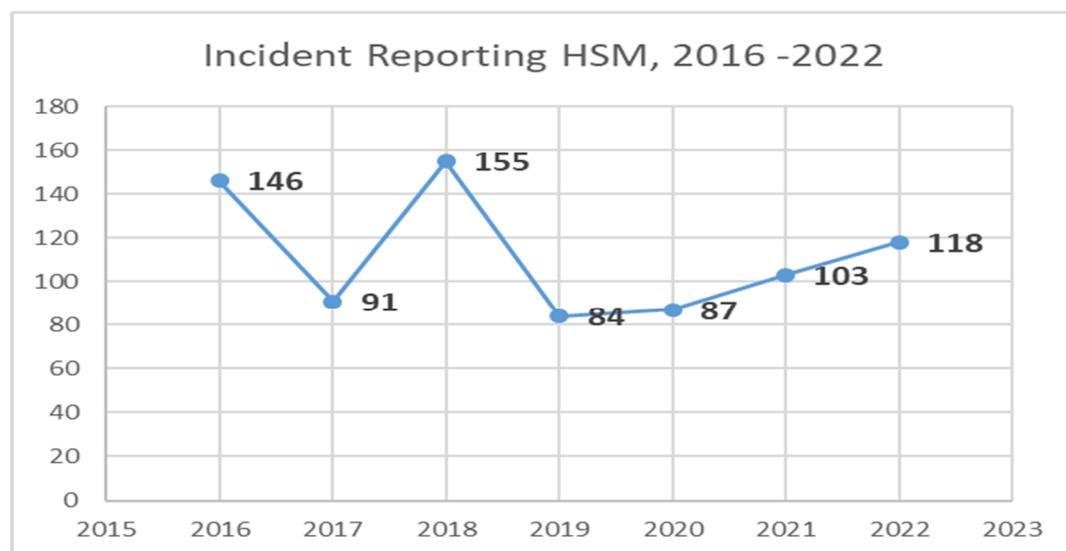
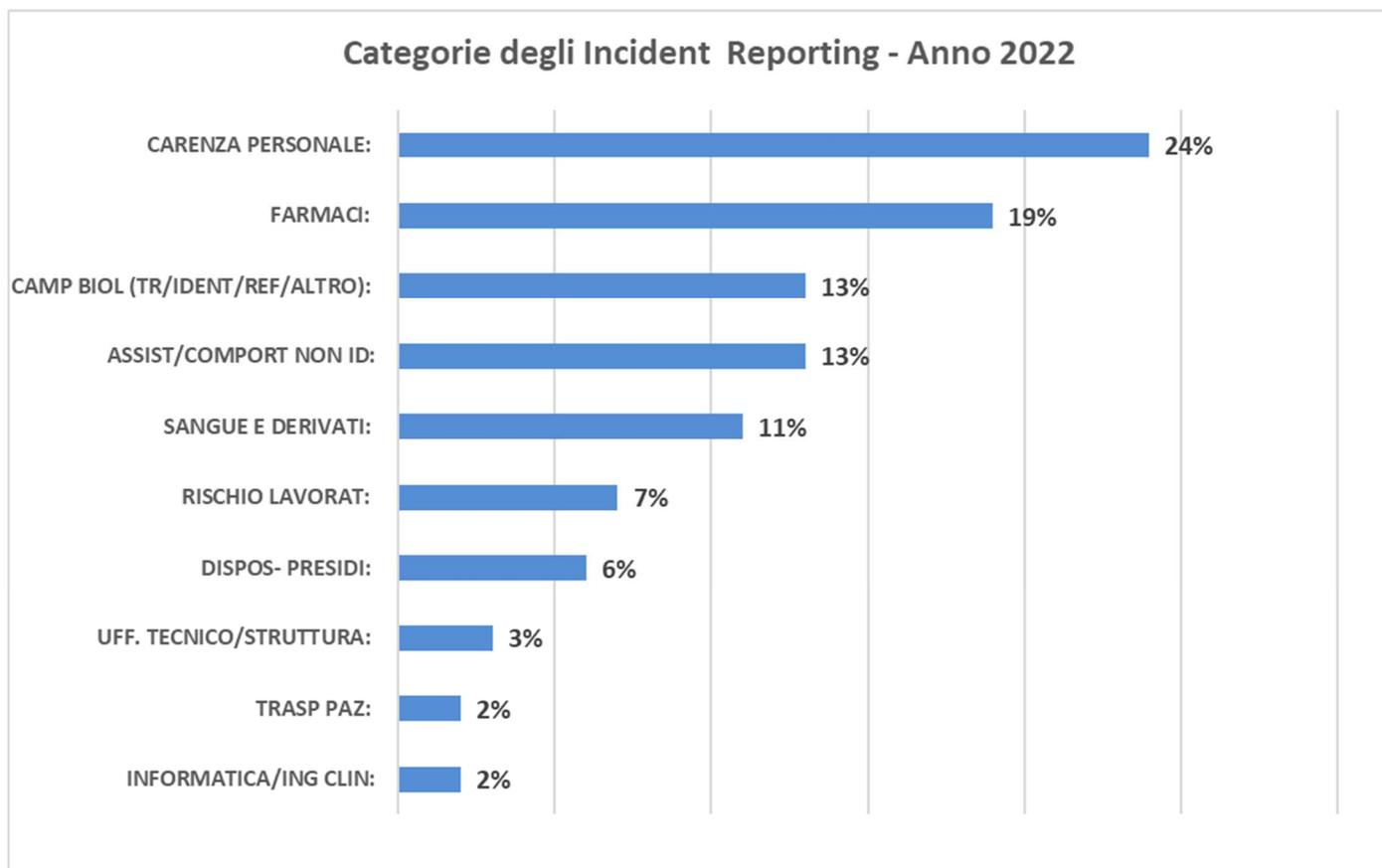


Grafico della "numerosità di Schede di segnalazione di *Incident Reporting* dal 2016 al 2022".

### Analisi dati anno 2022

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

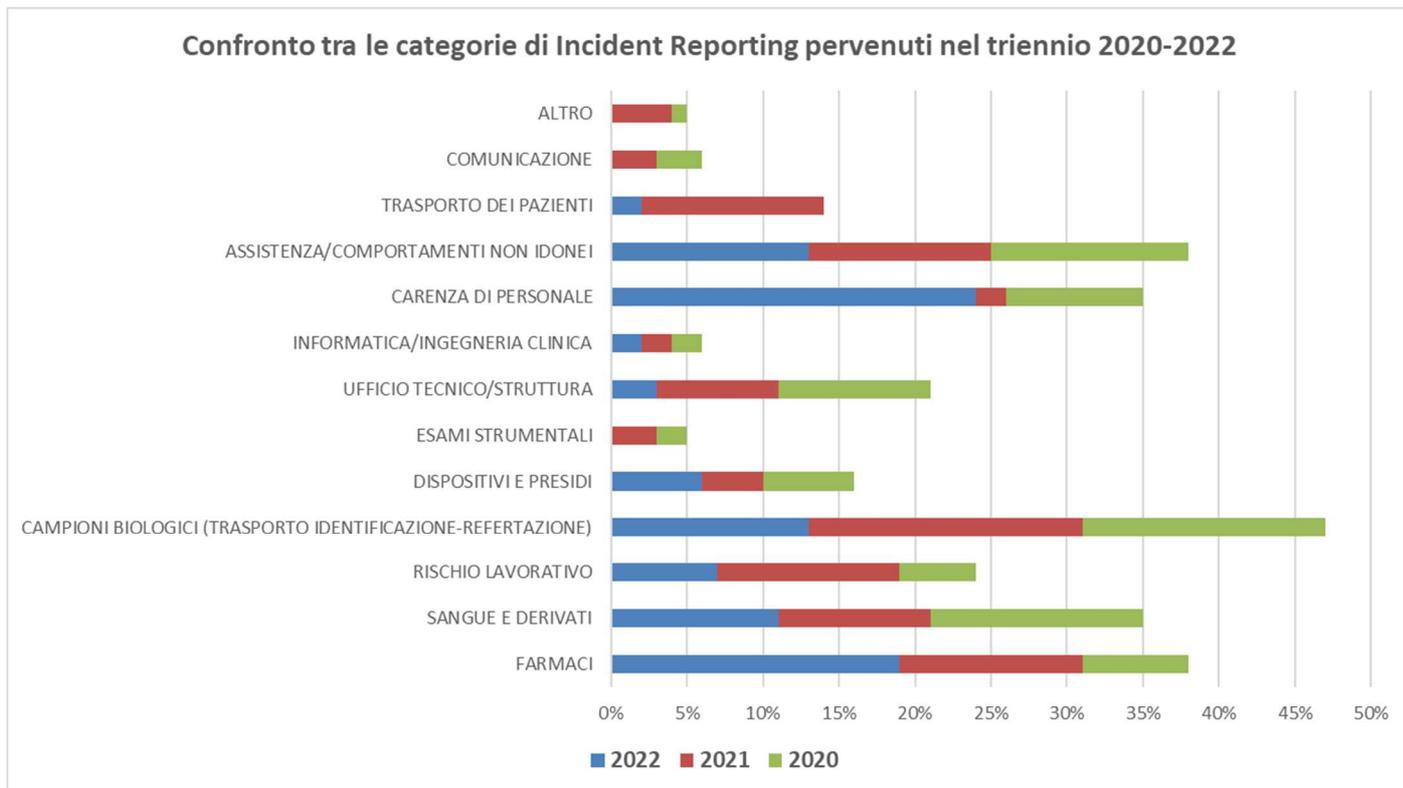
Nel corso del 2022 sono pervenute 118 schede di segnalazione spontanea, che descrivono eventi ascrivibili alle categorie riportate nel grafico:



La Tabella successiva, pone a confronto le categorie degli *Incident Reporting* del periodo 2020-2022:

CATEGORIE INCIDENT REPORTING	2022	2021	2020
FARMACI	19%	12%	7%
SANGUE E DERIVATI	11%	10%	14%
RISCHIO LAVORATIVO	7%	12%	5%
CAMPIONI BIOLOGICI (TRASPORTO IDENTIFICAZIONE-REFERTAZIONE)	13%	18%	16%
DISPOSITIVI E PRESIDI	6%	4%	6%
ESAMI STRUMENTALI	0	3%	2%
UFFICIO TECNICO/STRUTTURA	3%	8%	10%
INFORMATICA/INGEGNERIA CLINICA	2%	2%	2%
CARENZA DI PERSONALE	24%	2%	9%
ASSISTENZA/COMPORAMENTI NON IDONEI	13%	12%	13%
TRASPORTO DEI PAZIENTI	2%	12%	0
COMUNICAZIONE	0	3%	3%
ALTRO	0	4%	1%

**Grafico: le categorie degli Incident Reporting del periodo 2020-2022.**



## Area 7 CARMINA Report

### Le contenzioni nel Policlinico: studio di 38 casi, contenzioni meccaniche in ambito non psichiatrico. Avanzamento lavori

#### **Gruppo di lavoro:**

Dott. G. Orenco, Direttore f.f. UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Dott.ssa S. Morganti, Vice Direttore UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Dott. B. Cavaliere, Direttore UO Direzione Professioni Sanitarie

Dott.ssa N. Gaitan Diaz, UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Dott.ssa A. Filanti, UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Dott.ssa S. Sanfilippo, UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Dott. D. Ulivieri, UO Direzione Professioni Sanitarie

Nel corso del 2022 è stato avviato, nel Policlinico, lo studio del fenomeno delle contenzioni di tipo meccanico, in ambito non psichiatrico. La popolazione dello studio è costituita dai pazienti contenzionati in tutti le degenze dell'Ospedale Policlinico durante il periodo compreso tra Marzo 2022 e Dicembre 2022.

