



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

# **RELAZIONE DI ATTIVITA' GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE ANNO 2017**

## **Sommario**

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE .....	2
COMUNICAZIONE.....	29
FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA' .....	35
SICUREZZA DEL PAZIENTE: APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E SVILUPPO DI BUONE PRATICHE.....	39
IMPARARE DALL'ESPERIENZA:GESTIONE SINISTRI.....	58
ELENCO ALLEGATI (84 FILE).....	60

## GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE

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

<b>G1 Modello organizzativo aziendale Unità Gestione Rischio (UGR)</b>	<p>Come preannunciato nella relazione riferita al 2016, si è rimodulata l'organizzazione dell'Unità di Gestione del Rischio (UGR) per 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 a quanto previsto dalla deliberazione di Giunta Regionale n° 486 del 27/05/2016 recante <i>"Assegnazione obiettivi ai Direttori Generali/Commissari Straordinari, ecc"</i> che ha introdotto per tutte le Aziende e IRCCS Liguri lo strumento C.A.R.M.In.A. finalizzato alla sistematizzazione dell'approccio alla Gestione del Rischio (Atto Deliberativo N°89 del 02/02/2017 <i>"Provvedimenti in ordine alla riorganizzazione dell'Unità di Gestione del Rischio Clinico (UGR) dell'Istituto secondo le procedure CARMINA e approvazione del relativo regolamento di funzionamento"</i> e successivo Atto Deliberativo N° 354 del 29/03/2017 <i>"Organizzazione dell'Unità di Gestione del Rischio (UGR) dell'Istituto secondo le procedure CARMINA. Modifiche alla deliberazione 2/2/2017 n.89"</i>).</p> <p>La nuova organizzazione dell'UGR è articolata in un gruppo strategico e diversi gruppi operativi, avendo a riferimento le 7 aree che lo strumento C.A.R.M.In.A. ha desunto dall'analisi della letteratura scientifica, ai quali sono ascritte funzioni diverse da realizzare con modalità operative rivolte alla definizione, implementazione e monitoraggio di un Piano triennale per la Gestione Integrata del Rischio. L'Atto Deliberativo N°89 del 02/02/2017 formalizza sia la composizione dei Gruppi Operativi sia le loro funzioni.</p> <p>La struttura UGR è stata ridisegnata avendo a riferimento le 7 aree che lo strumento C.A.R.M.In.A. ha desunto dall'analisi della letteratura scientifica. Si è definita la composizione ed il Coordinatore di ogni gruppo operativo:</p> <p>Gruppo Strategico - Area 1 C.A.R.M.In.A. -Governance, Consapevolezza e Misurazione, composto da:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Direttore Sanitario</li><li>➤ Direttore Amministrativo</li><li>➤ Direttore Scientifico</li><li>➤ Preside Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche</li><li>➤ Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera</li><li>➤ Direttore UO Controllo di Gestione</li><li>➤ Responsabile UO Direzione e gestione delle Professioni Sanitarie</li><li>➤ Direttore UO Servizio Prevenzione e Protezione</li><li>➤ Il Medico Competente</li><li>➤ Direttore UO Sviluppo Risorse Umane</li><li>➤ Responsabile UOS Formazione e Comunicazione</li><li>➤ Direttore UO Affari Generale e Legali</li><li>➤ Direttore UO Psicologia Clinica e Psicoterapia</li><li>➤ Un rappresentante delle Associazioni di tutela del malato e del volontariato operanti in Istituto</li></ul> <p>Coordinatore del Gruppo Operativo è il Direttore dell'UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità,</p>
--	--

Accreditamento e URP.

Allegato: [Atto Deliberativo N°89 del 02/02/2017 "Provvedimenti in ordine alla riorganizzazione dell'Unità di Gestione del Rischio Clinico \(UGR\) dell'Istituto secondo le procedure CARMINA e approvazione del relativo regolamento di funzionamento"](#)

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

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

Coordinatore del Gruppo Operativo è il Responsabile UOS Formazione e Comunicazione.

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

- Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera
- Un rappresentante del Collegio di Direzione
- Responsabile UOS Formazione e Comunicazione
- Responsabile UO Direzione e gestione delle Professioni Sanitarie
- Direttore UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

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

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

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

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

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

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

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

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

- Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera
- Direttore UO Clinica Psichiatrica
- Direttore UO Medicina del Lavoro
- Direttore UO Medicina Legale
- Responsabile UOS Formazione e Comunicazione
- Ufficio Comunicazione e Rapporti con i Media

	<p>➤ Direttore UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP          Coordinatore del Gruppo Operativo è il Direttore UO Psicologia Clinica e Psicoterapia.          Gruppo Operativo - Area 7 C.A.R.M.In.A.- Imparare dall'esperienza:          ➤ UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP          Per ogni Gruppo Operativo è prevista la partecipazione ai lavori, di un Rappresentante del Collegio di Direzione.</p>								
<p><b>G2 Gruppo Operativo UGR</b></p>	<p>Il funzionamento dell'UGR, rimodulata da febbraio 2017 (Atto Deliberativo N°89 ) è declinato per ogni Gruppo Operativo:  <b>GRUPPO STRATEGICO AREA 1 CARMINA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• 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</li> <li>• La presenza nel Gruppo Strategico dei Coordinatori dei 6 Gruppi Operativi garantisce l'omogenea e integrata copertura degli ambiti di rischio presenti in Istituto</li> <li>• Il Gruppo Strategico ha incarico di declinare il PiGIR nei Piani Annuali di Attuazione (PAA)</li> <li>• 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</li> <li>• 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</li> <li>• Si occupa inoltre di predisporre i dati necessari all'attività di benchmark proposta da Regione Liguria</li> <li>• Dovrà inoltre dare le necessarie indicazioni per l'operatività annuale e triennale dei Gruppi Operativi individuando gli obiettivi relativi</li> <li>• Il PiGIR è stato redatto avendo riguardo anche delle indicazioni provenienti dai 6 Gruppi Operativi</li> </ul> <p><b>GRUPPI OPERATIVI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Ogni Item di ogni singola Area sarà oggetto di valutazione specifica e di implementazione delle azioni di miglioramento più opportune</li> <li>• 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</li> <li>• Il Gruppo Operativo, attraverso il suo Coordinatore, partecipa alla redazione del PiGIR e ai Piani Annuali di Attuazione (PAA)</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>A seguire elenchiamo in tabella i tempi di realizzazione definiti nel "Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2018-2020":</p> <table border="1" data-bbox="312 1839 1560 1989"> <tr> <td>Definizione del PiGIR</td> <td>Giugno 2017</td> </tr> <tr> <td>Definizione dei 3 PAA</td> <td>Luglio 2017</td> </tr> <tr> <td>Report PAA</td> <td>31 Gennaio 2018 – 2019 – 2020</td> </tr> <tr> <td>Report PiGIR</td> <td>28 Febbraio 2020</td> </tr> </table>	Definizione del PiGIR	Giugno 2017	Definizione dei 3 PAA	Luglio 2017	Report PAA	31 Gennaio 2018 – 2019 – 2020	Report PiGIR	28 Febbraio 2020
Definizione del PiGIR	Giugno 2017								
Definizione dei 3 PAA	Luglio 2017								
Report PAA	31 Gennaio 2018 – 2019 – 2020								
Report PiGIR	28 Febbraio 2020								

Il PiGIR "Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2018-2020" esprime le progettualità che si intendono implementare nel corso del 2018 e nel triennio.

Il PiGIR Revisione 1.0 è stato pubblicato il 20/11/2017 ed è visibile sia in Intranet Aziendale sia in Internet nel sito web del Policlinico. Allegato: [Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2018-2020](#)

Si riportano a seguire le Sinossi del piano PiGIR, per singola area:

**SINOSSI DELLE AZIONI PROGRAMMATICHE**  
previste nel "Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2018-2020"  
**Area 1 Governance, Consapevolezza e Misurazione**

AREA	SUB AREA	AZIONI	PIANO ANNUALE	RESPONSABILITA'	VISIONE TRIENNALE
<b>1 - STRATEGICA</b>	PROCESSI II.OO.	DIFFUSIONE SWOT ANALYSIS A TUTTE LE STRUTTURE DELL'ISTITUTO	IN AUDIT INTERNO ED ESTERNO	U.O. QUALITA'	REPORT TRIENNALE CON EVIDENZA DEL TREND DELLE MINACCE E DELLE OPPORTUNITA'
		IMPLEMENTAZIONE II.OO. AZIENDALI E DI U.O.	VERIFICA CONOSCENZA IN AUDIT	U.O.O. U.O. QUALITA'	CONOSCENZA DEI PROCESSI
		FORMAZIONE SU II.OO. DI INTERESSE COMUNE	INTEGRAZIONE DEL PIANO FORMATIVO	U.O. FORMAZIONE U.O. QUALITA'	PIANO FORMATIVO TRIENNALE
		ELIMINAZIONE DELLE RIDONDANZE	VERIFICA ESISTENTE (entro 2018)	U.O. QUALITA'	SISTEMATIZZAZIONE DEL CORPO DELLE II.OO. (PAROLE CHIAVE)
			PUBBLICAZIONE NUOVE II.OO.		
		II.OO. DI U.O.O.	VALUTAZIONE DI OPPORTUNITA'	U.O. QUALITA'	
	ARMONIZZAZIONE CON ESIGENZE GENERALI				
	MANUTENZIONE II.OO.	REVISIONE ANNUALE DELLE II.OO.	COMITATO DI REDAZIONE DELL'II.OO. U.O. QUALITA'		
	PROCESSI PDTA	METODO PER LA DEFINIZIONE DI ABILITA' E CONOSCENZA	DEFINIZIONE CHECK LIST DI TUTTE LE DISCIPLINE (entro 2018)	AREA 3 CARMINA	CONDIVISIONE DELLE CHECK LIST DI DISCIPLINA CON COLLEGIO DI DIREZIONE
		PERCORSO DI ATTRIBUZIONE DI ABILITA' E CONOSCENZE AD OGNI PROFESSIONISTA	PRESIDIO DI ALMENO IL 20% DEI PDTA ATTIVI (ENTRO 2019)	COORDINATORI DMT	PRESIDIO DEL 50% DEI PDTA ATTIVI (2020)
		REDAZIONE I.O. SUPPORTO METODOLOGICO DEFINIZIONE PDTA	CONDIVISIONE DELLE REGOLE CON COD (entro 2018)	U.O. QUALITA' COD	LAVORO OMOGENEO E STANDARDIZZATO DI REDAZIONE PDTA
		ANALISI E GESTIONE RISCHI NEGLI SNODI DEI PDTA	ANALISI FMEA DEGLI SNODI DECISIONALI NEL 20% DEI PDTA ATTIVI (entro 2018)	COORDINATORI DMT U.O. QUALITA'	ANALISI FMEA DEGLI SNODI DECISIONALI NEL 60% DEI PDTA ATTIVI
	PRESA IN CARICO	REALIZZAZIONE DELLA PC MEDICA E INFERMIERISTICA DI PROCESSO	DECLARATORIA DELLA PC (entro giugno 2018) APPLICAZIONE DELLA PC AL 20% DEI PDTA ATTIVI	COD COORDINATORI DEI DMT	APPLICAZIONE DELLA PC AL 60% DEI PDTA ATTIVI
		REALIZZAZIONE DELLA PC MEDICA E INFERMIERISTICA DI SEGMENTO	DECLARATORIA DELLA PC (entro giugno 2018) APPLICAZIONE DELLA PC AL 20% DEI PDTA ATTIVI	COD COORDINATORI DEI DMT	
		DEFINIZIONE CONTATTI CON FASE TERRITORIALE (se presente)	AVVIO CONTATTI CON ASL3 SUI PDTA ATTIVI (MAL. CEREBROVASC., DEMENZE, CURE PALLIATIVE IN ONCO)	COORDINATORI DMT	REALIZZAZIONE DEL PERCORSO INTEGRATO DI CURA CON ASL3 (2020)
	COMPORTAMENTI & AUTOMATISMI	DEFINIZIONE AZIONI PUNIBILI E REGOLE PER L'APPLICAZIONE DELLE SANZIONI	(giugno 2018)	STAFF DG & DS	RIDUZIONE DEI COMPORTAMENTI OMISSIVI
		ATTIVITA' DI SORVEGLIANZA	SORVEGLIANZA STRUTTURATA	SPP, HDR, HQA, U76	

## Area 2 Comunicazione

AREA	SUB AREA	AZIONI	PIANO ANNUALE	RESPONSABILITA'	VISIONE TRIENNALE
2. COMUNICAZIONE	COMUNICAZIONE PERIODICA VERSO L'OPERATORE	NEWS SU INTRANET INCONTRI INFORMATIVI SUL RISCHIO CLINICO (ES. QUALITY DAY) CIRCOLARI O ALTRI DOC		UUOO DI COMPETENZA	DIFFONDERE TRA GLI OPERATORI UNA MATURA CONSAPEVOLEZZA SULLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ATTRAVERSO UN'INFORMAZIONE PERIODICA E COSTANTE OLTRE AD EVENTI INFORMATIVI CHE PREVEDANO LA PRESENTAZIONE E LA CONSEGUENTE DISCUSSIONE DI CASE HISTORY
	COMUNICAZIONE TRA OPERATORI NELLA CONTINUITA' CLINICO-ASSISTENZIALE E NEI TRASFERIMENTI DALL'AZIENDA	DIFFUSIONE ALL'INTERNO DI TUTTO L'ISTITUTO DELL'APPLICATIVO TRAK CARE	INTEGRAZIONE DEL PIANO FORMATIVO	S.S. FORMAZIONE E COMUNICAZIONE- SISTEMI INFORMATIVI - UU.OO.	FACILITARE LA COMUNICAZIONE TRA LE PROFESSIONI NEL PERIODO DI CURA DEL PAZIENTE
		STESURA E DIFFUSIONE DI UN UNICO MODELLO DI DIMISSIONI ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA	INSERIMENTO AD INTEGRAZIONE DI UN G.D.M.		DIFFONDERE TRA GLI OPERATORI UN UNICO MODELLO DI LETTERA DI DIMISSIONE DA UTILIZZARE
	COMUNICAZIONE TRA OPERATORI NELLA CONTINUITA' CLINICO-ASSISTENZIALE DURANTE LA PERMANENZA ALL'INTERNO DELL'AZIENDA E TRA LE STRUTTURE	INCONTRI FORMATIVI PER OPERATORI AI FINI DI MIGLIORARE LE STRATEGIE COMUNICAZIONALI CON I PAZIENTI NEI VARI AMBITI ASSISTENZIALI		S.S. FORMAZIONE E COMUNICAZIONE	PREVISTO NEL PIANO BIENNALE 2017-2018
	INFORMAZIONE STRUTTURATA E DOCUMENTATA SUI RISCHI PIU' RILEVANTI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE	RADIOPROTEZIONE DEI PAZIENTI AI SENSI DEL <del>D.Lvo</del> 187/00 CORSO AMBITO SANITARIO		S.S. FORMAZIONE E COMUNICAZIONE- UO FISICA MEDICA E SANITARIA	

## Area 4 Ambiente e Contesto sicuri

### Prima Sinossi

AREA	SUB AREA	AZIONI	PIANO ANNUALE	RESPONSABILITA'	VISIONE TRIENNALE
4- AMBIENTE E CONTESTO SICURI (PRIMASINOSI)	PROCESSI II.OO.	PIANI PER LA GESTIONE STRUTTURATA DI EMERGENZE INTERNE STRUTTURALI (INCENDI*, ALLUVIONI, TERREMOTI E BLOCCHI FUNZIONALI**)	PIANI DI EMERGENZA AZIENDALE E PIANI DI EMERGENZA DEDICATI DI OGNI SINGOLA UNITA OPERATIVA. DOCUMENTAZIONE PRESENTE SULLA INTRANET AZIENDALE	DIREZIONE SANITARIA / UOSPP / UO ATTIVITA TECNICHE / UO SERVIZI INFORMATIVI	PERIODICI AGGIORNAMENTI IN CASO DI CAMBI TIPOLOGIA ATTIVITA', ORGANIZZAZIONE, COLLOCAZIONE DELLE UNITA' OPERATIVE. CENTRALE UNICA GESTIONE SISTEMI DI ALLARME
	PROCESSI II.OO.	PIANI DI EMERGENZA E EVACUAZIONE	TRE PROVVEDI EVACUAZIONE PER DIFFICOLTÀ CRESCENTI (SCUOLA CONVITTO, LABORATORI RICERCA IST NORD, DEGENZA)	DIREZIONE SANITARIA / UOSPP / UO ATTIVITA TECNICHE / UO SERVIZI INFORMATIVI	ALMENO UNA PROVA DI EVACUAZIONE PER 80% DELLE UU.OO.
	DEFINIZIONE E MONITORAGGIO DELLE VARIE FASI DEI PERCORSI PER GLI ALIMENTI	L'OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO HA AFFIDATO IL SERVIZIO DI RISTORAZIONE IN OUTSOURCING. L'U.O. IGIENE ATTUA MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI EROGATE DALLA DITTA VINCITRICE D'APPALTO, SECONDO QUANTO STABILITO DAL CAPITOLATO SPECIALE D'APPALTO. LO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE IN OUTSOURCING PERMETTE DI VERIFICARE IL SERVIZIO SIA SECONDO UN PIANO DI AUTOCONTROLLO DELLA DITTA APPALTATA SIA DA PARTE DELL'APPALTANTE, IL RISPETTO DEGLI STANDARD IGIENICI PREVISTI DALLE LEGGI VIGENTI E DALLE SPECIFICHE TECNICHE RELATIVE ALL'IGIENE DEGLI ALIMENTI. È NECESSARIO INFATTI CHE TUTTE LE OPERAZIONI DELLE DIVERSE FASI DELLA PRODUZIONE OSSERVINO LE "BUONE NORME DI PRODUZIONE" (GMP). IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI AVVIENE TRAMITE DELLE CHECK-LIST ELABORATE, RELATIVE A CENTRO COTTURA E PREPARAZIONE DEI PASTI, CENTRO STOCCAGGIO E MENSA AZIENDALE, BAR E PICCOLA RISTORAZIONE.	CONSENTE DI RISPETTARE IL CAPITOLATO D'APPALTO E IMPLEMENTARE LE VISITE, COMPRESSE QUELLE CON IL VETERINARIO, PER MIGLIORARE IL CONTROLLO SUGLI ALIMENTI	UO IGIENE	E' IN CORSO L'ELABORAZIONE DI UN NUOVO CAPITOLATO AL FINE DI APPORTARE MIGLIORIE RISPETTO ALLA SICUREZZA DEI BURLOGGE E DEGLI ALIMENTI, A KM 0, ALLA DIMINUIZIONE DELL'IMPATTO AMBIENTALE E ALL'OTTENIMENTO DI BURLOGG PIÙ ECONOMICI

**Area 4 Ambiente e Contesto sicuri**

**Seconda Sinossi**

AREA	SUB AREA	AZIONI	PIANO ANNUALE	RESPONSABILITA'	VISIONE TRIENNALE
<b>4- AMBIENTE E CONTESTO SICURI (SECONDA SINOSI)</b>	DEFINIZIONE E MONITORAGGIO DELLE VARIE FASI DEI PERCORSI PER LA STERILIZZAZIONE DEI MATERIALI	L'OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO HA AFFIDATO IL SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE IN OUTSOURCING. IL SERVIZIO IN OUTSOURCING CHE SI SVOLGE IN ESSO È SECONDO LA MODALITÀ INTEGRATA E CENTRALIZZATO. SIA LA DITTA APPALTANTE SIA L'APPALTATORE SONO DOTATI DI UNA SERIE DI ISTRUZIONI OPERATIVE E SCHEDE DI VALUTAZIONE AL FINE MONITORARE TUTTE LE FASI DEL PROCESSO. SCOPO È GARANTIRE LA TRACCIABILITÀ DEGLI STRUMENTI CHIRURGICI DAL RIPROCESSO ALLA CARTELLA CLINICA DEL PAZIENTE, ATTRAVERSO IL MONITORAGGIO DI TUTTO IL PROCESSO E L'IMPLEMENTAZIONE DELLE MISURE CORRETTIVE MIRATE ALLA RIDUZIONE DEI RISCHI.	CONSENTE DI RISPETTARE IL CAPITOLATO D'APPALTO	UO IGIENE	È IN CORSO L'ELABORAZIONE DI UN NUOVO CAPITOLATO SU BASE REGIONALE
	DEFINIZIONE E MONITORAGGIO DELLE VARIE FASI DEI PERCORSI PER RIFIUTI	L'OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO HA AFFIDATO IN APPALTO IL SERVIZIO DI RACCOLTA E SMALTIMENTO DEI RIFIUTI. RISPETTO ALLE DIVERSE TIPOLOGIE DI RIFIUTO SONO PRESENTI DIVERSI APPALTI. PER QUANTO RIGUARDA IL CONFEZIONAMENTO SONO PRESENTI IN OSPEDALE DELLE LINEE GUIDE, REPERIBILI NELLA INTRANET AZIENDALE. LA TRACCIABILITÀ DEI RIFIUTI AVVIENE SECONDO IL DOPPIO BINARIO, CARTACEO (FORMULARI RIFIUTI E REGISTRO CARICO-SCARICO) E INFORMATICO (COMPILAZIONE SISTRI), COME PREVISTO DA NORMATIVA. ANNUALMENTE VIENE COMPILATO IL MUD (MODELLO UNICO DICHIARAZIONE RIFIUTI).	CONSENTE DI RISPETTARE IL CAPITOLATO D'APPALTO	UO IGIENE	È IN FASE DI AVVIO IL CAPITOLATO DEI RIFIUTI URBANI CON UNA MAGGIORE ATTENZIONE ALLA RACCOLTA DIFFERENZIATA. IL CAPITOLATO PER RIFIUTI SPECIALI, SU BASE REGIONALE, È IN FASE DI AGGIUDICAZIONE, CON UNA CURA E ATTENZIONE ALLO SMALTIMENTO DEL RIFIUTO, ATTRAVERSO IL PROCESSO DI STERILIZZAZIONE
	PROCESSI II.OO.	PERCORSI ACQUISIZIONE DEI FARMACI		CONTROLLO QUOTIDIANO DELLE PRESCRIZIONI E DELLE RICHIESTE	UOC FARMACIA



