



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

RELAZIONE DI ATTIVITA' GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE ANNO 2022

Sommario

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE	4
Gruppo Operativo UGR.....	6
Incontri gruppo operativo UGR	7
Referenti aziendali rischio comparto e dirigenza	7
Esplicitazione obiettivi in materia di Gestione Rischio Clinico.....	7
Eventi avversi/quasi eventi.....	9
Incident Reporting.....	9
▪ Progetto tracciabilità trasporti campioni biologici e sacche di emocomponenti.....	10
Misurazione Incident Reporting	11
Misurazione cadute.....	13
▪ Analisi dati 2021	13
Misurazione Lesioni da pressione (LDP)	22
Segnalazione microrganismi Alert.....	22
▪ Monitoraggio attraverso indicatori (es. consumo di soluzione a base alcolica) procedure per il lavaggio delle mani.....	22
▪ Monitoraggio procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	24
▪ Monitoraggio delle procedure per la gestione standard/isolamento.....	25
Eventi Sentinella	28
Eventi Sentinella: misurazione	28
Gestione sinistri.....	29
Gestione sinistri: misurazione	29
COMUNICAZIONE	30
▪ Informative a procedura/intervento	30
▪ Ufficio Relazioni con il Pubblico.....	31
▪ Diffusione di sistema omogeneo di refertazione delle prestazioni effettuate.....	31
• Prevenzione della violenza nei luoghi di lavoro.....	32
▪ Sito <i>Web</i> dell'ospedale Policlinico San Martino.....	32
▪ <i>Social Media</i> istituzionali.....	32
Sistemi interni all'azienda di comunicazione e diffusione delle informazioni	33
▪ Portale del Dipendente	33
▪ Rete Intranet.....	33
▪ <i>Isolabweb</i>	34
Diffusione e feedback relativamente a procedure/istruzioni di lavoro approvate, decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo.....	34

▪ Audit Interni di Sistema Gestione Qualità	34
FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA'	37
Piano formativo UGR aziendale e interaziendale	37
▪ Il Piano Formativo del Policlinico	37
▪ Corso Base inerente la Gestione del Rischio Clinico	38
Valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure aziendali basate sulle raccomandazioni ministeriali	39
▪ Tipologie di <i>check list</i> utilizzate per valutazione/verifica del grado di implementazione delle procedure aziendali basate su Raccomandazioni Ministeriali	39
Promozione dell'igiene delle mani	40
▪ La frizione alcolica delle mani	40
Introduzione di nuove tecniche e utilizzo di nuovi dispositivi di sicurezza	42
▪ Adozione Cartella Clinica Elettronica Onesys	42
▪ Cambiamento organizzativo: nuovo Day Hospital Emato Oncologico (DHHO)	43
Prevenzione e valutazione del rischio di caduta	43
BLS	44
Definizione profilo di competenze e sua valutazione	45
▪ Documentazione redatta nel 2022 su valutazione e mantenimento delle competenze	45
▪ Analisi dei percorsi di tirocinio svolto dalle professioni sanitarie	48
Educazione terapeutica al paziente e <i>caregiver</i>	49
SICUREZZA DEL PAZIENTE: APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E SVILUPPO DI BUONE PRATICHE	50
S2 Sviluppo di buone pratiche	53
▪ Audit Clinici	53
▪ Le contenzioni nel Policlinico: studio di 38 casi, contenzioni meccaniche in ambito non psichiatrico.	53
▪ NET 2016-02363853 del Ministero della Salute.	54
▪ Osservanza dei principi etici secondo l'opinione dei pazienti ricoverati e sopravvissuti al COVID-19 durante la pandemia	55
▪ Studio sulla qualità della fine della vita di pazienti deceduti per COVID-19 in HSM, condotto indagando l'opinione degli operatori che li hanno curati.	56
Sicurezza/Accuratezza nella compilazione documentale	57
Verifica della compilazione della cartella clinica	58
Scheda Terapeutica Unica	59
Sicurezza in Sala Operatoria	60
▪ GOPO - Gruppo Operativo Percorso Operatorio	60
▪ La riorganizzazione del percorso chirurgico presso il Policlinico San Martino	60
Consensi al trattamento dati sensibili	62
Consensi Informati al trattamento Sanitario	63
Corretta identificazione del paziente	63
▪ Il Sistema dei Doppi Controlli	64
▪ Gestione terapia trasfusionale nelle unità cliniche	64
▪ Corretta identificazione del paziente tramite braccialetto identificativo	65
Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	65
Igiene delle mani	65
Prevenzione e gestione cadute	66
Prevenzione della contenzione fisica	67
Prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP)	68
Gestione del dolore	69
PDTA Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali	70
▪ Regolamento Disease Management Team (DMT)	71

Percorso nascita	75
▪ Corso di accompagnamento alla nascita.....	75
▪ Documentazione Percorso nascita	76
▪ Progetto WOV-Women Vaccination.....	76
Buone pratiche AGENAS	77
IMPARARE DALL'ESPERIENZA: GESTIONE SINISTRI.....	79
Report Sinistri	79
Legenda.....	80
Link citati nel Report	81

Note.

- ❖ Gli Atti formali del Policlinico San Martino (Deliberazioni, Determine) citati nel presente Report sono consultabili nell'Albo Pretorio: <https://www.ospedalesanmartino.it/albo-pretorio-online.html>
- ❖ Tutti i Documenti del Policlinico, di tipo prescrittivo (Istruzioni Operative di Unità Operativa e Aziendali, i Moduli, i PDTA), citati nel presente Report sono consultabili nel *software* di creazione ed archiviazione *Isolabweb* la cui consultazione è possibile accedendo all'Intranet Aziendale.
- ❖ Le Informative a procedura/intervento in vigore all'interno del Policlinico, sono rese disponibili nel sito internet al percorso di rete: [Informative per procedure Sanitarie - Ospedale San Martino](#)

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE

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

<p>G1 Modello organizzativo aziendale Unità Gestione Rischio (UGR)</p>	<p>L'Unità di Gestione del Rischio è strutturata con un modello organizzativo che, come esposto nelle relazioni degli anni precedenti, è stato formalizzato con Delibera N°89 del 02/02/2017 "Provvedimenti in ordine alla riorganizzazione dell'Unità di Gestione del Rischio Clinico dell'Istituto secondo le procedure CARMINA e approvazione del relativo regolamento di funzionamento" e successiva Delibera N° 354 del 29/03/2017 "Organizzazione dell'Unità di Gestione del Rischio dell'Istituto secondo le procedure CARMINA".</p> <p>L'Unità di Gestione del Rischio è articolata in modo da garantire l'integrazione di tutti i soggetti coinvolti, a vario titolo, nel monitoraggio delle attività per la gestione della rischiosità nel Policlinico e per corrispondere in modo adeguato alla Deliberazione di A.Li.Sa n. 6/2018 ("Indirizzi Operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2018").</p> <p>La suddetta 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.</p> <p>La struttura dell'UGR attualmente articolata in un gruppo strategico e sette gruppi operativi avendo a riferimento le 7 aree dello strumento di monitoraggio del Rischio C.A.R.M.In.A., altresì prevede un Gruppo Operativo dedicato ad "Umanizzazione ed Etica" costituendo quindi l'Area 8 di C.A.R.M.In.A. Si riporta a seguire, la struttura UGR, la composizione di ogni gruppo operativo ed il relativo Coordinatore.</p> <p><u>Gruppo Strategico - Area 1 C.A.R.M.In.A. - Governance, Consapevolezza e Misurazione:</u></p> <ul style="list-style-type: none">➤ Direttore Sanitario➤ Direttore Amministrativo➤ Direttore Scientifico➤ Preside Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche➤ Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera➤ Direttore UO Controllo di Gestione➤ Responsabile UO Direzione e gestione delle Professioni Sanitarie (attualmente UO Direzione delle Professioni Sanitarie)➤ Direttore UO Servizio Prevenzione e Protezione➤ Il Medico Competente➤ Direttore UO Sviluppo Risorse Umane➤ Responsabile UOS Formazione e Comunicazione (attualmente SSDip. Formazione e Comunicazione)➤ Direttore UO Affari Generale e Legali➤ Direttore UO Psicologia Clinica e Psicoterapia➤ Un rappresentante delle Associazioni di tutela del malato e volontariato in Istituto <p>Coordinatore del Gruppo è il Direttore dell'UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP.</p> <p><u>Gruppo Operativo - Area 2 C.A.R.M.In.A.- Comunicazione:</u></p> <ul style="list-style-type: none">➤ Direttore UO Sistemi Informativi (attualmente UO Information & Communication Technologies I.C.T.) ed Ingegneria Clinica➤ Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera➤ Responsabile UO Direzione e gestione delle Professioni Sanitarie (attualmente UO Direzione delle Professioni Sanitarie)
--	---

➤ Direttore UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP
Coordinatore del Gruppo è il Responsabile UOS Formazione e Comunicazione.

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

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

Coordinatore del Gruppo è il Direttore UO Direzione delle Professioni Sanitarie*.

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

- 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, Accredimento e URP

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

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

- 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 è il Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera.

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

- 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 è il Direttore UO Psicologia Clinica e Psicoterapia.

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

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

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

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

Nota: *In fase di formalizzazione

Gruppo Operativo UGR

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

GRUPPO STRATEGICO AREA 1 CARMINA

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

GRUPPI OPERATIVI

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

Il Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2022-2024 esprime le progettualità per il triennio. Il documento è visibile sia in Intranet Aziendale sia in Internet nel sito *web* del Policlinico, seguendo il link:

[Piano triennale Gestione Integrata della Rischiosità 2022-2024 - Ospedale San Martino](#)

<p>G2.1. N. Incontri gruppo operativo UGR</p> <p>G2.2. Referenti aziendali rischio comparto e dirigenza</p>	<p>Incontri gruppo operativo UGR</p> <p>L'evoluzione del sistema di gestione del rischio e la progressiva diffusione della cultura è rilevabile dai numerosi incontri dei gruppi di lavoro su temi specifici che si sono svolti nel corso del 2022.</p> <p>Referenti aziendali rischio comparto e dirigenza</p> <p>Il <i>Risk Manager</i> dell'Ospedale Policlinico San Martino è il Direttore dell'UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP.</p>
<p>G3 Esplicitazione obiettivi in materia di gestione rischio Clinico</p>	<p>Esplicitazione obiettivi in materia di Gestione Rischio Clinico</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Gli obiettivi in materia di Gestione Rischio Clinico sono espressi in due documenti programmatici aziendali: <ul style="list-style-type: none"> • Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2022-2024, (PiGIR) pubblicato in Intranet Aziendale e nel sito <i>web</i>: Piano triennale Gestione Integrata della Rischiosità 2022-2024 - Ospedale San Martino • Piano della Qualità 2022-2024, pubblicato in Intranet Aziendale e nel sito <i>web</i>: https://www.ospedalesanmartino.it/component/publiccompetitions/document/2883.html?view=document&id=2883:piano-triennale-della-qualit%C3%A0&Itemid=272 ❖ Per il raggiungimento degli obiettivi in materia di Gestione Rischio Clinico costituisce tappa importante del percorso, l'Audit annuale di Terza Parte per la verifica dell'aderenza agli standard previsti dalla Norma UNI EN ISO 9001:2015, che è stato svolto dall'Organismo di Certificazione RINA in data 21 e 22 novembre 2022 e registrato nel Rapporto di verifica. ❖ Per il raggiungimento degli obiettivi in materia di Gestione Rischio Clinico un importante percorso è rappresentato dalla verifica dell'aderenza agli standard previsti da OECI (Organization of European Cancer Institute). Nel 2022 (16 e 17 novembre) il Policlinico è stato oggetto di <i>site visit</i> per il rinnovo dell'Accreditamento secondo gli standard previsti da OECI (<i>Organization of European Cancer Institute</i>). ❖ Per il raggiungimento degli obiettivi in materia di Gestione Rischio Clinico è in atto costante monitoraggio e valutazione dell'aderenza dei comportamenti alle Buone Pratiche ed alle Raccomandazioni Ministeriali. Il monitoraggio prevede: <ul style="list-style-type: none"> -l'autovalutazione da parte delle UUOO del Policlinico (mediante Check list di Autovalutazione) -la valutazione in sede di Audit Interno SGQ da parte dei Valutati (mediante l'utilizzo di <i>Checklist</i> e Verbali di registrazione dei rilievi) -la valutazione delle Cartella Cliniche (mediante specifica Check list).

Di seguito si citano alcuni dei documenti (Checklist) per la registrazione del monitoraggio dell'autovalutazione e della valutazione:

- MODAZHQA_0044-AUTOVALUTAZIONE__PROCESSI_AMBULATORIO-
_AMB._CHIRURGICO
- MODAZHQA_0045-
AUTOVALUTAZIONE_PROCESSI_DIAGNOSTICA_PER_IMMAGINI-LABORATORIO-
MEDICINA_NUCLEARE
- MODAZHQA_0046-AUTOVALUTAZIONE_PROCESSI_BLOCCO_OPERATORIO-
RADIOLOGIA_INTERVENTISTICA -EMODINAMICA
- MODAZHQA_0047-AUTOVALUTAZIONE_PROCESSI_DEGENZA_TERAPIA
INTENSIVA_DAY_SURGERY-_DAY_HOSPITAL
- MODAZHQA_0048-AUTOVALUTAZIONE_PROCESSI_LABORATORIO_RICERCA
- MODHQA_0043AMB-
Verbale_Audit_interno_Registrazione_Evidenze_Ambulatorio
- MODHQA_0044B-Verbale_Audit_interno-
_Check_per_la_verifica_dell'aderenza_alle_buone_pratiche
- MODAZHQA_0030CC Rev. 11/2021 Valutazione Compilazione Cartella Clinica

❖ In sede di Audit Interno, avvalendosi della collaborazione dei valutatori Lead Auditor del Policlinico, è stata avviata la rilevazione conoscitiva del fenomeno Contenzione meccanica del paziente. La registrazione dei rilievi è prevista nel modulo:

- MODHQA_1000-AUDIT_CLINICO_CONTENZIONI_SCHEDA

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

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. All'analisi del caso, segue 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, Accreditamento e URP è responsabile del monitoraggio di ogni Azione Correttiva implementata.

A seguire è visibile l'avanzamento lavori dell'Azione di Miglioramento relativa alla tracciabilità trasporti campioni biologici e sacche di emocomponenti.

▪ **Progetto tracciabilità trasporti campioni biologici e sacche di emocomponenti**

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 Accredit. 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 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:

Porta Partenza	Porta Arrivo	N. Trasporti	N. Sacche
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
Centro Trasfusionale - Partenza Unità di Emocomponenti Totale		2.550	6.228

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.

G4.1.3 misurazione IR

Misurazione Incident Reporting

Annualmente i dati relativi agli *Incident Reporting* sono trasmessi dalla Direzione Aziendale a Regione Liguria. A seguire si fornisce evidenza riguardo il numero di Schede di segnalazione di *Incident Reporting* pervenute ad HQA (U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità Accred. e URP) dal 2016 al 2022.

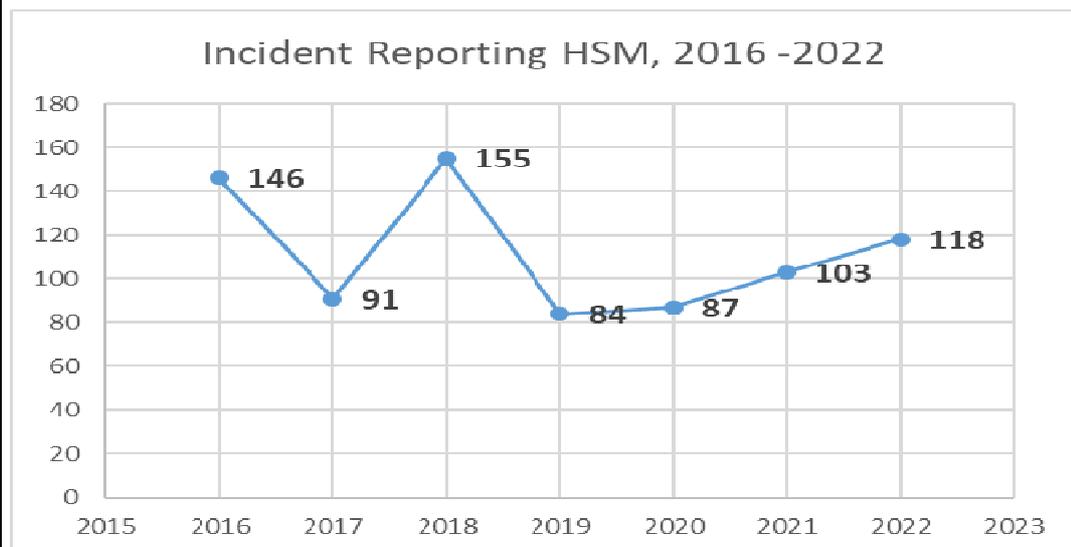
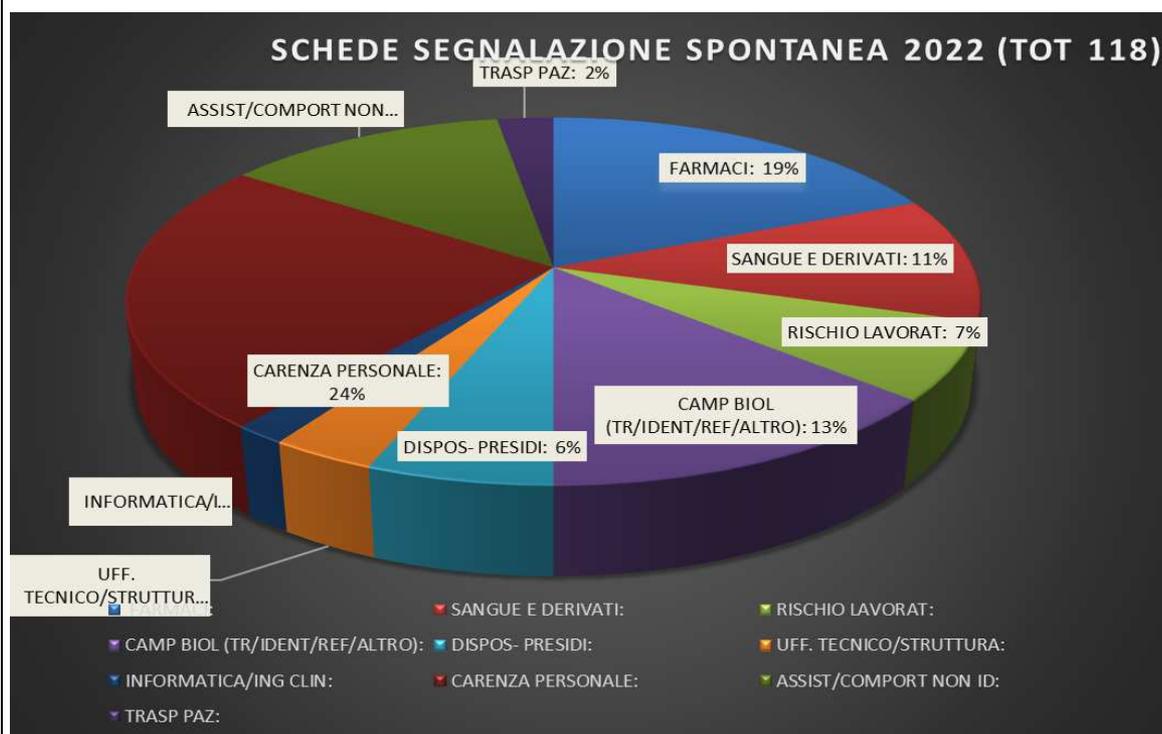


Grafico della "numerosità di Schede di segnalazione di *Incident Reporting* dal 2016 al 2022".