#### **Obiettivo Generale:**

- verificare l'appropriatezza delle indicazioni e la gestione delle contenzioni nell'Ospedale Policlinico San Martino.

#### **Obiettivi specifici**

1. Determinare il numero di contenzionati per singolo reparto, al momento dell'indagine
2. Identificare le cause che portano alla contenzione nei reparti
3. Stabilire che misure sono state adottate prima di contenzionare i pazienti
4. Verificare se le contenzioni analizzate sono state documentate sulla cartella clinica e sulla "scheda applicazione temporanea/prescrizione contenzione fisica" (MODAZHOR\_0073 rev. 2 del 04/10/2019).
5. Individuare se a seguito delle contenzioni si sono presentate lesioni.
6. Individuare i mezzi di contenzione utilizzati e le tempistiche di monitoraggio.
7. Determinare la conformità della compilazione della "scheda applicazione temporanea/prescrizione contenzione fisica" (MODAZHOR\_0073 rev. 2 del 04/10/2019) riguardo alla chiarezza, accuratezza, rintracciabilità.

8. Individuare il livello di agitazione dei pazienti contenzionati attraverso la scala di *Riker*
9. Determinare se esiste una correlazione tra la contenzione e il fattore di rischio caduta dei pazienti contenzionati attraverso la scala di *Conley*
10. Individuare le caratteristiche generali e cliniche dei pazienti contenzionati.
11. Determinare l'appropriatezza di ciascuna contenzione alla luce di quanto stabilito dai riferimenti normativi.

**Criteri di inclusione:** Pazienti contenzionati fisicamente nel periodo dell'indagine (2022).

**Criteri di esclusione:** Pazienti contenzionati in ambito psichiatrico.

**Popolazione dello studio:** tutti i Pazienti contenzionati in tutti le degenze dell'Ospedale Policlinico durante il periodo compreso tra Marzo 2022 e Dicembre 2022.

**Campione dello studio:** la tecnica di campionamento per l'arruolamento dei pazienti contenzionati sarà di convenienza, non probabilistico. La data del sopralluogo nelle diverse unità operative sarà determinata dalla disponibilità del personale per condurre l'indagine e del reparto oggetto del sopralluogo.

Standard di valutazione in pazienti ricoverati in ambito non psichiatrico	Riferimento Normativo
<p>Il medico deve documentare in cartella:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prescrizione per un episodio specifico e per un periodo di tempo limitato</li> <li>✓ Motivazione della contenzione</li> <li>✓ Tipologia di dispositivo</li> <li>✓ Tempo di utilizzo e modalità di controllo.</li> <li>✓ Durata massima di 24 ore, dopo di che se rimangono le condizioni deve essere nuovamente prescritta e riportata sulla scheda.</li> </ul> <p>Inoltre,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sul diario clinico e sul diario infermieristico deve esserci la revoca della contenzione a seguito delle variazioni delle condizioni cliniche attraverso la scala SAS/RIKER (Descritta nella scheda applicazione temporanea/prescrizione contenzione fisica)</li> <li>✓ Ogni 30 minuti: valutazione mediante parametri vitali e lo stato di coscienza.</li> <li>✓ Ogni 3-4 ore: valutazione del corretto posizionamento della contenzione e possibili effetti indesiderati.</li> <li>✓ Rimuovere la contenzione ogni 2 ore per almeno 10 minuti (con esclusione della notte)</li> <li>✓ Documentare in cartella il monitoraggio</li> </ul>	<p>IOAZHOR_0073 Rev.3 del 26/03/2018</p>

## Strumento per la raccolta dei dati: MODHQA\_1000 (Rev.2 del 06/04/2022) AUDIT CLINICO «CONTENZIONI» -SCHEDA

### Fonti di informazione

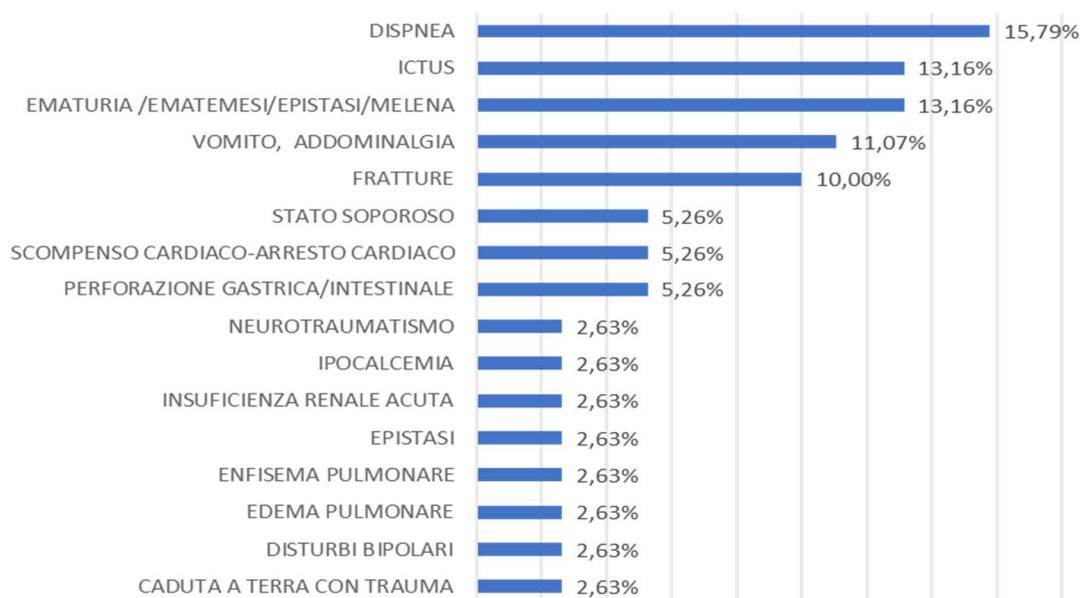
- Scheda applicazione temporanea/prescrizione contenzione fisica (MODAZHOR\_0073 rev2 del 04/10/2019)
- Cartella Clinica del paziente osservato
- Il paziente
- Eventuali comunicazioni fornite dagli Operatori Sanitari del reparto

### Risultati

Riguardo agli obiettivi dello Studio si riferiscono i primi dati di tipo generale, mentre l'analisi completa è in fase di elaborazione.

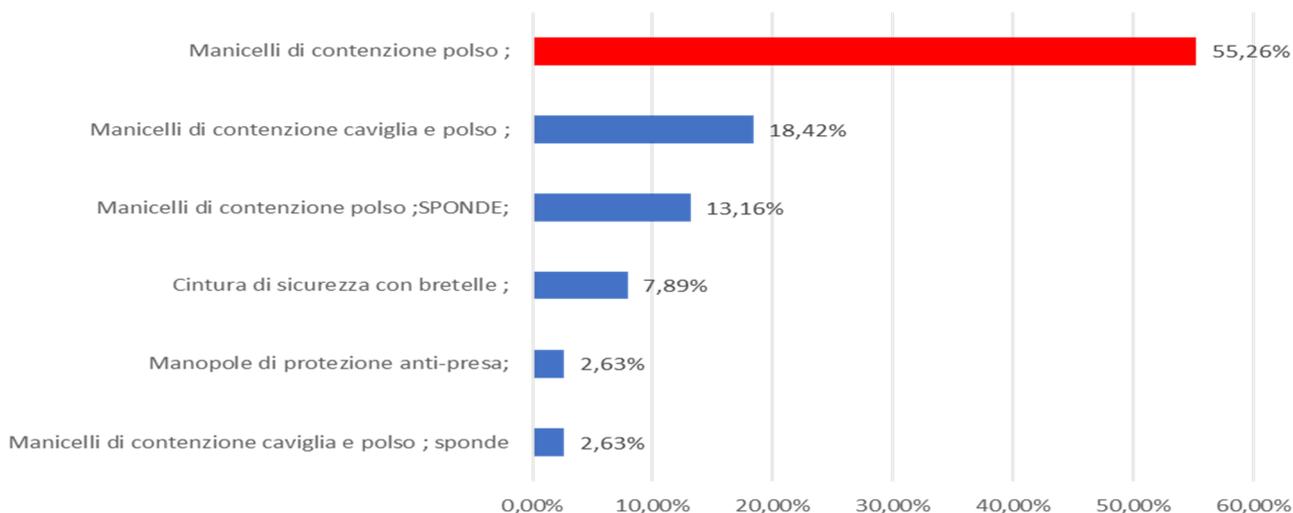
Riguardo all'obiettivo 1 "Determinare il numero di pazienti contenzionati per singolo reparto, al momento dell'indagine", si rileva che il calcolo della prevalenza generale del fenomeno in HSM è poco agevole da attuare a causa della numerosità e complessità dei reparti. La prevalenza è dipendente dal tipo di reparto e dal numero di posti letto. I casi analizzati corrispondono a 15 unità operative (a volte afferenti allo stesso personale infermieristico), con una variazione di posti letto da 14 a 69. I valori riscontrati in una giornata si aggirano tra il 4,5% ed il 33,3%. Anche se non paragonabili per metodologia, dati italiani segnalano prevalenze tra il 4% e 22%, negli ospedali generali (Zanetti E. et al. 2012). Di seguito si rappresenta il tipo di diagnosi al momento del ricovero, dei pazienti campione dell'osservazione:

### Diagnosi al momento del ricovero



Riguardo all' obiettivo 6 "Individuare i mezzi di contenzione utilizzati e le tempistiche di monitoraggio", si rileva che il mezzo di contenzione più utilizzato è rappresentato dai manicelli ai polsi, (55.3%). Nel 18.4% vengono utilizzati per contenzione mista di polsi e caviglie.

