



**OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO**

Sistema Sanitario Regione Liguria

*Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*

# **RELAZIONE DI ATTIVITA' GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE ANNO 2018**

## **Sommario**

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE .....	2
COMUNICAZIONE.....	38
FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA' .....	59
SICUREZZA DEL PAZIENTE: APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E SVILUPPO DI BUONE PRATICHE .....	67
IMPARARE DALL'ESPERIENZA:GESTIONE SINISTRI.....	95
ELENCO ALLEGATI.....	97
LINK.....	99

## 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>L'organizzazione dell'Unità di Gestione del Rischio (con <a href="#">Del. N°89 del 02/02/2017</a> "Provvedimenti in ordine alla riorganizzazione dell'Unità di Gestione del Rischio Clinico dell'Istituto secondo le procedure CARMINA e approvazione del relativo regolamento di funzionamento" e successiva <a href="#">Del. N° 354 del 29/03/2017</a> "Organizzazione dell'Unità di Gestione del Rischio dell'Istituto secondo le procedure CARMINA") è stata rimodulata 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 "Assegnazione obiettivi ai Direttori Generali/Commissari Straordinari, ecc" che ha introdotto per tutte le Aziende e IRCCS Liguri lo strumento C.A.R.M.In.A.</p> <p>L'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. Si riporta la struttura UGR con la composizione di ogni gruppo operativo e relativo Coordinatore.</p> <p>Gruppo Strategico - Area 1 C.A.R.M.In.A. -Governance, Consapevolezza e Misurazione:</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, Accreditamento e URP.</p> <p>Gruppo Operativo - Area 2 C.A.R.M.In.A.- Comunicazione, composto da:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Direttore UO Sistemi Informativi e Ingegneria Clinica</li><li>➤ Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera</li><li>➤ Responsabile UO Direzione e gestione delle Professioni Sanitarie</li><li>➤ Direttore UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP</li></ul>
--	--

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
- 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

**G2 Gruppo Operativo UGR**

Il funzionamento dell'UGR, è declinato per ogni Gruppo Operativo:

**GRUPPO STRATEGICO AREA 1 CARMINA**

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

**GRUPPI OPERATIVI**

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

A seguire elenchiamo in tabella i tempi di realizzazione definiti nel "Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2018-2020":

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 triennio; è stato pubblicato il 20/11/2017 ed è visibile sia in Intranet Aziendale sia in Internet nel sito web del Policlinico, seguendo il link: [http://www.hsanmartino.it/components/com\\_publiccompetitions/includes/download.php?id=4949:piano-triennale-gestione-integrata-della-rischiosit%C3%A0-2018-2020.pdf](http://www.hsanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=4949:piano-triennale-gestione-integrata-della-rischiosit%C3%A0-2018-2020.pdf)

Ogni Gruppo Operativo ha sintetizzato le proprie Azioni Programmatiche nelle sinossi contenute 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
1 - STRATEGICA	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	
		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	LAYOUT 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)
	COMPORTEMENTI & AUTOMATISMI	DEFINIZIONE AZIONI PUNIBILI E REGOLE PER L'APPLICAZIONE DELLE SANZIONI	(giugno 2018)	STAFF DG & DS	RIDUZIONE DEI COMPORTEMENTI OMISSIVI
		ATTIVITA' DI SORVEGLIANZA	SORVEGLIANZA STRUTTURATA	SPP, HOR, 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 PERODO 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 <u>D.Lvo 187/00</u> 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 PROVEDI 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 MONITORAGGI O 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 BURLODGE E DEGLI ALIMENTI, AL KM 0, ALLA DIMINUIZIONE DELL'IMPATTO AMBIENTALE E ALL'OTTENIMENTO DI BURLODGE PIÙ ECONOMICI

### Area 4 Ambiente e Contesto sicuri-Seconda Sinossi

AREA	SUB AREA	AZIONI	PIANO ANNUALE	RESPONSABILITA'	VISIONE TRIENNALE
4- AMBIENTE E CONTESTO SICURI (SECONDA SINOSI)	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	E' 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	E' 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 IL.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 BO. 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
	REGOLAMENT 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
	REGOLAMENT O AZIENDALE E DELIBERAZION E	INTRODUZIONE NUOVI DM E NUOVE TECNOLOGIE	MINI HTA CAD VALUTAZIONE CESSIONI GRATUITE	UO FARMACIA DMPO UO QUALITÀ UO SISTEMI INFORMATIVI	REPORT QUALI QUANTITATIVI
	REGOLAMENT 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 CO, 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	SCHEDE 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 MCJ)- 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 ADERENZA ALLE 17 RACCOMANDAZIONI

## Area 6 Gestione dell'Evento Avverso

AREA	SUB AREA	AZIONI	PIANO ANNUALE	RESPONSABILITA'	VISIONE TRIENNALE
6- GESTIONE DELL'EVENTO AVVERSO	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	COORDINATORI 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>N.Incontri</b> <b>gruppo</b> <b>operativo</b> <b>UGR</b></p>	<p>Nel corso del 2018 i Gruppi Operativi UGR hanno effettuato i seguenti incontri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">17/07/2018 incontro dei Coordinatori dei 7 Gruppi Operativi</a></li> <li>• 03/10/2018 analisi dell'applicazione del PEIMAF alla luce dell'evento crollo del ponte Morandi, mediante tecnica dell'analisi delle cause profonde o Root Cause Analysis</li> <li>• <a href="#">12/11/2018 incontro con Coordinatore Gruppo Operativo Area 2</a> Comunicazione</li> <li>• <a href="#">12/11/2018 incontro con Coordinatore Gruppo Operativo Area 6</a> Gestione Evento Avverso</li> <li>• 20/11/2018 analisi con metodo Root Cause Analysis, dell'evento avverso verificatosi in ambito ematologico il 16 ottobre 2018</li> <li>• <a href="#">18/12/2018 incontro con il Gruppo Strategico Area 1</a> incontro annuale del Gruppo Area Strategica</li> </ul>
<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>Esplicitazione</b> <b>obiettivi in</b> <b>materia di</b> <b>gestione</b> <b>rischio</b> <b>Clinico</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b><u>Gli obiettivi in materia di Gestione Rischio Clinico</u></b> sono espressi in due documenti aziendali: <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Piano della Qualità 2016-2018", pubblicato sia in Intranet Aziendale sia in Internet nel sito web del Policlinico <a href="http://www.ospedalesanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=3200:piano-triennale-della-qualità.pdf">http://www.ospedalesanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=3200:piano-triennale-della-qualità.pdf</a></li> <li>• "Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2018-2020" (PiGIR) visibile sia in Intranet Aziendale sia in Internet nel sito web del Policlinico, seguendo il link: <a href="http://www.hsanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=4949:piano-triennale-gestione-integrata-della-rischiosità-2018-2020.pdf">http://www.hsanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=4949:piano-triennale-gestione-integrata-della-rischiosità-2018-2020.pdf</a></li> </ul> </li> <li>2. <b><u>Per il raggiungimento degli obiettivi in materia di Gestione del Rischio Clinico,</u></b> si è definito di avvalersi dello strumento Audit Clinico, nel contesto del Policlinico, per l'individuazione di aree di miglioramento, la promozione dell'innovazione e la successiva valutazione dei cambiamenti introdotti nei processi assistenziali. Si è provveduto quindi a formare 25 "<b>Facilitatori di Audit Clinico</b>" a cui trasferire competenze metodologiche per fornire un supporto qualificato per la conduzione di Audit Clinici. Il Corso Formativo si è svolto presso il Policlinico, il 17-18-24 gennaio 2018 per un totale di 24 ore e con attribuzione di crediti ECM. <b>Obiettivi specifici del corso.</b> Ampliare le conoscenze ed affinare le abilità affinché i professionisti formati siano in grado di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• collaborare con i professionisti/clinici nella progettazione di Audit Clinici</li> <li>• effettuare ricerche in letteratura su evidenze esistenti, linee guida, standard</li> <li>• assistere i professionisti/clinici nella definizione degli standard</li> <li>• progettare questionari e moduli informatici per la raccolta dati</li> </ul> </li> </ol>

- agevolare il reperimento della documentazione clinica
- analizzare i dati elettronici con l'utilizzo di database
- collaborare alla stesura di report e presentazioni di Audit Clinico
- contribuire alla formazione dei professionisti/clinici per gli Audit Clinici
- favorire la comunicazione fra le parti coinvolte nei progetti di Audit Clinici
- contribuire alla gestione dei progetti rispetto a scadenze e mandati
- costituire il collegamento per progetti nazionali/regionali di Audit Clinico
- garantire la confidenzialità e sicurezza dei dati

#### **Contenuti principali:**

- Introduzione all'Audit Clinico e gestione del Rischio Clinico
- Metodi dell'Audit Clinico
- Elementi di statistica
- Esperienze pilota

Le tre giornate formative sono state dedicate al rafforzamento delle conoscenze, anche grazie alla bibliografia messa precedentemente a disposizione dei discenti su apposito spazio web. Sono stati previsti momenti di didattica attiva durante i quali i discenti, divisi in gruppi multidisciplinari, hanno effettuato esercitazioni pratiche di consolidamento riguardo l'individuazione dei topics, la progettazione e la conduzione di un Audit Clinico con l'ausilio di un software di supporto, a partire da dataset di esempio, forniti dai docenti. Questo ha permesso di mettere in pratica le abilità operative acquisite, come la costruzione di un questionario, l'analisi dei dati e la gestione di database di Audit Clinici.



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

### **FORMAZIONE RESIDENZIALE**

**L'audit clinico come strumento per l'esercizio del governo clinico. Corso base per "facilitatori" nella conduzione di audit clinici.**

**17-18-24 gennaio 2018**

#### **OBIETTIVI**

Rinforzare il ruolo dell'audit clinico come strumento per l'esercizio del governo clinico e fornire una formazione di base a professionisti che potranno svolgere funzioni di "facilitatori" nella conduzione di audit clinici.

#### **DESTINATARI**

Il corso è rivolto a professionisti dell'Istituto individuati dal Direttore dell'U.O. Gestione del rischio clinico, qualità, accreditamento e URP, sentiti i Direttori e Coordinatori dei D.A.I. per un totale di massimo 25 operatori. E' accreditato ECM per tutte le figure professionali.

Il corso è su convocazione da parte del Responsabile Scientifico.

#### **DATE E SEDE**

**17-18-24 gennaio 2018** Orario **09,00 - 13,00 e 14,00 - 18,00**

1 edizione di 3 giornate di 8 ore per un totale di 24 ore

Il corso si svolgerà presso l'aula 5 informatica dell'Istituto Santa Caterina



#### **DOCENTI**

Dott. G. Orengo, Direttore UO Gestione rischio clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Prof. A. Uccelli, Direttore Scientifico

Prof. P. Bruzzi, Direttore U.O. Epidemiologia Clinica

Prof. P. Pronzato, Direttore U.O. Oncologia Medica 2

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

Dott.ssa A. Rossi, U.O. Sistemi Informativi e Ingegneria Clinica

Dott.ssa F. Di Giorgio, U.O. Sistemi Informativi e Ingegneria Clinica

#### **RESPONSABILE SCIENTIFICO**

Dott. Giovanni Orengo, Direttore UO Gestione rischio clinico, Qualità, Accreditamento e URP

### **Elenco dei Facilitatori di Audit Clinico dell’Ospedale Policlinico San Martino**

*Benelli Roberto- Bencicelli Elisa- Bruno William- Canevari Anna Maria- Carlini Flavia- Casabona Francesca- Dapino Patrizia- Diaz Gaitan Nidia Gaitan- Ferrazin Antonio- Filanti Antonella- Furgani Andrea- Ingenito Andrea- Marino Paolo- Mastracci Luca- Minetti Giuseppe- Morganti Simona- Poire’ Ilaria- Orsi Andrea- Ravera Maura- Riggio Salvatore- Rizzi Domenica- Sanfilippo Sonia- Schenone Daniela- Sguanci Marco Enrico- Venusti Nadia.*

Il Corso del 17-18-24 gennaio 2018 ha permesso la formazione di 25 “Facilitatori di Audit Clinico” che declineranno le competenze metodologiche acquisite, per fornire un supporto qualificato per la conduzione di Audit Clinici, con le competenze professionali proprie del profilo di appartenenza. Sono stati formati:

<b>PROFILO PROFESSIONALE</b>	<b>N</b>
Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	5
Collaboratore Professionale Sanitario Coordinatore	2
Collaboratore Professionale Sanitario Fisiokinesi Terapista	1
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico	1
Dirigente Medico	15
Dirigente Biologo	1

### **Attivazione di Gruppi di Miglioramento (GDM) per la progettazione e conduzione di Audit Clinici.**

La formazione dei 25 Facilitatori è stata propedeutica all’attivazione di Gruppi di Miglioramento (GDM) per la progettazione e conduzione di due Audit Clinici.

Con [Determina N.1078 del 21/05/2018](#) è stato formalizzato e accreditato ECM, il GDM “Audit Clinico: mortalità a 30 gg per neoplasia gastrica maligna nei pazienti ricoverati presso il Policlinico San Martino”.

Con [Determina N.1031 del 15/05/2018](#) è stato formalizzato e accreditato ECM il GDM “Audit Clinico Prospettico su Informazione e Consenso”.

#### **3. Per il raggiungimento degli obiettivi in materia di Gestione del Rischio Clinico,**

sono stati pianificati ed avviati tre Audit Clinici:

- **Audit Osservazionale Prospettico del percorso nascita con riferimento alle variabili che condizionano la cesarizzazione**, di cui si è portata a termine la prima Fase
- **Audit Clinico Osservazionale Prospettico “Informazione e Consenso”**, approvato dal Comitato Etico Regionale il 19/11/2018
- **Audit clinico in merito alla mortalità per carcinoma gastrico a 30 giorni**

#### **4. Gli obiettivi riguardo l’aderenza dei comportamenti alle Buone Pratiche, sono contenuti all’interno di Checklist ed Verbali utilizzati in sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità:**

**Verbale Audit Interno – Check di valutazione aderenza alle buone pratiche**

➤ [MODAHQA 044A REV5/2018](#) contenente indicatori di rilevazione di:

- Corretta identificazione del paziente
- Consenso al trattamento ai dati sensibili, nomina fiduciario, nomina

dell'incaricato al trattamento dei dati

- Gestione emocomponenti
  - Marcatura sito chirurgico
  - Gestione stravasato
  - Gestione stravasato di mezzi di contrasto
- [MODAHQA\\_044C](#) REV3/2018 contenente indicatori di rilevazione di:
- Gestione CVC/PICC
  - Gestione farmaci antitumorali
- [MODAHQA\\_044B](#) REV3/2017 contenente indicatori di rilevazione di:
- Igiene delle mani per la verifica dell'aderenza alle indicazioni aziendali contenute nei documenti
    - IOAZU76-0006 "La frizione alcolica delle mani"
    - IOAZU76-0007 "Lavaggio sociale delle mani"
    - IOAZU76-0008 "Lavaggio antisettico delle mani"
    - Manuale informativo\_HPP "Dispositivi di protezione individuale"
    - LGAZU76\_0002: "Raccomandazioni per le misure di isolamento in ospedale" pag. 15 e 16
- [MODAHQA\\_044LAB](#) REV3/2018 contenente indicatori di rilevazione di:
- Igiene delle mani e corretto utilizzo dei guanti monouso non sterili ( presso le UU.OO. Laboratori) per la verifica dell'aderenza alle indicazioni aziendali contenute nei documenti:
  - Manuale informativo\_HPP "Dispositivi di protezione individuale"
  - LGAZU76\_0002: "Raccomandazioni per le misure di isolamento in ospedale"
- [MODAZHQA\\_0030CC](#) REV7/2018 CheckList di Valutazione Compilazione Cartella Clinica

Gli obiettivi in materia di Gestione del Rischio sono condivisi con la Rete del Sistema Gestione Qualità (SGQ) ogni anno durante l'incontro Quality Day che si svolgerà ad inizio 2019.

**5. In materia di Gestione del Rischio Clinico, costituisce obiettivo importante la radioprotezione dei pazienti, dei lavoratori e della popolazione**

La tutela dei pazienti si attua attraverso un continuo programma di Assicurazione della Qualità delle prestazioni radiologiche, di cui una delle parti principali è il programma di Controlli di Qualità delle apparecchiature radiologiche. All'interno dei Controlli di Qualità rientra la misura della dose da radiazioni che permette il calcolo della dose al paziente in caso di richiesta del medico specialista responsabile della procedura. In modo più generale, ai sensi della normativa che disciplina tutta la radioprotezione del paziente (D. Lgs. 187/00) vengono registrati e verificati con periodicità biennale i Livelli Diagnostici di Riferimento ovvero gli indici di dose significativi per un giudizio complessivo sulla dose al paziente.

La tutela dei lavoratori è normata dal D. Lgs. 230/95 e prevede la loro classificazione in base al rischio, l'istituzione di una sorveglianza fisica relativa alle dosi da radiazioni da loro assorbite e la relativa registrazione su un documento denominato Scheda Dosimetrica Personale.

La tutela della popolazione rientra nella norma citata in tema di radioprotezione dei la-

voratori e prevede la valutazione dell'impatto delle attività radiologiche sulla popolazione e l'ambiente. Più specificatamente il rispetto dei limiti di dose per le aree di libero accesso, le norme di comportamento per pazienti portatori di radioattività, il controllo degli scarichi in aria e/o fogna delle attività che comportano l'utilizzo di sorgenti radioattive.

Il progetto riguarda il miglioramento e la razionalizzazione delle attività sopra descritte tramite la dematerializzazione della relativa documentazione e l'implementazione di un sistema di gestione informatizzato che ne consenta l'archiviazione e la consultazione da parte dei soggetti coinvolti e interessati.

Il progetto riguarda fundamentalmente:

- a. Risultati delle misure e delle elaborazioni dei Controlli di Qualità, riportati su moduli o registri cartacei di difficile consultazione da parte dei responsabili delle apparecchiature
- b. Schede Dosimetriche Individuali del personale esposto
- c. Valutazioni dosimetriche ambientali degli anni passati, riportate su registri cartacei, che risultano al momento raggruppati secondo una suddivisione che non ha più rispondenza nell'attuale assetto del Policlinico e risultano difficilmente consultabili

Tutta la documentazione è stata oggetto di dematerializzazione e/o gestione informatizzata

Per quanto riguarda la documentazione dei Controlli di Qualità, in collaborazione con l'U.O. Servizi Informativi e Ingegneria Clinica, si sta provvedendo alla registrazione dei risultati come referto sull'applicativo aziendale Estensa (EBIT). Questo permetterà ai responsabili delle apparecchiature e comunque a chiunque autorizzato la presa visione della storia dei controlli e la visualizzazione delle eventuali immagini test prodotte.

Per quanto riguarda le Schede Dosimetriche Individuali del personale esposto sono state scansionate e archiviate le vecchie schede cartacee; i dati dosimetrici a partire dal 01.01.2016 sono migrati nell'applicativo GammaLink della ditta fornitrice del servizio regionale di dosimetria personale (XGammaGuard).

Per quanto riguarda le valutazioni dosimetriche si è effettuata la scansione della vecchia documentazione e si è provveduto a creare un archivio di files.pdf che possono essere oggetto di ricerca utilizzando varie chiavi che trovano rispondenza nel nome del file. L'attività è in corso e si prevede possa arrivare a regime nel corso del 2019.

Il 2020 sarà l'anno in cui si potrà fruire del progetto concluso e valutarne appieno l'impatto che sarà significativo. L'efficacia del progetto si potrà verificare quantificando gli accessi dei responsabili ai dati e la diminuzione dei tempi di comunicazione/realizzazione di interventi correttivi sia in tema di radioprotezione che di funzionalità delle apparecchiature. Allo scopo di condividere i risultati, si proporranno incontri attraverso Gruppi di Miglioramento con i soggetti interessati, in modo da condividere sia il progetto e sia le opportunità offerte. La Radioprotezione è un'attività condotta dalla U.O. Fisica Sanitaria.

<p><b>G4 Eventi avversi / quasi eventi</b></p>	<p>Nel Policlinico è in uso la Scheda di segnalazione adottata dalle aziende sanitarie di Regione Liguria (“Scheda Segnalazione Spontanea degli Eventi” MODAZHQA_701). 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><b>G4.1 Incident reporting (IR):</b></p>	<p>Le segnalazioni vengono effettuate volontariamente da tutto il personale del Policlinico ed inviate all’UO Gestione del Rischio, Qualità, Accreditemento e URP.</p>
<p><b>G4.1.1 segnalazione</b></p>	<p>L’UO Gestione del Rischio, Qualità, Accreditemento e URP provvede all’analisi della Scheda attraverso una valutazione integrata da parte di un team Medico/Infermiere. Le segnalazioni (MODAZHQA_0701) che pervengono all’HQA sono soggette alle opportune forme di tutela della riservatezza. Alla raccolta delle segnalazioni cartacee fa seguito l’immediata registrazione nel sistema applicativo 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>G4.1.2 analisi e gestione</b></p>	<p><b>Analisi dell’Evento.</b> Tutti i casi vengono posti all’attenzione del Direttore UO Gestione del Rischio, Qualità, Accreditemento e URP e, in particolare per i casi più gravi, dal punto di vista del rischio è definita in modo condiviso la modalità di gestione. 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 Cause 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> 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. <b>Responsabilità.</b> Il Coordinatore/Responsabile delle singole Azioni Correttive è incaricato dell’implementazione e della realizzazione delle attività definite nel cronogramma. L’ UO Gestione del Rischio, Qualità, Accreditemento e URP è responsabile del monitoraggio di ogni Azione Correttiva implementata.</p> <p>Allegati: <a href="#">IOAZHQA0701 Gestione Scheda Segnalazione Spontanea Eventi</a> - Incident Reporting  <a href="#">MODAZHQA_701 Scheda Segnalazione Spontanea degli Eventi</a></p>

**G4.1.3**  
**misurazione**  
**IR**

I dati relativi agli Incident Reporting sono inviati a Regione Liguria annualmente. Nel corso del 2018 sono pervenute 155 schede di segnalazione spontanea. In due occasioni le schede di segnalazione spontanea riguardavano eventi sentinella segnalati al Ministero. Come da istruzione operativa (IOAZHQA\_0701) le segnalazioni riguardanti argomenti non attinenti ad episodi che costituiscono rischio per il paziente di “quasi evento/evento”, sono trasmesse alle unità operative (UU.OO.) di competenza per i provvedimenti conseguenti. Anche le schede valutate come “non attinenti”, sono registrate nell’applicativo dedicato, potendo riflettersi sull’assistenza ai pazienti e comunque documentando situazioni di disagio lavorativo.

A scopo esemplificativo, le segnalazioni riguardanti la carenza di personale sono registrate e trasmesse alle Direzioni delle Professioni coinvolte (totale 31 segnalazioni); analogamente le segnalazioni riguardanti, per esempio, malfunzionamenti delle cappe laminari a flusso nei laboratori di ricerca, oppure riguardanti il malfunzionamento dell’aria condizionata o del sistema informativo, sono state trasmesse alle unità operative di competenza. In qualche caso le UU.OO. del Policlinico inviano, alla UO Gestione Rischio Clinico, Qualità Accredimento e URP, segnalazioni di eventi anche in nei casi in cui, trattandosi di Non Conformità interna, abbiano già provveduto ad individuare Azioni Correttive, verbalizzate e registrate. In questo caso vengono acquisiti i verbali degli incontri svolti all’interno delle UU.OO..

Nei casi di segnalazioni per le quali si ritenga necessaria un’analisi approfondita ed Azioni di Miglioramento, si programmano incontri con i soggetti coinvolti, con i responsabili ed i rappresentanti della Direzione Medica di Presidio e della UO Direzione delle Professioni Sanitarie. Nel corso degli incontri, con gli operatori, si valutano e condividono i percorsi di miglioramento ritenuti idonei a prevenire ulteriori eventi, garantendo la riservatezza dei dati.

Le 155 schede pervenute nel 2018, descrivono eventi che possono esser ascritti alle sottocategorie riportate in Tabella. (*Tabella Sottocategorie Schede Segnalazioni Spontanee Incident Reporting 2018*)

<b>SOTTOCATEGORIA</b>	<b>%</b>
FARMACI	7%
SANGUE E DERIVATI	7%
RISCHIO LAVORATIVO	1%
CAMPIONI BIOLOGICI (TRASPORTO IDENTIFICAZIONE-REFERTAZIONE)	16%
DISPOSITIVI E PRESIDII	3%
ESAMI STRUMENTALI	1%
UFFICIO TECNICO/STRUTTURA	9%
INFORMATICA/INGEGNERIA CLINICA	10%
CARENZA DI PERSONALE	20%
ASSISTENZA/COMPORAMENTI NON IDONEI	14%
TRASPORTO DEI PAZIENTI	8%
COMUNICAZIONE	4%

*Tabella Sottocategorie Schede Segnalazioni Spontanee Incident Reporting 2018*

Alle segnalazioni di eventi, segue l'analisi e la discussione del caso con i professionisti coinvolti, di cui si redige Verbale (archiviato dal Risk Manager su directory dedicata). Individuate le criticità del processo, si procede alla definizione delle necessarie Azioni Correttive/di Miglioramento.

**Le Azioni di Miglioramento derivate da Significant Event Analysis o da Root Cause Analysis** per eventi riguardanti sangue e derivati, sono state:

1. Erogazione di Corso di formazione aperto "Prevenzione errore ABO – La Sicurezza Trasfusionale"
2. Sensibilizzazione del personale sulle indicazioni contenute nella IOAZHQA\_0033 ed IOAZH78\_0142, mediante riunioni/incontri verbalizzati
3. Sensibilizzazione del personale sul "valore" di donazioni e sicurezza del paziente mediante riunioni/incontri verbalizzati
4. Il Risk Manager del Policlinico in collaborazione con il Coordinatore Regionale dei Trapianti, nel 2018 ha effettuato incontri con i professionisti, sia per la gestione degli Eventi Sentinella che si sono verificati (analisi con metodo Root Cause Analysis), sia per sensibilizzare il personale e richiamare maggiormente l'attenzione sulle azioni che si compiono. Il Risk Manager, in sede di Comitato di Dipartimento degli 11 Dipartimenti in cui è strutturato il Policlinico, ha condiviso con i Direttori delle unità operative afferenti ai singoli dipartimenti, quanto accaduto nel Policlinico nei mesi di ottobre e novembre 2018. Ha invitato tutti a riflettere sui comportamenti che hanno portato al verificarsi di gravi eventi avversi, che si configurano come eventi sentinella ascrivibili ad un mancato doppio controllo. A tale scopo il Risk Manager ha ritenuto necessario focalizzare l'attenzione sulle azioni, sui comportamenti e sull'esigenza che questi siano aderenti a quanto previsto dalla IOAZH78\_0142 "Identificazione certa del paziente alla trasfusione" (Rev. 3 del 25/11/2016), dalla Raccomandazione N.3(marzo 2008) "Per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura", dalla Raccomandazione N.5(marzo 2008) "Per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO".
5. Valutazione del livello di attenzione riservato dal personale delle UU.OO. alla gestione degli emoderivati, effettuata in sede di Audit di SGQ Interno, mediante Check List di valutazione dei processi e buone pratiche (MODHQA\_0044A rev5 del 2018) revisionata il 05/03/2018.