## Area 4 Ambiente e Contesto sicuri

### Terza Sinossi

AREA	SUB AREA	AZIONI	PIANO ANNUALE	RESPONSABILITA'	VISIONE TRIENNALE
4- AMBIENTE E CONTESTO SICURI (TERZA SINOSI)	PROCESSI II.OO.	PERCORSI STOCCAGGIO FARMACI	INVENTARIO ANNUALE - SCADENZIARIO. CONTROLLO GIACENZE A CAMPIONE. ANALISI ABC. VERIFICA CONSERVAZIONE A TEMPERATURA CONTROLLATA	UOC FARMACIA	REPORT ANDAMENTO VARIAZIONI INVENTARIALI
	PROCESSI II.OO.	PERCORSI PREPARAZIONE FARMACI LAB. ANTIBLASTICI	VALUTAZIONI PRESCRIZIONI THERA 80. PERCORSO PREPARAZIONE FARMACI E CONTROLLI DI QUALITÀ. VALUTAZIONE REFLUI A LOTTO. CONTROLLI AMBIENTALI	UOC FARMACIA	PIANO VALUTAZIONE ERRORI E RISCHI. PIANO VALUTAZIONE CONTROLLI AMBIENTALI
	PROCESSI II.OO.	RACCOMANDAZIONI SUI FARMACI LOOK-ALIKE/SOUND-ALIKE	AGGIORNAMENTO PROCEDURA ESISTENTE	UOC FARMACIA	VALUTAZIONE DEI RISCHI
	REGOLAMENTI O AZIENDALE	PERCORSI DI ACQUISIZIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI ( CON ANALISI RISCHI)	RIUNIONI CAD SETTIMANALI CON ALLARGAMENTO AD ALTRE UU.OO. INTERESSATE. GARE	UOC FARMACIA DMPO	VALUTAZIONE ANDAMENTO RICHIESTE IN ESCLUSIVA
	REGOLAMENTI O AZIENDALE E DELIBERAZIONI	INTRODUZIONE NUOVI DM E NUOVE TECNOLOGIE	MINI HTA CAD VALUTAZIONE CESSIONI GRATUITE	UO FARMACIA DMPO UO QUALITÀ UO SISTEMI INFORMATIVI	REPORT QUALI QUANTITATIVI
	REGOLAMENTI O AZIENDALE E I.O.	DISPOSITIVO VIGILANZA	COSTITUZIONE GRUPPO GIDACC CON RIUNIONI TRIMESTRALI	UO FARMACIA DMPO UO SISTEMI INFORMATIVI	VALUTAZIONE INCIDENTI E REVISIONE DELLE SEGNALAZIONI PRIVE DI FEED BACK MINISTERIALE
	PROCESSI II.OO.	RADIOPROTEZIONE PAZIENTI	CONTROLLI DI QUALITÀ APPARECCHIATURE AREA RADIOLOGICA (D.LGS 187/00) CON VARIE PERIODICITÀ (ANNUALE, SEMESTRALE, ETC)	UO FISICA MEDICA E SANITARIA	DEMATERIALIZZAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI COQ, TRAMITE L'UTILIZZO DI ESTENSA, CON MIGLIORAMENTO DELLA VISIBILITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE
	PROCESSI II.OO.	RADIOPROTEZIONE LAVORATORI E POPOLAZIONE	PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA AMBIENTALE LUOGHI DI LAVORO	UO FISICA MEDICA E SANITARIA	REVISIONE E OTTIMIZZAZIONE DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE RELATIVA: REGISTRI, NORME DI RADIOPROTEZIONE, II.OO., ETC
	PROCESSI II.OO.	PERCORSI RADIOPROTEZIONE LAVORATORI E POPOLAZIONE	GESTIONE DOSIMETRIA PERSONALE ESPOSTO A RISCHIO RADIOLOGICO	UO FISICA MEDICA E SANITARIA	PASSAGGIO AL NUOVO SISTEMA INFORMATIZZATO GAMMALINK

## Area 5 Processi Assistenziali

### Prima Sinossi

AREA	SUB AREA	AZIONI	PIANO ANNUALE	RESPONSABILITA'	VISIONE TRIENNALE
5 - PROCESSI ASSISTENZIALI (PRIMA SINOSI)	DOPPIO CONTROLLO DELL'IDENTITÀ DEL PAZIENTE	PROGETTO CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA	ADOZIONE CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA: -16/10/2017 AVVIO IN PRONTO SOCCORSO	GRUPPO DI LAVORO PREPOSTO AD IMPLEMENTAZIONE CCE	CORSO FORMAZIONE DEL PERSONALE ASSISTENZIALE (MEDICO, INFERMIERISTICO, TECNICO E DI SUPPORTO ALL'ATTIVITÀ CORRELATA)
	READ-BACK	REDAZIONE ISTRUZIONE OPERATIVA: - IOAZHQ_0112: READ BACK	DIFFUSIONE A TUTTO L'ISTITUTO DELLA ISTRUZIONE OPERATIVA: IOAZHQ_0112: READ BACK	UO GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E URP	MONITORAGGIO ADOZIONE IOAZHQ_0112: READ BACK
	GESTIONE DELLE CADUTE DEL PAZIENTE	ANALISI DATI ANNUALI ED IMPLEMENTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO VD REPORT 2016 LE CADUTE A S.MARTINO 2016 - PARAGRAFO 6	REVISIONE PIEGHEVOLE INFORMATIVO E DIFFUSIONE MEDIANTE CARTELLONISTICA NELLE UU.OO. DI DEGENZA - REVISIONE I.O. SPECIFICA-	GRUPPO DI LAVORO COMPOSTO DA DIPARTIMENTO MEDICINA INTERNA GENERALE E SPECIALISTICA, STRUTTURA DI RIABILITAZIONE, UO DIREZIONE E GESTIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE, UO GOVERNO CLINICO E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA E UO GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E URP	PRODUZIONE EVENTO FORMATIVO FORMAZIONE DEL PERSONALE ASSISTENZIALE (MEDICO, INFERMIERISTICO, TECNICO E DI SUPPORTO ALL'ATTIVITÀ CORRELATA)- RIDUZIONE DEL NUMERO DI CADUTE DEI PAZIENTI
	LESIONI DA DECUBITO	REVISIONE SCHEDA LDD MODAZHPS_0016 e RELATIVA IOAZHPS_0024- PROGETTAZIONE NUOVO SOFTWARE PER RACCOLTA DATI	ADOZIONE DEL NUOVO SOFTWARE PER RACCOLTA DATI DAL 01/06/2017- MONITORAGGIO DEL FENOMENO CADUTE	UO GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E URP	RIEDIZIONE DI CORSO ANNUALE DI FORMAZIONE DEL PERSONALE ASSISTENZIALE- IMPLEMENTAZIONE DI PRONTUARIO AZIENDALE PER MEDICAZIONI GENERICHE ED AVANZATE DI WOUND CARE
	LAVAGGIO MANI	STUDIO SU PREVENZIONE INFEZIONI SITO CHIRURGICO E MONITORAGGIO CORRETTE PROCEDURE E BEST PRACTICE	AUDIT IN TUTTE LE SALE OPERATORIE PER MONITORAGGIO ADOZIONE DI CORRETTE PROCEDURE E BEST PRACTICE - AUDIT IN TUTTE LE UU.OO. DEGENZIALI- CORSI FORMATIVI ON THE JOB	COMITATO INFEZIONI OSPEDALIERE- UO IGIENE- UO MICROBIOLOGIA-UO FARMACIA- UO SISTEMI INFORMATIVI E INGEGNERIA CLINICA-UO CLINICA MALATTIE INFETTIVE	REALIZZAZIONE STUDIO DI INCIDENZA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA ASSOCIATO A STUDIO SU COMPLIANCE DELL'IGIENE DELLE MANI DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI - REALIZZAZIONE CARTELLA INFORMATICA PER DIFFUSIONE IN INTRANET DEI DATI DELLE SORVEGLIANZE IN ATTO, DI LINEE GUIDA, PUBBLICAZIONI ECC.- PROGETTAZIONE STUDIO PREVALENZA ICA
	PRECAUZIONI STANDARD ISOLAMENTO				
	PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA				

## Area 5 Processi Assistenziali

### Seconda Sinossi

AREA	SUB AREA	AZIONI	PIANO ANNUALE	RESPONSABILITA'	VISIONE TRIENNALE
5 -PROCESSI ASSISTENZIALI (SECONDA SINOSI)	GESTIONE DEL DOLORE	INTRODUZIONE SCALA ALGOPUS E PANAID PER PAZIENTI CON DEFICIT COGNITIVO	MONITORAGGIO DELL'EFFETTUAZIONE VALUTAZIONE E GESTIONE DEL DOLORE, IN SEDE DI AUDIT	UO GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E URP	CORSO FORMAZIONE PERSONALE ASSISTENZIALE
	GESTIONE EMERGENZE SANITARIE INTERNE	REDAZIONE IN FASE DI COMPLETAMENTO DI IOAZHOR_0096 TRASPORTO PAZIENTI IN URGENZA O PROGRAMMATO	COMPLETAMENTO DI IOAZHOR_0096 TRASPORTO PAZIENTI IN URGENZA O PROGRAMMATO	SERVIZIO TRASPORTI SANITARI	DEFINIZIONE E CONDIVISIONE DELLA PROCEDURA TRASPORTO PAZIENTI IN URGENZA O PROGRAMMATO
	GESTIONE SICUREZZA IN SALA OPERATORIA	SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INFERMIERE NEOINSERITO IN SALA OPERATORIA DEA	STUDIO CASO CONTROLLO	UO GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E URP	VALUTAZIONE RISULTATI DELLO STUDIO ED EVENTUALE ESTENSIONE A TUTTI I BLOCCHI OPERATORI
	PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI INTERNI, INTEGRATI TRA STRUTTURE	ADOZIONE DEL NUOVO REGOLAMENTO DMT	CREAZIONE DMT NON ONCOLOGICI (MALATTIE CEREBROVASCOLARI, DEMENZE E MCI)- ADOZIONE DEL NUOVO REGOLAMENTO PER I DMT GIÀ ESISTENTI	TUTTI I COORDINATORI DEI DMT- UO GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E URP	PIENA ATTUAZIONE DEL REGOLAMENTO PER TUTTI I DMT
	PERCORSO NASCITA	REDAZIONE CARTA DEI SERVIZI DEL PERCORSO NASCITA	REDAZIONE NUOVA CDS	UO CL. OSTETRICA E GINECOLOGICA- UO OSTETRICA E GINECOLOGIA-UO GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E URP	PIENA ATTUAZIONE DEL PERCORSO NASCITA
	ADESIONE ALLE 17 RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI	RACCOMANDAZIONI 4-6-16	REDAZIONE DELLE 11.OO. PER LE TRE RACCOMANDAZIONI	HQA UO PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA PER LA RACC. 4- HQA E DIPART. MATERNO INFANTILE PER LE RACC. 6 E 16	PIENA ADESIONE ALLE 17 RACCOMANDAZIONI

## Area 6 Gestione dell'Evento Avverso

AREA	SUB AREA	AZIONI	PIANO ANNUALE	RESPONSABILITA'	VISIONE TRIENNALE
<b>6- GESTIONE DELL'EVENTO AVVERSO</b>	GESTIONE EVENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I.O. RECEPIMENTO DEL PROTOCOLLO MINISTERIALE PER IL MONITORAGGIO DEGLI EVENTI AVVERSI</li> <li>• SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI: EVENTI SENTINELLA</li> <li>• RELAZIONE UGR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AZIONI DI MIGLIORAMENTO PRESSO SINGOLE UU.OO. DOVE SI È VERIFICATO L'EVENTO AVVERSO O INDIVIDUATE DAI REPORT.</li> <li>MONITORAGGIO NEAR MISS</li> <li>• FORMAZIONE/INFORMAZIONE</li> <li>• PIANO DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI GIÀ IMPLEMENTATE E DI QUELLE PROPOSTE AD OPERA DELLE SINGOLE UU.OO.</li> </ul>	UU.OO. ASSISTENZIALI UO GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E URP	CONSOLIDAMENTO CULTURA DELL'AUTOVALUTAZIONE E DEL MONITORAGGIO NELL'OTTICA DI SVILUPPO DELLA CONSAPEVOLEZZA DEL RISCHIO DI EVENTI AVVERSI
	COMUNICAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- I.O. RECEPIMENTO LG COMUNICAZIONE EVENTI AVVERSI-</li> <li>RACCOMANDAZIONE PER LA COMUNICAZIONE AI PAZIENTI</li> <li>PROPOSTA I.O. PER COMUNICAZIONE ESTERNA IN CASO DI EVENTI AVVERSI.</li> <li>- I.O. GESTIONE RECLAMI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DEFINIRE LE MODALITÀ DI COMUNICAZIONE STRUTTURATA VERSO ALTRE ISTITUZIONI E/O ASSOCIAZIONI DI TUTELA DELL'UTENZA</li> <li>• REGISTRO DI RACCOLTA DELLA DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DI COMUNICAZIONE VERSO L'INTERNO E L'ESTERNO RELATIVO AD OGNI EVENTO AVVENUTO.</li> <li>• FORMAZIONE/INFORMAZIONE</li> <li>• PIANO DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI GIÀ IMPLEMENTATE E DI QUELLE PROPOSTE AD OPERA DELLE SINGOLE UU.OO.</li> </ul>	AREA 3 UO GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E URP UU.OO. ASSISTENZIALI	MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA
	SUPPORTO AGLI OPERATORI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I.O. RECEPIMENTO LG COMUNICAZIONE EVENTI AVVERSI-</li> <li>RACCOMANDAZIONE PER AZIONI DI SOSTEGNO AGLI OPERATORI</li> <li>• CONSULTAZIONE PSICOLOGICA PRESSO L'U.O. PSICOLOGIA CLINICA</li> <li>• ASSISTENZA LEGALE INTERNA PER GLI OPERATORI PRESSO L'U.O. AFFARI GENERALI E LEGALI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FORMAZIONE/INFORMAZIONE</li> <li>• PIANO DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI GIÀ IMPLEMENTATE E DI QUELLE PROPOSTE AD OPERA DELLE SINGOLE UU.OO.</li> </ul>	UO PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA U.O. AFFARI GENERALI E LEGALI UO FORMAZIONE E COMUNICAZIONE UU.OO. ASSISTENZIALI	PASSAGGIO DA UNA CULTURA BASATA SULLA COLPA E PUNIZIONE AD UNA CULTURA BASATA SULL'ERRORE E LA SUA GESTIONE
	SUPPORTO AI PAZIENTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I.O. RECEPIMENTO LG COMUNICAZIONE EVENTI AVVERSI-</li> <li>RACCOMANDAZIONE PER LA COMUNICAZIONE AI PAZIENTI</li> <li>• L'U.O. PSICOLOGIA INTERVIENE DIETRO RICHIESTA DELLE UU.OO. COINVOLTE NELL'EVENTO, SECONDO LE CORRENTI PROCEDURE DI INVIO: CONSULENZA/VISITA AMBULATORIALE O PERCORSI PERSONALIZZATI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OCCORRE PREVEDERE UNA INTEGRAZIONE/SPECIFICAZIONE ALL'INTERNO DELLE IO CITATE</li> <li>• FORMAZIONE/INFORMAZIONE</li> <li>• PIANO DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI GIÀ IMPLEMENTATE E DI QUELLE PROPOSTE AD OPERA DELLE SINGOLE UU.OO.</li> </ul>	UU.OO. ASSISTENZIALI UO PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA	CHIAREZZA DEI PERCORSI, DEI RUOLI E DELLE COMPETENZE. RISPOSTE APPROPRIATE.

### Area 7 Imparare dall'esperienza

AREA	SUB AREA	AZIONI	PIANO ANNUALE	RESPONSABILITA'	VISIONE TRIENNALE
7 - IMPARARE DALL'ESPERIENZA	ANALISI REATTIVE MEDIANTE TECNICHE ROOT CAUSES ANALYSIS, AUDIT CLINICI	REALIZZAZIONE DI RCA- AUDIT CLINICI	- REALIZZAZIONE DI RCA PER INCIDENT REPORTING, EVENTI AVVERSI, EVENTI SENTINELLA - REALIZZAZIONE AUDIT CLINICO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO DEL PERCORSO NASCITA CON RIFERIMENTO ALLE VARIABILI CHE CONDIZIONANO LA CESARIZZAZIONE	UO GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E URP	- PIANIFICAZIONE AUDIT SU ESITI DEL PNE 2017-18 - REALIZZAZIONE AUDIT CLINICO "EFFICACIA DELLA COMUNICAZIONE AL PAZIENTE PER ACQUISIZIONE CONSENSO"
	ANALISI PROATTIVE CON TECNICA FAILURE MODE AND EFFECTS ANALYSIS	FMEA PER OGNI SNODO DECISIONALE DEI PDTA	PROGETTAZIONE DI CORSO FMEA PER HQA	CORDINATORI DEI DMT	FMEA PER OGNI SNODO DECISIONALE DEI PDTA
	INDAGINE SU CULTURA DELLA SICUREZZA NEGLI OPERATORI SANITARI	INDAGINE RELATIVA AD EPISODI DI VIOLENZA IN AMBITO LAVORATIVO	PROLUNGAMENTO INDAGINE RELATIVA AD EPISODI DI VIOLENZA IN AMBITO LAVORATIVO	UO SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE - UO GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E URP	RIDUZIONE EPISODI DI VIOLENZA TRA E SUGLI OPERATORI
	VALUTAZIONE TRA PARI RIGUARDO LA SICUREZZA	CERTIFICAZIONE OHSAS 18001:2007	AVVIO DEL PERCORSO DI CERTIFICAZIONE: <ul style="list-style-type: none"> <li>• STAGE 1 PREVISTO PER DICEMBRE 2017</li> </ul>	UO SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	OTTENIMENTO E MANTENIMENTO CERTIFICAZIONE OHSAS 18001:2007: <ul style="list-style-type: none"> <li>• STAGE 2 PREVISTO PER MARZO 2018</li> </ul>

<p><b>G2.1.</b> <b>Incontri</b> <b>gruppo</b> <b>operativo</b> <b>UGR</b></p>	<p><b>N.</b> Nel corso del 2017 i Gruppi Operativi UGR hanno effettuato i seguenti incontri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 16/03/2017 incontro UGR – Gruppo Strategico- Verbale N°3/RM/2017</li> <li>➤ 28/03/2017 incontro UGR Gruppo Strategico finalizzato a definire le linee di indirizzo per la fase di progettazione del Piano Integrato per la Gestione della Rischiosità (PiGiR)- Verbale N°5/RM/2017</li> <li>➤ 24/03/2017 incontro gruppo di lavoro per definizione delle attività di contenimento del fenomeno Cadute Verbale N°4/RM/2017</li> <li>➤ incontri del Coordinatore UGR con i Coordinatori di Area <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 27/03/2017 Area 2</li> <li>▪ 30/03/2017 Area 3</li> <li>▪ 04/04/2017 Area 4</li> <li>▪ 05/04/2017 Area 5</li> <li>▪ 10/04/2017 Area 6</li> </ul> </li> <li>➤ 19/09/2017 incontro Gruppo Strategico per la condivisione del Piano Integrato per la Gestione della Rischiosità (PiGiR) 2018/2020- Verbale N°9/RM/2017</li> <li>➤ 20/12/2017 incontro UGR Coordinatori delle 7 Aree-Verbale N°15/RM/2017</li> <li>➤ 22/12/2017 incontro UGR Gruppo Operativo Area 6 - Verbale N°16/RM/2017</li> </ul> <p>Alcuni degli incontri dei Gruppi Operativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 07/07 e 03/08/2017 Area 2</li> <li>➤ 15/05/2017 Area 3</li> <li>➤ 22/05/2017 Area 4</li> <li>➤ 20/04/2017 Area 5</li> <li>➤ 15/05/2017 Area 6</li> </ul> <p>Allegati: <a href="#">Verbale N°3/RM/2017</a> - <a href="#">Verbale N°4/RM/2017</a> - <a href="#">Verbale N°5/RM/2017</a> <a href="#">Verbale N°9/RM/2017</a> - <a href="#">Verbale N°15/RM/2017</a> - <a href="#">Verbale N°16/RM/2017</a></p>
<p><b>G2.2.</b> <b>Referenti</b> <b>aziendali</b> <b>rischio</b> <b>comparto e</b> <b>dirigenza</b></p>	<p>Il Risk Manager dell’Ospedale Policlinico San Martino IST è il Direttore dell’UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP.</p>
<p><b>G3</b> <b>Explicitazione</b> <b>obiettivi</b> <b>materia</b> <b>gestione</b> <b>rischio</b> <b>Clinico</b></p>	<p>Gli obiettivi in materia di Gestione Rischio Clinico sono espressi nel “Si riportano a seguire le Sinossi del piano, per singola area:” e nel “Piano della Qualità 2016-2018”, pubblicati sia in Intranet Aziendale sia in Internet nel sito web del Policlinico .</p> <p>Sono condivisi con la Rete del Sistema Gestione Qualità (SGQ) ad inizio di ogni anno durante l’incontro Quality Day, che nel 2017 si è svolto il 22 marzo.</p> <p>Gli obiettivi riguardo l’aderenza dei comportamenti alle Buone Pratiche, sono contenuti all’interno di Checklist ed in Verbali utilizzati in sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Checklist di Valutazione Compilazione Cartella Clinica</li> <li>• Checklist di Valutazione Area Assistenziale</li> <li>• Checklist di Valutazione Area Diagnostica/Laboratori</li> <li>• Checklist di Valutazione Area Ricerca</li> <li>• Verbale di Valutazione: Corretta identificazione del pz- Consenso al trattamento ai dati sensibili e nomina fiduciario- Gestione protesi mobili dentali/acustiche</li> <li>• Verbale di Valutazione: Igiene delle mani</li> <li>• Verbale di Valutazione: Marcatura sito chirurgico- Gestione PICC, CVC- Gestione farmaci antiblastici- Gestione stravasato</li> </ul> <p>Allegato: <a href="#">Piano della Qualità 2016-2018</a> Allegato: <a href="#">PiGiR 2018-2020</a> Allegato: <a href="#">Slide Quality Day</a></p>