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 PRESID	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%

Misurazione cadute

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%.

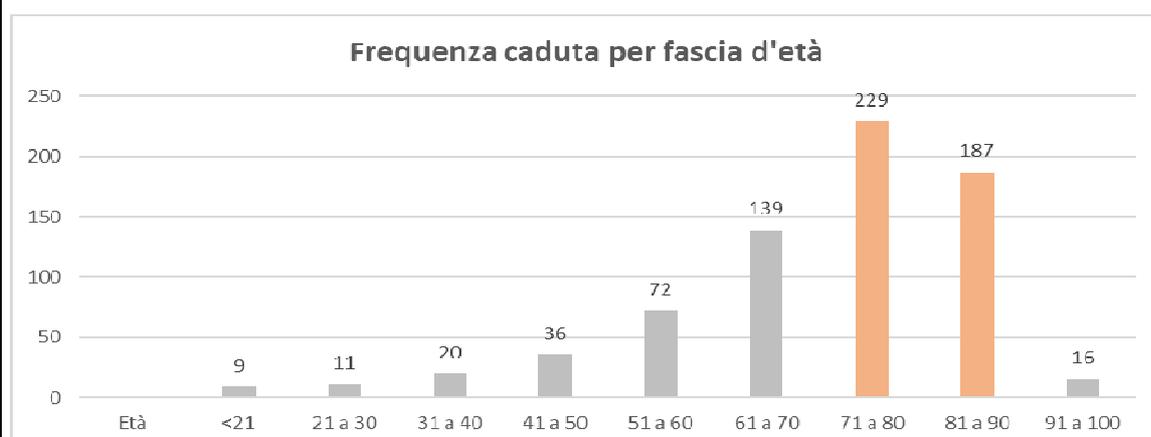
▪ Analisi dati 2021

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

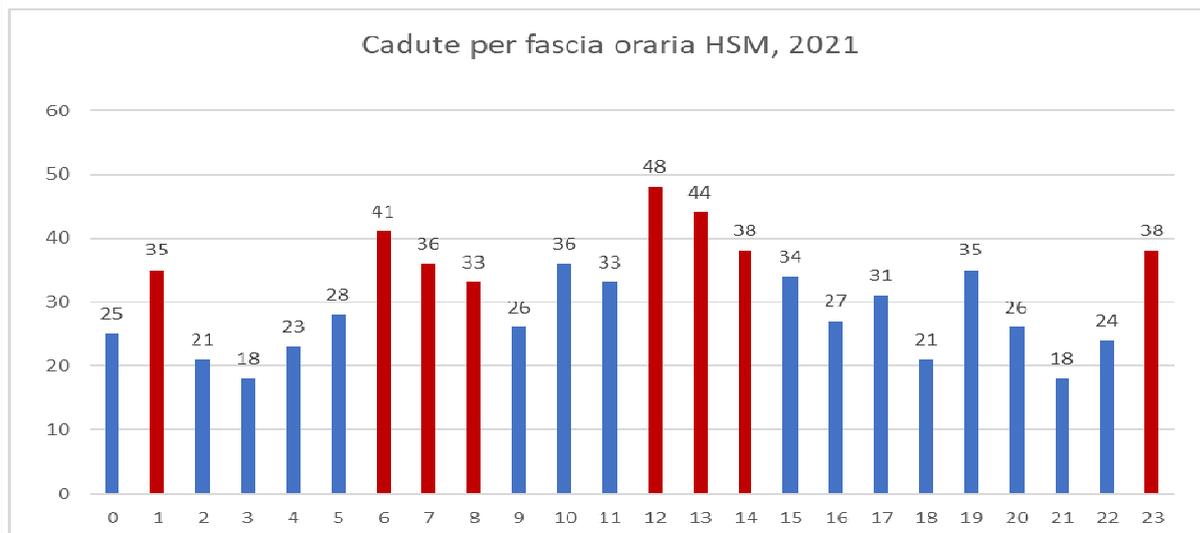
Età

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

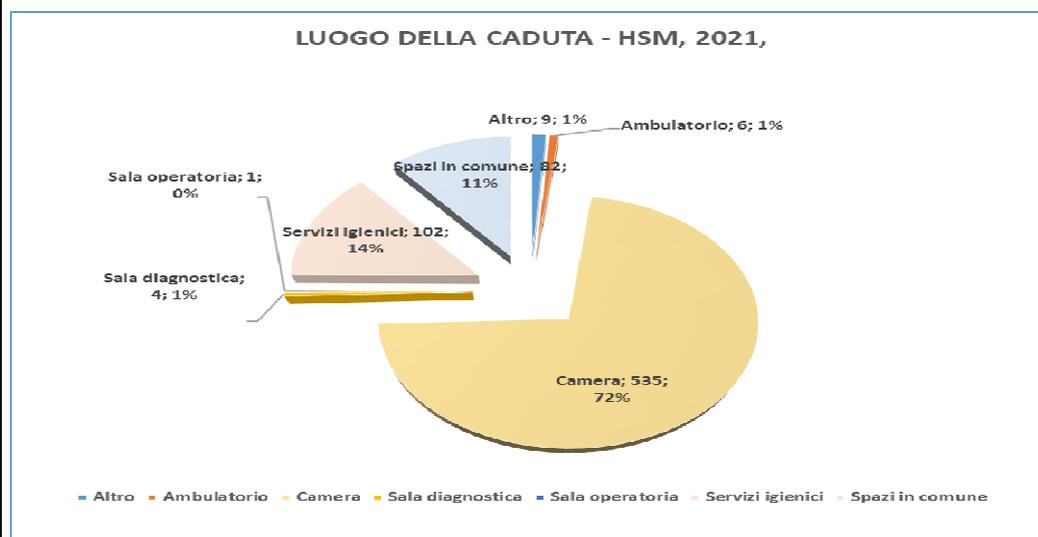
Le 98 cadute avvenute in questa fascia oraria si sono verificate mentre il paziente

- 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.

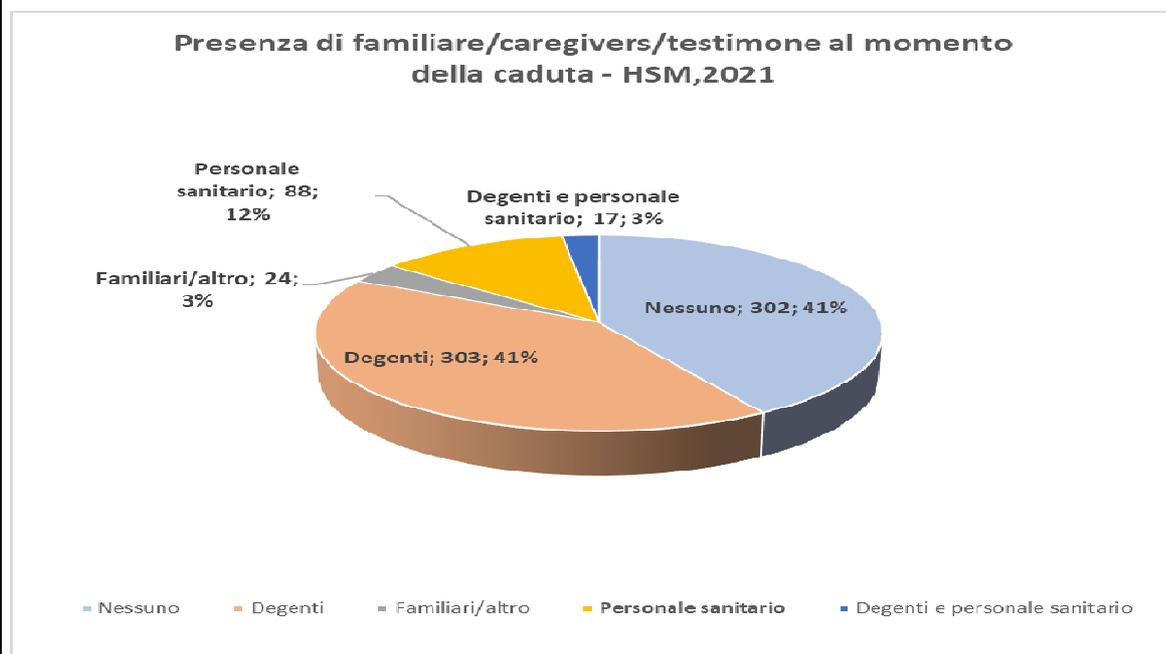
Luogo dell'evento

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.



I Familiari, caregivers

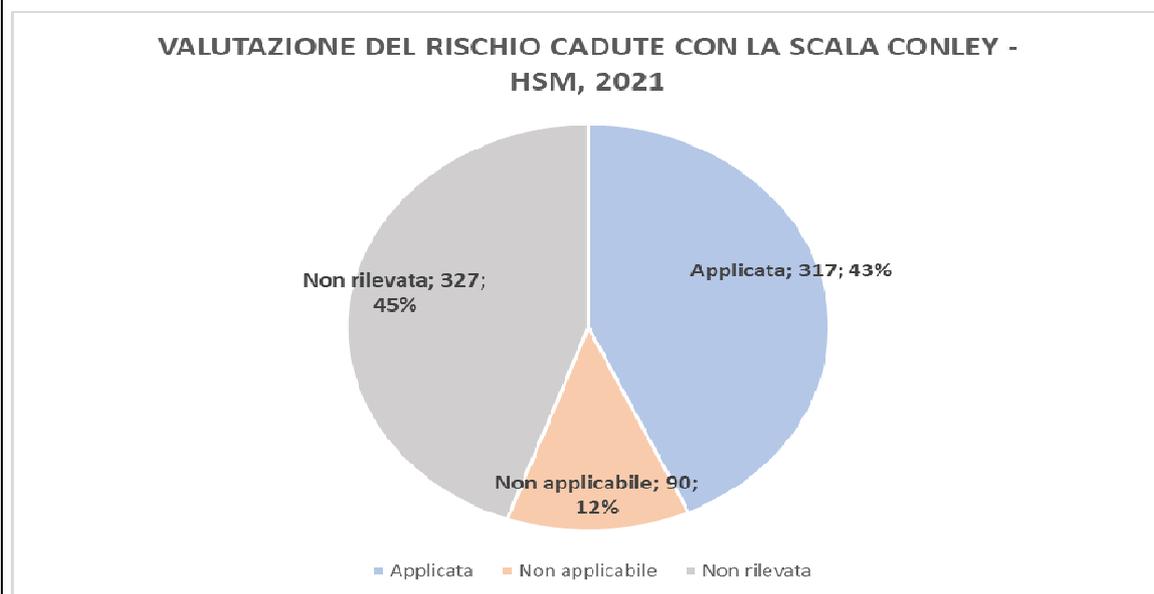
Il dato relativo alla presenza o meno dei *caregivers* al momento della caduta rimane sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente. Nel 2021, così come nel 2020, l'accesso dei familiari ai reparti è stato limitato per contenere la diffusione del virus Sars-Cov-2.



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.

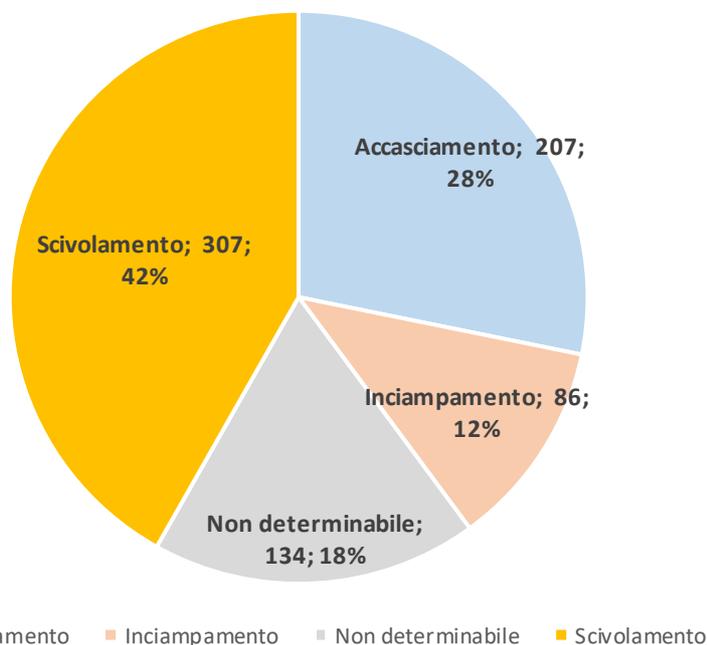


Valori ≥ 2 risultanti dall'applicazione della Scala di *Conley* indicano un aumentato rischio di caduta e dovrebbero determinare l'adozione di misure preventive specifiche da parte del personale sanitario. Della popolazione di pazienti ai quali era stata applicata la scala una valutazione di rischio cadute (317 pazienti), 149 (47%) avevano un rischio ≥ 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. Resta invariata la necessità di una più attenta informazione ai pazienti relativamente alle calzature da indossare durante la degenza, nonché alle prescrizioni necessarie durante il lavaggio dei pavimenti da parte della ditta delle pulizie.

MODALITA' DI CADUTA -HSM-2021



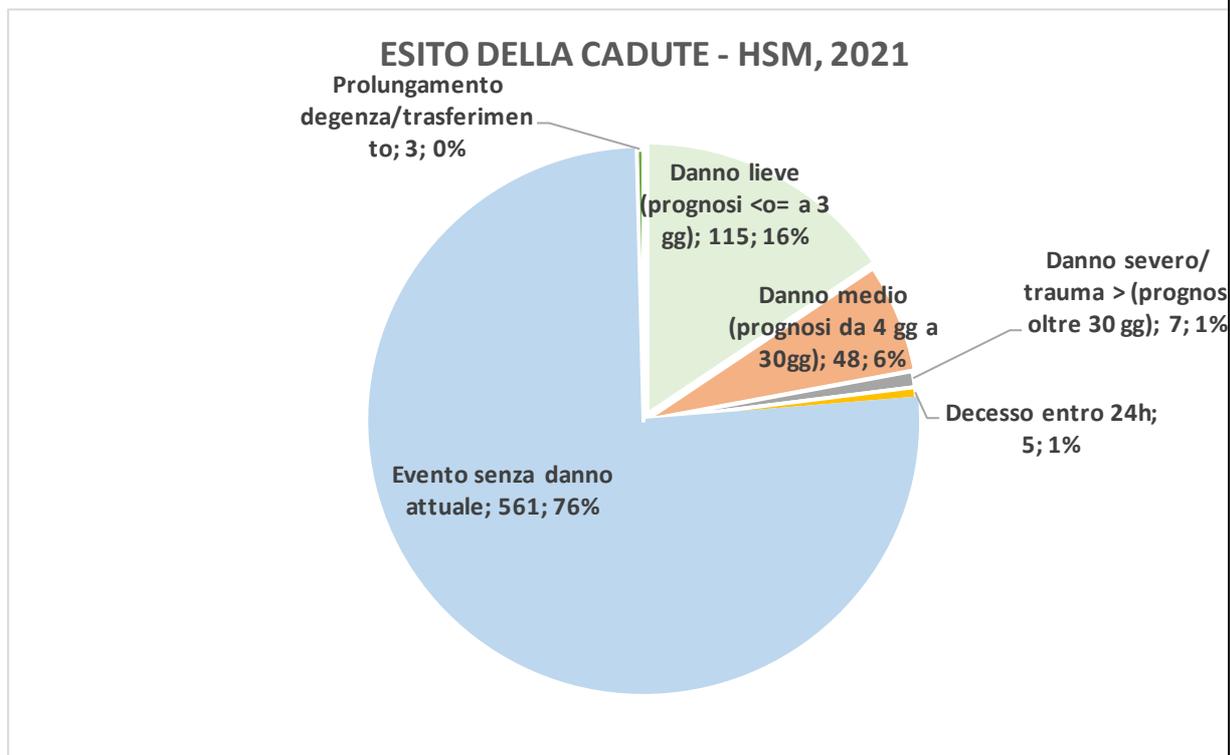
La maggioranza delle cadute si è verificata quando il paziente eseguiva attività in autonomia. Questo deve far aumentare il livello di attenzione del personale e incrementare l'informazione al paziente sui rischi di caduta durante la permanenza in reparto.

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.

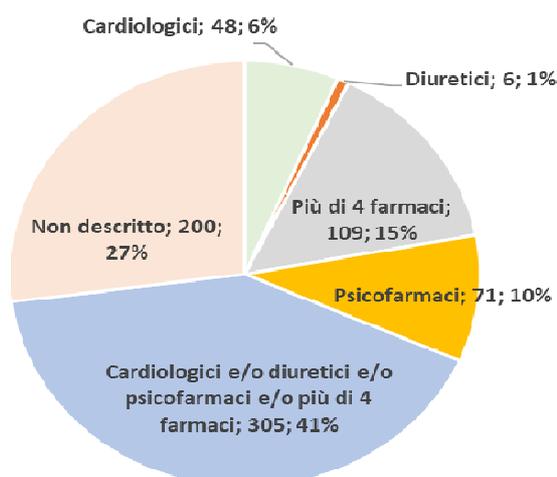


La prestazione di gran lunga più richiesta a seguito di caduta è la radiografia (99.9%) mentre le consulenze e le visite di Pronto Soccorso risultano marginali (0.1%).

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.