### Mezzi di contenzione meccanica applicati



### **AZIONI DI MIGLIORAMENTO**

Alla luce di quanto riscontrato dall'analisi del campione, benchè molto esiguo, si rende necessario:

- ❖ modificare l'istruzione operativa sulle contenzioni (in *progress*),
- ❖ sensibilizzare il personale attraverso diverse modalità tra cui corsi di formazione (è in programma un corso di aggiornamento)
- ❖ migliorare la compilazione della documentazione in relazione a:
  - motivazioni,
  - misure di prevenzione,
  - prescrizione
  - controllo continuo/monitoraggio nei casi in cui sia necessario contenzionare i pazienti.

E' stato inoltre avviato un confronto, con i programmatori del *software*, riguardo l'adeguamento documentale previsto nel nuovo sistema informatico *Onesys*.

## Iter di revisione delle Informative a procedura/intervento

### **Responsabile**

Dott. G. Orenco, Direttore f.f. UO Gestione Rischio Clinico, Qualita, Accreditamento e URP

### **Gruppo di lavoro**

Dott.ssa S. Morganti, Vice Direttore UO Gestione Rischio Clinico, Qualita, Accreditamento e URP

Dott.ssa A. Filanti, Vice RAQ UO Gestione Rischio Clinico, Qualita, Accreditamento e URP

Tutte le Unità Operative del Policlinico

### **Abstract**

L'iter di revisione dei Consensi a procedura/intervento in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 219 del 22/12/2017 recepita con Istruzione Operativa Aziendale IOAZHQA\_0011, è costantemente in itinere: le Informative revisionate al 26/01/2023, sono 437.

L'attività è finalizzata ad assicurare l'aderenza della documentazione, per l'acquisizione del Consenso, a requisiti specifici espressi all'art. 1 comma 3 della L.219/2017, che favoriscano la comprensibilità dell'informazione destinata all'utente. L'iter di revisione prevede:

- la revisione o nuova redazione delle Informative per acquisire il Consenso/Dissenso del paziente a procedura o intervento
- la gestione del passaggio dalla documentazione in vigore nel Policlinico alle nuove Informative che sono consultabili dall'utente sul sito web del Policlinico
- il monitoraggio del corretto utilizzo di Informative e moduli di acquisizione del Consenso
- la manutenzione delle Informative in funzione delle innovazioni delle tecnologie

L'acquisizione del Consenso rappresenta l'espressione della relazione medico-paziente in cui il medico è tenuto a raccogliere un'adesione effettiva, partecipata e compresa alla procedura cui il paziente è candidato ad essere sottoposto. Il consenso del paziente non è un atto formale, bensì la condizione essenziale per trasformare un atto "normalmente illecito", come la violazione dell'integrità psicofisica, in un atto lecito e responsabile.

L'attività di revisione della documentazione informativa, intende dare maggior rilievo possibile alla fase di informazione da parte del medico. E' necessario sensibilizzare tutti i professionisti ad una maggiore attenzione all'adeguata informazione del paziente in quanto costituisce parte integrante dell'atto diagnostico/terapeutico. Gli elementi qualificanti di ogni singola informativa sono:

- Indicazioni (da letteratura)
- Descrizione della Procedura
- Rischi e percentuali di rischio e delle complicanze (ragionevoli da letteratura)
- Rischi conseguenti al "Non Sottoporsi" alla procedura proposta
- Alternative terapeutiche possibili
- Bibliografia

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

*Consenso informato*

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

2. È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'*équipe* sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

4. Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

5. Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4,

qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali.

7. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'*équipe* sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirle.

8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

9. Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.

10. La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.

11. È fatta salva l'applicazione delle norme speciali che disciplinano l'acquisizione del consenso informato per determinati atti o trattamenti sanitari.

## Obiettivi

L'obiettivo fondamentale dell'attività di revisione delle Informative a procedura/intervento è assicurare l'aderenza della documentazione relativa all'acquisizione del Consenso a requisiti che garantiscano l'eshaustività dell'informazione e la maggior comprensione possibile da parte dell'utente di quanto comunicato dal medico.

## Descrizione attività

Tutta l'attività è dettagliatamente descritta nella Istruzione Operativa Aziendale IOAZHQA\_0011.

L'attività si declina in:

1. Revisione
2. Monitoraggio
3. Verifica

### **1. Revisione**

Per la redazione/revisione delle Informative per acquisire il Consenso/Dissenso del paziente a procedura o intervento, sono state pianificate le seguenti attività:

- creare un unico Consenso/Dissenso valido per tutte le procedure
- redigere per ogni procedura un'Informativa adeguata e basata su prove di efficacia
- produrre una ed una sola Informativa per ognuna delle procedure/prestazioni erogate da più di una struttura/unità operativa
- pubblicare nel sito Internet del Policlinico tutte le Informative revisionate

I Consensi in uso sono sottoposti a revisione separando la parte "Informativa" dalla formula di "acquisizione del Consenso", condividendo le modifiche al testo con gli specialisti della disciplina cui afferisce la procedura descritta e controllati dall' UO Gestione Rischio Clinico per la validazione finale.

Gli elementi qualificanti di ogni informativa sono espressi all'art. 1 comma 3 della L.219/2017:

- Indicazioni (da letteratura)
- Descrizione della Procedura
- Rischi e percentuali di rischio e delle complicanze (ragionevoli da letteratura)
- Rischi conseguenti al "Non Sottoporsi" alla procedura proposta
- Alternative terapeutiche possibili
- Percentuale di casistica e complicanze di unità operativa (facoltativo)
- Bibliografia

Le Informative revisionate sono pubblicate in *Isolabweb* (software di creazione ed archiviazione della documentazione aziendale) e quindi sul sito web del Policlinico e saranno sottoposte a nuova revisione nel caso di eventuali innovazioni delle procedure/interventi.

Si è ritenuto necessario modificare il criterio di codifica delle Informative allo scopo di superare la logica di Unità Operativa utilizzando il criterio:

- di appartenenza alle AFO (Area Funzionale Omogenea) e delle Discipline
- di identificazione mediante i codici ICD (*International Classification of Diseases*: codifica per patologia e procedura) riconducendo la documentazione alla Disciplina "D" di cui si descrive la procedura/intervento

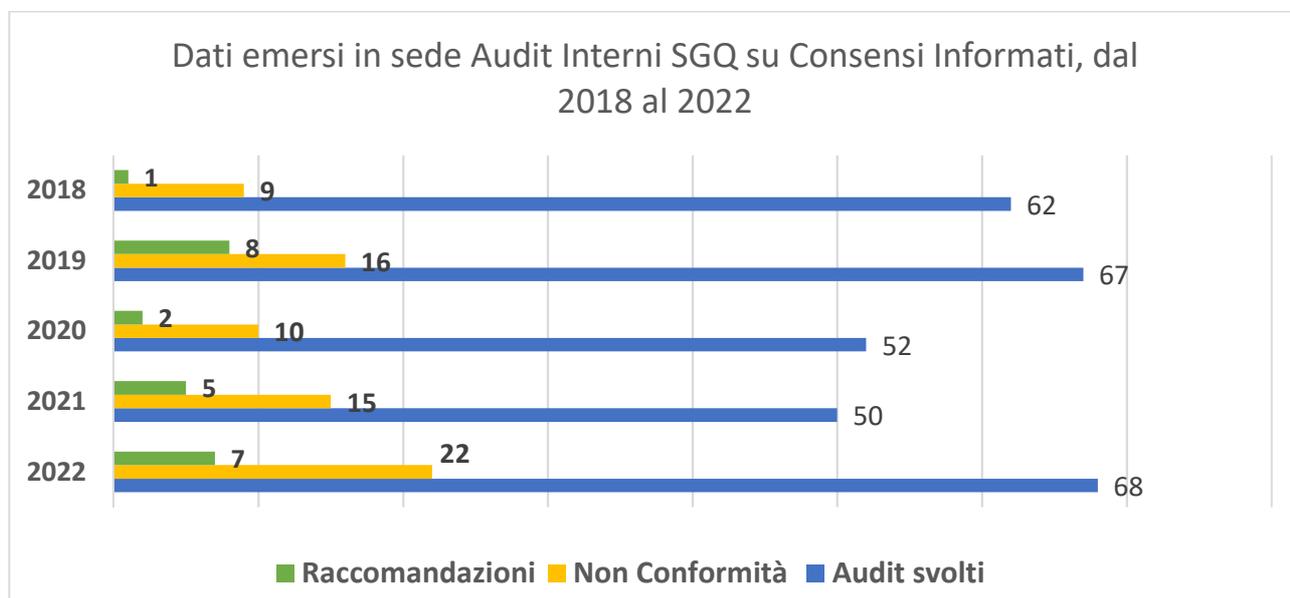
### **2. Monitoraggio**

Il monitoraggio dell'attività è svolto costantemente e in previsione degli Audit Interni SGQ.

Prima di ogni Audit Interno si effettua ricognizione documentale (in HQA) allo scopo di accertare la presenza di Consensi di UO, all'interno del software *Isolabweb*, o di Informative revisionate, in ottemperanza alla L.219/2017, per quella specifica disciplina.

### **3. Verifica**

Dal 2022 ci si è avvalsi della collaborazione dei Valutatori *Lead Auditor*, che in sede di Audit Interni SGQ leggono le Cartelle Cliniche, accertando la presenza dei moduli di Consenso e le Informative in uso presso l'UO oggetto di Audit. A tale accertamento segue la registrazione dei rilievi nel Verbale di Audit, con eventuale attribuzione di Raccomandazioni o Non Conformità.



### Risultati

In totale al 26/01/2023 sono state revisionate 437 Informative, pubblicate in Isolabweb e nel sito del Policlinico all'indirizzo: <https://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/informative-per-procedure-sanitarie.html>

La consultazione da parte dei cittadini è facilitata dalla possibilità di selezionare la Disciplina e l'Area Funzionale Omogenea.

Di seguito **tabella riassuntiva delle Informative revisionate e pubblicate** per Area Funzionale Omogenea e per Disciplina, al 24/01/2023.