<p><b>G4 Eventi avversi / quasi eventi</b></p> <p>G4.1 Incident reporting (IR):</p> <p>G4.1.1 segnalazione</p> <p>G4.1.2 analisi e gestione</p> <p>G4.1.3 misurazione IR</p>	<p>In Istituto è in uso la Scheda di segnalazione prevista a livello Regione Liguria (“Scheda Segnalazione Spontanea degli Eventi” -MODAZHQA_701).</p> <p>La Gestione degli Incident Reporting è effettuata secondo quanto stabilito dall’ Istruzione Operativa Aziendale IOAZHQA_0701- Gestione Scheda Segnalazione Spontanea Eventi - Incident Reporting .</p> <p>Le segnalazioni vengono effettuate volontariamente da tutto il personale del Policlinico ed inviate all’UO Gestione del Rischio, Qualità, Accreditamento e URP.</p> <p>L’UO Gestione del Rischio, Qualità, Accreditamento e URP provvede all’analisi della Scheda attraverso una valutazione integrata da parte di un team Medico/Infermiere.</p> <p>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 Web aziendale Op-Risk per l’ archiviazione e la trasmissione dei soli dati salienti (inesattezza, inadeguatezza, ritardo, omissione rispetto alle procedure) alla Regione Liguria.</p> <p><b>Analisi dell’Evento</b></p> <p>Tutti i casi vengono posti all’attenzione del Direttore UO Gestione del Rischio, Qualità, Accreditamento e URP e, in particolare per i casi più gravi, dal punto di vista del rischio è definita in modo condiviso la modalità di gestione. In HQA il Team Integrato di valutazione medico/infermiere provvede a realizzare una delle seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>A.</b> Avviare l’ analisi ritenuta più opportuna per il caso in questione (Audit, Incontri, Significant Event Analysis, Root Causes Analysis) al fine di raccogliere elementi sull’evento, fattori causali o concomitanti, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni che dovranno esser formalizzate in Azioni Correttive. Contestualmente sarà individuato un Coordinatore/ Responsabile dell’implementazione e dell’Azione Correttiva</li> <li><b>B.</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</li> <li><b>C.</b> 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</li> </ul> <p><b>Definizione di eventuali Azioni Correttive</b></p> <p>Tranne i casi in cui l’evento sia riferibile a svista o dimenticanza temporanea, si procederà all’individuazione di Azioni Correttive volte a migliorare i processi aziendali. Nel caso in cui le Azioni Correttive abbiano un impatto in termini di risorse aggiuntive, l’intero percorso di definizione e progettazione verrà trasferito alla Direzione Strategica del Policlinico per ottenere l’approvazione alla sua implementazione. Per ogni Azione Correttiva verrà identificato il Coordinatore/Responsabile della realizzazione e del cronogramma delle attività.</p> <p><b>Responsabilità.</b> Il Coordinatore/Responsabile delle singole Azioni Correttive è incaricato dell’implementazione e della realizzazione delle attività definite nel cronogramma.</p> <p>L’ UO Gestione del Rischio, Qualità, Accreditamento e URP è responsabile del monitoraggio di ogni Azione Correttiva implementata.</p> <p>Allegati: <a href="#">IOAZHQA0701 Gestione Scheda Segnalazione Spontanea Eventi - Incident Reporting MODAZHQA_701Scheda Segnalazione Spontanea degli Eventi</a></p> <p>Nel corso del 2017, sono stati analizzati 91 Incident Reporting che possono esser suddivisi nelle sottocategorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmaci: 13</li> </ul>
--	--

- Sangue e derivati: 9
- Diagnosi: 3
- Anagrafica del paziente: 4
- Campioni Biologici (Identificazione/Refertazione): 11
- Dispositivi e presidi: 9
- Esami strumentali: 11
- Struttura: 2
- Tecnica: 8
- Informatica: 2
- Carenza di personale: 18
- Assistenza: 1
- Trasporto dei pazienti: 2

I dati relativi agli Incident Reporting sono regolarmente inviati a Regione Liguria annualmente.

G4.2  
Misurazione  
cadute

Il Report Cadute 2017 è in corso di pubblicazione. I dati relativi al 2016 sono espressi nella tabella, suddivisi per Area funzionale omogenea.

AFO	CADUTE	RICOVERI	GG DEGENZA	% RICOVERI	INCIDENZA PER 1000 GG DEGENZA
MEDICA	462	17898	195544	25,81	2,36
CHIRURGICA	183	12965	101675	14,11	1,80
TER. INTENSIVE	2	459	9268	4,36	0,22
MATERNO INFANTILE	10	4519	19542	2,21	0,51
RIABILITAZIONE	87	2068	40303	42,07	2,16
<b>TOTALE</b>	<b>744</b>	<b>37909</b>	<b>366332</b>	<b>19,63</b>	<b>2,03</b>

Il dato significativo è costituito dalla maggiore incidenza di cadute nei pazienti di area Medica. Dalla lettura dei dati si nota come la proporzione delle cadute per episodio di ricovero apparentemente aumenti con regolarità fino ai 90 anni; in realtà la lettura dell'incidenza cadute per giornate di degenza evidenzia come il dato si stabilizzi dopo i 60 anni in relazione al fatto che i soggetti più anziani tendono ad avere degenze di durata superiore rispetto ai più giovani.

CLASSI ETÀ	RICOVERI ORDINARI	GIORNATE DEGENZA	CADUTE	% RICOVERI	INCIDENZA PER 1000 GIORNATE DEGENZA
NRO CASI <20	2391	11294	1	0,42	0,09
NRO CASI CLASSE 21 - 30	1988	12706	4	2,01	0,31
NRO CASI CLASSE 31 - 40	3030	18015	7	2,31	0,39
NRO CASI CLASSE 41 - 50	3630	27231	26	7,16	0,95
NRO CASI CLASSE 51 - 60	4530	41067	79	17,44	1,92
NRO CASI CLASSE 61 - 70	6041	62930	143	23,67	2,27
NRO CASI CLASSE 71 - 80	8110	92510	233	28,73	2,52
NRO CASI CLASSE 81 - 90	6738	82987	218	32,35	2,63
NRO CASI CLASSE >90	1585	18644	33	20,82	1,77
<b>TOTALE</b>	<b>38043</b>	<b>367384</b>	<b>744</b>	<b>19,56</b>	<b>2,03</b>

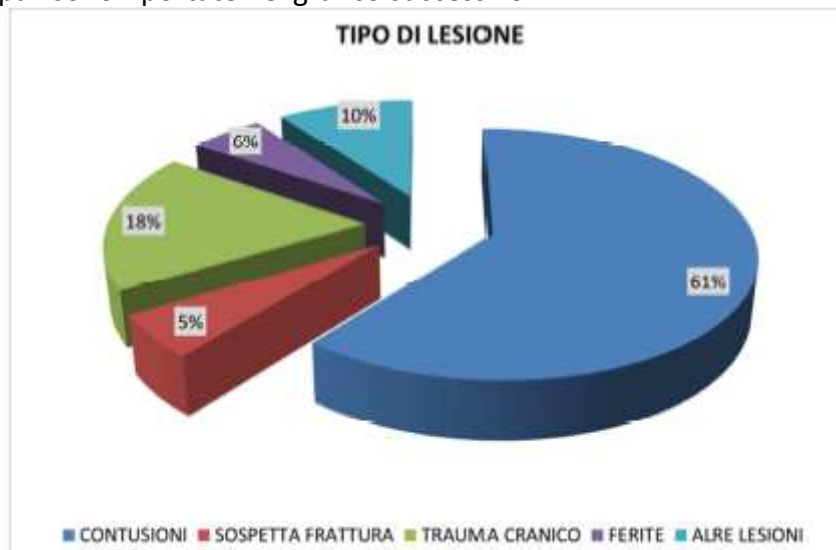
Tabella 1



SESSO	Cadute	Ricoveri	GG degenza	% RICOVERI	INCIDENZA PER 1000 GG DEGENZA
Maschi	454	17640	180043	25,74	2,52
Femmine	290	20403	187341	14,21	1,55

Le femmine presentano una proporzione di cadute rispetto ai ricoveri e un'incidenza di cadute per 1000 giorni di degenza inferiore ai maschi con una forte significatività statistica, anche stratificando il rischio per fasce d'età.

La maggior parte delle cadute registrate non ha presentato conseguenze. Le conseguenze principali sono riportate nel grafico successivo:



Nel caso di cadute che comportino un "grave danno" con prognosi maggiore di 30 giorni, la UO Gestione Rischio Clinico, Qualità Accreditamento e URP effettua segnalazione sul sistema SIMES (NSIS) del Ministero della Salute. Alla segnalazione segue l'analisi dell'evento sentinella. L'HQA effettua puntuale controllo che la prognosi a seguito della caduta sia realmente corrispondente a quanto dichiarato nella Scheda al momento dell'avvenimento.

Analisi più dettagliata è contenuta nel Report "Le cadute al San Martino IST 2016".

Allegato: [Report "Le cadute a San Martino IST \(2016\)"](#)

G4.3  
Misurazione  
Lesioni da  
Pressione  
(LDP)

All'interno del Policlinico è attivo il "nucleo operativo permanente Lesioni Cutanee" nell'ambito delle attività della Clinica Dermatologica.

L'Ambulatorio "Ulcere Cutanee Complesse" a gestione infermieristica, si occupa della prevenzione, gestione e cura delle Ulcere Cutanee, effettua consulenze su tutto l'Istituto per la gestione e trattamento delle lesioni da decubito.

Nel corso del 2017 è stata revisionata la "Scheda di sorveglianza lesioni da decubito" MODAZHPS\_0016 (Rev.4 del 16/06/2017) e la relativa istruzione operativa IOAZHPS\_0024 (Rev.1 del 16/06/2017). Dal 1° luglio si è implementato un software dedicato, che permette una raccolta dei dati maggiormente strutturata e una più facile interrogazione del sistema ed a cui si intenderebbe far seguire la realizzazione di un database regionale che permetta la comparazione tra le diverse aziende del territorio.

Nel corso del 2017 sono state registrate N° 536 schede descrittive di 436 lesioni presenti all'ingresso del paziente e 100 lesioni insorte durante la degenza, dato probabilmente sottostimato.

Allegato: [Brochure Ambulatorio Ulcere Cutanee Complesse](#)

4.4  
Segnalazione  
microrganismi  
Alert infezioni  
da parte del  
CIO  
(Comitato  
Infezioni  
Ospedaliere)

#### Sorveglianza dei microrganismi *alert* presso l’Ospedale Policlinico San Martino

- **Introduzione e scopo della sorveglianza.** In ambito ospedaliero, sono considerati sentinella o “*alert*”, i microrganismi che per caratteristiche quali elevata probabilità di diffusione, gravità delle infezioni, particolare resistenza agli antimicrobici, rivestono particolare importanza epidemiologica. Inoltre, il riscontro di un singolo isolamento di questi microrganismi, anche in assenza di epidemia o cluster epidemico, determina l’attivazione di un’opportuna indagine e una risposta immediata da parte della struttura ospedaliera. Pertanto, al fine di inquadrare lo scenario ecologico presso l’Ospedale Policlinico San Martino e adottare le appropriate strategie preventive e terapeutiche finalizzate a ridurre il rischio infettivo nosocomiale, a partire da gennaio 2012, è stato implementato un sistema di rilevazione e sorveglianza dei microrganismi *alert*.
- **Metodi.** Sono sottoposti a rilevazione sistematica presso tutte le UU.OO. e su tutte le matrici biologiche i casi di isolamento di batteri Gram-negativi non fermentanti con profilo di elevata antibiotico-resistenza (es., *Acinetobacter baumannii* MDR, *Pseudomonas aeruginosa* MDR), *Klebsiella pneumoniae* (ESBL o CRKP) e *Escherichia coli* resistenti (ESBL o CRKP), Enterococchi resistenti a vancomicina (VRE), *Staphylococcus aureus* resistente meticillina (MRSA), *Clostridium difficile* (dal 1 gennaio 2013), *Legionella pneumophila*, *Mycobacterium tuberculosis* multi-resistenti (MDR) o a spettro esteso di resistenza agli antibiotici (XDR), batteri pan-resistenti. *Candida* spp. è monitorata esclusivamente su sangue.
- **Risultati.** Si riportano di seguito i dati cumulativi relativi all’Istituto, comunicati secondo flusso informativo regionale stabilito presso la Struttura Prevenzione A.Li.Sa. Complessivamente, dal 1 Gennaio al 31 dicembre 2016, sono stati rilevati 5662 isolamenti di microrganismi sentinella. I microrganismi più frequentemente isolati sono risultati: *Klebsiella pneumoniae* (n= 1454; 25,7%), *Pseudomonas aeruginosa* MDR (n=1580, 27,9%), MRSA (n= 674, 11,9%) e *Escherichia coli* (n=895, 15,8%). In generale, dal confronto con i dati ottenuti dal 2012, è emersa una rilevante riduzione degli isolamenti di *Acinetobacter baumannii* MDR. Gli isolamenti di *Klebsiella pneumoniae* hanno, invece, mostrato un trend in aumento sino al primo semestre 2015, per poi stabilizzarsi nel corso del 2016.
- **Conclusioni.** Il monitoraggio dell’ecologia microbica in causa nel determinismo delle infezioni nosocomiali costituisce un’utile base conoscitiva per programmare strategie mirate alla prevenzione e al controllo della loro diffusione in ambito nosocomiale.

Allegato: [Sorveglianza dei microrganismi \*alert\*](#)

#### Incidenza della sepsi sostenute da *Klebsiella pneumoniae* sensibile o resistente ai carbapenemi presso l’OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO di Genova.

- **Introduzione e scopo della sorveglianza.** La diffusione di batteri resistenti agli antibiotici rappresenta un importante problema di sanità pubblica. In particolare, l’emergenza sullo scenario epidemiologico internazionale di *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi rappresenta una delle principali sfide nell’ambito della prevenzione e del controllo delle infezioni correlate all’assistenza sia per la crescente diffusione di questo microrganismo sia per la gravità dei quadri clinici ad esso correlati. Il principale obiettivo della sorveglianza è stimare l’incidenza delle infezioni del torrente ematico (Bloodstream Infection – BSI) sostenute da *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi presso l’Ospedale Policlinico San Martino di Genova.
- **Metodi.** Nell’ambito della sorveglianza sono routinariamente analizzati, a partire dal 1

Gennaio 2007, i dati relativi alle BSI confermate laboratoristicamente presso l’Ospedale Policlinico San Martino di Genova. Le informazioni sono ottenute mediante i software dei sistemi informativi aziendali. L’analisi statistica è stata effettuata mediante il software Epi-Info 7.

- **Risultati.** Complessivamente, a partire dal 1 Gennaio 2007, sono state rilevate 531 BSI sostenute da *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi acquisite in ambiente ospedaliero. Stratificando il dato per area specialistica di ricovero, è emerso che fino alla metà delle BSI sono state diagnosticate in un reparto di terapia intensiva, data peraltro sovrapponibile a quanto riportato nella letteratura scientifica internazionale. L’incidenza complessiva di BSI sostenute da *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi per 10.000 giorni paziente, stratificata per anno di studio, è risultata pari a 0.04 nel 2007, 0 nel 2008, 0.6 nel 2009, 0.8 nel 2010, 1.2 nel 2011, 1.8 nel 2012, 1.3 nel 2013, 1.8 nel 2014, 2.6 nel 2015, 1.2 nel 2016, e 1.2 primo semestre del 2017.
- **Conclusioni.** Come già evidenziato da numerosi studi nazionali ed internazionali, l’incidenza di BSI sostenute da *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi è aumentata significativamente dal 2007, raggiungendo il picco d’incidenza nel 2015, per poi diminuire rilevantemente nel 2016 e nel primo semestre 2017.

Allegato: [Incidenza della sepsi sostenute da \*Klebsiella pneumoniae\* sensibile o resistente ai carbapenemi presso l’OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO di Genova.](#)

#### **Studio Osservazionale Prospettico di coorte: “Costruzione di uno score per la predizione del rischio di Low Respiratory Tract Infection (LRTI) nei pazienti ricoverati nei reparti di area medica del Policlinico”**

È in fase di elaborazione l’analisi statistica dello Studio Osservazionale Prospettico di coorte finalizzato alla “Costruzione di uno score per la predizione del rischio di Low Respiratory Tract Infection (LRTI) nei pazienti ricoverati nei reparti di area medica del Policlinico”.

Partendo dai dati reperiti in letteratura un gruppo di lavoro composto dai referenti delle Unità Operative afferenti il dipartimento di Medicina, ha stilato una check list per la stratificazione del rischio di LRTI nei pazienti afferenti ai reparti medici del San Martino - IST. Lo studio prende avvio dalla convinzione che in Europa le infezioni delle basse vie aeree, in particolare le polmoniti, sono la prima causa di infezione contratta in ambito ospedaliero (23.5% del totale delle infezioni correlate all’assistenza ICA). Analogamente ad altri studi europei, nel 2014 è stato condotto, presso l’Ospedale Policlinico San Martino – IST di Genova, uno studio che ha riportato una prevalenza di Low Respiratory Tract Infection (LRTI) del 16.1%, con una prevalenza nel Dipartimento di Medicina Interna (DIPME) del 15.9%. Al fine di ridurre l’incidenza complessiva di questo tipo di infezione, il DIPME, nell’ambito di un progetto per la gestione del rischio clinico, ha deciso di implementare una check list di valutazione del rischio di LRTI nei pazienti afferenti il proprio dipartimento partendo dal presupposto per cui numerosi fattori possono aumentare il rischio di contrarre questo tipo di infezione. I principali fattori di rischio implicati nell’insorgenza di LRTI sono: la presenza di condizioni o patologie che alterano le difese immunitarie del paziente e possono aumentare la suscettibilità alle infezioni, il ricovero in contesti ad alta complessità assistenziale, l’esposizione a procedure invasive diagnostiche o terapeutiche e un periodo di degenza superiore ai 7 giorni. Fra le condizioni o patologie che alterano

le difese immunitarie del paziente si riconoscono l'età dei pazienti - gli anziani corrono un maggior rischio – l'assunzione di farmaci immunosoppressori, la concomitante presenza di altre infezioni o gravi patologie quali tumori, immunodeficienza, cardiopatie e le alterazioni dello stato di coscienza. Una grande proporzione di ICA è dimostrata essere associata all'utilizzo di dispositivi invasivi che aumentano il rischio di complicanze infettive a causa dell'accesso diretto dei microrganismi ad aree del corpo normalmente sterili, moltiplicazione dei microrganismi per le condizioni favorevoli che si determinano (presenza di materiali plastici, di liquidi, creazione di nicchie ove i microrganismi possono crescere) e la contaminazione dei presidi stessi durante la produzione o durante l'uso, particolarmente attraverso le mani del personale. In particolare nel recente studio di prevalenza europeo, il 33,2% delle polmoniti risultava associata all'intubazione nelle 48 ore precedenti all'insorgenza dell'infezione. Altri fattori chiamati in causa nella genesi di questo patologia sono: la presenza di reflusso gastro esofageo, la terapia con antiacidi, malattie polmonari concomitanti, la posizione supina e i ricoveri precedenti entro i 90 giorni dall'infezione.

Allegato: [Protocollo Studio LRTI](#)

### **Studio sulla compliance all'igiene delle mani e studio di incidenza della ICA**

- **Introduzione e Scopo dello Studio.**

Il tema della sicurezza del paziente è stato assunto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come uno degli obiettivi principali di attività ed ha promosso, nell'ambito della Global Patient Safety Challenge (GPSC), l'obiettivo "*Cure pulite sono cure più sicure*" (*Clean Care is Safer Care*), che sottolinea come l'igiene delle mani sia la misura più importante ed efficace per prevenire la trasmissione delle infezioni. Malgrado, ad oggi, non sia stata emanata dal Ministero della Salute Italiano una vera e propria Raccomandazione, lo stesso ha prodotto dei documenti in cui viene sottolineata la grande importanza dell'igiene delle mani, quale pratica primaria e misura fondamentale per la prevenzione delle infezioni.

Il progetto di uno studio di incidenza delle ICA associato ad uno studio sull'osservazione della *compliance* all'igiene delle mani come riportato nel riesame precedente, vede una rimodulazione, sia nella tempistica sia nella scelta delle UU.OO. da coinvolgere, alla luce del modificato quadro microbiologico e della situazione attuale, delle UU.OO. precedentemente prese in considerazione.

Rimane invece invariata la progettazione dello studio per quanto riguarda gli obiettivi e i metodi, di seguito riportati.

- **Obiettivi** principali dello studio sono pertanto:

Valutare l'aderenza all'igiene delle mani nel personale sanitario delle UU.OO. di degenza e ambulatori dell'OSPEDALE POLICLINICO San Martino.

Rilevare i casi incidenti di ICA

Rilevare i fattori di rischio correlati

Individuare gli interventi più opportuni al fine della prevenzione delle ICA.

- **Metodi.**

Lo stesso, già condiviso ed accettato in sede di CIO di Istituto, prevede:

- studio di incidenza e studio osservazionale sull'aderenza all'igiene delle mani della durata di 2-3 mesi (con rilevazione dati 3v/sett.)
- formazione sull'igiene mani nel periodo di 1 mese (periodo di stop dallo studio)
- studio di incidenza e studio osservazionale sull'aderenza all'igiene delle mani della durata di 2-3 mesi (con rilevazione dati 3v/sett.)

Per lo studio di incidenza, saranno arruolati tutti i pazienti ricoverati nei periodi di studio definiti; per la valutazione della compliance all'igiene delle mani sarà coinvolto tutto il personale sanitario afferente alle UU.OO. predette.