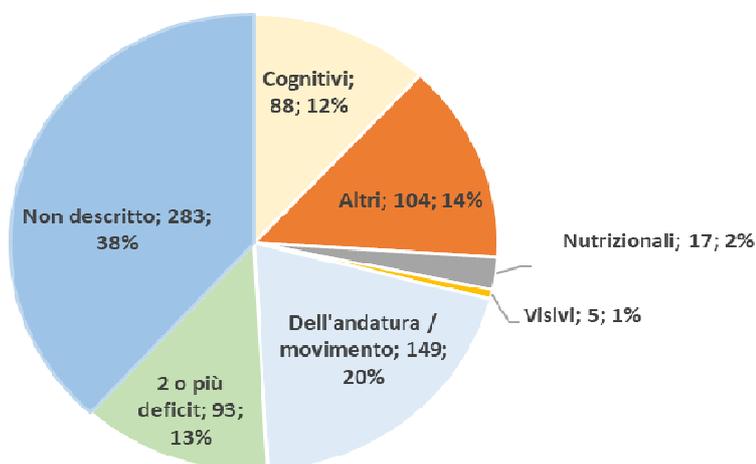
FARMACI ASSUNTI DAI PAZIENTI CADUTI - HSM, 2021



Fattori legati ai deficit dei pazienti

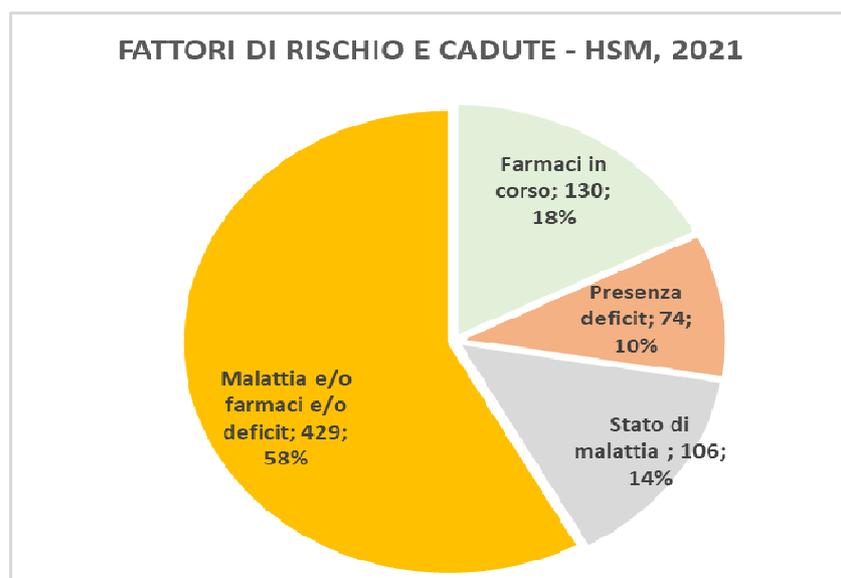
Nel grafico successivo sono illustrati pazienti caduti in relazione a diversi tipi di deficit. Il 62% dei pazienti caduti non presentava alcun tipo di deficit, il più frequente riscontrato fa riferimento all'andatura/movimento (20%).

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 i 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 che differenzia i due generi, è che le donne che cadono, tendono a subire più fratture e prolungamento della degenza, ma gli uomini hanno un esito fatale maggiore. 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 del letto o mobilizzarsi verso o dalla sedia/carrozzina/poltrona: questi pazienti spesso hanno deficit cognitivi e/o del movimento e molteplici terapie.

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

I risultati invitano a sensibilizzare ancora di più 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 tale rischio di caduta.

Conclusioni

Il fenomeno caduta 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 lieve aumento nell'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, mentre per il biennio 2019-2020 il 14,6%, confermando quanto riportato in letteratura di come una caduta costituisce un fattore di rischio a sé stessa.

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 a

	<p>identificare il grado di consapevolezza dei pazienti attraverso brevi interviste standardizzate. Complessivamente, il progetto prevedeva una misurazione <i>baseline</i> rappresentata dagli eventi caduta ed un successivo monitoraggio. Visto il cambiamento previsto per quanto riguarda il sistema informatico da <i>Trackcare</i> a <i>Onesys</i>, il 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.</p> <p>Misurazione Lesioni da pressione (LDP)</p> <p>I dati analizzati sono riferiti al periodo compreso tra lo 01/01/2022 ed il 23/11/22. Nel 2022 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, successivamente con frequenza settimanale ed 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.</p> <p>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%).</p> <p>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%).</p> <p>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. Per quanto riguarda le sedi delle lesioni, tra le più frequenti si rilevano le LDP al sacro (43.6%, 829 lesioni), ai talloni (29.5%, 563) e ad altre sedi (14.9%, 284) come malleolo, trocantere, gomito, occipite, ginocchio, ischio, spalla, con percentuali minori al 2.5% per lesione.</p> <p>Confrontando i dati con quanto riportato nel 2021, si rileva che il 2022 ha avuto un andamento simile in tutti gli aspetti analizzati.</p> <p>Report completo dei grafici è visibile all'interno della Relazione Piani Annuali Attuazione dell'Unità di Gestione del Rischio relativa al 2022, pubblicata nel sito web del Policlinico alla pagina: standard e impegni - Ospedale San Martino</p>
<p>G4.3 Misurazione Lesioni da Pressione (LDP)</p>	<p>Segnalazione microrganismi Alert</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoraggio attraverso indicatori (es. consumo di soluzione a base alcolica) procedure per il lavaggio delle mani. <p>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</p>

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* a 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 del-

le ICA nel periodo pandemico (2020-2022), sebbene non statisticamente significativo rispetto alla media del periodo 2014-2019 (15,3% vs 13,9%).

▪ **Monitoraggio procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.**

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 di 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.

▪ **Monitoraggio delle procedure per la gestione standard/isolamento.**

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 indicato-

ri 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 a 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 Carba-penemasi (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 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: valu-*

tazione 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.

G5
Eventi
sentinella

Eventi Sentinella

Il Ministero (Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella) definisce l’evento sentinella come un “evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un’indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell’organizzazione”.

Dal 2017 il Policlinico ha recepito il Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella del Ministero della Salute (Luglio2009), redigendo ed implementando una procedura aziendale per la gestione di eventi Sentinella e contestuale segnalazione all’Osservatorio Nazionale, mediante il sistema SIMES. Le modalità operative sono descritte nell’ Istruzione Operativa IOAZHQA_0708 che identifica i responsabili dell’acquisizione dei dati e le modalità di gestione ed analisi degli eventi, coinvolgendo nelle diverse fasi del processo, attori che, a vario titolo, hanno competenza specifica sull’area tematica di riferimento dei singoli possibili eventi. Tutti i casi sono posti all’attenzione del *Risk Manager* ed il *Team* Integrato di valutazione medico/infermiere provvede ad avviare l’analisi ritenuta più opportuna per il caso in questione (*Audit, Incontri, Significant Event Analysis, Root Cause Analysis*) al fine di raccogliere elementi, fattori causali o concomitanti sull’evento e successive possibili soluzioni che dovranno esser formalizzate in Azioni di miglioramento dei processi aziendali. Nel caso in cui tali Azioni abbiano un impatto in termini di risorse aggiuntive, l’intero percorso di definizione e progettazione è trasferito alla Direzione Strategica dell’Istituto per ottenere l’approvazione alla sua implementazione. Per ogni Azioni di Miglioramento si identifica il Coordinatore/Responsabile della realizzazione e del cronogramma delle attività. I risultati delle Azioni di miglioramento intraprese in base alle segnalazioni analizzate, sono diffusi in Istituto in occasione di: Incontri dell’Unità di Gestione Rischio UGR/CARMIInA ed Eventi formativi aziendali. Inoltre le Azioni di Miglioramento sono pubblicate nel sito Intranet/Rischio Clinico/Azioni di Miglioramento/ da S.E.A.

G5.1. Misurazione
eventi sentinella

Eventi Sentinella: misurazione

Nel 2022 sono stati notificati al Ministero 0 eventi sentinella. Si riportano di seguito i dati relativi al periodo 2020-2022:

Anno	Eventi sentinella
2022	0
2021	2
2020	5

G6 Gestione sinistri

Gestione sinistri

Nel quadro del programma assicurativo per rischi di responsabilità civile delle aziende ed enti del S.S.R. (Legge regionale n.28 del 26/10/2011), è attivo all'interno del Policlinico il Comitato Gestione Sinistri, che si avvale anche del Comitato Valutazione Rischio Infettivo (CVRI), con il compito di monitorare le istanze risarcitorie che presentano problemi legati a ipotetiche infezioni correlate alle Pratiche Assistenziali (ICPA). La commissione CVRI nel corso degli anni, ha svolto riunioni periodiche e prodotto, oltre a dettagliate relazioni necessarie alla resistenza nei casi ovviamente possibili, indicazioni di miglioramento nella gestione documentale e nella prassi clinica quotidiana. Nel 2022 non si sono discussi casi, in sede di C.V.R.I.

G6.1. Misurazione sinistri

Gestione sinistri: misurazione

Nel 2022 il numero dei sinistri è stato di 125 distribuiti nelle seguenti categorie:

CATEGORIE SINISTRI	2022
Aggressione	0
Altro	0
Autolesione	1
Cadute	8
Danneggiamento a cose	2
Errore anestesiologicalo	0
Errore chirurgico	40
Errore diagnostico	12
Errore terapeutico	22
Errore di prevenzione	1
Errore procedure invasive	2
Furto	0
Infezioni	16
Infortuni	1
Livello di servizio	5
Malattia Professionale	0
Smarrimento	15
TOTALE	125

COMUNICAZIONE

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

<p>C1 Sistemi di comunicazione interna ed esterna per la diffusione delle informazioni e delle evidenze per la sicurezza del paziente</p>	<p>▪ Informative a procedura/intervento</p> <p>Per garantire migliore comunicazione e chiarezza con i cittadini, tutti i documenti di tipo Informativo finalizzati ad una adeguata comprensione della procedura/intervento proposta al paziente, sono disponibili sul sito internet del Policlinico, al link: Informative per procedure Sanitarie - Ospedale San Martino</p> <p>Le Informative a procedura/intervento pubblicate alla data 02/01/2023, sono 434.</p> <p>L'acquisizione del Consenso è espressione della relazione medico-paziente in cui il medico è tenuto a raccogliere un'adesione effettiva, partecipata e compresa alla procedura, cui il paziente è candidato ad essere sottoposto. Il consenso del paziente non è un atto formale, ma è la condizione essenziale per trasformare un atto "normalmente illecito", come la violazione dell'integrità psicofisica, in un atto lecito e responsabile. All'interno del Policlinico si intende dare maggior rilievo possibile alla fase di informazione separando questa, anche dal punto di vista documentale, dalla fase di acquisizione del Consenso/Dissenso. Questa separazione è volta a sensibilizzare tutti i professionisti ad una maggiore attenzione alla informazione del paziente che, come anche sancito dalla Legge N.219 del 22/12/2017 in vigore da gennaio 2018, costituisce parte integrante dell'atto diagnostico/terapeutico e "Tempo di cura". La revisione degli attuali consensi prevede la separazione della parte "Informativa" dalla formula di "acquisizione del Consenso", condividendo le modifiche al testo con gli specialisti che erogano la procedura descritta e controllati dall' UO Gestione Rischio Clinico, per la validazione finale e pubblicazione nel software <i>Isolabweb</i> e nel sito <i>web</i> del Policlinico.</p> <p>Gli elementi qualificanti di ogni singola informativa sono:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 <p>Il modulo di acquisizione del Consenso o del Dissenso del paziente, all'interno del Policlinico (CONSAZHQA_0040 rev2 del 09/11/2022, tradotto in lingue straniere) è unico per tutte le UU.OO., valido per tutte le procedure/interventi: prevede anche la possibilità di revoca del Consenso che può essere decisa dal paziente successivamente al rilascio del Consenso. In questo caso è necessario acquisire la firma e la data di revoca, del Consenso, se possibile nello stesso modulo in cui il paziente aveva sottoscritto il proprio Consenso. Nel caso in cui il paziente intenda non essere informato relativamente alle proprie condizioni cliniche è necessario che sia compilata la parte "Dichiarazione Olografa di rinuncia all'informazione" in cui il paziente può delegare un altro soggetto a ricevere le informazioni che lo riguardano (come previsto dal Codice Deontologico Medico Art. 33). E' compito di ogni professionista adoperarsi affinché anche il paziente che non voglia essere informato abbia comunque, per quanto possibile, gli elementi per sottoscrivere il proprio Consenso/Dissenso a sottoporsi a intervento o procedura.</p>
---	---

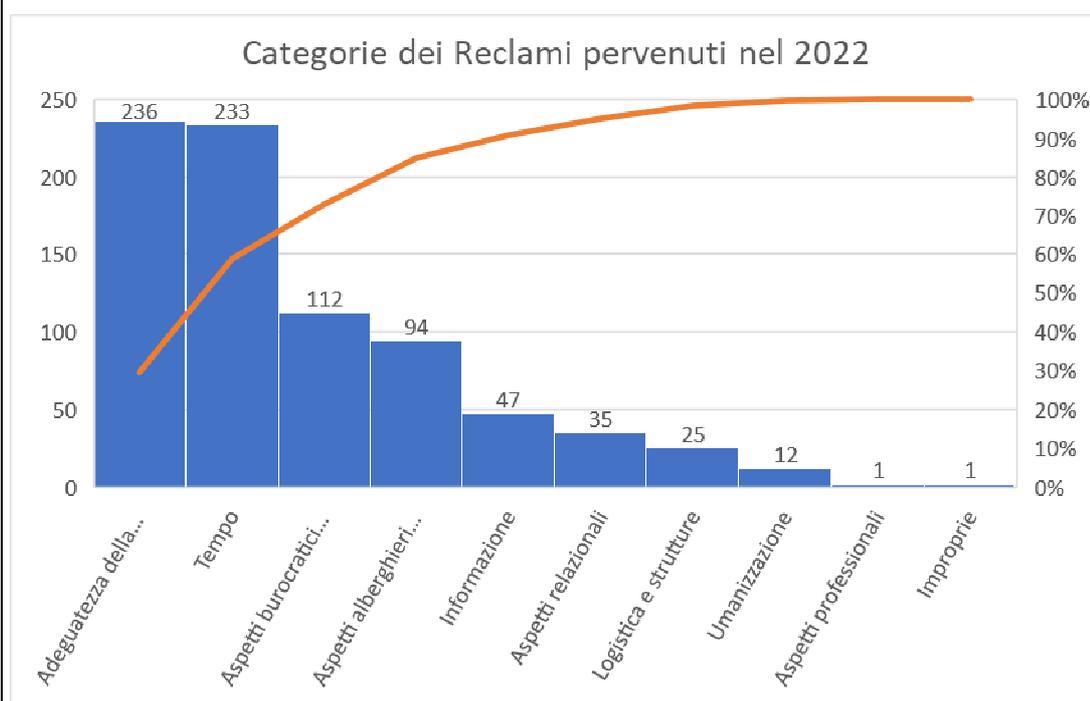
▪ Ufficio Relazioni con il Pubblico

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

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

Nell'ottica di una gestione integrata e quale Azione di Miglioramento dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, i Reclami pervenuti saranno valutati, per gli aspetti di contenimento del Rischio Clinico, in sinergia tra gli operatori dell'URP e gli operatori che si occupano di gestione del rischio clinico e degli *Incident reporting*. Lo scopo ultimo è l'individuazione di soluzioni di tipo trasversale alle osservazioni / reclami da parte dei pazienti che accedono al Policlinico.

Nel 2022 le segnalazioni di Reclamo pervenute all'URP sono state 796 suddivisi nelle seguenti Categorie:



▪ Diffusione di sistema omogeneo di refertazione delle prestazioni effettuate

La comunicazione verso il paziente è attuata anche attraverso un'adeguata comunicazione del referto delle prestazioni /diagnostiche/cure a cui è sottoposto nel Policlinico Nell'ambito dell'aggiornamento riguardante la gestione informatizzata dei percorsi diagnostici, terapeutici e di *follow up* è stata rilevata la necessità di definire lo standard qualitativo del Policlinico per i referti prodotti. Le prestazioni effettuate, comprensive di visite, esami diagnostici di labora-

torio e strumentali, devono essere refertate attraverso il sistema informatico del Policlinico.

Per mantenere un livello omogeneo della documentazione, fornire al paziente un'immagine unitaria ed armonica delle attività e dei processi del Policlinico ed evitare problematiche nella produzione dei referti medesimi attraverso gli applicativi aziendali, è necessario evitare di produrre referti utilizzando file "Word" o pacchetti di *office automation* esterni all'applicativo di refertazione e/o utilizzando formati e caratteri non idonei, procedendo direttamente alla refertazione sul sistema informativo. Il referto *standard* del Policlinico adotta pertanto un *format* unico di refertazione. Le indicazioni sopra menzionate sono state diffuse con Nota del 25/10/2021 a firma del Direttore Sanitario e Direttore UO *Information and Communication Technology*.

- **Prevenzione della violenza nei luoghi di lavoro**

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

All'interno del Policlinico sin dal 2019 sono stati affissi due tipi di Cartelli Informativi finalizzati a comunicare con i pazienti e con i visitatori e trasmettere loro informazioni che rendano maggiormente comprensibili le difficoltà sia degli operatori sanitari sia dell'organizzazione.

- **Sito *Web* dell'ospedale Policlinico San Martino**

Il Policlinico si interfaccia con la cittadinanza e l'utenza sia attraverso l'attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, sia attraverso il sito *web*. La sezione relativa alle fotonotizie è costantemente aggiornata con le campagne riguardanti il rischio clinico come, ad esempio, quella relativa alla raccolta sangue, quella in materia di vaccinazioni e della vaccinazione anti Covid-19 nelle donne in gravidanza e allattamento attraverso il "Progetto *WOV-Women Vaccination*", oltre alla pubblicazione di *webinar* tematici (in considerazione delle misure in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 che prevedono l'erogazione di corsi/congressi a distanza). Nel difficile periodo del Covid-19 è stato reso disponibile sul sito, per l'utenza, un box dedicato alla raccolta di tutte le informazioni/norme di comportamento utili per prevenire la diffusione del virus.

- ***Social Media* istituzionali.**

La gestione dei *social media* istituzionali, che hanno acquisito maggiore spazio nel corso del tempo rappresentando uno strumento di immediato e rapido riscontro, costituisce un importante mezzo di condivisione delle informazioni tra il Policlinico e gli operatori e verso i cittadini. I *social media* istituzionali sono stati utilizzati a supporto delle campagne che il Policlinico promuove attraverso il sito: gli stessi contenuti sono ripensati e riadattati per un utilizzo social (video o grafiche) per garantire una maggiore diffusione e capillarità delle tematiche. Ad esempio, per promuovere l'adesione alla campagna vaccinale anti Covid-19, in collaborazione con Liguria Digitale, sono state realizzate 6 brevi clip video che hanno coinvolto giovani studenti e professionisti, con l'obiettivo di promuovere l'adesione alla vaccinazione.

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

Sistemi interni all'azienda di comunicazione e diffusione delle informazioni

▪ Portale del Dipendente

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

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

Inoltre, le convocazioni dei dipendenti presso l'ambulatorio vaccinazioni sono trasmesse attraverso il Portale del Dipendente e l'applicativo IRISWEB, relativamente alla campagna di vaccinazioni anti SARS-Cov2.

▪ Rete Intranet

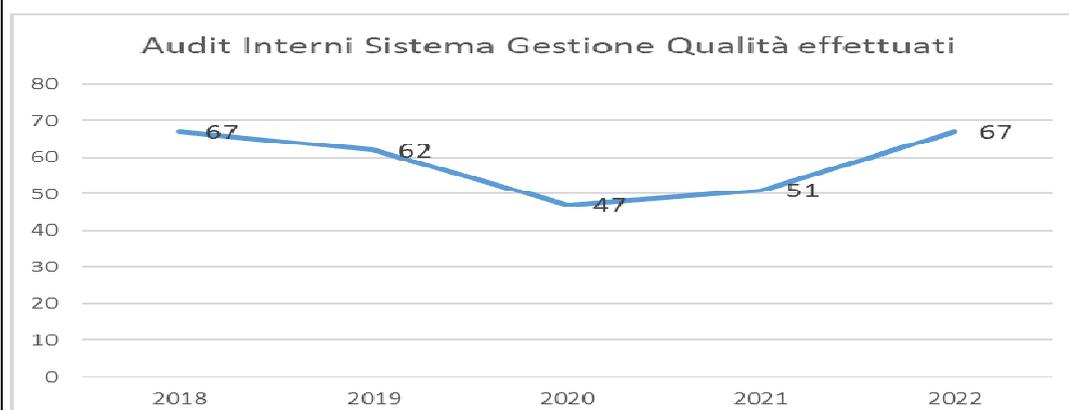
La nuova intranet ha avuto avvio il 4 agosto 2021, data in cui il Policlinico ha rilasciato la nuova versione della piattaforma, realizzata in conformità ai criteri Agid e strutturata in modo user *friendly* al fine di favorire al massimo la consultazione degli operatori interni anche in riferimento alla gestione della rischiosità. L' utilizzo della rete intranet aziendale, a cui accede tutto il personale dipendente o equiparato con possibilità di consultazione completa, permette di veicolare con immediatezza le notizie relative a diversi ambiti quali l'indisponibilità di farmaci, gli eventuali incidenti correlati all'utilizzo di dispositivi, gli approvvigionamenti, la programmazione degli addestramenti per l'utilizzo di dispositivi medici e di protezione individuale, la programmazione di corsi e iniziative specifiche relative alla gestione del rischio, etc.,raggiungendo velocemente tutti i dipendenti. L'utilizzo della Intranet è diffuso tra il personale, perciò può definirsi lo strumento principale della Comunicazione con gli operatori e tra di essi. La revisione è stata attuata con il coinvolgimento delle UUOO e la consultazione di diversi principali *key users* identificati tra gli operatori sanitari; la revisione ha posto in luce nuove esigenze quali una rapida consultazione delle corrette modalità di preparazione del Paziente per l'esecuzione di esami radiologici, l'invio di campioni ai vari laboratori e un diverso raggruppamento delle schede tecniche e di sicurezza di farmaci, presidi ed ausili, nonché dei video tutorial per l'uso. La gestione degli aggiornamenti viene gestita

	<p>tramite un'azione sinergica che coinvolge personale della S.S.D. Formazione e Comunicazione e della UO <i>Information and Communication Tecnology</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Isolabweb <p>La documentazione aziendale (procedure, istruzioni operative, documenti organizzativi, modulistica) è gestita mediante l'applicativo ISOLABWEB che ne rende possibile la creazione, il controllo, la pubblicazione, la trasmissione e la consultazione. Il Software ISOLABWEB contiene parte delle conoscenze dell'organizzazione, declinata in documenti di tipo prescrittivo, protocolli e Linee guida condivisi. Contiene inoltre gli strumenti per la registrazione delle attività nelle diverse fasi dei processi e dei PDTA erogati.</p> <p>I documenti pubblicati in Isolabweb, quindi in vigore, sono 6.721 al 03/01/2023.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri specifici su tematiche trasversali d'interesse comune <p>La comunicazione periodica verso l'operatore, è effettuata anche attraverso incontri specifici su temi rilevanti di cui sia richiesta la diffusione a tutto il Policlinico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mailing list aziendali. <p>Le informazioni, inoltre, sono veicolate mediante Mailing list aziendali.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Circolari/Documenti <p>Le informazioni, all'interno del Policlinico, sono diffuse anche mediante Circolari/Documenti a cura delle Unità Operative coinvolte.</p>
<p>C3 Diffusione e feedback relativamente a: procedure / istruzioni di lavoro approvate, decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo</p>	<p>Diffusione e feedback relativamente a procedure/istruzioni di lavoro approvate, decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Audit Interni di Sistema Gestione Qualità <p>Si effettua verifica, in sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità, dell'aderenza dei comportamenti alle procedure ed istruzioni in vigore e si analizzano i dati raccolti monitorando costantemente il trend aziendale.</p> <p>Annualmente si diffondono dati ed Azioni di Miglioramento adottate, compresi all'interno di due Report:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ RELAZIONE DI ATTIVITA' GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE e ➤ Relazione Piani Annuali Attuazione dell'Unità di Gestione del Rischio <p>Entrambe i Report sono resi disponibili alla consultazione da parte degli utenti e dei dipendenti, poiché sono annualmente pubblicati nel sito web del Policlinico alla pagina standard e impegni - Ospedale San Martino e nella Intranet Aziendale alla pagina Documenti rischio clinico - Intranet Ospedale San Martino.</p> <p>Annualmente si diffonde il Report degli Audit Interni di Sistema Gestione Qualità condotti in Ospedale ed in particolare i dati sono esposti in occasione del Riesame della Direzione presentato durante la riunione di apertura dell'Audit Esterno svolta dall'Organismo di Certificazione con la Direzione Strategica.</p> <p>Nel 2022 il Policlinico San Martino è stato oggetto dell'Audit di Terza Parte il 21-22 novembre, svolto dall'organismo di Certificazione RINA per valutare la conformità agli standard previsti dalla Norma UNI EN ISO 9001:2015.</p> <p>Le rilevazioni in sede di Audit Interno di SGQ sono effettuate da <i>Team</i> di Valutatori <i>Lead Auditor</i> (Norma UNI EN ISO 9001:2015) che seguono un Corso formativo dedicato ai "Valutatori". Il Corso finalizzato all'allineamento dei Team di Valutatori che nel corso dell'anno partecipano</p>

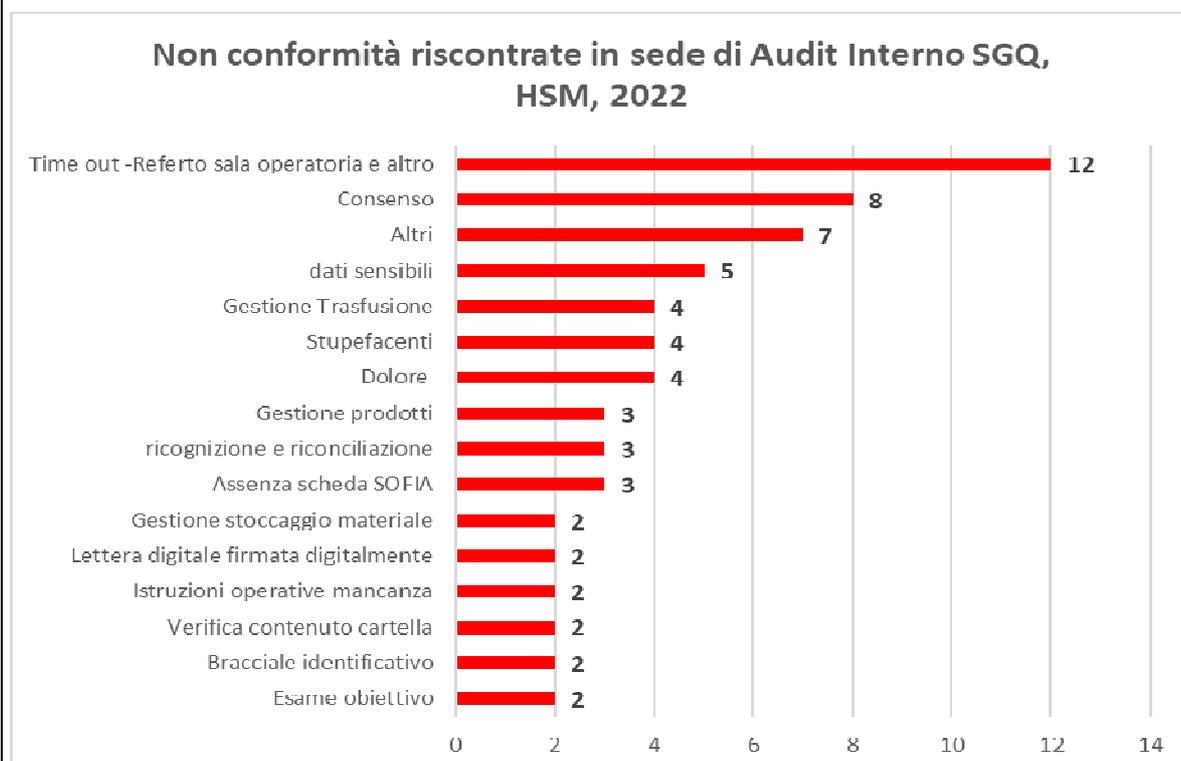
agli Audit Interni di SGQ, nel 2022 si è svolto in presenza nelle date 22 e 23 marzo. Nel 2023 si svolgerà in data 8 e 9 marzo 2023, dalle ore 14.00 alle ore 18.00– Aula n. 6 sita al 1° piano del padiglione Santa Caterina.

Il Corso annuale è l'occasione e sede per la condivisione dell'aggiornamento sia della documentazione di registrazione dei rilievi effettuati in Audit (check list) sia delle linee di indirizzo a cui attenersi per garantire il più possibile omogeneità di valutazione. Il corso è obbligatorio ai fini del mantenimento delle competenze per poter svolgere l'attività di Auditor Interni.

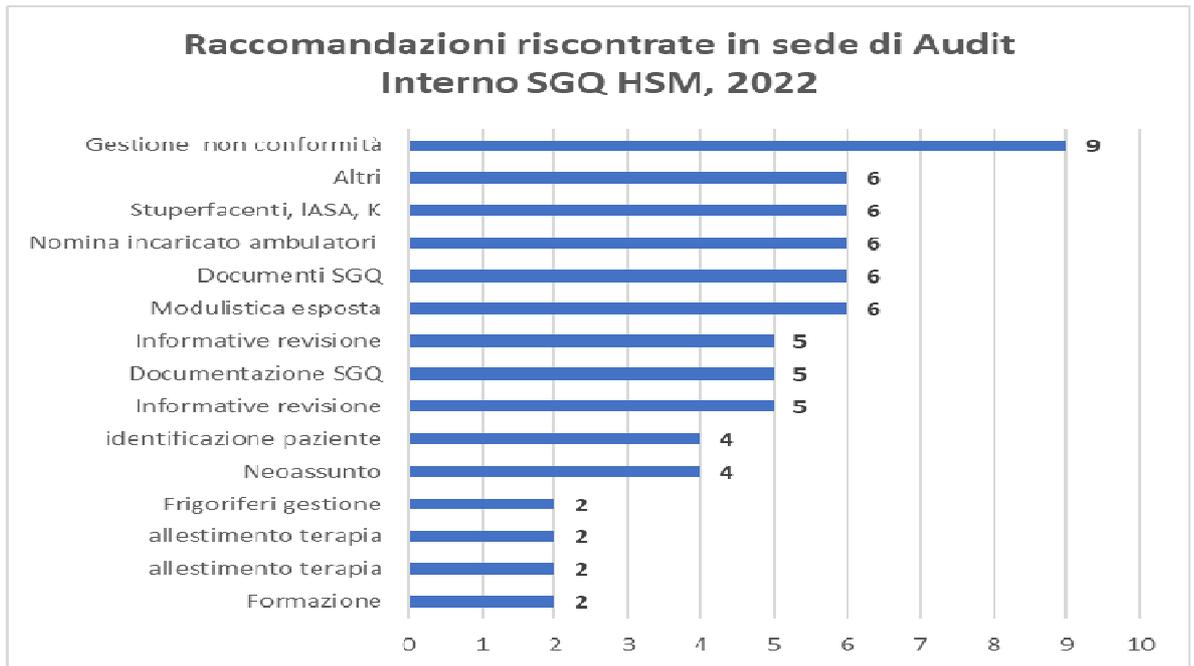
Gli Audit Interni di SGQ programmati per il 2022 sono 85; gli Audit svolti al 12/12/22 sono 67. Il Grafico rappresenta il numero di Audit interni di SGQ svolti nel periodo compreso tra il 2018 ed il 2022.



In sede di Audit Interno SGQ durante il 2022 le **Non Conformità** rilevate sono rappresentate nel grafico a seguire, suddivise per tipologia:



In sede di Audit Interno SGQ durante il 2022 le **Raccomandazioni** registrate sono rappresentate nel grafico a seguire, suddivise per tipologia:



FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA'

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

<p>F1 Piano formativo UGR aziendale e interaziendale</p>	<p>Piano formativo UGR aziendale e interaziendale</p> <p>Con Deliberazione n. 1219 del 20/07/2022 è stato adottato il Regolamento aziendale sulla disciplina delle attività di formazione e aggiornamento.</p> <p>▪ Il Piano Formativo del Policlinico</p> <p>Obiettivi Formativi</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 è adottato, ogni triennio (Il Piano Formativo Aziendale 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.

▪ **Corso Base inerente la Gestione del Rischio Clinico**

Nel marzo 2021 è stata avviata l'erogazione del primo Corso Base inerente la Gestione del Rischio Clinico, rieditata nel 2022, per la didattica a distanza con attribuzione di ECM per il personale del Policlinico. Il Corso espone i seguenti temi:

- Legge 219 del 2017 Consenso Informato
- Raccomandazione Ministeriale n.3 Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e dell'applicazione della checklist di sala
- Raccomandazione Ministeriale n.13 Prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie
- Raccomandazione Ministeriale n.7 Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica

Nel 2022 gli operatori formati sono 238; nel 2021 sono stati 700.

Il Corso è erogato in FAD (Formazione a distanza), poiché dal 01/03/2021 è stata adottata la piattaforma di formazione a distanza del Policlinico, ove sono disponibili i corsi del Piano Formativo Aziendale vigente ed i corsi obbligatori in materia di salute e sicurezza. La nuova piattaforma attualmente comprende la possibilità di fruizione di molti corsi in continua evoluzione.

<p>F2 Valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure aziendali basate sulle raccomandazioni ministeriali</p>	<p>Valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure aziendali basate sulle raccomandazioni ministeriali</p> <p>La valutazione e verifica dell'aderenza alle procedure aziendali si effettua durante l'Audit Interno di SGQ, mediante l'osservazione dei comportamenti e si utilizzano le <i>Check List</i> specifiche per l'ambito (Degenza, DH, Ambulatorio, Sala Operatoria ecc) oggetto di Audit Interno. Le rilevazioni sono effettuate dal <i>Team</i> di Valutatori <i>Lead Auditor</i> (Norma UNI EN ISO 9001:2015), che verifica l'aderenza alle Buone Pratiche e Raccomandazioni Ministeriali, attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interviste ai professionisti assegnati alle UUOO oggetto di Audit • osservazioni dirette dei comportamenti • rilevazioni sulla documentazione sanitaria <p>La verifica dell'aderenza alle Raccomandazioni Ministeriali è registrata su specifica <i>check list</i> e <i>software</i> dedicati, rilevando in particolare i comportamenti sui temi di seguito elencati:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificazione paziente tramite braccialetto identificativo (degenze e S.O.) ○ Identificazione paziente in assenza di braccialetto identificativo ○ Identificazione campione biologico ○ Gestione emocomponenti ○ Trattamento dei dati sensibili, informativa e nomina fiduciario ○ Compilazione del MODAZHQA_0001 (nomina dell'incaricato) ○ Marcatura del Sito Chirurgico/lateralità ○ Igiene delle mani e utilizzo corretto dei guanti ○ Gestione delle protesi (in sede di valutazione delle cartelle cliniche) ○ Gestione dei CVC/PICC (in sede di valutazione delle cartelle cliniche) ○ Gestione chemioterapici e stravasato nelle UU.OO. Emato-oncologiche ○ Gestione stravasato da mezzo di contrasto nelle UU.OO. di Diagnostica per immagini/Radiologia ○ Gestione delle contenzioni ○ Procedura read-back repeat back (IOAZHQA_0112) ○ Report della comunicazione trasmessa con procedura read-back repeat back (MODAZHQA_0009) ○ Anticipazione telefonica di risultati o valori critici con procedura read-back repeat back (MODAZHQA_0117) ○ Comportamenti da adottare in caso crash informatico (<i>Kit crash informatico</i>) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipologie di <i>check list</i> utilizzate per valutazione/verifica del grado di implementazione delle procedure aziendali basate su Raccomandazioni Ministeriali <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>MODAZHQA 0030CC Rev. 13/2022 Valutazione Compilazione Cartella Clinica</u> finalizzata alla rilevazione dei requisiti di completezza, appropriatezza e rintracciabilità nella compilazione del documento clinico. In particolare questo strumento di registrazione dei rilievi contiene elenco di numerosi importanti elementi oggetto di verifica a cui, nel 2022, si è aggiunta la verifica e valutazione della "Gestione delle Contenzioni" eventualmente applicate al paziente. ➤ <u>MODHQA 0044A Rev. 6/2020</u> contenente indicatori di rilevazione di: <ul style="list-style-type: none"> • Gestione CVC/PICC • Gestione emocomponenti • Marcatura sito chirurgico
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>MODHQA 0044B Rev. 6/2020</u> contenente indicatori di rilevazione di: <ul style="list-style-type: none"> • Igiene delle mani per verifica dell'aderenza a indicazioni aziendali contenute nei documenti aziendali di riferimento: <ul style="list-style-type: none"> ○ IOAZU76-0006 "La frizione alcolica delle mani" ○ IOAZU76-0007 "Lavaggio sociale delle mani" ○ IOAZU76-0008 "Lavaggio antisettico delle mani" ○ LGAZU76_0002 "Raccomandazioni per misure di isolamento in ospedale" ➤ <u>MODHQA 0044C Rev. 5/2020</u> contenente indicatori (per le unità operative del Dipartimento Emato-Oncologico) di rilevazione di: <ul style="list-style-type: none"> • Gestione CVC/PICC • Gestione emocomponenti • Gestione farmaci chemioterapici antitumorali • Valutazione patrimonio venoso • Gestione stravasato ➤ <u>MODHQA 0044LAB Rev. 4/2020</u> contenente indicatori di rilevazione di: <ul style="list-style-type: none"> • Igiene delle mani e corretto utilizzo dei guanti monouso non sterili (presso le UU.OO. Laboratori) per la verifica dell'aderenza alle indicazioni aziendali contenute nei documenti aziendali di riferimento: <ul style="list-style-type: none"> ○ IOAZU76-0006 "La frizione alcolica delle mani" ○ IOAU76-0007 "Lavaggio sociale delle mani" ○ LGAZU76_0002: "Raccomandazioni per misure di isolamento in ospedale" ➤ <u>MODHQA 0044RAD Rev. 0/2020</u> contenente indicatori (per le UU.OO. Diagnostica per immagini) di rilevazione di: <ul style="list-style-type: none"> • Identificazione lateralità prestazione diagnostica • Gestione stravasato (nelle unità operative di Diagnostica per immagini che utilizzano mezzi di contrasto) per la verifica dell'aderenza alle indicazioni aziendali contenute nei documenti aziendali di riferimento
<p>F3 Promozione dell'igiene delle mani</p>	<p>Promozione dell'igiene delle mani</p> <p>L'UO Igiene aggiorna costantemente le indicazioni contenute nelle Istruzioni Operative Aziendali, quali "La frizione alcolica delle mani", "Lavaggio sociale delle mani", "Lavaggio antisettico delle mani", "Dispositivi di protezione individuale", "Raccomandazioni per le misure di isolamento in ospedale". A seguire si cita un esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La frizione alcolica delle mani (IOAZU76_0006 Rev . 4/2022) <p>Le mani del personale sanitario sono il veicolo più frequentemente implicato nella trasmissione dei patogeni. La trasmissione dei patogeni nosocomiali, dall'ambiente ospedaliero o da un paziente all'altro tramite le mani del personale sanitario, implica 5 tappe fondamentali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. i germi sono presenti sulla cute del paziente e sulle superfici dell'ambiente circostante 2. i germi vengono trasferiti sulle mani degli operatori 3. i germi sopravvivono sulle mani 4. una igiene delle mani scorretta significa mantenere le mani contaminate

5. mani contaminate trasmettono germi.