<b>AFO 1</b>	<b>DISCIPLINA</b>	<b>INFORMATIVE PUBBLICATE</b>
<b>Medica</b>	ALLERGOLOGIA	7
	CARDIOLOGIA	32
	EMATOLOGIA	9
	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTR.	5
	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	5
	NEFROLOGIA	2
	NEUROLOGIA	4
	DERMATOLOGIA	7
	GASTROENTEROLOGIA	10
	MEDICINA NUCLEARE	35
	PNEUMOLOGIA	10
	RADIOLOGIA	16
	RADIOTERAPIA	1
	REUMATOLOGIA	1
	ONCOLOGIA	1
IMMUNOLOGIA	1	
<b>AFO 2</b>	<b>DISCIPLINA</b>	<b>INFORMATIVE PUBBLICATE</b>
<b>Chirurgica</b>	CHIRURGIA GENERALE	16
	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	28
	CHIRURGIA PLASTICA	16
	CHIRURGIA VASCOLARE	14
	OCULISTICA	15
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12
	OTORINOLARINGOIATRIA	3
	UROLOGIA	40
	NEFROLOGIA (ABIL. AL TRAPIANTO DI RENE)	6
	TORACICA	19
	NEUROCHIRURGIA	25
<b>AFO 3</b>	<b>DISCIPLINA</b>	<b>INFORMATIVE PUBBLICATE</b>
<b>Terapie intensive</b>	TERAPIA INTENSIVA	38
	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	21
<b>AFO 4</b>	<b>DISCIPLINA</b>	<b>INFORMATIVE PUBBLICATE</b>
<b>Materno infantile</b>	FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA	9
	NEONATOLOGIA	1
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	9
<b>AFO 9</b>	<b>DISCIPLINA</b>	<b>INFORMATIVE PUBBLICATE</b>
<b>Riabilitazione e lungodegenza</b>	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	19
<b>Totale Informative revisionate pubblicate</b>		<b><u>437</u></b>

Pagina di consultazione delle Informative, nel sitoweb del Policlinico:



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



[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	<input type="text"/>
Codice AFO	Seleziona AREA <input type="button" value="v"/>
DISCIPLINA	Seleziona DISCIPLINA <input type="button" value="v"/>

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

CRIOTERAPIA  
DERMATOLOGIA (Medica)



## Team Building attraverso l'arte: laboratorio artistico 2022 per operatori dell'Ospedale Policlinico San Martino-Relazione di fine progetto

### **Gruppo di lavoro:**

Dott. Orenco G. Direttore f.f. UO Gestione Rischio Clinico Qualità, Accredited. e URP

Dott.ssa Morganti S. Vice Direttore UO Gestione Rischio Clinico Qualità, Accredited. e URP

Dott. M. Gallucci ex Direttore Hospice HSM

**Conduttore del progetto:** Dott.ssa Cristina Bazzan, arterapista con esperienze di formazione di gruppi di lavoro in ambito sanitario<sup>[1]</sup>.

### **Introduzione**

#### ***Esperienze precedenti***

Nel periodo giugno - ottobre 2021 è stato realizzato un laboratorio di *team building* attraverso l'arte, destinato agli operatori delle Unità Operative URP e Ufficio Qualità, che comprendeva otto incontri per sedici ore. Dopo quella esperienza è stato progettato un corso di *team building attraverso l'arte* destinato potenzialmente a tutti gli operatori dell'Ospedale Policlinico San Martino per stimolare l'attivazione di comportamenti collaborativi quando le persone sono in una situazione di interdipendenza.

#### ***Collaborare e comunicare***

I risultati della letteratura supportano l'idea che l'arte sia uno strumento utile agli operatori sanitari per migliorare il lavoro d'équipe. Vi sono due principali meccanismi attraverso i quali l'arte lo può fare. Il primo meccanismo è indiretto, e consiste nell'osservazione degli altri impegnati nella produzione artistica. I partecipanti sperimentano un'interazione matura con altre persone, che hanno prospettive ed esperienze diverse dalle loro. Il secondo meccanismo è diretto, e consiste nella partecipazione alla creazione artistica. I partecipanti esaminano, sfidano e talvolta persino modificano il proprio modo di pensare. Per esempio, la creazione di arte visiva può sviluppare una "immaginazione empatica", cioè un set di abilità cognitive per generare idee, risolvere problemi e creare possibilità.

La creazione artistica è spesso vissuta inizialmente come intimidatoria. In particolare, impegnarsi in una performance di gruppo fa sentire molti partecipanti particolarmente vulnerabili. È un'esperienza nuova, eppure è proprio questa vulnerabilità condivisa che aiuta a rafforzare il rapporto con i colleghi. Inoltre, la natura esperienziale dell'attività artistica può favorire nel partecipante una connessione emotiva con gli altri, anche se essi provengono da discipline, reparti, ed esperienze diversi. Le équipe sono spesso di natura interprofessionale e di solito sono costantemente alla ricerca di un'unica e corretta interpretazione dei fatti. In un laboratorio artistico invece i partecipanti sono sollevati dall'aver la risposta "giusta" e sono esposti a idee a cui non avrebbero pensato da soli, incoraggiati ad ascoltare e apprezzare prospettive diverse. Essi sono coinvolti in uno spazio di esplorazione e di novità,

---

[1] Esperienze di formazione di gruppi di lavoro in ambito sanitario:

- A.I.S.M. Associazione Italiana Sclerosi Multipla, "Arteterapia nella relazione di cura e come sostegno per l'operatore" Padova 2011.
- Hospice "M. Chighine" Policlinico San Martino, "Arteterapia nelle Cure Palliative, strumento per migliorare l'approccio empatico nella relazione di cura e sostegno per l'operatore", Genova 2015.
- Azienda per l'Assistenza Sanitaria N.3 "Alto Friuli – Collinare Medio Friuli, Formazione Personale Sanitario "Le relazioni professionali di aiuto, la cura di sé", Udine 2017.
- Hospice "Tulipano" Ospedale Niguarda (MI) Formazione Medici, Infermieri, Operatori Socio Sanitari Milano, 2009-2018

nel quale si impegnano in attività incentrate su sé stessi, sfruttano le capacità e l'esperienza che già possiedono, risolvono problemi in modi innovativi. I risultati della collaborazione ad una attività artistica comprendono miglioramenti nelle capacità dei partecipanti di lavorare in modo efficace con persone provenienti da contesti diversi, notare e apprezzare molteplici prospettive, capire le dinamiche di gruppo, ascoltare e fornire empatia e sostegno agli altri, specialmente in circostanze difficili.

### **Metodo**

L'oggetto del corso *Team building attraverso l'arte* era facilitare lo sviluppo delle relazioni interpersonali (collaborazione e comunicazione) nelle équipes di operatori sanitari mediante un laboratorio artistico di crescita professionale creativa. Il campo dell'attività del laboratorio è stato limitato alle due dimensioni della collaborazione e della comunicazione. Queste due abilità sono state selezionate per la loro importanza nel lavoro professionale, evidenziata in Italia ad esempio dai codici di deontologia dei medici e degli infermieri e a livello internazionale da linee guida di accreditamento, per esempio dai ruoli CanMEDS canadesi, che includono "collaboratore" e "comunicatore" come due delle sette competenze chiave per i medici.

### **Dimensione del "collaborare"**

La scelta del tipo di interdipendenza sociale da impostare nel laboratorio d'arte ha un impatto sul comportamento relazionale dei partecipanti, che diventano più o meno collaborativi e disponibili all'aiuto reciproco a seconda di quanto percepiscono di poter avere successo da soli o insieme. Un progetto artistico cooperativo, partendo dalle idee e dai valori comuni, può insegnare ai partecipanti le abilità efficaci per affrontare le crisi del gruppo. I partecipanti si costituiscono immediatamente all'inizio del corso come un gruppo temporaneo (attività d'ingresso, *ice breaking*) nel quale sono interdipendenti, beneficiano dei risultati degli altri e sono toccati dai loro fallimenti. Sentono che sono collegati al loro lavoro, che lo sforzo di ciascuno è importante e che si potrà arrivare al successo solo se tutti collaborano. Più le persone si conoscono, meglio possono affrontare i problemi e più è probabile che si sostengano a vicenda nei momenti difficili.

### **Dimensione del "comunicare"**

Nel progettare il corso si è lavorato sia sul tipo di interazione: di scopo, di ruoli, di risorse, sia sul grado di interazione: assente, debole o forte. Nell'interazione di scopo al gruppo viene assegnato un obiettivo comune che può essere raggiunto solo con la collaborazione di tutti i membri. Nell'interazione di ruoli a ciascuno viene assegnata una responsabilità collegata allo svolgimento del compito comune. Nell'interazione di risorse ognuno ha solo una porzione dei materiali, informazioni o risorse necessarie a svolgere il compito. Si può modulare anche il *grado* di interazione richiesto al gruppo. Se si propone un lavoro individuale si ottiene il grado "assente" di interazione. Se si chiede di realizzare in gruppo un prodotto artistico, ma non si danno altre istruzioni, si ottiene una interazione "debole", con la conseguenza che i partecipanti potrebbero non sentirsi vincolati a collaborare. Se invece si impongono vincoli di ruolo o di risorse si ottiene una interazione "forte".

### **Obiettivo del progetto**

Il laboratorio d'arte è stato utilizzato come approccio operativo per rispondere alla domanda: "È possibile facilitare lo sviluppo delle relazioni interpersonali (collaborazione e comunicazione) nelle équipes di operatori sanitari?". L'obiettivo del corso è stato quindi formulato come segue: "Modificare le capacità interpersonali degli operatori sanitari nelle due dimensioni del collaborare e del comunicare".

### **Attività**

Gli studi sulle arti creative sono stati classificati in tre livelli di evidenza. Il livello 1 si riferisce a studi a due gruppi controllati e randomizzati, il livello 2 si riferisce a studi a due gruppi controllati e non randomizzati, e il livello 3 si riferisce a studi a un gruppo non randomizzato.<sup>15</sup> In base a questa

classificazione il nostro progetto è di livello 3 perché riguarda un solo gruppo, non è randomizzato e non prevede un gruppo di controllo. Il laboratorio è stato progettato per dieci gruppi, ciascuno per un massimo di quindici operatori. Si è svolto nel periodo marzo – novembre 2022. Non sono state richieste abilità artistiche ai partecipanti. Dura dieci ore suddivise in tre incontri. Comprende attività cognitive, affettive, psicomotorie svolte in quattro compiti principali: realizzare un lavoro individuale, realizzare in gruppo un progetto artistico cooperativo, discutere il lavoro fatto in aula con un *debriefing* di confronto e condivisione, realizzare un compito individuale fuori dall'aula. Per ogni incontro è stata pianificata mezz'ora per l'introduzione, la discussione sulle aspettative, le informazioni sull'uso dei materiali artistici. Poi le sessioni di arteterapia individuale e di gruppo. Infine, debriefing di mezz'ora.