La raccolta dati circa l'igiene delle mani sarà effettuata secondo la metodologia proposta dall'OMS, di cui si è adottata la scheda stabilita, che ha il focus nell'esecuzione dell'igiene delle mani rispetto ai 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani.

### **Osservazione dell'igiene delle mani**

- **Risultati del periodo gennaio 2016 – giugno 2017.** Complessivamente nell'anno 2016 sono state osservate 101 opportunità di igiene delle mani, nel primo semestre 2017 le osservazioni sono state 235. La *compliance* rilevata nel complesso delle UU.OO. è risultata pari al 41% nel 2016 e al 57% nel 2017. L'igiene delle mani è stata effettuata in più del 70% dei casi utilizzando il gel alcolico.
- **Conclusioni dell'anno 2016.** Gli interventi di osservazione e valutazione della *compliance*, effettuati presso la maggior parte delle UU.OO. di degenza del nostro Istituto, hanno dimostrato un'aderenza rispetto la procedura di igiene delle mani, che continua ad essere disattesa in circa la metà delle opportunità.

Il maggior utilizzo del gel alcolico, rispetto al lavaggio con acqua e sapone, rilevato nello studio di questi due ultimi anni dimostra un buon recepimento da parte del personale di quanto indicato dalle Linee guida dell'OMS, che indicano la frizione alcolica come il *gold standard* dell'igiene delle mani, per qualsiasi attività si svolga sul paziente.

L'aumentata *compliance* all'igiene delle mani rilevata nell'anno in corso rispetto all'anno precedente dimostra l'importanza della sorveglianza attiva con osservazione continua nel tempo, al fine di incoraggiare nel personale un approccio che promuova la cultura della sicurezza, come auto-protezione e tutela degli altri.

Allegato: [Studio sulla compliance all'igiene delle mani e studio di incidenza della ICA](#)

### **Progetto prevenzione delle infezioni del sito chirurgico**

- **Razionale**

Nonostante le misure di prevenzione e controllo delle Infezioni del Sito Chirurgico (ISC) siano note, e nonostante la sterilizzazione degli strumenti, le tecniche asettiche, il controllo dell'aria e la profilassi antibiotica abbiano considerevolmente ridotto il rischio d'insorgenza di ISC, l'incidenza di queste infezioni resta comunque elevata ed è un'importante causa di morbilità e mortalità.

Tale complicazione è principalmente dovuta agli scostamenti dalle good - practices delle misure di prevenzione e controllo, a fattori legati al paziente e/o alla complessità delle procedure chirurgiche.

Le ISC sono tra i problemi più rilevanti delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA); in molti paesi le ISC raggiungono il 25% del totale.

Si stima che il 40-60% delle ISC possano essere prevenute. Le ISC possono prolungare la degenza postoperatoria di 6-30 giorni, aumentare i costi legati ad antibiotici ed esami di laboratorio e richiedere ulteriori interventi diagnostico-terapeutici.

Al fine di unificare i comportamenti per la prevenzione delle ISC è stata preparata una scheda di raccolta dati, compilata dal personale infermieristico dei B.O., delle UU.OO. e degli ambulatori chirurgici, i cui risultati costituiranno la base per implementare idonei interventi al fine di migliorare sempre più la sorveglianza e il controllo di tali infezioni.
- **Metodologia**

Per raggiungere lo scopo del presente progetto sono stati programmati:

  - incontri con i coordinatori delle UU.OO. interessate

-costruzione di schede di sorveglianza degli interventi chirurgici:

- ✓ preoperatoria e postoperatoria (degenza)
- ✓ preoperatoria e intraoperatoria (blocco operatorio/saletta chirurgica)
- ✓ postoperatorio rianimazione
- ✓ ambulatorio chirurgico

-costruzione di database sui dati rilevati

-analisi dati

-I.O. e Bundle su disinfezione e medicazione per tipologia di intervento chirurgico

-standardizzazione dei comportamenti nelle procedure di prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.

-realizzazione di I.O. e Bundle Aziendali per la prevenzione delle ISC.

- **Finalità**

Diminuzione ISC

- **Risorse**

Medici, Coordinatori Infermieristici e Infermieri delle UU.OO. Chirurgiche, UU.OO. Blocchi Operatori, UU.OO. Day Surgery, UU.OO. Ambulatori chirurgici, Rianimazioni  
 Personale afferente alla U.O. Igiene

- **Strutture coinvolte**

UU.OO. Chirurgiche, UU.OO. Blocchi Operatori, UU.OO. Day Surgery, UU.OO. Ambulatori chirurgici, U.O. Rianimazioni, U.O. Igiene

- **Risultati**

A partire dal mese di settembre 2015, è stata effettuata una serie di incontri con i Coordinatori Infermieristici e i Direttori delle UU.OO. coinvolte, allo scopo di condividere razionale, scopi e metodologie di raccolte dati, circa lo studio in oggetto, che prende in considerazione i pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia della mammella e della tiroide. Le UU.OO. interessate sono le seguenti degenze chirurgiche site all'ex IST p. 3:

U.O.S. CHIRURGIA SENOLOGICA

U.O. CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA

U.O. CHIRURGIA 1.

Dal giorno 8 febbraio 2016 è iniziata la compilazione della scheda condivisa da parte del personale, che è terminata nel mese di maggio (3 mesi); dal mese di maggio 2016 al mese di agosto sono state inserite nella rilevazione dati anche l' U.O. CARDIOCHIRURGIA e l'U.O. CHIRURGIA TORACICA.

Sono state raccolte complessivamente 794 schede di sorveglianza, di cui 640 presso le UU.OO. CHIRURGIA SENOLOGICA, CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA e CHIRURGIA 1 e 154 schede nelle UU.OO. di CARDIOCHIRURGIA e CHIRURGIA TORACICA.

Dall'elaborazione delle schede di sorveglianza raccolte si osserva che il 78.59% (624 pz) dei pazienti è di genere femminile ed il 21.41% di genere maschile. L'età media della popolazione presa in esame è di 57.89 anni. Di tutti i pazienti presi in esame, il 34.51% presenta almeno un fattore di rischio, di cui il 35.58% è di genere femminile ed il 30.59% di genere maschile.

I dati dei reparti di chirurgia dell'IST riguardanti la tricotomia prima dell'intervento chirurgico, si discostano dalle raccomandazioni sulla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) in termini di modalità e tempistiche: nell'IST il dispositivo maggiormente utilizzato per l'esecuzione della tricotomia è stato il rasoio sia nel proprio domicilio che in ospedale.

I dati relativi al controllo della glicemia e della temperatura controllo della glicemia sono molto distanti tra i reparti dell'IST e quelli di cardiocirurgia e chirurgia toracica. Ciò può dipendere dall'automatizzazione di tale controllo che può sfuggire all'operatore sanitario

che ha compilato la scheda.

Il dato riguardante il numero di operatori in sala compreso tra 7 e 9 ha valore in linea con quello rilevato attraverso le osservazioni effettuate nei blocchi operatori.

Confrontando le variabili sulle medicazioni postoperatorie complessive eseguite in degenza con le variabili sulle medicazioni postoperatorie ambulatoriali totali, emerge che le medicazioni ambulatoriali risultano le più sporche.

Nel periodo ottobre-novembre 2016 è stato condotto un Audit presso tutti i Blocchi operatori dell'IRCCS, al fine di monitorare le corrette procedure e le best practices. Lo studio è avvenuto tramite osservazione sul campo e compilazione di una scheda predisposta ad hoc.

Le schede ottenute attraverso gli audit sono 26 (numero di interventi osservati) presso i seguenti blocchi operatori: HSC - SALE OPERATORIE PAD.1 P/2, HS9 SALE OPERATORIE - PAD. SPEC. P/3, HS0 SALE OPER.- P.S.- PRONTO SOCC.P/1, HS1 SALE OPERATORIE-MON.AC.P/2,HS5 SALE OPER.CARDIOCH.MON.AC.P/6LEV, TSO SALE OPERATORIE - DAY SURGERY - IST P/0, HS6 SALE OPERATORIE - OCULISTICA PAD OCUL. P/2, TS1 SALE OPERATORIE - IST P/3, HS2 SALE OPERATORIE-MON. AC.P/2 PON, HS2 SALE OPERATORIE-MON. AC.P/2 PON dell' IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro.

Dalle procedure di audit si osserva che in tutti gli interventi infermieri strumentisti sono stati scrupolosi nella preparazione della procedura chirurgica. Le non conformità sono state rilevate nel caso degli infermieri di sala (4 su 26), anestesisti (2 su 26), perfusionisti e studenti, per la presenza di monili, gel smalto alle unghie e per la non corretta vestizione.

In 23 interventi è stato possibile osservare le fasi ed i tempi del lavaggio chirurgico delle mani: in tutti i casi sono stati rispettati le fasi ed i tempi ed è stato utilizzato il disinfettante conforme.

La media del numero degli operatori presenti in sala è di 7 operatori; nel 15,31% di interventi il numero di operatori è maggiore uguale a dieci.

Solo nel 30.77% degli interventi non è stata osservata nessuna apertura; nel restante 69.23% si è assistito all'apertura delle porte con un minimo di 2 ed un massimo di 30.

Nel 57.69% degli interventi osservati gli operatori di sala non hanno effettuato il lavaggio sociale delle mani al cambio dei guanti o a fine intervento.

Allegato: [Progetto prevenzione delle infezioni del sito chirurgico](#)

### **Progetto revisione dei comportamenti e delle modalità di accesso alle Unità di Terapia Intensiva in funzione di una "Rianimazione aperta"**

#### **Razionale**

Le infezioni correlate all'assistenza sono un'importante causa di morbilità, mortalità, prolungata degenza ospedaliera e hanno un rilevante impatto economico. I pazienti ricoverati in Unità di Terapia Intensiva (UTI) sono ad alto rischio di acquisire un'infezione correlata all'assistenza a causa delle ridotte difese immunitarie e della frequente esposizione a procedure invasive. Inoltre tali infezioni sono sempre più frequentemente sostenute da patogeni resistenti agli antimicrobici.

Più del 20% di tutte le infezioni nosocomiali coinvolgono i pazienti ricoverati in una UTI e l'80% di queste sono correlate a un *device*, quali le infezioni del sangue correlate a *device* vascolare, la polmonite associata alla ventilazione meccanica, le infezioni del sito chirurgico, le infezioni del tratto urinario.

Nelle UTI, sia le caratteristiche strutturali che il mantenimento di un ambiente pulito so-

no requisiti importanti nella lotta contro le infezioni.

Negli ultimi anni, il tema delle modalità di accesso dei familiari nelle UTI è stato oggetto di grande interesse. L'UTI è un ambiente "ostile" ai pazienti e ai familiari: gli allarmi sonori e visivi e l'alta intensità di cura mettono a dura prova lo stato emotivo sia dei pazienti vigili sia dei visitatori. Di conseguenza, è emersa la necessità di promuovere una maggiore umanizzazione dell'assistenza in questi luoghi di cura, salvaguardando però allo stesso tempo il controllo del rischio infettivo.

Data la rilevanza del tema, è stata effettuata una revisione della letteratura scientifica per valutare l'effettiva efficacia delle misure che impongono la vestizione dei visitatori, siano essi familiari oppure operatori sanitari provenienti da altre Unità Operative.

La procedura della vestizione dei visitatori non è supportata da alcuna evidenza scientifica, non influenza il tasso di infezioni correlate all'assistenza, comporta invece un aumento dell'utilizzo di risorse materiali ed umane.

La Terapia Intensiva "aperta" può essere definita come la "struttura di cure intensive dove uno degli obiettivi dell'équipe è una razionale riduzione o abolizione di tutte le limitazioni non motivatamente necessarie poste a livello temporale, fisico e relazionale".

Numerosi dati della letteratura scientifica suggeriscono che la liberalizzazione dell'accesso alla TI per familiari e visitatori non solo non è in alcun modo pericolosa per i pazienti, ma è anzi benefica sia per loro sia per le famiglie. In particolare l'"apertura" della TI non causa un aumento delle infezioni nei pazienti, mentre si riducono in modo significativo le complicanze cardio-vascolari e gli indici ormonali di stress.

- **Metodologia**

Al fine di modificare i comportamenti e le modalità di accesso alle Terapie Intensive, in funzione di un percorso verso una "Rianimazione aperta", sono stati programmati:

Incontri con Coordinatori e Direttori delle UU.OO. interessate

Revisione della I.O. Aziendale "PROCEDURE IGIENICHE E COMPORTAMENTALI ALL'INTERNO DELLE UTI"

Costruzione di Poster da mettere in visione all'ingresso delle UTI:

- ✓ "Informazioni per i Visitatori"
- ✓ "Informazioni per i Visitatori dei pazienti per i quali sono in atto misure di isolamento"

Realizzazione di una Brochure informativa da consegnare ai visitatori

Implementazione dell'igiene delle mani

Incontri formativi e di condivisione con il personale delle UU.OO. interessate

A partire da novembre 2015, si sono svolte delle riunioni operative con Coordinatori e Direttori delle UU.OO. coinvolte, al fine di condividere lo studio, circa la modifica dei comportamenti e delle modalità di accesso in alcune T.I. dell'Istituto. Dopo attenta revisione della letteratura in merito e sulla base delle ultime evidenze scientifiche sulla vestizione nelle T.I., è stata revisionata la procedura in essere ed elaborate i poster e le brochure con le informazioni per i visitatori, come definito da programmazione. Tali brochure sono state inserite nella intranet aziendale in Isolabweb.

- **Finalità**

Promuovere una maggiore umanizzazione dell'assistenza nelle unità di Terapia Intensiva, salvaguardando allo stesso tempo il controllo del rischio infettivo.

Rispetto al controllo del rischio infettivo, considerando il periodo di tempo gennaio-giugno 2016,

verranno valutati i seguenti outcome:

nuovi isolamenti di MDROs (*Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, Microrganismi produttori di beta-lattamasi a spettro esteso e *Klebsiella pneumoniae* produttore



	<p>di carbapenemasi) su diverse matrici biologiche (emocolture, liquidi di lavaggio broncoalveolare, bronco-aspirati, tamponi rettali, urinocolture), nei pazienti ricoverati in TI nel periodo dello studio</p> <p>incidenza di emocolture positive per MDROs presso il reparto di TI nel periodo dello studio;</p> <p>durata media e mediana dei ricoveri presso il reparto di TI nel periodo dello studio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Risorse</b> Personale U.O. Igiene ,Medici, Coordinatori Infermieristici, Infermieri e OSS delle UU.OO. di Terapia Intensiva, UU.OO. di Terapia Intensiva e Sub-Intensiva</li> <li>● <b>Strutture coinvolte</b> UU.OO. Terapia Intensiva Monoblocco 3P. e DEA, Sub Intensiva Neurochirurgia</li> <li>● <b>Risultati</b> Dall’analisi preliminare dei dati raccolti nel periodo gennaio-giugno 2016, non emergono scostamenti statisticamente significativi rispetto allo stesso periodo dell’anno precedente per quanto riguarda gli outcome valutati. Sono in elaborazione i calcoli relativi alle durata media e mediana dei ricoveri presso i reparti di TI dove è in corso il progetto. È in corso di valutazione la somministrazione di un questionario di gradimento agli utenti dei reparti suddetti (in particolare, i parenti e i visitatori dei soggetti ricoverati), al fine di valutare l’impatto delle nuove modalità di accesso sulla percezione della qualità dell’assistenza presso il nostro Istituto. Allegato: <a href="#">Progetto revisione dei comportamenti e delle modalità di accesso alle Unità di Terapia Intensiva in funzione di una “Rianimazione aperta”</a></li> </ul>
<p><b>G5 Eventi sentinella</b></p>	<p>In recepimento del Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella del Ministero della Salute (Luglio 2009), l’Istituto ha implementato la procedura aziendale per la segnalazione di eventi Sentinella all’Osservatorio Nazionale, mediante il sistema SIMES. Le modalità operative sono definite nell’ Istruzione Operativa IOAZHQA_0708 (Rev.0 del 23/01/2017) 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.</p> <p>Ogni qualvolta che si verifichi un evento avverso, con conseguente grave danno o morte, la Direzione Aziendale, oltre a prendere in carico il caso per attuare tutte le misure necessarie al fine di mitigare il danno e attivare i dovuti processi di comunicazione con pazienti e/o loro familiari in modo trasparente e completo, mette in atto le seguenti azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. l’operatore sanitario (medico, infermiere od altro professionista coinvolto nell’evento avverso o che sia venuto a conoscenza dell’occorrenza di un evento avverso) comunica quanto accaduto al all’UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP, compilando il Modulo MODAZHQA_0708 ed inviandolo all’indirizzo e-mail <a href="mailto:rischio.clinico@hsanmartino.it">rischio.clinico@hsanmartino.it</a> oppure al fax 010 555 6881. Qualora la segnalazione sia stata effettuata al Referente di Area Tematica di interesse individuato all’interno della I.O., quest’ultimo dovrà comunicare gli estremi dell’evento all’UO HQA per permettere: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ la segnalazione a Regione Liguria</li> <li>▪ la segnalazione al Ministero</li> <li>▪ la successiva analisi ed individuazione di eventuali Azioni di miglioramento</li> </ul> </li> <li>2. il referente dell’UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP informato dell’evento avverso, avvia immediatamente una indagine interna insieme al referente dell’Area Tematica di pertinenza per stabilire se l’evento avverso soddisfa i criteri per essere definito</li> </ol>

<p>G5.1. Misurazione eventi sentinella</p>	<p>evento sentinella:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ se dall'indagine interna emerge che l'evento avverso è conseguente ad errore (attivo o latente) e che può aver provocato un danno segnala l'evento sentinella al Ministero tramite le credenziali previste dal Sistema SIMES</li> <li>▪ raccoglie ed analizza tutte le informazioni necessarie al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell'evento</li> </ul> <p>Tutti i casi vengono posti all'attenzione del Direttore HQA ed è definita in modo condiviso ed in accordo con il Referente dell'Area Tematica di pertinenza, la modalità di gestione dell'evento. In HQA il Team Integrato di valutazione medico/infermiere provvede a realizzare le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avviare l'analisi ritenuta più opportuna per il caso in questione (Audit, Incontri, Significant Event Analysis, Root Causes Analysis) al fine di raccogliere elementi sull'evento, fattori causali o concomitanti, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni che dovranno essere formalizzate in Azioni di miglioramento. In questa fase potrà essere coinvolto il Referente di Area Tematica. Contestualmente sarà individuato un Coordinatore/Responsabile dell'implementazione dell'Azione di miglioramento</li> <li>➤ 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</li> </ul> <p>Dopo l'analisi dell'evento si procederà all'individuazione di Azioni di miglioramento volte a migliorare i processi aziendali. Nel caso in cui tali Azioni abbiano un impatto in termini di risorse aggiuntive, l'intero percorso di definizione e progettazione verrà trasferito alla Direzione Strategica dell'Istituto per ottenere l'approvazione alla sua implementazione. Per ogni Azione di miglioramento verrà identificato il Coordinatore/Responsabile della realizzazione e del cronogramma delle attività. Il personale coinvolto nell'evento sentinella è responsabile dell'immediata segnalazione al Referente di Area Tematica e al Direttore dell'UO Gestione Rischio Clinico Qualità Accreditamento e URP. Il Direttore dell'UO Gestione Rischio Clinico Qualità, Accreditamento e URP è responsabile del processo di analisi dell'evento, della comunicazione dell'Evento Sentinella al Ministero e a Regione Liguria, dell'implementazione delle Azioni di miglioramento relative e del loro monitoraggio. Tutti i soggetti Referenti di Area Tematica, sono coinvolti nella comunicazione degli E.S. ad HQA, nell'analisi dell'evento per le tematiche di pertinenza e nel monitoraggio delle azioni di miglioramento.</p> <p>I risultati delle Azioni di miglioramento intraprese in base alle segnalazioni analizzate, vengono diffusi in Istituto in occasione di: Incontri dell'Unità di Gestione Rischio UGR/CARMIInA ed Eventi formativi aziendali.</p> <p>Inoltre le Azioni di miglioramento vengono pubblicate nel sito Intranet/Rischio Clinico/Azioni di Miglioramento/ da S.E.A..</p> <p>Allegato: <a href="#">IOAZHQA_0708 Recepimento del Protocollo Ministeriale per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella</a> - <a href="#">MODAZHQA_0708 Scheda segnalazione evento sentinella</a></p> <p>Dal 01/01/2017 al 31/12/2017 sono stati registrati su SIMES un totale di 16 Eventi Sentinella, di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 13 per Caduta del paziente</li> <li>• 1 per errore di identificazione di sacca di emazie</li> <li>• 1 per aggressione</li> <li>• 1 per errore durante intervento chirurgico</li> </ul>
--	--

**G6 Gestione sinistri**

Nel quadro del programma assicurativo per rischi di responsabilità civile delle aziende ed enti del SSR (Legge regionale n.28 del 26/10/2011), è attivo all'interno del Policlinico il Comitato Gestione Sinistri, che si avvale anche del Comitato Valutazione Rischio Infettivo (CVRI), con il compito di monitorare attentamente le istanze risarcitorie che presentano problemi legati a ipotetiche infezioni correlate alle Pratiche Assistenziali (ICPA).

La commissione CVRI si riunisce periodicamente da oltre un anno ed ha prodotto, oltre a dettagliate relazioni necessarie alla resistenza nei casi ovviamente possibili, anche molte indicazioni di miglioramento nella gestione documentale e nella prassi clinica quotidiana.

**G6.1. Misurazione sinistri**

Nel corso del 2017 il numero dei sinistri è stato di 135.