**Si riportano di seguito i quesiti posti al personale durante l'Audit di SGQ interno**

DOMANDE	<input type="checkbox"/> medico	<input type="checkbox"/> medico	Non Conformità
	<input type="checkbox"/> infermiere	<input type="checkbox"/> infermiere	
Quali sono le fasi critiche del processo (dall'atto del prelievo dei campioni di sangue al momento della trasfusione di emocomponenti) in cui è necessaria l'identificazione certa del paziente?	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Qual è la corretta modalità di identificazione certa del paziente, nelle fasi critiche del processo?	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Qual è la modalità corretta di conservazione degli emocomponenti?	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Qual è la modalità corretta di restituzione delle sacche di emocomponenti?	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

**G4.2**  
**Misurazione**  
**cadute**

**Il Report Cadute 2017 è stato pubblicato ad ottobre 2018.**

La prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie rientra tra le Raccomandazioni rivolte agli operatori sanitari emanate dal Ministero della Salute (Raccomandazione n. 13, Novembre 2011). L'implementazione di un sistema di segnalazione delle cadute è fondamentale per valutare la fenomenologia dell'evento e per intraprendere azioni continue di miglioramento all'interno dell'Istituto. Inoltre, l'adozione del Modulo Regionale come Scheda di Segnalazione Cadute di Regione Liguria ha permesso di poter utilizzare uno strumento di lavoro omogeneo su tutto il territorio. Il Report aggiornato al 2017, costituisce uno strumento utile per la valutazione delle azioni di miglioramento intraprese nell'anno precedente e per definire le nuove azioni, volte a contenere la quota di cadute prevedibili, che la letteratura scientifica stima intorno al 78%. I dati si riferiscono al periodo 1 Gennaio - 31 Dicembre 2017. Le schede di segnalazione ricevute relative al periodo di osservazione indicato sono 772. La prima parte della scheda di rilevazione è rivolta all'identificazione delle caratteristiche del soggetto caduto, della struttura che aveva in carico il paziente e del setting assistenziale di riferimento. Le cadute segnalate sono state 772, delle quali:

- 6 avvenute in regime di Day Hospital
- 6 avvenute nella struttura di SPDC ospitata all'interno delle mura del San Martino ma gestita completamente da personale medico e infermieristico dipendente da ASL 3
- 29 avvenute nella struttura di Hospice che non rientra nel setting assistenziale dei ricoveri ordinari

Il calcolo del tasso di cadute, per omogeneità e per continuità con il report 2016, è stato realizzato sulla popolazione dei soli ricoveri ordinari e riabilitativi (731) e per le cadute avvenute in questi setting assistenziali (al netto quindi delle 41 cadute avvenute in setting differenti). Tuttavia, tenendo in considerazione le limitazioni del caso, appare utile un confronto dei valori assoluti degli eventi caduta verificatisi nei 3 setting sopracitati nell'anno precedente. Paragonando i dati emerge che le cadute avvenute in regime di Day Hospital siano sovrapponibili a quelle del 2016, con una lieve diminuzione (6 cadute nel 2017 versus 9 nel 2016), mentre per quanto riguarda la struttura SPDC si è registrata un calo netto del numero di cadute (6 eventi nel 2017 versus 13 nel 2016). In Hospice, le cadute verificatisi nel 2017 sono aumentate a 29 eventi, contro le 13 dell'anno precedente. Nelle pagine seguenti è illustrata l'analisi delle cadute per Area Funzionale Omogenea (AFO), genere, età e, successivamente, le cadute sono caratterizzate in base ai criteri presenti nella Scheda di Segnalazione.

**Distribuzione cadute per Area Funzionale Omogenea (AFO)**

Di seguito vengono riportate le proporzioni delle cadute per episodi di ricovero e l'incidenza per 1000 giornate di degenza nelle 6 AFO.

AFO	CADUTE	RICOVERI	GG DEGENZA	% RICOVERI	INCIDENZA PER 1000 GG DEGENZA
MEDICA	470	18.236	198.011	25,33	2,33
CHIRURGICA	133	15.051	97.225	8,84	1,37
TER. INTENSIVE	7	435	9.331	16,09	0,75
MATERNO-INFANTILE	7	4.364	19.168	1,60	0,37
RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA	114	2.029	38.060	56,19	3,00
CASA DI SALUTE	0	225	648	0,00	0,00
<b>TOTALE</b>	<b>731</b>	<b>40.340</b>	<b>362.443</b>	<b>18,12</b>	<b>2,02</b>

Nell'anno 2017 la maggior incidenza di cadute su 1000 giornate di degenza è stata rilevata nell'area della Riabilitazione e lungodegenza, dato che si differenzia dall'anno precedente quando l'incidenza maggiore risultava quella dell'area Medica. Infatti, rispetto al 2016, l'incidenza/1000 gg degenza è aumentata in Riabilitazione e lungodegenza (2,16 nel 2016 vs 3,00 nel 2017) e diminuita in area Medica (2,36 nel 2016 vs 2,33 nel 2017).

Per quanto riguarda il tasso di cadute totale, sia il dato calcolato sul totale dei ricoveri sia quello in base a 1000 giornate di degenza, risultano sovrapponibili a quelli dell'anno 2016, con tendenza al miglioramento (cadute/ricoveri= 19,63 %, cadute/1000 gg degenza= 2,03 % nel 2016 vs cadute/ricoveri= 18,12 %, cadute/1000 gg degenza= 2,02 % nel 2017).

### Genere

La preponderanza di cadute si è verificata nella popolazione di sesso maschile (446 cadute) che presenta un'età media di anni 72,4 (mediana 75,0 - max 96 - min 14) verso un totale di cadute pari a 285 nella popolazione femminile, con età media di anni 72,3 (mediana 75,0 - max 96 - min 14).

SESSO	Cadute	Ricoveri	GG degenza	% RICOVERI	INCIDENZA PER 1000 GG DEGENZA
Maschi	446	19.149	181.802	23,29	2,45
Femmine	285	21.191	180.641	13,45	1,58

Le femmine hanno presentato una proporzione di cadute/ricoveri e un'incidenza di cadute/1000 giorni di degenza significativamente inferiori rispetto ai maschi, anche stratificando il rischio per fasce d'età.

CLASSI ETÀ	SESSO	RICOVERI ORDINARI	GIORNATE DEGENZA	CADUTE	% RICOVERI	INCIDENZA PER 1000 GG DEGENZA
NRO CASI ≤20	M	1.258	6.434	3	2,38	0,47
	F	1.254	6.038	4	3,19	0,66
NRO CASI CLASSE 21 - 30	M	852	6.123	0	0,00	0,00
	F	1.276	6.523	2	1,57	0,31
NRO CASI CLASSE 31 - 40	M	954	6.704	7	7,34	1,04
	F	2.199	11.024	5	2,27	0,45
NRO CASI CLASSE 41 - 50	M	1.754	14.757	18	10,26	1,22
	F	2.128	13.413	18	8,46	1,34
NRO CASI CLASSE 51 - 60	M	2.603	23.156	43	16,52	1,86
	F	2.541	20.271	23	9,05	1,13
NRO CASI CLASSE 61 - 70	M	3.569	34.368	76	21,29	2,21
	F	3.014	26.920	46	15,26	1,71
NRO CASI CLASSE 71 - 80	M	4.569	49.585	164	35,89	3,31
	F	3.999	42.223	96	24,01	2,27
NRO CASI CLASSE 81 - 90	M	3.160	35.826	124	39,24	3,46
	F	3.802	43.482	83	21,83	1,91
NRO CASI CLASSE >90	M	430	4.849	11	25,58	2,27
	F	978	10.747	8	8,18	0,74
<b>TOTALE</b>		<b>40.340</b>	<b>362.443</b>	<b>731</b>	<b>18,12</b>	<b>2,02</b>

## Età

L'età media della popolazione complessiva esaminata è di 72,4 anni con una mediana a 75, valori sovrapponibili a quelli dell'anno precedente.

La distribuzione per decenni delle cadute durante i ricoveri ordinari è riportata nella tabella sottostante:

CLASSI ETÀ	RICOVERI ORDINARI	GIORNATE DEGENZA	CADUTE	% RICOVERI	INCIDENZA PER 1000 GIORNATE DEGENZA
NRO CASI ≤20	2.512	12.472	7	2,79	0,56
NRO CASI CLASSE 21 - 30	2.128	12.646	2	0,94	0,16
NRO CASI CLASSE 31 - 40	3.153	17.728	12	3,81	0,68
NRO CASI CLASSE 41 - 50	3.882	28.170	36	9,27	1,28
NRO CASI CLASSE 51 - 60	5.144	43.427	66	12,83	1,52
NRO CASI CLASSE 61 - 70	6.583	61.288	122	18,53	1,99
NRO CASI CLASSE 71 - 80	8.568	91.808	260	30,35	2,83
NRO CASI CLASSE 81 - 90	6.962	79.308	207	29,73	2,61
NRO CASI CLASSE >90	1.408	15.596	19	13,49	1,22
<b>TOTALE</b>	<b>40.340</b>	<b>362.443</b>	<b>731</b>	<b>18,12</b>	<b>2,02</b>

Apparentemente la proporzione delle cadute per episodio di ricovero aumenta con regolarità fino ai 90 anni, tale andamento è in realtà spiegato dalla lettura dell'incidenza cadute per giornate di degenza, che si stabilizza dopo i 60 anni, probabilmente in relazione al fatto che i soggetti più anziani tendono ad avere degenze di durata superiore rispetto ai più giovani. L'andamento delle cadute per fascia di età risulta simile a quello dell'anno precedente, la variazione più significativa è rappresentata dal dato nella fascia di età ≤20, caratterizzata da percentuale cadute/ricoveri e per 1000 gg degenza rispettivamente pari a 0,42 e 0,09 nel 2016 contro 2,79 e 0,56 nel 2017. Le fasce di età nelle quali si riscontra la maggior frequenza di cadute sono quelle comprese tra 71-80 anni e 81-90 anni.

## Distribuzione delle cadute per fasce orarie

La maggior parte delle cadute relative all'anno 2017 si sono verificate tra l'una del mattino e le due del pomeriggio, risultando costante la frequenza di cadute/fascia oraria  $\geq 31$  in questo intervallo di tempo. Il dato risulta parzialmente in linea con la letteratura scientifica, secondo la quale la maggior parte delle cadute in ambiente ospedaliero si verifica durante la notte. Nel nostro Istituto, le due fasce orarie in cui si è verificato il numero più elevato di eventi sono quella tra le nove e le dieci e tra le dieci e le undici del mattino. Nel 2016, l'andamento delle cadute presentava due picchi, il primo fra le sette e le otto del mattino e il secondo tra le dieci e le undici.

**Fascia oraria 9 – 10.** Le 42 cadute avvenute in questa fascia oraria sono state caratterizzate dalle seguenti azioni:

Descrizione azione al momento della caduta	Frequenza
MENTRE CAMMINAVA	8
MENTRE PROCEDEVA IGIENE PERSONALE, SI VESTIVA SVESTIVA, USAVA WC	8
SCENDEVA DAL/SALIVA NEL LETTO	7
MENTRE STAVA RAGGIUNGENDO: OGGETTO O CAMPANELLO DI CHIAMATA	6
MENTRE SI TRASFERIVA DA O VERSO SEDIA/POLTRONA/CARROZZINA/COMODA	4
NON DETERMINABILE	3
MENTRE ERA IN ATTESA BARELLATO	2
MENTRE ERA SOTTOPOSTO A MOVIMENTAZIONE DA PARTE DEL PERSONALE	1
MENTRE CAMBIAVA POSIZIONE NEL LETTO SENZA SPONDINE	1
Missing	2
Totale	42

Apparentemente la proporzione delle cadute per episodio di ricovero aumenta con regolarità fino ai 90 anni, tale andamento è in realtà spiegato dalla lettura dell'incidenza cadute per giornate di degenza, che si stabilizza dopo i 60 anni, probabilmente in relazione al fatto che i soggetti più anziani tendono ad avere degenze di durata superiore rispetto ai più giovani. L'andamento delle cadute per fascia di età risulta simile a quello dell'anno precedente, la variazione più significativa è rappresentata dal dato nella fascia di età  $\leq 20$ , caratterizzata da percentuale cadute/ricoveri e per 1000 gg degenza rispettivamente pari a 0,42 e 0,09 nel 2016 contro 2,79 e 0,56 nel 2017. Le fasce di età nelle quali si riscontra la maggior frequenza di cadute sono quelle comprese tra 71-80 anni e 81-90 anni.

La maggior parte delle cadute avvenute dalle nove alle dieci si sono verificate durante la deambulazione e durante l'igiene personale rispetto alla quale sembrerebbe importante che, per le persone con livelli di autonomia conservati e in fasce d'età superiori ai 65 anni, vengano offerte informazioni e supporto dal personale di reparto. Inoltre, un numero rilevante di cadute si è verificato durante il trasferimento dal letto e/o da altri supporti.

**Fascia oraria 10 – 11.** Le 41 cadute avvenute in questa fascia oraria sono state caratterizzate dalle seguenti azioni:

Descrizione azione al momento della caduta	Frequenza
MENTRE CAMMINAVA	9
MENTRE SI TRASFERIVA DA O VERSO SEDIA/POLTRONA/CARROZZINA/COMODA	8
MENTRE PROCEDEVA IGIENE PERSONALE, SI VESTIVA SVESTIVA, USAVA WC	7
MENTRE STAVA RAGGIUNGENDO: OGGETTO O CAMPANELLO DI CHIAMATA	5
SCENDEVA DAL/SALIVA NEL LETTO	4
NON DETERMINABILE	3
MENTRE CAMBIAVA POSIZIONE NEL LETTO SENZA SPONDINE	2
MENTRE ERA IN ATTESA BARELLATO	1
Missing	2
Totale	41

L'evento caratteristico di questa fascia oraria è rappresentato dalla movimentazione dei pazienti per l'effettuazione di esami diagnostici o procedure terapeutiche. Il primato delle azioni che si accompagnano alle cadute di questa fascia oraria è rappresentato dalla deam-

bulazione, seguita dal trasferimento da o verso supporti e dall'igiene personale. È quindi necessario individuare anche per queste categorie di pazienti e in questa fascia oraria azioni di miglioramento *ad hoc*.

### Luogo dell'evento

La maggior parte delle cadute si sono verificate in camera (498; 68,1%), in bagno (124; 17%) e negli spazi comuni (95; 13%), in accordo con quanto riportato in letteratura.

### I Familiari, care givers

Il dato relativo alla presenza o meno dei care givers al momento della caduta rimane sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente. Gli orari di accesso alle corsie da parte dei familiari previsti dalla Carta dei servizi sono, nei giorni feriali, dalle 13 alle 14 e 30 e dalle 18 alle 20 e, come si può evincere dalla lettura del grafico a barre precedente (2.1 Distribuzione delle cadute per fasce orarie), soprattutto per quanto riguarda la seconda fascia oraria, la frequenza di cadute risulta nettamente più bassa rispetto a quella delle altre fasce orarie diurne.

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

La valutazione della persona al momento della presa in carico rappresenta un intervento primario per la prevenzione della cadute, determinando la possibilità di individuare i pazienti a rischio e quindi di adottare misure di prevenzione adeguate nei loro confronti. Dall'analisi delle schede di segnalazione relative all'anno 2017 è emerso che nel 37% degli eventi caduta era stata applicata una scala di valutazione del rischio di cadute che, nel nostro Istituto, è generalmente rappresentata dalla scala di Conley. Per quanto riguarda questo campo della Scheda di Segnalazione, si rileva una mancata compilazione nel 34% dei casi. Valori  $\geq 2$  risultanti dall'applicazione della Scala di Conley indicano un aumentato rischio di caduta e dovrebbero determinare l'adozione di misure preventive specifiche da parte del personale sanitario. Della popolazione di pazienti ai quali era stata applicata la scala di Conley (270 pazienti), 128 (47%) avevano un rischio  $\geq 2$ . In considerazione di come è strutturata la scheda di segnalazione, si ritiene utile considerare anche i casi segnalati come Conley  $\geq 2$  ma con dato mancante nel campo "applicazione scala". Il numero di pazienti a rischio aumenta a 192, che corrisponde al 71,1% (192/270).

Inoltre, il 9% dei pazienti caduti presentavano almeno una caduta avvenuta nel ricovero indice precedentemente alla caduta oggetto della segnalazione. Questo dato, unitamente alla valutazione delle scale di misurazione del rischio di caduta, rende ragione dell'oggettiva prevedibilità dell'evento registrato. Si registra inoltre che nel 39% dei casi questo campo della scheda di segnalazione non è compilato adeguatamente. Infatti, considerando univocamente i pazienti, il numero di cadute passa da 731 a 617, il che significa che il 15,6% delle cadute è ripetuto e quindi la mancata o errata compilazione del campo "Precedenti cadute nel ricovero" determina una sottostima relativamente a questo dato.

### Modalità della caduta

Lo scivolamento rappresenta la modalità più frequente con cui sono avvenute le cadute, sia nell'anno 2017 che nell'anno 2016. Resta invariata la necessità di una più attenta informazione ai pazienti relativamente alle calzature da indossare durante la degenza, nonché alle

prescrizioni necessarie durante il lavaggio dei pavimenti da parte della ditta delle pulizie. La grande maggioranza delle cadute si è verificata quando il paziente eseguiva attività in autonomia. Questo deve far aumentare il livello di attenzione del personale e incrementare l'informazione al paziente sui rischi di caduta durante la vita di reparto.

### Effetti della caduta.

La maggior parte (59%) delle cadute registrate non ha presentato conseguenze, tuttavia, tra quelle verificatesi, le contusioni (51%) sono le più rappresentate, seguite dalle ferite (24%). Nella tabella sottostante sono descritte le principali sedi a carico delle quali si sono verificate le sospette fratture, che rappresentano il 6% sul totale delle lesioni.

<b>SEDI</b>	<b>n°</b>
AVAMBRACCIO DX	1
DOLORE AL BACINO DX	1
FEMORE DX	3
FEMORE SINISTRO	2
GINOCCHIO DX	1
OSSA NASALI	5
SOSPETTA SCOMPOSIZIONE DI PREGRESSA INFRAZIONE GINOCCHIO DX	1
SPALLA DX	1
SPALLA SINISTRA	1
TRAUMA AL BACINO	1

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

<b>Tipo di richiesta relativa alla caduta</b>	<b>Numero cadute</b>
Radiografie	176
Consulenze specialistiche	37
Visita PS	15

### Fattori di rischio

L'ultima sezione della scheda analizza i possibili fattori che espongono il paziente a un aumentato rischio di caduta e l'esito della caduta stessa.

### Fattori di rischio legati alla terapia in atto

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

Farmaci in Terapia	Numero cadute
Cardiologici	259
Psicofarmaci	238
Diuretici	182
Più di 4 farmaci	333
Almeno uno dei precedenti	518
Nessun farmaco	78

Delle 731 cadute che si sono realizzate nel setting “ricovero ordinario”, 518 si sono realizzate in pazienti che associavano almeno uno dei fattori di rischio enunciati. Di questi, 259 erano in terapia con Farmaci Cardiologici, 238 con Psicofarmaci, 182 con Diuretici e 333 in politerapia con più di 4 farmaci. Solamente 78 pazienti non avevano alcuna terapia in atto.

### Fattori di rischio legati alle condizioni del paziente

Nella tabella successiva sono illustrati i fattori di rischio legati alle condizioni del paziente monitorati e indicati nella Scheda di Segnalazione e le loro frequenze tra i pazienti che sono andati incontro a caduta. La già citata Raccomandazione Ministeriale in materia di cadute sottolinea la necessità di una particolare vigilanza nei pazienti che presentano i fattori di rischio citati.

Deficit Rilevati	Numero cadute
Cognitivi	152
Visivi	19
Motori	264
Nutrizionali	49
Almeno uno dei precedenti	355

### Esiti

Gli esiti delle cadute registrate sono riportati in tabella.

Esito	Numero cadute
EVENTO SENZA DANNO ATTUALE	521
DANNO LIEVE (PROGNOSI INFERIORE/UGUALE A 3 GG)	113
DANNO MEDIO (PROGNOSI DA 4 A 30 GG)	48
DANNO SEVERO/TRAUMA MAGGIORE (PROGNOSI OLTRE I 30 GG)	13
MISSING	36
Totale	731

Su un totale di 731 cadute, 15 hanno comportato un prolungamento della durata della degenza, mentre in 4 casi si è verificato il decesso. Tra questi ultimi, solo in un caso il campo “data di decesso” della scheda di segnalazione era correttamente compilato. I 4 decessi citati sono avvenuti nel ricovero della caduta indice e dalla verifica documentale per definire l’eventuale nesso di causalità tra cadute e decesso è emerso che in 3 casi su 4 non c’era evidenza della presenza di tale relazione, mentre nel caso restante non è stato possibile dirimerlo.

## Conclusioni e Azioni di Miglioramento

Dall'analisi descrittiva emerge che i dati relativi alle cadute in Istituto sono coerenti con quanto riportato in letteratura, sia per quanto riguarda i fattori di rischio legati al paziente, sia per quanto riguarda il luogo e le modalità con cui si verificano gli eventi. Sia nel 2017 che nel 2016, la maggior parte degli eventi rilevati si è verificata nella fascia di età 71-90 anni, coerentemente con la letteratura scientifica e l'OMS, secondo cui la frequenza di cadute aumenta all'aumentare dell'età, soprattutto al di sopra dei 70 anni. Inoltre, l'analisi dei dati relativi al 2017 conferma quanto già rilevato nell'anno precedente: nel nostro Istituto c'è una maggiore frequenza di cadute tra i pazienti di sesso maschile, indipendentemente dall'età. Per quanto riguarda la distribuzione per tipologia di Area Funzionale Omogenea, la maggiore frequenza di cadute si rileva nell'AFO della Riabilitazione (56,19 ‰ cadute/ricoveri e 3,00 ‰ cadute/1000 gg di degenza) e nell'AFO Medica (25,33 ‰ cadute/ricoveri e 2,33‰ cadute/1000 gg degenza).

Per quanto riguarda le condizioni ambientali, la presenza di letti disarticolati e a massima movimentazione verso il pavimento rappresenta un fattore protettivo per il verificarsi dell'evento caduta e, a questo proposito, al Policlinico è in corso il Piano triennale 2018-2020 per l'acquisizione di un totale di 640 letti elettrici ad altezza variabile (eccetto per le strutture SPDC e Clinica Psichiatrica che, per motivi di sicurezza, saranno dotate di letti di tipo meccanico). In particolare, nel corso del 2018, è prevista la consegna dei primi 316 nuovi presidi nelle seguenti UU.OO: U.O. ORTOPEDIA E TRAUMAT. D'URGENZA, CENTRI ICTUS OSPEDALE+UNIVERSITA', U.O. MEDICINA D'URGENZA, U.O. CLINICA ORTOPEDICA, U.O. CLINICA MEDICINA INTERNA, U.O. CLINICA MEDICINA INTERNA 2, U.O. MEDICINA D'URGENZA, S.S.DIP. CURE INTERMEDIE E REP. DETENUTI, U.O. CARDIOLOGIA, CLINICA MALATTIE CARDIOVASCOLARI, U.O. PNEUMOLOGIA, U.O. CLINICA MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI, NEURO-RIABILITAZIONE-DEGENZA, U.O. S.P.D.C., U.O. CLINICA PSICHIATRICA.

Per quanto riguarda la diffusione di adeguate informazioni, è stata pubblicata (ottobre 2017) la revisione del pieghevole destinato agli utenti "Preveniamo le cadute in Ospedale" e, in tutte le unità operative, sono stati affissi cartelli in formato A3 "Preveniamo le cadute in Ospedale - Consigli per assistiti e familiari".

Dall'analisi dei dati, emerge la necessità di sensibilizzare il personale sanitario sull'adozione delle specifiche azioni indicate nell'Istruzione Operativa Aziendale IOAZHQA\_0018 (aggiornata al 26/03/2018), da mettere in atto alla presa in carico di ogni paziente, soprattutto quando a rischio di caduta  $\geq 2$  secondo la scala di Conley e, in generale, quando sono presenti fattori che predispongano il paziente a un aumentato rischio.

In data 26/03/2018 è stata revisionata inoltre l'Istruzione Operativa IOAZHOR\_0073 che ha lo scopo di fornire indicazioni a tutti gli operatori sanitari del Policlinico per ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione e/o la durata della loro applicazione ed eventualmente renderne appropriato l'utilizzo - aumentare l'adozione di misure alternative di efficacia provata - ridurre gli eventuali eventi avversi correlati al loro uso - definire le situazioni da non considerare come atti contenitivi.

Inoltre, appare opportuno informare il personale sanitario sull'importanza della compilazione puntuale e completa della scheda di segnalazione, allo scopo di poter basare l'analisi degli eventi su dati completi e attendibili.

Gli elementi sopra citati dovranno essere presi in considerazione da un gruppo di lavoro aziendale che, partendo dalle indicazioni sopra riportate, produca Istruzioni Operative e ogni

<p><b>G4.3</b> <b>Misurazione</b> <b>Lesioni da</b> <b>Pressione</b> <b>(LDP)</b></p>	<p>altro sussidio necessario a prevenire l'evento caduta e corsi di formazione obbligatoria a tutto il personale medico e infermieristico, in particolare in area Riabilitativa e Medica. Si propone al riguardo un gruppo di lavoro che veda coinvolto il Dipartimento Medicina interna generale e specialistica, la Struttura di riabilitazione, l'Unità Operativa Direzione e Gestione delle Professioni Sanitarie, l'U.O. Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera e l'U.O. Gestione del Rischio clinico, Qualità, Accreditamento e URP.</p> <p>Allegato: <a href="#">Il Report Cadute 2017</a></p> <p>La misurazione delle Lesioni da Pressione è effettuata mediante la "Scheda di sorveglianza lesioni da decubito" MODAZHPS_0016 (Rev.4 del 16/06/2017). La gestione della scheda di sorveglianza è descritta nella relativa istruzione operativa IOAZHPS_0024 (Rev.1 del 16/06/2017). Nel 2018 è stato revisionato il documento "Schema trattamento lesioni da Decubito" MODAZHPS_0011 (Rev2 del 15/03/2018).</p> <p>Da luglio 2017 la raccolta dati è stata strutturata mediante l'utilizzo di un software dedicato, che permette una più facile interrogazione del sistema.</p> <p>Le schede di segnalazione ricevute relative al periodo di osservazione compreso tra il <b>01/06/2017 ed il 31/05/2018, sono 373</b> delle quali 43 rilevate nella struttura di Hospice che non rientra nel setting assistenziale dei ricoveri ordinari.</p> <p>Il calcolo del tasso di lesioni da decubito è stato realizzato sulla popolazione dei soli ricoveri ordinari e riabilitativi (330) e per le lesioni che sono state segnalate in questi setting assistenziali (al netto quindi delle 43 verificatisi in Hospice).</p> <p>E' in corso l'analisi relativa alle lesioni da decubito per Area Funzionale Omogenea (AFO), genere, età.</p> <p>All'interno del Policlinico è attivo il "nucleo operativo permanente Lesioni Cutanee" nell'ambito delle attività della Clinica Dermatologica.</p> <p>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.</p> <p>Allegati:</p> <p><a href="#">MODAZHPS_0016</a> Rev.4 del 16/06/2017 "Scheda di sorveglianza lesioni da decubito"</p> <p><a href="#">IOAZHPS_0024</a> Rev.1 del 16/06/2017 "Modalità di compilazione e gestione della Scheda di sorveglianza lesioni da decubito"</p> <p><a href="#">MODAZHPS_0011</a> Rev2 del 15/03/2018 "Schema trattamento lesioni da Decubito"</p> <p><a href="#">Pieghevole "AMBULATORIO A GESTIONE INFERMIERISTICA ULCERE CUTANEE COMPLESSE PADIGLIONE DERMATOLOGIA SOCIALE PIANO TERRA"</a></p>
<p><b>4.4</b> <b>Segnalazione</b> <b>microrganismi</b> <b>Alert</b> <b>infezioni da</b> <b>parte del CIO</b> <b>(Comitato</b> <b>Infezioni</b> <b>Ospedaliere)</b></p>	<p>➤ <b>Sorveglianza dei microrganismi alert presso l'Ospedale Policlinico San Martino</b></p> <p><b>Introduzione e scopo della sorveglianza.</b></p> <p>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 epidemi-</p>

co, 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 alla 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 2017, sono stati rilevati 4912 isolamenti di microrganismi sentinella. I microrganismi più frequentemente isolati sono risultati: *Klebsiella pneumoniae* (n= 1585; 32,3%), *Pseudomonas aeruginosa* MDR (n=1083, 22,0%), *Escherichia coli* (n=716, 14,6%) e MRSA (n= 630, 12,8%). In generale, dal confronto con i dati ottenuti dal 2012, è emersa una rilevante riduzione degli isolamenti di *Acinetobacter baumannii* MDR e di *Pseudomonas aeruginosa* 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 e del 2017.

#### **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.

#### ➤ **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.**

L'emergenza sullo scenario epidemiologico di batteri resistenti agli antibiotici rappresenta un importante problema di sanità pubblica internazionale, in particolare la diffusione 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 stati analizzati, a partire dal 1 Gennaio 2008, i dati relativi alle BSI confermate in laboratorio 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 2008, sono state rilevate 576 BSI sostenute da *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi acquisite in ambiente ospedaliero. Stratificando il dato per area specialistica di ricovero, è emerso che oltre la metà (n=302) delle BSI sono state diagnosticate in un reparto di terapia intensiva, dato sovrapponibile a quanto riportato nella letteratura scientifica internazionale. L'incidenza complessiva di BSI sostenuta da *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi per 10.000 giorni paziente, stratificata per anno di studio, è risultata pari a 0 nel 2008, 0.83 nel 2009, 1.14 nel 2010, 1.38 nel 2011, 1.89 nel 2012, 1.54 nel 2013, 1.72 nel 2014, 2.12 nel 2015, 1.11 nel 2016, e 0.89 nel 2017.

**Conclusioni.** Come già evidenziato da numerosi studi nazionali ed internazionali, a partire dal 2008 l'incidenza di BSI sostenute da *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi è aumentata significativamente, raggiungendo il picco d'incidenza nel 2015. Negli ultimi due anni, grazie alle misure di controllo messe in atto, si è invece osservato un trend in diminuzione.

#### ➤ **Progetto “DRIVE 2018 - Studio di coorte negli operatori sanitari per misurare l'effectiveness del vaccino antinfluenzale”**

L'influenza ha un importante impatto sulla salute pubblica. Si stima che ogni anno sia responsabile di circa 50 milioni di casi di malattia e da 15.000 a 70.000 morti nella regione EU/EEA, nonostante una notevole variazione tra stagioni influenzali e a seconda della metodologia usata. La vaccinazione è considerata il mezzo più efficace per la prevenzione della malattia e delle sue complicanze e l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha stabilito come obiettivo di copertura vaccinale almeno il 75% nella popolazione anziana e tra i gruppi a rischio.

Il presente progetto si propone di misurare l'effectiveness dei vaccini antinfluenzali stagionali per tipo e marchio nel prevenire i casi di influenza confermati in laboratorio durante la stagione influenzale 2018-2019 e rientra nel progetto europeo DRIVE per la stagione 2018-2019.

Il progetto consiste in uno studio di coorte osservazionale basato sulla popolazione (coorte di interesse → operatori sanitari): lo studio di coorte includerà gli operatori sanitari di due ospedali italiani, in particolare l'Ospedale Policlinico San Martino di Genova e la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Lo studio sarà coordinato dal Centro Interuniversitario di Ricerca sull'Influenza e altre Infezioni Trasmissibili (CIRI-IT), del Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Genova, in collaborazione con l'U.O. Igiene dell'Ospedale Policlinico San Martino di Genova.

La coorte in studio includerà gli operatori sanitari eleggibili per l'esposizione definita, cioè operatori sanitari in servizio prima dell'inizio del follow-up; saranno raccolti i dati di esposizione (cioè lo stato di vaccinazione per influenza e marchio del vaccino), gli outcomes definiti, ovvero gli episodi di influenza confermata in laboratorio attraverso l'analisi di tamponi oro-faringei, e un set di dati relativi alle condizioni cliniche del soggetto arruolato, oltre che ai principali fattori potenziali confondenti e gli effetti modificatori che possano essere recuperati in modo affidabile. La coorte sarà seguita dalla 42esima settimana del 2018 alla

17esima settimana del 2019. L'effectiveness del vaccino antinfluenzale sarà misurata secondo la classica formula  $VE = (1 - RR) \times 100\%$ , dove RR è il rischio relativo (rischio di probabilità) o tasso di incidenza dell'outcome per gli individui vaccinati rispetto ai soggetti non vaccinati. Come raccomandato dal protocollo DRIVE, la coorte in studio sarà molto numerosa. Poiché nella popolazione di riferimento, la copertura del vaccino anti-influenzale è storicamente bassa (circa il 20%), più di 4000 operatori sanitari saranno seguiti nel tempo. Per incrementare le coperture vaccinali, saranno messe in atto strategie di sensibilizzazione adeguate.

➤ **Monitoraggio del Servizio di Ristorazione Degenti, Dipendenti ed Autorizzati**

L'Ospedale Policlinico San Martino ha affidato il Servizio di Ristorazione in outsourcing. Il Servizio Ristorazione è rivolto a Degenti, Dipendenti ed Autorizzati. L'U.O. Igiene si occupa del monitoraggio e della valutazione delle prestazioni erogate dalla Ditta vincitrice d'appalto, secondo quanto stabilito dal Capitolato Speciale d'appalto e dalla normativa HACCP. Tale monitoraggio avviene attraverso la compilazione di check-list elaborate, e condivise con la ditta appaltatrice, relative a centro cottura e preparazione dei pasti, centro stoccaggio e mensa aziendale, bar e piccola ristorazione. Questo nel 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). I controlli effettuati dall'U.O. Igiene, attraverso le check-list condivise con la ditta vincitrice d'appalto, mostrano un andamento complessivamente positivo, i cui dati sono visibili presso l'UO stessa. Le osservazioni effettuate attraverso la compilazione delle diverse check-list, relative all'anno 2017, mostrano una conformità delle schede maggiore del 90%. L'attività è finalizzata a garantire il rispetto degli standard igienici previsti dalle leggi vigenti e dalle specifiche tecniche relative all'igiene degli alimenti, attraverso il monitoraggio e la valutazione delle prestazioni erogate dalla ditta vincitrice d'appalto per il Servizio di Ristorazione Degenti, Dipendenti ed Autorizzati, secondo quanto stabilito dal capitolato speciale. L'attività di monitoraggio e valutazione delle prestazioni erogate dalla ditta vincitrice d'appalto per il Servizio di Ristorazione Degenti, Dipendenti ed Autorizzati è quotidiana durante tutto il corso dell'anno e registrata su apposite

- Check List: Check-list Centro cottura e preparazione dei pasti (MODU76\_0014)
- Check-list Centro Stoccaggio e Mensa Aziendale (MODU76\_0015)
- Check-list Bar e Piccola ristorazione (MODU76\_0016).

I controlli effettuati dall'U.O. Igiene, attraverso le check-list condivise con la ditta vincitrice d'appalto, mostrano un andamento complessivamente positivo, i cui dati sono visibili presso l'U.O. stessa. I risultati dell'attività di monitoraggio e valutazione sono contenuti nel documento di Riesame annuale dell'U.O. Igiene e vengono presentati nell'ambito di corsi di formazione residenziale aziendale organizzati dall'U.O. Igiene e rivolti agli operatori dell'Ospedale Policlinico San Martino.

➤ **Monitoraggio del Servizio di Sterilizzazione**

L'Ospedale Policlinico San Martino ha affidato il Servizio di Sterilizzazione in outsourcing. Il servizio avviene in modalità integrata e centralizzata. Al fine di monitorare tutte le varie fasi del processo, sono state predisposte delle istruzioni operative sia da parte della Ditta appaltante sia da parte dell'Ospedale. Il monitoraggio e la valutazione dello svolgimento del servi-

zio avvengono attraverso delle schede predisposte e condivise, con riferimento ad una serie di indicatori previsti dal Capitolato in essere. I risultati del monitoraggio del Servizio sono disponibili presso l'U.O. Igiene e mostrano complessivamente un andamento positivo. Nello specifico, il monitoraggio della scheda di rilevazione della qualità del Servizio Sterilizzazione, relativa all'anno 2017, mostra una conformità del 99%.

L'attività è finalizzata a 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. Il monitoraggio e la valutazione quali-quantitativi delle prestazioni erogate dalla Ditta per il Servizio di Sterilizzazione avviene attraverso l'utilizzo della scheda di rilevazione della qualità del Servizio Sterilizzazione, inviata dai Coordinatori con cadenza mensile, secondo una serie di indicatori previsti dal Capitolato in essere. Gli strumenti di monitoraggio e valutazione sono pertanto: Scheda di rilevazione della qualità del Servizio Sterilizzazione (MODAZU76\_0129)- Controllo delle convalide, dei Test di Bowie-Dick, degli Helix Test, test del vuoto e delle prove biologiche (disponibili presso la Responsabile della Centrale di Sterilizzazione e consultabili su richiesta). L'attività di monitoraggio e valutazione delle prestazioni erogate dalla ditta vincitrice d'appalto per il Servizio di Sterilizzazione è quotidiana e avviene durante tutto il corso dell'anno. I risultati del monitoraggio e valutazione sono contenuti nel documento di Riesame annuale dell'UO Igiene e vengono presentati nell'ambito di corsi di formazione residenziale aziendale organizzati dall'UO Igiene e rivolti agli operatori dell'Ospedale Policlinico San Martino.

#### ➤ **Monitoraggio del Servizio di Raccolta e Smaltimento dei Rifiuti**

L'Ospedale Policlinico San Martino ha affidato il servizio di raccolta e smaltimento rifiuti in outsourcing; poiché diverse sono le tipologie di rifiuto prodotte, diversi sono gli appalti presenti. Al fine di fornire indicazioni pratiche ed univoche al personale sanitario, sono state elaborate delle Linee Guida sulla corretta raccolta e smaltimento dei rifiuti, reperibili nella Intranet aziendale.

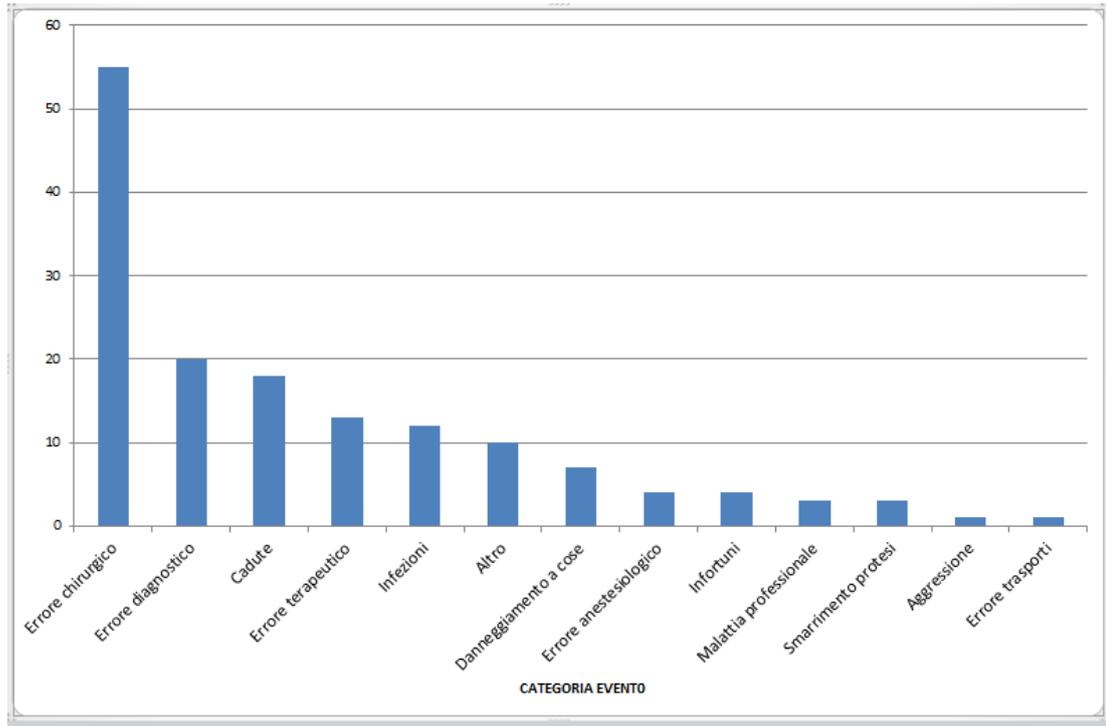
L'U.O. Igiene, in ottemperanza alla normativa vigente, esplica tutte le funzioni inerenti la gestione rifiuti. Fra i controlli effettuati vi è ad esempio la tracciabilità dei rifiuti, attraverso un doppio binario, cartaceo e informatico, il controllo quali-quantitativo dell'idoneità degli imballaggi, la verifica dell'applicazione della normativa ADR sui rifiuti pericolosi.

I risultati del monitoraggio del Servizio sono disponibili presso l'U.O. Igiene. Nello specifico della valutazione del servizio relativo ai rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, relativa all'anno 2017, essa mostra un andamento positivo, con una conformità vicina al 100%. Tutti i dati relativi allo smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo (rischio chimico) e ai rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo sono raccolti e disponibili presso l'U.O. Igiene. L'attività è finalizzata a garantire la tracciabilità dei rifiuti secondo il doppio binario, cartaceo (formulari e registro di carico-scarico) e informatico (compilazione SISTRI) ed alla compilazione annuale del MUD (Modello Unico Dichiarazione Rifiuti), come previsto dalla normativa vigente. I formulari relativi a ciascuna tipologia di rifiuto vengono conservati, come previsto, presso l'U.O. Igiene e caricati nei registri di carico-scarico, diversi a seconda delle tipologie di rifiuti. La valutazione del servizio relativo ai rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo avviene tramite modulo aziendale, che è compilato mensilmente dal Coordinatore di U.O. Il monitoraggio e valutazione delle prestazioni erogate dalla ditta vincitrice

	<p>d'appalto per il Servizio di Raccolta e Smaltimento dei Rifiuti è quotidiana e avviene durante tutto il corso dell'anno. I risultati dell'attività di monitoraggio e valutazione sono contenuti nel documento di Riesame annuale dell'U.O. Igiene e vengono presentati nell'ambito di corsi di formazione residenziale aziendale organizzati dall'U.O. Igiene e rivolti agli operatori dell'Ospedale Policlinico San Martino.</p>
<p><b>G5 Eventi sentinella</b></p>	<p>Nel contesto del Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella, il Ministero definisce evento sentinella un "evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.</p> <p>Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione".</p> <p>Il Policlinico ha recepito nel 2017 il Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella del Ministero della Salute (Luglio 2009), redigendo ed implementando una procedura aziendale per la gestione di eventi Sentinella e contestuale segnalazione all'Osservatorio Nazionale, mediante il sistema SIMES. Le modalità operative sono descritte nell'Istruzione Operativa IOAZHQA_0708 (Rev.1 del 04/10/2018) 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. Il referente dell'UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP informato dell'evento avverso, avvia immediatamente un'indagine per stabilire se l'evento avverso soddisfa i criteri per essere definito evento sentinella.</p> <p>Tutti i casi vengono posti all'attenzione del Risk Manager ed il Team Integrato di valutazione medico/infermiere provvede ad avviare l'analisi ritenuta più opportuna per il caso in questione (Audit, Incontri, Significant Event Analysis, Root Cause Analysis) al fine di raccogliere elementi, fattori causali o concomitanti sull'evento e successive possibili soluzioni che dovranno essere formalizzate in Azioni di miglioramento dei processi aziendali. Nel caso in cui tali Azioni abbiano un impatto in termini di risorse aggiuntive, l'intero percorso di definizione e progettazione verrà trasferito alla Direzione Strategica dell'Istituto per ottenere l'approvazione alla sua implementazione.</p> <p>Per ogni Azioni di miglioramento verrà identificato il Coordinatore/Responsabile della realizzazione e del cronogramma delle attività.</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/CARMI nA ed Eventi formativi aziendali. Inoltre le Azioni di miglioramento vengono pubblicate nel sito Intranet/Rischio Clinico/Azioni di Miglioramento/ da S.E.A.</p> <p>Il Risk Manager del Policlinico in collaborazione con il Coordinatore Regionale dei Trapianti, nel 2018 ha effettuato incontri con i professionisti, sia per la gestione degli Eventi Sentinella che si sono verificati (analisi con metodo Root Cause Analysis), sia per sensibilizzare il personale e richiamare maggiormente l'attenzione sulle azioni che si compiono. Il Risk Manager, in sede di Comitato di Dipartimento degli 11 Dipartimenti in cui è strutturato il Policlinico, ha condiviso con i Direttori delle unità operative afferenti ai singoli dipartimenti, quanto accaduto nel Policlinico nei mesi di ottobre e novembre 2018. Ha invitato tutti a riflettere sui comportamenti che hanno portato al verificarsi di gravi eventi avversi, che si configurano</p>

<p><b>G5.1. Misurazione eventi sentinella</b></p>	<p>come eventi sentinella ascrivibili ad un mancato doppio controllo. A tale scopo il Risk Manager ha ritenuto necessario focalizzare l'attenzione sulle azioni, sui comportamenti e sull'esigenza che questi siano aderenti a quanto previsto dalla IOAZH78_0142 "Identificazione certa del paziente alla trasfusione" (Rev. 3 del 25/11/2016), dalla Raccomandazione N.3(marzo 2008) "Per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura", dalla Raccomandazione N.5(marzo 2008) "Per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO".</p> <p>Allegati: <a href="#">IOAZHQA 0708</a> Recepimento del Protocollo Ministeriale per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella - <a href="#">MODAZHQA 0708</a> Scheda segnalazione evento sentinella - Verbali incontri Comitato di Dipartimento</p> <p>Nel 2018 sono stati registrati sul software del Ministero, SIMES, un totale di 22 Eventi Sentinella, di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 19 Cadute del paziente, con danno grave</li> <li>• 1 procedura errata su paziente corretto (infusione sacca cellule staminali)</li> <li>• 1 aggressione al personale</li> <li>• 1 smarrimento di campione anatomico</li> </ul>
<p><b>G6 Gestione sinistri</b></p> <p><b>G6.1. Misurazione sinistri</b></p>	<p>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).</p> <p>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.</p> <p>Nel 2018 il numero dei sinistri è stato di 151. La tipologia di sinistri è articolata come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Errore chirurgico: 55</li> <li>• Errore diagnostico: 20</li> <li>• Cadute: 18</li> <li>• Errore terapeutico: 13</li> <li>• Infezioni: 12</li> <li>• Altro: 10</li> <li>• Danneggiamento a cose: 7</li> <li>• Errore anestesilogico: 4</li> <li>• Infortuni: 4</li> <li>• Malattia Professionale: 3</li> <li>• Smarrimento protesi: 3</li> <li>• Aggressione: 1</li> <li>• Errore Trasporti: 1</li> </ul>

## Sinistri Anno 2018



## 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><u>PIANO DELLA COMUNICAZIONE PER IL 2019-2020</u></b></p> <p>Il Policlinico, con <a href="#">Delibera Direzione Generale N.1751</a> del 12/12/2018, ha approvato il Piano della Comunicazione per il 2019-2020 in cui si prevede per i prossimi due anni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• la revisione degli strumenti di comunicazione attuali</li><li>• la sperimentazione di nuovi modelli</li><li>• l'avvio e coordinamento di nuove iniziative di comunicazione mirate</li><li>• la creazione di alleanze istituzionali e mediatiche</li><li>• l'implementazione della comunicazione interna tra la direzione e i professionisti.</li></ul> <p>Allegato: <a href="#">Delibera D.G. 1751 del 12/12/2018 Piano della Comunicazione per il 2019-2020</a></p> <p>➤ <b><u>L'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP)</u></b></p> <p>L'URP è il canale istituzionale di comunicazione tra il Policlinico e i pazienti ed i loro familiari, in quanto svolge e garantisce la funzione di accoglienza relativa all'informazione riguardo l'accesso alle prestazioni e le modalità di erogazione delle stesse. Il personale dell'URP fornisce informazioni all'utenza, in armonia con il principio di partecipazione, sviluppando in modo esauriente le informazioni sulle procedure di attuazione del diritto di accesso e di partecipazione. L'URP riceve le osservazioni, le opposizioni o i reclami, predisporre gli atti necessari alla formulazione delle risposte al cittadino riguardo i reclami ricevuti, avvalendosi delle informazioni che emergono dall'istruttoria, che si avvia al fine di acquisire tutti gli elementi utili, quali relazioni o pareri dei Responsabili delle UU.OO. e di uffici interessati dal reclamo stesso. L'URP fornisce parere al Direttore Generale o al Direttore Sanitario per la definizione di adeguati provvedimenti e risposte ai reclami che non si prestino all'immediata e rapida definizione. I reclami/suggerimenti/elogi sono registrati su supporto informatico aziendale, secondo una classificazione condivisa all'interno della rete regionale degli URP al fine di un monitoraggio continuo. Nei casi di reclami che non si siano risolti secondo il percorso di prima istruttoria, per segnalazioni di disservizio pervenute tramite le Associazioni di Volontariato o Organismi di Tutela o su parere del Direttore Sanitario, l'URP ha facoltà di convocare la Commissione Mista Conciliativa, per la discussione del caso. L'URP garantisce la comunicazione ed il coinvolgimento degli Organismi di Volontariato e di Tutela durante le attività e gli incontri con il Comitato Misto Consultivo. Attiva la procedura di riesame del reclamo innanzi al Difensore Civico Regionale, qualora l'utente si dichiari insoddisfatto dagli esiti prodotti in prima istanza. Aderisce al piano regionale di Comunicazione, Educazione e Promozione della Salute e segue le Linee guida fornite dalla Commissione Regionale, Settore Comunicazione, Ricerca e Sistemi Informativi. Promuove e realizza iniziative di comunicazione di pubblica utilità per assicurare la conoscenza di normative, strutture pubbliche e servizi erogati e l'informazione sui diritti dell'utenza nei rapporti con le amministrazioni. L'URP promuove la realizzazione di materiale informativo e divulgativo (pieghevoli, opuscoli, guide, informazioni utili) al fine di un miglioramento continuo delle informazioni ne-</p>
--	---

cessarie ai bisogni dell'utenza. Predispone inoltre l'aggiornamento e la revisione della Carta dei Servizi del Policlinico. Attua, mediante indagini periodiche di Customer Satisfaction, i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli stessi da parte degli utenti. L'URP è aperto al pubblico dal lunedì al venerdì. E' possibile comunicare con il personale dell'URP anche mediante e-mail: [urp@hsanmartino.it](mailto:urp@hsanmartino.it) o telefonicamente al 010/5554300. Nel corso del 2017 e del 2018 sono pervenuti all'URP:

	<b>2018 (da 01/01 a 31/10/2018)</b>	<b>2017 (da 01/01 a 31/12/2017)</b>
Reclami	457	456
Elogi	1007	1068
Suggerimenti	53	85

Allegati: [IOAZHQA\\_0604 Gestione WEB del MODAZHQA\\_603 - MODAZHQA\\_0603](#) Scheda di segnalazione - [IO\\_420 Gestione e valutazione del MODAZ 603](#)

➤ **SITO WEB DELL'OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO**

Il Policlinico si interfaccia con la cittadinanza e l'utenza sia attraverso l'attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, sia attraverso il sito web ([www.ospedalesanmartino.it](http://www.ospedalesanmartino.it)), in relazione al quale è in corso un intervento di revisione della Home page, sia dal punto di vista grafico che contenutistico, anche alla luce delle modifiche organizzative introdotte dal nuovo POA aziendale, che si perfezionerà nel 2019.

A gennaio 2017 gli utenti sono stati 67.918 unità, con 261.801 visualizzazioni di pagina, trend in linea con l'anno precedente, mantenutosi costante nell'arco dell'intera annualità e che ha raggiunto i 74.623 utenti a maggio, con 282.223 visualizzazioni.

Il numero di utenti che hanno visitato il sito nel corso del 2018 è risultato in sensibile aumento rispetto all'anno precedente, il che evidenzia una maggior fidelizzazione verso il Policlinico, oltre che un gradimento dei contenuti.

A gennaio 2018 il numero di utenti è stato quantificato in 66.111 unità, con 252.921 visualizzazioni, dato che a marzo ha raggiunto i 75.767 utenti, con 289.528 visualizzazioni e a maggio gli 81.526 utenti con 316.445 visualizzazioni.

➤ **DIFFUSIONE DI INFORMAZIONI SU MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI E GIORNATA EUROPEA DEGLI ANTIBIOTICI**

In occasione della Giornata Europea degli Antibiotici del 18 novembre, il Comitato per la lotta alle Infezioni Ospedaliere (CIO) del Policlinico, ha sensibilizzato il personale sanitario riguardo l'uso prudente degli antibiotici con la nota, diffusa nella rete Intranet aziendale, di cui si riporta parte del testo.

*[...Al fine di sostenere le campagne nazionali sull'uso prudente degli antibiotici, ogni anno, in tutta l'Europa, il giorno **18 novembre**, ricorre la **Giornata Europea degli Antibiotici** (European Antibiotic Awareness Day, EAAD), un'iniziativa per la salute europea coordinata dall'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control).*

*La resistenza agli antibiotici rappresenta una grave minaccia per la salute e la sicurezza dei pazienti in tutte le strutture sanitarie d'Europa e la comparsa di batteri resistenti a più classi di antibiotici è particolarmente preoccupante. Tale campagna si svolge attraverso una serie di strumenti, messaggi chiave, poster ed altro materiale che l'ECDC mette a di-*

sposizione dei vari paesi, al fine di favorire le attività di comunicazione a livello nazionale. Ciò di cui è fondamentale prendere coscienza e quindi agire, al fine di controllare il fenomeno dell'antibiotico resistenza, è che:

- le infezioni causate da batteri multiresistenti possono essere gravi, letali e costose; possono ritardare l'accesso ad una terapia antibiotica efficace; determinano un prolungamento dello stato di malattia, l'aumento della morbilità e della mortalità
- l'uso improprio di antibiotici aumenta il rischio di infezioni da batteri multiresistenti
- la perdita di opzioni efficaci per il trattamento e la prevenzione delle infezioni rappresenta una minaccia globale di sicurezza delle cure.

Per tali motivi, tutti i professionisti sanitari, a partire dai dirigenti ed amministratori per arrivare via via ai professionisti ospedalieri della prevenzione e controllo delle infezioni, specialisti ospedalieri di malattie infettive, microbiologi clinici, farmacisti ospedalieri, specializzandi e studenti, infermieri ed operatori di altre strutture sanitarie, sono chiamati a collaborare per indirizzare gli sforzi e attuare quelle funzioni, necessari a promuovere l'uso appropriato degli antibiotici. A tal proposito, si rimanda al sito internet <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/it/cosa-dovete-sapere/messaggi-chiave/messaggi-chiave-professionisti-sanitari-ospedali-e-altre-0> in cui sono riportate le funzioni e le attività che, specifiche per ciascuna figura professionale, "si possono fare o a cui si può collaborare", così come testualmente riportato dall'ECDC.

Diverse sono le azioni intraprese negli ultimi anni sia a livello regionale, da parte dell'Azienda Ligure Sanitaria A.LI.SA, sia a livello locale, all'interno dell'Ospedale Policlinico San Martino, da parte del Comitato per la lotta alle Infezioni Ospedaliere (CIO) di istituto, per contribuire costantemente alla sorveglianza delle infezioni e all'uso appropriato degli antibiotici. A livello regionale, le attività intraprese hanno riguardato la stesura di linee di indirizzo, protocolli e indicazioni operative relative alle più efficaci di misure di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e al corretto e prudente uso degli antibiotici, spaziando dal monitoraggio dell'antibiotico-resistenza attraverso la sorveglianza dei microrganismi alert, allo screening per l'individuazione precoce dei soggetti portatori di enterobatteri produttori di carbapenemasi, la sorveglianza delle batteriemie sostenute da *Klebsiella pneumoniae* ed *Escherichia coli* resistenti ai carbapenemi, nonché il protocollo regionale per il controllo delle infezioni del sito chirurgico, con una parte dedicata alle raccomandazioni per la profilassi antibiotica perioperatoria. A livello locale, oltre all'adozione delle indicazioni regionali sopraccitate, il CIO di istituto ha condotto numerosi corsi di formazione del personale sanitario, riconosciuti ad oggi come una delle misure più importanti dei programmi di prevenzione e controllo delle infezioni, con focus specifici sulla procedura di igiene delle mani, le misure di isolamento in ospedale e l'appropriato utilizzo degli antibiotici. Inoltre, all'interno dell'Ospedale Policlinico San Martino sono attivi già da tempo programmi di sorveglianza delle ICA, fra i quali il rilevamento in tempo reale dei microrganismi multiresistenti e lo svolgimento di indagini annuali di prevalenza delle ICA e del consumo di antibiotici, e attività di controllo sulla prescrizione di antibiotici, attraverso un programma specifico di antimicrobial stewardship gestito dagli specialisti infettivologi e farmacologi dell'istituto. Certi pertanto di una fattiva collaborazione nel divulgare sempre più una politica che ponga il tema della sicurezza del paziente e della qualità delle cure, quale cardine per misure di governance e prevenzione/controllo efficaci, si chiede la massima diffusione della presente a tutti gli operatori sanitari, attori

*coinvolti in prima linea in questa grande sfida..].*

Allegato: [Nota C.I.O.](#)

➤ **INFORMATIVE A PROCEDURA/INTERVENTO**

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

All'interno del Policlinico si intende dare maggior rilievo possibile alla fase di informazione separando questa, anche dal punto di vista documentale, dalla fase di acquisizione del Consenso/Dissenso.

Questa separazione è volta a sensibilizzare tutti i professionisti ad una maggiore attenzione alla informazione del paziente che, come anche sancito dalla Legge N.219 del 22/12/2017 in vigore da gennaio 2018, costituisce parte integrante dell'atto diagnostico/terapeutico e "Tempo di cura".

Prosegue il percorso di revisione e pubblicazione delle informative a procedura/intervento, avviato nel 2014.

La revisione degli attuali consensi prevede la separazione della parte "Informativa" dalla formula di "acquisizione del Consenso", condividendo le modifiche al testo con gli specialisti che erogano la procedura descritta e controllati dall' UO Gestione Rischio Clinico, per la validazione finale e pubblicazione nel software Isolabweb e nel sito web del Policlinico.

Gli elementi qualificanti di ogni singola informativa sono i seguenti:

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

Il modulo (CONSAZHQA\_0040 rev1 del 01/06/2017) di acquisizione del Consenso/Dissenso all'interno del Policlinico, è unico per tutte le UU.OO.,

valido per tutte le procedure o interventi ed è stato condiviso con tutti i

Direttori di UU.OO. in sede di incontri dipartimentali dei Dipartimenti

Assistenziali Integrati (DAI). Il Risk Manager in sede di Com.to di Dipartimento, anche nel 2018 come in precedenza nel 2014-2015, ha condiviso l'iter di revisione dei consensi informati, avviato nel 2014 e che a seguito dell'entrata in vigore della Legge 219/2017 richiede un attento monitoraggio dei risultati.

Gli incontri, verbalizzati (Verbale N3/RM/2018), si sono svolti nelle date:

- 28/03/2018 ore 14.30 Dip. Emergenza e Accettazione
- 05/04/2018 ore 13.00 Dip. Diagnostica Patol. e Cure alta Compl. Tecnologica
- 11/04/2018 ore 07.30 Dip. Chirurgia Generale Specialistica e Oncologica
- 11/04/2018 ore 11.00 Dip. Neuroscienze e Organi di Senso
- 07/05/2018 ore 12.00 Dip. Terapie Oncologiche Integrate

Durante gli incontri in Comitato di Dipartimento sono state esposte le fasi dell'iter di revisione dei consensi a procedura/intervento, sintetizzate in una presentazione powerpoint,

inviata anche mediante email.

Il modulo di acquisizione del Consenso /Dissenso prevede anche la possibilità di revoca del Consenso che può essere decisa dal paziente successivamente al rilascio del Consenso. In questo è necessario acquisire la firma e la data di revoca, del Consenso, nello stesso modulo in cui il paziente aveva sottoscritto il proprio Consenso. Nel caso in cui il paziente intenda non essere informato relativamente alle proprie condizioni cliniche è necessario che sia compilata la parte "Dichiarazione Olografa di rinuncia all'informazione" in cui il paziente può delegare un altro soggetto a ricevere le informazioni che lo riguardano (come previsto dal Codice Deontologico Medico Art. 33). E' compito di ogni professionista adoperarsi affinché anche il paziente che non voglia essere informato abbia comunque, per quanto possibile, gli elementi per sottoscrivere il proprio Consenso/Dissenso a sottoporsi a intervento o procedura. Per garantire migliore comunicazione e chiarezza, tutti i documenti revisionati (180 informative a procedura/intervento) sono resi disponibili sul sito internet del Policlinico al percorso di rete: <http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/informative-pe-procedure-sanitarie.html>.

➤ **PRESENTAZIONE DEL PROGETTO REGIONALE DI CHIRURGIA ROBOTICA**

Il 17 maggio 2018 presso il Castello Simon Boccanegra, alla presenza dell'Assessore alla Salute S. Viale e del Direttore Generale G. Ucci è stato presentato il Progetto Robot Da Vinci. E' inoltre stata presentata l'analisi dei risultati dei primi mesi di attività: a cura dei Prof. D. Palombo e Prof. A. Gratarola.

Allegato: [LocandinaPresentazioneRobot](#)

➤ **CERTIFICAZIONE OHSAS 18001**

La sicurezza nell'ambiente di lavoro è importante sia per gli operatori che per i pazienti. Il Policlinico San Martino è il primo grande Ospedale Italiano della sanità pubblica ad avere conseguito la CERTIFICAZIONE OHSAS 18001, nel 2018.

L'Ospedale è uno degli ambienti di lavoro tra i più pericolosi (OSHA, Facts About Hospital Worker Safety, 2013). La sicurezza sul lavoro per il personale sanitario è importante sia per gli operatori che per i pazienti. L'Ospedale San Martino di Genova è il primo grande ospedale italiano della Sanità pubblica ad avere conseguito OHSAS 18001, nel 2018. OHSAS 18001 è una certificazione Internazionale sulla gestione della salute e Sicurezza in ambiente di lavoro finalizzata a prevenire gli infortuni e a garantire un sano ambiente di lavoro. La certificazione OHSAS 18001 dimostra che l'Ospedale aderisce ai più alti standard internazionali di tutela della Sicurezza e salute. La sicurezza e la salute non sono delegate a poche persone: sono distribuite tra tutti gli operatori e sono supportate con responsabilità, impegno e attenzione da parte della direzione. Tutti coloro quindi che lavorano presso l'Ospedale fanno proprio l'obiettivo di migliorare la sicurezza e le prestazioni sanitarie dell'organizzazione.

Un sistema di gestione della sicurezza e della salute aiuta a garantire che i rischi siano identificati in precedenza, che siano messi in atto adeguati sistemi di controllo, che il personale sia adeguatamente formato e responsabilizzato e che i processi di lavoro siano progettati e realizzati in modo da garantire la salute e la sicurezza dei lavoratori e dei pazienti. Un sistema di gestione della salute e sicurezza in ospedale garantisce diversi

benefici:

- Riduce il numero di incidenti, infezioni e malattie
- Riduce i costi assicurativi
- Diminuisce l'assenteismo e i tempi di rientro al lavoro a seguito infortunio
- Migliora le procedure di lavoro con benefici anche per i pazienti
- Migliora la reputazione aziendale

L'Ospedale Policlinico San Martino si è posto l'obiettivo di stabilire, documentare, attuare, mantenere attivo e migliorare il Sistema di Gestione della Sicurezza, a partire dalla dichiarazione e dalla condivisione della politica della sicurezza con tutte le parti coinvolte, gestendo l'organizzazione secondo la metodologia PLAN - DO - CHECK - ACT (PDCA).

Si è creata una rete di Auditor formata da 66 persone e previsto un incremento sino a 100 entro il 2019, formata da tutte le componenti di lavoratori presenti nel policlinico creando un sistema annuale interno di controlli incrociati (audit di prima parte) .

Inoltre è stato costruito con il contributo della UO Formazione e Comunicazione e della UO Medicina del Lavoro un programma formativo sulle diverse tipologie di rischio presenti, la formazione di tutti i lavoratori neo assunti, dei preposti e dei Direttori di Unità Operativa che assumono il ruolo di Dirigenti per le norme di sicurezza in ambiente di lavoro.

E' stato sviluppato un sistema di registrazione puntuale degli infortuni e di verifica degli stessi con il coinvolgimento di tutte le UUOO e in particolare con le modalità previste dal progetto SIROH (Studio Italiano Rischio Occupazionale da HIV) coordinato dall'Ospedale Spallanzani un'attenzione specifica verso il rischio infettivo.

Si è quindi fatta richiesta all'ente di certificazione che segue per l'Ospedale le verifiche di seconda parte del Sistema Qualità ISO 9001 di iniziare il percorso verso la certificazione internazionale OHSAS 18001.

Per la fase preparatoria, inizialmente è stata verificata la rispondenza del SGSL in atto ai requisiti previsti da OHSAS 18001. Quindi sono state messe in atto le attività di adeguamento e predisposta la documentazione obbligatoria, necessaria.

Tramite una struttura organizzata e programmi adeguati, è stato possibile:

- attuare le attività di pianificazione, attuazione, controllo, correzione, audit e riesame, per assicurare nello stesso tempo che la politica sia soddisfatta e che il sistema stesso rimanga adeguato anche al cambiamento delle circostanze, compreso il cambiamento delle leggi cogenti e delle regole volontarie
- assicurare l'indispensabile integrazione del sistema nel più ampio sistema di gestione del Policlinico mediante il coordinamento delle politiche, dei metodi, della documentazione operativa e la coerenza degli obiettivi di miglioramento del Ospedale Policlinico San Martino.

Per la fase di certificazione, si è prevista l'attività di affiancamento agli auditor di Bureau Veritas, secondo 2 fasi:

- Lo Stage 1, svolto nei giorni 13 e 14 dicembre 2017, ha previsto incontri dedicati alle U.OO. di Direzione e alla UO SPP, per la verifica dei punti della Norma. In questa fase è stato controllato il Documento di Valutazione dei Rischi e la parte relativa alla conformità strutturale/impiantistica.
- Lo Stage 2, svolto nei giorni 11 – 12 – 13 aprile 2018, ha previsto il riesame della Direzione durante la riunione di apertura e incontri con la Direzione Generale e con le U.OO. di Direzione e la UO SPP per verificare il riesame, la gestione delle ri-

sorse e la formazione; quindi verificato con audit di III parte la conformità ai requisiti di OHSAS 18001 del campione di UUOO rappresentativo del Policlinico.

A conclusione dei due Stage, Bureau Veritas ha riportato i risultati raggiunti, compreso, dopo lo Stage 2, la lettura del verbale di audit, preliminare alla certificazione.

Nella fase post verifica, si è provveduto alla gestione delle Non Conformità e delle Osservazioni che sono derivate dagli audit di sistema, nei tempi previsti da Bureau Veritas, che in data 04/05/2018 ha rilasciato il Certificato di Conformità Bureau Veritas n° IT280473/UK – Divisione Certificazione – Certificazione OHSAS Accredited (Protocollo n. 0025093/18 del 08/06/2018).

La validità del certificato di conformità è soggetta al rispetto dei requisiti contrattuali e all'effettuazione con esito positivo delle verifiche ispettive di mantenimento che saranno eseguite con la seguente periodicità:

- I verifica periodica: 15/03/2019
- II verifica periodica: 15/03/2020
- Verifica di Rinnovo: 12/2020

Il Responsabile del progetto "certificazione OHSAS 18001" è il RSPP e Direttore UO Servizio Prevenzione e Protezione, su mandato del Direttore Generale.

#### ➤ **RADIOPROTEZIONE DEI PAZIENTI, DEI LAVORATORI E DELLA POPOLAZIONE**

La tutela dei pazienti si attua attraverso un continuo programma di Assicurazione della Qualità delle prestazioni radiologiche, di cui una delle parti principali è il programma di Controlli di Qualità delle apparecchiature radiologiche. All'interno dei Controlli di Qualità rientra la misura della dose da radiazioni che permette il calcolo della dose al paziente in caso di richiesta del medico specialista responsabile della procedura. In modo più generale, ai sensi della normativa che disciplina tutta la radioprotezione del paziente (D. Lgs. 187/00) vengono registrati e verificati con periodicità biennale i Livelli Diagnostici di Riferimento ovvero gli indici di dose significativi per un giudizio complessivo sulla dose al paziente. La tutela dei lavoratori è normata dal D. Lgs. 230/95 e prevede la loro classificazione in base al rischio, l'istituzione di una sorveglianza fisica relativa alle dosi da radiazioni da loro assorbite e la relativa registrazione su un documento denominato Scheda Dosimetrica Personale. La tutela della popolazione rientra nella norma citata in tema di radioprotezione dei lavoratori e prevede la valutazione dell'impatto delle attività radiologiche sulla popolazione e l'ambiente. Più specificatamente il rispetto dei limiti di dose per le aree di libero accesso, le norme di comportamento per pazienti portatori di radioattività, il controllo degli scarichi in aria e/o fogna delle attività che comportano l'utilizzo di sorgenti radioattive. Il progetto riguarda il miglioramento e la razionalizzazione delle attività sopra descritte tramite la dematerializzazione della relativa documentazione e l'implementazione di un sistema di gestione informatizzato che ne consenta l'archiviazione e la consultazione da parte dei soggetti coinvolti e interessati. L'attività è cominciata e si prevede possa arrivare a regime nel corso del 2019. Il 2020 sarà l'anno in cui si potrà fruire del progetto concluso e valutarne appieno l'impatto che sarà significativo. L'efficacia del progetto si potrà verificare quantificando gli accessi dei responsabili ai dati e la diminuzione dei tempi di comunicazione/realizzazione di interventi correttivi sia in tema di radioprotezione che di funzionalità delle apparecchiature. L'attività sopradescritta è gestita dall'UO Fisica Sanitaria.

➤ **CODICE DI CONDOTTA**

La Direzione del Policlinico ha provveduto alla Ricostituzione del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni” con Delibera N.554 del 17/04/2018, nominando 52 componenti (26 effettivi e 26 supplenti). Il CUG dal 1°maggio 2018 sarà in carica per i prossimi 4 anni, durante i quali individuerà Azioni Positive che faranno parte integrante del Piano delle Azioni Positive del Policlinico. Il CUG in carica negli ultimi 4 anni ha portato a termine la redazione del Codice di Condotta, recepito dalla Direzione del Policlinico con Deliberazione n. 307 del 7 marzo 2014 e 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. Il Codice di Condotta 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 di Unità Operativa hanno inoltre il dovere di favorire la prevenzione delle molestie fisiche, morali, psicologiche e sessuali nell’ambito delle unità organizzative che sovrintendono. Il CUG è previsto dall’art. 57 del D. Lgs. 165 del 30/03/2001 e modificato dall’art.21 della L. 183 del 04/11/2010.

Allegato: [Codice di Condotta DE 307 2014](#)

➤ **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 del Policlinico di poster ed immagini in prossimità dei lavabi.

Allegato: [Cartello informativo Come lavarsi le mani con acqua e sapone](#) - [Cartello informativo Come frizionare le mani con gel alcolico](#)

➤ **INFORMAZIONI PER DONNE IN ETA’ FERTILE SUI RISCHI A SOTTOPORSI A DIAGNOSTICA RADIOGRAFICA**

Allo scopo di informare le donne in età fertile che accedono al Policlinico per sottoporsi ad indagini diagnostiche radiologiche o di medicina nucleare, si sono adottati i cartelli informativi diffusi da IAEA (*International Atomic Energy Agency*) in italiano, inglese, francese, spagnolo. I cartelli sono stati collocati nelle aree di attesa delle pazienti, in modo da permettere la diffusione dei contenuti informativi: *“ In gravidanza? O pensi che potresti esserlo? Informa il personale prima di un esame radiologico o di medicina nucleare. - Cosa bisogna sapere- Prima di nascere i bambini sono particolarmente sensibili alle radiazioni. Il livello di rischio dipende dalla fase della gravidanza, dal tipo di procedura e dalla quantità di radiazioni utilizzata. Gli esami di radiodiagnostica sono sicuri, nella maggior parte dei casi, anche durante la gravidanza. Non rinunciare all’esecuzione di un esame se è importante per la tua salute. Chiedi al personale medico quali misure saranno adottate per ridurre i rischi. Chiedi consigli, se hai dei dubbi, prima dell’esecuzione dell’esame. Chiedi se è necessario un test di gravidanza”*

Allegato: [Cartello “In gravidanza? O pensi che potresti esserlo?”- pregnancy-ITALIAN-web](#)

➤ **ETICA**

L'adozione dello strumento C.A.R.M.In.A. per il monitoraggio della gestione della rischiosità in azienda, ha evidenziato l'esigenza di individuare e definire standard ed indicatori per l'Area Etica e dell'Umanizzazione, che potranno costituire l'Area numero 8 di C.A.R.M.In.A. In sede di incontro annuale dell'Area Strategica/CARMinA del 18/12/2018 è stata condivisa l'adozione di 12 standard, individuati tra i numerosi presenti nella Check list per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero, di Agenas. Di seguito si elencano i 12 standard proposti per l'Area Umanizzazione:

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

**St.2** rispetto della privacy

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

**St. 4** continuità delle cure

**St. 5** accessibilità fisica

**St. 6** logistica e segnaletica

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

**St. 8** comfort generale della struttura

**St. 9** semplificazione delle procedure

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

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

**St. 12** relazione con il cittadino

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

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

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

**St.2 rispetto della privacy**

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

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

1. Possibilità di usufruire dell'assistenza di un interprete (disponibile nella struttura sanitaria o a chiamata)
2. Presenza di documentazione informativa multilingue- uno o più moduli di consenso informato- uno o più fogli informativi su servizi presenti nella struttura (pronto soccorso, ostetricia, ecc.)- Carta dei Servizi
3. Presenza di una modalità definita per garantire l'assistenza religiosa per non cattolici
4. Possibilità di Onoranze Religiose consone alla fede del soggetto deceduto, compresa la possibilità per i congiunti d'intervenire personalmente nella ricomposizione della salma secondo il rito di appartenenza
5. Possibilità di usufruire dell'assistenza di un mediatore culturale(disponibile nella struttura sanitaria o a chiamata)
6. Presenza di progetti/ attività per favorire la fruizione delle prestazioni offerte dalla struttura sanitaria da parte di utenti appartenenti ad altre culture

**St. 4 continuità delle cure**

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

**St. 5 accessibilità fisica**

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

**St. 6 logistica e segnaletica**

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

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

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

**St. 8 comfort generale della struttura**

1. Possibilità di scelta nel menu tra due o più opzioni, per i pazienti a dieta libera

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

**St. 9 semplificazione delle procedure**

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

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

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

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

1. Presenza di una procedura operativa aziendale sul consenso informato
2. Unità Operative/ Moduli di degenza nelle quali è prevista l'assegnazione a ciascun paziente di uno o più operatori sanitari di riferimento (medico/infermiere) durante il processo di cura
3. Possibilità per il paziente di avere un "secondo parere medico" come prestazione gratuita
4. Presenza di un servizio di accoglienza per i cittadini che accedono al Pronto Soccorso
5. Presenza di una o più iniziative di "promozione della salute" promosse con organizzazioni civiche

**St. 12 relazione con il cittadino**

1. Disponibilità della Carta dei Servizi
2. Presenza della Carta dei Servizi con le seguenti caratteristiche:- aggiornata in un periodo antecedente all'osservazione di non più di 36 mesi- contenente informazioni di carattere generale sui servizi forniti e sulle modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni- contenente una sezione dedicata agli impegni, con relativi indicatori, standard e strumenti di verifica- contenente una sezione dedicata alle modalità di tutela del cittadino-utente rispetto ai disservizi e agli atti o comportamenti che limitano la fruibilità delle prestazioni

3. Realizzazione negli ultimi 24 mesi di una qualche forma di analisi periodica qualitativa dei reclami ricevuti dall'URP (relazioni trimestrali, rapporti annuali, ecc.) e realizzazione di azioni e/ o provvedimenti in seguito a quanto emerso dall'analisi effettuata
4. Predisposizione della Carta dei servizi per il percorso nascita

Allegato: [Area8 Etica Umanizzazione \(powerpoint\)](#)  
[Verbale incontro annuale UGR/CARMIInA-Area Strategica](#)

➤ **CARTA DELLA DIGNITÀ E DELLA LIBERTÀ DELLA PERSONA MALATA**

Il Policlinico ha ritenuto importante sin dal 2016, dotarsi della Carta Etica “Carta della dignità e della libertà della persona malata”, i cui elementi caratterizzanti sono riconducibili al significato di Dignità che appare più ampio di quello di Etica in quanto si riferisce all’essenza dell’essere umano e dell’eticità delle sue relazioni a prescindere dalla sua condizione di Operatore Sanitario piuttosto che di Utente del Sistema o Paziente. Anzi, la malattia o la sofferenza rappresentano lo spazio e il tempo all’interno dei quali la dignità umana diventa un concetto più sfumato e più fragile e quindi più difficilmente agibile. Il Policlinico ha avviato 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. 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 portanti espressi nella prima edizione si sono aggiunti, con la revisione 1.0 del 20/03/2017, elementi esplicativi in uno specifico glossario. Il documento è stato condiviso con tutti gli operatori dell’Istituto nel corso della giornata della Qualità.

Allegato: [La Dignità e la Libertà delle Persone Malate Rev.01 del 20/03/2017](#)

## LA DIGNITA' E LA LIBERTA' DELLE PERSONE MALATE LA NOSTRA CARTA ETICA



LA DIGNITÀ RAPPRESENTA L'INDIMOSTRABILE  
NOBILTÀ DELL'UOMO, IL PILASTRO SU CUI  
ABBIAMO COSTRUITO L'EDIFICIO DEI DIRITTI  
CIVILI, DELLA VITA CIVILE, DELLA CIVILTÀ.

(REV. 1.0 DEL 20-MARZO-2017)

MODULHQA\_0001

Pag 1 di 12

### ➤ **GIORNATA DELL'ETICA**

La Direzione del Policlinico ha dedicato particolare attenzione alla comunicazione con il paziente e con la sua famiglia. Un video proiettato in occasione della *Giornata dell'Etica*, 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 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 disponibile sulla Intranet e sul sito web del Policlinico, nella homepage al seguente indirizzo:

<http://www.ospedalesanmartino.it/professionisti-e-formazione/qualità/questionario-online.html>

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

Il Policlinico, per fornire un percorso sanitario sicuro e strutturato per le vittime di violenza, ha adottato una procedura specifica (IOAZHOR\_0074 Rev.0 del 16/06/2014). 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 multidisciplinare, è costituito da: Direzione Sanitaria - UO Gestione Rischio Clinico Qualità Accreditamento e URP - UO Medicina Legale - UO Medicina d'Urgenza - UO Clinica Ostetrica e Ginecologica- UO Ostetricia e Ginecologia- UO Medicina di Laboratorio- UO Clinica delle Malattie infettive - UO Clinica Psichiatrica - UO Psicologia Clinica- Direzione Dipartimento DEA Emergenza e Accettazione. Allegato: [IOAZHOR 0074 ViolenzaSessuale](#)

➤ **PREVENZIONE VIOLENZA "RILEVAZIONE DI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI"**

Prosegue nel Policlinico la rilevazione di comportamenti aggressivi, mediante la registrazione dei dati delle Schede rilevazione dei comportamenti aggressivi da parte di pazienti/familiari/altri. La rilevazione è finalizzata ad accertare il numero di eventi aggressivi nel Policlinico, l'intensità degli episodi tramite l'utilizzo del questionario internazionale "Overt Aggression Scale - OAS" (Yudofsky et al., 1986) che descrive il crescendo dell'aggressività verbale, fisica contro oggetti, contro persone, autodiretta.

Lo scopo è accertare la frequenza degli episodi di aggressività in tutti i Reparti per qualsiasi tipologia di ricovero, motivare l'eventuale necessità di modifiche all'interno dell'Istituto e permettere l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi.

Il Progetto di rilevazione degli episodi di aggressività rientra in quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale n.8 "Prevenzione degli atti di violenza a carico degli operatori". Il Policlinico sin dal 2009, ha formalizzato il "Gruppo lavoro per la valutazione dei rischi psicosociali: stress lavoro-correlato e violenza".

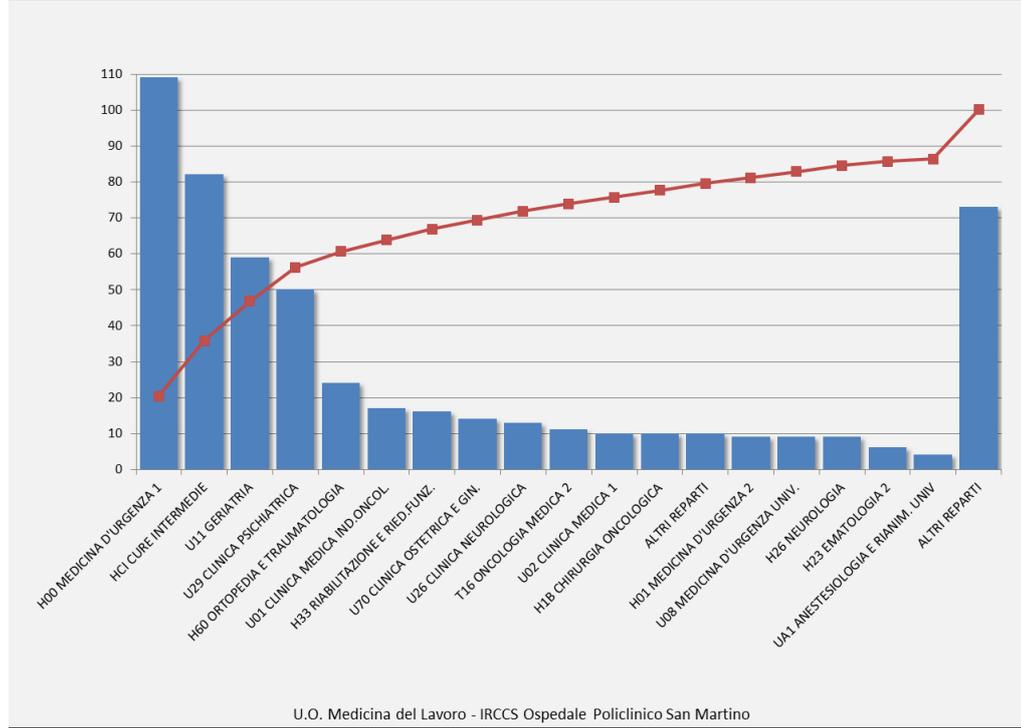
La composizione del Gruppo di lavoro, revisionata con [Delibera N. 1718 del 30/11/2018](#), è la seguente: Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, Prof. M. Amore Direttore UO Clinica Psichiatrica, Dott.ssa G. Biffa Direttore f.f. UO Psicologia Clinica e Psicoterapia, Dott. B. Cavaliere Responsabile S.S. Gestione delle Professioni Sanitarie, Dott. F. Copello Direttore UO Medicina del Lavoro, Dott.ssa M. G. Mavilia Dirigente UO Medicina del Lavoro, Dott. F.S. Molina Dirigente UO Servizio Prevenzione e Protezione, Dott.ssa A. Morando Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera, Dott. G. Orenco Direttore UO Gestione del Rischio Clinico Qualità Accreditamento e URP, Dott.ssa E. Rovini Dirigente

Responsabile UOS Formazione e Comunicazione, Dott.ssa E. Sarcletti Dirigente UO Psicologia Clinica e Psicoterapia, Dott. D. Sossai Direttore UO Servizio Prevenzione e Protezione, Dott.ssa C. Storace Direttore UO Sviluppo e Gestione Risorse Umane.

Il Gruppo di lavoro è Coordinato dal Dott. D. Sossai Direttore UO Servizio Prevenzione e Protezione.

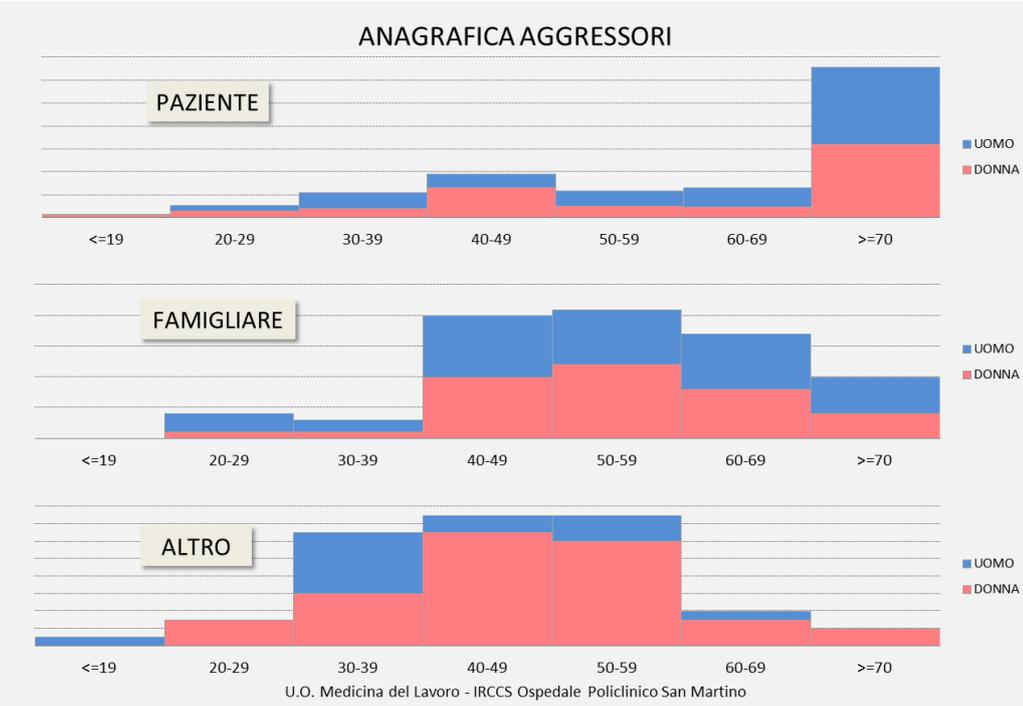
La rilevazione è iniziata il 1 aprile del 2014, ristretta sperimentalmente per 4 mesi ai reparti a maggior rischio per tipologia di paziente (Psichiatria, Geriatria, Medicina interna, Neurologia, Malattie infettive) o per tipologia di prestazioni (Pronto Soccorso, Terapia Intensiva); successivamente è stata estesa a tutti i reparti dell’Ospedale per un totale di 549 eventi segnalati al 30 settembre 2018.

**Analisi dei dati raccolti: distribuzione segnalazioni nei reparti**



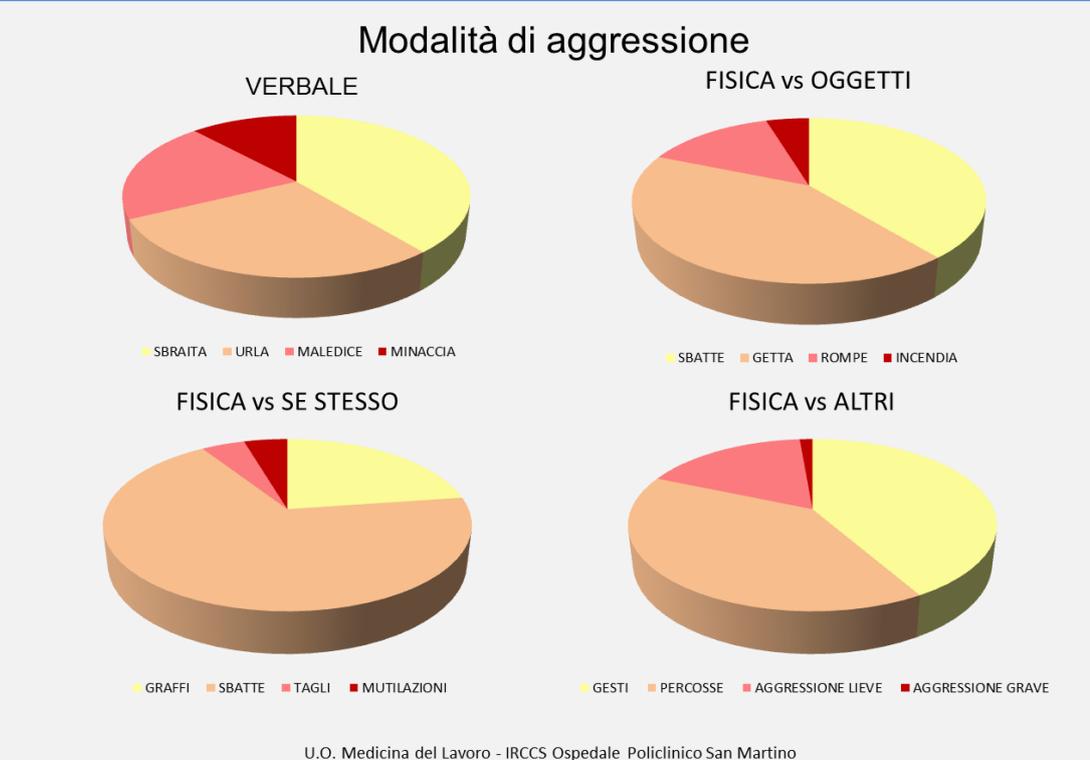
Questa è la distribuzione nei reparti che vede al primo posto la Medicina d’Urgenza, seguita dalle Cure Intermedie, dalla Geriatria e dalla Clinica Psichiatrica.

## Analisi dei dati raccolti



La distribuzione per sesso ed età degli aggressori vede prevalentemente anziani tra i pazienti, più giovani tra i famigliari ed altre figure; i due sessi si equivalgono con l'eccezione delle altre figure dove prevale il sesso femminile.

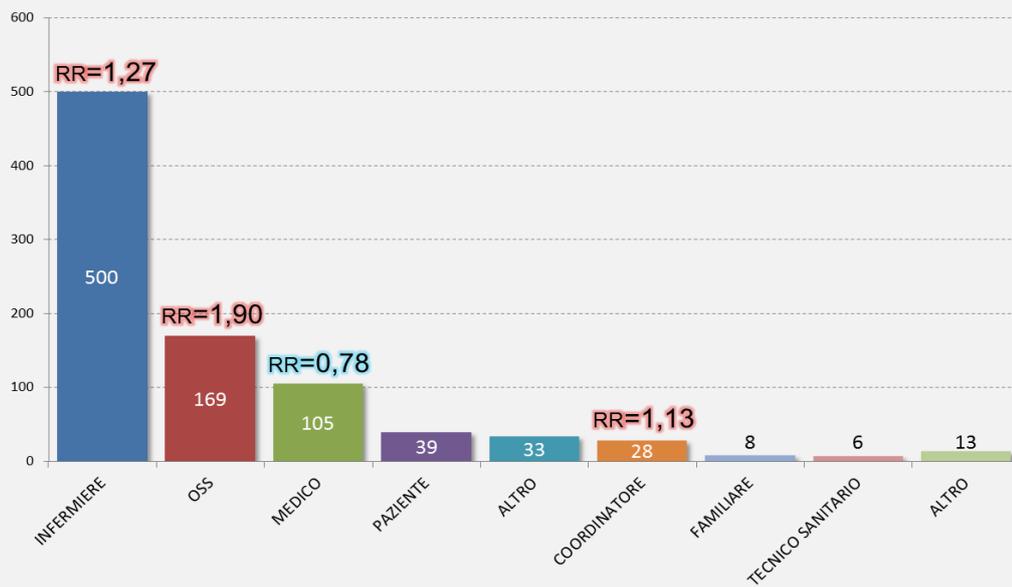
## Analisi dei dati raccolti



Le modalità di aggressione vanno dalla verbale più semplice (sbraitare e urlare) sino alle lesioni gravi nei confronti del personale o degli oggetti (incendio); sono stati segnalati anche casi di autolesionismo.

## Analisi dei dati raccolti

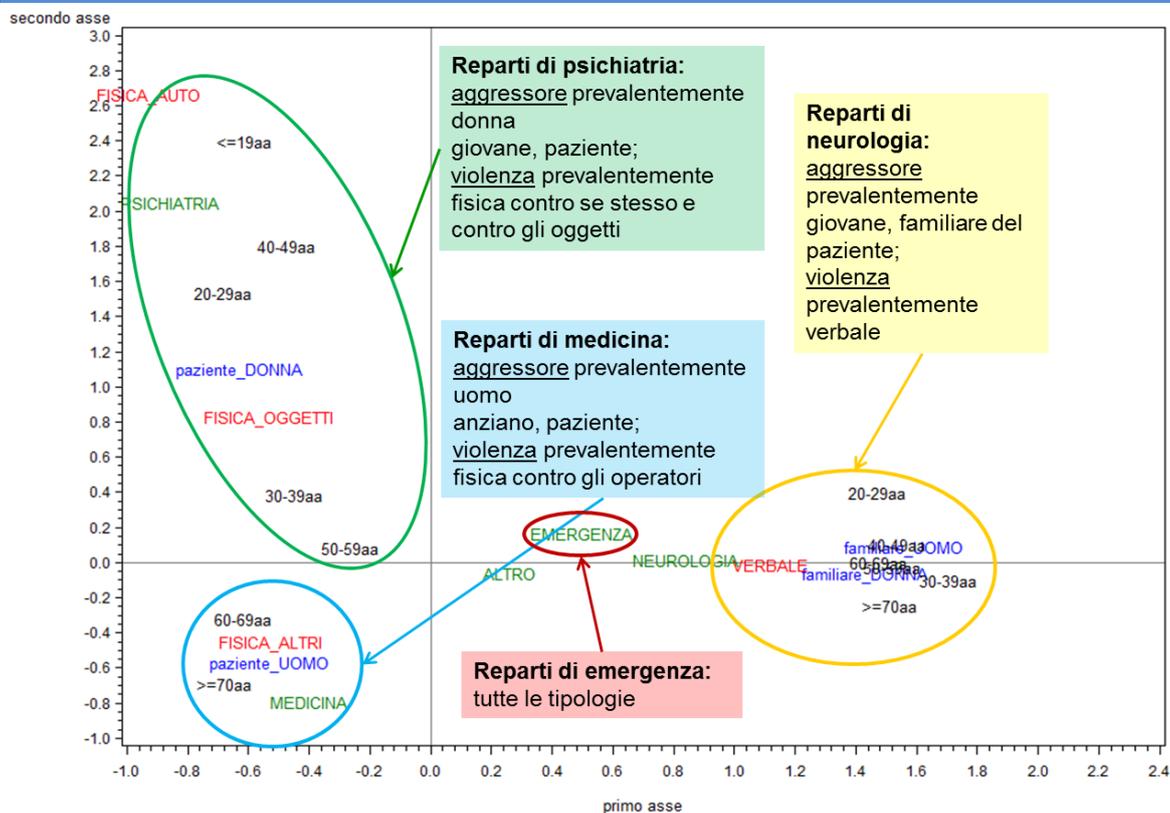
### Distribuzione vittime per qualifica



U.O. Medicina del Lavoro - IRCCS Ospedale Policlinico San Martino

Il personale più spesso interessato, tenendo conto della sua prevalenza tra i dipendenti, è rappresentato dagli OSS (Operatori Socio Sanitari) e dagli Infermieri (vedi rischio relativo).

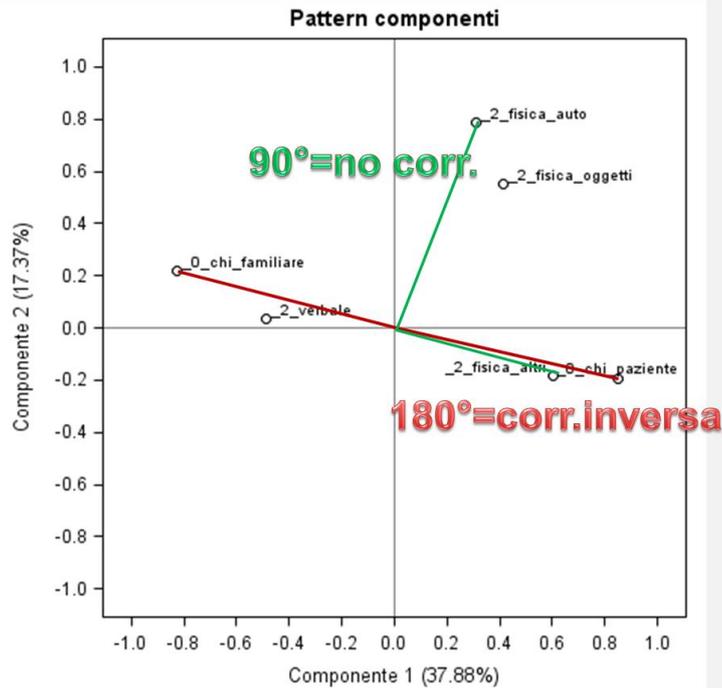
## Analisi dei dati raccolti



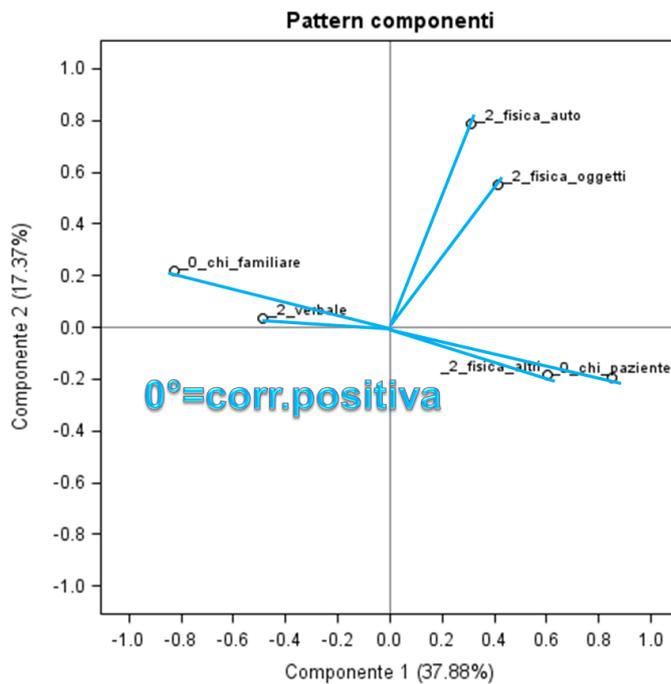
L'analisi statistica multidimensionale consente di individuare essenzialmente quattro tipologie di aggressione, diverse per contesto, caratteristiche dell'aggressore e comportamen-

to violento messo in atto.

### Analisi dei dati raccolti

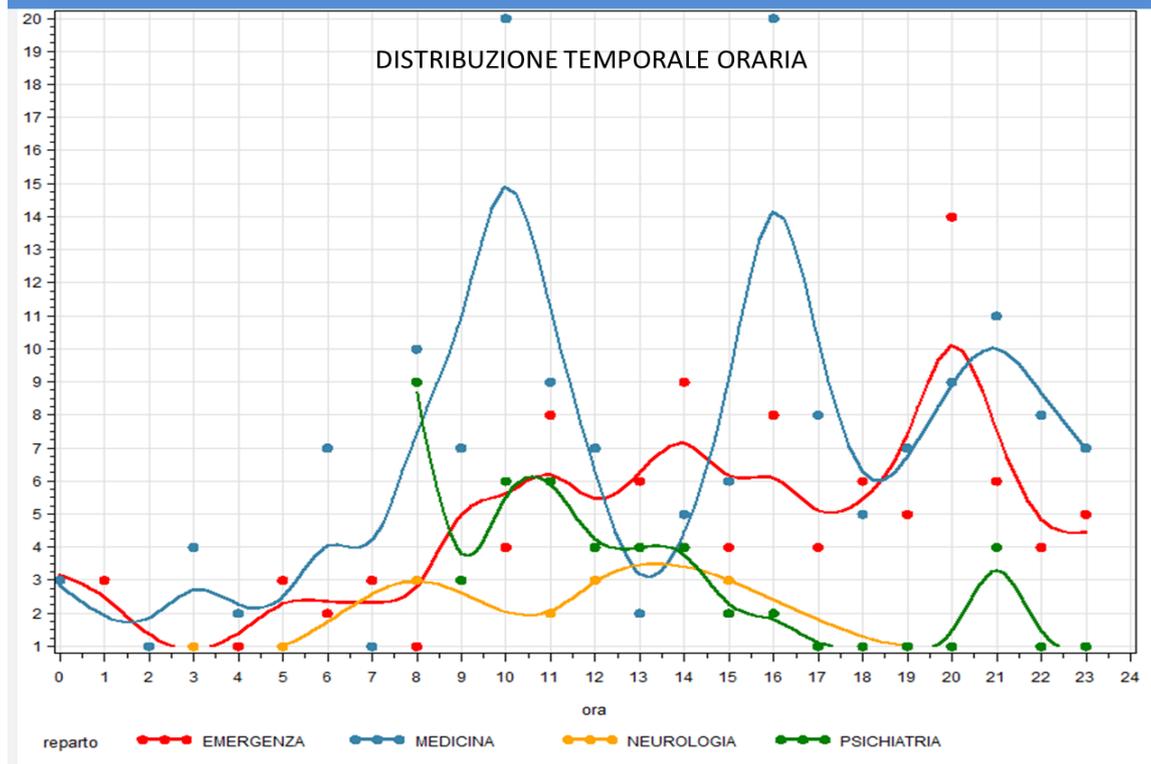


### Analisi dei dati raccolti



Sempre l'analisi multidimensionale rileva associazione tra la violenza verso gli oggetti e verso se stesso, ambedue però non correlate con la violenza verso gli operatori. Quest'ultima è prevalentemente messa in atto da parte dei pazienti, mentre i famigliari solitamente esprimono una violenza di carattere verbale. Solitamente pazienti e famigliari non sono associati nella messa in atto del comportamento violento.

## Analisi dei dati raccolti



La distribuzione oraria nei diversi reparti dimostra trend giornalieri differenti: in salita nelle Medicine con tre picchi (metà mattina, metà pomeriggio e in serata); in salita al Pronto Soccorso con due picchi al cambio turno delle ore 14 e delle ore 20; in discesa in Psichiatria dopo il picco del mattino con un lieve picco alle ore 21; indicativamente costante nelle Neurologie con due picchi nella prima mattina e nel primo pomeriggio.

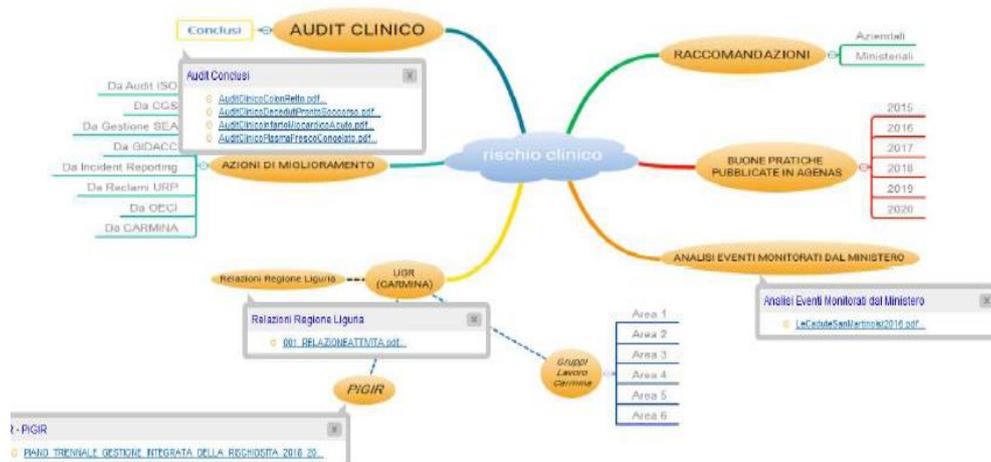
Allegato: [MODAZHQA\\_0704 Scheda rilevazione dei comportamenti aggressivi da parte di pazienti/familiari](#)

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

- Allo scopo di migliorare la comunicazione tra le UUOO di Staff della Direzione generale, della Direzione amministrativa e in line alla direzione sanitaria, è stato attivato un Gruppo di Miglioramento (GdM), che costituisce un progetto sperimentale di formazione guidata sul campo. L'obiettivo è migliorare le comunicazioni ed il flusso delle informazioni tra i diciotto Direttori delle strutture delle Direzioni Generale, Amministrativa e Sanitaria. Il progetto curato dalla SS Formazione e Comunicazione continuerà nel 2019 senza tutoraggio esterno. Gli incontri si sono svolti mensilmente per l'aggiornamento tra pari riguardo le novità in essere e per quanto concerne il clima organizzativo, con il contributo della UO Psicologia Clinica. Il progetto, condiviso con la Direzione Generale e Amministrativa, ha avuto inizio il 20 febbraio, articolandosi in sei incontri sino al 6 novembre 2018.
- 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 in ambito di Rischio Clinico è attuata attraverso una *mental map* in Intranet.

### 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 inerenti la sorveglianza sanitaria, finalizzata alla tutela dello stato di salute dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa, sono fornite sia mediante colloqui tra il lavoratore ed il Medico dell'UO Medicina del Lavoro, sia mediante il pieghevole informativo "[Sorveglianza sanitaria del personale ospedaliero](#)". E' auspicabile che il lavoratore sia consapevole che la sorveglianza sanitaria costituisce l'insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa. La sorveglianza sanitaria è mirata in particolare a valutare:
  - eventuali condizioni proprie del soggetto che ne diminuiscono la tolleranza al fattore di rischio
  - eventuali condizioni patologiche extralavorative suscettibili di aggravamento a causa del fattore di rischio
  - l'insorgenza di segni e sintomi precoci di patologia professionale in conseguenza dei quali il medico competente provvede alla denuncia di malattia professionale.
 Inoltre, attraverso l'ascolto del lavoratore (anamnesi professionale) è possibile stimare l'accuratezza della valutazione dei rischi e l'efficacia delle misure di prevenzione primaria adottate.
- Le informazioni sulla salute e sicurezza sul lavoro sono diffuse mediante l'Inform@foglio, redatto a cura dell'UO Servizio Prevenzione e Protezione.

- L'UO Formazione e Comunicazione provvede, oltre alla pubblicazione annuale della programmazione del piano formativo, alla pubblicazione mensile nella Intranet aziendale, della Programmazione degli Eventi per il mese in corso, all'interno del Policlinico.
- Sono state realizzate due FAQ: una per i quesiti relativi all'implementazione del Regolamento UE su Trattamento Dati Personali e Sensibili ed una FAQ per i quesiti relativi all'implementazione della Cartella Clinica Elettronica.

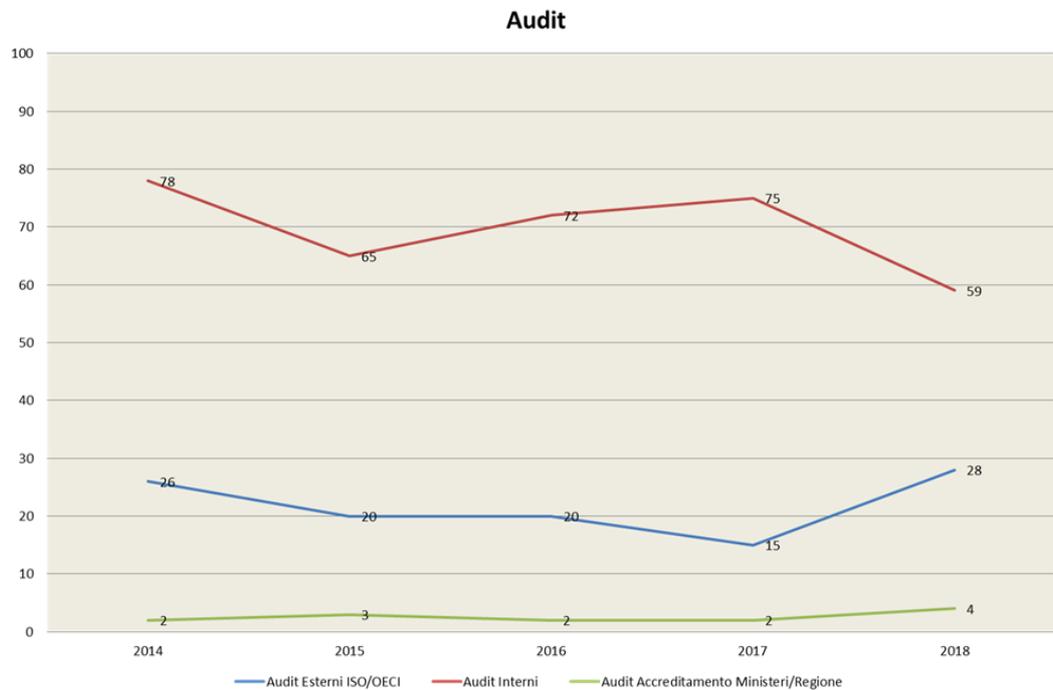
**C3 Diffusione e feedback relativamente a: procedure / istruzioni di lavoro approvate, decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo**

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. A conclusione degli Audit Interni di SGQ, rispetto al 2017:

- abbiamo avuto una diminuzione delle non conformità da 108-64, ma il numero di Audit è stato inferiore, di conseguenza non c'è stata una diminuzione significativa
- vi è una minor attenzione per la compilazione del consenso trattamento dati sensibili, nella gestione del dolore e nella gestione delle scadenze farmaci da parte del personale delle U.O.
- la compilazione dei consensi aziendali e del rischio tromboembolico non risulta ancora conforme

**Audit Interni di Sistema Gestione Qualità 2014-2018**



## 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. In particolare riportiamo solo alcuni eventi dei numerosi previsti dal Piano biennale nell'ambito dell'Area Risk Management.</p> <p>Allegato: <a href="#">Piano Formativo 2017/2018 (Delibera N.293 del 16/03/2017)</a> <a href="#">Piano Formativo Integrazione 2018</a></p> <p>➤ <b>Corso per “Facilitatori AUDIT CLINICO”:</b> 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 multi professionale 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. Il Corso è accreditato ECM.</p> <p>➤ <b>Corso “La Cartella Clinica Elettronica TrakCare”</b> Il Progetto aziendale di introduzione della cartella clinica elettronica è un progetto non solo di rinnovamento tecnologico ma a forte impatto organizzativo, che ha coinvolto molti operatori nel ripensamento dei processi nell'ottica della semplificazione. La Cartella Clinica Elettronica è lo strumento indispensabile per le esigenze strategiche, organizzative e normative del Policlinico. Contestualmente alla sua implementazione all'interno del Policlinico è stata organizzata la formazione del personale medico e infermieristico del Pronto Soccorso e delle degenze, sia in aula sia on the job: i professionisti sono stati affiancati h24, durante l'orario di servizio da tutor (tecnici informatici/Fornitori) nell'implementazione del progetto. Obiettivo della formazione specifica è di rendere gli operatori in grado di utilizzare la nuova piattaforma del SIO aziendale (sistema informativo ospedaliero) in tutte le sue funzioni a copertura dei processi clinico assistenziali. Si è prevista la verifica dell'apprendimento sui corsi residenziali e on the job con modalità blended e valutazione dei questionari. Il Corso proseguirà nel 2019 per il personale sanitario degli ambulatori; attualmente il personale che ha partecipato alla formazione è il seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ 256 partecipanti al Corso di Formazione per Key user – con ECM (inizio 28/05/2018 fine 1/6/2018)</li><li>▪ 1800 partecipanti ad incontri informativi – senza ECM (inizio 5/6/19 fine 22/6/2018)</li><li>▪ 1003 partecipanti al Corso Formazione on the job - con ECM (concluso il 30 agosto)</li></ul>
--	--

➤ **Corso “Gruppo di Miglioramento della comunicazione interna tra le UU.OO. di Staff, Tecniche, Amministrative e in line alla Direzione Sanitaria”**

Un’organizzazione complessa come quella di un grande Policlinico si basa su un flusso di informazioni e su un livello di comunicazione interna e scambio professionale costante e continuo.

I flussi informativi devono quindi essere adeguati nel contenuto e ai contesti, interpretabili correttamente e facilmente fruibili da tutti, per un’efficiente gestione organizzativa. Partendo da questa riflessione, il Policlinico ha attivato un Progetto rivolto specificatamente alle Unità Operative di Staff, Tecniche e Amministrative e *in line* con la Direzione Sanitaria, strutture che, nel modello organizzativo aziendale, svolgono un ruolo importante sia per il supporto alla funzione di governo che di management per l’esercizio in “line” delle funzioni di Direzione dei Dipartimenti. Il Progetto, volto a migliorare la comunicazione interna tra le Unità Operative sopraelencate, in stretto raccordo con la Direzione strategica del Policlinico, è coordinato dalla Dirigente della S.S. Formazione e Comunicazione e prevede la realizzazione di uno specifico percorso di formazione sul campo, che attraverso l’analisi dei flussi comunicativi, favorisca l’individuazione di un modello operativo che nasce dalla progettazione partecipata con i Direttori coinvolti nel progetto. L’obiettivo che si è inteso raggiungere è di fornire strumenti utili alla progettazione e gestione della comunicazione fra le UU.OO. coinvolte.

Gli incontri formativi, si sono svolti nelle date: *20 Febbraio - 9 Aprile - 7 Maggio - 4 Giugno - 17 settembre - 6 Novembre 2018*. Staff Docenti: Fabrizio Bracco e Andreina Bruno - Ricercatori DISFOR Università degli Studi di Genova - *Associati AMAS Accademia per il management sanitario dell’ Università degli Studi di Genova*.

Allegato: [Locandina Gruppo Miglioramento Staff](#)

➤ **Corso “Nuova Normativa sul Consenso e sulle disposizioni anticipate di trattamento”**

La Legge n.219 del 22/12/2017 “Norme in materia di Consenso Informato e di disposizioni anticipate di Trattamento” è in vigore dal 31/01/2018. L’evento formativo che si è svolto il 16 ottobre ed il 20 novembre 2018, si è articolato in modo da favorire la comprensione dei diversi aspetti innovativi del testo normativo, che esplicita questioni che in precedenza non erano sufficientemente considerate, tanto che il Legislatore ha previsto l’obbligatorietà, da parte delle Aziende Sanitarie, di offrire formazione specifica al proprio personale. I Sanitari coinvolti nei percorsi di cura, nella pianificazione condivisa delle cure, nei rapporti con il Fiduciario, nelle Cure Palliative, sono tenuti all’adesione a quanto previsto dalla Legge 219/ in tema di acquisizione del consenso dell’avente diritto; eventuali inadempienze possono condurre a contenziosi con conseguenti possibilità di un danno di immagine ed economico-risarcitorio per il Policlinico. Il Corso accreditato ECM, ha coinvolto circa 130 dipendenti.

➤ **Incontri sul recepimento del Regolamento UE 2016/679 Trattamento dei Dati Personali e Sensibili con Dossier Sanitario Elettronico DSE**

La diffusione a tutto il Policlinico delle informazioni riguardo l'entrata in vigore del Regolamento UE 2016/679, per il Trattamento dei Dati Personali e Sensibili con Dossier Sanitario Elettronico (DSE), è stata effettuata attraverso incontri tenuti dal Responsabile della Protezione dei dati dell'Ospedale Policlinico San Martino (DPO) Dott. G. Orengo:

- incontri informativi con i Direttori di Unità Operative svolti nelle date: 16/04/2018- 17/04/2018 -29/05/2018.
- incontri con i Coordinatori Infermieristici e Tecnici svolti nelle date:
  - 11/06/2018 (per i Coordinatori dell'Area Chirurgica)
  - 18/06/2018 (per i Coordinatori del DEA e dell'Area Neuroscienze)
  - 19/06/2018 (per i Coordinatori dell'Area Medica)
  - 21/06/2018 (per i Coordinatori delle Diagnostiche)
  - 03/07/2018 (per i Coordinatori dell'Area Emato-Oncologica)

➤ **Corso "Valutatori NORMA UNI EN ISO 9001:2015**

Il Corso che si è svolto 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. Il Corso è accreditato ECM.

➤ **Corso "Strategie comunicazionali nella relazione d'aiuto. Introduzione alla programmazione neuro-linguistica"**

Nella comunicazione entrano in gioco non solo i contenuti, ma soprattutto le relazioni che conferiscono significato a quei contenuti. Ancora di più entra in gioco la cosiddetta "struttura", cioè il modo attraverso il quale ciascuno di noi inconsapevolmente ordina i fattori dell'esperienza. Punteggiatura e struttura, così fortemente condizionate da filtri, aspettative e convinzioni limitanti, sono oggetto di studio della Programmazione Neuro-Linguistica (PNL). Si tratta di un modello pragmatico che, sulla base di alcuni presupposti, analizza la comunicazione proponendo strumenti e tecniche potenzialmente capaci di renderla più efficace (rispetto ad obiettivi correttamente definiti) ed ecologica (rispetto al nostro sistema di valori e di relazioni).

Questo modello si è dimostrato utile anche nel miglioramento della relazione d'aiuto i cui elementi di complessità, incertezza e rischio sono chiaramente correlati con l'asimmetria del rapporto medico/operatore-paziente, con le differenze socio-culturali, con il gioco delle (spesso opposte) emozioni, interpretazioni, aspettative e con la stessa l'organizzazione del lavoro. La PNL, studiando con approccio pragmatico e generativo il nostro modo di "funzionare" in questo tipo di relazione, individua spesso rappresentazioni, violazioni linguistiche e schematismi comportamentali che sono chiaramente disfunzionali, ma possono essere modificati attraverso la consapevolezza, il linguaggio di

	<p>precisione e il modellamento. Con la PNL si possono valorizzare le risorse individuali per costruire un “<i>rapport</i>” migliore tra operatori della salute e utenti. Il Corso, accreditato ECM, si è svolto nelle date 8-11-14-18-22-25 maggio 2018 e 9 -13 -16 -20 -23 novembre 2018 si è rivolto a tutte le professioni sanitarie impegnati nella relazione d’aiuto ed interessato a migliorare la propria qualità comunicazionale. Allego: <a href="#">Programmazione Neuro-Linguistica (PNL)</a></p> <p>➤ <b>Corso “Radioprotezione dei pazienti ai sensi del D.lvo 187/00”</b></p> <p>Si è avviato il corso obbligatorio con frequenza quinquennale per tutto il personale che impiega durante l’attività clinica apparecchiature o sorgenti emittenti radiazioni ionizzanti. (Medici radiodiagnostici; Medici radioterapisti; Medici nucleari; Medici che svolgono attività radiodiagnostica complementare all’esercizio clinico; Medici odontoiatri; Fisici sanitari, Infermieri e Tecnici sanitari in radiologia medica (TSRM). L’obiettivo del corso è di fornire adeguati strumenti operativi e normativi ai fini dell’ottimizzazione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, secondo la normativa vigente in campo nazionale e in coerenza con la DGR n. 13 del 13.01,2012. I destinatari sono dipendenti del profilo professionale del Medico, Odontoiatra, Fisico, Infermiere e Tecnico Sanitario di Radiologia. Il Corso accreditato ECM, si è svolto in due edizioni: 15-16 Marzo e 10-11 maggio 2017 . Per completezza si allega il testo integrale del Piano Formativo biennale 2017-2018. Allegato: <a href="#">Locandina Corso “Radioprotezione dei pazienti ai sensi del D.lvo 187/00”</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 e 2018 sono stati formalizzati percorsi aziendali in merito a:</p> <p><b>Prevenzione del suicidio</b>  <a href="#">IOU29 0011 ISTRUZIONE OPERATIVA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEI PAZIENTI IN OSPEDALE</a></p> <p><b>Modalità di trasporto in urgenza o programmato dei pazienti</b>  <a href="#">IOAZHOR 0096-Trasporto pazienti in urgenza o programmato</a></p> <p><b>Modalità di comunicazione di eventi avversi:</b>  <b>Comunicazione verso l’esterno dell’Istituto-</b><a href="#">IOAZHFC 0001-COMUNICAZIONE ESTERNA IN CASO DI EVENTI AVVERSI</a></p> <p><b>Comunicazione dell’evento avverso al paziente e familiari-</b><a href="#">IOAZHQA 0706 Recepimento L. G. Comunicazione Eventi Avversi- Raccomandazione per la comunicazione ai pazienti</a></p> <p><b>Supporto agli operatori coinvolti nell’evento avverso</b>  <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>  <a href="#">PQH32 0002-il contatto pelle a pelle alla nascita</a></p> <p><a href="#">PQH32 0005-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 Displasia Congenita dell’Anca</a></p> <p>In sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità, 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>➤ Gestione degli emoderivati</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 organizza e svolge 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, sterilizzazione, rifiuti).</p> <p>L’UO Igiene effettua sopralluoghi nelle UUOO per il monitoraggio e verifica dei comportamenti adottati dal personale.</p> <p>In sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità si verifica l’aderenza dei comportamenti degli operatori mediante checklist, alle indicazioni Ministeriali.</p>

<p><b>F4 Incontri con gli operatori sanitari finalizzati all'introduzione di nuove tecniche e utilizzo di nuovi dispositivi di sicurezza</b></p>	<p>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.</p> <p>Nell'ultimo anno la tecnologia innovativa di maggiore impatto organizzativo introdotta, è stata la Cartella Clinica Elettronica, che coinvolge tutto il personale dedicato all'assistenza. Contestualmente alla sua implementazione è stata organizzata, all'interno del Policlinico, la formazione del personale medico ed infermieristico del Pronto Soccorso e delle degenze, sia in aula sia on the job: i professionisti sono stati affiancati h24, durante l'orario di servizio da tutor (tecnici informatici/Fornitori) nell'implementazione del progetto.</p> <p>Il Corso ha coinvolto nel 2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 256 partecipanti al Corso di Formazione per Key user (dal 28/05/2018 al 01/6/2018) – con ECM</li> <li>▪ 1800 partecipanti ad incontri informativi (dal 05/6/19 al 22/6/2018)</li> <li>▪ 1003 partecipanti al Corso Formazione on the job (concluso 30 agosto) - con ECM</li> </ul> <p>L'adozione per le Aziende Sanitarie della Regione Liguria dei nuovi Defibrillatori semiautomatici esterni di fascia bassa, è stata accompagnata da un Piano di Formazione specifico per il personale medico, infermieristico e tecnico sanitario. La formazione conclusasi nel mese di novembre, è stata finalizzata alla presentazione del dispositivo e all'illustrazione del suo corretto funzionamento.</p> <p>Allegati:  <a href="#">CCE Locandina Corso PS</a>  <a href="#">CCE Locandina Corso Degenze</a></p>
<p><b>F5 Prevenzione e valutazione del rischio di caduta</b></p>	<p>Come descritto a pagina 22, capitolo <b>G4.2 Misurazione cadute</b>, l'analisi costante del fenomeno ha guidato l'azienda verso delle azioni preventive e di miglioramento. Per quanto riguarda le condizioni ambientali, si è provveduto all'acquisizione di letti disarticolati e a massima movimentazione verso il pavimento in quanto si ritiene che costituiscano un elemento protettivo per il verificarsi dell'evento caduta. Nel corso del 2018, è stata effettuata la consegna dei primi 316 nuovi presidi dei 640 che si prevede di acquisire nel triennio.</p> <p>Per quanto riguarda la diffusione di adeguate informazioni, è stata pubblicata la revisione del pieghevole destinato agli utenti "Preveniamo le cadute in Ospedale" e, in tutte le unità operative, sono stati affissi cartelli in formato A3 "Preveniamo le cadute in Ospedale - Consigli per assistiti e familiari". Si è inoltre ritenuto necessario sensibilizzare il personale sanitario sull'adozione delle specifiche azioni indicate nell'Istruzione Operativa Aziendale IOAZHQA_0018 (aggiornata al 26/03/2018), da mettere in atto alla presa in carico di ogni paziente, soprattutto quando a rischio di caduta <math>\geq 2</math> secondo la scala di Conley e, in generale, quando sono presenti fattori che predispongano il paziente a un aumentato rischio.</p> <p>Allegato: <a href="#">pieghevole Preveniamo le cadute</a></p>

<p><b>F6 BLS e PBLSD</b></p>	<p>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.</p> <p>Il Piano Formativo biennale 2017-2018 prevede corsi specifici nell' AREA CLINICO assistenziale.</p> <p>Inoltre, nel 2018, è stato erogato un corso formativo riservato al personale amministrativo e al personale sanitario che non svolge attività lavorativa in reparti di cura e assistenza, per fornire gli strumenti conoscitivi essenziali, teorici e pratici, al personale affinché possa attuare gli interventi di Primo Soccorso in attesa dei soccorsi specializzati e di limitare e/o evitare l'aggravarsi delle situazioni di intervento. il corso ha avuto tre edizioni:</p> <p>1° edizione- 7, 14, 21 e 28 giugno 2018  2° edizione- 4, 11, 18 e 25 ottobre 2018  3° edizione- 8, 15, 22 e 29 novembre 2018</p> <p>Allegato: <a href="#">Primo Soccorso personale Non Addetto Assistenza</a></p>
<p><b>F7 Definizione profilo di competenze e sua valutazione</b></p>	<p>A seguito dell'analisi dei Reclami dei pazienti e della registrazione di Eventi Sentinella si è ritenuto necessario attivare un percorso strutturato per l'assegnazione dei compiti clinico assistenziali del personale medico e di dirigenza sanitaria attraverso la definizione del profilo di competenza.</p> <p>Nell'ambito della gestione del Rischio Clinico mediante lo strumento CARMInA, si sono evidenziate aree che necessitano di approfondimenti e sviluppo di sistemi specifici e finalizzati. In particolare nell'Area Ostetrico Ginecologico si implementeranno le schede Joint Commission "Privileges" (standard JCI SQE.10) allo scopo di elaborare un elenco di conoscenze ed abilità che i professionisti, dell'area medica, devono essere in grado di svolgere o sotto supervisione (neo assunti, specializzandi in formazione) o in autonomia, fino ad arrivare ad attività altamente specialistiche, appannaggio solo di alcuni operatori. Il percorso di valutazione delle specifiche competenze professionali, è stato condiviso a livello regionale presso la Commissione Regionale di Coordinamento del Rischio Clinico (Verbale riunione dell' 11/05/2018) per una progressiva diffusione a tutte le strutture del Servizio Sanitario Regionale SSR.</p> <p>Il 14 gennaio 2019 avrà luogo l'incontro con il personale del Dipartimento Ginecologica e Percorso Nascita al fine di condividere le schede e procedere ad una prima implementazione presso il nostro Policlinico.</p> <p>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.</p>

SCHEDA PRIVILEGES - AREA "OSTETRICA E GINECOLOGIA" (AFO4 MATERNO INFANTILE-DISCIPLINA 37)

MEDICO:					
INCARICO ATTRIBUITO:	DATA COMPILAZIONE SCHEDA:.....				
	AUTONOMO		PARZIALMENTE AUTONOMO		NON AUTORIZZATO
Descrizione Procedure (BASE)	Criteria	SI/NO	Criteria	SI/NO	
AREA FUNZIONI - Medico di reparto	Esperienza formativa e organizzativa dedicata di 1 anno con tutor				
AREA FUNZIONI - Valutazione preoperatoria e preparazione della chirurgia ginecologica	Esperienza formativa e organizzativa dedicata di 1 anno con tutor; 30 procedure/anno				
AREA FUNZIONI - Secondo Reperibile	Esperienza formativa e organizzativa dedicata di 3 anni con tutor				
AREA FUNZIONI - Responsabile Area Parto	Esperienza formativa e organizzativa dedicata di 1 anno con tutor				
ACCETTAZIONE E PS OSTETRICO Visita - Eco office - Compilazione CC - Prescrizione farmaci - Compilazione consensi	Periodo di mesi 6 di guardia attiva; N° 50 procedure/anno		Periodo di mesi 6 di guardia attiva con tutor; N° 50 procedure/anno		
ACCETTAZIONE E PS OSTETRICO Gestione diagnostica e organizzativa emergenze ostetriche e ginecologiche	20 procedure / anno		20 procedure /anno con tutor		
AREA PARTO Monitoraggio travaglio parto - (CTG e partogramma)	30 procedure /anno				
AREA PARTO Assistenza al parto eutocico e operativo	30 parti/anno; periodo di mesi 6 di		30 parti/anno; periodo di mesi 6		

Rev. 01 del 08/05/2018

UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Pag 1 di 6

**F8 Educazione terapeutica al paziente e caregiver**

All'interno del Policlinico si sono individuati canali di veicolazione di informazioni ai pazienti, ai parenti visitatori e/o caregiver attraverso pieghevoli informativi, cartelli, segnaletica.

Sono stati redatti e pubblicati alcuni pieghevoli/libretti per pazienti e familiari, finalizzati a facilitare l'orientamento nel percorso di cura e assistenza post-dimissione, oltre che per fornire un riferimento nella gestione dei dispositivi che spesso il paziente deve utilizzare.

- [Pieghevole "CONOSCERE LE LESIONI DA PRESSIONE](#)-Informazioni per assistiti e familiari nella prevenzione dell'insorgenza delle lesioni da pressione"
- [Pieghevole "AMBULATORIO A GESTIONE INFERMIERISTICA ULCERE CUTANEE COMPLESSE PADIGLIONE DERMATOLOGIA SOCIALE PIANO TERRA"](#)
- Libretto Informativo ["INFORMAZIONI UTILI PER LA PERSONA SOTTOPOSTA A LARINGECTOMIA TOTALE"](#)
- [MODAZU76 0059-Galateo respiratorio](#)
- [MODAZU76 0068-Comportamenti per il visitatore in Terapia Intensiva visitatori terapia intensiva](#)
- [MODAZU76 0062- POSTER INFORMAZIONI VISITATORI DI PAZIENTI CON MISURE DI ISOLAMENTO UTI E TER. SUB INT.](#)

## 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 ABO</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate:  Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [ ]  SI [X] NO [ ] SI [X] NO [ ] SI [X] NO [ ] SI [X] NO [ ]

<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 <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>S1.7 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"/>
<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"/>
<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"/>
<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"/>
<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"/>

<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"/> 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	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

## S2 Sviluppo di buone pratiche

### S2.1 Audit Clinici accreditati ECM

- In Istituto è stata completata la Prima Fase dell' Audit Clinico:  
**"Audit Osservazionale prospettico del percorso nascita con riferimento alle variabili che condizionano la cesarizzazione"**

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità i tagli cesarei (TC) non dovrebbero superare il 10-15% dei parti. L'elevata quantità di tagli cesarei è riconducibile a numerosi fattori tra cui precedenti cesarei, riproduzione assistita, età avanzata, fattori correlati alle attitudini dei professionisti coinvolti nella gravidanza, aspettative delle donne in gravidanza, fattori legati all'informazione ricevuta in gravidanza, consapevolezza dei rischi e benefici di ogni procedura, contesto socio culturale. L'Audit avviato si propone di indagare il percorso seguito delle gestanti durante la gravidanza per confrontarlo con le motivazioni del personale sanitario che portano a decidere una determinata modalità di parto.

Nell'Ospedale Policlinico San Martino durante il 2016 i parti cesarei programmati e in travaglio sono stati il 40.5% (608/1502) del totale dei parti.

#### **Obiettivi**

1. Individuare le determinanti del percorso nascita che influenzano maggiormente la scelta del parto cesareo.
2. Determinare le motivazioni del personale sanitario nella scelta della modalità di parto.
3. Valutazione dell'appropriatezza dei TC.

**Metodi.** Ogni donna che ha partorito al Policlinico dal 1/10/2017 al 31/03/2018 è stata invitata a compilare un questionario che indagava aspetti relativi alla gravidanza. Sono stati valutati tutti i parti attraverso il Certificato di Assistenza alla nascita (CEDAP), e la cartella clinica. I parti con taglio cesareo sono stati valutati riguardo alla potenziale appropriatezza/ non appropriatezza in base alla Linea Guida del Ministero della Salute.

**Risultati.** Durante il periodo 1/10/2017 – 31/03/2018, hanno partorito al Policlinico San Martino 706 donne, delle quali 13 sono state definite non eleggibili perché non parlavano italiano né spagnolo. Dal gruppo delle 693 donne eleggibili, 28 sono state escluse perché irreperibili, per un totale di donne incluse di 665. Le 665 mamme intervistate avevano un'età media di 34 anni: il 66% (438) con età tra 31-40 anni, l'8% (55) più di 41 anni, il 25% (167) tra 21 e 30 anni e l'1% (5) minore di 20 anni. Riguardo lo stato civile, il 55% (366) era coniugata, il 42.6% (283) era nubile, il 2.4% (16) era separata o divorziata. Per quanto riguarda l'occupazione, il 75% (500) aveva un lavoro, il restante 25% si dichiarava casalinga (97), disoccupata (56), in cerca di prima occupazione (4), studente (8). Sul titolo di studio, il 48.9% (325) dichiarava un titolo universitario, il 37% (246) aveva un diploma di scuola superiore, 14% (94) il diploma di scuola media o elementare. Riguardo alla cittadinanza, l'83% (552) era Italiana, il 9% (60) di altri paesi Europei, il 4% (26) Latinoamericana, il 2% (14) Africana, il 2% (13) Asiatica. La prima parte del questionario valutava le informazioni ricevute dalle donne durante la

gravidenza in relazione allo standard descritto nella linea guida sul TC utilizzata come riferimento. La maggioranza delle donne intervistate ha dichiarato di essere abbastanza o tantissimo informata relativamente a:

- le diverse modalità di parto (81.2%, 540)
- i pro e contro di ciascuna modalità di parto (73.2%, 487)
- la possibilità di fare l’analgesia durante il travaglio e il parto naturale (83%, 552)
- il tipo di parto più consigliabile per lei (71%, 472)
- i tipi di anestesia utilizzati in corso di taglio cesareo (53.4%, 355).

Per quanto riguarda gli altri argomenti, una proporzione minore di donne ha dichiarato di aver ricevuto abbastanza o tantissima informazione:

- il 47.1% (313) delle signore per quanto riguarda la possibilità di avere un sostegno psicologico, altro tipo di aiuto o altro parere medico in caso di ansia, paura o dubbi
- il 48.3% (321) riguardo ai rischi per lei e le future gravidanze dopo un taglio cesareo
- il 40.6% (270) riguardo ai rischi per il bambino associati al taglio cesareo.

Il 90.1% (599) dichiara che le informazioni erano chiare, comprensibili e rispettose della proprie idee e cultura e il 82.1% (546) dichiara di aver espresso le sue opinioni, dubbi e preoccupazioni riguardo la scelta sul tipo di parto. Il 51.6% (343) ha partecipato a un corso di accompagnamento alla nascita.

Alla domanda “Lei ha richiesto il parto con taglio cesareo?” ha risposto affermativamente soltanto il 12.5% (83) delle donne, delle quali: 10 (12%) hanno partorito per via vaginale, 53 (63.9%) hanno partorito tramite taglio cesareo in elezione e 20 (24.1%) tramite taglio cesareo in urgenza. Alla domanda “Da chi e come ha avuto le informazioni?”

Le risposte si sono distribuite come illustrato nella tabella seguente:

Fonte delle informazioni	numero	%
Ginecologo	195	29,3%
Ostetrica	62	9,3%
Medico di famiglia	1	0,2%
Ambulatorio Ospedale	19	2,9%
Ambulatorio ASL	8	1,2%
Nessuno	6	0,9%
Internet	1	0,2%
Altro	6	0,9%
Non risposto	7	1,1%
Ginecologo e Ostetrica	121	18,2%
Ginecologo e altri (No ostetrica)	115	17,3%
Ostetrica e altri (No ginecologo)	32	4,8%
Tutti	43	6,5%
Altri (No Ostetrica ne ginecologo)	6	0,9%

La figura del ginecologo era coinvolta in più del 80% dei casi come fonte di informazione. Riguardo alla domanda “In quale momento della gravidanza ha

ricevuto le prime informazioni sulle diverse modalità di parto?" Il 27.2% (181) ha risposto al primo trimestre, il 23,3% (155) al secondo trimestre e il 35.9% (239) al terzo. Il 2.1% (14) ha dichiarato di essere stata informata per la prima volta al momento dal ricovero e il 2.7% (18) di non essere mai stata informata. La maggior parte delle mamme dichiara di aver ricevuto le informazioni da 2 a 4 volte 61,2% (407). Per quanto riguarda la modalità con cui è stata fornita l'informazione, il 69.9% (465) ha dichiarato che sia stata fornita in forma orale; l'8.7% (58) sia in forma scritta che orale.

I controlli durante la gravidanza sono stati eseguiti prevalentemente dal ginecologo/a di fiducia 52,5% (349), nel 29.2% (194) dei casi i controlli sono stati eseguiti sia dal ginecologo/a di fiducia che presso l'ambulatorio ospedaliero.

Riguardo alla domanda "Chi ha deciso la modalità del parto?" Il 40% (266) ha risposto "mia libera scelta", il 24.7% (164) "mia scelta su consiglio del ginecologo/a", il 12%(80) "scelta fortemente consigliata dal ginecologo/a", il 14,1% (94) "decisione del medico".

Alla domanda "Ha avuto sostegno emotivo continuo (personale sanitario, parenti) durante il travaglio?" ha risposto "si" il 79.5% (529) delle donne e "no" il 6.3% (42).

Alla domanda "Ripensando a questo parto che sensazioni ha?" il 41,5% (276) delle donne ha risposto "belle", il 27.5% (183) "più belle che brutte", il 7,2% (48) ne belle ne brutte, il 9,6% (64) "più brutte che belle", il 2.6% (17) "brutte".

Il 14 gennaio 2019 avrà luogo l'incontro con il personale del Dipartimento Ginecologica e Percorso Nascita al fine di condividere i risultati e con l'obiettivo di determinare le azioni di miglioramento.

#### ➤ **Audit Clinico prospettico: "Informazione e Consenso"**

Il 19/11/2018 è stato approvato dal Comitato Etico Regionale il Protocollo dell' Audit Clinico prospettico "Informazione e Consenso" (Numero Registro CER Liguria: 322/2018)

L'Audit nasce dall'esigenza di accertare il livello di comunicazione effettivamente esistente in Ospedale nei confronti dei pazienti.

Il consenso informato è il fondamento e presupposto di liceità dell'attività medico-chirurgica ai sensi degli artt. 2, 13 e 32 Costituzione Italiana. Valorizza la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico. La validità dipende dalla comprensione del paziente riguardo l'intervento proposto, includendo i rischi potenziali e benefici con la loro probabilità, le alternative al trattamento e l'opzione di accettare o rifiutare. Un consenso senza queste caratteristiche compromette l'autonomia del paziente e lo espone a rischi oltre a costituire elemento di negligenza.

#### **Obiettivi**

- Monitoraggio della qualità dell'informazione fornita per l'acquisizione del consenso/dissenso alle prestazioni
- Valutazione della percezioni del paziente riguardo a la completezza, comprensione, consapevolezza e soddisfazione del processo del con-

senso informato

- Rilevazione delle criticità ed individuazione delle azioni finalizzate al miglioramento della qualità del processo.

**Metodi.** Tutti i pazienti arruolati compileranno attraverso una intervista semi strutturata i questionari MMSE (Mini mental test) e il Questionario elaborato ad hoc dal gruppo di lavoro dell’Audit, i dati raccolti saranno analizzati descrittivamente. Inizialmente si analizzeranno i primi 100 pazienti contattati per determinare la fattibilità dell’Audit.

➤ **Audit Clinico “mortalità a 30 giorni dall’intervento per tumore maligno dello stomaco”**

Il tumore maligno dello stomaco è la seconda causa di morte per tumore nel mondo e la quarta in Europa. La mortalità a 30 giorni dall’intervento per tumore maligno dello stomaco è un indicatore che valuta il rischio operatorio dei pazienti con diagnosi di tumore maligno dello stomaco sottoposti ad intervento chirurgico di resezione gastrica, misurata come mortalità durante l’intervento, durante la degenza post-operatoria o entro 30 giorni dall’intervento. L’indicatore risente delle qualità delle cure, della struttura, dell’area territoriale, così come dei fattori di rischio legati al paziente, come ad esempio età, genere e comorbilità.

**Obiettivi**

- Determinare i fattori associati ad una elevata mortalità a 30 giorni dopo intervento per carcinoma gastrico durante gli anni 2013-2016. Stabilire degli indicatori rivolti al monitoraggio dei fattori causali riscontrati.
- Verificare l’appropriatezza degli interventi riguardo alle Linee Guida, durante le fase pre-chirurgica, chirurgica e post-chirurgica, per stabilire delle azioni di miglioramento che saranno valutate durante l’anno 2019.

**Metodo.** Il Metodo adottato prevede due fasi:

- la prima Fase in cui si effettuerà l’analisi retrospettiva dei casi durante il periodo 2013-2016
- la seconda Fase in cui si effettuerà l’analisi prospettica dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico durante l’anno 2019.

➤ **Tra il 2012 ed il 2016 sono stati effettuati i seguenti Audit Clinici:**

- [Morti per I.M.A.](#)
- [Deceduti in Pronto Soccorso](#)
- [Neoplasia Colon rettale](#)
- Neoplasia del Pancreas
- [Utilizzo Plasma Fresco congelato](#)

I risultati emersi dagli Audit Clinici sopracitati, sono consultabili da tutto il personale del Policlinico nella Intranet, all’interno della *mental map* Rischio Clinico.

<p><b>S2.2. Sicurezza/Accuratezza nella compilazione documentale</b></p> <p><b>S2.2.1</b> Attività di verifica della compilazione della cartella clinica</p> <p><b>S2.2.2</b> Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori in terapia</p>	<p>E' in fase di completament 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 Cartella Clinica Elettronica ha avuto avvio dal Pronto Soccorso il 16/10/2017 con estensione dal 28 giugno 2018, alle Degenze ordinarie e Day Hospital e nella data del 28 novembre è stato avviato il modulo specifico per la Maternity.</p> <p>Il percorso si completerà nel 2019 con l'attivazione della Cartella Clinica Elettronica per tutta l'attività ambulatoriale. Si ritiene che 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>Si verifica l'adeguatezza della compilazione della cartella clinica con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 negli ultimi sette giorni antecedenti l'Audit Interno)</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>All'interno del Policlinico è in uso il sistema informatico di prescrizione, preparazione e somministrazione SOFIA la cui evidenza è visibile in cartaceo all'interno della parte cartacea allegata alla cartella clinica elettronica (Stampa analitica della Dose Unitaria).</p> <p>Il Policlinico ha da tempo adottato un approccio proattivo alla gestione del rischio clinico per affrontare il problema dell'errore in terapia e quindi della sicurezza dei pazienti, predisponendo iniziative finalizzate all'innalzamento del livello di sicurezza delle cure: si effettuano Corsi di formazione e aggiornamento, si effettuano valutazioni della corretta compilazione delle prescrizioni ed avvenute somministrazioni con la verifica di cartelle cliniche durante gli Audit Interni di Sistema Gestione Qualità.</p> <p>Attraverso l'analisi FMECA, vengono mensilmente valutati gli indici di rischio per le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ lettura del bracciale</li> <li>▪ lettura farmaco</li> <li>▪ farmaco non somministrato</li> <li>▪ conferme giornaliera</li> </ul> <p>e altro, permettendo di ottenere una mappa del rischio per ogni reparto.</p> <p>I report mensili sugli indici di rischio sono analizzati e confrontati per ottenere degli elaborati che permettano alla Farmacia di riportare i risultati utilizzando</p>
---	--

indicatori di processo o di esito, di avere una visione accurata dell'aderenza alla procedura da parte dei singoli reparti e quindi una mappatura degli indici di rischio per reparto e in generale dell'Istituto.

Le analisi del 2017 tuttavia hanno mostrato un miglioramento nell'indicatore conferme giornaliera ma non nella lettura Farmaco e Bracciale.

A tale proposito si è evidenziata la necessità nel 2018 di riproporre tutta l'attività di reportistica specifica e di formazione per i reparti per riattivare l'attenzione e riaccendere l'interesse su questa attività di gestione del rischio clinico.

### **Riconciliazione Farmacologica**

In base a quanto espresso nella Raccomandazione Ministeriale 17 "Riconciliazione della terapia farmacologica", nei momenti di transizione di cura, quali il ricovero del paziente in Ospedale, la dimissione, il trasferimento tra reparti della stessa struttura o ad altra struttura sanitaria, è necessario ed essenziale eseguire un'accurata revisione dei medicinali fino ad allora assunti dal paziente e di quelli previsti per la nuova condizione clinica. La Riconciliazione della terapia farmacologica è un ottimo strumento per ridurre gli errori correlati ai farmaci. Nel Policlinico è effettuata tramite il sistema informatizzato Sofia che prevede:

- una prima fase di Ricognizione, al momento dell'accesso del paziente in Ospedale e prevede l'acquisizione delle informazioni tramite intervista strutturata relativamente alle terapie domiciliari del paziente e alla presenza di patologie, allergie o intolleranze, ma anche relativa allo stile di vita, all'eventuale assunzione di terapie non convenzionali quali fitoterapici o omeopatici
- una seconda fase che prevede il Confronto tra la terapia seguita e quella che si intende prescrivere
- un'ultima fase che prevede al momento della dimissione del paziente, la terapia impostata in ospedale Riconciliata con la terapia domiciliare

Le informazioni registrate sul programma Sofia, restano presenti nel prospetto di ogni singolo paziente e possono essere riutilizzate in caso di successivi ricoveri. La modalità operativa implementata, è descritta nella procedura contenuta nel pacchetto informatico della dose unitaria del farmaco Sofia, che accompagna il clinico nella realizzazione delle fasi di Ricognizione, Confronto e Riconciliazione delle terapie.

L'UO Farmacia ha provveduto a diffondere in modo capillare a tutto il personale del Policlinico, il metodo per adempiere a quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale N.17, mediante formazione sul campo in tutte le unità operative, nel trimestre maggio-giugno-luglio 2018.

Allegato: [Nota Prot.5613 del 23/04/'18](#) e [Nota Prot.4206 del 23/03/'18](#)

### **Farmacovigilanza**

La principale attività di Farmacovigilanza svolta quotidianamente dalla U.O. Farmacia implicano il controllo di completezza, verifica della congruità dei dati indicati dai clinici e tempestivo inserimento in Rete Nazionale di Farmacovigilanza di tutte le segnalazioni di sospetta reazione avversa trasmesse da

parte dei clinici con “Scheda unica di segnalazione di sospetta reazione avversa” o tramite registrazione on line attraverso portale Vigifarmaco.

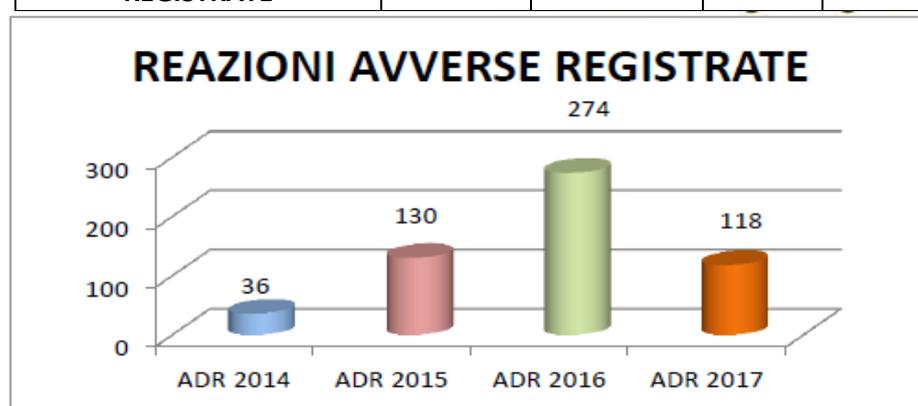
A seguito dell’inserimento, tutte le ADR sono tracciate in modo che la Azienda produttrice e gli organi competenti vengano a conoscenza della reazione.

Nel corso del 2017, il nostro Policlinico ha registrato una riduzione del numero di segnalazioni di reazioni avverse. Di seguito il trend degli ultimi 4 anni.

Nel 2017, rispetto al 2016, si evince una riduzione del 57%.

Tale flessione del numero di segnalazioni potrebbe essere imputabile anche al cambio di normativa per cui i titolari di AIC trasmettono le ADR direttamente ad Eudravigilance, la quale provvede, attraverso la funzione di re-routing, ad inoltrare le segnalazioni alle autorità nazionali competenti.

	2014	2015	2016	2017
<b>REAZIONI AVVERSE REGISTRATE</b>	36	130	274	118



Si è effettuata una sub-analisi ed approfondimento per l’anno 2017 sui criteri di gravità delle reazioni avverse al fine di condividere nell’anno 2018 un focus dedicato all’argomento con i clinici del Policlinico.

	NON GRAVE	GRAVE	GRAVE- DECESSO	NON DEFINITO
<b>REAZIONI AVVERSE REGISTRATE 2016</b>	101	15	1	1

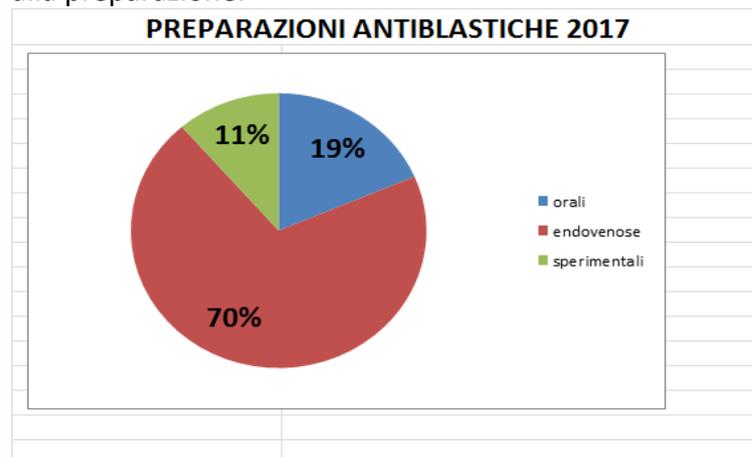
#### **Attività Laboratorio Terapie Antiblastici**

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) il Policlinico ha previsto procedure specifiche su tutte le fasi della filiera del farmaco antineoplastico.

Il settore della U.O.S. Gestione e Logistica del Farmaco dell’UO Farmacia ha proseguito la riorganizzazione dell’attività del Laboratorio Antiblastici portando avanti l’attività di allestimento nel rispetto dei tempi di preparazione concordati con i sanitari ed assorbendo, oltre al già gestito allestimento, anche il completo governo dei farmaci sperimentali per tutto il loro ciclo lavorativo. L’attività di implementazione ed organizzazione dei percorsi del labora-

torio ha portato ad ottimizzare il flusso di gestione dei farmaci sperimentali. Si è inoltre provveduto ad implementare ulteriormente l'attività del robot Apoteca Chemo migliorandone il flusso lavorativo nella giornata lavorativa e le performance nella preparazione delle terapie routinarie. Nell'ambito della progettualità di sviluppo della tecnologia robotica, è stato avviato un progetto per implementare il numero dei principi attivi ad alto costo utilizzati nel robot, con una misurazione standardizzata dell'overfilling e ricalcolo degli effettivi mg a disposizione per fiala di farmaco. A seguito di questa ricerca verranno elaborati i derivanti dati di risparmio.

Questi interventi hanno portato come risultato circa 310 preparazioni/settimanali medie alleggerendo il carico di lavoro quotidiano del personale preparatore, assicurando un percorso di diminuzione del rischio clinico legato alla preparazione.



### S2.2.3 Sicurezza in Sala Operatoria

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:

- il MODULO\_0125 "Scheda di Blocco Operatorio Medica ed Infermieristica" per conteggio di garze e strumenti (ferri)
- la Scheda Perioperatoria MODULO\_1029
- la Procedura per la corretta identificazione del paziente in sala operatoria
- la Procedura per la segnatura del sito/lateralità chirurgica
- gestione del processo operatorio mediante software ORMAWEB (referto operatorio - Scheda di Blocco Operatorio Medica ed Infermieristica)

### **Percorso di inserimento degli Infermieri (Neoinseriti/Neoassunti) nelle Sale Operatorie**

Nel Piano Triennale per la Gestione della Rischiosità all'interno del Policlinico (2018-2021) "PIGiR" si è definito di effettuare un'analisi finalizzata alla valutazione dei risultati del percorso di inserimento degli Infermieri

<p><b>S2.2.4 Consensi al trattamento dati sensibili</b></p>	<p>(Neoinseriti/Neoassunti) nelle Sale Operatorie.</p> <p><b>Obiettivi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificare le caratteristiche delle schede di valutazione degli infermieri Neoinseriti nelle Sale Operatorie del Policlinico nel periodo 2016 - 2018.</li> <li>2. Identificare i vantaggi e svantaggi dell' utilizzo della scheda di valutazione degli infermieri Neoinseriti nella Sala Operatoria del DEA.</li> </ol> <p><b>Metodi:</b> saranno comparate le diverse tipologie di Schede di valutazione dell'infermier neo-inserito (MODHAN_0112, MODAZHPS_1044, MODAZHPS_1069), attraverso una check list "Sintesi comparativa dati".</p> <p>Si ritiene che l'utilizzo delle schede di valutazione proposte per il neoinserito, poichè tengono conto delle funzioni specifiche richieste soprattutto in sala operatoria, potrebbe ridurre il tempo dell'inserimento dell'infermiere all'interno del blocco operatorio. Si ritiene possibile ottenere benefici per il team chirurgico, per l'assistenza ai pazienti e contestualmente avere ricadute positive riguardo ai costi correlati per il Policlinico.</p> <p>Inoltre il percorso del neoinserito, costituisce un adeguato strumento atto a garantire una corretta Gestione della Sicurezza in Sala Operatoria.</p> <p>I consensi al <b>Trattamento dei Dati sensibili</b> sono stati revisionati in ottemperanza a quanto definito dal Regolamento Regolamento UE 2016/679 Trattamento dei Dati Personali e Sensibili con Dossier Sanitario Elettronico DSE e ne è stata data comunicazione a tutto il personale attraverso incontri tenuti dal Responsabile della Protezione dei dati dell'Ospedale Policlinico San Martino (DPO):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="#">incontri informativi con i Direttori di Unità Operative svolti nelle date: 16/04/2018- 17/04/2018</a></li> <li>▪ incontri con i Coordinatori Infermieristici e Tecnici svolti nelle date: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 11/06/2018 (per i Coordinatori Area Chirurgica)</li> <li>• 18/06/2018 (per i Coordinatori del DEA e Area Neuroscienze)</li> <li>• 19/06/2018 (per i Coordinatori Area Medica)</li> <li>• 21/06/2018 (per i Coordinatori Diagnostiche)</li> <li>• 03/07/2018 (per i Coordinatori Area Emato-Oncologica)</li> <li>• 05/07/2018 (per i Coordinatori Sale Operatorie)</li> </ul> </li> </ul> <p>Allegato: <a href="#">Brochure Protezione dati sensibili e Dossier Sanitario Elettronico</a></p>
<p><b>E Consensi Informati al trattamento Sanitario</b></p>	<p>All'interno del Policlinico si intende dare maggior rilievo possibile alla fase di informazione del paziente riguardo il trattamento sanitario che gli viene proposto. A tale scopo sin dal 2014 si è intrapreso un percorso di revisione <b>dei consensi a trattamenti sanitari</b> in uso, per separare la parte informativa, anche dal punto di vista documentale, dalla fase di acquisizione del Consenso/Dissenso.</p> <p>Questa separazione è volta a sensibilizzare tutti i professionisti ad una maggiore attenzione alla informazione del paziente che, come anche sancito dalla</p>

	<p>Legge N.219 del 22/12/2017, costituisce “Tempo di cura”.</p> <p>La revisione degli attuali consensi prevede la separazione della parte “Informativa” dalla formula di “acquisizione del Consenso”, condividendo le modifiche al testo con gli specialisti che erogano la procedura descritta e controllati dall’ UO Gestione Rischio Clinico, per la validazione finale e pubblicazione nel software Isolabweb e nel sito web del Policlinico.</p> <p>Le Informative, come richiesto dalla L. 219/2017, art 1, c. 3 devono contenere requisiti specifici quali:</p> <p>Indicazioni terapeutiche a quella specifica procedura/intervento</p> <p>Descrizione della Procedura</p> <p>Rischi e percentuale di rischio e complicanze (ragionevoli e da letteratura)</p> <p>Rischi conseguenti al “Non Sottoporsi” alla procedura proposta</p> <p>Alternative terapeutiche possibili</p> <p>Percentuale di casistica e complicanze di unità operativa e di tipo personale</p> <p>Bibliografia</p> <p>Per garantire migliore comunicazione e chiarezza, tutti i documenti revisionati (attualmente 180 Informative a procedura/intervento) sono resi disponibili sul sito internet del Policlinico 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>.</p>
<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>➤ <a href="#">Corretta identificazione del paziente tramite braccialetto identificativo IOAZHQA_0033</a></li> <li>➤ <a href="#">Identificazione certa del paziente alla trasfusione IOAZH78_0142</a></li> </ul> <p>Il Risk Manager nei mesi di novembre e dicembre è intervenuto in sede di Comitato di Dipartimento degli 11 Dipartimenti del Policlinico, per richiamare l’attenzione di Direttori, Coordinatori e RAQ sull’esigenza che i comportamenti siano adeguati ed aderenti a quanto previsto dalle istruzioni operative aziendali di recepimento delle indicazioni ministeriali, in tema di doppio controllo ed identificazione (IOAZH78_0142 “Identificazione certa del paziente alla trasfusione”- Raccomandazione N. 3 “Per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura”- Raccomandazione N.5 “Per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO”).</p> <p>Ai professionisti coinvolti nell’erogazione di prestazioni e nella realizzazione dei processi, si chiede una attenzione rinnovata per evitare che si verifichino eventi indesiderati/avversi/sentinella. Gli incontri svolti sono di seguito elencati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">27 novembre Com.to Dipartimento del Dip. Emergenza ed Accettazione</a></li> <li>• <a href="#">03 dicembre Com.to Dipartimento del Dip. Dipartimento Medicina Specialistica</a></li> <li>• <a href="#">14 dicembre Com.to Dipartimento del Dip. Diagnostica di Laboratorio</a></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">17 dicembre Com.to Dipartimento del Dip. Ginecologico e Percorso Nascita</a></li> <li>• <a href="#">18 dicembre Com.to Dipartimento del Dip. Medicina Interna</a></li> </ul> <p>Si proseguiranno gli incontri a gennaio 2019.</p>
<p><b>S2.4. Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza</b></p>	<p style="text-align: center;">➤ <b>Progetto prevenzione delle infezioni del sito chirurgico</b></p> <p><b>Razionale</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Le ISC sono tra i problemi più rilevanti delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA); in molti paesi le ISC raggiungono il 25% del totale.</p> <p>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.</p> <p>Nel biennio 2015-2016 l'U.O. Igiene, in collaborazione con alcune UU.OO. chirurgiche dell'Istituto, ha condotto diverse esperienze volte ad approfondire gli aspetti relativi ai comportamenti e alle procedure per la prevenzione delle ISC.</p> <p><b>Metodologia</b></p> <p>Per raggiungere lo scopo del presente progetto sono stati programmati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-incontri con i coordinatori delle UU.OO. interessate</li> <li>-costruzione di schede di sorveglianza degli interventi chirurgici: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ preoperatoria e postoperatoria (degenza)</li> <li>➤ preoperatoria e intraoperatoria (blocco operatorio/saletta chirurgica)</li> <li>➤ postoperatorio rianimazione</li> <li>➤ ambulatorio chirurgico</li> </ul> </li> <li>-costruzione di database sui dati rilevati</li> <li>-analisi dati</li> <li>-I.O. e Bundle su disinfezione e medicazione per tipologia di intervento chirurgico</li> <li>-standardizzazione dei comportamenti nelle procedure di prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.</li> <li>-realizzazione di I.O. e Bundle Aziendali per la prevenzione delle ISC.</li> </ul> <p><b>Risultati</b></p> <p>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 sco-</p>

po 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 practice. 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,HS1SALEOPERATORIE-MON.AC.P/2,HS5- SALE OPERATORIE CAR-

DIOCH. 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.

#### **Conclusioni e restituzione dei risultati**

Il giorno 7 novembre 2018 è stato realizzato il corso riservato al personale "Infezioni del sito chirurgico: risultati di uno studio e di un audit nelle sale operatorie del policlinico. Spunti di miglioramento", della durata complessiva di tre ore, con l'obiettivo di riportare a tutto il personale i risultati dello studio e dell'audit, e fare il focus sugli aspetti più rilevanti relativi alla prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico, alla luce delle più recenti evidenze scientifiche.

Gli obiettivi didattici del corso erano i seguenti: (i) fornire i risultati dello studio di prevalenza e l'audit sulla prevenzione delle ISC, (ii) approfondire le conoscenze sulle Linee Guida per la prevenzione delle ISC e (iii) migliorare l'aderenza alle best practice circa la prevenzione delle ISC.

Il corso ha riconosciuto 3 crediti ECM e sono stati ammessi 120 partecipanti.

Il corso ha visto una prima introduzione al tema ISC e alle attività svolte dalla Regione Liguria nell'ultimo periodo, un approfondimento sull'epidemiologia delle ISC, in particolare presso l'Ospedale Policlinico San Martino, diverse relazioni sui documenti internazionali, nazionali e regionali riguardanti "Le Linee Guida in Chirurgia", e la presentazione delle esperienze presso l'Ospedale Policlinico San Martino, con discussione dei risultati dell'audit e con un focus sui comportamenti in S.O.

Inoltre, come espresso per esteso, nel capitolo **"4.4 Segnalazione microrganismi Alert infezioni da parte del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere)"** a cui si rimanda per i maggiori dettagli, presso il Policlinico San Martino è in corso la sorveglianza:

➤ **"Incidenza della sepsi sostenute da Klebsiella pneumoniae sensibile**

	<p><b>o resistente ai carbapenemi”.</b></p> <p>E' in corso inoltre lo studio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Studio sulla compliance all'igiene delle mani e studio di incidenza delle ICA</b> di seguito espresso nel capitolo “S2.5. Igiene delle mani”</li> </ul>
<p><b>S2.5. Igiene delle mani</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Studio sulla compliance all'igiene delle mani e studio di incidenza delle ICA</b></li> </ul> <p><b>Introduzione e Scopo dello Studio.</b></p> <p>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 “<i>Cure pulite sono cure più sicure</i>” (<i>Clean Care is Safer Care</i>), 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.</p> <p>Il progetto di uno studio di incidenza delle ICA associato ad uno studio sull'osservazione della compliance all'igiene delle mani 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.</p> <p>In particolare, poiché dal mese di giugno 2018 l'Istituto si è dotato di un nuovo software per la gestione della cartella clinica dei pazienti, che integra i diversi gestionali già esistenti (referti di laboratorio, visualizzazione esami diagnostici, prescrizione dei farmaci) con il diario clinico e i diversi episodi dell'assistito, i metodi dello studio saranno adattati alle nuove disponibilità informatiche.</p> <p>Rimane invece invariata la progettazione dello studio per quanto riguarda gli obiettivi generali, di seguito riportati.</p> <p><b>Obiettivi</b> principali dello studio sono pertanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valutare l'aderenza all'igiene delle mani nel personale sanitario delle UU.OO. di degenza e ambulatori dell'OSPEDALE POLICLINICO San Martino.</li> <li>- Rilevare i casi incidenti di ICA</li> <li>- Rilevare i fattori di rischio correlati</li> <li>- Individuare gli interventi più opportuni al fine della prevenzione delle ICA.</li> </ul> <p><b>Metodi.</b></p> <p>Lo stesso, già condiviso ed accettato in sede di CIO di Istituto, prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• studio di incidenza e studio osservazionale sull'aderenza all'igiene delle mani della durata di 2-3 mesi (con rilevazione continua dei dati)</li> <li>• formazione sull'igiene mani nel periodo di 1 mese (<u>periodo di stop dallo studio</u>)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• studio di incidenza e studio osservazionale sull'aderenza all'igiene delle mani della durata di 2-3 mesi (con rilevazione continua dei dati)</li> </ul> <p>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.</p> <p><b>Osservazione dell'igiene delle mani</b></p> <p><b>Risultati dell'anno 2017.</b> Nell'anno 2017 complessivamente sono state osservate 332 opportunità di igiene delle mani; l'igiene delle mani è risultata pari al 59%, utilizzando prevalentemente la frizione alcolica, nel 95% dei casi, e il lavaggio acqua e sapone, nel 5% dei casi. Il maggior utilizzo del gel alcolico, rispetto al lavaggio con acqua e sapone, dimostra un buon recepimento da parte del personale di quanto indicato dalle Linee guida dell'OMS, che indicano la frizione alcolica come il <i>gold standard</i> dell'igiene delle mani, per qualsiasi attività si svolga sul paziente.</p> <p><b>Conclusioni dell'anno 2017.</b> Malgrado i risultati rilevati, leggermente migliorati rispetto agli anni precedenti (la <i>compliance</i> rilevata nel complesso delle UU.OO. è risultata pari al 41% nel 2016 e al 57% nel primo semestre 2017), ancora molto rimane da fare tra tutto il personale sanitario, circa la consapevolezza che l'igiene delle mani rappresenti la prima e la più rilevante misura di prevenzione delle ICA; prova ne è la presenza dei monili e/o smalto in gran parte del personale sanitario, durante l'attività lavorativa, senza differenza tra le varie figure professionali, e le mancate azioni di igiene delle mani rispetto alle opportunità.</p> <p>Il ribadire la rilevanza di questa misura nei diversi corsi di formazione, che si tengono durante l'anno presso il Policlinico, e le osservazioni dirette sul campo contribuiscono sicuramente al miglioramento in questo ambito. Poiché il margine di miglioramento è notevole, costante rimane, da parte del personale dell'U.O. Igiene, l'attenzione e l'impegno nel promuovere e implementare questa procedura.</p>
<p><b>S2.6. Prevenzione e gestione cadute</b></p>	<p>Come descritto nel Report andamento delle Cadute 2017 e nel presente Report a pag.22 - capitolo <b>G4.2 Misurazione cadute</b> ed a pag.64 – <b>capitolo F5 Prevenzione valutazione del rischio cadute</b>, si è rilevato che la presenza di letti disarticolati e a massima movimentazione verso il pavimento rappresenti un fattore protettivo per il verificarsi dell'evento caduta. A tale proposito, presso il Policlinico è in corso il Piano triennale 2018-2020 per l'acquisizione di un totale di 640 letti elettrici ad altezza variabile. In particolare, nel corso del 2018, è stata effettuata la consegna dei primi 316 nuovi presidi in 15 UUOO. Per quanto riguarda la diffusione di adeguate informazioni, è stata pubblicata (ottobre 2017) la revisione del pieghevole destinato agli utenti "Preveniamo le cadute in Ospedale" e, in tutte le unità operative, sono stati affissi cartelli in formato A3 "Preveniamo le cadute in Ospedale - Consigli per</p>

	<p>assistiti e familiari”. Dall’analisi dei dati, emerge la necessità di sensibilizzare il personale sanitario sull’adozione delle specifiche azioni indicate nell’Istruzione Operativa Aziendale IOAZHQA_0018 (aggiornata al 26/03/2018), da mettere in atto alla presa in carico di ogni paziente, soprattutto quando a rischio di caduta <math>\geq 2</math> secondo la scala di Conley e, in generale, quando sono presenti fattori che predispongano il paziente a un aumentato rischio. In data 26/03/2018 è stata revisionata inoltre l’Istruzione Operativa IOAZHOR_0073 che ha lo scopo di fornire indicazioni a tutti gli operatori sanitari del Policlinico per ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione e/o la durata della loro applicazione ed eventualmente renderne appropriato l’utilizzo - aumentare l’adozione di misure alternative di efficacia provata - ridurre gli eventuali eventi avversi correlati al loro uso - definire le situazioni da non considerare come atti contenitivi. Inoltre, appare opportuno informare il personale sanitario sull’importanza della compilazione puntuale e completa della scheda di segnalazione, allo scopo di poter basare l’analisi degli eventi su dati completi e attendibili.</p> <p>Allegato: <a href="#">Brochure Prevenzione Cadute per l’utenza</a></p>
<p><b>S2.7. Prevenzione della contenzione fisica</b></p>	<p>Il 26/03/2018 è stata revisionata l’Istruzione Operativa IOAZHOR_0073 che ha lo scopo di fornire indicazioni a tutti gli operatori sanitari del Policlinico per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione e/o la durata della loro applicazione ed eventualmente renderne appropriato l’utilizzo</li> <li>• aumentare l’adozione di misure alternative di efficacia provata</li> <li>• ridurre gli eventuali eventi avversi correlati al loro uso</li> <li>• definire le situazioni da non considerare come atti contenitivi.</li> </ul> <p>Il gruppo di lavoro che si è occupato della revisione è composto da Direzione Sanitaria, UO Direzione Professioni Sanitarie, UO Neurologia, UO Medicina Legale e UO Gestione del Rischio Clinico Qualità Accreditamento e URP.</p> <p>Allegato: <a href="#">IOAZHOR 0073 Rev3-26/03/2018 “La contenzione fisica o meccanica e gli ausili protettivi per pazienti ricov. in ambito non psichiatrico”</a></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>La prevenzione e la corretta gestione delle lesioni continua a rimanere un importante indicatore dell’assistenza. L’Infermiere come responsabile del processo di assistenza concorre con l’aggiornamento continuo delle proprie conoscenze, l’avanzamento tecnologico e il miglioramento dei dispositivi medici a migliorare la gestione delle lesioni e conseguentemente la qualità di vita per gli utenti a rischio. Nel 2018 è proseguito, in due differenti edizioni, il corso formativo accreditato ECM, avviato nel 2017 e destinato al personale</p>

	<p>infermieristico. Nelle tre edizioni sono stati formati circa 100 infermieri.</p> <p>La formazione ha avuto gli obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sviluppare conoscenze e competenze inerenti la prevenzione, la valutazione e la gestione delle lesioni da pressione, sulla base delle linee guida in vigore</li> <li>▪ uniformare gli interventi assistenziali di trattamento delle lesioni da decubito</li> <li>▪ migliorare le prestazioni infermieristiche, attraverso l'adozione di una pratica standard documentata</li> <li>▪ ottimizzare l'uso di ausili/presidi e di dispositivi di medicazione forniti dall'azienda.</li> </ul> <p>Responsabile Scientifico Corso: Derna Pierantoni U.O. Direzione e Gestione delle Professioni Sanitarie.</p> <p>Allegati: <a href="#">Locandina Corso Wound Care2018</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 monitoraggio 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>Nel Policlinico la valutazione del livello di dolore è effettuata mediante tre scale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la Scala NRS (punteggio da 0 a 10)</li> <li>• la scala Panaid</li> <li>• la scala Algoplus</li> </ul> <p>Le rilevazioni possono essere riportate nel diario medico/infermieristico , nella scheda monitoraggio o nel sistema di prescrizione Sofia.</p> <p>Negli Audit Interni di SGQ del 2018, sono state rilevate due non conformità.</p>
<p><b>S2.10 PDTA Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali</b></p>	<p>Il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento (POA- formalizzato con Delibera N.582 del 20/04/2018 e Delibera N.1150 del 03/08/2018) del Policlinico San Martino enfatizza il ruolo dei Disease Management Team (DMT) all'interno dell'organizzazione dei percorsi di cura per la modernità dell'approccio al paziente che questa modalità di erogazione delle cure rende disponibile. Il regolamento dei DMT contenuto nel POA presenta alcuni fondamentali elementi di novità rispetto alla precedente organizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Funzioni intrinseche al DMT</li> <li>➤ Modalità di funzionamento e organizzazione dei DMT</li> <li>➤ Individuazione e definizione delle abilità e delle competenze necessarie alla gestione dei PDTA</li> <li>➤ Processi formativi</li> <li>➤ Coordinamento: modalità di affidamento e responsabilità</li> </ul>

### ➤ FUNZIONI INTRINSECHE AL DMT

Vengono riconfermate le funzioni dei DMT:

#### ▪ **Funzione di elaborazione e manutenzione dei PDTA**

- Definizione del-dei board multidisciplinare-i e multiprofessionale-i per l'elaborazione del-dei PDTA
- Identificazione delle LLGG di riferimento per ciascuna condizione morbosa trattata dal DMT
- Descrizione dei PDTA per le principali tipologie di patologie trattate con definizione di strutture di riferimento, nomi dei professionisti, numeri di telefono e tutti gli aspetti organizzativo gestionali necessari alla gestione pratica del PDTA
- Descrizione delle modalità di manutenzione dei PDTA
- Metodologia:
  - Creazione del Board multidisciplinare e multiprofessionale per la redazione di ciascun PDTA. La multiprofessionalità deve prevedere, oltre alle competenze cliniche specifiche per il percorso, le competenze tecnico organizzative che permettono una reale contestualizzazione del PDTA (ingegneria gestionale, Direzione di Presidio, ingegneria biomedica, ecc.)
  - Analisi del percorso a partire dalle Linee guida accreditate
  - Riprogettazione del PDTA in azienda
  - Valutazione ed esplicitazione degli aspetti logistici dell'intero percorso (referenti per presa in carico, riferimenti telefonici)
  - Definizione degli indicatori per il monitoraggio del PDTA
  - Monitoraggio
  - Riprogettazione
  - Per ogni PDTA dovrà essere realizzata l'analisi FMEA di ogni snodo decisionale per garantire una progettazione "risk based thinking"

### ➤ FUNZIONE DI DISCUSSIONE DEI CASI CLINICI

La discussione multidisciplinare dei casi deve essere regolamentata secondo le seguenti indicazioni:

- Definizione del luogo fisico in cui avviene la discussione in presenza della documentazione fruibile a tutti i partecipanti con tecnologia adeguata alle necessità di consultazione documentale e delle immagini
- Definizione dei criteri di accesso dei pazienti alla discussione multidisciplinare (tutti i pazienti, una parte, in quale step del PDTA avviene la discussione, ecc..).
- Definizione del Responsabile per l'analisi reattiva degli eventi avversi attraverso tecniche specifiche
- Definizione della segreteria verbalizzante (specializzandi)
- Definizione del Responsabile della gestione informatizzata degli archivi dei pazienti
- Definizione del Responsabile della gestione degli archivi dei pazienti per la ricerca scientifica.

### ➤ FUNZIONI CORRELATE ALLA RICERCA

- La ricerca clinica che si produce attraverso la gestione di specifici trials

clinici è governata dalla Direzione Scientifica attraverso la mediazione dei DMT.

- Ogni P.I. porterà all'attenzione del DMT di riferimento il o i trial per i quali è stato incaricato come PI. Suo compito è quello di descrivere le caratteristiche dei pazienti arruolabili al fine di costruire un portfolio di trials del DMT.
- Durante la discussione dei casi clinici il coordinatore del DMT riferisce il caso potenzialmente arruolabile al PI per una definitiva valutazione.
- La percentuale di pazienti arruolati in Trials sul totale dei casi trattati sarà uno degli indicatori di performance su cui verrà valutato il DMT e in particolare l'attività del suo coordinatore.

Il nuovo regolamento introduce il concetto di pianificazione e monitoraggio delle attività dei DMT equiparando l'attività dei DMT a quella dei Dipartimenti e delle Strutture complesse.

#### **BUDGETIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ DEI DMT**

- Gli obiettivi del DMT vengono contrattati in sede di Budget con il coordinatore
- Il coordinatore risponde degli obiettivi contrattati alla Direzione Aziendale
- Ogni coordinatore concorda a sua volta la declinazione degli obiettivi con i responsabili delle strutture afferenti ai DMT le quali a loro volta risponderanno di questi alla Direzione Aziendale.
- Alla discussione del budget delle strutture complesse e semplici dipartimentali è quindi fondamentale che partecipi, oltre al direttore del DAI, anche il coordinatore del o dei DMT cui la struttura oggetto della discussione afferisce.

#### **MODALITÀ DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEI DMT**

Il regolamento del DMT è il documento all'interno del quale devono essere descritte le modalità di funzionamento e le relative responsabilità nell'applicazione quotidiana di ogni PDTA gestito dai DMT.

Esso si compone delle seguenti parti:

- Strutture componenti il DMT
- Eventuale articolazione in GIP
- Coordinatore del DMT e dell'eventuale o eventuali GIP
- Descrizione delle attività

- **Criteri di selezione dei pazienti**

La selezione dei pazienti da portare in discussione al DMT deve essere dichiarata nel regolamento di Funzionamento del DMT. Le strategie di selezione derivano evidentemente da molteplici variabili e devono essere dichiarate per ogni tipologia di PDTA trattato dal DMT.

- **Gestione database dei pazienti (TrakCare)**

Al fine di garantire una corretta gestione di ogni PDTA è fondamentale di-

sporre di strumenti informatici che permettano di ottenere, dalle basi di dati aziendali, un registro aggiornato dei pazienti per ogni patologia trattata che disponga di un *minimum data set*:

- Denominatore: numero totale di pazienti trattati per la patologia oggetto del PDTA (incidenti nell'anno in corso e prevalenti nei cinque anni)
- Numeratore<sub>1</sub>: Pazienti discussi in DMT
- Numeratore<sub>2</sub>: Decisioni difformi dalle LL.GG. o dallo specifico PDTA
- Numeratore<sub>3</sub>: Stadiazione di malattia per la stratificazione dei pazienti
- Numeratore<sub>4</sub>: Eventi avversi
- Numeratore<sub>5</sub>: Pazienti arruolati in trials Clinici
- Numeratore<sub>6</sub>: Pazienti deceduti nell'anno in corso, pazienti in follow up, pazienti liberi da malattia

Il coordinatore del DMT ha la responsabilità della tenuta del registro di malattia.

- **Gestione eventi avversi**

Gli eventi avversi che si realizzano durante lo svolgimento del PDTA per ciascun paziente devono essere registrati. Per evento avverso si intende sia l'evento imprevedibile sia l'errore. In entrambi i casi tutti gli errori registrati devono essere oggetto di analisi reattiva.

- **Gestione disallineamento da LLGG**
- **Monitoraggio dei tempi di trattamento**
- **Gestione informatica degli arruolamenti nei clinical trials**
- **Monitoraggio annuale dell'attività**
- **Declinazione di presa in carico di processo**

Prevede un accompagnamento durante l'intero PDTA e rappresenta l'aspetto di fidelizzazione del Paziente all'Istituto.

- **Declinazione di presa in carico di segmento**

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

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

- **Presa in Carico Medica**

Rappresenta il supporto:

- informativo, [trasferimento delle informazioni necessarie a comprendere le fonti di conoscenza, i motivi, i dati di letteratura alla base delle scelte diagnostiche e terapeutiche (e le loro eventuali alternative) proposte al paziente]

- relazionale (realizzazione con il paziente di un rapporto di empatia tale da permettere l'instaurarsi di relazioni basate sulla fiducia reciproca)
- e decisionale (accompagnamento del paziente nelle decisioni strategiche del PDTA con l'attenzione ad accogliere anche decisioni divergenti dalle convinzioni tecniche proprie del professionista) fondamentale per permettere al paziente un viaggio consapevole all'interno del PDTA.

○ **Presa in Carico Infermieristica**

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

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

- **Indicatori di qualità**
- **Matrice delle responsabilità**

**INDIVIDUAZIONE E DEFINIZIONE DELLE ABILITÀ E DELLE COMPETENZE NECESSARIE ALLA GESTIONE DEI PDTA**

Il DMT ha il compito di individuare all'interno del PDTA le competenze che sono richieste per presidiare i segmenti specifici. Le abilità e le competenze dovranno essere declinate dalle SSCC e dal DAI di riferimento al fine di individuare:

- I requisiti necessari alla gestione dei segmenti di cura in cui si articola il PDTA
- I professionisti che sono già in grado di presidiare il segmento specifico
- I percorsi formativi necessari a costruire le abilità e le competenze

**ATTIVITÀ FORMATIVE**

I DMT svolgono attività didattica nei confronti degli studenti e degli specializzandi delle diverse scuole di Specializzazione che auspicabilmente partecipano alle riunioni periodiche.

Oltre a ciò è responsabilità del coordinatore proporre un programma formativo per i partecipanti al DMT per l'aggiornamento delle conoscenze relative alle patologie trattate. Le modalità di realizzazione di questa formazione ri-

volta ai partecipanti al DMT viene concordata con l'U.O. Formazione.

#### **COORDINAMENTO: MODALITÀ DI AFFIDAMENTO E RESPONSABILITÀ**

All'Art. 61 del documento di Organizzazione e Funzionamento dell'IRCCS Ospedale policlinico San Martino vengono definite in modo dettagliato le modalità di affidamento del Coordinamento dei DMT:

- a. Il Coordinatore del DMT è un dirigente medico delle strutture afferenti al DMT con esperienza almeno quinquennale e con abilità specificamente connesse alle attività proprie del DMT certificate dal Direttore di Struttura Complessa e del DAI di afferenza.
- b. Il coordinatore di DMT ha la piena responsabilità della conduzione del DMT; nella sua attività è supportato dal comitato del DMT.
- c. La nomina è di pertinenza della Direzione Generale, sentito il Collegio di direzione.
- d. Il Coordinatore viene individuato tra i dirigenti medici che hanno segnalato la propria disponibilità, mediante un percorso selettivo interno volto a valutare l'esperienza professionale curriculare, la capacità progettuale nello specifico ambito e la capacità di coordinamento e di leadership.
- e. Al Coordinatore individuato verrà conferito un incarico in staff alla direzione, di altissima rilevanza strategica o similare qualora non ricopra già l'incarico di direttore di SC o di SSD; in tutti i casi la nomina e la qualifica vengono recepite con un addendum al contratto individuale di lavoro.
- f. Con il Coordinatore viene negoziata la scheda di budget contenente gli obiettivi annuali di processo e di esito dei PDTA in cui si articola l'attività del DMT, secondo le strategie e metodologie di budgeting definite annualmente; la responsabilità degli obiettivi negoziati sarà condivisa dalle strutture che contribuiscono al DMT attraverso le rispettive schede di budget.
- g. L'incarico di Coordinatore è sottoposto a verifica annuale sulla base di specifici indicatori di processo e/o di esito. L'esito della verifica determina la conferma o la cessazione dell'incarico.

#### **Attività da svolgere per la realizzazione del nuovo modello organizzativo**

La transizione dalla vecchia organizzazione alla nuova rappresenta un momento delicato da gestire con attenzione al fine di non apparire sprezzanti del lavoro che fino ad oggi, chi meglio e chi meno bene, i coordinatori hanno realizzato. È quindi necessario avere presente gli aspetti critici dell'attuale organizzazione e prevedere una strategia per l'implementazione del nuovo modello.

#### **STATO DELL'ARTE DEGLI ATTUALI DMT**

Sono attualmente attivi i seguenti DMT:

##### **DMT oncologici**

- Tumori Mammella (B U)
- Tumori Gastro Enterico
- Tumori Urologici

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumori della Cute</li> <li>• Tumori Ginecologici</li> <li>• Tumori Polmone</li> <li>• Tumori Testa e Collo <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GIP Tiroide</li> </ul> </li> <li>• Linfomi</li> <li>• Sarcomi</li> </ul> <p><b><u>DMT neuroscienze</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malattie Cerebrovascolari</li> <li>• CDCD (Centro per i Disordini Cognitivi e le Demenze)</li> <li>• Tumori Cerebrali</li> </ul> <p><b><u>DMT (“cosiddetti”) non Oncologici</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interstiziopatie polmonari</li> <li>• Trapianto fegato</li> <li>• Connettiviti <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sclerodermia</li> </ul> </li> <li>• OSAS (Obstructive Sleep Apnea Syndrome)</li> <li>• Malattie dell’albero arterioso <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GIP Aorta</li> </ul> </li> </ul>
<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>➤ PDTA percorso nascita</li> <li>➤ Protocollo Gestione del neonato con distress respiratorio</li> <li>➤ Protocollo Il monitoraggio della temperatura del neonato</li> <li>➤ Protocollo Il contatto pelle a pelle alla nascita</li> <li>➤ Check list per osservazione del neonato nelle prime due ore di vita</li> </ul>
<p><b>S2.12 Buone pratiche AGENAS</b></p>	<p>Le Call for Good Practice 2018 su Osservatorio AGENAS sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le Cadute al Policlinico San Martino-Report 2017</li> <li>2. Audit Clinico del Percorso nascita con riferimento alle variabili che condizionano la cesarizzazione</li> </ol>



## Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Call for Good Practice 2018

### Le Cadute al Policlinico San Martino

#### Falls in Ospedale Policlinico San Martino

- Regione LIGURIA
- IRCCS AOU SAN MARTINO - IST - U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e U.R.P
- Referente Dr.ssa Patrizia Dapino - patrizia.dapino@hszsmartino.it - 0105557801-7804
- N° Posti letto (anno precedente) 1172
- N° Dimissioni Ospedaliere (anno precedente) 40332 N° Totale personale dipendente (anno precedente) 4880

Stato pratica: Pratica validata

Pratica di: Pratica clinical risk management

Tematica affrontata:

- Campagne per promuovere la sicurezza del paziente
- Formazione in materia di sicurezza del paziente
- Implementazione di iniziative/interventi per la sicurezza del paziente

Classificazione OBP:

Classificazione PasQ:

#### Abstract per il cittadino

*L'implementazione di un sistema di segnalazione delle cadute è fondamentale per valutare la fenomenologia dell'evento e per intraprendere azioni continue di miglioramento all'interno dell'Istituto. L'adozione del Modulo Regionale come Scheda di Segnalazione Cadute di Regione Liguria ha permesso di poter utilizzare uno strumento di lavoro omogeneo su tutto il territorio e poter comparare i risultati. All'interno del Policlinico, due anni di rilevazione del dato sono riletti alla luce della raccomandazione ministeriale per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie (Raccomandazione N.13 - Ministero della Salute del Dicembre 2011).*

*Le schede di segnalazione ricevute sono 772 e riguardano il periodo 1 Gennaio - 31 Dicembre 2017. Dall'analisi descrittiva emerge che i dati relativi alle cadute in Istituto sono coerenti con quanto riportato in letteratura, sia per quanto riguarda i fattori di rischio legati al paziente, sia per quanto riguarda il luogo e le modalità con cui si verificano gli eventi. Sia nel 2017 che nel 2016, la maggior parte degli eventi rilevati si è verificata nella fascia di età 71-90 anni, coerentemente con la letteratura scientifica e l'OMS, secondo cui la frequenza di cadute aumenta all'aumentare dell'età, soprattutto al di sopra dei 70 anni. Inoltre, l'analisi dei dati relativi al 2017 conferma quanto già rilevato nell'anno precedente: nel nostro Istituto c'è una maggiore frequenza di cadute tra i pazienti di sesso maschile, indipendentemente dall'età. Per quanto*



### Le Cadute al Policlinico San Martino-Report 2017



## Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Call for Good Practice 2018

### Audit clinico del Percorso nascita con riferimento alle variabili che condizionano la cesarizzazione

### Clinical Audit of the Birth Path with reference to the variables that condition the cesarization

- Regione LIGURIA
- IRCCS AOU SAN MARTINO - IST - U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e U.R.P.
- Referente Patrizia Dapino - patrizia.dapino@hsanmartino.it - 0105557801-7804
- N° Posti letto (anno precedente) 1172
- N° Dimissioni Ospedaliere (anno precedente) 40332 N° Totale personale dipendente (anno precedente) 4880

*Stato pratica: Pratica validata*

*Pratica di: Pratica clinical risk management*

*Tematica affrontate:*

- Sistema di reporting e learning

- Altro

*Classificazione OSP:*

*Classificazione PasQ:*

#### Abstract per il cittadino

*Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità i tagli cesarei (TC) non dovrebbero superare il 10-15% dei parti. L'elevata quantità di tagli cesarei è riconducibile a numerosi fattori tra cui precedenti cesarei, riproduzione assistita, età avanzata, fattori correlati alle attitudini dei professionisti coinvolti nella gravidanza, aspettative delle donne in gravidanza, fattori legati all'informazione ricevuta in gravidanza, consapevolezza dei rischi e benefici di ogni procedura, contesto socio culturale. Nell'Ospedale Policlinico San Martino durante il 2016 i parti cesarei programmati e in travaglio sono stati il 40.5% (808/1502) del totale dei parti. Obiettivi: 1. Individuare le determinanti del percorso nascita che influenzano maggiormente la scelta del parto cesareo. 2. Determinare le motivazioni del personale sanitario nella scelta della modalità di parto. 3. Valutazione dell'appropriatezza del TC. Metodi: Ogni donna che ha partorito al Policlinico dal 1/10/2017 al 31/03/2018 è stata invitata a compilare un questionario che indagava aspetti relativi alla gravidanza. Sono stati valutati tutti i parti attraverso il Certificato di Assistenza alla nascita (CEDAP), e la cartella clinica. I parti con taglio cesareo sono stati valutati riguardo alla potenziale appropriatezza/non appropriatezza in base alla Linea Guida del Ministero della Salute. Risultati: Delle 665 mamme partecipanti all'audit, la maggioranza ha dichiarato di essere abbastanza informata riguardo alle diverse*



1

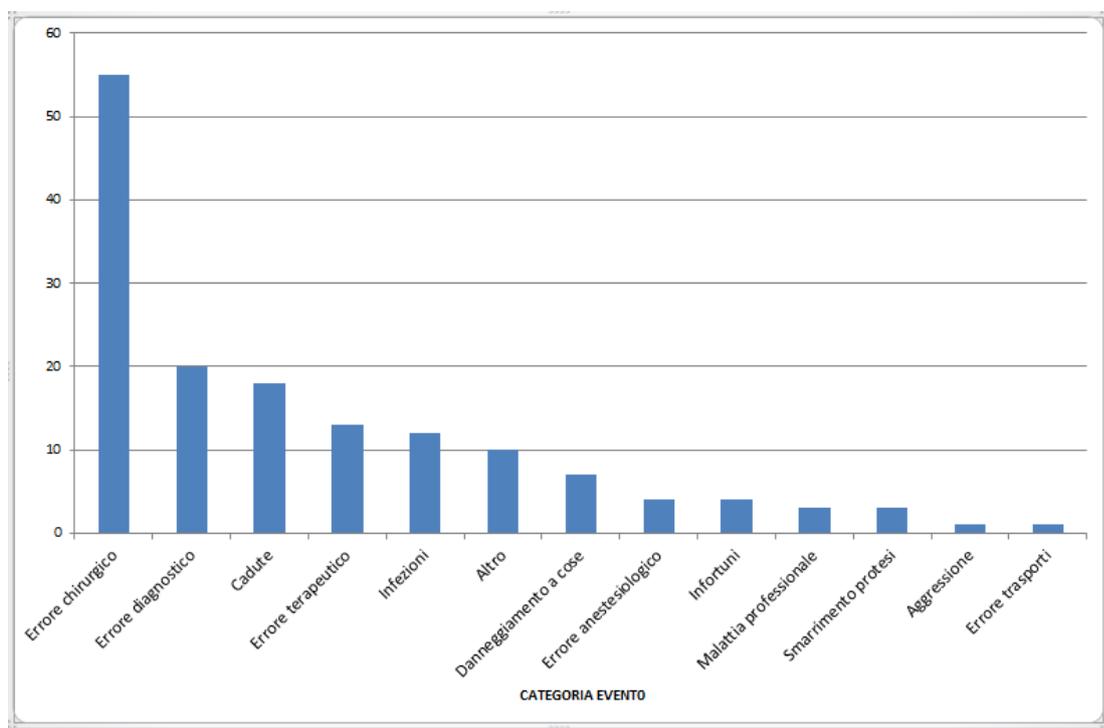
*Audit Clinico del Percorso nascita con riferimento alle variabili che condizionano la cesarizzazione*

# 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 Metropolitano (CGSM). La partecipazione è finalizzata alla valutazione dei contenziosi al fine di individuare le Azioni di Miglioramento che possono essere messe in atto per prevenire il ripetersi di tali eventi. Dall'esperienza dei primi anni di partecipazione al CGSM sono emerse diverse azioni di miglioramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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</li> </ul> <p>E' in corso la realizzazione di un Audit Clinico in merito alla "Mortalità per carcinoma gastrico a 30 giorni nell'ospedale Policlinico San Martino".</p> <p>Gli obiettivi di questo Audit sono volti a determinare i fattori associati ad una elevata mortalità a 30 giorni dopo intervento per carcinoma gastrico durante gli anni 2013-2016. Stabilire degli indicatori rivolti al monitoraggio dei fattori causali riscontrati. Verificare l'appropriatezza degli interventi riguardo alle Linee Guida, durante le fase pre-chirurgica, chirurgica e post-chirurgica, per stabilire delle azioni di miglioramento che saranno valutate durante l'anno 2019.</p>
<p><b>I 3 Report Sinistri</b></p>	<p>Nel 2018 il numero dei sinistri è stato di 151. La tipologia di sinistri è articolata come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Errore chirurgico: 55</li> <li>• Errore diagnostico: 20</li> <li>• Cadute: 18</li> <li>• Errore terapeutico: 13</li> <li>• Infezioni: 12</li> <li>• Altro: 10</li> <li>• Danneggiamento a cose: 7</li> <li>• Errore anestesilogico: 4</li> <li>• Infortuni: 4</li> <li>• Malattia Professionale: 3</li> <li>• Smarrimento protesi: 3</li> <li>• Aggressione: 1</li> <li>• Errore Trasporti: 1</li> </ul>

## Sinistri Anno 2018



## ELENCO ALLEGATI

-  2018VerbaleCarminaArea2
-  2018VerbaleCarminaArea6
-  2018VerbaleComitDipEvSentinellaDipDEA
-  2018VerbaleComitDipEvSentinellaDipDiagnosticaLaboratorio
-  2018VerbaleComitDipEvSentinellaDipMedicinaInterna
-  2018VerbaleComitDipEvSentinellaDipMedSpecialistica
-  2018VerbaleEvSentinellaDipGinecologico
-  2018VerbaleUGR\_CARMINA\_18\_12\_2018
-  Area8\_Etica\_Umanizzazione
-  AuditClinicoColonRetto
-  AuditClinicoDecedutiProntoSoccorso
-  AuditClinicoInfartoMiocardicoAcuto
-  AuditClinicoPlasmaFrescoCongelato
-  BrochurePrevenzioneCaduteUtenza
-  BrochureProtezioneDati
-  CARTA DELLA DIGNITA E DELLA LIBERTA DELLA PERSONA MALATA
-  CCEFormazioneDegenze
-  CCEFormazionePS
-  CodiceCondotta2014
-  Compilazione\_gestione\_Scheda\_sorveglianza\_LDD
-  Contenzione IO
-  delibera 89 - 2017 procedure CARMINA
-  delibera 354\_2017\_Integrazione ugr carmina
-  Delibera 1751-2018 Piano di Comunicazione
-  Delibera gruppo Miglioramento
-  Delibera1718\_2018 Gruppo Rischi Psicosociali
-  DETERMINA GRUPPO DI MIGLIORAMENTO CA GASTRICO
-  DOCPROCH32\_0002-GESTIONE\_NEONATO\_DISTRESS\_RESPIRATORIO
-  DOCPROCH32\_0011Gestione\_screening\_ecografico\_neonato
-  FormazioneIntellEmotiva
-  FormazioneRadioprotezione
-  Gruppo Miglioramento Staff
-  INFORMATIVA\_A\_PERSONA\_CON\_LARINGECTOMIA\_TOTALE
-  IO420-Gestione\_e\_valutazione\_del\_MODAZ\_603
-  IOAZHFC\_0001 COMUNICAZIONE\_ESTERNA\_EVENTI\_AVVERSI
-  IOAZHOR\_0073CONTENZIONE\_FISICA
-  IOAZHOR\_0074\_Violenza\_Sessuale
-  IOAZHOR\_0096-Trasporto\_pazienti\_in\_urgenza\_o\_programmato

-  IOAZHQA\_0033identificazione\_braccialetto\_identificativo
-  IOAZHQA\_0604-Gestione\_WEB\_del\_MODAZHQA\_603
-  IOAZHQA\_0701Gestione\_Incident\_Reporting
-  IOAZHQA\_0706Comunicazione\_Eventi\_Avversi\_ai\_pazienti
-  IOAZHQA\_0707Comunicazione\_Eventi\_Avversi\_agli\_operatori
-  IOAZHQA\_0708Monitoraggio\_Eventi\_Sentinella
-  IOU29\_0011PREVENZIONE\_SUICIDIO\_PAZIENTI\_IN OSPEDALE
-  La ProtezioneDati
-  la sorveglianza sanitaria
-  Lavaggio mani gel alcolico
-  lavaggio mani sapone
-  LDD brochure per l'utenza
-  LDD\_CorsoWoundCare2018\_seconda edizione
-  LDD\_Scheda\_sorveglianza\_lesioni\_da\_decubito
-  LocandinaPresentazioneRobot
-  MODAZHQA\_0030CC-CHECK\_VALUTAZIONE\_CARTELLE\_CLINICHE
-  MODAZHQA\_0603-SCHEDA\_DI\_SEGNAZIONE
-  MODAZHQA\_0701SEGNAZIONE\_SPONTANEA\_EVENTI
-  MODAZHQA\_0704RILEVAZIONE\_COMPORAMENTI\_AGGRESSIVI
-  MODAZHQA\_0708SCHEDA\_SEGNAZIONE\_EVENTI\_SENTINELLA
-  MODAZU76\_0059-Galateo\_respiratorio
-  MODAZU76\_0062INFORMAZIONI\_VISITATORI\_PAZIENTI\_ISOLAMENTO
-  MODAZU76\_0068Comportamenti\_visitatore\_Terapia\_Intensiva
-  MODH32\_0005Osservazione\_neonato\_skin\_to\_skin
-  MODHQA\_0044ACheck\_valutazione\_aderenza\_buone\_pratiche
-  MODHQA\_0044BCheck\_aderenza\_buone\_pratiche
-  MODHQA\_0044CCheck\_aderenza\_buone\_pratiche
-  MODHQA\_0044LABCheck\_aderenza\_buone\_pratiche
-  NotaCIOgiornata\_europea\_antibiotici\_2018
-  NotaRiconciliazioneFarmacologicaOspSan Martino
-  PianoFormativo2017-2018
-  PianoFormativointegrazione2018
-  PieghevoleAmbUCCPoliclinico San Martino
-  PNL
-  PQH32\_0002-il\_contatto\_pelle\_a\_pelle\_alla\_nascita
-  PQH32\_0004MONITORAGGIO\_TEMPERATURA\_NEONATO
-  PQH32\_0005Clampaggio\_ritardato\_cordone\_ombelicale
-  Primo Soccorso personale Non Addetto Assistenza
-  Radiologie\_pregnancy-ITALIAN-web
-  Report\_Cadute\_PoliclinicoSanMartino\_2017
-  SCHEDA\_DI\_SEGNAZIONE\_SPONTANEA\_DEGLI\_EVENTI
-  Scheda\_sorveglianza\_lesioni\_da\_decubito\_MODAZHPS\_0016-
-  Schema\_trattamento\_lesioni\_da\_decubito
-  Verbale\_Coordinatori\_CARMINA\_17\_07\_2018

## LINK

- ❖ Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2018-2020 (PiGIR)  
[http://www.hsanmartino.it/components/com\\_publiccompetitions/includes/download.php?id=4949:piano-triennale-gestione-integrata-della-rischiosit%C3%A0-2018-2020.pdf](http://www.hsanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=4949:piano-triennale-gestione-integrata-della-rischiosit%C3%A0-2018-2020.pdf)
- ❖ Piano della Qualità 2016-2018  
[http://www.ospedalesanmartino.it/components/com\\_publiccompetitions/includes/download.php?id=3200:piano-triennale-della-qualità.pdf](http://www.ospedalesanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=3200:piano-triennale-della-qualità.pdf)
- ❖ [www.ospedalesanmartino.it](http://www.ospedalesanmartino.it)
- ❖ Informativa a procedura/intervento <http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/informative-per-procedure-sanitarie.html>.
- ❖ Giornata europea degli antibiotici un'iniziativa europea per la salute  
<https://antibiotic.ecdc.europa.eu/it/cosa-dovete-sapere/messaggi-chiave/messaggi-chiave-professionisti-sanitari-ospedali-e-altre-0>
- ❖ Il filmato Giornata dell'Etica <http://www.ospedalesanmartino.it/professionisti-e-formazione/qualità/questionario-on-line.html>