### **Partecipanti e setting**

Sono state accettate le iscrizioni di operatori di tutte le professioni sanitarie e di quelli esenti dai crediti che lavorano nel Policlinico San Martino. Le iscrizioni sono state raccolte in ordine di arrivo. Per motivi organizzativi non è stato possibile creare gruppi comprendenti tutti componenti della stessa équipe. Il *setting* era situato presso l'Istituto Santa Caterina all'interno del Policlinico.

Sono stati curati: l'ergonomia degli spazi, i tempi di lavoro e di pausa, la disposizione dei posti, la luminosità dell'ambiente, i materiali artistici e gli strumenti didattici.

### **Questionario**

Sulla base della letteratura, di un precedente progetto e di alcune interviste a operatori è stato generato un insieme di item aventi come variabile latente il ruolo delle arti creative nello sviluppo delle capacità interpersonali. L'insieme di item è stato affidato a tre esperti per la verifica della validità del contenuto e del costrutto. Sono quindi stati individuati otto temi. Cinque temi afferiscono alla dimensione del "collaborare": sostegno reciproco, stili di lavoro armonizzati, punti di vista valorizzati, collaborazione, interazione. Tre altri temi afferiscono alla dimensione del "comunicare": accordo sui compiti, clima positivo, ascolto reciproco. È stata creata una scala di Likert, e la lunghezza è stata ottimizzata a otto item, ciascuno con quattro categorie di risposta: ("disaccordo totale", "disaccordo parziale", "accordo parziale", "accordo totale". Il test pilota è stato effettuato con 12 operatori appartenenti al primo gruppo del progetto.

### **Valutazioni**

Le valutazioni si basano sul modello a quattro livelli di Kirkpatrick: soddisfazione, apprendimento, comportamento, impatto sull'organizzazione. Sono stati impiegate cinque valutazioni: una qualitativa, la soddisfazione, e quattro quantitative: sull'apprendimento, sulle modifiche del comportamento e sull'impatto sull'attività professionale.

#### **Valutazione qualitativa**

##### **Soddisfazione**

Misurata attraverso la valutazione di clima. I partecipanti hanno espresso al termine di ciascuno dei tre incontri le loro valutazioni positive e/o negative su qualsiasi aspetto del corso mediante commenti scritti in una scheda anonima (appendice A).

##### **Valutazioni quantitative**

##### **Attività individuale in aula**

Il Cubo Armonico è uno strumento di autovalutazione delle caratteristiche dell'arte (appendice B). Il partecipante valuta la sua realizzazione sotto tre aspetti: il *benessere* nello svolgere il lavoro, la *qualità* del lavoro svolto, la *soddisfazione* per il lavoro svolto, che rappresentano ciascuno uno dei tre assi di un cubo. Le risposte sono riportate con punteggio da 1 a 5 su ciascun asse del cubo.

##### **Attività di gruppo in aula**

Questionario (appendice C). Sono state esaminate le distribuzioni di frequenza degli otto item del questionario. Per economia descrittiva le quattro categorie di risposta sono state convertite in due:

accordo e disaccordo. Come “Accordo” è stata definito il valore della categoria “accordo totale” (top box score). Come “Disaccordo” è stata definita la somma delle frequenze di “accordo parziale + disaccordo parziale” + “disaccordo totale”.

### **Attività individuale fuori dall'aula**

Ogni partecipante doveva scegliere nell'intervallo fra il secondo e terzo incontro tre temi fra gli otto temi del corso, e per ciascuno dei tre realizzare una fotografia (appendice D).

### **Comportamento e impatto sull'attività professionale**

Questi due valutazioni saranno realizzate insieme mediante un questionario inviato ai partecipanti a distanza di tre – sei mesi dal termine del progetto (appendice E).

## **Risultati**

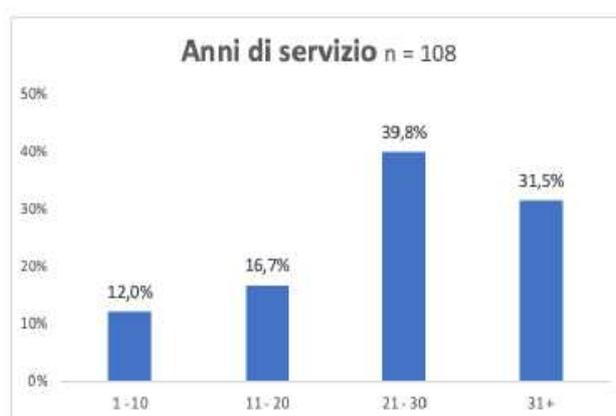
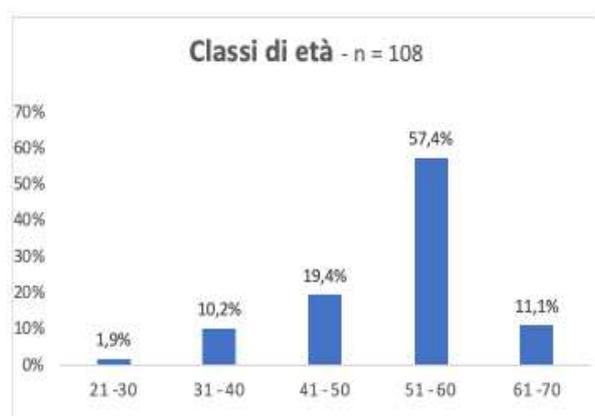
### **Dati sociodemografici**

Le iscrizioni sono state accettate in ordine di arrivo. Si sono iscritti 120 operatori, dei quali 108 hanno iniziato il corso, partecipato alle attività, completato le valutazioni. Chi ne aveva diritto ha ricevuto i crediti formativi. Le assenze, comunicate all'ufficio formazione, sono state causate prevalentemente da malattia e motivi di servizio. Sono descritti i dati sociodemografici e lavorativi (tabella 1, figure 1 e 2).

**Tabella 1. Dati demografici e lavorativi. n = 108**

<b>Genere, n (%)</b>	Donne	98 (90,7)
	Uomini	10 (9,3)
<b>Anni di età, n (%)</b>	21 - 30	2 (1,9)
	31 - 40	11 (10,2)
	41 - 50	21 (19,4)
	51 - 60	62 (57,4)
	61 - 70	12 (11,1)
<b>Anni di servizio, n (%)</b>	1 - 10	13 (12,0)
	11 - 20	18 (16,7)
	21 - 30	43 (39,8)
	31 - 40	34 (31,5)
<b>Professione, n (%)</b>	Infermiere	68 (62,9)
	Tecnico sanitario	17 (15,7)
	Fisioterapista	9 (8,3)
	OSS	6 (5,5)
	Amministrativo	4 (3,7)
	Altro	3 (2,8)
	Medico	1 (0,9)

**Figure 1 e 2. Classi di età e anni di servizio. n = 108**



### Valutazione delle aspettative

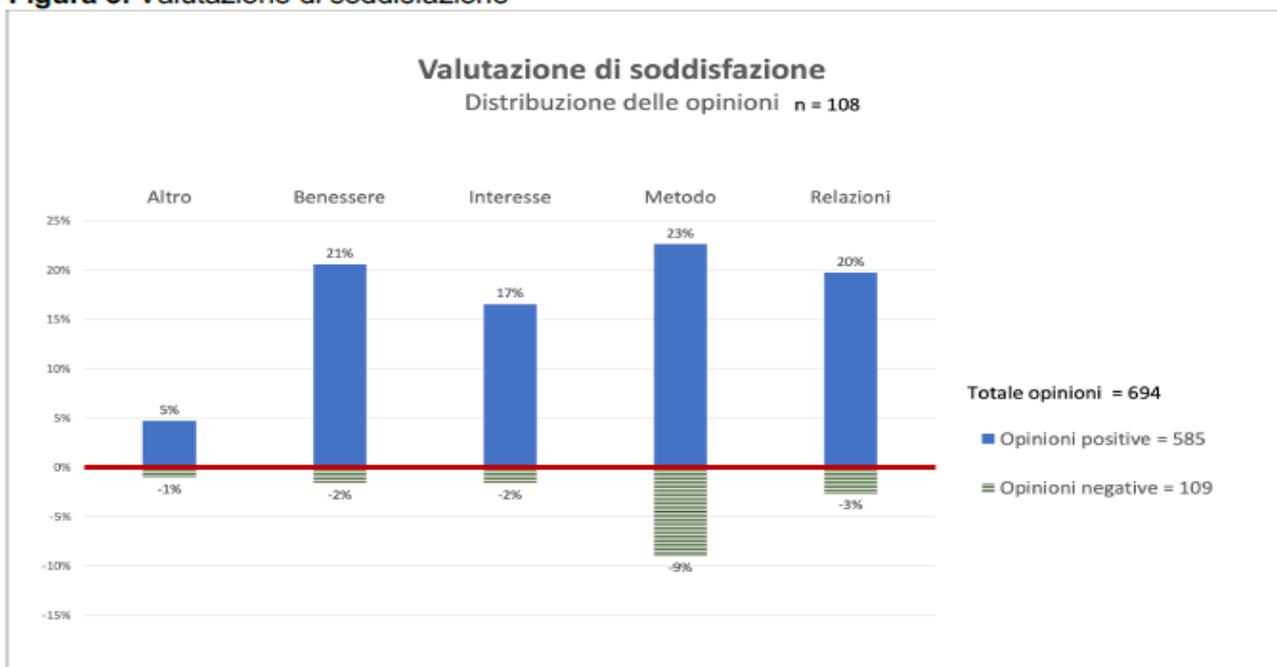
Nel primo dei tre incontri di ciascun gruppo, mediante una discussione sono state raccolte le aspettative dei partecipanti, arbitrariamente ordinate in categorie. Le tre categorie con maggiore frequenza di scelte sono che i partecipanti si aspettavano che il laboratorio d'arte potesse essere:

- 1) un momento di confronto e condivisione dei punti di vista,
- 2) un'occasione di conoscenza,
- 3) un modo di abbassare le tensioni nel posto di lavoro.