Le istanze risarcitorie sono state presentate:

- dal danneggiato in 110 casi
- da eredi del danneggiato in 21 casi
- da esercenti la potestà genitoriale in 3 casi
- da altri in 1 caso

Le fasce di età del danneggiato sono:

Fasce di età	N° sinistri
tra 0 e 3	3
tra 12 e 18	1
tra 18 e 30	6
tra 30 e 40	7
tra 40 e 50	24
tra 50 e 60	38
tra 60 e 70	20
oltre i 70	30

Le cause del sinistro possono essere classificate nelle seguenti categorie:

Causa sinistro	N° sinistri
Caduta del dipendente	3
Caduta del paziente	7
Caduta del visitatore	11
Danneggiamento di materiale	1
Errore anestesilogico	4
Errore chirurgico	51
Errore diagnostico	34
Errore terapeutico	3
Infezioni	6
Infortuni	2
Altre cause	13

I sinistri per i quali è stata presentata istanza si sono verificati negli anni:

<b>Anno del sinistro</b>	<b>N°sinistri</b>
2017	48
2016	38
2015	17
2014	6
2013	6
2012	4
2011	7
2010	2
2009	1
2008	1
2007	3
2006	1
2004	1

## COMUNICAZIONE

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

<p><b>C1 Sistemi di comunicazione interna ed esterna per la diffusione delle informazioni e delle evidenze per la sicurezza del paziente</b></p>	<p>➤ <b>ETICA</b></p> <p>Il Policlinico ha avviato sin dal 2016 un percorso per la redazione ed adozione della Carta Etica “Carta della dignità e della libertà della persona malata” per la tutela della dignità e dei diritti della persona malata. La Carta è stata presentata a tutto il personale dell’Istituto nel dicembre 2016, alla presenza dell’Assessore “Sanità, Politiche socio sanitarie e Terzo Settore, Sicurezza, Immigrazione ed Emigrazione”, Dott.ssa Sonia Viale. Il Gruppo di redazione ha individuato gli argomenti su cui articolare la Carta Etica: 1 Dare valore alla dignità, considerazione e rispetto -2 La dignità nella relazione tra operatore e paziente e tra operatori- 3 La dignità della persona ammalata nella comunicazione della diagnosi, della prognosi e nella condivisione delle scelte di desistenza terapeutica – 4 La dignità della persona e la sua libertà di scelta: il consenso e il dissenso informati – 5 Coniugare la dignità della persona ammalata nell’attenzione ai suoi bisogni esistenziali e spirituali – 6 La dimensione “tempo” come teatro di incontro tra dignità della persona, efficacia ed efficienza delle cure- 7 La dignità umana nel nascere e nel morire nel nostro Istituto- 8 La dignità umana e le modalità di gestione della ricerca sanitaria. Ai temi importanti espressi nella prima edizione si sono aggiunti, con la revisione 1.0 del 20/03/2017, elementi esplicativi in uno specifico glossario. Il documento aggiornato è stato condiviso con tutti gli operatori dell’Istituto nel corso della giornata della Qualità del 22/03/2017.</p> <p>Allegati: <a href="#">Carta Etica Rev. 1.0 del 20/03/2017</a> - <a href="#">Quality Day del 22/03/2017</a></p> <p>➤ <b>GIORNATA DELL’ETICA</b></p> <p>La Direzione del Policlinico ha dedicato particolare attenzione alla comunicazione con il paziente e con la sua famiglia. Un video proiettato in occasione della <i>Giornata dell’Etica</i>, svoltasi a dicembre 2017 al centro Congressi del Policlinico San Martino, mostra tre possibili scenari sulle modalità di comunicazione di una prognosi infausta e vede protagoniste le figure che in questi casi interagiscono: medico, paziente e familiari. Il filmato rappresenta il risultato di un dibattito interno al Policlinico sulle possibili relazioni di cura. I pazienti e tutto</p>
--	--

il personale sono stati invitati ad esprimere il proprio giudizio in merito a quale sia la relazione di cura che si avvicina maggiormente alla propria sensibilità. I filmati sono interpretati da medici ed infermieri che fanno parte della Direzione strategica del Policlinico San Martino, non sono attori di mestiere; questo, pur rappresentando un limite artistico, mostra la volontà di mettere in gioco tutto il Policlinico per migliorare il servizio offerto ai cittadini. Gli scenari del video sono: scelte condivise - paternalismo- alleanza terapeutica. La trama: il paziente, Mario, è sempre lo stesso e ha in tutti e tre gli scenari lo stesso quadro clinico, ovvero: diabete mellito di tipo II- insufficienza renale cronica stadio 5 in dialisi extracorporea da 4 anni- BPCO in quanto ex forte fumatore- scompenso cardiaco con FE intorno al 30%. Arriva in reparto dal Pronto Soccorso perché i parenti si sono accorti che è diventato giallo, che ha perso ogni appetito e soprattutto ha un dolore persistente all'addome. Dopo le indagini diagnostiche fatte in Pronto emerge con chiarezza la presenza di un tumore della testa del pancreas (considerabile come "resectable" dalle indagini effettuate) che comprime le vie biliari e determina una bilirubinemia intorno ai 10 mg/dl. Il signor Mario è una persona perfettamente in grado di comprendere e fare scelte, ma non ha mai voluto sapere niente delle sue condizioni di salute avendo paura di dover fare i conti con questioni che non vuole assolutamente affrontare. Ha sempre delegato la moglie (o il fratello) e il figlio a parlare con i medici.

Il filmato è stato reso disponibile sulla Intranet e sul sito web del Policlinico, nella homepage al seguente indirizzo: <http://www.ospedalesanmartino.it/professionisti-e-formazione/qualità/questionario-on-line.html>

➤ CODICE DI CONDOTTA

L'IRCCS definisce e garantisce la tutela della dignità di tutti i soggetti che svolgono la propria attività lavorativa, di studio e di ricerca presso l'Istituto. Gli stessi soggetti sono tenuti all'osservanza e al rispetto dei principi e delle finalità contenuti nel Codice di Condotta. I Direttori hanno inoltre il dovere di favorire la prevenzione delle molestie fisiche, morali, psicologiche e sessuali nell'ambito delle unità organizzative che sovrintendono. Il Codice di Condotta, a cura del Comitato Unico di Garanzia, recepito con deliberazione n. 307 del 7 marzo 2014, è finalizzato alla tutela del diritto ad un ambiente nel quale le relazioni interpersonali siano improntate all'osservanza dei principi fondamentali di inviolabilità, eguaglianza, libertà e dignità della persona, coerentemente con quanto stabilito dalle norme vigenti. Allegato: [Codice di Condotta DE 307 2014](#)

- INFORMAZIONI PER DONNE IN ETA' FERTILE SUI RISCHI A SOTTO-PORSI A DIAGNOSTICA RADIOGRAFICA  
Nell'ambito delle diagnostiche per immagini, si sono adottati i cartelli informativi per le donne in età fertile diffusi da IAEA (*International Atomic Energy Agency*) in italiano, inglese, francese, spagnolo.  
Allegato: [In gravidanza? o pensi che potresti esserlo?](#)

- INFORMATIVE A PROCEDURA/INTERVENTO

Nell'ambito della corretta comunicazione ai pazienti in merito alla procedura/intervento cui si sottoporrà, si prosegue nel percorso di pubblicazione dei moduli Informativi di procedura, finalizzati all'acquisizione di un consenso che sia effettivamente informato. Il criterio adottato è quello di fornire maggiore chiarezza esplicativa della procedura o dell'intervento cui il paziente verrà sottoposto. Tutti i documenti revisionati sono resi disponibili sul sito internet dell'IRCCS al percorso di rete: <http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/informative-per-procedure-sanitarie.html>.

- PREVENZIONE VIOLENZA

Nell'ambito di quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale n.8 "Prevenzione degli atti di violenza a carico degli operatori" il Policlinico sin dal 2009 ha deliberato il Gruppo lavoro e nucleo di coordinamento per la prevenzione dei rischi psicosociali, che è composto da: UO Servizio di Prevenzione e Protezione, UO Gestione del Rischio Clinico Qualità Accreditamento e URP, UO Medicina del Lavoro, UO Clinica Psichiatrica, UO Psicologia Clinica e Psicoterapia, UO Direzione e Gestione delle Professioni Sanitarie, UO Formazione e Aggiornamento (Delibera D.G.n.324 aprile2009). Prosegue il Progetto di Miglioramento "Violenze da esterni: analisi del fenomeno mediante distribuzione della Scheda OAS ad un gruppo di Unità Operative prescelte e sua rielaborazione". La Scheda MODAZHQA\_0704 è visibile in allegato.

Allegato: MODAZHQA\_0704 [Scheda di rilevazione dei comportamenti aggressivi da parte di pazienti/familiari](#)

La rilevazione è finalizzata ad accertare il numero di eventi aggressivi nel Policlinico, accertare l'intensità degli episodi tramite utilizzo di questionario internazionale " Overt Aggression Scale - OAS " (Yudofsky et al., 1986) che descrive il crescendo dell'aggressività verbale, fisica contro oggetti , fisica contro persone, fisica autodiretta, accertare

la frequenza degli episodi di aggressività in tutti Reparti per qualsiasi tipologia di ricovero, motivare l'eventuale necessità di modifiche (strutturali, organizzative ecc.) all'interno dell'Istituto e permettere l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi.

➤ **PERCORSO SANITARIO SICURO E STRUTTURATO PER VITTIME DI VIOLENZA**

Allo scopo di fornire un percorso sanitario sicuro e strutturato per le vittime di violenza, si è adottata una procedura specifica. Il percorso, che inizia in genere con l'accesso del paziente al Pronto Soccorso definisce e regola le fasi dell'accoglienza, delle procedure sanitarie, sino alla dimissione ed attivazione delle risorse territoriali finalizzate ad una presa in carico tempestiva e alla pianificazione di un progetto individuale di intervento. Il Gruppo di lavoro è costituito da: Direzione Sanitaria-U.O. Gestione Rischio Clinico Qualità Accredimento e URP G. Orenco- U.O. Medicina Legale F- U.O. Medicina d'Urgenza - U.O. Clinica Ostetrica e Ginecologica- U.O. Ostetricia e Ginecologia- U.O. Medicina di Laboratorio- U.O. Clinica delle Malattie infettive - U.O. Clinica Psichiatrica - U.O. Psicologia Clinica- Direzione Dipartimento DEA Emergenza e Accettazione. Allegato: [IOAZHOR\\_0074-Violenza sessuale](#)

➤ **DIFFUSIONE INFORMAZIONI SU IGIENE DELLE MANI**

Nell'ambito dell'educazione all'igiene delle mani, si sono sviluppate numerose iniziative di comunicazione tra cui aver dotato ogni unità operativa dell'IRCCS di poster ed immagini in prossimità dei lavabi.

Allegato: [Poster mani](#) Allegato: [Uso gel alcolico](#)

➤ **PREVENZIONE DEL RISCHIO CADUTE**

Nell'ambito della prevenzione del rischio di cadute del paziente, è stato redatto un report "Le cadute al San Martino IST 2016" finalizzato all'analisi del fenomeno. Il Gruppo di lavoro che si è occupato di individuare le Azioni di Miglioramento necessarie per contenere il numero di cadute dei pazienti nel Policlinico, ha revisionato il pieghevole informativo e diffuso nei reparti di degenza un cartello informativo per pazienti e familiari.

Allegato: [2017PrevenzioneCaduteUtenza\\_021017](#)

Allegato: [Report Le cadute al San Martino IST](#)



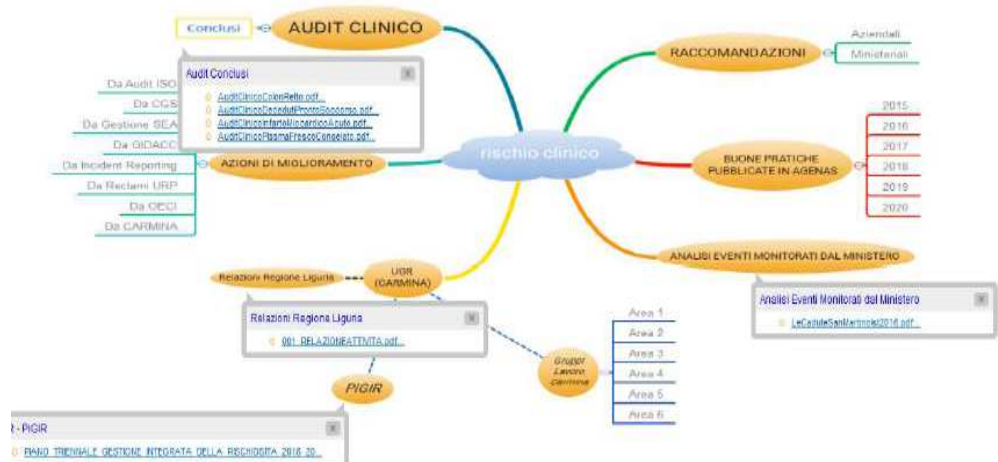
➤ SITO WEB

Il Policlinico si interfaccia con la cittadinanza e l'utenza anche attraverso un sito web rinnovato il dal dicembre 2014. Il numero di utenti che hanno utilizzato il nostro sito nel corso del 2017 è stato costante rispetto all'anno precedente, il che evidenzia una buona fidelizzazione verso il Policlinico. A gennaio 2017 il numero di utenti è stato di 67.918 unità, con 261.801 visualizzazioni, mantenendosi costante per tutto l'arco dell'anno (67.367 utenti a giugno 2017, con 251.718 visualizzazioni e 67.073 a novembre, con 257.455 visualizzazioni). Nell'anno precedente gli utenti erano stati 52.059 (gennaio 2016), con 219.344 visualizzazioni di pagina, per raggiungere le 68.933 nel novembre 2016. Nel corso del 2018 si intende migliorare la grafica e i contenuti della Home page. Si procederà naturalmente a verificare come e se questo inciderà sul numero degli accessi. Indirizzo sito web: <http://www.ospedalesanmartino.it/>

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

- All'interno del Policlinico la diffusione delle comunicazioni è garantita dall'utilizzo, da parte di tutti i dipendenti, dell'Intranet aziendale in cui sono pubblicate News e documenti .
- La diffusione dei documenti e delle informazioni inerenti i percorsi attuati in ambito di Rischio Clinico è attuata attraverso una *mental map* in Intranet. Inoltre sono in fase di progettazione attività finalizzate a fornire una maggiore visibilità dell'Area Rischio Clinico nel sito web. Allogato: [MentalMapRischioClinico.pdf](#)

**Mental Map Rischio Clinico in Intranet**



- Le informazioni sono altresì veicolate mediante Mailing list aziendali. 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.

- Le informazioni sulla salute e sicurezza sul lavoro sono diffuse mediante l'Inform@foglio, redatto a cura dell'UO Servizio Prevenzione e Protezione.

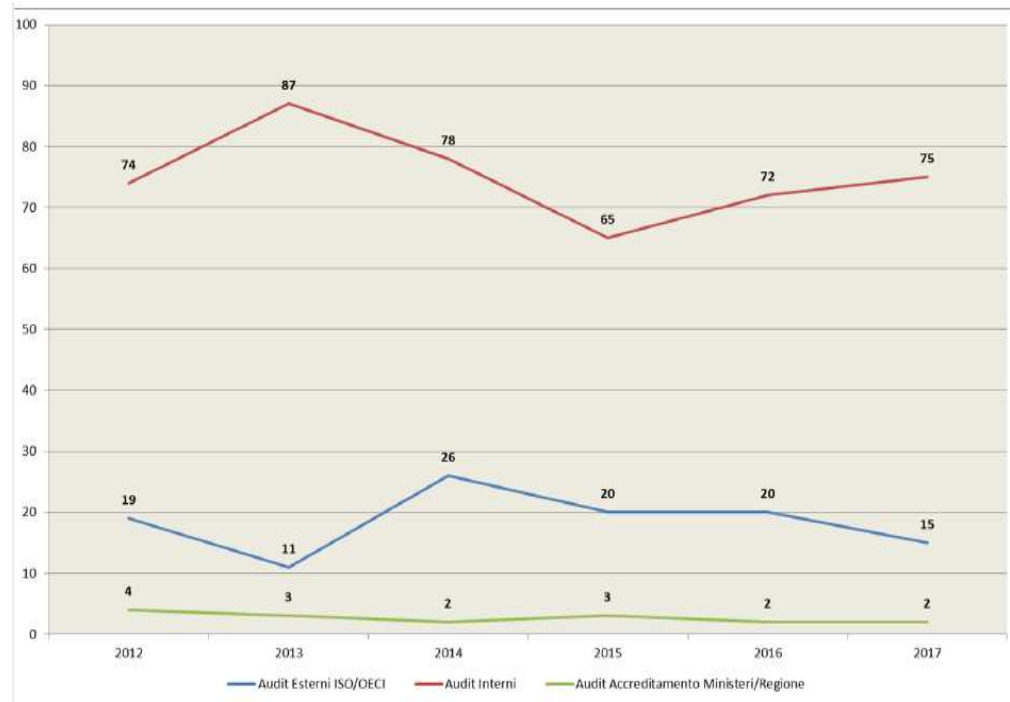
**C3 Diffusione e feedback relativamente a: procedure / istruzioni di lavoro approvate, decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo**

Si effettua verifica, in sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità, dell'aderenza dei comportamenti alle procedure ed istruzioni e si analizzano i dati raccolti monitorando costantemente il trend aziendale.

Annualmente si diffondono dati ed eventuali azioni di miglioramento nelle relazioni annuali dell'attività dell'UGR/CARMInA.

Annualmente si diffonde il Report degli Audit Interni di Sistema Gestione Qualità condotti in Istituto 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.

**Audit Interni di Sistema Gestione Qualità 2012-2017**



A conclusione degli Audit Interni di SGQ, rispetto al 2016

- abbiamo avuto una diminuzione delle non conformità da 130 a 108
- vi è una minor attenzione per la compilazione dei consensi e gestione apparecchiature da parte del personale delle U.O.
- la compilazione del rischio tromboembolico non risulta ancora conforme

Allegato: [Report Audit ISO svolti nel 2017](#)

Una sintesi degli ultimi cinque anni di attività sono reperibili nel report allegato.

Allegato: [Report attività UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP quinquennio 2012- 2017](#)

## FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA'

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

<b>F1 Piano formativo UGR aziendale e interaziendale</b>	<p>Il Piano biennale Formativo 2017-2018 approvato con Delibera N°293 del 16/03/2017, prevede corsi, seminari ed eventi per l'Area del Governo Clinico.</p> <p>In particolare riportiamo solo alcuni eventi dei numerosi formativi previsti dal Piano biennale nell'ambito dell'Area Risk Management.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Corso formativo per facilitatori AUDIT CLINICO: L'Audit Clinico come strumento per l'esercizio del governo clinico: facilitatori nella conduzione di audit clinici. Il Corso, che si è svolto il 17-18-24 gennaio 2018, ha avuto l'obiettivo di formare un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale che sarà coinvolto nella progettazione, pianificazione e realizzazione degli Audit Clinici nel triennio 2018-2020. Si è previsto per il mese di febbraio il primo incontro operativo con i 25 facilitatori, per avviare i lavori di pianificazione degli Audit Clinici in Istituto.</li><li>• Corso Valutatori NORMA UNI EN ISO 9001:2015. Il Corso che si svolgerà il 28 febbraio e 1 marzo 2018, viene riproposto annualmente ed è finalizzato all'allineamento dei Team di Valutatori che nel corso dell'anno partecipano agli Audit Interni di SGQ, finalizzati al monitoraggio e mantenimento dell'aderenza delle pratiche e dei comportamenti ai requisiti previsti dal Manuale dell'Accreditamento Istituzionale e dalla Norma UNI EN ISO 9001:2015</li><li>• Il Controllo di Gestione come supporto alla pianificazione strategica ed al monitoraggio della performance</li><li>• Gli indicatori di esito clinico e assistenziali nel Dipartimento di Terapie Oncologiche Integrate</li><li>• La formazione sul campo: progettualità e prospettive</li><li>• Health Technology Assessment (HTA): lo strumento di valutazione dell'introduzione di nuove tecnologie in istituto</li></ul>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Illustrazione dell'attività professione in corso di ricovero ( efficienza ed efficacia) tramite il corretto utilizzo della nuova SDO</li> <li>• La Cartella Clinica Elettronica "TrakCare"- il nuovo Portale Clinico aziendale per la gestione del paziente</li> </ul> <p>A seguire riportiamo alcuni eventi formativi del nutrito piano biennale nell'ambito dell'AREA CLINICO ASSISTENZIALE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Piano di Emergenza Intraospedaliera Massiccio Afflusso di Feriti - PEIMAF: Triage e Accoglienza</li> <li>• Piano di Emergenza Intraospedaliera Massiccio Afflusso di Feriti - PEIMAF: Condivisione al personale</li> <li>• ABC in Terapia del Dolore</li> <li>• Impianto e gestione di PICC e Midline</li> <li>• L'esperienza della rianimazione (semi) aperta presso l'Istituto: quali prossimi obiettivi</li> <li>• Diagnostica endoscopica avanzata: ebus, eus, criobiopsia e navigazione elettromagnetica</li> <li>• Vaccinazione: un futuro di salute</li> </ul> <p>Per completezza si allega il testo integrale del Piano Formativo biennale 2017-2018. Allegato: <a href="#">Piano Formativo 2017/2018 (Delibera N.293 del 16/03/2017)</a></p>
<p><b>F2 Valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure aziendali basate sulle raccomandazioni ministeriali</b></p>	<p>Per quanto riguarda l'implementazione delle procedure aziendali, sono state redatte checklist di autovalutazione per tutte le Raccomandazioni Ministeriali. A seguito del monitoraggio dell'aderenza a quanto previsto dalle Raccomandazioni Ministeriali, nel corso del 2017 sono stati formalizzati percorsi aziendali in merito a:</p> <p><b>Prevenzione del suicidio</b> (Allegato: <a href="#">IOU29_0011-ISTRUZIONE OPERATIVA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEI PAZIENTI IN O SPEDALE</a>) Allegato: <a href="#">IOU29_0012-Allegato 1- IO Aziendale per la Prevenzione del Suicidio</a> Allegato: <a href="#">IOU29_0013-Allegato 2 IO Aziendale per la prevenzione Suicidio</a>)</p> <p><b>Modalità di trasporto in urgenza o programmato dei pazienti</b> (Allegato: <a href="#">IOAZHOR_0096-Trasporto pazienti in urgenza o programmato</a>)</p> <p>Modalità di comunicazione di eventi avversi: <b>Comunicazione verso l'esterno dell'Istituto</b>-(Allegato: <a href="#">IOAZHFC_0001-COMUNICAZIONE ESTERNA IN CASO DI EVENTI AVVERSI</a>) <b>Comunicazione dell'evento avverso al paziente e familiari</b>- (Allegato: <a href="#">IOAZHQA_0706 Recepimento L. G. Comunicazione Eventi Avversi- Raccomanda</a>)</p>