Un'evidenza molto semplice è allora che l'igiene delle mani rigorosa, costituisce la misura più efficace per ridurre le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).

La **frizione alcolica delle mani** ha i seguenti immediati vantaggi:

- eliminazione della maggior parte dei germi (compresi i virus);
- il breve tempo necessario per l'azione (da 20 a 30 secondi);
- disponibilità del prodotto presso il punto di cura;
- migliore tollerabilità cutanea;
- nessuna necessità di infrastrutture particolari (approvvigionamento di acqua pulita dalla rete, lavabo, sapone, asciugamano).

La frizione alcolica delle mani dovrebbe essere usata come mezzo preferito per l'igiene ordinaria delle mani in ambito sanitario e rappresenta un'alternativa al lavaggio delle mani e può essere eseguita quando le mani **non** sono visibilmente sporche (secrezioni, sangue o altri liquidi biologici):

- Prima e dopo il contatto con il paziente
- Prima e dopo l'esecuzione di procedure invasive
- prima e dopo l'esecuzione di medicazioni
- in occasione di tecniche in asepsi
- prima e dopo l'assistenza a pazienti immunocompromessi o portatori di infezione
- prima della preparazione e somministrazione dei farmaci
- prima di manipolare gli alimenti
- dopo il contatto con strumenti o materiali potenzialmente contaminati
- dopo l'uso dei servizi igienici
- dopo la rimozione dei guanti
- dopo il contatto con ciò che sta attorno al paziente
- durante l'esecuzione di più procedure sullo stesso paziente o tra due pazienti

L'UO Igiene organizza e svolge lezioni nell'ambito di diversi corsi di aggiornamento aziendali e dipartimentali ed effettua sopralluoghi nelle UUOO per il monitoraggio e verifica dei comportamenti adottati dal personale. Sono utilizzate specifiche Schede Osservazionali ICA per la rilevazione dei comportamenti rispetto ai 5 momenti dell'igiene delle mani, adottati da tutti gli operatori sanitari denominate MODAZU76_0060 SCHEDA OSSERVAZIONALE ICA (Rev.2/2022). Sono inoltre diffusi pieghevoli e poster informativi.

F4 Incontri con gli operatori sanitari finalizzati all'introduzione e di nuove tecniche e utilizzo di nuovi dispositivi di sicurezza

Introduzione di nuove tecniche e utilizzo di nuovi dispositivi di sicurezza

L'utilizzo di nuovi dispositivi e/o tecnologie e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza è sempre accompagnato da incontri formativi specifici, realizzati a cura della SS Dip. Formazione e Comunicazione, dell'UO Servizio Prevenzione e Protezione e dall'UO *Information and Communication Technology (ICT)*. Il personale che utilizza le nuove tecnologie introdotte, è informato della realizzazione di corsi specifici per l'addestramento mediante email o avvisi nell'Intranet aziendale.

▪ **Adozione Cartella Clinica Elettronica Onesys**

L'avviamento dei reparti di degenza con la nuova CCE *Onesys* è iniziato con un *training* strutturato in sede delle U.O., permettendo a tutto il personale diurnista e turnista, di poter accedere al corso sull'utilizzo della nuova cartella. Successivamente è stato previsto un corso di formazione accreditato per la costruzione in autonomia di pacchetti specifici di *setting assistenziali* dedicati ai pazienti ricoverati nelle aree di degenza.

L'adozione di una nuova CCE *Onesys* ha permesso di orientare la cartella attraverso il percorso del paziente tracciandolo in tutte le sue attività, rispettando i criteri stabiliti dal Garante della Privacy. Il criterio di avviamento della nuova CCE *Onesys* è stato compiuto prima iniziando nelle aree ambulatoriali e di DH, poi nelle degenze ed infine il Pronto Soccorso (fine avviamento anno 2023). *Onesys* 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 CCE *Onesys* risiede nello 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).

Il metodo con cui è stata sviluppata la CCE *Onesys*, ha previsto numerose riunioni con gli infermieri specialisti, il gruppo di ingegneri biomedici ed informatici del Policlinico San Martino ed il fornitore del *software*, durante l'arco di 9 mesi. Tali incontri bisettimanali di circa 4 ore ciascuno, sono stati focalizzati sulla realizzazione dello scheletro architettonico della cartella, rispettando il criterio della pianificazione di tutte le attività e la tracciabilità del processo assistenziale in modo univoco, dal punto di vista metodologico, per tutti gli infermieri che utilizzeranno la nuova CCE.

La metodologia con cui è stata costruita la nuova CCE *Onesys* è stata oggetto di comunicazione 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".

Report completo di *screenshot*, è visibile all'interno della Relazione Piani Annuali Attuazione dell'Unità di Gestione del Rischio relativa al 2022, pubblicata nel sito web del Policlinico alla pagina: [standard e impegni - Ospedale San Martino](#)

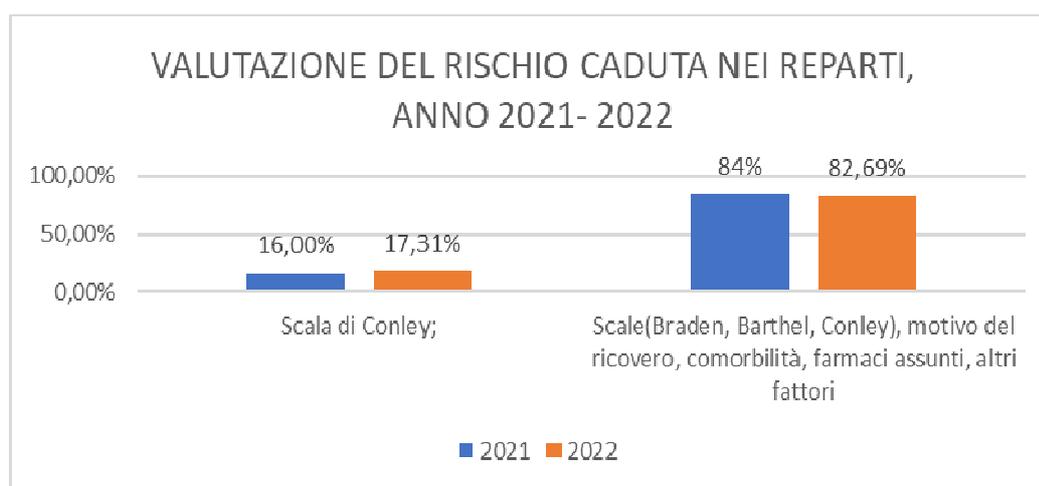
	<p>▪ Cambiamento organizzativo: nuovo Day Hospital Emato Oncologico (DHHO)</p> <p>Il cambiamento di tipo organizzativo introdotto con l'apertura del <i>Day Hospital</i> Emato-Oncologico per le Oncologie del Policlinico (Novembre 2018) ha richiesto formazione al personale ivi assegnato ed un costante monitoraggio della percezione degli utenti a questi cambiamenti. Dal Novembre 2018, la U.O. Gestione del Rischio clinico, qualità, accreditamento e URP misura continuamente, in modo sistematico 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 ai pazienti la propria opinione 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.</p> <p>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. 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.</p> <p>Report completo dei grafici è visibile all'interno della Relazione Piani Annuali Attuazione dell'Unità di Gestione del Rischio relativa al 2022, pubblicata nel sito web del Policlinico alla pagina: standard e impegni - Ospedale San Martino</p>
<p>F5 Prevenzione e valutazione del rischio di caduta</p>	<p>Prevenzione e valutazione del rischio di caduta</p> <p>Dalle considerazioni emerse con l'analisi dei dati relativi al 2021, espone in questo Report nel capitolo G4.2 Misurazione cadute, è in corso un progetto di divulgazione della cultura di gestione del rischio clinico, finalizzato a sensibilizzare le professioni sanitarie. In particolare si svolgono incontri con Infermieri e Coordinatori delle unità operative, somministrando <i>check list</i> 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".</p> <p>Inoltre il progetto prevede di identificare il grado di consapevolezza dei pazienti attraverso brevi interviste standardizzate.</p> <p>E' stata effettuata una misurazione baseline degli eventi caduta, registrati nell'anno 2020 ed un successivo monitoraggio dei progressi raggiunti nel 2021 e 2022.</p> <p>Nell'ambito del progetto sopracitato, il cui Report completo di grafici è contenuto nella</p>

Relazione Piani Annuali Attuazione dell'Unità di Gestione del Rischio relativa al 2022, pubblicata nel sito web del Policlinico alla pagina: [standard e impegni - Ospedale San Martino](#), nel 2022 sono state valutate 104 check list compilate dal personale assistenziale di 10 reparti.

In particolare al quesito della check list: "Per individuare il profilo di rischio caduta nel paziente di solito tieni conto di":

Circa l'83% dei partecipanti risponde, esaustivamente, che il rischio caduta viene rilevato mediante molteplici elementi. Il 17% considera come elemento principale la scala di *Conley* (scala utilizzata nell'ospedale per identificare il rischio caduta) come evidenziato nel successivo Grafico, che evidenzia anche assenza di differenze significative tra il 2021 e 2022.

Grafico Aspetti da considerare per l'individuazione del rischio caduta



Per quanto riguarda le condizioni ambientali, si è provveduto all'acquisizione di letti ad altezza variabile con massima movimentazione verso il pavimento in quanto si ritiene che costituiscano un elemento protettivo per il verificarsi dell'evento caduta. Nel corso del triennio 2018/2020, sono stati acquisiti 640 letti ad altezza variabile.

E' stata pubblicata la revisione del pieghevole destinato agli utenti "Preveniamo le cadute in Ospedale" e, in tutte le unità operative, sono stati affissi cartelli in formato A3 "Preveniamo le cadute in Ospedale - Consigli per assistiti e familiari".

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

F6 BLS e PBLSD

BLS

Tutti gli operatori sono tenuti ad avere preparazione adeguata che è possibile acquisire in corsi formativi **BLS** pianificati annualmente e per i quali è previsto aggiornamento sistematico. Il corso teorico pratico di BLS ha la durata di 5 ore e approfondisce le tematiche relative al mantenimento delle funzioni vitali di base ponendosi come obiettivo principale quello di fornire ai partecipanti le indicazioni per riconoscere il soggetto adulto in arresto cardiaco e gli strumenti per poter intervenire nelle prime fasi

	<p>della rianimazione. Il Corso è articolato in modo che, al termine di esso, ogni partecipante sia in grado di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riconoscere segni e sintomi di un adulto in arresto cardiaco • Fornire una valida assistenza alla vittima di arresto cardiaco • Utilizzare prontamente il DAE disponibile, in attesa dell'arrivo del <i>Team</i> di Emergenza intraospedaliera. <p>Nel 2022 i partecipanti sono stati 356.</p>
<p>F7 Definizione profilo di competenze e sua valutazione</p>	<p>Definizione profilo di competenze e sua valutazione</p> <p>Nel 2022 è proseguita la definizione e formalizzazione in documenti specifici, delle competenze dei diversi professionisti e il mantenimento delle competenze acquisite.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentazione redatta nel 2022 su valutazione e mantenimento delle competenze <p>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 2021:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IOH20_0004 Percorso di inserimento dell'infermiere all'interno dell'UO PNEUMOLOGIA AD INDIRIZZO INTERVENTISTICO Pubblicato 17/11/2022 - IOH1W_0002 Percorso di inserimento dell'infermiere presso la UO S.S.DIP. TRAUMA CENTER ED EMERGENZA CHIRURGICA H1WD Pubblicato 17/11/2022 - IOT07_1002 PERCORSO DI INSERIMENTO NUOVO PERSONALE INFERMIERISTICO UORADIOLOGIA ONCOLOGICA E SENOLOGICA T07 Pubblicato 15/11/2022 - IOH20_0005 Percorso di inserimento del medico all'interno dell'UO PNEUMOLOGIA AD INDIRIZZO INTERVENTISTICO Pubblicato 14/11/2022 - IOH33_0009 Percorso_Infermiere _neo inserito_Ambulatorio Stomaterapia UO 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 - IOUA1_0115 Percorso di inserimento dell'Infermiere all'interno della Terapia Intensiva UOCLINICA ANESTESIOLOGICA E TERAPIA INTENSIVA Pubblicato 09/09/2022 - IOTD8_0002 Percorso dell'infermiere neoinserto presso il D.H. Emato-Oncologico GUARDIOLA AREA MEDICA Pubblicato 26/05/2022 - IOH33_0011 Percorso neoinserto presso l'UO RIABILITAZIONE GENERALE E ONCOLOGICA Pubblicato 27/04/2022

- IOHAN_0522 IO PERCORSO INSERIMENTO INFERMIERE UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE HANB Pubblicato 21/04/2022
- IOH60_0015 PERCORSO DI INSERIMENTO INFERMIERE NEO ASSUNTO- NEO ASSEGNATO IN SALETTA TRAUMATOLOGICA D'URGENZA UO ORTOPEDIA E TRAUMAT. D'URGENZA H60F Pubblicato 04/04/2022
- IOT02_0022 ACCESSO ED INSERIMENTO DEL PERSONALE NON STRUTTURATO UO MUTAGENESI E PREVENZ. ONCOL. Pubblicato 17/03/2022
- IOU92_0018 Percorso formativo del personale UO GENETICA MEDICA U92X Pubblicato 18/02/2022
- IOH1T_0003 PERCORSO DI INSERIMENTO INFERMIERE/OSS NEOASSUNTO O NEOASSEGNA TO S.S.DIP. CURE INTERMEDIE OSPED. E REP. DETENUTI Pubblicato 15/02/2022

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 si riporta 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**

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

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

Con l'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. 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 presenti nel 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?

	<ul style="list-style-type: none"> • 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? <p>Report completo dei grafici è visibile all'interno della Relazione Piani Annuali Attuazione dell'Unità di Gestione del Rischio relativa al 2022, pubblicata nel sito web del Policlinico alla pagina: standard e impegni - Ospedale San Martino</p>
<p>F8 Educazione terapeutica al paziente e caregiver</p>	<p>Educazione terapeutica al paziente e caregiver</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ All'interno del Policlinico si sono individuati canali utili alla trasmissione di informazioni ai pazienti, ai parenti visitatori e/o caregiver attraverso pieghevoli e libretti informativi. Si elencano solo alcuni dei moduli esplicativi in vigore nel Policlinico: <ul style="list-style-type: none"> -Informativa Mantenimento Crioconservazione Ovociti (MODHSMU704_7003CRIO Rev.0 del 15/12/2022) -Nota informativa sui rischi presenti in azienda per la salute e la sicurezza (MODULOHPP_0006SGSL Rev.7 del 07/12/2022) -Informazioni per il paziente all'ingresso (MODU33_0010 Rev. 0 del 23/05/2022) -Informazioni sulla Lebbra (MODHSMHOR_0006 Rev. 0 del 07/04/2021) -Informazioni al paziente pre-intervento (MODH2B_0025 Rev.1 del 10/07/2020) - Lettera con informazioni per i genitori (MODAOUH32 Rev. 2 del 19/11/2019) ➤ Come esposto in precedenza le informazioni necessarie al paziente per una scelta consapevole riguardo la procedura o intervento che gli viene proposta, sono disponibili nel sito web del Policlinico al link: Informative per procedure Sanitarie - Ospedale San Martino ➤ Nell'ambito della campagna vaccinale anti Covid-19 si è rilevata l'esigenza di fornire informazioni e risposte alle donne in gravidanza in modo da rassicurarle sulla sicurezza della vaccinazione in gravidanza e in allattamento. Il progetto <i>Women Vaccination</i> (WOV) aiuta le donne e gli operatori sanitari a rispondere alle domande riguardo la campagna vaccinale attraverso il supporto di un team di esperti in ambito ostetrico-ginecologico e di prevenzione vaccinale dell'Ospedale Policlinico San Martino e dell'Università degli Studi di Genova analizzano costantemente gli articoli pubblicati su riviste scientifiche internazionali. ➤ Il sito del Policlinico ha una pagina dedicata al Percorso nascita con le informazioni utili alle future e neo mamme. Nella pagina web sono esposte le informazioni necessarie alla futura mamma riguardo: Le visite consigliate- Stili di vita in gravidanza - Psicologia in gravidanza - Corso di accompagnamento alla nascita - Incontri con Neonatologo e Anestesista - Cosa mettere in valigia - Orario di visita - Il parto - Neonato appena nato - Neonato Fisiologico - Donazione sangue cordonale - Puerperio.

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

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

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

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

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

S2 Sviluppo di buone pratiche

S2.1 Audit Clinici
accreditati ECM

- **Audit Clinici**

- **Le contenzioni nel Policlinico: studio di 38 casi, contenzioni meccaniche in ambito non psichiatrico.**

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 da quanto stabilito dei riferimenti normativi.

Criteri di inclusione: Pazienti contenzionati fisicamente nel periodo di indagine 2022.

Criteri di esclusione: Pazienti contenzionati in ambito psichiatrico.

Popolazione dello studio: Tutti i pazienti contenzionati nelle 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"> ✓ Prescrizione per un episodio specifico e per un periodo di tempo limitato ✓ Motivazione della contenzione ✓ Tipologia di dispositivo ✓ Tempo di utilizzo e modalità di controllo. ✓ Durata massima di 24 ore, dopo di che se rimangono le condizioni deve essere nuovamente prescritta e riportata sulla scheda. <p>Inoltre,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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) ✓ Ogni 30 minuti: valutazione mediante parametri vitali e lo stato di coscienza. ✓ Ogni 3-4 ore: valutazione del corretto posizionamento della contenzione e possibili effetti indesiderati. ✓ Rimuovere la contenzione ogni 2 ore per almeno 10 minuti (con esclusione della notte) ✓ Documentare in cartella il monitoraggio 	<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» -SCHEMA

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

L'analisi dei dati è in corso, ma sin d'ora si ritiene utile procedere ad una maggiore sensibilizzazione del personale attraverso diverse modalità tra cui corsi di formazione (è in programma un corso di aggiornamento).

▪ **NET 2016-02363853 del Ministero della Salute**

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

nel tipo di Ricerca “*Change-Promoting*”.

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

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 correlata 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 confrontare con i dati di sopravvivenza.

Risultati: nella prima fase è stata valutata la fattibilità a 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.

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

Introduzione

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.

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 (104 irraggiungibili, 29 rifiutano di partecipare, 40 per problemi cognitivi o altre limitazioni).

L’analisi dei dati è in corso. I risultati saranno pubblicati una volta conclusa la discussione.

- Studio sulla qualità della fine della vita di pazienti deceduti per COVID-19 in HSM, condotto indagando l'opinione degli operatori che li hanno curati

Introduzione

La *Carta dei Diritti dei Morenti* pone le questioni di fine vita dal punto di vista della persona che sta morendo, ovvero su come sia stato il fine vita dei pazienti durante la pandemia.

Indagine condotta relativamente al periodo 1 marzo - 31 maggio 2020 e 1 settembre - 31 dicembre 2020

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% nel 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 (κ 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.

S2.2.
Sicurezza/Accuratezza
nella compilazione
documentale

Sicurezza/Accuratezza nella compilazione documentale

All'interno del Policlinico è in uso la Cartella Clinica Elettronica *Onesys* che a nostro parere, rappresenta lo strumento al momento più efficace per la gestione e il monitoraggio del processo di cura. E' un documento digitale che viene creato e archiviato dalla struttura sanitaria per gestire in modo organizzato tutti i dati relativi alla storia clinica del paziente 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:

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:
 - a) L'anamnesi del paziente che può essere articolata in prossima, patologica, remota, fisiologica, etc...
 - b) L'esame obiettivo
 - c) L'anamnesi infermieristica che può essere svolta con differenti criteri/metodologie (Cantarelli, Nanda, ICNP, etc...)
 - d) La scheda degli interventi infermieristici e assistenziali, sulla base dell'anamnesi infermieristica, che può essere svolta con differenti metodologie (NIC, ICF, etc...)
 - e) La gestione delle richieste e degli ordini (questa funzione può anche essere fuori la CCE e in questo caso prende il nome di CPOE)
 - f) La rilevazione dei parametri vitali
 - g) L'esecuzione di interventi infermieristici
 - h) La prescrizione e la somministrazione dei farmaci
 - i) Il calcolo del bilancio idrico
 - j) Le schede/scale di valutazione
 - k) Il diario clinico (medico/infermieristico)
 - l) La descrizione di osservazioni cliniche ed infermieristiche
 - m) 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'implementazione della nuova CCE *Onesys* ha previsto l'avvio nelle aree ambulatoriali e di DH, successivamente nelle degenze ed infine nel Pronto Soccorso (fine avvio anno 2023).

Questa nuova cartella è stata profilata sui requisiti sopracitati in particolar modo 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 proce-

<p>S2.2.1 Attività di verifica della compilazione della cartella clinica</p>	<p>dure diagnostiche.</p> <p>Il punto di forza della CCE <i>Onesys</i>, è nello sviluppo di tutte le attività del processo assistenziale attraverso setting assistenziali, programmandole (pianificazione), dal primo momento che la persona e la famiglia vengono prese in carico. La CCE <i>Onesys</i> è integrata con i <i>software</i> per la diagnostica di laboratorio, per immagini e con il programma di prescrizione ed erogazione della terapia (SOFIA)</p> <p>L'implementazione della nuova CCE <i>Onesys</i> è focalizzata sugli obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Verifica della compilazione della cartella clinica</p> <p>In sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità si verifica l'adeguatezza della compilazione della cartella clinica, valutando tre cartelle cliniche chiuse.</p> <p>Lo strumento di registrazione della verifica della compilazione della cartella clinica è il modulo MODAZHQA_0030CC Revisione 13/2022 ed il Verbale di Audit Interno, che ne sintetizza le risultanze, ovvero MODHQA_0040 Revisione 19/2022 (Verbale Audit di sistema interno SGQ Norma UNI EN ISO 9001:2015).</p> <p>Si riportano a seguire gli elementi della Check list per la Valutazione dell'adeguatezza della Compilazione della Cartella Clinica (MODAZHQA_0030CC Rev. 13/2022):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Lettera di dimissione ❖ Anamnesi ❖ Esame obiettivo ❖ Valutazione Rischio Tromboembolico ❖ Diario clinico ❖ Monitoraggio parametri ❖ Monitoraggio parametri pre-post trasfusione ❖ Monitoraggio Intensità Dolore (NRS/PANAID/etc.) ❖ Gestione Contenzione ❖ Referto operatorio ❖ Cartella infermieristica: Scale di valutazione ❖ Cartella infermieristica: Gestione Presidi ❖ Cartella infermieristica: Diario ❖ Cartella Riabilitativa ❖ Cartella Riabilitativa: programma riabilitativo ❖ Cartella Riabilitativa: Diario ❖ Residuo Cartaceo ❖ Consenso trattamento dati personali e sensibili ❖ Consenso informato a procedura e relativa informativa al paziente (es. TC ecc) ❖ Consenso informato ad intervento chirurgico e relativa informativa al
--	---

<p>S2.2.2 Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori in terapia</p>	<p>paziente</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Scheda di terapia (o Stampa Analitica Dose Unitaria) ❖ Modulo d'Infusione emoderivati ❖ Verifica contenuto cartella ❖ Scheda peri-operatoria: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Scheda peri-operatoria: preparazione pz. operando in degenza (campi compilati da medico) ▪ Scheda peri-operatoria: preparazione pz. operando in degenza (campi compilati infermiere) ▪ Scheda peri-operatoria: rivalutazione pre -operatoria in B.O. (campi compilati da medico chirurgo) ▪ Scheda peri-operatoria: rivalutazione post -operatoria in B.O. (campi compilati da medico chirurgo) ▪ Scheda peri-operatoria: rivalutazione pre e post -operatoria da medico anestesista ▪ Scheda peri-operatoria: rivalutazione pre e post -operatoria controlli infermieristici in B.O. ▪ Scheda peri-operatoria: evidenza di "Time Out" ▪ Scheda infermieristica di Blocco Operatorio (Conta garze/strumenti, ecc...) ▪ Cartella anestesia ▪ Cartella anestesia: dati anamnestico-obiettivi pre-operatori ▪ Cartella anestesia: consenso anestesilogico ▪ Cartella anestesia: decorso intra-operatorio ▪ Cartella anestesia: prescrizioni post-operatorie <p>Scheda Terapeutica Unica</p> <p>All'interno del Policlinico è in uso il sistema informatico di prescrizione, preparazione e somministrazione dose unitaria (mediante software Sofia) la cui evidenza è visibile in cartaceo all'interno della parte cartacea allegata alla cartella clinica elettronica (Stampa analitica della Dose Unitaria).</p> <p>L'UO Farmacia ha la gestione del farmaco in dose unitaria per i reparti che prescrivono e somministrano con il programma "Sofia". Il farmaco in dose unitaria prevede o l'allestimento centralizzato (consegna terapia del paziente per fasce orarie) o decentrata con consegna della terapia a paziente dispensata localmente da armadio di reparto. La somministrazione dei farmaci non gestiti in dose unitaria avviene con consegna a confezione da parte della Farmacia centrale e con somministrazione controllata.</p> <p>Il Policlinico ha da tempo adottato un approccio proattivo alla gestione del rischio clinico per affrontare il problema dell'errore in terapia e quindi della sicurezza dei pazienti, predisponendo iniziative finalizzate all'innalzamento del livello di sicurezza delle cure: si effettuano Corsi di formazione e aggiornamento, si effettuano valutazioni della corretta compilazione delle prescrizioni ed avvenute somministrazioni con la verifica di cartelle cliniche durante gli Audit Interni di Sistema Gestione Qualità. Attraverso l'analisi FMECA, vengono mensilmente valutati</p>
---	---

S2.2.3 Sicurezza in Sala Operatoria

gli indici di rischio per le seguenti attività: lettura del bracciale identificativo- lettura farmaco- farmaco non somministrato - conferme giornalieri.

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

Sicurezza in Sala Operatoria

▪ **GOPO - Gruppo Operativo Percorso Operatorio**

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

Il Gruppo operativo è composto da:

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

▪ **La riorganizzazione del percorso chirurgico presso il Policlinico San Martino**

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 missioni delle UU.OO. e le azioni e le responsabilità delle stesse e della direzione sanitaria, tramite l'UO Governo Clinico ed Organizzazione Ospedaliera, supportata dalla UO ICT e dall'UO 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 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 par-

<p>S2.2.4 Consensi al trattamento dati sensibili</p>	<p>te della U.O. Governo Clinico ed Organizzazione Ospedaliera e della U.O. ICT.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p><u>Attivazione Centrale pre-ricovero:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p><u>Obiettivi del nuovo modello di gestione delle liste operatorie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Definizione di una Istruzione Operativa per la creazione settimanale delle liste operatorie (LL.OO.) - Definizione dell'algoritmo per la creazione delle liste operatorie. - 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 <p><u>Obiettivi del nuovo modello di gestione delle sale operatorie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <i>compliance</i> dei professionisti alle regole di gestione delle SS.OO. <p>Report completo della riorganizzazione del percorso chirurgico presso il Policlinico San Martino è visibile all'interno della Relazione Piani Annuali Attuazione dell'Unità di Gestione del Rischio relativa al 2022, pubblicata nel sito web del Policlinico alla pagina: standard e impegni - Ospedale San Martino</p> <p>Consensi al trattamento dati sensibili</p> <p>I consensi al Trattamento dei Dati sensibili sono redatti in ottemperanza a quanto definito dal Regolamento UE 2016/679 Trattamento dei Dati Personali e Sensibili con Dossier Sanitario Elettronico DSE e ne è stata data comunicazione a tutto il personale (CONSAZHQA_0001 TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI PER DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO).</p> <p>Le informative sono fornite al paziente all'interno della struttura:</p> <p>MODHSMHAG_0003 PRIVACY Informazioni sul trattamento dei dati personali effettuato per attività di diagnosi, cura.</p> <p>MODHSMHAG_0002PRIVACY Informazioni sul trattamento dei dati personali effettuato mediante il sistema di videosorveglianza.</p> <p>MODHSMHAG_0001PRIVACY Informazioni sul trattamento dei dati personali dei soggetti contraenti con il Policlinico.</p>
--	---

<p>E Consensi Informati al trattamento Sanitario</p>	<p>Il Responsabile della protezione dei dati (RPD) del Policlinico è contattabile all'indirizzo e-mail dpo@hsanmartino.it (ai sensi dell'articolo 37 del Regolamento UE 2016/679 e del Documento di indirizzo su designazione, posizione e compiti del Responsabile della protezione dei dati (RPD) in ambito pubblico pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 4 giugno 2021).</p> <p>Consensi Informati al trattamento Sanitario</p> <p>La fase di informazione del paziente riguardo il trattamento sanitario proposto al paziente, costituisce tempo di cura (come espresso dalla L.219/2017) e all'interno del Policlinico sono in fase di revisione tutti i documenti "Informativa ad intervento/procedura". Sin dal 2014 si è intrapreso un percorso di revisione dei consensi a trattamenti sanitari in uso, per separare la parte informativa, anche dal punto di vista documentale, dalla fase di acquisizione del Consenso/Dissenso.</p> <p>Nel 2022 i documenti revisionati sono 434 Informative a procedura/intervento.</p> <p>La revisione degli attuali consensi prevede la separazione della parte "Informativa" dalla formula di "acquisizione del Consenso", condividendo le modifiche al testo con gli specialisti che erogano la procedura descritta e controllati dall' UO Gestione Rischio Clinico, per la validazione finale e pubblicazione nel <i>software Isolabweb</i> e nel sito web del Policlinico.</p> <p>Le Informative, come richiesto dalla L. 219/2017, art 1, c. 3 devono contenere requisiti specifici quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Indicazioni terapeutiche a quella specifica procedura/intervento -Descrizione della Procedura -Rischi e percentuale di rischio e complicanze (ragionevoli e da letteratura) -Rischi conseguenti al "Non Sottoporsi" alla procedura proposta -Alternative terapeutiche possibili -Bibliografia <p>Per garantire migliore comunicazione e chiarezza, tutti i documenti revisionati (attualmente 434 Informative a procedura/intervento) sono resi disponibili sul sito internet del Policlinico al percorso di rete: Informative per procedure Sanitarie - Ospedale San Martino</p>
<p>S2.3. Corretta identificazione del paziente</p>	<p>Corretta identificazione del paziente</p> <p>Durante gli Audit di Sistema Gestione Qualità Interni, durante incontri e riunioni si richiama l'attenzione di Direttori, Coordinatori, Infermieri e RAQ sull'esigenza di avere comportamenti adeguati ed aderenti a quanto previsto dalle indicazioni ministeriali. Ai professionisti coinvolti nell'erogazione di prestazioni e nella realizzazione dei processi, si chiede un'attenzione costante per evitare che si verifichino eventi indesiderati/avversi/sentinella.</p> <p>Riferimenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Racc.ne Min. Salute N.1/2008 - Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio ▪ Racc.ne Min. Salute N.2/2008 - Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico

- Racc.ne Min. Salute N.3/2008 - Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura
- Racc.ne Min. Salute N.5/2008 - Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
- Racc.ne Min. Salute N.7/2008 - Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
- Racc.ne Min. Salute N.14/2012 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici
- Racc.ne Min. Salute N.18/2018 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli
- Istruzione Operativa Aziendale "Utilizzo della procedura Read back - Repeat back"
- IOAZHQA_0112 Procedura "read-back /repeat back" Rev. 2 del 27/10/2021
- Decreto Ministeriale 02/11/2015 Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti. (15A09709) (G.U. Serie Generale, n. 300 del 28 dicembre 2015).

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

▪ Il Sistema dei Doppi Controlli

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

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

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

▪ Gestione terapia trasfusionale nelle unità cliniche

La Gestione della terapia trasfusionale è descritta nel documento IOAZH78_0158- rev 1 del 11/12/2019. Lo scopo di questa procedura è di assicurare che tutte le attività siano svolte in condizioni di controllo, nel rispetto della normativa in vigore (DM 2/11/2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"), ai fini della prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione, dalla fase di prelievo dei campioni per le indagini pre-trasfusionali fino al momento della trasfusione. La procedura si applica alla gestione della terapia trasfusionale in regime di ricovero ordinario e di *Day Hospital/Day Surgery* e ambulatoriale, presso tutte UU.OO dell'Ospedale Policlinico

	<p>San Martino. Al fine di garantire un più elevato livello di sicurezza della trasfusione, con particolare riferimento alla prevenzione delle reazioni da incompatibilità ABO, la normativa italiana (DM 2/11/2015) prevede l'impiego di braccialetti identificativi per tutti i pazienti candidati a terapia trasfusionale in regime di ricovero e ambulatoriale recanti i dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita, sesso).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Corretta identificazione del paziente tramite braccialetto identificativo <p>La Corretta identificazione del paziente tramite braccialetto identificativo è descritta nel documento IOAZHQA_0033 rev 0 del 04/01/2018 che definisce l'utilizzo del braccialetto identificativo ed il sistematico accertamento dell'identità del paziente, in tutti i punti critici del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, quali efficaci misure preventive, al fine di evitare errori legati ad un potenziale scambio di persona (Raccomandazione del Ministero della salute n° 3). Ogni paziente, al momento del ricovero deve essere dotato del braccialetto identificativo. E' necessario informare il paziente in merito alle finalità del braccialetto (identificazione e rintracciabilità) e all'obbligo di tenerlo sino alla dimissione. Per la compilazione del braccialetto identificativo, è raccomandato interrogare direttamente il paziente, se le sue condizioni lo consentono, con le domande: "Come si chiama? Quando è nato?". In caso il paziente, per la propria condizione clinica, non fosse in grado di rispondere alle domande poste, è necessario coinvolgere i familiari o altre persone in grado di rispondere con certezza.</p>
<p>S2.4. Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza</p>	<p>Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza</p> <p>L'Ospedale Policlinico San Martino adotta, in tempo ordinario, diverse procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), messe in atto dal personale sanitario aziendale. A partire dal 2014, l'Unità Operativa Igiene, su mandato del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) aziendale, e in collaborazione con l'Unità Operativa Clinica Malattie Infettive, effettua, con cadenza almeno annuale, uno studio di prevalenza puntuale delle ICA e del consumo di antibiotici basato su una metodologia standardizzata elaborata dall'ECDC e in grado di consentire il confronto dei dati rilevati in <i>setting</i> diversi. L'Unità Operativa Igiene svolge inoltre una sorveglianza attiva della contaminazione microbica ambientale (acqua, aria e superfici) in aree assistenziali a particolare rischio infettivo (es., sale operatorie, laboratori cellule e tessuti, Unità Operative con pazienti gravemente immunocompromessi) e una sorveglianza attiva della pulizia e sanificazione ambientale in tutte le Unità operative degenziali. A scopo informativo e preventivo è stato diffuso il Pieghevole "Candida auris Indicazioni per la gestione del paziente dimesso colonizzato da Candida auris - Raccomandazioni per conviventi e familiari" redatta da U.O. Igiene - CIO Aziendale.</p>
<p>S2.5. Igiene delle mani</p>	<p>Igiene delle mani</p> <p>Tutte le attività di diffusione delle indicazioni per una corretta igiene delle mani, rivestono un ruolo importante nel contrastare la diffusione dei contagi da agenti patogeni. Nell'ambito dell'educazione all'igiene delle mani, sono molteplici le attività di diffusione delle informazioni ed indicazioni comportamentali da parte dell'UO Igiene. Il personale sanitario è tenuto a seguire le indicazioni espresse nelle Istruzioni</p>

	<p>Operative Aziendali relative al lavaggio chirurgico, antisettico, sociale delle mani e le modalità di frizione alcolica. Sono stati diffusi cartelli informativi su come lavarsi le mani, in ogni unità operativa del Policlinico. Si citano alcuni dei documenti in vigore:</p> <p>MODAZU76_0072-Poster_hai_lavato_le_mani IOAZU76_0027-II_lavaggio_chirurgico_delle_mani IOAZU76_0008-II_lavaggio_antisettico_delle_mani IOAZU76_0007-II_lavaggio_sociale_delle_mani IOAZU76_0006-La_frizione_alcolica_delle_mani</p>
<p>S2.6. Prevenzione e gestione cadute</p>	<p>Prevenzione e gestione cadute</p> <p>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. Gli obiettivi dell'attività svolta sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 <p>Metodi: rivalutazione del processo a 2 anni dall'implementazione delle azioni di miglioramento introdotte nel Policlinico e a seguito dell'erogazione del Corso FAD sui temi della gestione della rischiosità "Corso Base Gestione Rischio Clinico".</p> <p>Sono state applicate le 3 check list con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> -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. <p>CONCLUSIONI</p> <p>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 un aumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • della consapevolezza dei pazienti riguardo ai fattori di rischio caduta, • della descrizione dei fattori di rischio in cartella clinica, • dei percorsi formativi sulle cadute eseguiti nell'ultimo anno, • dei momenti di misurazione del rischio caduta, • degli "allert" che indicando il rischio elevato di caduta.

	<p>Questo lavoro, mette in evidenza, l'esistenza di variabili modificabili e non modificabili del problema cadute in ospedale. I reparti partecipanti, presentano un'estrema complessità assistenziale, con pazienti molto anziani, con numerose comorbilità che nel loro insieme determinano un elevatissimo rischio di caduta durante il ricovero. È possibile che le risorse non sempre corrispondano alla complessità dell'assistenza da erogare. Proprio la complessità genera notevole lavoro, spesso è il fattore determinante per cui non si documentino in cartelle tutte le azioni che vengono fatte per prevenire il fenomeno cadute. Si sta lavorando sulla nuova cartella clinica elettronica (<i>Onesys</i>), per facilitare ancora di più le registrazioni di tutte le attività che si svolgono nei pazienti con alto rischio di caduta.</p> <p>Questo lavoro ha cercato di sensibilizzare diversi <i>stakeholders</i> attraverso il contatto diretto con loro, identificando possibili criticità e le possibili soluzioni.</p> <p>Sicuramente accrescere il coinvolgimento del paziente (ove possibile) nella prevenzione delle cadute, così come la diffusione dei presenti risultati, si ritiene che potranno rafforzare i risultati ottenuti finora.</p> <p>Report completo dei grafici è visibile all'interno della Relazione Piani Annuali Attuazione dell'Unità di Gestione del Rischio relativa al 2022, pubblicata nel sito web del Policlinico alla pagina: standard e impegni - Ospedale San Martino</p> <p>Per quanto riguarda la diffusione di adeguate informazioni finalizzate a prevenire il rischio di cadute dei pazienti, è disponibile (per pazienti e familiari) il pieghevole "Preveniamo le cadute in Ospedale" e, in tutte le unità operative, sono stati affissi cartelli in formato A3 "Preveniamo le cadute in Ospedale - Consigli per assistiti e familiari". Si ricorda che le specifiche azioni, per prevenire le cadute, raccomandate a tutto il personale sono espresse nell'Istruzione Operativa Aziendale IOAZHQA_0018.</p>
<p>S2.7. Prevenzione della contenzione fisica</p>	<p>Prevenzione della contenzione fisica</p> <p>E' in vigore l'Istruzione Operativa IOAZHOR_0073 che ha lo scopo di fornire indicazioni a tutti gli operatori sanitari del Policlinico per ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione e/o la durata della loro applicazione ed eventualmente renderne appropriato l'utilizzo. Il gruppo di lavoro che si è occupato della revisione della Istruzione Operativa IOAZHOR_0073 è composto da Direzione Sanitaria, UO Direzione Professioni Sanitarie, UO Neurologia, UO Medicina Legale e UO Gestione del Rischio Clinico Qualità Accreditamento e URP.</p> <p>Poiché la contenzione è una misura straordinaria giustificata in casi estremi ed eccezionali, alla quale ricorrere solo dopo altri interventi (tra questi, sono essenziali i tentativi di comunicazione con il paziente), necessita di regolamentazione al pari di una qualsiasi altra prescrizione terapeutica. All'interno del Policlinico si è ritenuto necessario nel 2022 procedere ad una prima rilevazione del fenomeno delle contenzioni meccaniche in ambito non psichiatrico.</p> <p>Gli obiettivi che si prefigge la rilevazione sono:</p> <p>Obiettivo Generale: verificare l'appropriatezza delle indicazioni e la gestione delle</p>

	<p>contenzioni nell’Ospedale Policlinico San Martino.</p> <p>Obiettivi specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinare il numero di contenzionati per singolo reparto, al momento dell’indagine ▪ Identificare le cause che portano alla contenzione nei reparti ▪ Stabilire che misure sono state adottate prima di contenzionare i pazienti ▪ 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). ▪ Individuare se a seguito delle contenzioni si sono presentate lesioni. ▪ Individuare i mezzi di contenzione utilizzati e le tempistiche di monitoraggio. ▪ Determinare la conformità della compilazione della “scheda applicazione temporanea/prescrizione contenzione fisica” (MODAZHOR0073 rev. 2 del 04/10/2019) riguardo alla chiarezza, accuratezza, rintracciabilità. ▪ Individuare il livello di agitazione dei pazienti contenzionati attraverso la scala di <i>Riker</i> ▪ Determinare se esiste una correlazione tra la contenzione e il fattore di rischio caduta dei pazienti contenzionati attraverso la scala di <i>Conley</i> ▪ Individuare le caratteristiche generali e cliniche dei pazienti contenzionati. ▪ Determinare l’appropriatezza di ciascuna contenzione alla luce da quanto stabilito dei riferimenti normativi. <p>L’attività è citata in questo Report anche nel capitolo S2- S2.1.</p>
<p>S2.8. Prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP)</p>	<p>Prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP)</p> <p>Con l’adozione della Cartella Clinica Elettronica, la registrazione e segnalazione delle Lesioni da Pressione viene effettuata in modo informatico. Rispetto alla registrazione dei dati mediante supporto cartaceo, si rileva una maggiore adesione e completezza di compilazione.</p> <p>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.</p> <p>Nella sezione “<i>Valutazione LDP esistenti</i>” viene inserito:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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; <p>Viene inoltre descritto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ l’aspetto della lesione; ○ la cute perilesionale; ○ la tipologia dei margini della lesione.

	<p>All'interno del Policlinico è operativo il "Nucleo Operativo Permanente Lesioni Cutanee", che ha funzioni di supporto per tutte le problematiche aziendali inerenti le lesioni cutanee (pertanto anche quelle da pressione) ed è il riferimento per le consulenze infermieristiche al letto degli assistiti di tutti i reparti di degenza. L'Ambulatorio Specialistico a gestione infermieristica "Ulcere Cutanee Complesse", attivo all'interno della Clinica Dermatologica, offre all'utenza prestazioni relative alla prevenzione e al trattamento delle lesioni cutanee croniche. Per favorire la conoscenza dei pazienti riguardo l'autogestione, è disponibile il Modulo "Educazione all'autogestione delle lesioni cutanee", che contiene tutte le informazioni da fornire all'assistito ed ai suoi familiari per il trattamento a domicilio e per il mantenimento del suo livello di autonomia.</p> <p>Sono state pubblicate le seguenti brochure informative per l'utenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ MODHSMHOR_0004 Conoscere le lesioni da pressione; ○ MODHSMHOR_0008-Lesioni Sclerodermiche; ○ MODHSMHOR_0007-Lesioni Cutanee Croniche. <p>E' stato pubblicato il pieghevole tascabile MODAZHOR_0118-Vademecum trattamento lesioni da pressione complesse – 3° stadio - 4° stadio - escara, utile strumento per gli infermieri che devono gestire e trattare le lesioni da decubito complesse durante la presa in carico dell'assistito.</p> <p>Per agevolare il personale infermieristico durante l'attività di trattamento delle LDP sono stati pubblicati i seguenti documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ MODAZHOR_0110 Schema trattamento lesioni da pressione; ○ MODAZHOR_0111 Prontuario aziendale medicazioni generiche e avanzate nel <i>wound care</i>. <p>Nel piano formativo aziendale 2023-2025 si ritiene utile che siano proposti due corsi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>La finalità è quella di 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.</p>
<p>S2.9 Gestione del dolore</p>	<p>Gestione del dolore</p> <p>In Istituto le indicazioni relative alle modalità di rilevazione del dolore sono espresse in documenti aziendali, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IOAZHPS_1023 MONITORAGGIO DEL DOLORE, • LGUA1_0009 Nuove linee guida dolore- delirio-agitazione in terapia intensiva • MODAZHQA_0014 Scala Algoplus rev.1 del 24/03/2022 • MODAZHQA_0019 Scala per misurazione dolore Panaid rev.1 del 24/03/2022 <p>Nel paziente cosciente si utilizza la scala <i>Numerical Rating Scale</i> (NRS) mentre negli</p>

	<p>altri pazienti è suggerito l'utilizzo della <i>Behavioral Pain Scale</i> (BPS). Dal febbraio 2017 si sono introdotte altre due scale quali metodica alternativa per la rilevazione del dolore, che ne faciliti l'utilizzo nei casi di pazienti scarsamente collaboranti o con deficit cognitivo: scala <i>Panaid</i> e la scala <i>Algoplus</i>.</p> <p>La scala <i>Panaid</i> permette la rilevazione della presenza di dolore valutando 5 aree comportamentali ad esso collegate, ovvero: respirazione, vocalizzazione, espressioni del volto, linguaggio del corpo, consolazione. A ciascuno di questi comportamenti è attribuito un punteggio basato sull'osservazione del paziente, utilizzando un punteggio che va da 0 a 2. L'assegnazione del punteggio si basa sulla corrispondenza tra il comportamento del paziente e le descrizioni fornite per ciascun livello dei 5 <i>items</i>. Il punteggio totale così ottenuto può essere interpretato secondo la stessa modalità applicabile per la scala numerica, ovvero un valore 1-3 può essere interpretato indice di dolore lieve, 4-7 dolore moderato e 8-10 dolore grave. Le rilevazioni naturalmente devono essere riportate nel diario medico/infermieristico, nella scheda monitoraggi o nel sistema di prescrizione SOFIA. La misurazione del dolore deve essere effettuata di norma 3 volte al giorno e comunque allorchè intervengono eventi che modificano la situazione clinica, o su segnalazione del paziente (o care giver/familiare) per presenza di dolore, o dopo un intervento sanitario, interventi diagnostici e terapeutici invasivi che siano stati dolorosi, o dopo la somministrazione del <i>rescue dose</i>.</p>
<p>S2.10 PDTA Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali</p>	<p>PDTA Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali</p> <p>A seguire elenco dei PDTA redatti ed in vigore:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Percorso multidisciplinare e riabilitativo della paziente operata per tumore della mammella (PDTAH33_0007 Rev.0/2022) ▪ Percorso diagnostico terapeutico cure palliative per pazienti onco-ematologici (PDTAT1C_0001 Rev.0/2022) ▪ Sindrome di Poland (PDTAT27_0001 Rev.0/2022) ▪ Inquadramento efficace ed efficiente dei pazienti affetti da neuropatie ottiche congenite come Otticopatia di Leber o Otticopatia Autosomica Dominante (PDTAU64_0001 Rev.0/2022) ▪ Percorso diagnostico terapeutico scompenso cardiaco (PDTAH01_0001 Rev.0/2022) ▪ Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) (PDTAU26_0005 Rev.0/2022) ▪ Encefaliti autoimmuni (PDTAU26_0004 Rev.0/2022) ▪ Ictus Ischemico (PDTAHUI_0002 Rev.2/2022) ▪ Centralizzazione e gestione del trauma maggiore in pronto soccorso (PDTA-DEA_0001 Rev.0/2022) ▪ Asma grave (PDTAU20_0001 Rev.0/2021) ▪ Paziente con arto a rischio di amputazione in emergenza o urgenza (PDTA-HOR_0001 Rev.0/2021) ▪ Ortogeriatría per la gestione del paziente con frattura di femore prossimale (PDTAU11_0001 Rev.0/2021) ▪ Malattia di <i>Charcot-Marie-Tooth</i> (CMT) e neuropatia tomaculare (PDTAU26_0003 Rev.0/2021)

- Neuropatie disimmuni acute (PDTAU26_0001_ Rev.0/2021)
- Neuropatie disimmuni croniche (PDTAU26_0002 Rev.0/2021)

-
- Regolamento Disease Management Team (DMT)

Nel 2022 è stato redatto e pubblicato il Regolamento dei DMT del Policlinico San Martino (PQAZHSN_0001DMT rev. 0 del 25/05/2022).

I *Disease Management Team* (DMT) rappresentano uno strumento clinico per ottenere il miglior risultato di cura per i pazienti attraverso percorsi professionali trasversali alle singole Unità Operative (UUOO) dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino (HSM) e, in alcuni casi, che si estendono al di fuori dell'ospedale stesso. La Direzione Sanitaria indirizza, sostiene e governa l'intero processo attraverso i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) ed il collegio di direzione. Essendo il Policlinico un'istituzione anche universitaria e un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, tali concetti si arricchiscono e si completano con il collegamento alla Direzione Scientifica e l'inserimento nei percorsi di cura delle possibilità offerte dalla ricerca clinica e traslazionale.

Le linee generali per l'attivazione e il funzionamento dei DMT, struttura trasversale funzionalmente sovraordinata alla organizzazione verticale divisionale, sono di seguito declinate e ciascun DMT deve dettagliare la propria organizzazione, articolazioni e funzionalità in un proprio specifico documento secondo tali principi.

Il Direttore Scientifico supervisiona l'attività di ricerca dei DMT, anche verificandone la coerenza con i programmi e i progetti di Ricerca Corrente in corso.

I DMT perseguono i seguenti **obiettivi**:

- Assistenziali:
 - offrire ai pazienti Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) appropriati secondo gli standard scientifici e professionali correnti e coerenti con le Linee Guida (LG) adottate e con quanto concordato in ambito di Rete regionale di patologia e/o di dipartimento regionale interaziendale;
 - semplificare e standardizzare il percorso del paziente all'interno della struttura ospedaliera e il collegamento, ove necessario, con altre strutture ospedaliere regionali e con il territorio;
 - garantire la formazione, aggiornamento e verifica delle abilità e delle competenze dei professionisti.
- Di Ricerca:
 - promuovere la ricerca clinica e traslazionale;
 - valutare la congruità di protocolli di studio proposti da componenti del DMT rispetto alle linee di indirizzo del DMT stesso ed inserirli nei percorsi paziente.

Funzioni

- Al fine di ottemperare ai suddetti obiettivi, sono di competenza del DMT le seguenti funzioni:
 - collegamento con i dipartimenti interaziendali (DIAR) e, ove necessario, i servizi socio-sanitari territoriali per l'ambito professionale di competenza;
 - identificazione delle LG di riferimento per l'area di patologia trattata, che rappresentano il riferimento rispetto al quale il DMT disegna i PDTA che intende offrire ai pazienti (per i DMT oncologici, adozione, come deliberato dal Cancer Board di

HSM, delle Linee Guida dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica - AIOM);

- monitoraggio dei principali snodi dei PDTA attraverso indicatori definiti con la Direzione Sanitaria. Questi indicatori rappresentano la base per il monitoraggio dell'attività e sono utilizzati come obiettivi di *budget* del DMT, nonché di tutte le strutture che lo compongono;
- promozione della collaborazione tra le Unità Cliniche e le Unità di Ricerca con il fine di proporre ed approvare progetti di ricerca, clinica e traslazionale, da realizzare con la collaborazione delle strutture del DMT interessate allo sviluppo dei progetti stessi. All'interno del DMT si collocano anche le sperimentazioni cliniche attivate e il DMT è garante dell'omogeneità e standardizzazione delle procedure che sottendono ai percorsi di arruolamento dei pazienti nelle sperimentazioni cliniche attive.
- Collaborazione con la Direzione Sanitaria e la Direzione Scientifica per la valutazione delle sperimentazioni da sottoporre all'approvazione del Comitato Etico Regionale, in particolare per la coerenza con i Programmi e Progetti in atto;
- promozione dell'aggiornamento e sviluppo delle abilità e delle competenze dei diversi professionisti sanitari, attraverso incontri mensili e proposta di attività formative;
- collaborazione con le attività didattiche della Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche, per il Corso di laurea in medicina e chirurgia, per le Scuole di specializzazione medica e per i corsi di Laurea delle professioni sanitarie (es. partecipazione a riunioni DMT da parte di studenti di medicina e di altre professioni sanitarie e medici specializzandi);
- supervisione e proposta di studi clinici e promozione del reclutamento dei pazienti negli studi clinici in corso;
- definizione del fabbisogno di prestazioni necessarie per la corretta realizzazione dei PDTA in tutti i segmenti che li compongono sia dal punto di vista quantitativo (volumi di attività), sia dal punto di vista qualitativo (tecnologie necessarie);
- proposta al Collegio di Direzione di implementazione di nuove tecnologie o di integrazione di nuove risorse professionali per il corretto svolgimento dei PDTA.

Per ogni DMT il Coordinatore è responsabile della redazione e aggiornamento dei seguenti documenti:

- ❖ **Documento di DMT** come da modello di documento (MODAZHSN_0001DMT-DMT_Documento_Allegato_1_del_Regolamento_Disease_Management_Team), composto dalle seguenti sezioni:
 - Regolamento, che contiene gli elementi essenziali organizzativi e gestionali per il funzionamento del DMT;
 - uno o più PDTA di competenza con specifico riferimento alle responsabilità di presa in carico (medica e infermieristica – modello del *Case Management*) del paziente per ogni parte del percorso tramite la matrice delle responsabilità, alla definizione delle Linee Guida di riferimento (per i DMT oncologici aggiornamento delle LG AIOM);
 - studi e sperimentazioni in corso;
 - formazione;
 - indicatori;
- ❖ **Report annuale di attività**, comprensivo degli elementi descrittivi relativi all'attività svolta, con particolare riferimento agli indicatori e agli obiettivi di

budget assegnati, per il monitoraggio dell'attività da parte della Direzione Strategica e, nel caso dei DMT oncologici, anche dal Cancer Board.

Il Comitato di Coordinamento del DMT si riunisce in sessione plenaria con il coinvolgimento di tutti i componenti ogni qualvolta il Coordinatore lo ritenga necessario. Il Coordinatore provvede a predisporre l'ordine del giorno e a redigere i verbali.

Gli eventuali GIP e/o il DMT si riuniscono comunque con una cadenza tale da permettere la discussione dei volumi di casistica relativa, idealmente con una frequenza minima di 2 volte al mese e, in ogni caso, non inferiore a 1 volta al mese.

Al fine di assicurare omogeneità di trattamento e che tutti i pazienti candidati (previa definizione dei criteri di inclusione dei pazienti) per patologia seguano il PDTA di competenza, tutti i casi che rientrano nella casistica trattata dal DMT sono analizzati dal Team (eventualmente con livello di approfondimento diverso a seconda del caso clinico).

La discussione del paziente è proposta al DMT di competenza da un medico di HSM tramite l'apposito modulo di proposta di discussione, compilabile direttamente da HSM-DMT e ricevuto dal Coordinatore di competenza.

Inoltre, relativamente ai pazienti oncologici con patologia di interesse chirurgico, gli stessi sono necessariamente discussi dal DMT di riferimento al fine dell'inserimento in lista operatoria. Al momento dell'inserimento in lista operatoria, nel campo note dell'applicativo *Ormaweb*, è indicata la data di discussione e verbalizzazione. Successivamente all'intervento chirurgico, il caso è nuovamente discusso in DMT.

Per ogni paziente discusso è prodotto un verbale di discussione sul singolo caso, che è allegato in cartella clinica del paziente e nel quale è espressamente indicata l'aderenza alle LG o la mancata aderenza alle stesse con esplicita motivazione. È inoltre prodotto un verbale complessivo relativo alla riunione, dove sono elencati i casi discussi ed eventuali altri argomenti trattati.

Ogni paziente è informato della presa in carico da parte del DMT e gli sono comunicati il medico e l'infermiere a cui fare riferimento. Inoltre, ad ogni paziente è fornito materiale informativo sulle tappe del percorso medico assistenziale che affronterà.

La documentazione relativa al DMT (Regolamento, PDTA, matrice delle responsabilità, ecc.) è revisionata e aggiornata almeno una volta all'anno e comunque ogniqualvolta si renda necessario a seguito di cambiamenti significativi.

Al fine del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, in relazione al report di fine anno presentato alla Direzione strategica e, nel caso dei DMT oncologici, al Cancer Board, sono definite le azioni di miglioramento per l'anno successivo.

Indicatori

Specifici indicatori dedicati ai DMT sono definiti dalla Direzione Sanitaria e Direzione Scientifica.

Nuovo Programma DMT

Al fine di gestire i DMT, è in corso di implementazione il programma DMT-HSM sviluppato *ad hoc* dalla UO ICT. DMT-HSM permette di:

- avere una panoramica dei DMT deliberati, visualizzabili da tutto il personale sanitario del Policlinico;
- archiviare la documentazione relativa ai DMT (Regolamento, matrice di responsabilità, Linee Guida in uso, PDTA, ecc.);
- creare liste di Team di professionisti che sono di riferimento per l'UO di apparte-

	<p>nenza e partecipano solitamente alle riunioni di un determinato DMT in modo da consentire l'invio di una notifica relativa all'incontro successivo sulla posta aziendale;</p> <ul style="list-style-type: none">• inviare da parte del personale medico del Policlinico una proposta di discussione di caso al DMT di riferimento per la patologia, tramite la compilazione di un apposito <i>form</i>;• registrare i pazienti la cui discussione è prevista per un determinato incontro del Team;• scrivere i verbali relativi ai pazienti discussi e allegarli alla Cartella Clinica del paziente;• scrivere il verbale di riunione con riferimento automatico ai pazienti programmati per tale discussione e archivarlo;• esercitare da parte del personale della UO Gestione del rischio clinico, qualità, accreditamento e URP la funzione di:<ul style="list-style-type: none">✓ controllo e verifica sul rispetto del presente Regolamento✓ supporto ai Coordinatori dei DMT✓ monitoraggio degli indicatori di processo e di esito relativi.
--	--

<p>S2.11 nascita</p> <p>Percorso</p>	<p>Percorso nascita</p> <p>Il sito web del Policlinico prevede una pagina dedicata al Percorso nascita con le informazioni utili alle future e neo mamme, visibile seguendo il link: Percorso Nascita - Ospedale San Martino</p> <p>In particolare a seguire si cita il:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Corso di accompagnamento alla nascita <p>IODGN_0001 - Rev. 0 /2022</p> <p>Il corso di accompagnamento alla nascita, previsto nei LEA, rappresenta un percorso di particolare importanza per le coppie che si accingono alla genitorialità. Offre ai futuri genitori un'occasione di confronto e di scambio sull'esperienza dell'attesa e del parto, sulla gestione del dolore, sull'allattamento e le prime cure del bambino. L'obiettivo del corso è quello di dedicare qualche ora esclusivamente al periodo della gravidanza, dando alla mamma e alla coppia gli strumenti per vivere il percorso in piena consapevolezza, e la formazione necessaria per affrontare ogni momento con fiducia e senza paura, presupposti fondamentali per l'accoglienza del nascituro.</p> <p>Il corso di accompagnamento alla nascita, di solito, ha inizio intorno alla 32ª settimana di gestazione e consta di n.7 incontri, così suddivisi tra le varie categorie coinvolte: 4 incontri con l'ostetrica - 1 incontro con il neonatologo - 1 incontro con l'anestesista - 1 incontro con lo psicologo.</p> <p>L'ostetrica si dedica, durante il primo incontro, alla spiegazione dell'iter di accesso al Policlinico San Martino (apertura cartella clinica, accesso di pronto soccorso, degenza); la seconda lezione è incentrata sulla parte teorico/pratica legata alla fase dei prodromi/travaglio e ci si sofferma sulle modificazioni che intervengono sul corpo della donna. Vengono forniti suggerimenti per la gestione del dolore e sulla scelta del momento più idoneo per il raggiungimento dell'ospedale. Solitamente il terzo incontro è dedicato alla fase attiva del travaglio di parto, per arrivare al periodo espulsivo; si consigliano le varie posizioni antalgiche che si possono assumere per facilitare la nascita del bambino e si spiega il ruolo fondamentale del partner o accompagnatore. L'ultimo appuntamento generalmente affronta il tema dell'allattamento e della gestione del neonato nei primi momenti di vita a 3; è anche lasciato ampio spazio per tutti i quesiti e le perplessità che le coppie si sentono di porre all'ostetrica.</p> <p>Il neonatologo si occupa di informare le coppie sulle prime pratiche assistenziali garantite al neonato, sui vantaggi dell'allattamento al seno, sulle misure di sicurezza da adottare nei primi attimi di vita.</p> <p>L'incontro con l'anestesista è finalizzato fondamentalmente alle delucidazioni in merito all'analgesia epidurale: momento idoneo per eseguirla, rischi e benefici per la mamma ed il proprio bimbo, implicazioni sullo svolgimento del travaglio.</p> <p>Alcune informazioni vengono anche fornite sull'eventualità dell'esecuzione di un</p>
--	--

taglio cesareo, quindi sulle implicazioni che l'anestesia spinale può comportare nelle prime ore del puerperio.

Recentemente è stata inserita, nel team del corso di accompagnamento alla nascita, la presenza dello psicologo per affrontare e facilitare la costruzione della relazione fra le figure di accudimento ed il nascituro, fondamentale per il normale sviluppo psichico del bambino.

Nel caso si rilevino criticità, le pazienti vengono seguite per tutta la degenza ed eventualmente, ove necessario, inviate alla rete territoriale di competenza per una presa in carico post dimissioni.

▪ Documentazione Percorso nascita

Dal 2020 sono stati condivisi documenti quali espressione di modalità operative sinergiche, all'interno del Dipartimento Ginecologico e Percorso Nascita, che prevedono le indicazioni comportamentali adeguate in presenza di situazione di emergenza sanitaria. Di seguito si citano solo alcuni dei documenti prescrittivi condivisi dalle UU.OO. del Dipartimento:

- Corso di accompagnamento alla nascita (IODGN_0001 Rev. 0 del 26/09/2022)
- Informativa per la partoriente durante la pandemia COVID-19 (MODAZDGN_0004 Rev. 1 del 15/12/2021)
- Screening COVID_19 per la donna in gravidanza (IOAZDGN_0004 rev 3 del 15/12/2021) finalizzata a fornire agli operatori del percorso nascita indicazioni condivise ed univoche per monitorare, individuare e prevenire la diffusione dell'infezione COVID_19 nella popolazione delle donne in gravidanza.
- Percorso della paziente affetta da patologia ginecologica ad elevata complessità chirurgica (PQAZDGN_0001 Rev.0 del 17/03/2021)
- Percorso della donna Gravida con sospetto di COVID-19, che fornisce agli operatori del percorso nascita indicazioni condivise ed univoche da utilizzare per l'assistenza alla donna gravida che presenti un quadro clinico-anamnestico compatibile con infezione da SARS-CoV-2 (IOAZDGN_0001 Rev.1 del 29/05/2020)
- Presenza del partner in sala parto durante la pandemia COVID-19 – (IOAZDGN_0003 rev 3 del 10/11/2020)
- Protocollo per induzione al travaglio di parto, che definisce le indicazioni, le controindicazioni e le modalità di gestione dell'induzione al travaglio di parto in aderenza alle linee guida e raccomandazioni nazionali e internazionali. Il Protocollo viene applicato nelle unità operative del Dipartimento Ginecologico e percorso nascita di questo Ospedale Policlinico (DOCPROCDGN_0002 Rev.0 del 21/04/2020)

▪ Progetto WOV-Women Vaccination

Nel sito *web* del Policlinico particolare attenzione è riservata al tema della vaccinazione anti Covid-19 nelle donne in gravidanza e allattamento attraverso il "Progetto WOV-Women Vaccination", campagna informativa a cura delle Unità Operative di Igiene, Clinica Ostetrica e Ginecologica e Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale Poli-

	<p>clinico San Martino. Per rispondere ai dubbi più comuni, un <i>panel</i> di esperti in ambito ostetrico-ginecologico e di prevenzione vaccinale dell’Ospedale Policlinico San Martino e dell’Università degli Studi di Genova analizzano costantemente gli articoli pubblicati su riviste scientifiche internazionali. Nella pagina sono elencate le domande più frequenti e le relative risposte degli esperti.</p> <p>Progetto WOMen Vaccination - Ospedale San Martino</p>
<p>S2.12 Buone pratiche AGENAS</p>	<p>Buone pratiche AGENAS</p> <p>Per il 2022 il Policlinico San Martino ha inviato ad Agenas “<i>Call for Good Practice</i>” Osservatorio Buone Pratiche: Gestione dell'anemia nel paziente candidato ad intervento chirurgico ad elevato rischio di sanguinamento.</p> <p>Una corretta gestione del bilancio marziale o di eventuali stati di anemia riscontrati nei pazienti in attesa di intervento chirurgico contribuiscono a ridurre il fabbisogno trasfusionale intraoperatorio e possono contribuire ad avere un percorso favorevole nel post-operatorio. Il ricorso a terapia trasfusionale deve essere limitato ai casi di effettiva necessità, evitando prescrizioni inappropriate o evitabili.</p> <p>Il Comitato per il Buon Uso del Sangue (CoBUS) dell’Ospedale Policlinico San Martino ha definito un percorso condiviso con tutte le Unità Operative coinvolte nella gestione dei pazienti candidati ad interventi con elevato rischio di sanguinamento (Patient Blood Management – PBM). Il PBM viene descritto in tre procedure, che rispettivamente definiscono la gestione dell’anemia nel periodo pre-operatorio, la gestione del sanguinamento intraoperatorio e la gestione dell’anemia nel periodo post-operatorio. Per monitorare l’aderenza a quanto indicato nelle procedure è stato predisposto un pannello di indicatori da utilizzare e analizzare periodicamente per cogliere tempestivamente la necessità di porre in atto eventuali ulteriori azioni di miglioramento. Gli indicatori potranno essere ulteriormente integrati o modificati</p> <p>Un terzo dei pazienti candidati a chirurgia elettiva è affetto da anemia. Inoltre la carenza di ferro, con o senza anemia, viene riscontrata frequentemente e se non viene trattata in fase pre-operatoria incrementa il fabbisogno trasfusionale intra e post-operatorio. L’anemia, oltre a determinare un’aumentata necessità di supporto trasfusionale con emazie concentrate, si associa ad un’aumentata mortalità e morbilità che è correlata direttamente alla gravità dell’anemia. Una corretta gestione dei pazienti sottoposti a chirurgia contribuisce a ridurre il fabbisogno trasfusionale intraoperatorio e a favorire un percorso favorevole nel post-operatorio. Il ricorso a terapia trasfusionale deve essere limitato ai casi di effettiva necessità, evitando prescrizioni inappropriate o evitabili. Il Comitato per il Buon Uso del Sangue dell’Ospedale Policlinico San Martino ha recepito le indicazioni Ministeriali (D.M. 24 luglio 2020 e 2 dicembre 2016), le Linee di indirizzo della conferenza Stato Regioni (IT_2020_9 luglio), i programmi Nazionali di autosufficienza sangue (avviati dal 2012, ultimo DM 26 maggio 2022) e le Raccomandazioni del Centro Nazionale sangue e della SIAARTI definendo un percorso condiviso da tutte Unità Operative coinvolte nella gestione dei pazienti candidati ad interventi con elevato rischio di sanguinamento.</p>

Per il 2021 il Policlinico San Martino ha inviato ad Agenas *“Call for Good Practice”* Osservatorio Buone Pratiche: **Attività di Televisita per pazienti in cura per patologia cronica nota.**

L'emergenza pandemica COVID ha limitato le possibilità di accesso dei pazienti agli Ospedali. La sospensione delle visite ambulatoriali ha comportato gravi disagi ai pazienti, sia per i pazienti in prenotazione per le prime visite che per i pazienti con appuntamenti per le visite di controllo. L'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) ha predisposto un programma di ripresa delle attività ambulatoriali nel rispetto delle misure di sicurezza definite per l'emergenza COVID-19. In tale ambito ha definito le modalità di svolgimento delle Televisite specialistiche di controllo e affidato a Liguria Digitale l'avvio e la gestione della piattaforma tecnologica necessaria per l'esecuzione delle visite. I criteri per l'erogazione in Televisita sono definiti e partono dal presupposto che possono essere erogate in questa modalità le prestazioni che non richiedono l'esame obiettivo del paziente e il medico ha la responsabilità di definire se il paziente può effettuare la prestazione in Televisita. Il paziente deve essere inserito in un percorso di follow up per una patologia nota, anche per monitoraggio della terapia in corso. L'attivazione del servizio di telemedicina richiede l'adesione preventiva del paziente o del tutore, anche per confermare la disponibilità di contatto telematico nel rispetto delle norme in materia di privacy e sicurezza. Il collegamento deve avvenire in tempo reale e consentire l'interazione tra medico e paziente, con l'eventuale supporto del tutore/caregiver. L'Ospedale Policlinico ha aderito a questa nuova modalità di visita come prima struttura regionale e dal 15 ottobre 2020 ad oggi sono stati abilitati all'utilizzo della piattaforma fornita da Liguria Digitale i Medici di nove unità operative ad iniziare dalla UO Clinica Neurologica, UO Psicologia, UO Clinica Cardiologica. Alla data del 14 giugno 2021 le Televisite eseguite risultano essere n. 133 e la U.O. Clinica Neurologica, inserita per prima, ha effettuato 84 Televisite.

Considerando la tipologia dei pazienti seguiti in questo ambito e la recente introduzione di questo nuovo metodo di lavoro si ritiene che questi dati costituiscano un ottimo risultato. Si auspica che questa metodologia di esecuzione dei follow up possa essere ancor più diffusa e resa disponibile anche per altre specialità mediche per le quali possa essere ritenuta indicata.

IMPARARE DALL'ESPERIENZA: GESTIONE SINISTRI

(IN AMBITO DI GESTIONE RISCHIO CLINICO)

<p>I 1 Organizzazione Gestione sinistri & I 2 C.G.S. (Comitato di Gestione Sinistri)</p>	<p>L'U.O. Gestione del Rischio Clinico partecipa al Comitato Gestione Sinistri Metropolitano (CGSM). La partecipazione è finalizzata alla valutazione dei contenziosi al fine di individuare le Azioni di Miglioramento che possono essere messe in atto per prevenire il ripetersi di tali eventi. Dall'esperienza dei primi anni di partecipazione al CGSM sono emerse diverse azioni di miglioramento:</p> <ul style="list-style-type: none">• L'istruzione Operativa per la gestione della protesi dentali e acustiche,• L'istituzione del Comitato Valutazione del Rischio Infettivo,• La realizzazione della scheda di valutazione delle cadute in ospedale,• La Cartella Clinica Elettronica• La verifica e revisione dei consensi informati a procedura intervento <p>Come espresso nella presente relazione al capitolo "G6 Gestione sinistri", il Comitato Gestione Sinistri si avvale anche del Comitato Valutazione Rischio Infettivo (CVRI), con il compito di monitorare attentamente le istanze risarcitorie che presentano problemi legati a ipotetiche infezioni correlate alle Pratiche Assistenziali (ICPA). Nel 2022 non si sono discussi casi, in sede di C.V.R.I.</p>																																						
<p>I 3 Report Sinistri</p>	<p>Report Sinistri</p> <p>Nel 2022 il numero dei sinistri è stato di 125 distribuiti nelle seguenti categorie:</p> <table border="1" data-bbox="448 1137 1050 1843"><thead><tr><th>CATEGORIE SINISTRI</th><th>2022</th></tr></thead><tbody><tr><td>Aggressione</td><td>0</td></tr><tr><td>Altro</td><td>0</td></tr><tr><td>Autolesione</td><td>1</td></tr><tr><td>Cadute</td><td>8</td></tr><tr><td>Danneggiamento a cose</td><td>2</td></tr><tr><td>Errore anestesilogico</td><td>0</td></tr><tr><td>Errore chirurgico</td><td>40</td></tr><tr><td>Errore diagnostico</td><td>12</td></tr><tr><td>Errore terapeutico</td><td>22</td></tr><tr><td>Errore di prevenzione</td><td>1</td></tr><tr><td>Errore procedure invasive</td><td>2</td></tr><tr><td>Furto</td><td>0</td></tr><tr><td>Infezioni</td><td>16</td></tr><tr><td>Infortuni</td><td>1</td></tr><tr><td>Livello di servizio</td><td>5</td></tr><tr><td>Malattia Professionale</td><td>0</td></tr><tr><td>Smarrimento</td><td>15</td></tr><tr><td>TOTALE</td><td>125</td></tr></tbody></table>	CATEGORIE SINISTRI	2022	Aggressione	0	Altro	0	Autolesione	1	Cadute	8	Danneggiamento a cose	2	Errore anestesilogico	0	Errore chirurgico	40	Errore diagnostico	12	Errore terapeutico	22	Errore di prevenzione	1	Errore procedure invasive	2	Furto	0	Infezioni	16	Infortuni	1	Livello di servizio	5	Malattia Professionale	0	Smarrimento	15	TOTALE	125
CATEGORIE SINISTRI	2022																																						
Aggressione	0																																						
Altro	0																																						
Autolesione	1																																						
Cadute	8																																						
Danneggiamento a cose	2																																						
Errore anestesilogico	0																																						
Errore chirurgico	40																																						
Errore diagnostico	12																																						
Errore terapeutico	22																																						
Errore di prevenzione	1																																						
Errore procedure invasive	2																																						
Furto	0																																						
Infezioni	16																																						
Infortuni	1																																						
Livello di servizio	5																																						
Malattia Professionale	0																																						
Smarrimento	15																																						
TOTALE	125																																						

Legenda

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

HSM: Ospedale Policlinico San Martino Genova

SGQ: Sistema Gestione Qualità

DH: Day Hospital

DHHO: Day Hospital Emato Oncologico

UO: Unità Operativa

HQA: UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

IOAZ: Istruzione Operativa Aziendale

MODAZ: Modulo Aziendale

CVC: Catetere Venoso Centrale

PICC: Peripherally Inserted Central Catheter

ICA: Infezioni Correlate all'Assistenza

AIMAC: Associazione Italiana di Malati di Cancro

BLSD: Basic Life Support Defibrillation

Link citati nel Report

- Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2022-2024
[Piano triennale Gestione Integrata della Rischiosità 2022-2024 - Ospedale San Martino](#)
- Piano della Qualità 2022-2024
<https://www.ospedalesanmartino.it/component/publiccompetitions/document/2883.html?view=document&id=2883:piano-triennale-della-qualit%C3%A0&Itemid=272>
- Informativa a procedura/intervento [Informativa per procedure Sanitarie - Ospedale San Martino](#)
- Percorso nascita [Percorso Nascita - Ospedale San Martino](#)
- Albo Pretorio <https://www.ospedalesanmartino.it/albo-pretorio-online.html>
- Istituto Superiore Sanità - Epicentro
<https://www.epicentro.iss.it/incidenti-domestici/rischi-cadute-anziani#frequenza>
- Relazione Piani Annuali Attuazione dell'Unità di Gestione del Rischio relativa al 2022
[standard e impegni - Ospedale San Martino](#)