### Valutazione di soddisfazione

Sono state distribuite 304 schede e riconsegnate 274 schede (90,1%), contenenti 274 commenti positivi e 98 negativi. Ogni commento poteva includere più opinioni, per cui tre osservatori indipendenti, col metodo dell'analisi fenomenologica interpretativa, 20, 21, 22 hanno individuato le opinioni latenti contenute in ciascun commento. Le scelte comuni ai tre osservatori sono state classificate in cinque categorie arbitrarie e condivise: benessere, interesse, metodo, relazioni, altro. Il risultato è di 694 opinioni espresse nei 274 commenti positivi, e in 109 opinioni espresse nei 98 commenti negativi (figura 3). Alcuni commenti sono riportati (tabella 2). Sono state inoltre individuate le parole chiave più frequenti usate nei commenti (tabella 3 e figura 4).

**Figura 3. Valutazione di soddisfazione**



### Alcuni commenti positivi

- Curioso, creativo, intelligente, manuale, il migliore in trentasei anni lavorativi. Attività molto interessante il distruggere il proprio lavoro per poi ricostruire assieme.
- Bellissimo il lavoro di gruppo finale con la rotazione di posto. Bello il cambiare materiali artistici ed i doversi adattare. Bello lavorare pensando di dare il proprio contributo. Bello pensare condiviso.
- Il corso è molto ben strutturato e si sofferma su un argomento mai incontrato in quarant'anni di servizio, cioè il dover lavorare e collaborare con persone di ogni tipo.
- Interessante, nel lavoro a coppie sperimentare la fiducia (sono fisioterapista, molte volte si lavora con pazienti seguiti dai colleghi e non sempre la fiducia è presente).

- È stata un'esperienza molto interessante: come se la mente svuotandosi di parole fosse poi in grado di elaborare riflessioni che mi sono poi portata nei giorni successivi e nel lavoro.
- Lavoro di gruppo che porta interazioni positive, c'è ascolto e autocritica. Ho abbandonato per qualche ora i pensieri che mi affliggono in questo momento. Ho espresso probabilmente nel mio disegno il mio disagio.
- Sapere come gli altri valutano o meglio, vedono, i tuoi lavori può aiutarti a vedere meglio dentro di te. Ottimo il clima collaborativo.
- Condivisione, confronto, collaborazione, ascolto, rispetto, queste sono le parole che mi vengono in mente sia rispetto al gruppo di lavoro che rispetto al modo in cui è gestito il corso. Ho imparato molto anche solo osservando e ascoltando. Grazie per quest'occasione.
- Distrazione ed evasione dalla solita routine, divertimento, collaborazione ed ascolto reciproco, visione diversa del disegnare, sentirsi comunque accettati e rispettati per le proprie capacità. Potersi esprimere in libertà senza aver paura di essere giudicati.

#### **Alcuni commenti negativi**

- Difficoltà ad esprimere le proprie emozioni davanti agli altri. Paura di sbagliare nell'agire, poi superata.
- Forse varrebbe la pena di organizzarlo con il proprio team.
- Sensazione di non avere gli strumenti adeguati per esprimersi, per incapacità.
- Capire l'intenzione del collega non è facile sempre.
- Troppo breve... è già finito.
- Troppo corto. Mi piacerebbe avere questo spazio e questo tempo a cadenze regolari.
- Solo un'osservazione all'azienda, che certe tipologie di corsi di formazione dovrebbero essere fisse perché fanno bene allo spirito degli operatori.
- Timore di tirar fuori alcune fragilità con persone che a volte non si conoscono.
- Collaborare con alcune persone che, non avendo scelto, mi hanno posto davanti alla necessità di mediare.
- La sensazione orribile dopo aver tagliato il disegno creato da me.

**Tabella 3.** Frequenza e percentuale delle parole chiave (usate in più del 10% dei commenti) per descrivere il corso. n = 108

Nei commenti positivi (274 commenti)			Nei commenti negativi (98 commenti)		
Collaborativo	57	20,8%	(Tempo) limitato/breve	34	34,7%
Positivo	45	16,4%			
Piacevole	40	14,6%			
Interessante	35	12,8%			
Diverso	34	12,4%			
Rilassante	34	12,4%			
Divertente	30	10,9%			
Interattivo	30	10,9%			

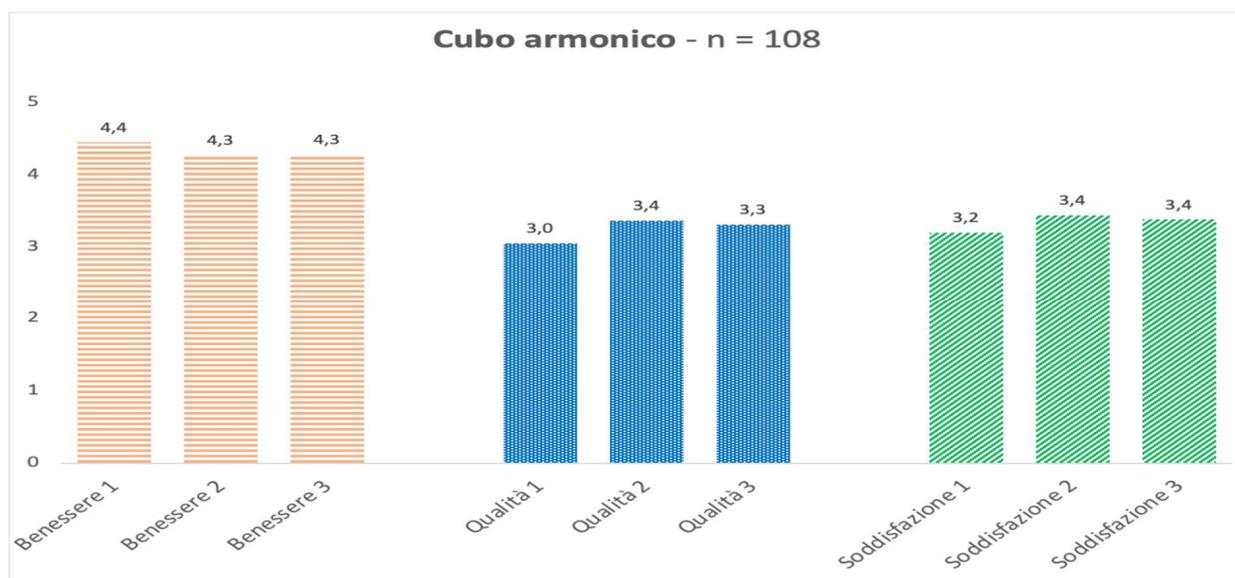
Figura 4. Parole usate per descrivere il corso nella valutazione di soddisfazione, la grandezza del carattere è proporzionale alla frequenza dell'uso della parola (word cloud). n = 108



### **Autovalutazione dell'attività individuale in aula**

La figura 5 mostra, in una scala da 1 a 5, le autovalutazioni medie dei partecipanti nel primo, secondo e terzo incontro per ciascuna dimensione del cubo armonico (benessere: 1, 2, 3; qualità: 1, 2, 3; soddisfazione per il lavoro svolto 1, 2, 3).

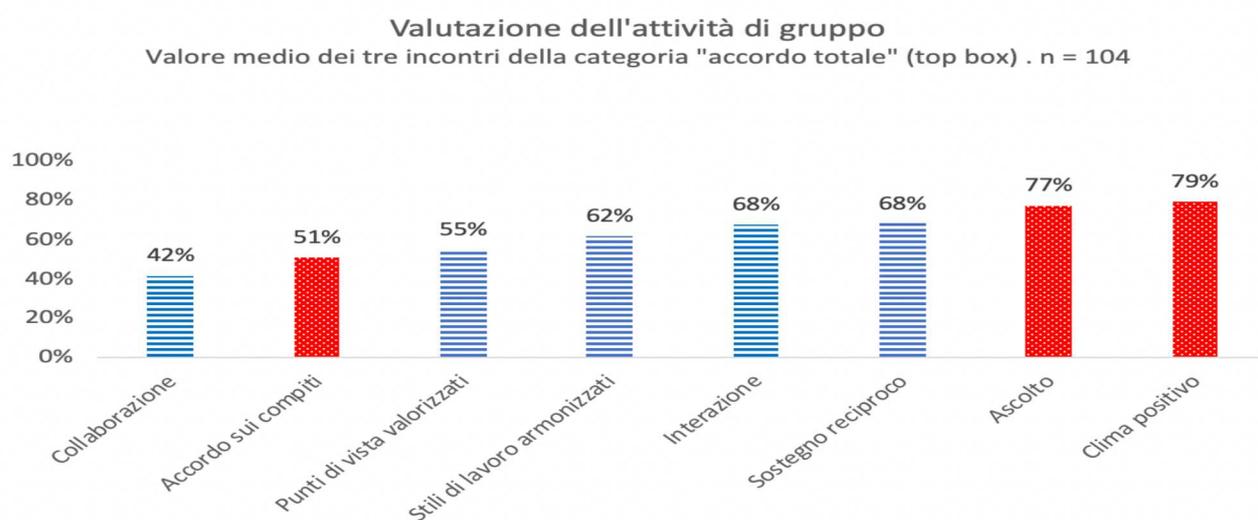
**Figura 5.** Autovalutazione dell'attività individuale in aula.



### Valutazione dell'attività di gruppo in aula

La direzione della risposta era "accordo" se il valore della categoria "accordo totale" era superiore alla somma delle altre tre categorie. Era "disaccordo" in caso contrario (top box score). È stata calcolata la media dei tre incontri (figura 6). L'item "collaborazione" è l'unico per il quale il top box è inferiore al 50% e quindi la direzione della risposta è "disaccordo". Questo risultato è attribuibile al fatto di aver assegnato alcuni compiti che non favorivano la collaborazione. Le differenze di frequenza di risposte per genere, età e anni di servizio non sono statisticamente significative. Rispetto alla professione la direzione delle risposte converge su "accordo" per quattro item, su "disaccordo" per uno, ed è divergente" per tre (tabella 4).

**Figura 6.** Le colonne a barre indicano le percentuali della risposta alla categoria "accordo totale" (top box score). Le colonne a barre indicano i temi relativi alla dimensione "collaborazione". Le colonne a puntini indicano i temi relativi alla dimensione "comunicazione".