	<p><a href="#">zione per la comunicazione ai pazienti)</a></p> <p><b>Supporto agli operatori coinvolti nell'evento avverso-</b> (Allegato: <a href="#">IOAZHQA_0707-Recepimento L. G. Comunicazione Eventi Avversi-Raccomandazione per azioni di sostegno agli operatori</a>)</p> <p><b>Protocolli e procedure disciplina Neonatologia:</b></p> <p>Allegati:</p> <p><a href="#">PQH32_0002-il contatto pelle a pelle alla nascita</a></p> <p><a href="#">IOH32_0003-clampaggio ritardato del cordone ombelicale nel neonato a termine e late preterm</a></p> <p><a href="#">MODH32_0005-osservazione del neonato durante lo skin to skin</a></p> <p><a href="#">PQH32_0004-IL MONITORAGGIO DELLA TEMPERATURA DEL NEONATO NELLE PRIME ORE DI VITA</a></p> <p><a href="#">DOCPROCH32_0002-GESTIONE DEL NEONATO CON DISTRESS RESPIRATORIO</a></p> <p><a href="#">DOCPROCH32_0011-Corretta gestione dello screening ecografico del neonato sano, a rischio e con sospetta Di splasia Congenita dell'Anca</a></p> <p><a href="#">DOCPROC013-CURA DEL CORDONE OMBELICALE</a></p> <p>In sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità, sin dal 2015, si attua la verifica dell'aderenza alle sottoelencate Raccomandazioni mediante check list specifiche per la conduzione dell'Audit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificazione del paziente</li> <li>➤ Marcatura sito chirurgico</li> <li>➤ Gestione farmaci antiblastici</li> <li>➤ Concentrati di Potassio</li> <li>➤ Farmaci L.A.S.A.</li> <li>➤ Ritenzione Garze</li> <li>➤ Reazione trasfusionale</li> <li>➤ Prevenzione Cadute</li> <li>➤ Errata attribuzione codice triage</li> </ul>
<p><b>F3 Promozione dell'igiene delle mani</b></p>	<p>L'UO Igiene svolge regolarmente attività didattica nei Corsi di Igiene e Metodologia Epidemiologica presso le Facoltà di Medicina e Chirurgia, Farmacia, Scienze dell'Educazione, Scienze della Formazione Primaria, Educatore Professionale e Giurisprudenza. Sono stati inoltre affidati insegnamenti presso la Scuola di specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Genova e prestano, in qualità di tutor della Scuola stessa, collaborazione didattico-scientifica nella preparazione di tesi di specializzazione sperimentali inerenti l'Igiene, la Medicina Preventiva e la Sanità Pubblica.</p> <p>Si organizzano e svolgono lezioni nell'ambito di diversi corsi di aggiornamento aziendale e dipartimentale. Dal 2016 si è avviato uno studio di incidenza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) associato ad uno studio sull'osservazione della <i>compliance</i> all'igiene delle mani, in 4 UU.OO. di Area Medica.</p> <p>Nel 2017 sono proseguiti i due corsi circa la prevenzione del rischio infettivo (con 4 incontri su Legionella, Clostridium difficile, Klebsiella pneumoniae KPC e TBC) e la gestione dei servizi in outsourcing (con 3 incontri su pulizia e sanificazione, ste-</p>

	rilizzazione, rifiuti). In sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità si verifica l'aderenza dei comportamenti degli operatori mediante checklist, alle indicazioni Ministeriali. Si effettuano inoltre sopralluoghi nelle UUOO da parte dell' UO Igiene. Le iniziative di promozione dell'igiene delle mani sono molteplici Allegato: <a href="#">VD Igiene delle mani poster</a> . Allegato: <a href="#">Poster</a> .
<b>F4 Incontri con gli operatori sanitari finalizzati all'introduzione di nuove tecniche e utilizzo di nuovi dispositivi di sicurezza</b>	Incontri formativi sono realizzati da parte dell'UO Formazione e dell'UO Servizio Prevenzione e Protezione, sul corretto utilizzo di nuovi dispositivi di sicurezza. Le Ditte fornitrici di dispositivi e tecnologie forniscono training formativi destinati al personale utilizzatore.
<b>F5 Prevenzione e valutazione del rischio di caduta</b>	A scopo preventivo è stato prodotto un Pieghevole destinato a pazienti e parenti, che è a disposizione presso le UU.OO. A scopo di valutazione l'UO Gestione Rischio Clinico Qualità Accredimento e URP quantifica e analizza le schede di segnalazione dell'Istituto. Allegato: <a href="#">pieghevole Preveniamo le cadute</a>
<b>F6 BLS e PBLSD</b>	Tutti gli operatori sono tenuti ad avere preparazione adeguata che è possibile acquisire in corsi formativi BLS e PBLSD pianificati annualmente e per i quali è previsto aggiornamento sistematico. Il Piano Formativo biennale 2017-2018 prevede corsi specifici nell' AREA CLINICO ASSISTENZIALE. Allegato: <a href="#">Piano Formativo 2017/2018 (Delibera N.293 del 16/03/2017)</a>
<b>F7 Definizione profilo di competenze e sua valutazione</b>	Il Piano triennale per la gestione integrata della rischiosità si prefigge di realizzare, per ogni singola disciplina, profili di conoscenze e abilità di base e specialistico. A seguito di un evento sentinella verificatosi nel 2017 e traendo ispirazione dall'esperienza attuata in Regione Sicilia, è in fase di avvio un percorso che prevede l'implementazione dei criteri Joint Commission per l'attribuzione dei Privileges, in particolare nell'Area Ostetrico-Ginecologica.
<b>F8 Educazione terapeutica al paziente e caregiver</b>	In Istituto si dedica un' attenzione particolare alla veicolazione di informazioni ai pazienti, ai parenti visitatori e/o caregiver. Allegati: <a href="#">MODAZU76 0053-Patogeni a trasmissione da contatto come evitare di diffonderli</a> <a href="#">MODAZU76 0050-PRECAUZIONI DA CONTATTO C</a> <a href="#">MODAZU76 0051-PRECAUZIONI DA AIRBORNE A</a> <a href="#">MODAZU76 0052-PRECAUZIONI DA CONTATTO C e DROPLET D</a> <a href="#">MODAZU76 0058-PRECAUZIONI STANDARD - DA CONTATTO</a> <a href="#">MODAZU76 0059-Galateo respiratorio</a> <a href="#">MODAZU76 0066-</a> <a href="#">BROCHURE IL CLOSTRIDIUM DIFFICILE PREVENZIONE E CONTROLLO</a> <a href="#">MODAZU76 0068-Comportamenti per il visitatore in Terapia Intensiva visitatori terapia intensiva</a> <a href="#">MODAZU76 0062-</a> <a href="#">POSTER INFORMAZIONI VISITATORI DI PAZIENTI CON MISURE DI ISOLAMENTO UTI E TER. SUB INT.</a> <a href="#">Brochure Ambulatorio Ulcere Cutanee Complesse</a>

## 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"

<b>S1 Applicazione Raccomandazioni Ministero della Salute</b>		
<b>S1.1 Raccomandazione 1 – Mar. 2008</b> <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 [ ]
<b>S1.2 Raccomandazione 2 – Mar. 2008</b> <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 [ ]
<b>S1.3 Raccomandazione 3 – Mar. 2008</b> <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 [ ] SI [X] NO [ ]
(La checklist è utilizzata in tutte le sale operatorie ASL)		
<b>S1.4. Raccomandazione 4 – Mar. 2008</b> <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 [ ]
<b>S1.5 Raccomandazione 5 – Mar. 2008</b> <i>Prevenzione reazione trasfusionale da incompatibilità AB0</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 [ ]
<b>S1.6 Raccomandazione 6 – Mar. 2008</b> <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 [ ]

<b>S1.7 Raccomandazione 7 – Mar. 2008</b> <i>Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in 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"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>S1.8 Raccomandazione 8 – Nov. 2007</b> <i>Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</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"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>S1.9 Raccomandazione 9 – Apr. 2008</b> <i>Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali</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"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>S1.10 Raccomandazione 10 – Sett. 2009</b> <i>Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati</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"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>S1.11 Raccomandazione 11 – Genn. 2010</b> <i>Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto</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"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	



<b>S1.12 Raccomandazione 12 – Ago. 2010</b> <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"/>
<b>S1.13 Raccomandazione 13 – Nov. 2011</b> <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"/>
<b>S1.14 Raccomandazione 14 – Ott. 2012</b> <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"/>
<b>S1.15 Raccomandazione 15 – Febb. 2013</b> <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 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"/>
<b>S1.16 Raccomandazione 16 – Apr. 2014</b> <i>Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso &gt;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"/>
<b>S1.17 Raccomandazione 17 – Dic. 2014</b> <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  La Raccomandazione è stata recepita, diffusa e pubblicata sul sito. E’ in attesa di contestualizzazione con redazione di procedura aziendale.	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>  SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>

**Nota:** Nei casi in cui non si è riscontrata completa aderenza alle Raccomandazioni Ministeriali, sono in corso Azioni conseguenti, finalizzate a migliorare la nostra performance.

## S2 Sviluppo di buone pratiche

### S2.1 Audit Clinici accreditati ECM

In Istituto è in corso l' Audit Clinico:

#### "Audit Osservazionale prospettico del percorso nascita con riferimento alle variabili che condizionano la cesarizzazione"

- **Razionale**

Il Sistema Nazionale per le linee guida dell'Istituto superiore di sanità (SNL-ISS) hanno pubblicato una serie di raccomandazioni per la pratica clinica, affrontando quesiti della patient-oriented care, con l'obiettivo di migliorare la comunicazione tra le donne e gli operatori sanitari favorendo scelte consapevoli e condivise sul parto, evidenziando le informazioni offerte alle gestanti rispetto alle diverse modalità di parto, il rischio/beneficio del taglio cesareo e i tempi del consenso informato tra altre. Tenendo conto di questa direttiva, l'Audit avviato in Istituto si propone di indagare il percorso seguito dalle gestanti durante la gravidanza per confrontarlo con le motivazioni del personale sanitario che portano a decidere una determinata modalità di parto.

- **Obiettivi dell'Audit Clinico**

Individuare le determinanti del percorso nascita che influenzano maggiormente la scelta del parto cesareo. Determinare le motivazioni del personale sanitario nella scelta della modalità di parto.

- **Setting:** l'Ospedale Policlinico San Martino gestisce oltre 1500 parti al anno. Durante il 2016 sono nati 1502 bambini dei quali 53.1% (798) per parto naturale, 6,4% (96) con uso di ventose e altro, 26.7% (401) per cesareo programmato) e 13.8% (207) per cesareo in travaglio (10).

- **Disegno dell'Audit Clinico:** Osservazionale prospettico. Per un periodo di 6 mesi (dal 1° ottobre 2017 al 31 marzo 2018), ogni donna che partorisce nel Policlinico sarà invitata a compilare un questionario al secondo giorno di degenza dopo il parto che indagherà aspetti relativi alla gravidanza dal suo inizio fino al momento del parto. Si valuteranno le motivazioni del personale sanitario nella scelta della modalità del parto utilizzando i dati registrati nel CeDAP (certificato di assistenza al parto), SDO (scheda di dimissione ospedaliera) e cartella clinica. Durata dell'Audit Clinico: è iniziato il 1° Ottobre 2017 e proseguirà fino al 31 Marzo 2018.

- **Criteri di inclusione:** Consenso informato per la compilazione del questionario - Donne che partoriscono nelle due strutture di ostetricia del Policlinico maggiori di 18 anni.

- **Criteri di esclusione:** Deficit cognitivi documentati- Mancata conoscenza della lingua italiana oppure della lingua spagnola scritta- Donne che partoriscono nelle due strutture di ostetricia del Policlinico

minori di 18 anni.

- **Analisi dei dati** L'Audit Clinico ha finalità principalmente descrittive e confronterà: a) le caratteristiche del percorso nascita, compresi livello e modalità di informazione; b) variabili demografiche e sociali materne e c) Storia clinica remota e recente; in donne che hanno partorito con taglio cesareo con le donne che hanno partorito per via vaginale, per cercare di valutare quali sono i principali determinanti della decisione di utilizzare il taglio cesareo, in termini di incremento della probabilità e di rischio attribuibile. La variabile dipendente è quindi di tipo binario (Taglio cesareo si/no, TC), e per l'analisi saranno prodotte estensive tabulazioni bivariate, eventualmente stratificate, per il calcolo dell'Odds Ratio di TC associato ad ogni variabile, utilizzando la statistica di Mantel Haenszel con le successive estensioni. Considerando il numero di variabili in studio, questa analisi deve essere considerata come uno screening per selezionare le variabili associate con un Odds Ratio  $>1.25$ -  $<0.8$ , (o con  $p < 0.05$ ) che saranno incluse in un modello multivariato di regressione logistica che servirà a rimuovere l'effetto confondente dovuto all'associazione tra variabili. Sempre in considerazione dell'elevato numero di variabili utilizzate, il modello finale di predizione dovrà essere successivamente validato su un altro campione di parti. Questa analisi sarà condotta prioritariamente escludendo le donne sottoposte a taglio cesareo in base alle indicazioni delle linee guida, separatamente nei casi urgenti e in quelli elettivi (non da linee guida). Infine, sull'intero campione di tagli cesarei, sarà stimata la Frazione Attribuibile alle Linee Guida, all'emergenza, e a ognuno dei fattori risultati significativamente associati con la probabilità di TC nella analisi multivariata.

Entro giugno 2018 sarà avviato un ulteriore Audit Clinico prospettico:

**"Informazione e Consenso"**

- L'Audit nasce dall'esigenza di accertare il livello di comunicazione effettivamente esistente in Ospedale nei confronti dei pazienti. Sono di seguito riportati i dati 2016 rilevati all'interno del Policlinico San Martino, riguardanti i pazienti che hanno rilasciato il proprio consenso informato, in ambito chirurgico:  
10050 in oculistica  
361 in cardiocirurgia  
2711 in ginecologia  
264 in chirurgia toracica  
3716 in ortopedia  
2495 in chirurgia plastica  
4666 in chirurgia generale  
Nell'ambito diagnostico e terapeutico e radiologico sono stati richie-

	<p>sti consensi per i seguenti trattamenti:  4139 in radioterapia  4500 in senologia  36123 TAC con mezzo di contrasto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Obiettivi Principali:</b>  monitorare nelle UU.OO la qualità dell'informazione per l'ottenimento del consenso-dissenso alle prestazioni, in termini di: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) modalità dell'informazione ricevuta (chi, come , dove, quando, quanto)</li> <li>b) percezioni del paziente per accettare l'intervento proposto in termini di: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ completezza dell'informazioni ricevute</li> <li>○ comprensione dell'informazioni</li> <li>○ influenza di diversi fattori nella decisione</li> <li>○ consapevolezza della diagnosi e della prognosi</li> <li>○ soddisfazione del paziente riguardo all'intero processo del consenso informato fino all'intervento</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>monitorare la qualità della compilazione da parte del personale sanitario dei consensi informati chirurgici o di interventi in termini di chiarezza, accuratezza e rintracciabilità (Check valutazione cartelle cliniche) dei pazienti partecipanti allo studio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Obiettivi secondari:</b>  validare il questionario utilizzato somministrandolo come ri-test a un campione prestabilito dopo due settimane della prima somministrazione.  La popolazione oggetto dello studio comprenderà pazienti ricoverati in regime di degenza ordinaria presso l'istituto e sottoposti a intervento chirurgico che abbia previsto l'acquisizione del consenso informato.</li> </ul> <p>Tra il 2012 ed il 2016 sono stati effettuati i seguenti Audit Clinici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <a href="#">Morti per I.M.A.</a></li> <li>➤ <a href="#">Deceduti in P.S.</a></li> <li>➤ <a href="#">Neoplasia Colon rettale</a></li> <li>➤ Neoplasia del Pancreas</li> <li>➤ <a href="#">Utilizzo Plasma Fresco congelato</a></li> </ul>
--	---

<p><b>S2.2.</b>  <b>Sicurezza/Accuratezza nella compilazione documentale</b></p> <p><b>S2.2.1</b> Attività di verifica della compilazione della cartella clinica</p>	<p>Si verifica l'adeguatezza della compilazione della cartella clinica con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ lettura di tre cartelle cliniche in Archivio scelte a campione, per ogni UO aziendale</li> <li>➤ in sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità si verifica l'adeguatezza della compilazione della cartella clinica in tre cartelle chiuse (di pazienti dimessi)</li> <li>➤ in sede di Audit Interno condotto in sinergia con l'UO Farmacia, si verifica una cartella clinica aperta (di paziente ancora degente)</li> </ul>
--	--

<p><b>S2.2.2</b> Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori in terapia</p>	<p>Parallelamente agli attuali strumenti di gestione del rischio, l'Istituto sta realizzando il progetto della nuova Cartella Clinica Elettronica (CCE) che rappresenta lo strumento di gestione più efficace per la gestione e il monitoraggio dei processi.</p> <p>Il percorso di implementazione della nuova CCE è stato introdotto in Pronto Soccorso dal 16/10/2017 e verrà esteso alle Degenze ordinarie e DH entro la fine del 2018.</p> <p>Si ritiene che entro il 2020 il nuovo sistema informativo sarà pienamente funzionante e in grado di garantire tutte le procedure di messa in sicurezza e di facilitazione dei processi base dell'Istituto.</p> <p>Le analisi alla base delle II.OO. e di ogni singolo PDTA aziendale verranno quindi tradotte in procedure informatizzate che guideranno in modo molto più sicuro ogni operatore nei percorsi assistenziali disegnati.</p> <p>Allegato: <a href="#">ProgettoCartellaClinicaElettronica_26_04_2017</a></p> <p>In Istituto si utilizza il sistema informatico di prescrizione, preparazione e somministrazione SOFIA e MARIO. L'evidenza del processo è visibile in cartaceo all'interno della cartella clinica (Stampa analitica Dose Unitaria).</p> <p>Allo scopo di prevenire gli errori in terapia si adottano specifici strumenti per la prevenzione e controllo, ovvero 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, si utilizza il Metodo FMECA per valutazione Indice di rischio, si analizzano gli Incident Reporting. Inoltre allo scopo di rendere quanto più sicura la terapia infusionale con preparati concentrati contenenti potassio (K), si adotta una procedura che permette di verificare la correttezza d'impiego e l'efficacia clinica.</p> <p>Per quanto riguarda le terapie con farmaci antineoplastici, per evitare la possibilità di errore nelle diverse fasi del processo di gestione dei farmaci antineoplastici (approvvigionamento, immagazzinamento, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione, smaltimento), l'IRCCS ha previsto procedure specifiche su tutte le fasi della filiera del farmaco antineoplastico.</p>
<p><b>S2.2.3</b> Sicurezza in Sala Operatoria</p>	<p>Allo scopo di garantire la sicurezza del paziente in sala operatoria, si adottano comportamenti definiti e regolamentati, avvalendosi della documentazione di controllo e registrazione di processo, di seguito elencata:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ il MODULO_0125 "Scheda di Blocco Operatorio Medica ed Infermieristica" per conteggio di garze e strumenti (ferri)</li> <li>➤ la Scheda Perioperatoria MODULO_1029</li> <li>➤ la Procedura per la corretta identificazione del paziente in sala operatoria</li> <li>➤ la Procedura per la segnatura del sito/lateralità chirurgica</li> <li>➤ gestione del processo operatorio mediante software ORMAWEB (referto operatorio- Scheda di Blocco Operatorio Medica ed Infermieristica)</li> </ul>

<p><b>S2.2.4</b> Consensi al trattamento dati sensibili e Consensi Informati al trattamento Sanitario</p>	<p>E' in corso la revisione degli oltre 800 moduli di consenso informato a procedure/interventi attualmente in vigore, secondo un criterio finalizzato a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ fornire maggiore chiarezza esplicativa della procedura o dell'intervento cui il paziente verrà sottoposto</li> <li>➤ superare la logica di unità operativa ed attuare percorsi trasversali, aziendali per patologia e procedura mediante un lavoro sinergico tra i professionisti</li> <li>➤ rendere disponibili le informative sul sito internet dell'IRCCS al percorso di rete: <a href="http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/informative-per-procedure-sanitarie.html">http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/informative-per-procedure-sanitarie.html</a>.</li> </ul> <p>Si sono raggruppati consensi per Area Funzionale Omogenea AFO e per disciplina. La revisione del testo delle informative di procedura/intervento prevede che l'informativa sia scorporata dal modulo di consenso, che è un documento unico per tutte le procedure proposte, in cui si fa riferimento alla informativa specifica.</p> <p>L'informativa deve esser redatta seguendo dei requisiti specifici quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicazioni terapeutiche a quella specifica procedura/intervento (da letteratura)</li> <li>-Descrizione della Procedura</li> <li>-Rischi e complicanze (ragionevoli e da letteratura)</li> <li>-Rischi conseguenti al "Non Sottoporsi" alla procedura proposta</li> <li>-Alternative terapeutiche possibili</li> <li>-Percentuale di casistica e complicanze di unità operativa e di tipo personale</li> </ul>
<p><b>S2.3. Corretta identificazione del paziente</b></p>	<p>Per garantire la corretta identificazione del paziente si adottano comportamenti definiti dalle procedure in elenco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Procedura per la corretta identificazione del paziente in sala operatoria</li> <li>➤ Procedura per la corretta identificazione del paziente in caso di trasfusione</li> </ul>
<p><b>S2.4. Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza</b></p>	<p><b><u>Prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza e uso degli antibiotici presso l'OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO di Genova</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Introduzione e Scopo dello Studio.</b> Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) e la resistenza agli antibiotici sono stati identificati dallo <i>European Center for Disease Prevention and Control</i> (ECDC) come problemi che rappresentano un pericolo significativo per la salute pubblica e che richiedono interventi specifici. Fra le metodologie di sorveglianza delle ICA, gli studi di prevalenza puntuale, ripetuti nel tempo, consentono una buona stima dell'entità del fenomeno infettivo e possono essere effettuati con un consumo limitato di risorse umane, economiche e di tempo. Gli obiettivi del presente studio, condotto presso L'Ospedale Policlinico San Martino, erano (i) stimare la prevalenza e la frequenza relativa delle ICA nonché l'utilizzo di antibiotici, (ii) descrivere il case mix della popolazione ospedalizzata e le principali procedure mediche invasive, (iii) identificare le aree a maggior rischio infettivo e (iv) fotografare l'ecologia microbica in ruolo nel determinismo</li> </ul>

delle infezioni nosocomiali presso il principale ospedale per acuti della Regione Liguria.

- **Metodi.** Nel mese di marzo 2017, presso l'Ospedale Policlinico San Martino, centro universitario di riferimento regionale con circa 1300 posti letto, è stato condotto uno studio di prevalenza puntuale delle ICA e dell'uso degli antibiotici adottando il protocollo dell'ECDC. Tale studio fa seguito alle precedenti 4 edizioni dello studio effettuate nel mese di gennaio 2014, nel mese di gennaio 2015, nel mese di febbraio 2016, nel mese di novembre 2016 e consente quindi di effettuare alcuni confronti. L'analisi statistica dei risultati è stata effettuata mediante il software Epi-Info 7.
- **Risultati.** Nei quattro anni sono stati arruolati complessivamente 4598 pazienti. La prevalenza di ICA è passata dal 15,5% (IC 95% 13,2-17,8) nel 2014 al 13,0% (IC 95% 11-15,4) nel 2017. Per quanto riguarda la localizzazione delle ICA, la prevalenza di batteriemie è in lieve aumento (19,2%-22,2%, 2014-2017), mentre le infezioni del sito chirurgico hanno mostrato un trend in diminuzione (da 14,4% a 12%, 2014-2017). Un trend stabile è stato osservato per le infezioni delle basse vie respiratorie/polmoniti (da 16,1% a 16,2%, 2014-2017). L'accertamento eziologico, registrato nel 63,5% delle infezioni nel 2014, è passato al 41,8% nel 2017. Il 44% (IC 95% 40,9-47,3) nel 2014 ed il 43,1% (IC 95% 39,9-46,4) nel 2017 dei pazienti risultava in trattamento antibiotico. Per quanto riguarda l'ecologia microbica, è stato registrato un significativo aumento delle infezioni causate da *Candida* spp. (da 11% a 13,6%, 2014-2017); in diminuzione invece *K. Pneumoniae* (da 10,4% a 6,8%, 2014-2017).
- **Conclusioni.** Lo studio ha permesso di identificare un trend in diminuzione per quanto riguarda la prevalenza delle ICA presso il principale ospedale ligure. Tale andamento dovrà essere consolidato attraverso l'implementazione di appropriati interventi preventivi finalizzati al controllo del rischio infettivo. Per quanto riguarda l'uso di antibiotici, lo studio non ha evidenziato cambiamenti significativi nella prevalenza di pazienti sottoposti a trattamento antibiotico, confermando l'elevato utilizzo di questi farmaci registrato in altre esperienze nazionali.

Allegato: [Prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza e uso degli antibiotici presso l'OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO di Genova 2017](#)

Allegato: [Regional point prevalence study of healthcare-associated infections and antimicrobial use in acute care hospitals in Liguria, Italy. JournalHospitalInfection 2017](#)

Allegato: [2017 9REL Studio di prevalenza puntuale sulle infezioni Report2014 2016](#)

Allegato: [Sintesi studio di prevalenza 2015](#)

## S2.5. Igiene delle mani

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:

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 è la misura più efficace per ridurre le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).

All'interno dell'Istituto si è dedicata particolare attenzione alla formazione e divulgazione dei comportamenti corretti. Sono stati effettuati i video che rendono comprensibile con il linguaggio delle immagini, i momenti dell'igiene delle mani, utilizzati in sedi divulgative ed informative.

La documentazione in vigore è rappresentata da istruzioni operative sottolencate:

- [IOAZU76 0006-La frizione alcolica delle mani](#)
- [IOAZU76 0007-II lavaggio sociale delle mani](#)
- [IOAZU76 0008-II lavaggio antiseptico delle mani](#)
- [IOAZU76 0027-II lavaggio chirurgico delle mani](#)

E' stato inoltre condotto uno studio relativo al monitoraggio dell'aderenza dei comportamenti alle buone pratiche:

### **Performance tramite indicatore di esito anno 2017- Consumo di gel alcolico**

#### ➤ **Introduzione e Scopo dello Studio.**

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresentano la complicanza più frequente e grave nel processo di cura. L'igiene delle mani è la principale misura per ridurre le ICA e la mancata adesione da parte degli operatori sanitari (OS) rappresenta un problema globale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda l'utilizzo di gel alcolico (GA) per implementare questa pratica. Il monitoraggio del consumo di GA rappresenta il miglior metodo indiretto per misurare la compliance all'igiene delle mani degli OS. Il consumo di gel idroalcolico (Litri/1000 giorni di degenza) è stato introdotto dalla Regione Liguria, con DGR n° 259 del 27/3/2015, quale indicatore di attività attestante la messa in atto delle direttive regionali sulla gestione delle Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi e rappresenta elemento di valutazione degli obiettivi del Direttore Generale, per cui è richiesto annualmente un report da inviare alla attuale Agenzia, denominata ALISA.

- #### ➤ **Metodi.**
- Il periodo dello studio comprende i consumi dal 1 Gennaio 2014 al 30 Giugno 2017 presso l'OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO, Genova. Sono stati analizzati i dati relativi alle richieste di flaconi da 100ml e 500ml di gel idroalcolico, pervenute ed evase dalla farmacia ospedaliera, da parte delle Unità Operative afferenti ai diversi Dipartimenti. Il consumo è stato espresso in litri (l) / 1000 giornate di



	<p>degenza (gd).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Risultati.</b> Nel periodo analizzato è stato riscontrato un incremento costante del consumo di GA; rispetto al 2014 il consumo di GA è aumentato del 24,62% nel 2015; del 27,1% nel 2016 e del 49.49% confrontando i primi sei mesi del 2017 con i primi sei mesi del 2014. Nel 2015 il consumo complessivo dell'OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO si attesta a 11,87 l/1000 gd, rispettando così i livelli minimi indicati dall'OMS, nel 2016 il consumo di gel alcolico è aumentato complessivamente a 12.60 l/1000 gd. Nei primi sei mesi del 2017 si conferma l'andamento in crescita con un consumo preliminare di 13.56 l/1000 gd.</li> <li>➤ <b>Conclusioni.</b> Il consumo di GA presso l'OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO, nonostante l'incremento osservato negli anni, non raggiunge ancora i livelli ottimali indicati dall'OMS (20 l/1000gd). L'introduzione di tale parametro tra gli obiettivi dei Direttori Generali in Liguria rappresenta un utile supporto alle attività di sorveglianza e controllo delle ICA.</li> </ul> <p>Allegati: <a href="#">Performance tramite indicatore di esito anno 2017- Consumo di gel alcolico</a></p>
<p><b>S2.6. Prevenzione e gestione cadute</b></p>	<p>All'ingresso di ogni paziente in reparto di degenza, si effettua la valutazione dell'indice di Rischio di caduta, mediante la Scala Conley, la cui registrazione è all'interno della cartella infermieristica.</p> <p>Sono stati redatti ed adottati i seguenti documenti: Istruzione Operativa IOAZHOR_0075 Compilazione Scheda Segnalazione Cadute e Modulo MODAZHOR_0068 Scheda Segnalazione Cadute (Scheda Regionale)</p> <p>Il fenomeno cadute è costantemente monitorato allo scopo di individuare possibili azioni di miglioramento e contenimento. Ogni reparto di degenza espone cartelli informativi per pazienti e familiari e consegna ai pazienti un pieghevole esplicativo.</p> <p>E' in fase di elaborazione un' Istruzione Operativa specifica.</p> <p>Allegato: <a href="#">pieghevole preveniamo le cadute</a></p>
<p><b>S2.7. Prevenzione della contenzione fisica</b></p>	<p>Come preannunciato nella Relazione CARMINA riferita al 2016 un gruppo di lavoro composto da Direzione Sanitaria, UO Direzione e organizzazione Professioni Sanitarie, UO Neurologia, UO Medicina Legale e UO Gestione del Rischio Clinico Qualità Accreditamento e URP, ha completato il percorso di condivisione per la redazione di una procedura aziendale per la contenzione fisica.</p> <p>Il documento " La contenzione fisica o meccanica e gli ausili protettivi per il paziente ricoverato in ambito non psichiatrico" è in attesa di validazione per poter entrare in vigore nel policlinico.</p>
<p><b>S2.8. Prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP)</b></p>	<p>In Istituto è operativo nell'ambito delle attività della Clinica Dermatologica il "nucleo operativo permanente Lesioni Cutanee".</p> <p>L'Ambulatorio, a gestione infermieristica, si occupa della gestione delle Ulcere Cutanee. La prevenzione delle lesioni da decubito si avvale degli strumenti di seguito elencati: MODULOHPS_1013CST Scheda Prevenzione LDD e MODULOHPS_1014CST Scheda gestione LDD.</p> <p>Allo scopo di un'adeguata sinergia tra l'Ambulatorio Ulcere Cutanee</p>

	<p>Complesse ed i reparti di degenza, per favorire una rete di comunicazione che faciliti la circolazione di informazioni e conoscenze specifiche, è stato erogato un corso formativo “Wound care: corso di formazione avanzato” inerente le modalità di gestione delle LDP.</p> <p>Il corso è stato realizzato dal 19/10/17 prevedendo un training individualizzato presso l’Ambulatorio Ulcere Cutanee Complesse ed un Training individualizzato durante l’attività di consulenza infermieristica nei reparti di degenza.</p> <p>Il corso ha coinvolto per il 2017 le UU.OO. che necessitano, per la tipologia di pazienti presenti, di un confronto ed un approfondimento sulla gestione delle lesioni da decubito.</p> <p>Nel 2018 il corso proseguirà con il coinvolgimento di altre UU.OO.</p> <p>Allegato: <a href="#">Locandina Corso Wound Care 2017</a></p>
<p><b>S2.9 Gestione del dolore</b></p>	<p>La valutazione del livello di dolore è effettuata mediante la Scala NRS (punteggio da 0 a 10) contenuta all’interno della cartella clinica, in scheda monitoraggi o all’interno del diario Medico/Infermieristico.</p> <p>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: Panaid e Algoplus.</p> <p>Allegato: <a href="#">scala Panaid</a></p> <p>Allegato: <a href="#">Scala Algoplus</a></p>
<p><b>S2.10 PDTA Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali</b></p>	<p>All’interno del Policlinico sono operativi 9 DMT (<i>Disease Management Team</i>) Oncologici e DMT Non Oncologici, GIP per patologia che hanno formalizzato PDTA.</p> <p>Allegato: <a href="#">Delibera 327 del 2013</a> - <a href="#">Delibera 853 del 2015</a></p> <p>Ogni UUOO ha recepito almeno una Linea Guida declinata e contestualizzata attraverso un PDTA.</p>
<p><b>S2.11 Percorso nascita</b></p>	<p>E’ stato adottato il PDTA Percorso nascita, condiviso dalle UUOO Neonatologia, Ostetricia e Ginecologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <a href="#">PDTA percorso nascita</a></li> <li>➤ <a href="#">Protocollo Gestione del neonato con distress respiratorio</a></li> <li>➤ <a href="#">Protocollo Il monitoraggio della temperatura del neonato</a></li> <li>➤ <a href="#">Protocollo Il contatto pelle a pelle alla nascita</a></li> <li>➤ <a href="#">Check list per osservazione del neonato nelle prime due ore di vita</a></li> </ul>
<p><b>S2.12 Buone pratiche AGENAS</b></p>	<p>Le Call for Good Practice 2017 su Osservatorio AGENAS sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percorsi integrati di cura per il paziente con malattia renale cronica avanzata (stadio 5-5d) con esclusione o sospensione della terapia dialitica</li> <li>• Realizzazione di un processo aziendale per la gestione integrata della rischiosità (C.A.R.M.In.A.).</li> </ul>

**Percorsi integrati di cura per il paziente con malattia renale cronica avanzata (stadio 5-5d) con esclusione o sospensione della terapia dialitica.**

(Allegato [Protocollo 23 11 2017](#))

**PREMESSA.** Il documento che è stato redatto si fonda sul modello della “decisione condivisa”, definita come (la definizione è volutamente riportata in lingua originale data la difficoltà di una sua traduzione che non la riempia di elementi soggettivi propri del traduttore stesso):

*“an approach where clinicians and patients share the best available evidence when faced with the task of making decisions, and where patients are supported to consider options, to achieve informed preferences”<sup>(1)</sup>.*

*The model has three steps:*

*a) introducing choice,*

*b) describing options, often by integrating the use of patient decision support, and*

*c) helping patients explore preferences and make decisions.*

La Renal Physician Association<sup>(2)</sup> ha proposto un percorso di “decisione condivisa” per ottimizzare l’appropriatezza dell’inizio o della sospensione della dialisi. Nel 2010 la RPA ha pubblicato la seconda edizione delle proprie linee guida intitolate “Shared decision making in the appropriate initiation and withdrawal from dialysis-Clinical practice guideline”.<sup>(3)</sup>

Il documento evidenzia l’importanza del processo della “decisione condivisa” il quale risulta fondamentale di per sé, a prescindere dalla scelta finale riguardo alla dialisi (inizio, sospensione, time limited trial o simultaneous care). Il documento regola il percorso in 10 raccomandazioni, che affrontano 6 temi fondamentali:

1. lo sviluppo della relazione medico-paziente
2. la comunicazione sistematica della diagnosi, della prognosi e delle opzioni terapeutiche (che includano la terapia medica non dialitica, un trial di terapia dialitica limitata nel tempo o la sospensione della dialisi)
3. la possibilità di redigere una dichiarazione anticipata di trattamento
4. la possibilità di non ricorrere alla dialisi in pazienti con insufficienza renale acuta o cronica in stadio avanzato in particolari situazioni ben definite, a prognosi infausta
5. lo sviluppo di un processo sistematico per considerare un trattamento palliativo anziché intensivo come la dialisi.
6. la necessità di rispondere ai bisogni di cure palliative per tutti i pazienti con insufficienza renale acuta o cronica in stadio avanzato gravati dal peso della malattia.

Nel 2015 la Società Italiana di Cure Palliative e la Società Italiana Nefrologia hanno emesso un documento condiviso<sup>(4)</sup> sull’identificazione precoce della persona con malattia cronica avanzata con bisogni di cure palliative, con par-

ticolare riguardo agli aspetti di natura etico-giuridica ponendo le basi per un'integrazione tra nefrologi e palliativisti nella gestione del malato nefrologico stadio 5/5D (eGFR <15 ml/min / eGFR <15 ml/min in trattamento dialitico).

**INTRODUZIONE.** Nel mondo occidentale e in Europa in particolare, l'invecchiamento della popolazione ha modificato l'epidemiologia della malattia renale cronica, con prevalenza di malattie come il diabete e l'ipertensione. Tali quadri clinici sono caratterizzati da un'evoluzione clinica irreversibile che porta, seppur con traiettorie di malattia diverse, verso il fine vita.

La Liguria è la regione più anziana d'Europa. Nel 2013 l'età media di ingresso in terapia dialitica in Liguria era di 72 anni (Registro ligure di Dialisi e Trapianto)<sup>(5)</sup>. Nel 2016 ben 85 pazienti sono stati incidenti per la terapia dialitica in Policlinico San Martino. Di questi, la larga maggioranza era anziana. Molti pazienti, inoltre, sono affetti da rilevanti comorbidità, come insufficienza cardiaca e malattia coronarica, aterosclerosi con insufficienza arteriosa e claudicatio, malattie cerebrali neurodegenerative, patologia oncologica che ne definiscono la fragilità.

Questi nuovi scenari hanno indotto il Policlinico San Martino ad avviare un gruppo di lavoro multidisciplinare per la costruzione di percorsi di cura condivisi ad integrazione fra ospedale e territorio, al fine di assicurare la contemporanea erogazione di cure nefrologiche e cure palliative.

Effettuare scelte di cura per le persone affette da insufficienza renale cronica di stadio 5 pone problematiche e temi caratterizzati da forti implicazioni psicologiche, cliniche, assistenziali ed etiche, che richiedono la condivisione di obiettivi e azioni da parte dei soggetti coinvolti nel percorso di cura, in quanto la dialisi non rappresenta sempre la scelta più appropriata.

In considerazione di quanto sopra esposto e nell'ottica di favorire la miglior qualità di vita per il paziente, i professionisti nella pratica quotidiana condividono con la persona assistita le opzioni terapeutiche: terapia conservativa non dialitica, trattamento dialitico, sospensione della terapia dialitica, nessun trattamento.

La valutazione della capacità del paziente a prendere decisioni mediche autonomamente (Tabella 1) è preliminare all'accesso ai percorsi.

**Tabella 1: Valutazione capacità del paziente a prendere decisione mediche autonomamente:**

Può essere utile tenere in considerazione i seguenti elementi:

- capacità di comprendere le informazioni essenziali su diagnosi e relativo trattamento e di dimostrare la loro comprensione;
- capacità di valutare la situazione nella quale si trovano, riconoscerne le problematiche e valutare le conseguenze del trattamento in quella particolare situazione e in relazione alla propria scala di valori e visione del mondo;
- capacità di ragionare sulle opzioni proposte e soppesare i rispettivi rischi e benefici. Questa capacità deriva dall'abilità di recepire, analizzare ed elaborare informazioni in modo razionale;
- capacità di fare una scelta, esprimerla ed argomentarla.

(Modificato da Guida al processo decisionale nell'ambito del trattamento medico nelle situazioni di fine vita Concilio d'Europa 2002)

I percorsi integrati di cura elaborati sono i seguenti:

1. Percorso integrato di cura per la persona con malattia renale cronica stadio 5 in trattamento conservativo con esclusione della terapia dialitica
2. Percorso integrato di cura per la persona con malattia renale cronica stadio 5d con sospensione del trattamento dialitico

**PREMESSA.** L'esclusione della terapia dialitica può realizzarsi in due casi:

- quando la dialisi non rappresenti la scelta appropriata date le caratteristiche cliniche (presenza di gravi comorbidità) del pazienti. Il nefrologo/medico specialista che ha in cura il paziente (più spesso MMG / geriatra / cardiologo / oncologo / ematologo) è supportato nell'avvio al percorso dall'Unità Valutativa (UV).

L'UV risulta così composta: Medico Nefrologo - Medico Palliativista - Infermieri (Nefrologia e Cure Palliative)- 1 rappresentante gruppo carta etica del Policlinico

- quando il paziente con malattia renale cronica avanzata (stadio 5) in trattamento conservativo eserciti un rifiuto informato a sottoporsi a trattamento dialitico; questi accede direttamente alla fase di definizione del piano assistenziale

Il percorso comprende:

- i criteri per l'accesso;
- fase di valutazione
- fase di definizione di un piano assistenziale integrato con avvio dell'assistenza
- le indicazioni agli operatori per la gestione e l'accompagnamento del paziente e/o i suoi familiari nel percorso di cura.

**Criteri per l'accesso al presente percorso:** Proposta del medico che ha in cura il paziente

La proposta del medico si avvale del giudizio clinico supportato da criteri prognostici obiettivabili. Per la valutazione prognostica è indicato adottare uno dei seguenti criteri:

-Punteggio > 8 rilevato con Indice di Charlson per le comorbidità (vedi tabella 2).

-Punteggio > 9 rilevato con Modello di Couchoud che indica un alto rischio di mortalità a sei mesi. Tale scala è stata validata per la valutazione

prognostica su pazienti anziani (superiore ai 75 anni), con insufficienza renale in stadio avanzato, non in trattamento dialitico (vedi tabella 3) <sup>(6)</sup>. Questi criteri possono essere integrati dalla risposta negativa (“no, non sarei sorpreso”) alla domanda sorprendente: “saresti sorpreso se il tuo paziente morisse entro pochi mesi, settimane o giorni a causa della patologia da cui è affetto?”. Tutte le valutazioni dei singoli professionisti e le conclusioni dei momenti di confronto, indipendentemente dalle modalità con cui avvengono (incontro, contatto telefonico,...), vanno registrate nella documentazione clinica.

**Tabella 2:** Indice di Charlson per la valutazione delle comorbidità

Condizione	punteggio
Età	1 punto per ogni decade oltre i 40
Cardiopatía ischemica	1
Scompenso cardiaco cronico	1
Malattia vascolare periferica	1
Malattia cerebro-vascolare	1
Demenza	1
Malattia polmonare cronica	1
Malattia del tessuto connettivo	1
Ulcera peptica	1
Malattia epatica di grado lieve	1
Diabete mellito	1
Emiplegia	2
Malattia renale cronica moderata o severa	2
Diabete mellito con danno d'organo	2
Neoplasia	2
Leucemia – Linfoma	2
Malattia epatica moderata o severa	3
Tumore solido con metastasi	6
AIDS conclamato	6
<b>Punteggio totale</b>	

**Tabella 3-** Modello di Couchoud (fattori di rischio di mortalità a 6 mesi)

Fattore di rischio	punteggio
Diabete mellito	1
Aritmie	1
Neoplasia maligna	1
Malnutrizione (BMI < 18.5)	2
Insufficienza cardiaca stadi 3-4	2
Malattia vascolare periferica stadi 3-4	2
Severe alterazioni del comportamento	2
Inizio dialisi non programmato	2
Totale dipendenza per gli spostamenti	3
<b>Punteggio totale</b>	

**Processo di valutazione**

L'UV deve emettere il parere di norma non oltre 4 giorni dalla richiesta. Il

medico proponente deve mettere a disposizione dell'UV una serie di informazioni facendo riferimento alle dimensioni riportate nella tabella 4 integrate con ogni altra informazione ritenuta utile ai fini della decisione. L'UV deve formulare la conclusione per iscritto riportando eventuali *dissenting opinion*.

**Tabella 4:** Dimensioni, strumenti a disposizione dell'UV, responsabilità e figure coinvolte per la valutazione multidimensionale

Dimensione	Strumenti	Figure coinvolte	Responsabile
Clinica	Anamnesi patologica e stato clinica attuale	Medico proponente	Medico proponente
Stato funzionale	Palliative Performance Scale (PPS)	Medico proponente e/o Infermiere	Medico proponente
Sintomi	POSr (Palliative care outcome scale) – sintomi renali	Paziente/Medico proponente e/o Infermiere	Medico proponente
Comorbidità	Indice di Charlson	Medico proponente	Medico proponente
Psicologica	Colloquio Psicologico-Clinico	Psicologo	Medico proponente
Sostenibilità' da parte della rete	Colloquio e valutazione ambiente di vita	Medico proponente e/o Infermiere	Medico proponente

#### Comunicazione al paziente

Avvalendosi del parere dell'UV il medico proponente comunica al paziente l'offerta del percorso alternativo alla dialisi. La comunicazione con il paziente prevede uno o più colloqui che devono avvenire in modo da soddisfare i seguenti punti:

- illustrazione dei motivi per i quali è possibile proseguire con il trattamento conservativo e non avviare il trattamento dialitico;
- rassicurazione rispetto alla continuità delle cure;
- descrizione del percorso di cura (cure simultanee) che verrà garantito in modo integrato dall'equipe di nefrologia, dai servizi già attivi (es. Servizio nutrizione clinica), dal Servizio di cure palliative e da eventuali ulteriori servizi, coinvolgimento e informazione della decisione e del percorso di cura con la famiglia e/o persone care da lui indicate;
- possibilità di un secondo parere;

Si deve porre attenzione ad accogliere le emozioni, le paure, i valori, le credenze, le preferenze, i bisogni psicologici e esistenziali del paziente.

Ai fini di una condotta sicura, è importante la coerenza tra comunicazione e comportamenti di tutti i professionisti dell'equipe. I colloqui con il paziente e la famiglia da parte dei diversi professionisti, nonché i relativi contenuti trasmessi, vanno registrati nella documentazione clinica del paziente. Nel caso di pazienti non competenti, i professionisti devono informare del percorso il rappresentante legale.

### **Rifiuto del paziente a sottoporsi a trattamento dialitico**

È diritto del paziente competente rifiutare le cure da lui ritenute sproporzionate. È fondamentale il rispetto del principio etico di autonomia secondo le seguenti direttive:

- 6,16,20,39 del codice di Deontologia Medica
- 3,4,8,9,10,16,20,23,24,34,35,36,37 del codice di Deontologia dell'Infermiere
- Parere del Comitato nazionale per la Bioetica : Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico (24 ottobre 2008)
- Costituzione italiana art 32
- Guide on the decision making process regarding medical treatment in end-of-life situations del Consiglio d'Europa
- Carta fondamentale dei diritti dell'unione europea
- Convenzione di Oviedo

L'equipe della nefrologia eventualmente coadiuvato da altri specialisti che hanno in cura il paziente conduce uno o più colloqui di approfondimento con il paziente con le seguenti finalità:

- Rassicurazione rispetto alla continuità delle cure;
- Descrizione del percorso di cura (cure simultanee) che verrà garantito in modo integrato dall'equipe di nefrologia, dai servizi già attivi (es. Servizio nutrizione clinica) e dal Servizio di cure palliative e da eventuali ulteriori servizi (vedi tabella 4);
- Nel rispetto delle volontà del paziente, informazione della decisione e del percorso di cura della famiglia e/o persone care da lui indicate;
- Offerta di un secondo parere.

Tutte le fasi del processo decisionale, le valutazioni/consulenze dei singoli professionisti e le conclusioni dei momenti di confronto, indipendentemente dalle modalità con cui avvengono (incontro, contatto telefonico, ...), vanno registrate nella documentazione clinica.

**Fase di definizione di un piano assistenziale integrato e avvio assistenza.** A questo punto del percorso, il paziente viene preso in carico del paziente mediante l'integrazione fra diverse UU.OO. e il servizio di cure palliative territoriali di secondo livello in collaborazione con il MMG o con il medico referente di strutture di ricovero.

L'attivazione del servizio di cure palliative territoriale avviene attraverso contatto con il Coordinamento dell'attività di assistenza domiciliare dell'Associazione Gigi Ghirotti ONLUS (010 518362).

Gli obiettivi di cura, indipendentemente dal setting (domicilio, RSA, hospice ed ospedale), devono comprendere:



- pianificazione del monitoraggio delle condizioni cliniche, compreso il controllo del regime dietetico;
- controllo dei segni e sintomi con particolare attenzione a quelli presenti con maggior frequenza in questi pazienti: ipertensione arteriosa, peso corporeo e stato nutrizionale, anemia, nausea, inappetenza, secchezza orale e sete, edemi alle estremità, prurito e astenia;
- associazione con forme di medicina integrata (musicoterapia, tecniche rilassamento e massaggio, arte terapia, pet therapy)
- attenzione al comfort;
- supporto alla famiglia nell'acquisire abilità per l'assistenza;
- sostegno psicologico al paziente e alla famiglia.
- eventuale rimodulazione e semplificazione delle terapie e del trattamento dietetico

#### **Continuità assistenziale**

Per l'intero periodo di presa in carico del paziente (fase cure simultanee e cure fine vita), al fine di assicurare la miglior assistenza, il referente clinico, indipendentemente dal setting di cura, si avvale dell'intervento di:

- Infermieri di coordinamento;
- Medico nefrologo, consultabile telefonicamente 24 ore su 24 al 0105551 (Clinica Nefrologica Ospedale Policlinico San Martino);
- Medico palliativista, attivabile secondo le indicazioni contenute nel documento "La Rete per le Cure Palliative: indirizzi e linee applicative" del 2013.

#### **Documentazione**

Deve essere garantita, da parte di tutti i professionisti coinvolti nel percorso integrato di cura, la compilazione puntuale della documentazione clinica che accompagna il paziente anche attraverso i diversi setting di cura.

Allegato: [Percorsi integrati di cura per il paziente con malattia renale cronica avanzata \(stadio 5-5d\) con esclusione o sospensione della terapia dialitica.](#)

# IMPARARE DALL'ESPERIENZA:GESTIONE SINISTRI

## (IN AMBITO DI GESTIONE RISCHIO CLINICO)

<p><b>I 1 Organizzazione Gestione sinistri &amp; I 2 C.G.S. (Comitato di Gestione Sinistri)</b></p>	<p>L'U.O. Gestione del Rischio Clinico partecipa al Comitato Gestione Sinistri Metropolitan (CGSM). La partecipazione è finalizzata alla valutazione dei contenziosi che maggiormente colpiscono l'Istituto al fine di individuare le Azioni di Miglioramento che possono essere messe in atto per prevenire il ripetersi di tali eventi.</p> <p>Dall'esperienza dei primi anni di partecipazione al CGSM sono emerse diverse azioni di miglioramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'istruzione Operativa per la gestione della protesi dentali e acustiche,</li> <li>• L'istituzione del Comitato Valutazione del Rischio Infettivo,</li> <li>• La realizzazione della scheda di valutazione delle cadute in ospedale,</li> <li>• L'implementazione della nuova Cartella Clinica Elettronica,</li> <li>• La verifica degli oltre 800 consensi ecc.</li> </ul> <p>Si sta ipotizzando di realizzare uno studio sui reinterventi chirurgici in Istituto.</p>																		
<p><b>I 3 Report Sinistri</b></p>	<p>Nel corso del 2017 il numero dei sinistri è stato di 135.</p> <p>Le istanze risarcitorie sono state presentate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dal danneggiato in 110 casi</li> <li>• da eredi del danneggiato in 21 casi</li> <li>• da esercenti la potestà genitoriale in 3 casi</li> <li>• da altri in 1 caso</li> </ul> <p>Le fasce di età del danneggiato sono:</p> <table border="1" data-bbox="432 1406 1369 1771"> <thead> <tr> <th>Fasce di età</th> <th>N° sinistri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>tra 0 e 3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>tra 12 e 18</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>tra 18 e 30</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>tra 30 e 40</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>tra 40 e 50</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>tra 50 e 60</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>tra 60 e 70</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>oltre i 70</td> <td>30</td> </tr> </tbody> </table>	Fasce di età	N° sinistri	tra 0 e 3	3	tra 12 e 18	1	tra 18 e 30	6	tra 30 e 40	7	tra 40 e 50	24	tra 50 e 60	38	tra 60 e 70	20	oltre i 70	30
Fasce di età	N° sinistri																		
tra 0 e 3	3																		
tra 12 e 18	1																		
tra 18 e 30	6																		
tra 30 e 40	7																		
tra 40 e 50	24																		
tra 50 e 60	38																		
tra 60 e 70	20																		
oltre i 70	30																		





































Le cause del sinistro possono essere classificate nelle seguenti categorie:

<b>Causa sinistro</b>	<b>N° sinistri</b>
Caduta del dipendente	3
Caduta del paziente	7
Caduta del visitatore	11
Danneggiamento di materiale	1
Errore anestesilogico	4
Errore chirurgico	51
Errore diagnostico	34
Errore terapeutico	3
Infezioni	6
Infortuni	2
Altre cause	13

I sinistri per i quali è stata presentata istanza si sono verificati negli anni:

<b>Anno del sinistro</b>	<b>N° sinistri</b>
2017	48
2016	38
2015	17
2014	6
2013	6
2012	4
2011	7
2010	2
2009	1
2008	1
2007	3
2006	1
2004	1

## ELENCO ALLEGATI (84 FILE)

Nome	Ultima modifica	Tipo	Dimensione
 3_UGR verbale 16-03-2017	30/03/2017 10:32	Adobe Acrobat D...	1.346 KB
 4_Cadute_2017	25/01/2018 13:47	Adobe Acrobat D...	15 KB
 5_UGR verbale 28-03-2017	30/03/2017 10:37	Adobe Acrobat D...	241 KB
 9_UGRCarmina_Area_Strategica_19_09_2017	25/01/2018 13:50	Adobe Acrobat D...	15 KB
 15_UGRCarmina_CoordinatoriAree_20_12_2017	25/01/2018 13:49	Adobe Acrobat D...	12 KB
 16_UGRCarmina_Area6_22_12_2017	25/01/2018 13:49	Adobe Acrobat D...	12 KB
 2017_1REL_SORVEGLIANZA_ALERT	01/02/2018 14:04	Adobe Acrobat D...	54 KB
 2017_2PROGETTO MIGLIOR COMPL IGIENE MANI E STUDIO INCIDENZA - ultima	01/02/2018 14:18	Adobe Acrobat D...	54 KB
 2017_3PROGETTO STUDIO INFEZIONI SITO CHIRURGICO	02/02/2018 08:17	Adobe Acrobat D...	62 KB
 2017_4PROGETTO RIANIMAZIONI APERTE	02/02/2018 08:30	Adobe Acrobat D...	56 KB
 2017_5REL_INDIC_ESITO GEL ALCOLICO_	02/02/2018 08:48	Adobe Acrobat D...	39 KB
 2017_6REL_INDIC_ESITO STUDIO PREVALENZA	02/02/2018 08:53	Adobe Acrobat D...	51 KB
 2017_7REL_SORVEGLIANZA SEPSI DA KL_PN_KPC ultima	02/02/2018 08:59	Adobe Acrobat D...	55 KB
 2017_8REL_JournalHospitalInfection 2017	01/02/2018 12:28	Adobe Acrobat D...	978 KB
 2017_9REL_Studio di prevalenza puntuale sulle infezioni_Report2014_2016	01/02/2018 12:29	Adobe Acrobat D...	657 KB
 2017PrevenzioneCaduteUtenza_021017	23/01/2018 13:32	Adobe Acrobat D...	415 KB
 AuditClinicoColonRetto	26/07/2016 12:15	Adobe Acrobat D...	121 KB
 AuditClinicoDecedutiProntoSoccorso	26/07/2016 12:23	Adobe Acrobat D...	1.764 KB
 AuditClinicoInfartoMiocardicoAcuto	26/07/2016 11:09	Adobe Acrobat D...	169 KB
 AuditClinicoPlasmaFrescoCongelato	26/07/2016 12:02	Adobe Acrobat D...	546 KB
 Brochure LDD per l'utenza pubblicate	11/11/2016 09:52	Adobe Acrobat D...	653 KB
 cadute	18/01/2018 08:49	Adobe Acrobat D...	80 KB
 CARTA DELLA DIGNITA E DELLA LIBERTA DELLA PERSONA MALATA	22/01/2018 08:46	Adobe Acrobat D...	1.120 KB
 Codice di Condotta_DE_307_2014	14/12/2016 08:47	Adobe Acrobat D...	647 KB
 Corso LDP_2017 locandina wound care	12/01/2018 11:45	Adobe Acrobat D...	480 KB
 delibera 89 - 2017 procedure CARMINA	08/03/2017 12:00	Adobe Acrobat D...	624 KB
 delibera DMT_2013	26/01/2018 11:43	IrfanView JPG File	1.005 KB
 delibera_DMT_2015	26/01/2018 11:44	IrfanView TIF File	103 KB
 DOCPROC013-CURA_DEL_CORDONE_OMBELICALE	30/01/2018 11:02	Adobe Acrobat D...	32 KB
 DOCPROCH32_0002-GESTIONE_DEL_NEONATO_CON_DISTRESS_RESPIRATORIO	30/01/2018 10:57	Adobe Acrobat D...	271 KB
 DOCPROCH32_0011-Corretta_gestione_dello_screening_ecografico_del_neonato_sano_a_rischio_e_c...	30/01/2018 11:00	Adobe Acrobat D...	85 KB
 IOAZHFC_0001-COMUNICAZIONE_ESTERNA_IN_CASO_DI_EVENTI_AVVERSI	30/01/2018 10:28	Adobe Acrobat D...	25 KB
 IOAZHOR_0074-VIOLENZA_SESSUALE	25/01/2018 10:09	Adobe Acrobat D...	494 KB
 IOAZHOR_0096_TrasportoPazienteInUrgenza_o_Programmato	13/12/2017 07:43	Adobe Acrobat D...	233 KB
 IOAZHOR_0096-Trasporto_pazienti_in_urgenza_o_programmato	30/01/2018 10:25	Adobe Acrobat D...	238 KB
 IOAZHQA_0701-Gestione_Scheda_Segnalazione_Spontanea_Eventi_Incident_Reporting	10/01/2018 09:21	Adobe Acrobat D...	121 KB

IOAZHQA_0706-Recepimento_L_G_Comicazione_Eventi_Avversi-Raccomandazione_per_la_comu...	30/01/2018 10:37	Adobe Acrobat D...	36 KB
IOAZHQA_0707-Recepimento_L_G_Comicazione_Eventi_Avversi-Raccomandazione_per_azioni_di...	30/01/2018 10:52	Adobe Acrobat D...	23 KB
IOAZHQA_0708-Recepimento_del_Protocollo_Ministeriale_per_il_Monitoraggio_degli_Eventi_Sentine...	25/01/2018 14:04	Adobe Acrobat D...	50 KB
IOAZU76_0006-La_frizione_alcolica_delle_mani	29/01/2018 14:15	Adobe Acrobat D...	298 KB
IOAZU76_0007-Il_lavaggio_sociale_delle_mani	29/01/2018 14:16	Adobe Acrobat D...	625 KB
IOAZU76_0008-Il_lavaggio_antisettico_delle_mani	29/01/2018 14:16	Adobe Acrobat D...	628 KB
IOAZU76_0027-Il_lavaggio_chirurgico_delle_mani	29/01/2018 14:17	Adobe Acrobat D...	189 KB
IOH32_0003-clampaggio_ritardato_del_cordone_ombelicale_nel_neonato_a_termine_e_late_preterm	30/01/2018 11:04	Adobe Acrobat D...	50 KB
IOU29_0011-ISTRUZIONE_OPERATIVA_AZIENDALE_PER_LA_PREVENZIONE_DEL_SUICIDIO_DEI_PAZIE...	30/01/2018 10:20	Adobe Acrobat D...	36 KB
IOU29_0012-Allegato_1-IO_Aziendale_per_la_Prevenzione_del_Suicidio	30/01/2018 10:22	Adobe Acrobat D...	28 KB
IOU29_0013-Allegato_2_IO_Aziendale_per_la_prevenzione_Suicidio	30/01/2018 10:23	Adobe Acrobat D...	17 KB
Lavaggio mani gel alcolico	18/11/2014 13:47	Adobe Acrobat D...	123 KB
lavaggio mani sapone	18/11/2014 13:24	Adobe Acrobat D...	200 KB
LeCaduteSanMartinoIst2016	26/01/2018 08:26	Adobe Acrobat D...	5.125 KB
Mental map	25/01/2018 10:24	Adobe Acrobat D...	104 KB
MODAZHPS_0016-Scheda_sorveglianza_lesioni_da_decubito	12/01/2018 11:53	Adobe Acrobat D...	41 KB
MODAZHQA_0701-SCHEDA_DI_SEGNAZIONE_SPONTANEA_DEGLI_EVENTI	10/01/2018 10:07	Adobe Acrobat D...	53 KB
MODAZHQA_0708-SCHEDA_DI_SEGNAZIONE_DEGLI_EVENTI_EVENTI_SENTINELLA	25/01/2018 14:06	Adobe Acrobat D...	56 KB
MODAZU76_0050-PRECAUZIONI_DA_CONTACTO_C	31/10/2016 12:54	Adobe Acrobat D...	341 KB
MODAZU76_0051-PRECAUZIONI_DA_AIRBORNE_A	29/01/2018 12:15	Adobe Acrobat D...	246 KB
MODAZU76_0052-PRECAUZIONI_DA_CONTACTO_C_e_DROPLET_D	29/01/2018 12:16	Adobe Acrobat D...	757 KB
MODAZU76_0053-Patogeni_a_trasmissione_da_contatto_come_evitare_di_diffonderli	29/01/2018 12:11	Adobe Acrobat D...	1.677 KB
MODAZU76_0058-PRECAUZIONI_STANDARD_-_DA_CONTACTO	29/01/2018 12:16	Adobe Acrobat D...	255 KB
MODAZU76_0059-Galateo_respiratorio	29/01/2018 12:17	Adobe Acrobat D...	187 KB
MODAZU76_0062-POSTER_INFORMAZIONI_VISITATORI_DI_PAZIENTI_CON_MISURE_DI_ISOLAMENT...	29/01/2018 12:18	Adobe Acrobat D...	500 KB
MODAZU76_0066-BROCHURE_IL_CLOSTRIDIUM_DIFFICILE_PREVENZIONE_E_CONTROLLO	29/01/2018 12:19	Adobe Acrobat D...	905 KB
MODAZU76_0068-Comportamenti_per_il_visitatore_in_Terapia_Intensiva	29/01/2018 12:20	Adobe Acrobat D...	1.239 KB
MODH32_0005-osservazione_del_neonato_durante_lo_skin_to_skin	30/01/2018 11:06	Adobe Acrobat D...	1.316 KB
PDTA_PercorsoNascita	28/11/2016 11:14	Adobe Acrobat D...	19 KB
PIANO_FORMATIVO2017_2018	26/01/2018 08:51	Adobe Acrobat D...	266 KB
PIANO_TRIENNALE_GESTIONE_INTEGRATA DELLA RISCHIOSITA 2018_2020	21/11/2017 13:17	Adobe Acrobat D...	1.780 KB
pianoqualita_2016_2018	25/01/2018 09:42	Adobe Acrobat D...	11.307 KB
PQH32_0002-il_contatto_pelle_a_pelle_alla_nascita	30/01/2018 11:10	Adobe Acrobat D...	56 KB
PQH32_0004-IL_MONITORAGGIO DELLA TEMPERATURA DEL NEONATO NELLE PRIME ORE DI VITA	30/01/2018 11:08	Adobe Acrobat D...	70 KB
pregnancy-ITALIAN-web	15/09/2017 11:49	Adobe Acrobat D...	1.463 KB
ProgettoCartellaClinicaElettronica_26_04_2017	30/01/2018 11:51	Adobe Acrobat D...	1.547 KB
protocollo_23-11_rev2_0	30/11/2017 08:55	Adobe Acrobat D...	751 KB
Protocollo_LRTI_Rev02del 01-02-2016	03/02/2016 11:35	Adobe Acrobat D...	129 KB
Report2016_Audit_Interni	29/01/2018 11:32	Adobe Acrobat D...	1.029 KB
Scala_Algoplus	26/01/2018 09:17	Adobe Acrobat D...	13 KB
Scala_per_la_misurazione_del_dolore_PANAID	26/01/2018 09:16	Adobe Acrobat D...	12 KB
SCHEDA_RILEVAZIONE_COMPORAMENTI_AGGRESSIVI_DA PARTE PAZIENTI FAMILIARI ALTRI	23/11/2016 08:40	Adobe Acrobat D...	79 KB
Sintesi_Protocollo_Studio_di_Prevalenza	21/11/2016 15:32	Adobe Acrobat D...	1.567 KB
Valutazione_aderenza_a_Buone_Pratiche	12/01/2018 09:47	Adobe Acrobat D...	25 KB
Valutazione_Buone_Pratiche3	12/01/2018 10:00	Adobe Acrobat D...	32 KB
Vlutazione_Buone_Pratiche2	12/01/2018 09:48	Adobe Acrobat D...	38 KB