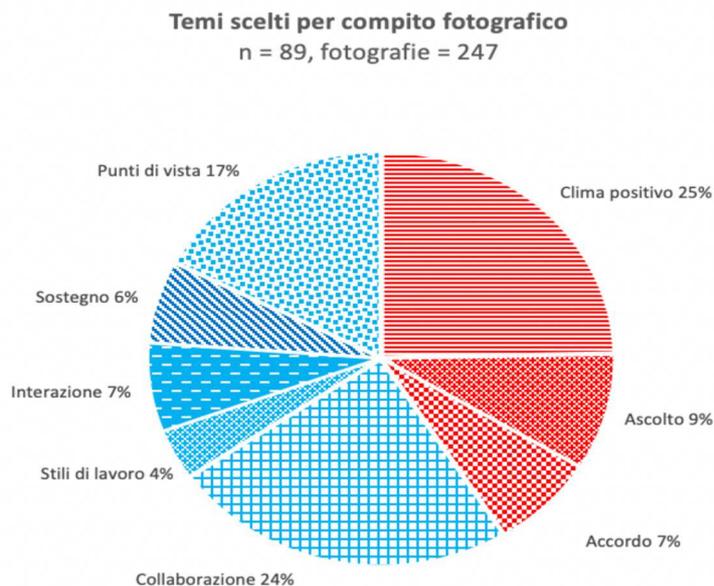
**Tabella 4.** Top box score. Direzione della risposta secondo le percentuali della risposta alla categoria "accordo totale" secondo le professioni. (Accordo = tutte le professioni >50%; disaccordo = tutte le professioni < 50%). n = 100

	Infermiere	Tecnico sanitario	Fisioterapista	OSS	Direzione della risposta
Ascolto	75%	76%	78%	88%	Accordo
Clima positivo	82%	70%	57%	100%	Accordo
Interazione	67%	55%	60%	100%	Accordo
Sostegno reciproco	67%	64%	60%	100%	Accordo
Accordo sui compiti	51%	52%	33%	56%	
Punti di vista valorizzati	57%	49%	40%	67%	
Stili di lavoro armonizzati	62%	59%	44%	82%	
Collaborazione	43%	41%	17%	33%	Disaccordo

### Valutazione dell'attività individuale fuori dell'aula

Il compito fotografico è stato svolto da 89 partecipanti su 108 (82,4%), che hanno consegnato 247 fotografie. I tre temi più frequenti scelti sono: clima positivo (paesaggi, tempo libero, relazioni), collaborazione (gruppi di persone, mani) e punti di vista (non c'è un soggetto prevalente) (figure 7,8,9,10).

**Figura 7.** In rosso i temi relativi al “comunicare”, in azzurro i temi relativi al “collaborare”



**Figura 8.** Alcune fotografie sul tema "clima positivo"



**Figura 9.** Alcune fotografie sul tema "collaborazione"



Figura 10. Alcune fotografie sul tema "punti di vista"



### **Limiti del progetto**

Sebbene molti studi forniscano prove che le arti possono essere utili a promuovere lo sviluppo del lavoro d'équipe e delle capacità comunicative, esistono carenze per quanto riguarda le loro metodologie. Queste carenze sono presenti nel nostro progetto. In primo luogo, le valutazioni si basano su dati soggettivi. Sono autovalutazioni che forniscono informazioni sugli atteggiamenti nei confronti della partecipazione al laboratorio, ma rendono difficile trarre conclusioni riguardo all'efficacia di queste attività nel suscitare effettivi cambiamenti comportamentali e più specificamente cambiamenti sul posto di lavoro. Inoltre, anche chiedendo ai partecipanti di valutare lo sviluppo delle loro abilità, sappiamo che questa valutazione dell'entità dei cambiamenti manca di accuratezza, alla luce delle prove che suggeriscono che la capacità di autovalutazione umana è relativamente scarsa. È necessario fare affidamento su misure che vanno oltre la sola autovalutazione quando si valuta l'efficacia della creatività nello sviluppo professionale. Potrebbe essere utile triangolare le autovalutazioni dei partecipanti con dati di altre fonti, ad esempio da colleghi o manager.

### **Conclusioni**

Questa relazione sostiene che per la formazione e lo sviluppo del personale sanitario c'è spazio per approcci originali, come il laboratorio d'arte, che ha indotto nei partecipanti una modifica di atteggiamenti nelle due dimensioni del collaborare e comunicare.

*Nella dimensione della collaborazione i partecipanti:*

- hanno intrapreso nuove attività che hanno permesso la scoperta e la sorpresa,
- hanno manifestato la propria creatività e il proprio stile di lavoro senza sapere in anticipo se il loro atteggiamento sarebbe stato ricambiato,
- hanno accolto i commenti sia dei colleghi che dell'arteterapista con interesse e disponibilità,
- hanno risolto positivamente i conflitti e trovato soluzioni efficaci ai problemi.

*Nella dimensione del comunicare i partecipanti:*

- hanno accolto l'opportunità di essere ascoltati in un clima di empatia, accettazione e congruenza,
- hanno manifestato fiducia reciproca e creato un buon clima,
- hanno fatto una esperienza di osservazione, confronto e comprensione,

- hanno compreso il senso e lo scopo di lavorare in uno spazio protetto usando la metafora ed hanno coniato nuove metafore per comunicare le loro esperienze.

## Appendici

### Appendice A

Valutazione di soddisfazione

Esprimi uno o più commenti positivi o negativi su qualsiasi aspetto del corso

### Appendice B

#### Autovalutazione individuale in aula

Il cubo armonico è uno strumento attraverso il quale il partecipante valuta la propria esperienza artistica, in tre scale (X, Y, Z) da uno (minimo) a cinque (massimo).

Esprimi la soddisfazione per ciascuna delle tre dimensioni (X, Y, Z) dove il numero 1 indica il minimo della soddisfazione e il numero 5 indica il massimo della soddisfazione

Il mio lavoro	1	2	3	4	5
X - Mi ha dato piacere nel realizzarlo	<input type="checkbox"/>				
Y - Mi sembra ben fatto	<input type="checkbox"/>				
Z - Mi piace a livello estetico	<input type="checkbox"/>				

### Appendice C

#### Valutazione dell'attività di gruppo

	Accordo totale	Accordo parziale	Disaccordo parziale	Disaccordo totale
Nel laboratorio d'arte:				
1. C'è ascolto reciproco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Non c'è accordo sul modo di svolgere i compiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. C'è un clima positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Non c'è interazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I diversi punti di vista non sono valorizzati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Non c'è collaborazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I diversi stili di lavoro si armonizzano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. C'è sostegno reciproco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Appendice D

#### Compito fotografico

Il corso esplora i seguenti otto temi: sostegno, accordo, interazione, armonia, ascolto, clima positivo, punti di vista, collaborazione. Fra questi otto temi scegli i tre temi che più frequentemente e con maggiore intensità ti creano problemi. Scatta o scegli tre fotografie. Una per ognuno dei tre temi che hai scelto. Associa ad ognuna delle fotografie il tema che rappresenta. Invia le fotografie, ognuna con il suo tema alla mail:

cristina.bazzan@hsanmartino.it

### Appendice E

#### Valutazione di impatto a distanza

- Nel tuo **comportamento** hai notato cambiamenti che ti sembrano associati al corso? Se sì, puoi fare qualche esempio di cosa è cambiato?
- Nella tua **attività professionale** hai notato cambiamenti che ti sembrano associati al corso? Se sì, puoi fare qualche esempio di cosa è cambiato?

## Bibliografia

- <sup>1</sup> Phillips CS, Becker H. Systematic Review: Expressive arts interventions to address psychosocial stress in healthcare workers. *J Adv Nurs*. 2019;00:1–14. <https://doi.org/10.1111/jan.14043>.
- <sup>2</sup> Acai A, McQueen S, Fahim C, et al. 'It's Not the Form, It's the Process': A Phenomenological Study on the Use of Creative Professional Development Workshops to Improve Teamwork and Communication Skills. *Medical Humanities*. 2016;42:173–180. [10.1136/medhum-2015-010862](https://doi.org/10.1136/medhum-2015-010862).
- <sup>3</sup> Shapiro J, Rucker L, Beck J. Training the clinical eye and mind: Using the arts to develop medical students' observational and pattern recognition skills. *Medical Education*, 2006;40(3):263–268. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02389.x>
- <sup>4</sup> Ogden H, DeLuca C, Searle M. Authentic arts based learning in teacher education: A musical theatre experience. *Teacher Education*. 2010;21(4):367–383.
- <sup>5</sup> Sheingold BH, Warson E, Lunsford B, Pintz C. Using Art Therapy Techniques for Team Building in Distance Education Doctor of Nursing Practice Student Cohorts. *Journal of Interprofessional Healthcare*. 2014;1(1):4. <http://www.jihonline.org/jih/voll1/iss1/4>.
- <sup>6</sup> Acai A, McQueen SA, McKinnon V, Sonnadara RR. Using art for the development of teamwork and communication skills among health professionals: A literature review. *Arts & Health*, 2017;9(1): 60-72. <https://doi.org/10.1080/17533015.2016.1182565>
- <sup>7</sup> FNOMCeO. *Codice di deontologia medica*. 2014. <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2018/03/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014.pdf>. (Visitato il 14/1/2023)
- <sup>8</sup> FNOPI. *Codice deontologico delle professioni infermieristiche*. 2019. [https://www.fnopi.it/archivio\\_news/attualita/2688/codice%20deontologico\\_2019.pdf](https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf). (Visitato il 13/1/2023).
- <sup>9</sup> Frank JR, Snell L, Sherbino J. (eds). Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC). *Physician Competency Framework*. 2015. [https://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework\\_EN\\_Reduced.pdf](https://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework_EN_Reduced.pdf). (Visitato il 13/1/2023).
- <sup>10</sup> Havsteen-Franklin D, Tjasink M, Kottler JW, Grant C and Kumari V Arts-Based Interventions for Professionals in Caring Roles: During and After Crisis: A Systematic Review of the Literature. *Front. Psychol.*, 22 December 2020. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.589744>.
- <sup>11</sup> Nains NA, Evanston IL. Art Therapy with an Oncology Care Team. *Journal of the American Art Therapy Association*, 2005;22(3):150-154.
- <sup>12</sup> Bang AH. The Restorative and Transformative Power of the Arts in Conflict Resolution. *Journal of Transformative Education*. 2016;14(4):355-376.
- <sup>13</sup> Liebman M. *Arts Approaches to Conflict*. Jessica Kingsley Publishers, London, 2004.
- <sup>14</sup> Matini C. *Cooperative Learning. Istruzioni per l'uso*, Perugia, ELF, 2019
- <sup>15</sup> Regev D, Cohen-Yatziv L. Effectiveness of Art Therapy With Adult Clients in 2018—What Progress Has Been Made? *Frontiers in Psychology*. 2018;9. [doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01531](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01531)
- <sup>16</sup> Burns KE, Duffert M, Kho ME, et al. A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. *CMAJ* 2008; 179: 245–252. <https://doi.org/10.1503/cmaj.080372>.
- <sup>17</sup> Rosa A. Il modello dei quattro livelli di Kirkpatrick per valutare la formazione continua, anelli e legami deboli di una "catena di evidenze". *Lifelong, Lifewide Learning*. 2018;14(31):17-37. <https://doi.org/10.19241/ll.v14i31.113>.
- <sup>18</sup> Bernhard H, Millot C. L'apport spécifique de l'auto-évaluation par le cube harmonique dans la restauration de l'estime de soi, in: Forestier R. (ed) *Fondements de l'évaluation en art-thérapie. Pratiques internationales*, 2007 Elsevier Masson, 15-22.
- <sup>19</sup> Sawo J. Top-Box Scoring of Rating Scale Data <https://measuringu.com/top-box/>
- <sup>20</sup> Cantarella C. L'analisi interpretativa fenomenologica: un metodo d'indagine sull'esperienza. <https://www.psicologiafenomenologica.it/articolo/analisi-interpretativa-fenomenologica/>, 2018
- <sup>21</sup> Larkin M, Thompson A. Interpretative phenomenological analysis. In Thompson A & Harper D (eds), *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: a guide for students and practitioners*. John Wiley & Sons, Oxford, 2012, pp. 99-116. DOI: 10.1002/9781119973249
- <sup>22</sup> Sasso L, Bagnasco A, Ghirrotto L. *La ricerca qualitativa. Una risorsa per i professionisti della salute*. Edra – Masson, 2015.
- <sup>23</sup> Eva K, Regehr G. "I'll never play professional football" and other fallacies of self-assessment. *The Journal of continuing education in the health professions*. 2008;28:14-9.

## Area 8 CARMINA Report

### 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

#### **Gruppo di lavoro:**

Dott. Giovanni Orenco, Direttore f.f. UO Gestione Rischio Clinico Qualità, Accreditemento e URP  
Dott.ssa Simona Morganti, Vice Direttore UO Gestione Rischio Clinico Qualità, Accreditemento e URP  
Dott.ssa Gabriella Biffa, Direttore UO Psicologia Clinica e Psicoterapia  
Dott. Luca Boni, Direttore UO Epidemiologia Clinica  
Dott. Michele Gallucci, ex Direttore Hospice HSM  
Dott.ssa Nidia Sofia Diaz Gaitan, UO Gestione Rischio Clinico Qualità, Accreditemento e URP  
Dott.ssa Antonella Filanti, UO Gestione Rischio Clinico Qualità, Accreditemento e URP  
Dott.ssa Laura Giorello, UO Epidemiologia Clinica  
Dott.ssa Paola Pilastrì, Coordinatrice UO Hospice HSM

#### **Premessa**

La *Carta dei Diritti dei Morenti* pone le questioni di fine vita dal punto di vista della persona che sta morendo. Come è stato il fine vita dei pazienti durante la pandemia.

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

#### **Obiettivi:**

- analizzare la qualità della fine della vita dei pazienti ricoverati e deceduti per COVID-19 nel periodo 1° marzo-31 maggio 2020 (Prima ondata) e 1° settembre- 31 dicembre 2020 (Seconda ondata),
- confrontare i risultati dei due periodi campione,
- confrontare le risposte date dalle diverse figure professionali.

**Materiali e metodi:** studio osservazionale descrittivo *cross-sectional*.

Lo strumento utilizzato è un questionario basato nella carta dei diritti dei morenti, somministrato su partecipazione volontaria a personale del Policlinico San Martino (medici, infermieri, operatori socio sanitari (OSS), che hanno assistito direttamente pazienti ricoverati e deceduti per COVID-19.

**Risultati:** hanno risposto 92 professionisti (74 infermieri, 19 medici e 2 OSS) al questionario della Prima ondata di contagi e 84 professionisti (66 infermieri, 16 medici e 2 OSS) per la Seconda ondata.

Nella Seconda ondata di contagi le opinioni denotano un maggiore rispetto dei diritti dei morenti per causa COVID-19.

In particolare, il fatto di essere informati maggiormente delle loro condizioni (aumento dal 41.3% nella Prima ondata al 63.1% nella 2°.  $p=0.0039$ ) e, nel aver ricevuto più risposte veritiere alle loro domande (dal 44.6% a 59.2%;  $p=0,05$ ), incrementi probabilmente attribuibile alla maggiore conoscenza della malattia con il passare del tempo e alla implementazione di nuovi modelli organizzativi.

Nella Seconda ondata di contagi le opinioni indicano una maggiore la vicinanza ai pazienti COVID dei propri cari (riduzione dal 4.3% a 15.5;  $p=0.012$ ).

Confrontando le risposte di medici e infermieri si rileva una concordanza quasi perfetta (kappa di Cohen  $> 0.8$ ) per la maggioranza delle domande.

### **Conclusioni**

Lo studio conferma, nonostante l'esiguità del campione, che durante la seconda fase della pandemia è stato possibile migliorare la gestione del fine vita del paziente, in particolare per quanto concerne l'informazione e la comunicazione.

Nel primo periodo l'emergenza ha colto improvvisamente gli operatori e anche le organizzazioni, territoriali e ospedaliere, in assenza di piani organizzativi dedicati, di precise indicazioni regionali e ministeriali e carenze a diversi livelli: formazione nell'ambito specifico, strutture idonee, presidi e dispositivi congrui alle necessità assistenziali.

Sarebbero utili ulteriori studi per approfondire l'analisi e le eventuali azioni organizzative da promuovere per ottenere una migliore cura del paziente, dal punto di vista terapeutico con intento curativo e di guarigione e anche di cure palliative che comprendano il trattamento dei sintomi fisici, psicologici e spirituali.

## Studio sull'osservanza dei principi etici secondo l'opinione dei pazienti ricoverati e sopravvissuti al COVID-19 durante la pandemia

### **Gruppo di lavoro:**

Dott. Giovanni Orengo, Direttore f.f. UO Gestione Rischio Clinico Qualità, Accreditamento e URP  
Dott.ssa Simona Morganti, Vice Direttore UO Gestione Rischio Clinico Qualità, Accreditamento e URP  
Dott.ssa Gabriella Biffa, Direttore UO Psicologia Clinica e Psicoterapia  
Dott. Luca Boni, Direttore UO Epidemiologia Clinica  
Dott. Michele Gallucci, ex Direttore Hospice HSM  
Dott.ssa Laura Giorello, UO Epidemiologia Clinica  
Dott.ssa Paola Pilastrì, Coordinatrice UO Hospice  
Team UO Gestione Rischio Clinico Qualità, Accreditamento e URP: Dott.sse Nidia Sofia Diaz Gaitan, Antonella Filanti, Myriam Arancio, Rosa Pisano', Sonia Sanfilippo, Anna Lisa Valle.

### **Premessa**

La comprensione della qualità di vita nei pazienti ricoverati per Covid-19 è una sfida emergente, capire se le cure prestate ai pazienti Covid positivi siano state improntate ai diritti riconosciuti dalla Legge 219 del 22/12/2017 è fondamentale per capire se i diritti quali il consenso informato, l'autodeterminazione del paziente siano stati rispettati.

Il Protocollo dello Studio è stato esaminato nella seduta del Comitato Etico Regionale del 24/02/2022 con Esito di "Parere favorevole".

### **Obiettivi:**

- 1) Individuare se i diritti previsti nella Legge 219 del 22/12/2017 siano stati rispettati per i pazienti ricoverati per COVID-19, attraverso l'opinione degli stessi pazienti.
- 2) Confrontare le risposte dei pazienti ricoverati per COVID e sopravvissuti della prima ondata di contagi con quelli della seconda ondata.

### **Materiali e metodi:** studio osservazionale descrittivo *cross-sectional*.

Lo strumento utilizzato è un questionario basato nella carta dei diritti dei morenti, somministrato attraverso intervista semi strutturata telefonica ai pazienti ricoverati e dimessi per COVID-19 nel Policlinico San Martino nei periodi 1° marzo-31 maggio 2020 e 1° settembre-31 dicembre 2020 e che abbiano avuto necessità di ossigenoterapia.

La partecipazione alla rilevazione è stata volontaria.

**Risultati:** sono stati consultati telefonicamente 369 pazienti; di questi hanno risposto all'intero questionario 192 pazienti; sono stati esclusi 177 (108 irraggiungibili, 29 rifiutano di partecipare, 40 per problemi cognitivi o altre limitazioni).

L'analisi dei dati è in corso.

## NET 2016-02363853 del Ministero della Salute. Avanzamento lavori

### **Gruppo di lavoro:**

Dott. Giovanni Orengo, Direttore f.f. UO Gestione Rischio Clinico Qualità, Accredimento e URP

Dott.ssa Nidia Sofia Diaz Gaitan, UO Gestione Rischio Clinico Qualità, Accredimento e URP

Dott.ssa Eva Blondeaux, Borsista sanitario c/o UO Oncologia Medica 2

Dott.ssa Barbara Cardinale

Dott.ssa Monica Zacconi, UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP

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

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

In particolare, l'**AIM2** ha come obiettivo valutare se la qualità dell'assistenza oncologica in un campione random di casi di cancro (134 mammella, 134 colon e 80 retto) diagnosticati nella Rete Oncologica Ligure, sia correlato con la sopravvivenza nel paziente individuale o nel centro che ha in carico il paziente.

**Metodi:** studio osservazionale retrospettivo.

Per valutare la qualità dell'assistenza, sono stati disegnati protocolli di audit clinico ed è stato creato un «*Overall Quality Score*» attraverso un consenso di esperti, da applicare ad ogni caso di tumore per effettuare confronto con i dati di sopravvivenza.

### **Risultati:**

- nella prima fase è stata valutata la fattibilità e validità dei protocolli di audit e del sistema di *scoring* su un primo campionamento randomizzato di 50 casi (mammella, colon e retto).
- nella seconda fase (in progress) si prevede l'applicazione dell'*Overall Quality Score* identificati durante la fase I, in modo da poter confrontare la qualità del percorso con i dati di sopravvivenza.

## Acronimi

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

COVID: Corona Virus Disease

SARS-CoV-2: Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2

DPCM: Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri

IOAZ: Istruzione Operativa Aziendale

MODAZ: Modulo aziendale

PQAZ: Procedura Aziendale

UO: Unità Operativa

HQA: Centro di costo U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

DH: Day Hospital

DPI: Dispositivi di Protezione Individuale

ISS: Istituto Superiore di Sanità

HSM: Ospedale San Martino

A.V.P.U.: scala di valutazione dello stato neurologico e di coscienza, acronimo di *Alert, Verbal, Pain, Unresponsive*: