



Ospedale Policlinico San Martino
Sistema Sanitario Regione Liguria

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Largo Rosanna Benzi, 10 16132 GENOVA

Unità di Gestione del Rischio (U.G.R.)
Piani Annuali di Attuazione
2018

Genova, 11/01/2019

Il Coordinatore U.G.R.
Dott. Giovanni Orengo

Editing: Dott.ssa Antonella Filanti

Sommario

Premessa a “Piani Annuali di Attuazione Report 2018 ”	4
Sinossi Gruppo Operativo Area1 “Governance, consapevolezza e misurazione”	6
Sinossi Gruppo Operativo Area2 “Comunicazione”	7
Sinossi Gruppo Operativo Area4 “Ambiente e Contesto Sicuri”	8
Sinossi Gruppo Operativo Area5 “Processi Assistenziali”	11
Sinossi Gruppo Operativo Area6 “Gestione dell’Evento Avverso”	13
Sinossi Gruppo Operativo Area7 “Imparare dall’Esperienza”	14
Gruppo Operativo Area 2 CARMINA – Comunicazione.....	15
• La Comunicazione verso gli Operatori	16
• La Comunicazione tra operatori nella continuita’ clinico assistenziale e nei trasferimenti dall’azienda e la Comunicazione tra operatori nella continuita’ clinico assistenziale durante la permanenza all’interno dell’azienda e tra le strutture.	20
• Informazione strutturata e documentata sui rischi piu’ rilevanti nell’ottica della sicurezza dei pazienti.	21
Gruppo Operativo Area 3 CARMINA - Conoscenze e Abilità.....	23
• Percorso strutturato per l’assegnazione dei compiti clinico assistenziali del personale Medico e di Dirigenza Sanitaria attraverso la definizione del profilo di competenza.	23
Gruppo Operativo – Area 4 CARMINA - Ambiente e Contesto sicuri	25
• Gestione dell’emergenza nell’Ospedale Policlinico San Martino	25
• Piano delle Emergenze Interne derivanti da Massiccio Afflusso di Feriti Crollo Ponte Morandi	30
• Monitoraggio del Servizio di Ristorazione Degenti, Dipendenti ed Autorizzati.....	37
• Monitoraggio del Servizio di Sterilizzazione.....	39
• Monitoraggio del Servizio di Raccolta e Smaltimento dei Rifiuti.....	41
• Radioprotezione dei pazienti, dei lavoratori e della popolazione	43
• Processi- Istruzioni Operative-Farmaci	46
GRUPPO OPERATIVO – Area 5 CARMINA - Processi Assistenziali.....	58
• Creazione DMT Non Oncologici (malattie cerebrovascolari, demenze e mci)- adozione del nuovo regolamento per i DMT già esistenti.....	58
• Le Cadute al Policlinico San Martino.....	69
• Report sull’andamento delle cadute nel 2017.....	75
• Monitoraggio della compliance all’igiene delle mani	92
• Monitoraggio delle procedure per la gestione delle precauzioni standard/isolamento.....	94
• Monitoraggio delle procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza	96

• Incidenza della sepsi sostenute da <i>Klebsiella pneumoniae</i> sensibile o resistente ai carbapenemi presso il Policlinico S. Martino.....	99
• Progetto prevenzione delle infezioni del sito chirurgico	100
• Progetto “DRIVE 2018 - Studio di coorte negli operatori sanitari per misurare l’effectiveness del vaccino antinfluenzale”	103
• Studio Osservazionale “Scheda di valutazione dell’Infermiere neoinserto in Sala Operatoria DEA” .	104
• Redazione Istruzione Operativa “Read Back-Repeat Back”	109
Gruppo Operativo – Area 6 CARMINA - Gestione dell’Evento Avverso.....	113
• Dall’attribuzione della “colpa” all’ attivazione di azioni di sostegno per gli Operatori sanitari coinvolti in un evento avverso: il contributo della Psicologia.	113
• Evento avverso ed interventi di supporto psicologico per i pazienti e per i familiari.....	115
Gruppo Operativo – Area 7 CARMINA – Imparare dall’esperienza	117
• Audit Clinico “Mortalità per Carcinoma Gastrico a 30 gg nel Policlinico San Martino”	117
• Audit Clinico Osservazionale Prospettico “Informazione e Consenso”	121
• Audit Clinico Osservazionale Prospettico “Percorso nascita con riferimento alle variabili che condizionano la cesarizzazione”	125
• Implementazione di un Sistema Certificato di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro Secondo la Norma OHSAS 18001	132
• Indagine Relativa ad Episodi di Violenza in Ambito Lavorativo	138

Premessa a “Piani Annuali di Attuazione Report 2018 ”

La prevenzione del rischio è fondamento della progettazione dei percorsi. L’analisi dell’incertezza dei processi rappresenta la modalità innovativa che permette di passare da una pratica un po’ didascalica e descrittiva di analisi dei rischi, presenti in Istituto, alla contestualizzazione della rischiosità in tutti i suoi aspetti negli snodi essenziali dei processi che in Istituto si realizzano. La norma UNI ISO EN 9001: 2015 paradossalmente non richiede più, al contrario delle versioni precedenti, il documento di descrizione e di prevenzione dei rischi ma introduce il concetto di Risk Based Thinking come modalità proattiva di disegno dei processi.

Il Policlinico si è dotato di strategia triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità (PiGIR), che identifica e sintetizza le progettualità che verranno attuate nel triennio 201-2020. Annualmente si redige la presente Relazione dell’Unità di Gestione del Rischio (UGR) con l’avanzamento delle attività.

Metodologia

La strutturazione della Relazione annuale nasce dalla raccolta dei diversi documenti (Piani Annuali di Attuazione PAA) provenienti dalle sette Aree C.A.R.M.In.A.

Con atto deliberativo della Direzione Generale n° 89 del 2 Febbraio 2017 e n°354 del 29/03/2017, sono stati adottati provvedimenti in ordine alla riorganizzazione dell’UGR secondo le procedure C.A.R.M.In.A. La riorganizzazione dell’Unità di Gestione del Rischio (UGR) è finalizzata a 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.

La nuova organizzazione dell’UGR è articolata in un Gruppo Strategico e diversi Gruppi Operativi, avendo a riferimento le 7 aree che lo strumento C.A.R.M.In.A. ha desunto dall’analisi della letteratura scientifica, ai quali sono ascritte funzioni diverse da realizzare con modalità operative rivolte alla definizione, implementazione e monitoraggio di un Piano triennale per la Gestione Integrata del Rischio. L’Atto Deliberativo N°89 del 02/02/2017 formalizza sia la composizione dei Gruppi Operativi sia le loro funzioni. Si riporta di seguito la struttura UGR, la composizione ed il Coordinatore di ogni Gruppo Operativo:

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

- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo
- Direttore Scientifico
- Preside Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche
- Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera
- Direttore UO Controllo di Gestione
- Responsabile UO Direzione e gestione delle Professioni Sanitarie
- Direttore UO Servizio Prevenzione e Protezione
- Il Medico Competente
- Direttore UO Sviluppo Risorse Umane
- Responsabile UOS Formazione e Comunicazione
- Direttore UO Affari Generale e Legali
- Direttore UO Psicologia Clinica e Psicoterapia
- Un rappresentante delle Associazioni di tutela del malato e del volontariato operanti in Istituto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Per ogni Gruppo Operativo è prevista la partecipazione ai lavori, di un Rappresentante del Collegio di Direzione.

Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità PiGIR (2018-2020)

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

Il testo completo del PiGIR 2018-2020 Revisione 1.0 è stato pubblicato il 20/11/2017 ed è visibile sia in Intranet Aziendale sia in Internet nel sito web del Policlinico.

http://www.hsanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=4949:piano-triennale-gestione-integrata-della-rischiosita%C3%A0-2018-2020.pdf

Le progettualità che verranno attuate nel triennio 2018-2020 sono enunciate nelle sinossi specifiche di ogni Area.

Sinossi Gruppo Operativo Area1 “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	UU.OO. 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 UU.OO.	VALUTAZIONE DI OPPORTUNITA' ARTMONIZZAZIONE CON ESIGENZE GENERALI	U.O. QUALITA'	
	MANUTENZIONE II.OO.	REVISIONE ANNUALE DELLE II.OO.	COMITATO DI REDAZIONE DELL'II.OO. U.O. QUALITA'		
	PROCESSI PDTA	METODO PER LA DEFINIZIONE DI ABILITA' E CONOSCENZA	DEFINIZIONE CHECK LIST DI TUTTE LE DISCIPLINE (entro 2018)	AREA 3 CARMINA	CONDIVISIONE DELLE CHECK LIST DI DISCIPLINA CON COLLEGIO DI DIREZIONE
		PERCORSO DI ATTRIBUZIONE DI ABILITA' E CONOSCENZE AD OGNI PROFESSIONISTA	PRESIDIO DI ALMENO IL 20% DEI PDTA ATTIVI (ENTRO 2019)	COORDINATORI DMT	PRESIDIO DEL 50% DEI PDTA ATTIVI (2020)
		REDAZIONE I.O. SUPPORTO METODOLOGICO DEFINIZIONE PDTA	CONDIVISIONE DELLE REGOLE CON CDD (entro 2018)	U.O.QUALITA' CDD	LAYOUT OMOGENEO E STANDRDRIZZATO 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	CDD 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	CDD 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)
	COMPORAMENTI & AUTOMATISMI	DEFINIZIONE AZIONI PUNIBILI E REGOLE PER L'APPLICAZIONE DELLE SANZIONI	(giugno 2018)	STAFF DG & DS	RIDUZIONE DEI COMPORAMENTI OMISSIVI
		ATTIVITA' DI SORVEGLIANZA	SORVEGLIANZA STRUTTURATA	SPP, HOR, HQA, U76	

Sinossi Gruppo Operativo Area2 "Comunicazione"

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

Sinossi Gruppo Operativo Area4 “Ambiente e Contesto Sicuri”

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 ED 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

Sinossi Gruppo Operativo Area4 “Ambiente e Contesto Sicuri(2)”

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 II.OO.	PERCORSI ACQUISIZIONE DEI FARMACI	CONTROLLO QUOTIDIANO DELLE PRESCRIZIONI E DELLE RICHIESTE	UOC FARMACIA	REPORT ANDAMENTO DELLA SPESA

Sinossi Gruppo Operativo Area4 “Ambiente e Contesto Sicuri(3)”

AREA	SUB AREA	AZIONI	PIANO ANNUALE	RESPONSABILITA'	VISIONE TRIENNALE
4- AMBIENTE E CONTESTO SICURI (TERZA SINOSI)	PROCESSI II.OO.	PERCORSI STOCCAGGIO FARMACI	INVENTARIO ANNUALE - SCADENZIARIO.CONTROLLO GIACENZE A CAMPIONE. ANALISI ABC. VERIFICA CONSERVAZIONE A TEMPERATURA CONTROLLATA	UOC FARMACIA	REPORT ANDAMENTO VARIAZIONI INVENTARIALI
	PROCESSI II.OO.	PERCORSI PREPARAZIONE FARMACI LAB. ANTIBLASTICI	VALUTAZIONI PRESCRIZIONI THERA 80. PERCORSO PREPARAZIONE FARMACI E CONTROLLI DI QUALITÀ. VALUTAZIONE REFLUI A LOTTO. CONTROLLI AMBIENTALI	UOC FARMACIA	PIANO VALUTAZIONE ERRORI E RISCHI. PIANO VALUTAZIONE CONTROLLI AMBIENTALI
	PROCESSI II.OO.	RACCOMANDAZIONI SUI FARMACI LOOK-ALIKE/SOUND-ALIKE	AGGIORNAMENTO PROCEDURA ESISTENTE	UOC FARMACIA	VALUTAZIONE DEI RISCHI
	REGOLAMENTO 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
	REGOLAMENTO AZIENDALE E DELIBERAZIONE	INTRODUZIONE NUOVI DM E NUOVE TECNOLOGIE	MINI HTA CAD VALUTAZIONE CESSIONI GRATUITE	UO FARMACIA DMPO UO QUALITÀ UO SISTEMI INFORMATIVI	REPORT QUALI QUANTITATIVI
	REGOLAMENTO 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 CQ, 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

Sinossi Gruppo Operativo Area5 "Processi Assistenziali"

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: - IOAZHQA_0112: READ BACK	DIFFUSIONE A TUTTO L'ISTITUTO DELLA ISTRUZIONE OPERATIVA: IOAZHQA_0112: READ BACK	UO GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E URP	MONITORAGGIO ADOZIONE IOAZHQA_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- UOIGIENE- UO MICROBIOLOGIA-UOFARMACIA- 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				

Sinossi Gruppo Operativo Area5 “Processi Assistenziali(2)”

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

Sinossi Gruppo Operativo Area6 “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"> • I.O. RECEPIMENTO DEL PROTOCOLLO MINISTERIALE PER IL MONITORAGGIO DEGLI EVENTI AVVERSI • SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI: EVENTI SENTINELLA • RELAZIONE UGR 	<ul style="list-style-type: none"> • AZIONI DI MIGLIORAMENTO PRESSO SINGOLE UU.OO. DOVE SI È VERIFICATO L'EVENTO AVVERSO O INDIVIDUATE DAI REPORT. • MONITORAGGIO NEAR MISS • FORMAZIONE/INFORMAZIONE • PIANO DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI GIÀ IMPLEMENTATE E DI QUELLE PROPOSTE AD OPERA DELLE SINGOLE UU.OO 	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"> - I.O. RECEPIMENTO LG COMUNICAZIONE EVENTI AVVERSI-RACCOMANDAZIONE PER LA COMUNICAZIONE AI PAZIENTI PROPOSTA I.O. PER COMUNICAZIONE ESTERNA IN CASO DI EVENTI AVVERSI. - I.O. GESTIONE RECLAMI 	<ul style="list-style-type: none"> • DEFINIRE LE MODALITÀ DI COMUNICAZIONE STRUTTURATA VERSO ALTRE ISTITUZIONI E/O ASSOCIAZIONI DI TUTELA DELL'UTENZA • REGISTRO DI RACCOLTA DELLA DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DI COMUNICAZIONE VERSO L'INTERNO E L'ESTERNO RELATIVO AD OGNI EVENTO AVVENUTO . • FORMAZIONE/INFORMAZIONE • PIANO DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI GIÀ IMPLEMENTATE E DI QUELLE PROPOSTE AD OPERA DELLE SINGOLE UU.OO 	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"> • I.O. RECEPIMENTO LG COMUNICAZIONE EVENTI AVVERSI-RACCOMANDAZIONE PER AZIONI DI SOSTEGNO AGLI OPERATORI • CONSULTAZIONE PSICOLOGICA PRESSO L'U.O. PSICOLOGIA CLINICA • ASSISTENZA LEGALE INTERNA PER GLI OPERATORI PRESSO L'U.O. AFFARI GENERALI E LEGALI 	<ul style="list-style-type: none"> • FORMAZIONE/INFORMAZIONE • PIANO DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI GIÀ IMPLEMENTATE E DI QUELLE PROPOSTE AD OPERA DELLE SINGOLE UU.OO. 	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"> • I.O. RECEPIMENTO LG COMUNICAZIONE EVENTI AVVERSI-RACCOMANDAZIONE PER LA COMUNICAZIONE AI PAZIENTI • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • OCCORRE PREVEDERE UNA INTEGRAZIONE/SPECIFICAZIONE ALL'INTERNO DELLE IO CITATE • FORMAZIONE/INFORMAZIONE • PIANO DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI GIÀ IMPLEMENTATE E DI QUELLE PROPOSTE AD OPERA DELLE SINGOLE UU.OO. 	UU.OO. ASSISTENZIALI UO PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA	CHIAREZZA DEI PERCORSI, DEI RUOLI E DELLE COMPETENZE. RISPOSTE APPROPRIATE.

Sinossi Gruppo Operativo Area7 “Imparare dall’Esperienza”

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

Gruppo Operativo Area 2 CARMINA – Comunicazione

Responsabile

Dott.ssa Elisabetta Rovini Direttore UOS Formazione e Comunicazione

elisabetta.rovini@hsanmartino.it

Gruppo di Lavoro

Le UUOO abilitate alla pubblicazione di News su Intranet aziendale (UOS Formazione e Comunicazione, le UU.OO. Gestione Rischio Clinico Qualità Accreditamento e URP, Direzione e delle Professioni Sanitarie, Farmacia, Attività Economiche e Approvvigionamento, Direzione Medica di Presidio, Controllo di Gestione, i Sistemi Informativi Aziendali, ecc.).

Le UUOO che svolgono incontri formativi su tematiche trasversali d'interesse comune.

Abstract

La Comunicazione all'interno dell'Ospedale Policlinico San Martino costituisce l'elemento di continuità e di sinergia dei numerosi percorsi e processi messi in atto e si declina in:

- Comunicazione periodica verso l'operatore
- Comunicazione tra operatori nella continuità clinico assistenziale e nei trasferimenti dall'azienda
- Comunicazione tra operatori nella continuità clinico assistenziale durante la permanenza all'interno dell'azienda e tra le strutture
- Informazione strutturata e documentata sui rischi più rilevanti nell'ottica della sicurezza dei pazienti

Con Delibera Direzione Generale N.1751 del 12/12/2018, è stato approvato il Piano della Comunicazione per il 2019-2020, in cui si prevede per i prossimi due anni:

- la revisione degli strumenti di comunicazione attuali
- la sperimentazione di nuovi modelli
- l'avvio e coordinamento di nuove iniziative di comunicazione mirate
- la creazione di alleanze istituzionali e mediatiche
- l'implementazione della comunicazione interna tra la direzione e i professionisti.

Abstract in lingua inglese

The Communication within the San Martino Polyclinic Hospital constitutes the element of continuity and synergy of the numerous paths and processes implemented and is declined in:

- Periodic communication to the operator
- Communication between operators in clinical care continuity and in transfers from
- Communication between operators in the clinical assistance continuity during the stay inside the company and among the facilities
- Structured and documented information on the most relevant risks in terms of patient safety

With the Resolution D.G. N.1751 of 12/12/2018, the Communication Plan for 2019-2020 was approved, which is expected for the next two years:

- review of current communication tools
- experimentation with new models
- start and coordination of new targeted communication initiatives

- creation of institutional and media alliances
- implementation of internal communication between management and professionals.

Obiettivi

Sviluppare le relazioni tra l’Ospedale Policlinico ed i Cittadini, potenziare ed armonizzare i flussi di informazioni all’interno dell’azienda, concorrere ad affermare il diritto dei Cittadini ad una efficace comunicazione.

- **La Comunicazione verso gli Operatori**

La comunicazione verso gli operatori è attuata attraverso molteplici modalità, alcune delle quali sono di seguito citate:

- ❖ l’Intranet aziendale
- ❖ gli Incontri informativi su tematiche trasversali d’interesse comune
- ❖ l’attivazione di Gruppi di Miglioramento (GdM)
- ❖ le Circolari o altri documenti
- ❖ il Sito Web del Policlinico
- ❖ i Social Media

❖ Utilizzo Intranet Aziendale

La rete Intranet aziendale, cui accede tutto il personale dipendente, permette di veicolare le notizie relative a diversi ambiti quali l’indisponibilità di farmaci, gli eventuali incidenti correlati all’utilizzo di dispositivi, gli approvvigionamenti, la programmazione degli addestramenti per l’utilizzo di dispositivi medici e di protezione individuale, la programmazione di corsi e iniziative specifiche relative alla gestione del rischio, ecc. L’utilizzo della intranet è diffuso tra il personale. È in progetto una revisione dell’home page e dei contenuti per semplificare e rendere più fruibile le informazioni attraverso la rete interna, già in previsione entro il 2019, contestualmente alla revisione del sito internet, anch’essa in corso d’opera, finalizzata a orientare il portale sempre più verso la cittadinanza con accessi facilitati alle info più richieste, in linea con le indicazioni di Regione Liguria.

❖ Incontri Specifici Su Tematiche Trasversali D’interesse Comune

La comunicazione periodica verso l’operatore, è effettuata anche attraverso incontri specifici su temi rilevanti di cui sia richiesta la diffusione a tutto il Policlinico.

In occasione dell’entrata in vigore del Regolamento UE 2016/679 Trattamento dei Dati Personali e Sensibili con Dossier Sanitario Elettronico (DSE), il Policlinico ha diffuso le informazioni ed indicazioni al personale attraverso incontri informativi, attraverso la redazione di brochure, destinate agli utenti (MODULOHQQA_00002 Rev.2 del 14/05/2018) e l’affissione di cartelli plastificati formato A3 in tutte le UU.OO. del Policlinico. Gli incontri si sono articolati come segue:

- incontri informativi con i Direttori di Unità Operative svolti nelle date:
 - 16/04/2018
 - 17/04/2018
 - 29/05/2018 (data recupero assenti)
- incontri con i Coordinatori Infermieristici e Tecnici svolti nelle date:
 - 11/06/2018 UU.OO. Area Chirurgica
 - 18/06/2018 UU.OO. DEA ed UU.OO. Area Neuroscienze
 - 19/06/2018 UU.OO. Area Medica
 - 21/06/2018 Diagnostiche
 - 03/07/2018 UU.OO. Area Emato-oncologica

❖ **Attivazione di Gruppi di Miglioramento (GdM)**

Nell'ottica dell'individuazione di percorsi e metodiche formative finalizzate in modo specifico al miglioramento delle attività, sono stati individuati 13 Gruppi di Miglioramento, per le criticità clinico assistenziali, rilevate nelle UU.OO. Quale esempio della tipologia di performance dei GdM, si cita il GdM N.10 della Tabella – Elenco Integrazione Piano Formativo del 21/02/2018- denominato “L'educazione terapeutica nel paziente portatore di cannula tracheostomica”. L'attività svolta dal GdM ha prodotto la redazione condivisa da un Gruppo di lavoro Multidisciplinare e la successiva adozione di un Protocollo Operativo “ASSISTENZA ED EDUCAZIONE TERAPEUTICA AL PAZIENTE LARINGECTOMIZZATO O PORTATORE DI TRACHEOTOMIA, AFFERENTE AL PDTA DELLA PATOLOGIA ONCOLOGICA DEL DISTRETTO CERVICO-FACCIALE” (DocProcU67_0001 di novembre 2018). Il Protocollo redatto dal Gruppo di miglioramento ha coinvolto tutti gli infermieri dell'U.O. Clinica Otorinolaringoiatrica e le altre figure professionali afferenti al DMT relativo alla Patologia Oncologica del distretto cervico- facciale e riguardante una specifica tipologia di assistiti inseriti nel relativo PDTA. L'obiettivo che il Gruppo di lavoro si è prefissato è stato identificare e uniformare le procedure ritenute indispensabili per la gestione del paziente laringectomizzato portatore di tracheostomia e del paziente portatore di tracheotomia temporanea, al fine di erogare un'assistenza sicura e di qualità basata sulle evidenze scientifiche secondo modalità comuni pur nel rispetto della personalizzazione delle cure.

E' stato inoltre redatto il Libretto informativo per il paziente “INFORMAZIONI UTILI PER LA PERSONA SOTTOPOSTA A LARINGECTOMIA TOTALE” (ModuloU67_0012 novembre 2018). Le informazioni per il paziente, frutto di un lavoro multidisciplinare, sono finalizzate a fornire un riferimento nella gestione della tracheostomia e dei dispositivi utilizzati dal paziente nella vita quotidiana nonché per la deglutizione e la fonazione. Il libretto informativo intende promuovere il benessere del paziente che si trova ad affrontare cambiamenti con cui dovrà convivere a partire dal periodo post operatorio.

Quale ulteriore esempio della tipologia di performance dei GdM, si cita il GdM N.11 della Tabella – Elenco Integrazione Piano Formativo del 21/02/2018 - denominato “Gruppo di miglioramento per la comunicazione tra le UUOO di Staff”.

Si tratta di un progetto sperimentale di formazione sul campo guidata, per migliorare le comunicazioni ed il flusso delle info tra i 18 Direttori delle strutture delle Direzioni Generale, Amministrativa e Sanitaria. Il progetto, gestito dalla SS Formazione e Comunicazione con la UO CCD, proseguirà nel 2019 senza tutoraggio esterno, con incontri mensili per fornire aggiornamento tra pari sulle novità in essere e con il contributo della UO Psicologia per quanto concerne il clima organizzativo. Il progetto è condiviso con la Direzione Generale ed Amministrativa.

**GRUPPO DI MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE INTERNA
 TRA LE UU.OO DI STAFF, TECNICHE, AMMINISTRATIVE E IN LINE ALLA
 DIREZIONE SANITARIA
 INIZIO 20 FEBBRAIO – TERMINE 6 NOVEMBRE 2018**



RAZIONALE

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 linea 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 "linea" delle funzioni di Direzione dei Dipartimenti.

Il Progetto, volto a migliorare la comunicazione interna tra le suddette Unità Operative, 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, i cui obiettivi sono di seguito descritti.

OBIETTIVI

Fornire strumenti utili alla progettazione e gestione della comunicazione fra le UU.OO. coinvolte. A seguito dell'analisi dei flussi comunicativi, mirata a evidenziare quelli reali, percepiti, desiderati, viene definito un modello operativo che nasce dalla progettazione partecipata con i Direttori coinvolti nel progetto.

DESTINATARI

Direttori delle UU.OO. di Staff, Tecniche e Amministrative e in linea con la Direzione Sanitaria. Ammessa la partecipazione al Corso di una ulteriore unità di personale delle rispettive strutture, i cui nominativi possono essere inoltrati dai Direttori delle UO alla segreteria organizzativa prima dell'inizio del corso. Accreditemento ECM per tutte le figure sanitarie (ECMPG 8733).

DATE E SEDE

20 Febbraio - 9 Aprile - 7 Maggio - 4 Giugno - 17 settembre - 6 Novembre 2018, con orsari specificati nel programma che segue. Istituto Santa Caterina 1° piano Aula 6.

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.

RESPONSABILE SCIENTIFICO

Fabrizio Bracco



Allegato A alla deliberazione n. 202 del **21 FEB. 2018**
 composta da n. 2 pagine numerate da 1 a 2

Elenco Integrazione Piano Formativo 2018

GDM PER CRITICITÀ CLINICO ASSISTENZIALI RILEVATE NEI REPARTI

1.	La riabilitazione respiratoria nel paziente sottoposto a chirurgia maggiore (D. Scorsone, P. Bianchetti)
2.	La fase preanalitica in anatomia patologica (S. Bevere)
3.	La standardizzazione delle procedure di pulizia nei Laboratori (S. Bevere)
4.	La corretta modalità di invio dei campioni ai Laboratori (S. Bevere)
5.	La gestione e la prevenzione delle complicanze stomali del paziente stomizzato (G. Forno D. Pierantoni B. Cabiddu)
6.	Gli accessi vascolari e i pazienti: dalla richiesta alla gestione (D. Olivieri, F. Benvenuto, A. Lai, P. Lorettu, M. Merlini, S. Messina, M. Musso, I. Novelli, A. Talamini)
7.	Gli Staff Round del MECAU (S. Sartini)
8.	Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il paziente disfagico (M. Mollica)
9.	Il percorso multidisciplinare per la raccolta del sangue cordonale a scopo di trapianto di midollo (A. Allodi, P. Zitola...)
10.	L'educazione terapeutica nel paziente portatore di cannula tracheostomica (A. Spito B. Cavaliere)
11.	Gruppo di Miglioramento per la Comunicazione tra le UO di Staff (Coordinamento percorso E. Rovini)
12.	GDM interno all'UO neonatologia (F. Torielli. C. Arioni)
13.	GDM Audit clinici (E. Rovini, G. Orenge)

Tabella – Elenco Integrazione Piano Formativo del 21/02/2018

❖ Circolari / Documenti

Le informazioni, all'interno del Policlinico, sono trasmesse anche mediante Circolari o Documenti: 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 disposizione 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..].

❖ **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), in relazione al quale è in corso un intervento di revisione della Home page, sia dal punto di vista grafico che di contenuto, anche alla luce delle modifiche organizzative introdotte dal nuovo Piano Organizzazione e Funzionamento (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.

❖ **Social Media Istituzionali**

La gestione dei Social media istituzionali, che hanno acquisito maggiore spazio nel corso del tempo e che rappresentano uno strumento di immediato e rapido riscontro, costituisce un importante mezzo di condivisione delle informazioni tra il Policlinico e gli operatori e verso i cittadini.

- **La Comunicazione tra operatori nella continuità clinico assistenziale e nei trasferimenti dall'azienda e la Comunicazione tra operatori nella continuità clinico assistenziale durante la permanenza all'interno dell'azienda e tra le strutture.**

Dall'ottobre 2017 è garantita dall'adozione della Cartella Clinica Elettronica **TrakCare**.

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. Il Corso proseguirà nel 2019 per il personale sanitario degli ambulatori; attualmente il personale che ha partecipato alla formazione è il seguente:

- 256 partecipanti al Corso di Formazione per Key user – con ECM (inizio 28/05/2018 fine 1/6/2018)
- 1800 partecipanti ad incontri informativi – senza ECM (inizio 5/6/19 fine 22/6/2018)
- 1003 partecipanti al Corso Formazione on the job - con ECM (concluso il 30 agosto)

- **Informazione strutturata e documentata sui rischi piu' rilevanti nell'ottica della sicurezza dei pazienti.**

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 fognatura 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 fondamentalmente:

- 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
- Schede Dosimetriche Individuali del personale esposto
- 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 UO Fisica Sanitaria.

Gruppo Operativo Area 3 CARMINA - Conoscenze e Abilità

- **Percorso strutturato per l'assegnazione dei compiti clinico assistenziali del personale Medico e di Dirigenza Sanitaria attraverso la definizione del profilo di competenza.**

Responsabile: Dott.ssa Claudia Storace Direttore UO Sviluppo Risorse Umane
claudia.storace@hsanmartino.it

Gruppo di lavoro

Danilo Giusto UO Sviluppo Risorse Umane danilo.giusto@hsanmartino.it

Giovanni Orenco Direttore UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP,
giovanni.orenco@hsanmartino.it

Antonella Filanti UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP,
antonella.filanti@hsanmartino.it

Abstract per il cittadino

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.

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. Prossimamente verrà realizzato un incontro con l'Area Ostetrico Ginecologica del DIAR Chirurgico al fine di validare le schede e procedere ad una prima implementazione presso il Policlinico.

Abstract in inglese

A follow-up of all patient's complaints analysis and Sentinel Events registration, showed need to activate a structured path to define the competence profile for medical personal and health managers about clinical assistance tasks.

Clinical Risk management through the CARMINA tool has highlighted areas that require in-depth study and development of specific and finalized systems. Particularly, in the Gynecological Obstetric Area, the Joint Commission "Privileges" cards will be implemented (JCI SQE.10 standard) to draw up a list of knowledge and skills that medical area professionals must be able to perform under supervision (new recruits, trainees in training) or autonomously, up to highly specialized activities, prerogative only for some operators. Assessment of specific professional skills was shared at the Regional Commission for the Coordination of Clinical Risk (Minutes meeting of 11/05/2018) to spread at all centers of the Regional Health Service (SSR).

The Meeting will be organized as soon as possible with the Gynecological Obstetric Area of the DIAR Surgical to validate the cards and then to apply it at the hospital for the first time.

Obiettivi

L'obiettivo dell'attività in oggetto è la progettazione ed attuazione di un percorso strutturato per l'assegnazione dei compiti clinico assistenziali del personale medico e di dirigenza sanitaria attraverso la definizione del profilo di competenza.

Materiali e Metodi

Si è definito di adottare la scheda Joint Commission "Privileges" (standard JCI SQE.10), specifica per l'area ostetrico-ginecologica mutuata da un lavoro della Regione Sicilia e adattata al contesto in cui verrà applicata. Durante l'incontro della

Commissione Regionale di Coordinamento del Rischio Clinico, tenutosi in data 11 maggio 2018, si è definita la presentazione del lavoro in sede di DIAR Chirurgico coordinato dal Prof. F. Cafiero.

Tempi di realizzazione

Si prevede la realizzazione dell'attività all'interno del Policlinico entro il 2019.

Efficacia del progetto: risultati specifici attesi e misurabili

Si ritiene che l'attività in oggetto produrrà un miglioramento per quanto riguarda l'attribuzione di incarichi specifici in relazione alle competenze/conoscenze realmente acquisite, un ridimensionamento dei Reclami ed Eventi Sentinella.

Costi

Il percorso descritto verrà svolto in orario di lavoro.

Bibliografia

- Regione Siciliana - Assessorato della Salute - Dipartimento Attività Sanitarie e osservatorio Epidemiologico - Servizio 5 - Guida all'utilizzo dei *Privileges*
- La gestione delle risorse umane in sanità: il modello di gestione per competenze- Anna Conte Gloria Fiorani

Gruppo Operativo – Area 4 CARMINA - Ambiente e Contesto sicuri

- **Gestione dell'emergenza nell'Ospedale Policlinico San Martino**

Responsabile

Il Responsabile del progetto “Gestione dell’Emergenza nell’Ospedale Policlinico San Martino” è il Responsabile Tecnico Antincendio (RTA) Dott. Francesco S. Molina, con la collaborazione del Dott. Dimitri Sossai – RSPP e Direttore UO. Servizio Prevenzione e Protezione (UO. SPP) e con la con la supervisione del Direttore Sanitario Dott.ssa Alessandra Morando, Coordinatore dell’Emergenza.

Gruppo di Lavoro

La UO. SPP, oltre ad essere componente del Coordinamento dell’Emergenza Aziendale che si occupa della gestione dell'emergenza, collabora con la Direzione Sanitaria nella stesura dei Piani di emergenza. Il Gruppo di Lavoro è costituito da:

Francesco Molina	RTA - UO Servizio Prevenzione e Protezione	francesco.molina@hsanmartino.it
Dimitri Sossai	RSPP – Direttore UO Servizio Prevenzione e Protezione	dimitri.sossai@hsanmartino.it
Alessandra Morando	Direttore Sanitario – UO. Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera	alessandra.morando@hsanmartino.it
Filippo Podestà	UO. Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera	filippo.podesta@hsanmartino.it
Simone Accorsi	UO Servizio Prevenzione e Protezione	simone.accorsi@hsanmartino.it
Maria Luisa Albinelli	UO Servizio Prevenzione e Protezione	marialuisa.albinelli@hsanmartino.it
Roberta Chiappalone	UO Servizio Prevenzione e Protezione	roberta.chiappalone@hsanmartino.it
Riccardo Foscoli	UO Servizio Prevenzione e Protezione	riccardo.foscoli@hsanmartino.it
Francesco Lazzarini	Phytilis UO Servizio Prevenzione e Protezione	francesco.phytilis@hsanmartino.it
Annamaria Polimeni	UO Servizio Prevenzione e Protezione	annamaria.polimeni@hsanmartino.it
Laila Ruzza	UO Servizio Prevenzione e Protezione	laila.ruzza@hsanmartino.it
Rosilda Salvo	UO Servizio Prevenzione e Protezione	rosilda.salvo@hsanmartino.it
Nadia Zucchi	UO Servizio Prevenzione e Protezione	nadia.zucchi@hsanmartino.it

Abstract per il cittadino

La U.O. Direzione Sanitaria è responsabile della risposta all'emergenza nell'Ospedale Policlinico San Martino. Questo comporta la necessità di definire un Piano di Emergenza Evacuazione generale (PEE) e le modalità di coordinamento.

Per una maggiore integrazione con il piano generale, le singole UU.OO. hanno la responsabilità di definire un Piano di Emergenza Evacuazione Interno della U.O. (PEI), che permetta di conoscere l'organizzazione interna per l'emergenza. Tutti i piani di emergenza sono presenti in intranet, nell'apposita area dedicata “Emergenza in Ospedale”.

Per valutare l'efficacia dei piani di emergenza, sono predisposte prove di evacuazione per assicurare la risposta all'emergenza e il rispetto delle indicazioni date.

Abstract in lingua inglese

The Operative Unit Direzione Sanitaria is responsible for the emergency response at the San Martino Policlinico Hospital. This requires the need to define a General Evacuation Emergency Plan (EEP) and the coordination modalities.

To a better integration with the general plan, the individual OO.UU. have the responsibility of defining an Emergency Plan for Internal Evacuation of the O.U. (EPI), which allows to know the internal organization for the emergency. All emergency plans are present in intranet, in the dedicated area "Emergency in the Hospital".

To evaluate the effectiveness of emergency plans, evacuation tests are planned to ensure the emergency response and compliance with the given indications.

Obiettivi

- Descrivere le modalità di gestione dell'emergenza sia a livello generale che a livello di ogni specifica Unità Operativa
- Individuare i ruoli e le responsabilità nell'intervento
- Favorire la consultazione dei Piani di Emergenza
- Gestire modalità, programmazione, effettuazione delle prove di evacuazione e valutare i risultati raggiunti.

Materiali e Metodi

Il Piano di Emergenza è obbligatorio per tutte le attività con almeno 10 lavoratori e tutte, senza alcun parametro di esclusione, le attività soggette al controllo da parte dei Comandi provinciali dei vigili del fuoco ai sensi del DPR 151/2011.

L'Ospedale Policlinico San Martino ha introdotto nel Piano di Emergenza Evacuazione 34 situazioni di criticità suddivise per tipologia di emergenza:

- Incendio
- Emergenza area elisoccorso
- Allagamento
- Emergenza meteo
- Emergenza sismica
- Emergenza strutturale
- Emergenza esplosioni
- Interruzioni, malfunzionamento impianti
- Emergenze biologica-chimica-radioattiva
- Ordine pubblico e sicurezza

E' stata predisposta una flow-chart semplificata delle azioni e delle responsabilità con le informazioni essenziali per l'attivazione dello stato di emergenza nonché informazioni per i pazienti e i visitatori.

A seguito del Piano di Emergenza Evacuazione sono stati distribuiti fogli informativi plastificati adesivi da collocare nelle stanze di degenza, nelle sale di attesa, in sala infermieri.

Il Piano di Emergenza è pubblicato in intranet da UO. Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera come IOAZHOR_0075SGSL rev. 2 del 15/11/2017 (gestito tramite l'applicativo ISOLABWEB).

Per quanto riguarda le singole UU.OO., la UO. Servizio Prevenzione e Protezione (UO. SPP) ha definito il modello del piano di emergenza evacuazione interno della UO. (PEI) pubblicato in intranet come MODAZHPP_0019SGSL.

Ogni UO. è tenuta a scaricare il modello, compilare il testo integrando le varie parti con le criticità specifiche del reparto e del Padiglione, individuando ruoli e responsabilità ed inviarlo alla UO. SPP per la verifica formale e sostanziale del contenuto. Dopo questa operazione di controllo e le eventuali modifiche apportate in accordo con la UO., la UO. SPP lo invia alla Direzione Sanitaria per l'approvazione definitiva. Il PEI deve essere pubblicato con il format di una istruzione operativa di UO. Una volta pubblicati su ISOLABWEB, il PEE e i PEI vengono inseriti anche su Intranet, e visualizzati nell'apposita area definita "Emergenza in Ospedale".¹

Per una migliore consultazione del PEE le singole schede sono estrapolate dal documento integrale e disponibili per tipologia di emergenza. I PEI sono invece consultabili individuando nella mappa dell'ospedale il padiglione e il piano di edificio.

Tutti i luoghi di lavoro (locali chiusi, zone interne o zone esterne) devono essere dettagliatamente descritti e contenere tutti gli elementi necessari alla corretta gestione delle emergenze, e segnatamente:

- le caratteristiche dei luoghi con particolare riferimento alle vie di esodo e ai luoghi di raccolta;
- il sistema di rivelazione e di allarme incendio;
- il tipo, numero ed ubicazione delle attrezzature ed impianti di estinzione;
- l'ubicazione degli allarmi e della centrale di controllo;
- l'ubicazione dell'interruttore generale dell'alimentazione elettrica;
- l'ubicazione delle valvole di intercettazione dei gas medicali.

Si è perciò avviato un insieme di attività per l'esecuzione delle prove di evacuazione introdotte con l'art. 7.4 del D.M. 10/03/98 "Criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro" e ribadite dall'art. 18 del D. Lgs. 81/08 (Testo Unico sulla Sicurezza e Salute dei lavoratori). La prova di evacuazione è un obbligo di legge e il datore di lavoro è tenuto ad adottare le misure per la gestione del rischio in caso di emergenza per la tutela dei lavoratori in caso di grave e imminente pericolo, affinché possano abbandonare il posto di lavoro in sicurezza. Risulta quindi ovvio che la prova di evacuazione diventa parte integrante e fondamentale del piano di emergenza aziendale. In ogni caso, oltre all'adempimento agli obblighi di legge, le prove di evacuazione hanno anche lo scopo di verificare l'efficacia delle procedure aziendali ed di informare, formare ed addestrare tutto il personale coinvolto per fronteggiare una situazione di emergenza e rendere spontaneo e quanto più sicuro possibile il comportamento di ogni lavoratore in caso di reale situazione di pericolo

La normativa antincendio e la norma OHSAS 18001 mettono in rilievo la necessità di effettuare prove di evacuazione in maniera costante e continua.

Il recente Audit OHSAS 18001 da parte di Bureau Veritas nei primi mesi del 2018 ha dato enfasi a questa prospettiva; pertanto con nota del 12/04/2018 il Responsabile Tecnico Antincendio (RTA) ha inviato alle Direzioni il calendario di massima delle prove di evacuazione da effettuarsi entro la fine dell'anno. Le prove prevedono:

- Incontro preliminare in cui vengono analizzate tutte le criticità presenti sia strutturali che organizzative. Il personale coinvolto è di norma limitato al Direttore della U.O., il Preposto, gli Addetti di compartimento e il Coordinatore ma può venire allargato a tutte quelle figure ritenute necessarie per una buona riuscita della prova.

¹ Nella stessa area è predisposto lo spazio per inserire altri piani di emergenza, come ad esempio il Piano di Emergenza Intraospedaliera Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF).

- Prova di Evacuazione vera e propria. Le modalità possono essere differenti in quanto occorre tenere conto delle diverse tipologie e peculiarità dei singoli Padiglioni.²
- Riunione di debriefing a cui deve partecipare il maggior numero di persone (possibilmente tutti) coinvolte nella prova per mettere in risalto eventuali carenze riscontrate e comportamenti scorretti.

A livello Aziendale è informata la Direzione Generale, informate e coinvolte la Direzione Scientifica, la Direzione Sanitaria, la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, la UOAT, l'Ispettorato Aziendale e la Squadra Antincendio interna.

Tempi di realizzazione

Per quanto riguarda i Piani di Emergenza Evacuazione PEE e PEI, questi sono già stati pubblicati e sono soggetti a revisioni per l'aggiornamento continuo nel tempo.

Il programma delle prove di evacuazione ha valenza pluriennale per riuscire a coinvolgere tutte le UO del Policlinico senza arrecare eccessivo disagio all'attività assistenziale ma anche per un controllo puntuale sull'efficacia dell'intervento formativo.

Nel periodo da marzo a luglio 2018 sono state effettuate 4 prove di evacuazione: Padiglione Monoblocco 12° piano, IST Nord- CBA Torre D, Padiglione Cotella e Cucina-Mensa Aziendale. Molto interessanti gli ultimi tre perché hanno coinvolto anche lavoratori di Ditte esterne con alcune problematiche legate a istruzioni operative fornite dagli RSPP delle singole Ditte che talvolta riportavano indicazioni leggermente in disaccordo con quelle del Policlinico e che si sono potute quindi armonizzare.

Entro la fine del 2018 sono state programmate altre 4 prove.

A conclusione dell'attuale primo ciclo (prevista per la fine del 2018), si valuteranno le eventuali criticità riscontrate e si stilerà il calendario delle successive prove.

Efficacia del progetto: risultati specifici attesi e misurabili

La scelta della pubblicazione dei piani di emergenza in intranet inseriti all'interno di mappe mentali ha permesso una notevole visibilità rispetto alla modalità esclusivamente cartacea.

Questa tipologia di diffusione dell'informazione ha ottenuto il gradimento da parte del Comando dei VVF. Inoltre la pubblicazione a carico delle UU.OO. del PEI rappresenta uno dei requisiti dell'area della sicurezza per la Balanced Score Card (BSC) aziendale. Per quanto riguarda le prove di evacuazione, l'efficacia è valutata dal RTA considerando la performance del personale della UO interessata, la performance del personale del Coordinamento dell'emergenza che interviene e la risposta organizzativa generale delle strutture aziendali coinvolte. Ogni disallineamento è portato alla riunione di debriefing per imparare dall'esperienza e programmare i necessari interventi migliorativi.

Costi

La stesura dei piani di emergenza è affidata esclusivamente a personale interno, pertanto non sono previsti costi aggiuntivi al costo/ora del personale. Si indicano di seguito le attività e le UU.OO. ed il personale coinvolto:

² Per esempio in caso di prova di evacuazione al Pad. Monoblocco è sconsigliabile premere il pulsante di allarme generale antincendio in quanto si causerebbe un intervento di blocco di tutti gli ascensori interni con l'invio delle cabine al piano 2 fondendo la reale possibilità di crisi di ansia e panico nei visitatori ed utenti ignari o non informati del fatto che si stia effettuando una semplice prova.

Piano di Emergenza Evacuazione generale (PEE)

- Direzione Sanitaria
- UO. Servizio Prevenzione e Protezione
- Direzioni UU.OO. coinvolte nell'emergenza

Piano di Emergenza Evacuazione di U.O. (PEI)

- Personale delle UU.OO.
- UO. Servizio Prevenzione e Protezione
- Direzione sanitaria

Pubblicazione su Isolabweb

- RAQ UU.OO.

Pubblicazione su Intranet

- UO Servizio Prevenzione e Protezione
- UO. Servizi Informativi

Prove di Evacuazione:

- RTA
- UO Servizio Prevenzione e Protezione
- Personale del Coordinamento dell'emergenza
- Personale delle UU.OO. coinvolte nelle prove

Condivisione dei Risultati

L'aspetto più rilevante è rappresentato dalla facile accessibilità ai piani di emergenza evacuazione sull'intranet aziendale, anche se permane ancora la presenza di documenti cartacei (ad esempio il PEI) esposti presso le bacheche delle UU.OO.

I piani di emergenza evacuazione PEE e PEI sono oggetto di discussione durante riunioni della sicurezza, anch'esse definite come indicatori per la BSC.

Bibliografia e normativa di riferimento

- D. M. 10/03/1998. Criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro
- D. Lgs. 81/2008. Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- D.P.R. 151/2011. Regolamento recante semplificazione della disciplina dei procedimenti relativi alla prevenzione degli incendi, a norma dell'articolo 49, comma 4 -quater , del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.
- OHSAS 18001:2007. *Occupational Health and Safety Assessment Series: BSI*
- D.M. 19/03/2015. Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002.

- **Piano delle Emergenze Interne derivanti da Massiccio Afflusso di Feriti Crollo Ponte Morandi**

PREMESSA

Il giorno Martedì 3 ottobre 2018 è stata attivata un'analisi degli eventi successivi al crollo del ponte Morandi alla luce del Piano delle Emergenze Interne derivanti da Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF) alla presenza di tutti i soggetti che hanno partecipato alle attività di soccorso presso il Policlinico.

La tecnica utilizzata è stata quella dell'analisi delle cause profonde o Root Cause Analysis.

1. DESCRIZIONE EVENTO

L'evento si è concretizzato come evento sviluppatosi in un contesto antropico, dovuto ad azioni non deliberate che possono derivare da errori in fase di progettazione, realizzazione o gestione di impianti o manufatti, caratterizzato da un collasso strutturale del ponte Morandi.

Si è caratterizzato come una catastrofe limitata su un numero di soggetti coinvolti compresi tra 50 e 100 e caratterizzato inoltre da una distanza dell'epicentro fra 1 e 30 Km (eventi in area metropolitana).

2. ATTIVAZIONE Unità di Crisi (U.d.C.)

Come noto il ponte crolla alle ore 11.36 del 14.08.2018.

La prima chiamata di richiesta soccorso giunge alla centrale 112 alle ore 11.37 e la prima segnalazione al 118 giunge alle ore 11.38.

Il Responsabile f.f. della centrale 118 Dott. Ruffoni è nell'automedica in quanto molto personale risulta in ferie (era la vigilia di Ferragosto) e quindi si reca immediatamente sul luogo del disastro.

Il Direttore Sanitario f.f. Dott. Orenco può attivare l' U.d.C. solamente alle ore 11.58 quando per la prima volta entra in contatto con il Dott. Ruffoni. L'eccessiva durata del tempo di attivazione dell' U.d.C. ha diverse cause:

- Il forte temporale sul luogo del disastro mette fuori uso i cellulari dei soccorritori;
- L'eccessivo numero di chiamate da telefonia mobile impegna e satura le celle rendendo complicata la comunicazione;
- La carenza di personale del 118 che costringe il Dott. Ruffoni ad essere in servizio sull'automedica impedisce che lo stesso Dott. Ruffoni possa governare al meglio la situazione e le informazioni della centrale.

Poiché l'attivazione dell'U.d.C. del Policlinico San Martino è fondamentale occorre, alla luce delle difficoltà enunciate individuare le possibili azioni di miglioramento volte a rendere la comunicazione rapida ed efficace, realizzando una **check list da rendere disponibile alla centrale operativa del 118 che metta in ordine cronologico e secondo le priorità più opportune le strutture che devono essere allertate.**

3. ATTIVAZIONE DEL POLICLINICO IN FUNZIONE DEL MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI

L'evento si realizza nelle immediate vicinanze della fine del turno del mattino (h 11.58).

Ciò ha permesso di avere in poco tempo disponibili doppi turni di infermieristici, bloccando il turno smontante, e di avere a disposizione 13 Sale Operatorie con altrettante equipe chirurgiche ottenute dalla immediata sospensione dell'attività chirurgica elettiva.

In poco meno di 30 minuti si è provveduto alla dimissione di tutti i pazienti che potevano essere dimessi e a dimettere tutti i codici bianchi e verdi dal DEA.

Alle h 12.45 il Pronto Soccorso (P.S.) era praticamente completamente a disposizione del possibile massiccio afflusso di feriti e la capacità recettiva del Policlinico era praticamente più che sufficiente a garantire l'eventuale flusso di feriti provenienti dal P.S..

A quell'ora era ormai un fatto unanimemente riconosciuto che l'evento non avrebbe comportato un massiccio afflusso di feriti in ospedale, quanto piuttosto un massiccio afflusso di salme. Ciò nonostante l'U.d.C. libera dall'emergenza l'intero Policlinico intorno alle ore 15.00.

Pertanto l'attivazione del TEAM SANITÀ non si è resa necessaria. Si rende comunque necessaria la redazione di una **check list di attivazione del Team Sanità** (che dovrà essere ricompresa nel Kit PEIMAF).

Al fine di garantire una chiara conoscenza della capacità recettiva del Policlinico l'ufficio posti letto e il coordinatore del DEA devono predisporre **una check list che in poco tempo sia in grado di rendere disponibile all'U.d.C. il numero di letti di degenza disponibili** (che dovrà essere ricompresa nel Kit PEIMAF) suddivisi per area Funzionale Omogenea:

- Medicina
- Chirurgia
- Terapia intensiva
- Pediatria

Occorre produrre una **check list da rendere disponibile al Coordinatore dell'U.d.C. (Direttore Sanitario) per l'attuazione di tutti gli step del PEIMAF** che dovrà essere ricompresa nel Kit PEIMAF.

Questa e le altre check list devono essere ricomprese nel così detto **KIT PEIMAF** stesso.

4. PROCEDURA PER LA PRODUZIONE DI INFORMAZIONI CORRETTE e UNIVOCHE

- Il call centre del TEAM INFORMAZIONI deve essere collocato negli stessi spazi dell'U.d.C. al fine di poter controllare in tempo reale la correttezza delle informazioni.
- Le informazioni, prodotte dal 118, devono pervenire all'U.d.C. ogni 15'
- Le fonti di informazioni in entrata sono costituite da:
 - C.O. 118
 - Prefettura
 - Ufficio Stampa Regione
 - Protezione Civile
 - Comuni
 - Cittadini

L'U.d.C. deve individuare un suo componente che rappresenti l'unica emittente autorizzata al rilascio di informazioni in Ospedale.

Chiunque a vario titolo riceva informazioni dall'esterno è tenuto a trasmetterle solo ed esclusivamente all'U.d.C.. Questa si occuperà di verificarne l'attendibilità e la eventuale fruibilità per tutti i soggetti individuati.

La comunicazione esterna riguarda:

- valutazione dell'attendibilità e della pertinenza delle informazioni
- modalità operative di gestione delle informazioni in entrata
- modalità operative di diffusione delle informazioni in Ospedale
- modalità operative di diffusione all'esterno delle informazioni sia:
 - ai media
 - ai familiari e parenti
 - agli enti o istituzioni che siano titolati ad avere informazioni.

Definire inoltre con chiarezza i rapporti con PREFETTURA e PROTEZIONE CIVILE.

E' necessario individuare i soggetti che dovranno, in modo integrato, gestire questo flusso informatico e garantire la correttezza e univocità delle informazioni.

5. ATTIVAZIONE ADDETTO STAMPA

Contestualmente all'attivazione dell' U.d.c. avrebbe dovuto essere attivato l'incaricato della Comunicazione con l'esterno (sezione mass – media).

L'addetto stampa è stato convocato 2 h dopo l'evento drammatico, mentre il responsabile del sito non è mai stato convocato.

È quindi necessario procedere alla rivisitazione del PEIMAF con lo specifico obiettivo di creare una **check list per l'addetto stampa con tutti i passaggi fondamentali finalizzati a garantire una comunicazione efficace alla popolazione** (che dovrà essere ricompresa nel Kit PEIMAF).

Questa check list deve comprendere anche gli aspetti di comunicazione via WEB ed attraverso i social media.

6. ATTIVAZIONE TEAM INFORMAZIONI

Il TEAM INFORMAZIONI viene attivato dall'U.d.C. e a sua volta attiva i suoi membri utilizzando una **check list di attivazione ad hoc** (che dovrà essere ricompresa nel Kit PEIMAF).

Il Team svolge due funzioni diverse ed entrambe fondamentali:

6.1. Funzioni di supporto alle famiglie delle vittime.

- inserire nel team gli Psichiatri
- ridefinire le modalità di supporto eliminando il punto di raccolta dei familiari presso la Neurofisiopatologia
- L'U.d.C. dovrà integrarsi con la Protezione Civile e tutti i soggetti che a vario titolo svolgeranno funzioni di supporto
- Il TEAM LOGISTICA dovrà adattarsi, come ha fatto, per seguire il flusso dei parenti delle vittime
- questa funzione è coordinata dalla Psicologia Clinica del Policlinico

6.2. Funzione di call centre

Il call centre rappresenta il Policlinico nei suoi rapporti con la cittadinanza e con chi teme di vedere i propri cari coinvolti nell'Emergenza.

Occorre pertanto che venga preparato un **dispatch per la comunicazione** (che dovrà essere ricompresa nel Kit PEIMAF) che tenga in considerazione:

- Modalità strutturate per individuare con ragionevole certezza l'interlocutore telefonico

- Modalità strutturate di comunicazione in caso di incertezza delle Informazioni richieste
- Modalità strutturate di comunicazione in caso di informazioni certe
- Modalità strutturate di comunicazione con soggetti istituzionali (consolati/ambasciate, prefettura, altri ospedali, Regione, ecc)
- Modalità strutturate di comunicazione di informazioni infauste
- Soggetti a cui non è possibile dare informazioni

Ognuna di queste fattispecie dovrà essere gestita con una modalità ben definita e descritta nel PEIMAF.

Nella gestione degli elenchi dei feriti e dei deceduti sono stati commessi degli errori dovuti perlopiù alla molteplicità delle fonti informative.

Gli elenchi dei feriti e deceduti devono essere prodotti esclusivamente dalla U.d.C. . Nessun altro soggetto è autorizzato ad emanare alcun elenco.

La medicina legale trasmette i dati all' U.d.C. e invita tutti o soggetti che a lei si rivolgono a comunicare direttamente con l' U.d.C. stessa.

7. GESTIONE CODICI NERI

Definizione in tempi rapidi dei volumi, anche approssimativi, dei decessi presunti.

Concentrazione delle salme presso il Policlinico San Martino. All'interno del Kit PEIMAF sarà ricompresa anche la **check list di attivazione della Medicina Legale**.

In funzione della quantità delle vittime previste si è presentato immediatamente il problema dell'attivazione di uno spazio per il riconoscimento (parziale e temporaneo) delle vittime. Questo spazio, inizialmente ipotizzato presso il DiMI, è stato individuato presso il primo piano del Padiglione Specialità nelle immediate adiacenze del piano terra del Pronto Soccorso.

Questa collocazione, in sede di audit, non è sembrata appropriata in quanto c'è stata commistione tra équipe diverse nell'identificazione delle vittime e, soprattutto, la collocazione presso il P.S. sembrava generare nei parenti delle vittime illusioni o aspettative mal risposte.

Occorre quindi prevedere **l'attivazione degli spazi destinati all'identificazione delle vittime presso l'obitorio (Istituto di Medicina Legale)**.

Contestualmente si rende **necessario individuare uno spazio adeguato alle quantità di parenti delle eventuali vittime** che sia fruibile e confortevole in qualsiasi stagione dell'anno e in qualsiasi condizioni meteo. Infatti nei giorni successivi all'evento (14 - 15 e 16 Agosto) una grande quantità di familiari e conoscenti delle vittime ha potuto stazionare nel piazzale dell'Istituto di Medicina Legale in virtù delle buone condizioni meteo. Nel caso un ipotetico evento simile dovesse accadere in altre stagioni e con altre condizioni meteo è indispensabile individuare un'area che garantisca confort e dignità ai familiari.

Un eventuale ulteriore spazio potrà essere individuato e allestito presso il DIMI o presso la Clinica Neurologica in situazioni di superamento della capacità di accoglienza delle salme da parte dell'Obitorio.

I riconoscimenti saranno effettuati dalla Medicina Legale attraverso le procedure che sono state messe in atto e che **diventeranno parte integrante del PEIMAF** .

I soggetti riconosciuti saranno comunicati all'U.d.C. secondo uno schema che contiene un set minimo di dati di seguito riportati.

COGNOME _____ NOME _____

DATA NASCITA _____ SESSO _____ NAZIONALITA' _____

Il TEAM LOGISTICO garantisce i contatti con l'azienda che, per conto del comune, si occuperà delle onoranze funebri, con una particolare attenzione all'approvvigionamento del numero adeguato di bare, alla celebrazione delle esequie in maniera coerente alla cultura delle persone coinvolte ed al supporto rispettoso dei familiari coinvolti.

Tutti gli aspetti di gestione dei codici neri saranno **oggetto di una check list** (che dovrà essere ricompresa nel Kit PEIMAF).

8. ATTIVAZIONE TEAM LOGISTICA

Contestualmente all'U.d.C. viene attivato il TEAM LOGISTICA. All'interno del Kit PEIMAF sarà ricompresa anche la **check list di attivazione del Team Logistica** (che dovrà essere ricompresa nel Kit PEIMAF).

Si ritiene necessario integrare il PEIMAF con **l'inserimento dell'UO Servizio Prevenzione e Protezione e dell'UO Igiene in questo team.**

Si ricorda inoltre che, in regime di urgenza, ogni attività di gestione e movimentazione arredi che parta dall' U.d.C. deve essere necessariamente realizzata in tempi compatibili con i tempi dell'urgenza.

Si ricorda la necessità di un raccordo con la Prefettura al fine di consolidare i vari magazzini con le scorte necessarie in funzione del tipo di urgenza:

- Sacchi salme
- DPI (Dispositivi Protezione Individuale)
- Farmaci e presidi
- Generi di conforto
- Sangue ed emoderivati,
- ecc...

Il team dovrà prendersi carico, attraverso l'UO Medicina Trasfusionale, delle scorte sangue e, di concerto con l'addetto stampa, dare adeguate informazioni alla cittadinanza ed alle Associazioni di Donatori.

Di seguito si riporta lo schema con l'elenco delle modifiche da apportare al PEIMAF e delle Azioni di Miglioramento emerse dall'analisi dell'evento.

FASE PEIMAF	COMPORTEMEN TI DIFFORMI DAL PEIMAF	NECESSITA' REVISIONE PEIMAF	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	RESPONSABILITÀ
ATTIVAZIONE PEIMAF	RITARDO NELL'ATTIVAZIONE DEL 118	NESSUNA	CREAZIONE PREMESSE ORGANIZZATIVE PER RAPIDA ATTIVAZIONE HSM	CENTRALE OPERATIVA 118
	ERRATO INSEDIAMENTO DELL'U.d.C.	INSERIRE LA CHECK LIST DI ATTIVAZIONE U.d.C.	CREAZIONE CHECK LIST DI ATTIVAZIONE U.d.C. ATTIVAZIONE DIGITALE TERRESTRE NELLA CENTRALE 112	DIREZIONE SANITARIA GESTIONE TECNICA / SIA
ATTIVAZIONE DEA E INTERO HSM	NESSUNO	INSERIRE LA CHECK LIST DI ATTIVAZIONE DEI TRE TEAM	CREAZIONE CHECK LIST DI ATTIVAZIONE DEI TRE TEAM	DIREZIONE SANITARIA
		CONOSCENZA CAPACITÀ RECETTIVA HSM	CREAZIONE CHECK LIST DI VALUTAZIONE PP.LL.	DIREZIONE DEA E DIREZIONE SANITARIA
ATTIVAZIONE TEAM SANITÀ	NESSUNO: INUTILE LA CONVOCAZIONE		CREAZIONE CHECK LIST PER L'ATTIVAZIONE DEL TEAM SANITÀ	
CORRETTEZZA E UNIVOCITÀ DEI DATI	NESSUNO (NON C'È SCRITTO NULLA)	SEZIONE AD HOC: gestione flusso dei dati in entrata e gestione flusso in uscita	SOLO L'U.d.C. AUTORIZZA L'USCITA DEI DATI A: °TEAM INFORMAZIONI (call centre) °ADDETTO STAMPA E WEB MANAGER	DIREZIONE SANITARIA
ATTIVAZIONE ADDETTO STAMPA E COMUNICAZIONE	RITARDO NELL'ATTIVAZIONE DELL'ADDETTO STAMPA (2 h)	INSERIRE NELL'U.d.C. L'ADDETTO STAMPA E IL REFERENTE SITO WEB E LA CHECK LIST PER L'EFFICACE COMUNICAZIONE ALLA POPOLAZIONE		DIREZIONE SANITARIA
	NESSUNO (NON C'È SCRITTO NULLA)	SEZIONE AD HOC: Cosa comunicare, Chi comunica, Dove comunicare, Quando comunicare, Come comunicare	CREAZIONE CHECK LIST PER L'EFFICACE COMUNICAZIONE ALLA POPOLAZIONE	UFFICIO STAMPA
ATTIVAZIONE TEAM INFORMAZIONI: call centre & TEAM supporto	NESSUNO	INSERIRE LA CHECK LIST DI ATTIVAZIONE DEL TEAM E IL DISPATCH TELEFONICO PER OPERATORI CALL CENTRE	CREAZIONE CHECK LIST DI ATTIVAZIONE DEL TEAM & DISPATCH TELEFONICO PER OPERATORI CALL CENTRE	U.O. QUALITÀ

FASE PEIMAF	COMPORTAMENTI DIFFORMI DAL PEIMAF	NECESSITA' REVISIONE PEIMAF	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	RESPONSABILITÀ
ATTIVAZIONE MEDICINA LEGALE E GESTIONE CODICI NERI	NESSUNO (NON C'È SCRITTO NULLA)	INSERIRE LA CHECK LIST DI ATTIVAZIONE DELLA MEDICINA LEGALE. INDIVIDUAZIONE SPAZI PER RICONOSCIMENTI, INDIVIDUAZIONE SPAZI PER FAMILIARI VITTIME INSERIMENTO NEL PEIMAF DELLE PROCEDURE DI RICONOSCIMENTO	CREAZIONE CHECK LIST DI ATTIVAZIONE DELLA MEDICINA LEGALE. REDAZIONE I.O. RICONOSCIMENTO IN CASO DI MASSICCIO AFFLUSSO DI SALME. INDIVIDUAZIONE SPAZI PER SALME E PER PARENTI	U.O. MEDICINA LEGALE
ATTIVAZIONE TEAM LOGISTICA	NESSUNO	INSERIRE LA CHECK LIST DI ATTIVAZIONE DEL TEAM. INSERIMENTO NEL TEAM di SPP e IGIENE	CREAZIONE CHECK LIST DI ATTIVAZIONE DEL TEAM.	DIREZIONE SANITARIA

Legenda

SIA: Servizio Informativi Aziendali

HSM: Ospedale San Martino

DEA: Dipartimento Emergenza e Accettazione

I.O.: Istruzione Operativa

SPP: Servizio Prevenzione e Protezione

PEIMAF: Piano delle Emergenze Interne derivanti da Massiccio Afflusso di Feriti

U.d.C.: Unità di Crisi

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

Responsabile

Prof. Giancarlo Icardi

Gruppo di lavoro

Angela Battistini, UO Igiene angela.battistini@hsanmartino.it

Antonella Talamini, Dorotea Bellina, Barbara Guglielmi, Anna Maria Di Bella, Valerio Daturi, Roberto Ziffero, Marco Giglio, Marco Pizzorno, Andrea Orsi, Daniela de Florentiis

Abstract per il cittadino

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'U.O. stessa. Le osservazioni effettuate attraverso la compilazione delle diverse check-list, relative all'anno 2017, mostrano una conformità delle schede maggiore del 90%.

Abstract in lingua inglese

The Policlinico San Martino Hospital has entrusted the catering service in outsourcing. The catering service is open for patients, employees and other authorized subjects. The Hygiene Unit is responsible for monitoring and evaluating the services provided by the winning contractor, as established by the Special Tender Specifications and the HACCP regulations.

This monitoring takes place through the compilation of elaborate check-lists, and shared with the contractor, relating to cooking and meal preparation, storage center and company canteen, bars and small catering. This in compliance with the hygiene standards required by current laws and technical specifications related to food hygiene. It is necessary in fact that all the operations of the different stages of production observe the "good production standards" (GMP). The checks carried out by the Hygiene Unit, through the check-lists shared with the winning contractor, show an overall positive trend, whose data are visible at the Hygiene Unit. Data from the compiled check-lists, related to the year 2017, show a conformity of the observations greater than 90%.

Obiettivi

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.

Materiali e Metodi

Gli strumenti di valutazione sono:

- 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)

Tempi di realizzazione

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 e avviene durante tutto il corso dell'anno.

Efficacia del progetto: risultati specifici attesi e misurabili

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. Le osservazioni effettuate attraverso la compilazione delle diverse check-list, relative all'anno 2017, mostrano una conformità delle schede maggiore del 90%.

Costi

Nessun costo aggiuntivo

Condivisione dei Risultati

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.

Bibliografia

- Capitolato Speciale d'appalto per il Servizio Ristorazione Degenti, Dipendenti ed Autorizzati
- UNI EN ISO 9001:2015 Sistemi di gestione per la qualità
- REGOLAMENTO (CE) N. 853/2004 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 29 aprile 2004 sull'igiene dei prodotti alimentari (GU L 139 del 30.4.2004)

- **Monitoraggio del Servizio di Sterilizzazione**

Responsabile

Prof. Giancarlo Icardi

Gruppo di lavoro

Angela Battistini, UO Igiene angela.battistini@hsanmartino.it

Antonella Talamini, Dorotea Bellina, Barbara Guglielmi, Anna Maria Di Bella, Valerio Daturi, Roberto Ziffero, Marco Giglio, Marco Pizzorno, Andrea Orsi, Daniela de Florentiis

Abstract per il cittadino

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 servizio 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%.

Abstract in lingua inglese

The Policlinico San Martino Hospital has entrusted the Sterilization Service in outsourcing. The service takes place in integrated and centralized mode. In order to monitor all the various stages of the process, operational instructions have been prepared both by the contracting company and by the hospital. The monitoring and evaluation of the performance of the service takes place through the cards prepared and shared, with reference to a series of indicators established by the Special Tender Specifications. The results of the monitoring of the Service are available at the Hygiene Unit and show a positive trend overall. Specifically, the monitoring of the Sterilization Service quality by survey forms, for the year 2017, shows a 99% compliance.

Obiettivi

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.

Materiali e Metodi

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).

Tempi di realizzazione

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.

Efficacia del progetto: risultati specifici attesi e misurabili

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%.

Costi

Nessun costo aggiuntivo.

Condivisione dei Risultati

I risultati dell'attività di 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.

Bibliografia

- Capitolato speciale d'appalto per il Servizio di Sterilizzazione
- UNI EN ISO 9001:2015 Sistemi di Gestione per la Qualità

- **Monitoraggio del Servizio di Raccolta e Smaltimento dei Rifiuti**

Responsabile

Prof. Giancarlo Icardi

Gruppo di lavoro

Angela Battistini, UO Igiene angela.battistini@hsanmartino.it

Antonella Talamini, Dorotea Bellina, Barbara Guglielmi, Anna Maria Di Bella, Valerio Daturi, Roberto Ziffero, Marco Giglio, Marco Pizzorno, Andrea Orsi, Daniela de Florentiis

Abstract per il cittadino

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.

Abstract in lingua inglese

The Policlinico San Martino Hospital has entrusted the waste collection and disposal service in outsourcing; since there are different types of waste produced, there are several contracts. In order to provide practical and unambiguous indications to healthcare personnel, guidelines have been drawn up on the proper collection and disposal of waste, available on the company Intranet. The Hygiene Unit, in compliance with current legislation, performs all the functions related to waste management and control. Among the checks carried out there is, for example, the traceability of waste, through a double track, paper and computer, the quali-quantitative control of the suitability of packaging, the verification of the application of the ADR regulation on hazardous waste.

The results of the monitoring of the service are available at the Hygiene Unit. Specifically, the assessment of the service relating to hazardous and infectious-risk health waste, for the year 2017, shows a positive trend, with a compliance close to 100%. All data relating to the disposal of hazardous medical waste that is not at risk of infection (chemical risk) and hazardous medical waste at infectious risk are collected and available at the Hygiene Unit.

Obiettivi

Garantire la tracciabilità dei rifiuti secondo il doppio binario, cartaceo (formulari e registro di carico-scarico) e informatico (compilazione SISTRI), come previsto dalla normativa vigente. Compilazione annuale del MUD (Modello Unico Dichiarazione Rifiuti), come previsto dalla normativa vigente.

Materiali e Metodi

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.

Tempi di realizzazione

L'attività di monitoraggio e valutazione delle prestazioni erogate dalla ditta vincitrice d'appalto per il Servizio di Raccolta e Smaltimento dei Rifiuti è quotidiana e avviene durante tutto il corso dell'anno.

Efficacia del progetto: risultati specifici attesi e misurabili

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.

Costi

Nessun costo aggiuntivo.

Condivisione dei Risultati

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.

Bibliografia

- Capitolato speciale d'appalto per il Servizio di Raccolta e Smaltimento dei Rifiuti
- D. Lgs. 152/2006 «Norme in materia ambientale» - Parte IV Rifiuti e bonifica siti contaminati (come modificato dal D. Lgs. N. 4/2008)
- D.P.R. 254/2003 «Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'art. 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179»
- ADR 2017 (Accordo Europeo relativo al trasporto su strada di merci pericolose)
- LGU76_0001 Linee guida per la corretta raccolta e lo smaltimento dei rifiuti sanitari
- UNI EN ISO 9001:2015 Sistemi di Gestione per la Qualità.

- **Radioprotezione dei pazienti, dei lavoratori e della popolazione**

Responsabile: Fabrizio Levrero

Gruppo di lavoro

Fabrizio Levrero, U.O. Fisica Sanitaria fabrizio.levrero@hsanmartino.it

Maria Claudia Bagnara, U.O. Fisica Sanitaria mariaclaudia.bagnara@hsanmartino.it

Francesca Cavagnetto, U.O. Fisica Sanitaria francesca.cavagnetto@hsanmartino.it

Giovanni De Pascalis, U.O. Fisica Sanitaria giovanni.depascalis@hsanmartino.it

Cesare Gavotti, U.O. Fisica Sanitaria cesare.gavotti@hsanmartino.it

Abstract per il cittadino

L'UO Fisica Sanitaria annovera tra i suoi compiti 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 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.

Abstract in lingua inglese

Health Physics Unit deals with radioprotection for: patients, workers, public.

Patients' protection is implemented through a continuous Quality Assurance program of radiological services, and one part is the Radiological Equipment Quality Control program, that include measurements of patient's radiation dose calculation. The Reference Diagnostic Levels

(Legislative Decree 187/00) are recorded and checked every two years, to assess the dose for each patient. The workers' protection as described in the Legislative Decree 230/95, includes classification based on risk, the establishment of physical surveillance related to the radiation risk, and the individual doses registration on a Personal Dosimeter Document.

The people protection is part of the legislation. It encloses radiological activities impact assessment on population and environment. More specifically, compliance with dose limits for free access areas, behaviour standards for nuclear medicine patients, control of radioactive wastes.

The project aims to improve and to rationalize activities above described through digital system management of all documents to allow the storage and consultation by the stakeholders.

Obiettivi

Il progetto riguarda fundamentalmente:

- 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
- Schede Dosimetriche Individuali del personale esposto
- 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.

Materiali e Metodi

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.

Tempi di realizzazione

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.

Efficacia del progetto: risultati specifici attesi e misurabili

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.

Costi

Sono stati attivati dei progetti obiettivo per incentivare tale attività.

Condivisione dei Risultati

Verranno proposti degli incontri sotto forma di Gruppi di Miglioramento con i soggetti interessati, in modo da condividere il progetto e le relative opportunità offerte.

Bibliografia

- DECRETO LEGISLATIVO 17 marzo 1995, n. 230 e s.m.i. (successive modifiche ed integrazioni) - Attuazione delle direttive Euratom 80/836, 84/467, 84/466, 89/618, 90/64, 92/3 in materia di radiazioni ionizzanti
- integrato con il D. Lgs. 26 maggio 2000, n. 241 - Attuazione della direttiva 96/29/EURATOM in materia di protezione sanitaria della popolazione e dei lavoratori contro i rischi derivanti dalle radiazioni ionizzanti
- integrato e corretto con il D. Lgs 9 maggio 2001, n. 257 - Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 26 maggio 2000, n. 241, recante attuazione della direttiva 96/29/Euratom in materia di protezione sanitaria della popolazione e dei lavoratori contro i rischi derivanti dalle radiazioni ionizzanti.
- DECRETO LEGISLATIVO 26 maggio 2000, n. 187 - Attuazione della direttiva 97/43/ EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche.

• Processi- Istruzioni Operative-Farmaci

L'Unità Operativa Farmacia è una struttura complessa divisa a settori gestionali e in ognuno di questi vengono gestiti percorsi comuni che vanno dalla valutazione delle richieste di farmaci, DM, galenici e diagnostici secondo le istruzioni operative (pubblicate in intranet).

Per quello che riguarda il materiale in arrivo in farmacia è previsto un controllo quali-quantitativo nei magazzini con aderenza a quanto pubblicato in procedura.

Il materiale idoneo viene stoccato nei magazzini e distribuito nei reparti in seguito a procedure informatizzate che permetta la traccia completa del processo.

I farmacisti referenti dei settori provvedono a gestire i riordini secondo un sotto-scorta impostato che garantisca la rotazione dei prodotti gestiti a magazzino.

Per i prodotti quelli gestiti in transito viene effettuato il monitoraggio delle richieste inviate dalle UUOO mensilmente ed in urgenza; il farmacista verifica la conformità delle richieste pervenute e valuta i valori e l'andamento di spesa.

Sono pubblicate in intranet le Istruzioni Operative per il controllo delle giacenze, delle scadenze e degli inventari di fine anno e la calendarizzazione di consegna a seconda della tipologia di materiale.

Negli ultimi anni il ruolo del farmacista è variato e le attività che svolge attualmente possono essere riassunte in 4 grandi aree:

- 1) LOGISTICA
- 2) PRODUZIONE
- 3) VIGILANZA
- 4) CONSULTANZA

1) Logistica

la valutazione delle richieste di farmaci, dispositivi e diagnostici dalle UU.OO.

- che si divide tra attività di routine

- gestione del prodotto critico per carenza o ad alto costo

gestione degli ordini

ciclo di magazzino con tutti i relativi controlli quali- quantitativi, i sotto-scorta, conservazione, scadenziario analisi ABC delle giacenze, carico e scarico..

distribuzione diretta

gestione dei flussi ministeriali, traccia, AIFA, file f con le relative quadrature e relazioni mensili

2) Produzione

Area oncologica

- Gestione del flusso del farmaco dalla prescrizione all'allestimento con tracciabilità totale sia per i farmaci con AIC che per i farmaci sperimentali

- Gestione rischio clinico

- Gestione rischio dell'esposizione dell'operatore.

Gestioni dei controlli ambientali e sul prodotto sterile e apirogeno.

Area Galenica

- Sterile
- non sterile

3) Vigilanza

Attività ispettive UU.OO, verifica armadi farmaceutici, stupefacenti ecc..

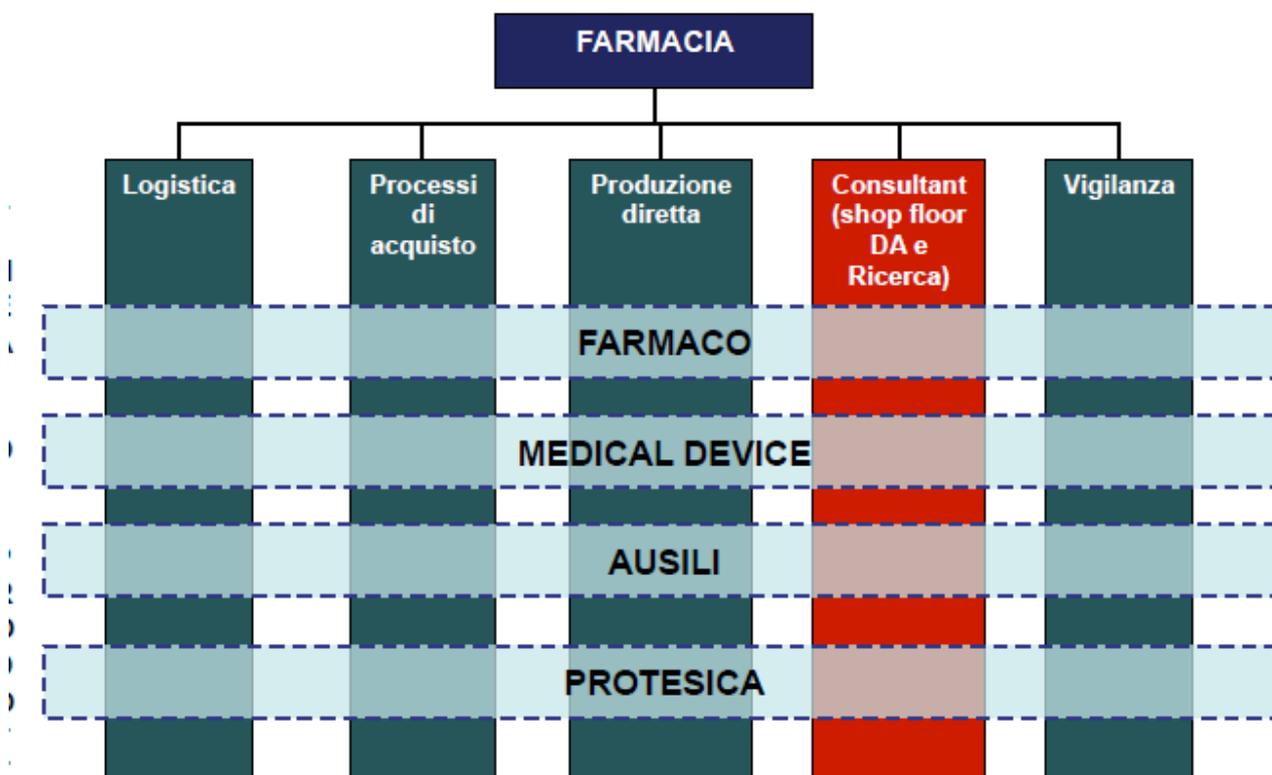
Attività ispettive dei magazzini

- Agente contabile
- Farmaco e dispositivo vigilanza
- Monitoraggio della sicurezza dei trattamenti
- Segnalazione degli eventi avversi, farmaci dispositivi difettosi e aderenza alle raccomandazioni Ministeriali
- Istruzione operativa per i farmaci LASA
- Gestione e partenza con formazione dei rearti per l'utilizzo del sistema prescrittivo SOFIA per la ricognizione e la riconciliazione delle terapie domiciliari (Raccomandazione Ministeriale XVII)
- Ritiri a seguito di segnalazioni ministeriali

4) Consultan

Analisi e programmazione del fabbisogno

- Analisi delle variazioni di volume
- Analisi delle variazioni di comportamento: azioni su appropriatezza prescrittiva, aderenza alla terapia, sostenibilità del SSN con inserimento di Biosimilari
- Gestione e introduzione delle innovazioni sia di farmaci che dispositivi.
- Consulenza tecnica per la predisposizione dei capitolati di gara divisi per competenze
- Clinical governance dei farmaci e dei dispositivi
- Educazione e informazione sul farmaco e dispositivo medico
- Gestione dei registri AIFA, dei piani terapeutici e dei rimborsi collegati (accordi negoziali AIFA – aziende farmaceutiche e accesso al fondo degli Innovativi)
- Valutazione impatti clinici, organizzativi ed economici del farmaco in accordo con: Direzione Aziendale, Attività di ricerca clinica, Attività di formazione (specializzandi e tirocinanti).



Ogni settore nel 2017 ha sviluppato e lavorato in aree necessarie per meglio gestire il rischio clinico, l'appropriatezza prescrittiva e la sostenibilità del SSN vista il continuo aumento di costi dati dall'inserimento di nuove terapie innovative onco-ematologiche e non oncologiche, come i farmaci per la terapia dell'epatite C. Per i DM particolare attenzione è stata rivolta alla tracciabilità e agli acquisti in esclusiva con l'istituzione di una commissione per la gestione aziendale dei dispositivi (cad) multidisciplinare.

Settore GESTIONE E LOGISTICA FARMACO

ATTIVITA' LABORATORIO TERAPIE ANTIBLASTICI

Nell'anno 2017 il settore della UOS Gestione e Logistica del Farmaco della Farmacia ha continuato a lavorare e implementare 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 tutta il loro ciclo lavorativo. L'attività di implementazione ed organizzazione dei percorsi del laboratorio 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 nelle preparazione delle terapie routinarie. Nell'ambito della progettualità di sviluppo questa 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 di arrivare a 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.

TOTALE PREPARAZIONI ANNO 2017: 64450

TOTALE PREPARAZIONI ANTIBLASTICHE **PREPARAZIONI ORALI** **PREPARAZIONI SPERIMENTALI**

ENDOVENOSE

GIORNALIERE: CIRCA 200

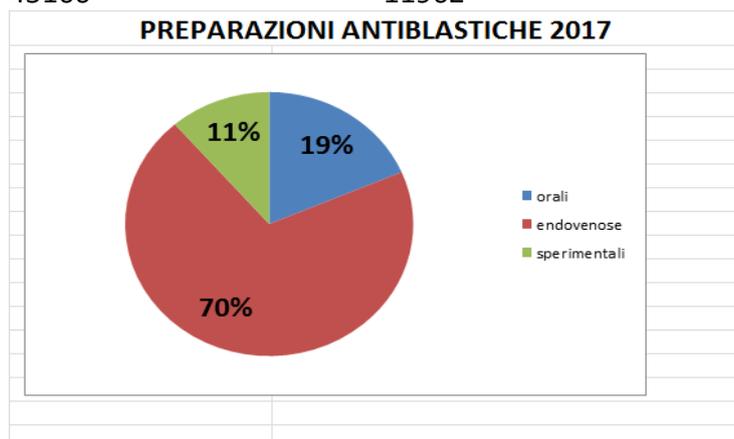
PREPARAZIONI

ENDOVENOSE

45166

11962

7322



GESTIONE LOGISTICA DEL FARMACO

la UOS Gestione e Logistica del Farmaco ha **mantenuto e implementato** tutte le attività svolte negli anni precedenti. Visto l'impatto positivo ottenuto con il progetto dei farmaci HIV gestito con il programma prescrittivo ambulatoriale della Ditta Santa lucia Pharma app è stato esteso tale sistema ai farmaci per la sclerosi multipla garantendo così la tracciabilità completa del farmaco. In particolare è stata implementata l'attenzione all'appropriatezza prescrittiva e alla gestione dei costi con una proficua elaborazione di reportistica dati di farmaceutica trasmessa alla Direzione Strategica. Gli altri capitoli di attività si articolano in :

Gestione dei rimborsi AIFA sia per l'epatite C che per gli oncologici.

Gestione dei Biosimilari: continua l'attività di sensibilizzazione e implementazione all'uso dei biosimilari dei fattori di crescita, farmaci biologici. Si è attivato un percorso virtuoso di condivisione con i clinici oncologi e reumatologi, neurologi e nefrologi che ha permesso il totale switch del principio attivo rituximab da brand a biosimilare

Gestione Off-Label:

questa attività è in forte incremento. E' in corso una revisione del percorso autorizzativo in collaborazione con la Direzione Strategica. Il percorso autorizzativo nominale ha portato a processare ed autorizzare l'utilizzo di farmaci off-label come sotto riportato.

RICHIESTE OFF LABEL	
ANNO 2014	134
ANNO 2015	151
ANNO 2016	182
ANNO 2017	231

Abbiamo provveduto ad effettuare una sub analisi, per gli anni 2015,2016 e 2017 sulla distribuzione degli usi off label per area terapeutica che ha evidenziato una predominanza degli utilizzi off label oncologici, ematologici e neurologici.

	2015	2016	2017
EMATOLOGIA	31	32	47
NEUROLOGIA	21	43	47
ONCOLOGIA	52	49	42
NEFROLOGIA	12	14	25
IMMUNOLOGIA	4	7	17
GASTROENTEROLOGIA	6	13	16
INFETTIVOLOGIA	2	1	6
ALTRI	24	19	31

Si precisa che a seguito della richiesta del Policlinico è stato ottenuto parere favorevole da parte del CTS dell'AIFA di inserimento nella legge 648/96 del farmaco rituximab per il trattamento:

- della sclerosi multipla primariamente progressiva nella popolazione di pazienti indicata dai richiedenti
- della neuromielite ottica

Si è eseguita per il 2017 un'analisi approfondita per singolo principio attivo che evidenzia un'alta incidenza di utilizzo off label di Rituximab ed un'analisi delle patologie maggiormente coinvolte nell'uso off label. Le principali risultano essere: la sclerosi multipla, la sindrome nefrosica, l'epatocarcinoma e la Leucemia linfoblastica neuromielite ottica ad oggi in 648. Nel 2018 è stata pubblicata una nuova procedura per i trattamenti off- label atta a migliorare e garantire la sicurezza del paziente.

DISTRIBUZIONE DIRETTA

La distribuzione diretta ha subito un notevole incremento nel corso del 2017 come si evince dal grafico sotto riportato.

	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
GENNAIO	2.353.538,84	2.716.309,18	3.267.539,43	3.244.833,93	5.753.615,99	5.609.055,34
FEBBRAIO	2.417.384,51	2.531.690,72	2.823.345,32	3.144.566,06	6.440.779,03	5.217.570,95
MARZO	2.626.191,94	2.735.377,07	2.750.685,95	4.384.827,88	6.788.192,16	6.269.778,64
APRILE	2.400.262,03	2.872.270,61	3.137.337,58	4.949.239,49	6.075.425,30	5.530.136,00
MAGGIO	2.629.880,68	3.233.214,00	3.218.743,86	5.421.800,00	6.742.702,52	6.425.567,54
GIUGNO	2.477.944,88	2.787.242,00	3.303.209,41	5.440.974,98	6.300.352,92	5.697.319,42
LUGLIO	3.246.897,02	3.239.052,67	3.743.800,00	6.388.030,19	6.565.152,42	6.669.726,51
AGOSTO	2.349.037,97	2.611.942,49	2.912.543,74	5.110.226,95	5.553.786,85	6.924.935,07
SETTEMBRE	2.681.157,88	3.023.106,06	3.336.425,66	5.966.488,00	5.663.396,35	7.047.463,74
OTTOBRE	2.819.708,01	3.088.039,27	3.325.698,62	6.581.542,00	5.447.530,87	7.834.580,19
NOVEMBRE	2.674.425,68	2.911.741,28	2.836.227,45	6.764.916,40	5.806.074,62	7.026.848,32
DICEMBRE	2.702.264,04	3.246.480,88	3.320.527,72	6.617.734,44	5.396.373,27	6.446.437,59
totale	31.378.693,48	34.996.466,23	37.976.084,74	64.015.180,32	72.533.382,29	76.699.419,32

Controllo dei Flussi della farmaceutica, Erogazione Diretta ed Erogazione Ospedaliera: in collaborazione con il SIA è stata implementata una nuova procedura per il controllo e la trasmissione dei dati della diretta e della ospedaliera in modo da corregge i problemi del precedente programma e rendere più efficace il controllo della farmacia. E' stato inoltre realizzato un applicativo ad uso della farmacia per il controllo interattivo dei dati di magazzino e dei flussi, che potrà consentire una più agevole verifica delle eventuali discordanze tra i dati rendicontati e i dati di magazzino del gestionale.

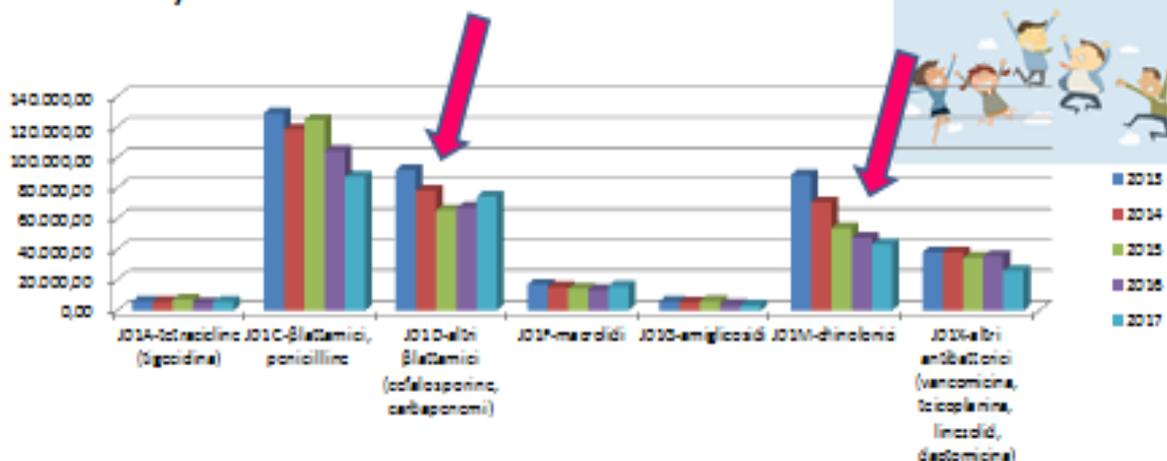
Mantenimento del progetto di Stewardship degli antibiotici:

Gli obiettivi primari selezionati sono stati:

- Consumo di antibiotici nel periodo di studio (DDD/1000 giornate di degenza)
- Consumo di antibiotici e antifungini pre- e post- implementazione del controllo della prescrizione tramite **SOPIA®** .

RISULTATI GENERALI

DDD totali per l'anno 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 (dati proiettati) suddivise fino al terzo livello di ATC a confronto



PRESSIONE ANTIBIOTICA

2015

N. Ricoveri con somministrazioni J01 E J02			
ATC	N.TRATTAMENTI	N.RICOVERI TOT.	%
J01	10.597	20.396	51,96
J02	601	20.396	2,95
	11.198	20.396	54,9

ATC	Tipo	N. TRATTAMENTI	N. CUI TRATTAMENTI TOTALI
J01	MULTI	3.243	31.449
J01	SINGOLO	7.244	48.349
J02	MULTI	48	14.529
J02	SINGOLO	124	32.139

2016

N. Ricoveri con somministrazioni J01 o J02			
ATC	N. Trattamenti	N. Ricoveri TOT	%
J01	16.556	32.387	51,1%
J02	1.075	32.387	3,3%
	17.631	32.387	54,4%

ATC	Tipo	N. Trattamenti	% sui trattamenti totali
J01	Multi	5.441	32,9%
J01	Singolo	11.115	67,1%
J02	Multi	158	14,7%
J02	Singolo	917	85,3%
		17.631	

Da Gennaio ad Aprile 2017

N. Ricoveri con somministrazioni J01 o J02			
ATC	N. Trattamenti	N. Ricoveri TOT	%
J01	5.799	11.509	50,4%
J02	350	11.509	3,0%
	6.149	11.509	53,4%

ATC	Tipo	N. Trattamenti	% sui trattamenti totali
J01	Multi	1.862	32,1%
J01	Singolo	3.937	67,9%
J02	Multi	48	15,1%
J02	Singolo	304	85,9%
		6.149	

I risultati mostrano che viene mantenuto il trend di riduzione della pressione antibiotica e di consumo di antibiotici, effetto degli interventi educativi quotidiani e della stretta collaborazione con gli infettivologi.

DOSE UNITARIA ATTIVITÀ

ALLESTIMENTO Ordini di grandezza DATI 8 MESI 2017

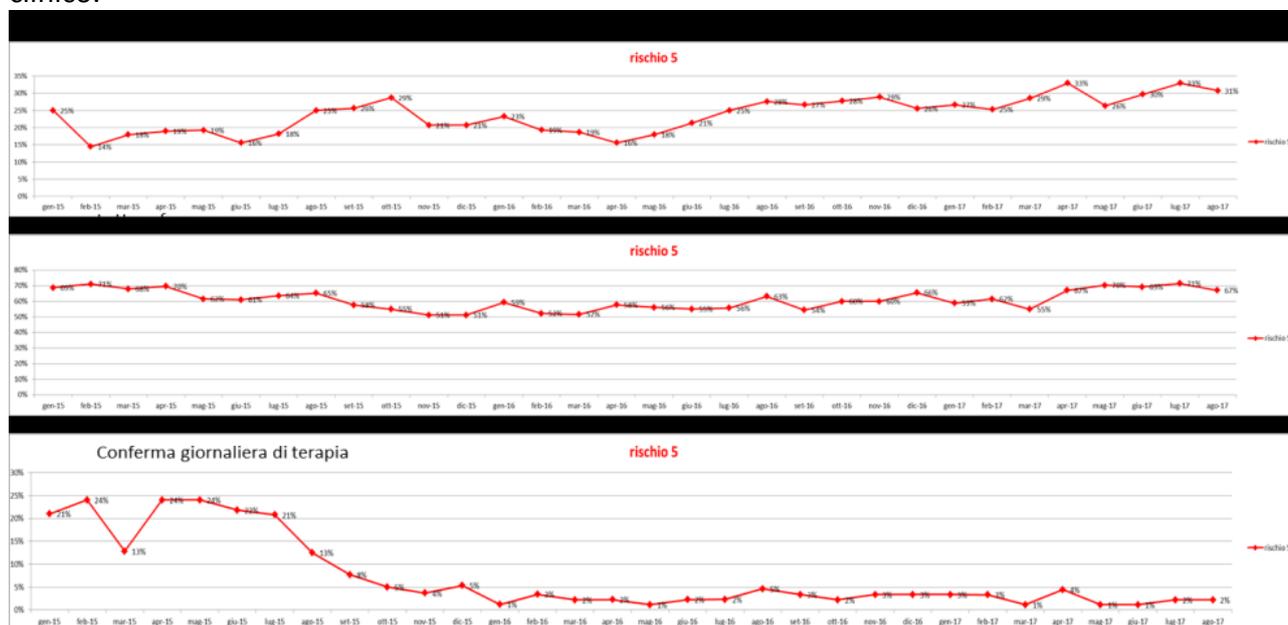
- ARMADI ATTIVI: 26
- Monodose media giornaliera: 5.109
- Monodosi prodotte totali: 1.241.376
- Monodose media settimanale: 35.760

Totale Etabags consegnati 8 MESI 2017:	297.919
RICARICHE ARMADI	147.635
ETABAG PER TERAPIE CENTRALIZZATA	150.284
Capienza massima dell'ARMADIO per tipo di farmaco:	234
Capienza massima dell'ARMADIO numero di buste:	7020

Rischio Clinico

L'IRCCS San Martino IST 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. Attraverso l'analisi FMECA, vengono mensilmente valutati gli indici di rischio per le seguenti attività: lettura del bracciale, lettura farmaco, farmaco non somministrato, conferme giornaliera e altro permettendo di ottenere una mappa del rischio per ogni reparto. I report mensili sugli indici di rischio sono analizzati e confrontati per ottenere degli elaborati che permettano alla Farmacia di riportare i risultati utilizzando indicatori di processo o di esito, di avere una visione accurata dell'aderenza alla

procedura da parte dei singoli reparti e quindi una mappatura degli indici di rischio per reparto e in generale dell'Istituto. Le analisi del 2017 tuttavia hanno mostrato un miglioramento nell'indicatore conferme giornaliere ma non nella lettura farmaco e Bracciale. A tale proposito si evidenzia la necessità per il 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.



Farmacovigilanza

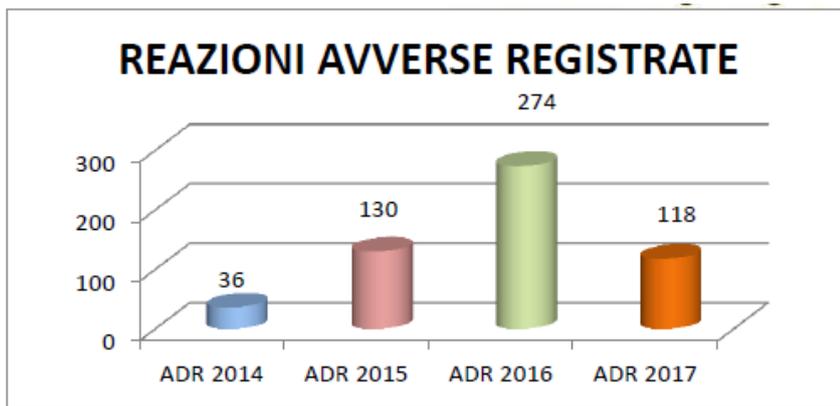
La principale attività di Farmacovigilanza svolta quotidianamente dalla U.O. Farmacia implicano il controllo di completezza, verifica della congruità dei dati indicati dai clinici e tempestivo inserimento in Rete Nazionale di Farmacovigilanza di tutte le segnalazioni di sospetta reazione avversa trasmesse 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
REAZIONI AVVERSE REGISTRATE	36	130	274	118



Abbiamo provveduto ad effettuare 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
REAZIONI AVVERSE REGISTRATE 2016	101	15	1	1

SETTORE DISPOSITIVI MEDICI

Attività predominanti:

- controllo quotidiano delle prescrizioni e delle richieste
- percorsi di acquisizione dei dispositivi medici
- percorsi stoccaggio dm
- introduzione nuovi dispositivi medici e nuove tecnologie
- mini HTA e costituzione del gruppo GIDACC

Durante l'anno 2017 sono state implementate, in particolare, le seguenti attività:

➤ COMMISSIONE AZIENDALE DISPOSITIVI MEDICI (CAD)

Nel corso di quest'anno, la Commissione Aziendale Dispositivi Medici (CAD) ha assunto sempre maggiore rilevanza nell'ambito della gestione e valutazione dei dispositivi medici acquisiti dal Policlinico, con particolare attenzione a quelli di nuovo inserimento.

La valutazione delle singole richieste è stata effettuata in maniera approfondita grazie alle competenze specialistiche del gruppo multidisciplinare, che ha previsto in particolare la presenza della UO Ingegneria Clinica .

Con questa modalità è stato possibile analizzare e discutere i vari aspetti e le eventuali criticità derivanti dall'acquisizione di dispositivi medici dedicati ad apparecchiatura; un caso rilevante è stato quello relativo alla richiesta di acquisizione "sistema integrato trasporto organi".

Inoltre, è stato consolidato un iter che ha previsto numerose indagini di mercato preliminari come ulteriore verifica dell'unicità dei dispositivi medici. Questo ha comportato un coinvolgimento ancora maggiore della U.O. Farmacia in quanto la stessa svolge le funzioni di Segreteria Scientifica della Commissione CAD per tutti i dispositivi medici di competenza.

➤ **GARE REGIONALI e STESURA CAPITOLATI TECNICI DI GARA**

Il crescente numero di gare regionali ha reso necessario la presa visione, da parte della U.O. Farmacia, delle bozze dei capitolati tecnici trasmessi da A.Li.sa al Policlinico, e l'invio delle modifiche tecniche ritenute opportune apportate in collaborazione con le UU.OO. utilizzatrici, oltre alla trasmissione dei relativi fabbisogni annui.

La U.O. Farmacia, inoltre, predispone capitolati tecnici relativi a Dispositivi Medici che non risultano inseriti nei capitolati tecnici di Gare Regionali, e quelli per i quali A.Li.Sa. ha comunicato al Policlinico di procedere autonomamente, in considerazione di caratteristiche di specificità.

I farmacisti afferenti al settore effettuano valutazioni tecniche in collaborazione con gli Utilizzatori e gestiscono la totalità del processo.

Si evidenzia che, per i DM acquisiti in seguito al recepimento di aggiudicazioni di gare regionali, è stato riscontrato un incremento delle problematiche relative alla mancata consegna, ciò ha comportato per la U.O. Farmacia l'attivazione di procedure urgenti di acquisizione di DM equivalenti presso altri fornitori, al fine di non compromettere l'attività assistenziale.

➤ **TRACCIABILITA' DEI DISPOSITIVI MEDICI**

Per garantire una sempre maggiore tracciabilità dei dispositivi utilizzati all'interno del Policlinico, sono stati attivati percorsi per i DM gestiti con procedura di "conto deposito", in particolare per i dispositivi dedicati ai reparti di Ortopedia, Chirurgia Plastica, Neuroradiologia, Cardiocirurgia ed Emodinamica. Sulle base delle aggiudicazioni regionali la U.O. Farmacia, in collaborazione con la U.O. Ingegneria Clinica e Sistemi Informativi, ha predisposto procedure di informatizzazione per ottimizzare il percorso di tracciabilità all'interno del Policlinico, e garantire il riconoscimento univoco dei dispositivi utilizzati. Inoltre, nel corso del 2017 sono state implementate le procedure aziendali di cessione gratuita, al fine di tracciare anche i dispositivi presentati "in prova" dalle ditte fornitrici presso le UUOO.

➤ **DISPOSITIVO VIGILANZA**

L'implementazione delle attività sopra descritte ha come obiettivo ultimo quello di garantire la protezione della salute e la sicurezza dei pazienti e degli operatori riducendo i rischi connessi all'utilizzo non corretto dei DM. Tra i programmi di vigilanza attiva la U.O. Farmacia ha collaborato con la SPP e la UO Formazione Aziendale nell'organizzazione di incontri per la formazione e l'addestramento del personale sanitario, attuando un capillare coinvolgimento di tutte le UU.OO. , al fine di garantire un uso appropriato dei dispositivi medici di nuova introduzione ed aggiudicati nelle gare regionali. La conoscenza del corretto utilizzo è mirata alla gestione del rischio clinico e altresì garantisce la tutela della salute e della sicurezza sia degli operatori sanitari che dei pazienti.

➤ **Attività Settore Diagnostici e reattivi comuni e in service – Diagnostici per ricerca**

Il settore si occupa di tutti i materiali diagnostici e reagenti comuni e in service in uso nel Policlinico. La UO Farmacia ha implementato la gestione informatica dei prodotti diagnostici per ottenere il monitoraggio delle richieste e la totale tracciabilità dei prodotti, permettendo anche la gestione della dispositivo-vigilanza.

La gestione globale dei prodotti diagnostici in service e non, permette di rilevare la presenza di prodotti sovrapponibili e la individuazione di prodotti esclusivi che possono essere ricondotti a procedure di gara. Ha implementato il controllo quali-quantitativo del materiale in transito, ed in

particolare la conformità relativa ai lotti, scadenze e corretta conservazione durante il trasporto per Diagnostici a temperatura controllata (2-8°C, -20°C, -80°C). Ha standardizzato le codifiche ed l'anagrafica degli IVD relativamente ai prodotti aggiudicati nelle gare (sia del Policlinico che regionali) ed inserimento Numeri di Repertorio e CND. Si è occupato della stesura di CAPITOLATI TECNICI, interfacciandosi e collaborando con le UUOO coinvolte, oltre ad elaborare, con le UUOO utilizzatrici, e trasmettere ad ALISA i fabbisogni finalizzati all'adesione del Policlinico alle procedura di gara regionale. Ha svolto il ruolo di Segreteria Scientifica della Commissione CAD Diagnostici. Nell'anno 2017, sono state discusse n.43 richieste di DIAGNOSTICI ESCLUSIVI, compresi quelli dedicati ad apparecchiature.

➤ **Attività gestione Diagnostici per ricerca – FONDI FINALIZZATI**

Dal 1 agosto 2017 la UOC Farmacia ha preso in gestione il materiale diagnostico necessario ai reparti di ricerca, acquistato tramite fondi finalizzati. Sono stati presi in carico dal magazzino 62, di nuova creazione, i 2.500 diagnostici presenti in anagrafica, acquistati dal 2015 alla data di inizio attività. Dal 16 ottobre 2017 la UOC Farmacia ha iniziato la gestione informatica di tutti i prodotti diagnostici per ricerca in modo da ottenere il monitoraggio delle richieste e la totale tracciabilità dei prodotti. Sono state effettuate riunioni coordinative con la Direzione Scientifica e con l'UO Sistemi Informativi al fine della stesura e pubblicazione su isolabweb delle procedure IOAZHFA_0062-IOAZHFA_0063- per agevolare gli utenti ricercatori alla nuova modalità di gestione da parte della UOC Farmacia. E' in corso la riorganizzazione e standardizzazione delle codifiche dei materiali già presenti in anagrafica, al fine di eliminare incongruenze e doppioni. La riorganizzazione viene effettuata attraverso la verifica delle schede tecniche. Tutti i diagnostici di nuova introduzione vengono approfonditi tramite la lettura degli 'Handbooks' e dei manuali tecnici, in modo da assegnare la corretta descrizione e classe merceologica. Ad ogni singolo ricercatore del Policlinico viene inviata specifica mail di avvenuta verifica del diagnostico di nuova introduzione e i relativi codici OSM a cui fare riferimento per gli approvvigionamenti. Nei primi 6 mesi di attività sono stati verificati n.850 diagnostici, appartenenti principalmente alle seguenti categorie: Anticorpi Monoclonali e Policlonali, kit estrazione e purificazione DNA/RNA, Medium di conservazione, Buffer e tamponi, sequenze di nucleotidi, silenziatori di RNA, Beads e Microbeads, linee cellulari, proteine inibitori recettoriali, reagenti per western blotting.

➤ **SETTORE GALENICA**

Anche nell'anno 2017 l'attività di produzione galenica clinica è stata prevalentemente orientata all'allestimento ed erogazione di **preparati personalizzati non reperibili al pubblico (Farmaci orfani)** secondo le N.B.P della Farmacopea Ufficiale XII Edizione. Di particolare rilevanza è l'attività di produzione di preparati galenici magistrali oftalmici off label a base di diversi principi attivi quali: antibiotici, immunosoppressori, antifungini, antisettici per pazienti degenti e domiciliari sottoposti ai controlli periodici in regime ambulatoriale, permettendo e supportando l'attività della clinica oculistica rivolta ad interventi particolarmente critici (impianto di cheratoprotesi in pazienti non idonei a cheratoplastica monocoli, nei quali la probabilità di sopravvivenza di un lembo trapiantato risulta bassa) con la produzione di preparati galenici magistrali oftalmici non disponibili in commercio.

➤ **Continuità ed implementazione dell' attività di allestimento galenici magistrali a base di Cannabis THC 19% (Bedrocan)** in forma farmaceutica di cartine dosate per l'assunzione come infuso per via orale (iniziata nell'anno 2015) con la totale gestione di tutto il processo come riportato nella I.O.AZHFA0070 " Procedura prescrizione e gestione delle preparazioni galeniche magistrali a base di cannabinoidi 19% THC " pubblicata in Isolabweb nei documenti della U.O. Farmacia. La distribuzione diretta delle terapie ai pazienti domiciliari prescritte dai medici della U.O. Terapia Antalgica (T20K) di cui è Responsabile la Dott.ssa Zappi viene effettuata direttamente in Farmacia da parte del Farmacista del Settore Galenico. Nell'anno 2017 Sono stati allestiti dal Settore Galenico n° 13 diversi dosaggi (a partire da 15 mg a 600 mg) di carte a base di bedrocan che variano a seconda della compliance e risposta del paziente al dosaggio prescritto. Tutti i preparati sono codificati ,tariffati , movimentati sia informaticamente con sistema Oliamm che nel Registro di carico e scarico dei Farmaci stupefacenti. **Totale allestito e distribuito e rendicontato con codice di costo HF6C File F. Anno 2017: Pazienti N° 26**

➤ **CARTE BEDROCAN- TOTALE 2017 N° 5.782 CARTE**

➤ **Formazione ed Aggiornamento.**

Tirocinio pre e post laurea. Nell'anno 2017, come negli anni precedenti, sono state dedicate molte energie alla formazione e tutoraggio di studenti della facoltà di Farmacia e specializzandi in Farmacia Ospedaliera e formazione di studenti Erasmus e in percorsi formativi rivolti ad operatori sanitari con predisposizione di protocolli operativi in collaborazione con il Servizio di Igiene Ospedaliera per prevenire e ridurre l'insorgenza di Infezioni Ospedaliere.

GRUPPO OPERATIVO – Area 5 CARMINA - Processi Assistenziali

- **Creazione DMT Non Oncologici (malattie cerebrovascolari, demenze e mci)- adozione del nuovo regolamento per i DMT già esistenti**

Responsabile

I Coordinatori dei DMT- UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Abstract per il cittadino

Il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento (di seguito denominato POA e 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.

L'intuizione e la relativa applicazione del modello DMT risalgono al periodo immediatamente successivo al processo di integrazione tra Azienda Ospedaliera San Martino e l'IST quando si sono incontrati, sul terreno dell'oncologia, due mondi diversi che hanno ritrovato all'interno di questa organizzazione la possibilità di mettere a fattor comune esperienze differenti.

A partire quindi dal febbraio 2013, data della prima deliberazione del modello DMT, l'IRCCS in ambito oncologico ha creato questo nuovo modo di offrire cure ai pazienti.

Non a caso il regolamento dei DMT presente nel nuovo POA definisce il documento come la revisione 2.0. Il documento trae, infatti, origine dall'esperienza maturata nei 5 anni precedenti e dalla verifica ispettiva di OEIC (Organization of European Cancer Institutes) che nel 2015 ha molto apprezzato questa modalità di approccio al paziente oncologico.

L'esperienza è stata successivamente traslata sul versante delle neuroscienze e anche in questo ambito questo modello organizzativo ha contribuito al riconoscimento del carattere di scientificità per le Neuroscienze da parte del Ministero in occasione della recente site visit.

Abstract in lingua inglese

Policlinico San Martino's Organization and Operation Regulation (hereinafter referred to as POA and formalized with Resolution No. 582 of 20/04/2018 and Resolution No. 1150 of 03/08/2018) emphasizes the role of the Disease Management Team (DMT) as pathways for modern approach of patient care.

This approach began with the union between The San Martino Hospital and the IST (research cancer institute). The experiences both became common use in field of oncology. On February 2013 start the first resolution of the DMT.

It is no coincidence that the regulation of the DMT present in the new POA defines the document as revision 2.0. In fact, the document originates from the experience gained in the previous 5 years

and from the inspection of OEI (Organization of European Cancer Institutes) which in 2015 greatly appreciated this method of approach to cancer patients.

The experience was subsequently transferred to the neuroscience side and in this context too, this organizational model contributed to the recognition of the scientific nature of Neuroscience by the Ministry at the recent site visit.

Descrizione delle attività

Evoluzione organizzativa del modello di multidisciplinarietà

Il regolamento dei DMT contenuto nel POA presenta alcuni fondamentali elementi di novità rispetto alla precedente organizzazione:

- i. FUNZIONI INTRINSECHE AL DMT**
- ii. MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO E ORGANIZZAZIONE DEI DMT**
- iii. INDIVIDUAZIONE E DEFINIZIONE DELLE ABILITÀ E DELLE COMPETENZE NECESSARIE ALLA GESTIONE DEI PDTA**
- iv. PROCESSI FORMATIVI**
- v. COORDINAMENTO: MODALITÀ DI AFFIDAMENTO E RESPONSABILITÀ**

i. FUNZIONI INTRINSECHE AL DMT

Vengono riconfermate le funzioni dei DMT:

i. 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"

ii. 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.

iii. 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:

iv. 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 riferisce.

ii. 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:

i. Strutture componenti il DMT

ii. Eventuale articolazione in GIP

iii. Coordinatore del DMT e dell'eventuale o eventuali GIP

iv. 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 disporre di strumenti informatici che permettano di ottenere, dalle basi di dati aziendali, un registro aggiornato dei pazienti per ogni patologia trattata che disponga almeno del seguente *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)

○ Numeratore₁:

Pazienti discussi in DMT

○ Numeratore₂:

Decisioni difformi dalle LL.GG. o dallo specifico PDTA

○ Numeratore₃:

Stadiazione di malattia per la stratificazione dei pazienti

○ Numeratore₄:

Eventi avversi

○ Numeratore₅:

Pazienti arruolati in trials Clinici

○ Numeratore₆:

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 PC 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) e 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**

iii. 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

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

v. 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 simile 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:

i. DMT oncologici (sono stati deliberati)

- Tumori Mammella (B U) Resp. Del Mastro (del N.O.)
- Tumori Gastro Enterico Resp. Sobrero e Parodi (del V.O.)
- Tumori Urologici Resp. Boccardo e Terrone (del V.O.)
- Tumori della Cute Resp. Queirolo e Ferrini (del V.O.)
- Tumori Cerebrali Resp. Ravetti (del V.O.)
- Tumori Ginecologici Resp. Centurione Mammoliti Bruzzone (del V.O.)
- Tumori Polmone Resp. Salio (del V.O.)
- Tumori Testa e Collo Resp. Vecchio Peretti Corvò (del V.O.)
 - GIP Tiroide Resp. Giusti Ansaldo (non Del)
- Linfomi Resp. Gobbi Angelucci (del V.O.)
- Sarcomi Resp. Nessuno (non Del)

ii. DMT neuroscienze

- Malattie Cerebrovascolari Resp. Finocchi (non Del)
- CDCD (Centro per i Disordini Cognitivi e le Demenze) Resp. Nobili (non Del)
- Tumori Cerebrali (già citato) Resp. Ravetti (non Del)

iii. DMT ("cosiddetti") non Oncologici

- Interstiziopatie polmonari Resp. Salio (non Del)
- Trapianto fegato Resp. Picciotto Andorno (non Del)
- Connettiviti
 - Sclerodermia Resp. Murdaca (non Del)
- OSAS (Obstructive Sleep Apnea Syndrome) Resp. Laganà Ferrari (del V.O.)
- Malattie dell'albero arterioso
 - GIP Aorta Resp. Mambrini (non Del)

➤ **LEGENDA:**

(del N.O.) Deliberato secondo lo schema della Nuova Organizzazione

(del V.O.) Deliberato secondo lo schema della Vecchia Organizzazione

(non Del) Non Deliberato

Per alcuni dei citati DMT si riportano le sottostanti tabelle sinottica delle attività richieste e svolte:

DMT ONCOLOGICI

	DMT MAMMELLA	DMT NEOPL. G.E.	DMT NEOPL URO.	DMT NEOPL CUTE	DMT NEOPL CEREBRALI	DMT NEOPL GINECO	DMT NEOPL POLMONE	DMT NEOPL HEAD&NECK	GIP TIROIDE	DMT LINFOMI
LINEE GUIDA	2017	2013-2015	2018	2017 NCCN AIOM	2016	2013-2014	2015	2015 E 2009	NO	BOZZE INCOMPLET E
PDTA	2017 CON NOTE CHIARE	2014-2015	2018	2018 NO SNODI MA LINEE	VECCHI	2015-2016	2013-2014	SOLO TIROIDE CHE HA GIP	BOZZE 2016	
REGOLAMENTO	2017 (LAYOUT I.O.)	2015 (LAYOUT I.O.)	2016 e doc programm (I.O.)	2018	2015	2015	2015	2015	NON DATATO (I.O.)	
MATRICI RESPONSABILITA'	2016	2015 GIST	non datate... 2016?	NON DATATE.. 2018?	BOZZA NON CONFORME	2015	2015?	2015	BOZZA	
FORMAZIONE	2017 (rivedere)	2013-2014 (rivedere)	2013-2014	2014	VECCHIA	DA AGGIORNARE	2015	2016	NO	
INDICATORI	2015 + FORMULAZ SEC EUSOMA	2014-2016 (COLON-RETTO)	2016 con relaz	2014 E SOLO FORMULATI	BOZZA	2014-2015 FORMULAZ	2014 FORMULAZ	2013 FORMULAZ	FORMUL 2016	
REGISTRO COMPLICANZE	VUOTO	VUOTO	VUOTO	VUOTO	VUOTO	VUOTO	2013 POI ZERO	VUOTO	NO	
VERBALI	PRESENTI SETTIMANALI	SINO 2016 POI STOP	2016 FOGLIO FIRME E X SING PAZ	SOLO APPUNT SUCC E NO FOGLI FIRME	2014	2017 PER SING PAZ+ QUALCHE DMT	REL NOMINATIVA PER SINGOLO PAZ	VUOTO	NO	
SPERIMENTAZIONE CLINICA	2017 E ANNI PASSATI	SINO 2016 RIEPILOGO	2013 E SINTESI 2016	2018	2015	2012-2014 E SINT 2015	2014	2013-2015	NO	
RELAZIONE ANNUALE	2014	2014	NO	NO	NO	NO	2014	NO	NO	
NUMERI DISCOV GENN-LUG 2018	1184	16	141	1 .. Forse prova??	10	72	276 INCOMPL MANCA DISCUSS	147 INCOMPL MEZZI VUOTI	22 IN TESTA COLLO FRAMMISTI	
NOTE VARIE				Cart 8 verbali singolo paz word				Cart paz 2013-2014 Con referti visibili		

DMT NON ONCOLOGICI

	DMT CDCD (DEMENZE)	DMT Mal. Cerebrovascolari (ICTUS)	DMT OSAS (Sindr. delle apnee notturne)	DMT CONNETTIVITI	GIP SCLERODERMIA	GIP AORTA
LINEE GUIDA	2017-2018	2017	bozze ferrari laganà	2017-2018	2017	2016-2017
PDTA	2017	2017-2018		2018	2017	2016
REGOLAMENTO	2017	2017		2018	2018	2016
MATRICI RESPONSABILITA'	2017	2017		2018	2018	no
FORMAZIONE	2018	2017-2018			vuoto	no
INDICATORI	form 2017	fmea 2016			formulato 2017	no
REGISTRO COMPLICANZE	formulaz... Stop	rel trombolisi? Devo vedere			manca	no
VERBALI	2018	2018			2018	no
SPERIMENTAZIONE CLINICA	2017	0 (discuss ex-post)			vuoto	no
RELAZIONE ANNUALE	sarà fatta 2018	sarà fatta			sarà fatta	no
NUMERI DISCOV GENN-LUG 2018	12	0			22	no
NOTE VARIE					cartelle numerate diversamente	

I COORDINATORI ATTUALI E LA GESTIONE DELLA TRANSIZIONE

Al fine di attuare il modello organizzativo previsto sono necessarie le seguenti azioni:

1. **Riunire i Coordinatori** nominati con atto deliberativo secondo lo schema della Vecchia Organizzazione per
 - condividere il nuovo modello organizzativo proposto dal Documento di Organizzazione e Funzionamento
 - riferire in merito al lavoro svolto e quello ancora da realizzare
 - rappresentare che, qualora lo desiderino, possono presentare la loro manifestazione d'interesse per la nomina a Coordinatore secondo il nuovo modello organizzativo
2. **Organizzare**, per l'area Oncologica e per l'area delle Neuroscienze, dopo il primo passaggio, un incontro aperto a tutti coloro che, avendo i requisiti minimi previsti dal Documento di Organizzazione e Funzionamento, desiderino manifestare il loro interesse per accedere a questa funzione. Durante questo incontro si dovranno esplicitare le prospettive di sviluppo che sono in capo ai DMT e in particolare:
 - la collocazione strategica del DMT nell'organizzazione Aziendale
 - le modalità di gestione delle risorse e delle conseguenti responsabilità
 - l'evoluzione dei modelli di cura, formazione e ricerca che, attraverso l'implementazione di tale organizzazione, il Policlinico intende realizzare
3. **Verrà quindi aperta la selezione** con le modalità già utilizzate per la nomina del Coordinatore del DMT mammella o Breast Unit.
4. **Lo stesso procedimento dei punti 2 e 3 verrà successivamente avviato per la definizione dei DMT cosiddetti Non Oncologici e che non sono mai stati deliberati.**

I Gruppi Interdisciplinari di Patologia (GIP)

Si riporta quanto definito al riguardo dal Documento di Organizzazione e Funzionamento:

- In base alla complessità ed alla vastità della casistica trattata, i DMT possono articolarsi in Gruppi Interdisciplinari di Patologia (GIP) che rappresentano una articolazione operativa. L'attivazione dei GIP è discrezionale ma va esplicitata nel regolamento del DMT
- I GIP hanno il compito di discutere i casi clinici secondo le regole che il DMT definisce nel suo regolamento e di registrare i nuovi casi sugli applicativi informatici che l'Istituto rende disponibili. Il GIP non ha funzioni programmatiche e organizzative che restano in capo al DMT ed al suo coordinatore.
- Gli eventuali GIP e il DMT si riuniscono comunque con una cadenza tale da permettere la discussione dei volumi di casistica relativa.

È del tutto evidente che l'articolazione dei GIP dovrà essere secondaria all'istituzione del DMT di riferimento.

LE RICHIESTE DI NUOVA ISTITUZIONE DI DMT

Si riporta quanto definito al riguardo dal Documento di Organizzazione e Funzionamento:

I DMT vengono istituiti dal Direttore generale al termine di un percorso di attivazione che prevede:

- La proposta motivata di uno o più direttori di Dipartimento ad attività integrata (DAI) alla Direzione sanitaria e alla Direzione scientifica che ne curano l'istruttoria per sottoporlo al Collegio di Direzione
- Il preventivo e positivo parere del Collegio di Direzione all'avvio della fase sperimentale
- La dimostrazione documentale di una fase sperimentale di avvio del DMT di almeno sei mesi con la discussione collegiale dei relativi casi clinici.
- La presenza di un report finale della fase sperimentale da sottoporre al giudizio del Collegio di Direzione
- Il parere del Collegio di Direzione.

A fronte di questo iter esistono alcuni DMT che hanno da tempo iniziato i loro lavori e la cui attività deve essere sottoposta alla valutazione del Collegio di Direzione per permetterne la definitiva approvazione.

- **Le Cadute al Policlinico San Martino**

Responsabile: Dott. Giovanni Orengo Direttore UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP, giovanni.orengo@hsanmartino.it

Gruppo di lavoro:

Arata Lucia Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva lucia.arata@hsanmartino.it
aratalucia@gmail.com

Antonella Filanti UO Gest.Rischio Clinico, Qualità, Accredit.,URP antonella.filanti@hsanmartino.it

Team multidisciplinare: Dipartimento Medicina interna, Dipartimento Medicina specialistica, UO Riabilitazione e Rieducazione Funzionale, UO Direzione delle Professioni Sanitarie, UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera, UO Gestione del Rischio clinico, Qualità, Accreditamento e URP.

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 poterne comparare i risultati. All'interno del Policlinico, due anni di rilevazione del dato sono rilette 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 riguarda la distribuzione per tipologia di Area Funzionale Omogenea, la maggiore frequenza di cadute si rileva nell'Area della Riabilitazione (56,19 ‰ cadute/ricoveri e 3,00 ‰ cadute/1000 gg di degenza) e nell'Area 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, è in fase attuativa 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.

Programma consegna letti ad altezza variabile- anno 2018

1^ Consegna – Maggio 2018				
- previste nel mese di maggio n° 2 consegne ognuna di c.a. 20 letti				
Q.tà	Reparto	Destinazione	CdC	Consegna
40	U.O. Ortop. e Traumat. Urgenza	Pad. Specialità - 4° P.	H60D1/D3	MAGGIO 2018
12	Centro Ictus	Pad. Specialità - 3° P.	HUI	MAGGIO 2018
2^ Consegna – Giugno 2018				
- previste nel mese di Giugno n° 3 consegne ognuna di c.a. 20 letti				
35	U.O. Medicina d'Urgenza	Pronto Soccorso - 1° P.	H01D4/5/6	GIUGNO 2018
20	U.O. Clinica ortopedica	Pad. 40 - 1° P.	U59D1/D4	GIUGNO 2018
3^ Consegna – Luglio 2018				
- previste n° 2 consegne ognuna di c.a. 20 letti				
40	U.O. Clinica Medicina Interna	Pad. Monoblocco -10° Ppn.	UMM	LUGLIO 2018
4^ Consegna – Agosto 2018				
- previste n° 2 consegne ognuna di c.a. 20 letti				
40	U.O. Medicina d'Urgenza	Pad. Monoblocco - 10° Lev.	H01D2/3	LUGLIO 2018
5^ Consegna – Settembre 2018				
- previste n° 2 consegne ognuna di c.a. 20 letti				
32	U.O. Clinica Medicina Interna 2	Pad. 12 - 1° P.	U06D1	AGOSTO 2018
9	U.O. Cure Intermedie e Rep. Detenuti	Pad. 10 - 2° P.	H1TD2	AGOSTO 2018
6^ Consegna – Ottobre 2018				
- prevista n° 1 consegna di n. 20 letti				
14	U.O. Cardiologia + Cl. Mal. Cardiovasc.	Pad. Monoblocco - 7° P.	HUHD	SETTEMBRE 2018
2	U.O. Pneumologia	Pad. IST - 5° P.	H20D	
4	U.O. Malattie Infettive	Pad. Patologie Complesse	U16D1 U16D3	
7^ Consegna – Ottobre/Novembre 2018				
- prevista n° 1 consegna di n. 20 letti				
20	U.O. Riab. e Ried. Funzionale	Pad. Maraelliano - 5° P.	UNED	OTTOBRE 2018

Si allega il report annuale, per maggiore chiarezza anche in relazione alle azioni di miglioramento:
 Allegato "Le Cadute al Policlinico San Martino - Report sull'andamento delle cadute nel 2017".

Abstract in lingua inglese

The implementation of a system of reporting of falls is critical to assess the phenomenology of the event and for continuous improvement actions within the Institute. The adoption of the Regional Form as reporting Tab enabled you can use region Liguria falls one homogeneous throughout

working tool and be able to compare the results. Inside the hospital, two years of detecting given are reread in the light of the Ministerial recommendation for the prevention and management of the risk of failure in healthcare facilities (Recommendation N.13 - Ministry of health of December 2011). Reporting cards received are 772 and cover the period 1 January-31 December 2017. From descriptive analysis shows that data related to falls in institutions are consistent with those reported in the literature, both regarding risk factors related to the patient, both regarding the site and the ways in which events occur.

Both in 2017 than in 2016, most of the tracked events occurred in the age group 71-90 years, consistent with the scientific literature and who, according to which the frequency of falls increases with increasing age, especially over the age of 70 years. Moreover, the analysis of the data relating to 2017 confirms what stated in the previous year: in our Institute there is a higher frequency of falls among male patients, regardless of age. Regarding the distribution by type of Homogeneous functional Area, the greater frequency of falls is noted in the Area of rehabilitation (56.19‰ feeders/1000 admissions and inpatient falls 3.00‰/gg) and in the medical Area (25.33‰ feeders/hospitalizations and 2.33‰ feeders/1000 days hospital stay). With regard to environmental conditions, the presence of disjointed and beds at maximum movement towards the floor represents a protective factor for the occurrence of the event fall and, in this regard, it is in the three-year plan implementation 2018-2020 for acquiring a total of 640 beds table variable height (except for the SPDC and psychiatric clinic that, for security reasons, will be equipped with mechanical beds). In particular, in 2018, the delivery of the first 316 new principals. The annual report is attached, for greater clarity also in relation to improvement actions,

Obiettivi

Il report, redatto per il secondo anno consecutivo, oltre a definire un punto fermo nella fenomenologia dell'evento all'interno del Policlinico, 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%.

Materiali e Metodi

Il monitoraggio del fenomeno cadute si avvale dei dati contenuti nella scheda di segnalazione, compilata al momento dell'avvenimento, presso il reparto di degenza. 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. 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. La seconda parte della scheda è relativa alla raccolta dei dati dell'episodio caduta; la terza parte riguarda i rilievi immediati mentre i dati relativi al completamento clinico entro le 24 ore, sono contenuti nella quarta parte.

Le schede di segnalazione ricevute relative al periodo di osservazione 1 Gennaio - 31 Dicembre 2017, sono 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, 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.

Si è condotta l'analisi delle cadute per Area Funzionale Omogenea (AFO), per genere, per età e, successivamente, le cadute sono caratterizzate in base ai criteri presenti nella Scheda di Segnalazione.

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.

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

Tempi di realizzazione.

Il periodo di osservazione è compreso tra il 01 Gennaio ed il 31 Dicembre 2017.

Efficacia del progetto.

Gli esiti delle cadute registrate sono:

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.

Azioni di Miglioramento

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 ≥ 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.

La presenza di letti ad altezza variabile costituisce un fattore protettivo per il verificarsi dell’evento caduta. E’ in corso il Piano triennale 2018-2020 per l’acquisizione di un totale di 640 letti elettrici ad altezza variabile ed in particolare, nel corso del 2018 sono stati acquisiti e consegnati i primi 316 nuovi presidi nelle seguenti unità operative: UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA D’URGENZA, CENTRI ICTUS OSPEDALE+UNIVERSITA’, UO MEDICINA D’URGENZA, UO CLINICA ORTOPEDICA, UO CLINICA MEDICINA INTERNA, UO CLINICA MEDICINA INTERNA 2, UO MEDICINA D’URGENZA, S.S.DIP. CURE INTERMEDIE E REP. DETENUTI, UO CARDIOLOGIA, CLINICA MALATTIE CARDIOVASCOLARI, UO PNEUMOLOGIA, UO CLINICA MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI, NEURO-RIABILITAZIONE-DEGENZA, UO S.P.D.C., UO 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”.

Costi: nessun costo aggiuntivo.

Condivisione dei Risultati

Le Cadute al Policlinico San Martino - Report sull'andamento delle cadute nel 2017 è pubblicato nella Intranet Aziendale/homepage UOQualità, ed in Rischio Clinico/Analisi Eventi monitorati dal Ministero. E' condiviso con Regione Liguria in quanto costituisce parte della relazione annuale del Policlinico San Martino per la Gestione del Rischio Clinico, mediante lo strumento C.A.R.M.In.A.

Bibliografia

- Rapporto Mondiale dell'OMS sulla prevenzione delle cadute dell'anziano a cura di: Cespi, Centro Studi delle Professioni Sanitarie, Torino 2015
- Regione Toscana. A cura del Gruppo di lavoro di coordinamento del progetto regionale: Tommaso Bellandi et al.; Regione Toscana, Direzione Generale diritti di cittadinanza e coesione sociale]. I quaderni delle campagne per la sicurezza del paziente; 4. La prevenzione delle cadute in ospedale. 2011.
- PNLG Istituto Superiore di Sanità La prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani 21/2/2008
- National Institute for Clinical Excellence "The assessment and prevention of falls in older people" 21/11/2004
- WHO global report on falls prevention in older age – 2007
- Ministero della Salute. Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella. Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella. 5° rapporto. Aprile 2015

Allegato "Le Cadute al Policlinico San Martino - Report sull'andamento delle cadute nel 2017"



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Le Cadute al Policlinico San Martino (2017)



- **Report sull'andamento delle cadute nel 2017**

Riepilogo esecutivo

 OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO U.O. GOVERNO CLINICO E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA HOR	MODULO REGIONALE SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE		MODAZHOR_0008	
	Rev.3	Data 19/10/2017	Pag 1 di 1	

Presidio/ U.O. /S.C.cdc.....

Cognome, nome, data di nascita, sesso

regime ricovero: Ordinario DH/DS Ambulatoriale Accesso a PS
 tipo di ricovero: chirurgico medico riabilitativo RSA RD extra ospedaliero
 Data accesso ricovero/ prestazione

sezione A) Dati caduta

Evento/Caduta Data.....ore.....
 Precedenti cadute durante l'attuale ricovero: no si indicare numero:..... dettaglio ignoto

Luogo Evento camera ambulatorio servizi igienici sala diagnostica spazi in comune sala operatoria

Presenti/ Testimoni nessuno/il pz. era solo il pz. è stato in grado di spiegare la modalità della caduta?
 altri degenti no
 familiari/altri no, ma abitualmente confuso/disorientato
 personale sanitario si

Modalità/ momento caduta (riferita o presunta) inciampamento scendeva dal /saliva nel letto mentre stava: si trasferiva da o verso sedia/ poltrona/ carrozzina/ comoda in autonomia
 sconvolgimento mentre procedeva igiene personale, si vestiva- svestiva, usava WC con aiuto di terzi
 accasciamento mentre stava raggiungendo: oggetto campanello di chiamata con utilizzo di ausili
 non determinabile mentre cambiava posizione nel letto (letto con spondine: no si
 mentre era in attesa barellato mentre era sottoposto a movimentazione da parte del personale non determinabile

Valutazione Rischio Cadute antecedente non applicabile non rilevata applicata: Scala Conley: >=2 si; no: Scala Morse: >51 si; no: Scala Tinetti: =<19 si; no: U&G: >= 12 sec. si; no: (il risultato si, in qualsiasi scala utilizzata, identifica il paziente ad alto rischio)

Qualifica del personale compilatore (barrare): medico infermieristico altre professioni sanitarie: OSS **timbro e firma**

sezione B) Rilievi immediati

Sede/tipo lesioni riscontrate nell'immediato nessuna lesione obiettivabile contusione ferite sospetta frattura trauma cranico altro

Richieste indagini No SI Indagini radiologiche Consulenza specialistica Inviato PS

Risultato accertamenti/ Indagini eseguite dati non ancora disponibili a fine turno negativi positivi per fratture (specificare sede):..... positivi per altro (specificare):.....

Qualifica del medico intervenuto nell'immediato: di reparto di guardia Data ore..... **timbro e firma**

sezione C) Completamento clinico entro le 24 h dall'evento

Possibili fattori clinici di rischio legati al pz Farmaci in corso: cardiologici diuretici psicofarmaci più di quattro farmaci nessuno dei descritti
 Presenza deficit: cognitivi visivi dell'andatura/ movimento nutrizionali nessuno dei descritti
 Stato di malattia compromettente funzioni (es. incontinenza, anemia...): no si
 condizioni ignote (solo se pz ambulatoriale)

Conclusioni/ Esito evento senza danno attuale danno lieve (indicativamente prognosi inferiore/uguale a 3 gg) danno medio (indicativamente prognosi da 4 gg a 30gg) danno severo/ trauma maggiore (indicativamente prognosi oltre 30 gg) prolungamento degenza/ trasferimento: decesso entro le 24 ore successive alla caduta no si

Qualifica del medico che completa i dati: di reparto di guardia Data ore..... **timbro e firma**

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 presente 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.

1. Aspetti Generali del Fenomeno Cadute in Istituto

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.

	OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO	MODULO REGIONALE SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE		MODAZHOR_0068	
U.O. GOVERNO CLINICO E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA HOR		Rev.3	Data 19/10/2017	Pag 1 di 2	
Presidio/ U.O. /S.C.cdc.....					
Cognome nome data di nascita		regime ricovero: Ordinario <input type="checkbox"/> DH/DS <input type="checkbox"/> Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Accesso a PS <input type="checkbox"/> tipo di ricovero: chirurgico <input type="checkbox"/> medico <input type="checkbox"/> riabilitativo <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> extra ospedaliero <input type="checkbox"/> Data accesso ricovero/ prestazione			

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.

1.1 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
MATERNINO-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
TOTALE	731	40.340	362.443	18,12	2,02

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).

1.2 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
TOTALE		40.340	362.443	731	18,12	2,02

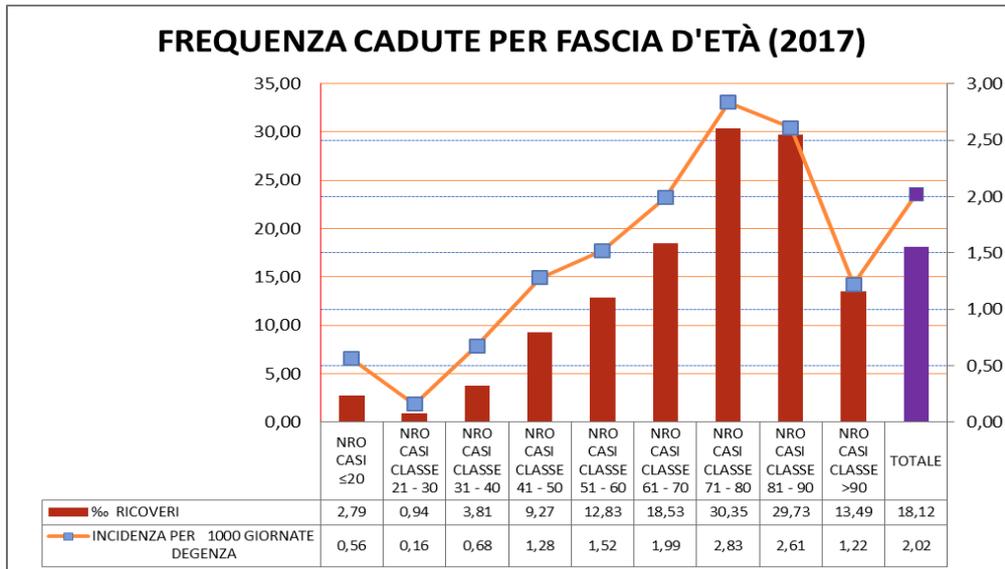
1.3 Età

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
TOTALE	40.340	362.443	731	18,12	2,02

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.



2. Descrizione Caduta

I dati vengono desunti dalla sottostante sezione della scheda:

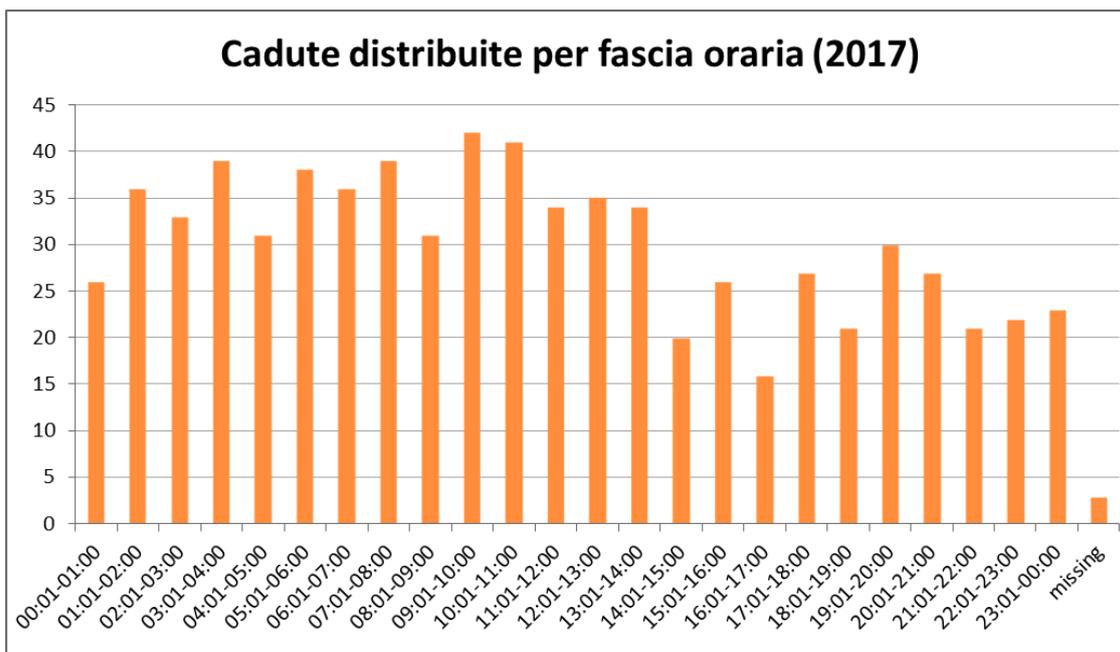
sezione A) Dati caduta

Evento/Caduta	Data.....ore..... Precedenti cadute durante l'attuale ricovero: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> indicare numero.:..... dettaglio ignoto <input type="checkbox"/>	
Luogo Evento	<input type="checkbox"/> camera <input type="checkbox"/> servizi igienici <input type="checkbox"/> spazi in comune <input type="checkbox"/> ambulatorio <input type="checkbox"/> sala diagnostica <input type="checkbox"/> sala operatoria	
Presenti/ Testimoni	<input type="checkbox"/> nessuno/il pz. era solo <input type="checkbox"/> altri degenti <input type="checkbox"/> familiari/altri <input type="checkbox"/> personale sanitario il pz. è stato in grado di spiegare la modalità della caduta? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no, ma abitualmente confuso/disorientato <input type="checkbox"/> si	
Modalità/ momento caduta (riferita o presunta)	<input type="checkbox"/> inciampamento <input type="checkbox"/> scivolamento <input type="checkbox"/> accasciamento <input type="checkbox"/> non determinabile	<input type="checkbox"/> mentre camminava <input type="checkbox"/> scendeva dal /saliva nel letto <input type="checkbox"/> mentre stava- si trasferiva da o verso sedia/ poltrona/ carrozzina/ comoda <input type="checkbox"/> mentre procedeva igiene personale, si vestiva- svestiva, usava WC <input type="checkbox"/> mentre stava raggiungendo: oggetto <input type="checkbox"/> campanello di chiamata <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mentre cambiava posizione nel letto (letto con spondine: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mentre era in attesa barellato <input type="checkbox"/> mentre era sottoposto a movimentazione da parte del personale <input type="checkbox"/> non determinabile
Valutazione Rischio Cadute antecedente	<input type="checkbox"/> non applicabile <input type="checkbox"/> non rilevata <input type="checkbox"/> applicata: Scala Conley: >=2 si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Scala Morse: >51 si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Scala Tinetti: =<19 si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> U&G= >a 12 sec. si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> (il risultato si , in qualsiasi scala utilizzata, identifica il paziente ad alto rischio)	

Qualifica del personale compilatore (*barrare*): medico infermieristico altre professioni sanitarie OSS **timbro e firma**

2.1 Distribuzione delle cadute per fasce orarie

La maggior parte delle cadute relative all'anno 2017 si sono verificate tra l'1 del mattino e le 2 del pomeriggio, risultando costante la frequenza di cadute/fascia oraria ≥ 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 9 e le 10 e tra le 10 e le 11 del mattino. Nel 2016, l'andamento delle cadute presentava due picchi, il primo fra le 7 e le 8 del mattino e il secondo tra le 10 e le 11.



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

La maggior parte delle cadute avvenute dalle 9 alle 10 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

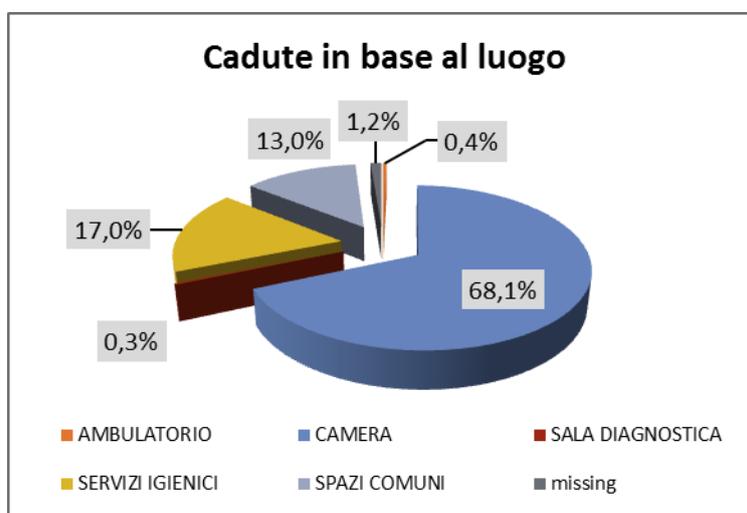
Le 41 cadute avvenute in questa fascia oraria sono state caratterizzate dalle seguenti azioni:

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 deambulazione, 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*.

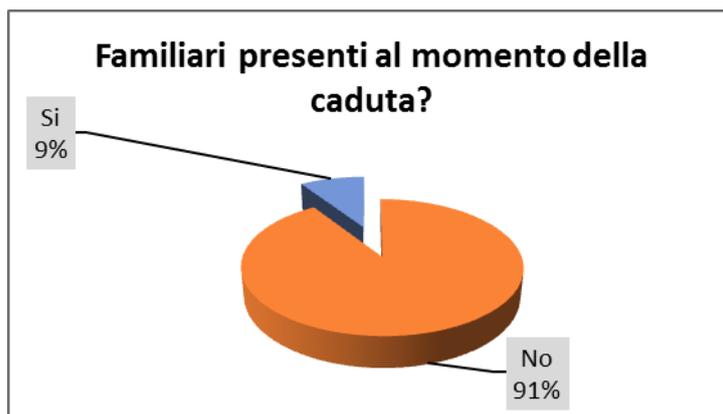
2.2 Luogo dell'evento

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.



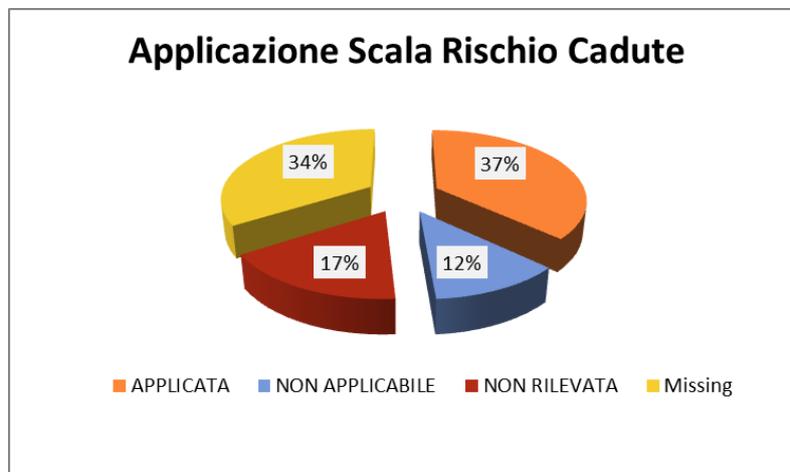
2.3 I Familiari, care givers

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.

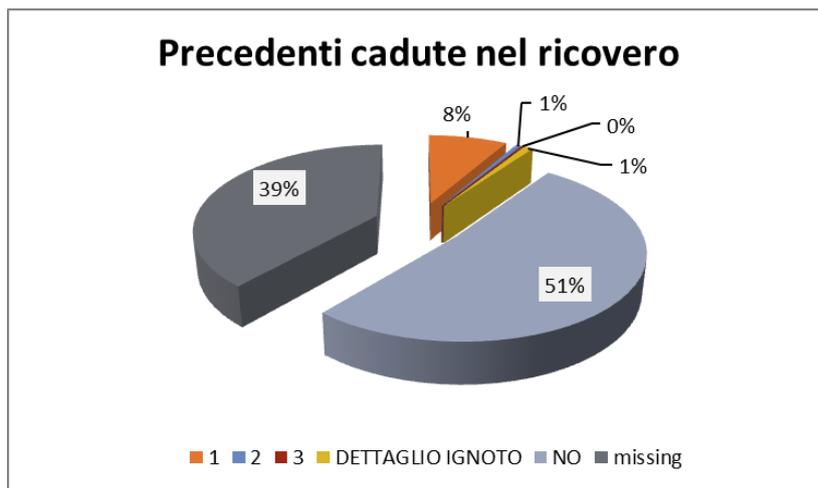


2.4 Prevedibilità del rischio cadute e precedenti cadute nel ricovero

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 ≥ 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 ≥ 2 . In considerazione di come è strutturata la scheda di segnalazione, si ritiene utile considerare anche i casi segnalati come Conley ≥ 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).

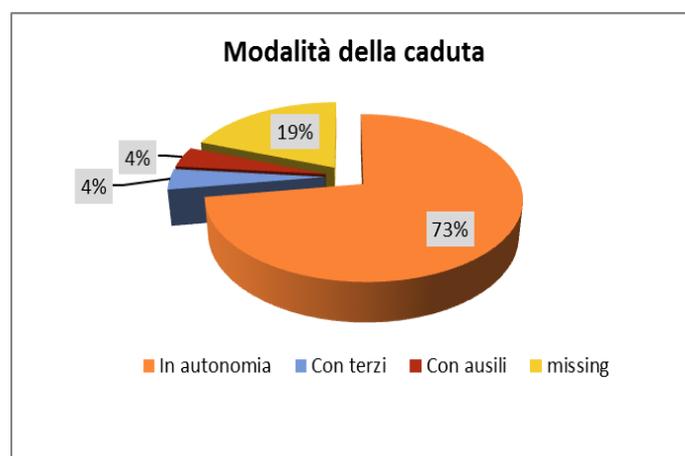
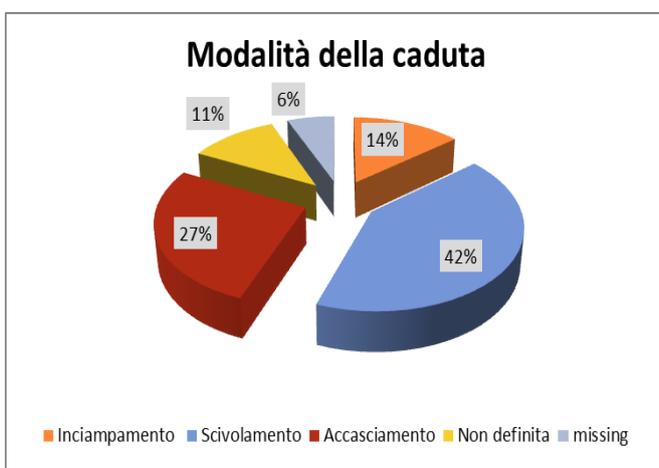


Inoltre, il 9% dei pazienti caduti presentavano almeno una caduta avvenuta nel ricovero indice precedentemente alla caduta oggetto della segnalazione. Questo dato, unitamente alla valutazione delle scale di misurazione del rischio di caduta, rende ragione dell'oggettiva prevedibilità dell'evento registrato.

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.

2.5 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.

3. Effetti della caduta

La sezione di riferimento corrispondente a questa analisi nella Scheda di Segnalazione Cadute è la sottostante:

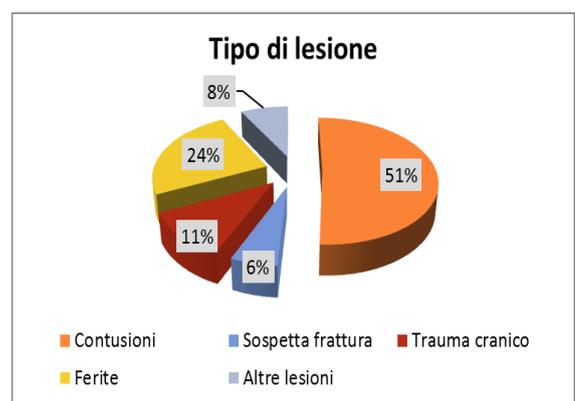
sezione B) Rilievi immediati

Sede/tipo lesioni riscontrate nell'immediato	<input type="checkbox"/> nessuna lesione obiettivabile	<i>descrizione sede:</i>
	<input type="checkbox"/> contusione
	<input type="checkbox"/> ferite
	<input type="checkbox"/> sospetta frattura
	<input type="checkbox"/> trauma cranico
	<input type="checkbox"/> altro
Richieste indagini	No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> : Indagini radiologiche <input type="checkbox"/>Consulenza specialistica <input type="checkbox"/> inviato PS <input type="checkbox"/>	
Risultato accertamenti/Indagini eseguite	<input type="checkbox"/> dati non ancora disponibili a fine turno <input type="checkbox"/> negativi <input type="checkbox"/> positivi per fratture (specificare sede):..... <input type="checkbox"/> positivi per altro (specificare):.....	

Qualifica del **medico** intervenuto nell'immediato: di reparto di guardia Data ore.....**timbro e firma**

3.1 Lesioni

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.

SEDI	n°
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.

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

4. 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:

sezione C) Completamento clinico entro le 24 h dall'evento

Possibili fattori clinici di rischio legati al pz	<input type="checkbox"/> Farmaci in corso: cardiologici <input type="checkbox"/> diuretici <input type="checkbox"/> psicofarmaci <input type="checkbox"/> più di quattro farmaci <input type="checkbox"/> nessuno dei descritti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presenza deficit: cognitivi <input type="checkbox"/> visivi <input type="checkbox"/> dell'andatura/ movimento <input type="checkbox"/> nutrizionali <input type="checkbox"/> nessuno dei descritti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stato di malattia compromettente funzioni (es. incontinenza, anemia...): no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> condizioni ignote (solo se pz ambulatoriale)
Conclusioni/ Esito	<input type="checkbox"/> evento senza danno attuale <input type="checkbox"/> danno lieve (<i>indicativamente prognosi inferiore/uguale a 3 gg</i>) <input type="checkbox"/> danno medio (<i>indicativamente prognosi da 4 gg a 30gg</i>) <input type="checkbox"/> danno severo/ trauma maggiore (<i>indicativamente prognosi oltre 30 gg</i>) <input type="checkbox"/> prolungamento degenza/ trasferimento: <input type="checkbox"/> decesso entro le 24 ore successive alla caduta no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>

Qualifica del medico che completa i dati: di reparto di guardia Data ore.....timbro e firma

4.1 Fattori legati alla terapia in atto

La letteratura specifica individua nella terapia dei pazienti cronici un possibile fattore di rischio delle cadute. I farmaci che svolgono un ruolo nel condizionamento dell'equilibrio in modo diretto o indiretto sono rappresentati dai Farmaci Cardiologici, Diuretici e Psicofarmaci. Inoltre la Raccomandazione Ministeriale per la prevenzione e la gestione delle cadute nelle strutture

sanitarie sottolinea l'importanza di un attento monitoraggio del rischio caduta in pazienti che associano nella loro terapia 4 o più farmaci, indipendentemente dalla tipologia.

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.

4.2 Fattori 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

5. 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.

6. 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 ≥ 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 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, Accredimento e URP.

7. Bibliografia

- Rapporto Mondiale dell'OMS sulla prevenzione delle cadute dell'anziano a cura di: Cespi, Centro Studi delle Professioni Sanitarie, Torino 2015
- Regione Toscana. A cura del Gruppo di lavoro di coordinamento del progetto regionale: Tommaso Bellandi et al.; Regione Toscana, Direzione Generale diritti di cittadinanza e coesione sociale]. I quaderni delle campagne per la sicurezza del paziente; 4. La prevenzione delle cadute in ospedale. 2011.
- PNLG Istituto Superiore di Sanità La prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani 21/2/2008
- National Institute for Clinical Excellence "The assessment and prevention of falls in older people" 21/11/2004
- WHO global report on falls prevention in older age – 2007
- Ministero della Salute. Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella. Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella. 5° rapporto. Aprile 2015
- WHO - What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent falls? Geneve: 2004

Allegato 1 – Brochure Prevenzione Cadute per l'utenza

IN CASO DI CADUTA

Chiami subito il personale con il campanello di chiamata, anche se non si è fatto male.
 Se non riesce a raggiungere il campanello, chiedi alla persona più vicina di avvisare, o chiami il personale ad alta voce.
 I campanelli di chiamata sono disponibili anche nei bagni.
 Chiedi al personale di mostrarle quali sono.



CONSIGLI PER I FAMILIARI



Assicuratevi che l'assistito segua le indicazioni fornite in questo pieghevole.
 Potete segnalare al personale eventuali pericoli, come ad esempio la presenza nella camera di degenza di poggiatesta, ausili o eventuali altri ostacoli, per la loro rimozione.

A cura di:
 Gruppo di lavoro
 "Gestione delle cadute"
 Progetto C.A.R.M.I.N.A.
 Area Processi Assistenziali – 5.3

Cod. 96924 Rev. 01 del 02/10/2017



PREVENIAMO LE CADUTE IN OSPEDALE



Consigli ad assistiti e familiari per la prevenzione delle cadute durante il ricovero in ospedale

Gentile Signora/Signore,
 È nostra intenzione fornire a lei ed ai suoi famigliari alcuni pratici consigli per prevenire le cadute in ospedale.

1  Usi scarpe o pantofole chiuse, della giusta misura senza lacci e con soles di gomma antiscivolo.

2  Indossi vestiti comodi, che non le impediscano i movimenti.

3  Tenga gli oggetti che le servono sul comodino, così non farà movimenti pericolosi per raggiungerli.

4  Tenga il letto nella posizione più bassa possibile, così è più facile salire o scendere. Prima di alzarsi aspetti sempre qualche minuto seduto con le gambe fuori dal letto.

5  Cammini quando il pavimento è asciutto. Faccia attenzione quando il personale fa le pulizie.

6  Vada in bagno:
 ⇒ non appena avverte lo stimolo, per evitare di doverlo fare in maniera frettolosa;
 ⇒ prima di dormire.

ATTENZIONE



Eviti di alzarsi da solo se:
 ⇒ è notte;
 ⇒ le gira la testa;
 ⇒ si sente male;
 ⇒ si sente debole;
 ⇒ è stato sottoposto ad intervento chirurgico;
 ⇒ assume farmaci che influenzano lo stato di vigilanza, l'equilibrio, la pressione arteriosa, la diuresi;
 ⇒ assume più di 4 farmaci.

In questi casi chiami il personale e attenda il loro arrivo.



In caso di dubbi, si rivolga sempre al personale.

Allegato 2 – Cartello Prevenzione Cadute




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



PREVENIAMO LE CADUTE IN OSPEDALE CONSIGLI PER ASSISTITI E FAMILIARI

1 Usi scarpe o pantofole chiuse, della giusta misura senza lacci e con soles di gomma antiscivolo.



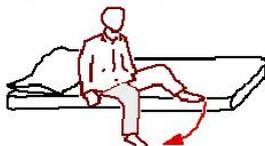
2 Indossi vestiti comodi, che non le impediscono i movimenti.



3 Tenga gli oggetti che le servono sul comodino, così non farà movimenti pericolosi per raggiungerli.



4 Tenga il letto nella posizione più bassa possibile, così è più facile salire o scendere. Prima di alzarsi aspetti sempre qualche minuto seduto con le gambe fuori dal letto.



5 Cammini quando il pavimento è asciutto. Faccia attenzione quando il personale fa le pulizie.



6 Vada in bagno:
⇒ non appena avverte lo stimolo, per evitare di doverlo fare in maniera frettolosa;
⇒ prima di dormire.



ATTENZIONE - Eviti di alzarsi da solo se:



- ⇒ è notte;
- ⇒ le gira la testa;
- ⇒ si sente male;
- ⇒ si sente debole;
- ⇒ è stato sottoposto ad intervento chirurgico;
- ⇒ assume farmaci che influenzano lo stato di vigilanza, l'equilibrio, la pressione arteriosa, la diuresi;
- ⇒ assume più di 4 farmaci.

In questi casi chiami il personale e attenda il loro arrivo.

IN CASO DI CADUTA



Chiami subito il personale con il campanello di chiamata, anche se non si è fatto male.

Se non riesce a raggiungere il campanello, chieda alla persona più vicina di avvisare, o chiami il personale ad alta voce.

I campanelli di chiamata sono disponibili anche nei bagni. Chieda al personale di mostrarle quali sono.

PER I FAMILIARI

Assicuratevi che l'assistito segua queste indicazioni.

Potete segnalare al personale eventuali pericoli, come ad esempio la presenza nella camera di degenza di poggiatesta, ausili o eventuali altri ostacoli, per la loro rimozione.

Rev. 01 del 02/10/2017

In caso di dubbi, si rivolga sempre al personale.

- **Monitoraggio della compliance all'igiene delle mani**

Adozione e monitoraggio attraverso indicatori (es. consumo di soluzione a base alcolica) delle procedure per il lavaggio delle mani

Responsabile

Prof. Giancarlo Icardi

Gruppo di lavoro

Angela Battistini, UO Igiene angela.battistini@hsanmartino.it

Antonella Talamini, Dorotea Bellina, Barbara Guglielmi, Anna Maria Di Bella, Valerio Daturi, Roberto Ziffero, Andrea Orsi, Daniela de Florentiis

Abstract per il cittadino

L'Ospedale Policlinico San Martino adotta diversi indicatori (diretti e indiretti) per il monitoraggio dell'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari.

I dati relativi agli indicatori sono desunti sia dai sistemi informativi aziendali che dalle osservazioni dirette condotte in sede di audit/visite/formazione on the job presso le Unità Operative degenziali. Le osservazioni dirette dell'igiene delle mani sono condotte mediante la tecnica standardizzata indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: tale monitoraggio richiede tempo e risorse dedicate e non è estendibile a tutte le Unità Operative degenziali presenti in azienda, a causa della citata onerosità in termini di impiego delle risorse disponibili.

Gli indicatori indiretti utilizzati sono quelli raccomandati dagli organismi nazionali e internazionali, ma per loro stessa natura presentano dei limiti di rappresentatività e non consentono un monitoraggio della *compliance* del personale sanitario alle corrette procedure di igiene delle mani.

La compliance all'igiene delle mani, misurata come n° pratiche corrette/ n° opportunità osservate * 100, è stata pari al 57% nel corso del 2017, mentre il consumo di soluzione a base alcolica è stato pari a 13,6 litri/1000 giornate di degenza.

Abstract in lingua inglese (aiming to improve-description-method used for evaluating results)

The Policlinico San Martino Hospital adopts various indicators (direct and indirect) for the monitoring of hand hygiene by healthcare professionals. The data relating to the indicators are derived from both the company information systems and the direct observations conducted during the audits / visits / training on the job at the Hospital Units. The direct observations of hand hygiene are conducted using the standardized technique indicated by the World Health Organization: this monitoring requires time and dedicated resources and cannot be extended to all the Hospital Units, due to the aforementioned burden in terms of use of available resources.

The indirect indicators used are those recommended by national and international authorities, but they have some limits of representativeness and do not allow an accurate monitoring of the compliance of healthcare personnel with the correct hand hygiene procedures.

Compliance with hand hygiene, measured as n ° correct practices / n ° opportunities observed * 100, was 57% in 2017, while consumption of alcohol-based solution was 13.6 liters / 1000 days of hospitalization.

Obiettivi

Garantire un'elevata compliance degli operatori sanitari alle procedure di igiene delle mani e promuovere la cultura della prevenzione e delle qualità e sicurezza delle cure.

Materiali e Metodi

Le osservazioni dirette dell'igiene delle mani sono condotte mediante la tecnica standardizzata indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: tale monitoraggio richiede tempo e risorse dedicate e non è estendibile a tutte le Unità Operative degenziali presenti in azienda, a causa della citata onerosità in termini di impiego delle risorse disponibili.

Gli indicatori indiretti utilizzati sono quelli raccomandati dagli organismi nazionali e internazionali, ma per loro stessa natura presentano dei limiti di rappresentatività e non consentono un monitoraggio della compliance del personale sanitario alle corrette procedure di igiene delle mani.

Tempi di realizzazione

L'attività di monitoraggio dell'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari è quotidiana e avviene durante tutto il corso dell'anno, sia nell'ambito di visite routinarie presso tutti i reparti dell'Istituto che di specifiche progettualità coinvolgenti specifiche UU.OO.

Efficacia del progetto: risultati specifici attesi e misurabili

La compliance all'igiene delle mani, misurata come n° pratiche corrette/n° opportunità osservate * 100, è stata pari al 57% nel corso del 2017, mentre il consumo di soluzione a base alcolica è stato pari a 13,6 litri/1000 giornate di degenza.

Costi (indicazione di eventuali costi aggiuntivi relativi al personale che ha partecipato al progetto- Spese sostenute per eventuale acquisizione di beni e servizi)

Nessun costo aggiuntivo

Condivisione dei Risultati

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.

Bibliografia

- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico Resistenza 2017-2020, Ministero della Salute
- Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, Regione Liguria

- **Monitoraggio delle procedure per la gestione delle precauzioni standard/isolamento**

Responsabile

Prof. Giancarlo Icardi

Gruppo di lavoro

Angela Battistini, UO Igiene angela.battistini@hsanmartino.it

Antonella Talamini, Dorotea Bellina, Barbara Guglielmi, Anna Maria Di Bella, Valerio Daturi, Roberto Ziffero, Marco Giglio, Marco Pizzorno, Andrea Orsi, Daniela de Florentiis

Abstract per il cittadino

L'Ospedale Policlinico San Martino adotta diverse procedure per la gestione e il monitoraggio delle precauzioni standard e di isolamento, messe in atto dal personale sanitario aziendale. È attivo all'interno dell'azienda da alcuni anni un sistema di sorveglianza passiva dei microrganismi "sentinella" isolati in tutte le Unità Operative degenziali, basato sulla segnalazione automatica attraverso i sistemi informativi aziendali del rilevamento di alcuni microrganismi che per le loro caratteristiche sono considerati "alert" e che quindi necessitano dell'adozione di precauzioni aggiuntive per la loro gestione. L'Unità Operativa Igiene, in caso di rilevamento di microrganismi diffusibili e/o multiresistenti, inserisce tramite procedura informatizzata e tracciabile, sull'applicativo gestionale del paziente (Medtrack), le raccomandazioni per l'adozione di precauzioni aggiuntive e di isolamento.

Il sistema di sorveglianza passiva dei microrganismi alert copre pressoché il 100% dei rilevamenti di microrganismi diffusibili (più di 1500 segnalazioni alert e più di 70 segnalazioni di batteriemie da enterobatteri produttori di carbapenemasi per l'anno 2017).

Abstract in lingua inglese (aiming to improve-description-method used for evaluating results)

The Policlinico San Martino Hospital adopts various procedures for the management and monitoring of standard and isolation precautions, implemented by the healthcare personnel. Since some years a passive surveillance system has been operating within the hospital for "sentinel" microorganisms, isolated in all the Hospital Units, based on automatic reporting through the company information systems of the detection of some microorganisms that are considered for their characteristics "Alert" and therefore require the adoption of additional precautions for their management. The Hygiene Unit, in the case of detection of diffusible and / or multi-resistant microorganisms, inserts through a computerized and traceable procedure, on the patient's medical record (Medtrack→Trakcare), the recommendations for the adoption of additional precautions and isolation.

The passive surveillance system of alert microorganisms covers almost 100% of the detection of diffusible microorganisms (more than 1500 alerts and more than 70 reports of bacteraemia from carbapenemase-producing enterobacteria for the year 2017).

Obiettivi

Garantire un'elevata compliance degli operatori sanitari alle procedure per la gestione delle precauzioni standard e di isolamento e promuovere la cultura della prevenzione e delle qualità e sicurezza delle cure.

Materiali e Metodi

Le osservazioni dirette delle procedure di gestione dei pazienti affetti da microrganismi diffusibili sono condotte nel corso di visite ispettive presso le Unità Operative degenziali: tale monitoraggio richiede tempo e risorse dedicate e non è estendibile a tutte le Unità Operative degenziali presenti in azienda, a causa della citata onerosità in termini di impiego delle risorse disponibili.

Inoltre, carenze di tipo strutturale (mancanza di stanze singole, mancanza di stanze con servizi igienici dedicati, vetustà delle strutture) e organizzativo (rapporto infermiere/paziente non ottimale) limitano fortemente l'attuazione delle precauzioni di isolamento presso alcune strutture dell'azienda.

Tempi di realizzazione

L'attività di monitoraggio delle procedure per la gestione delle precauzioni standard e di isolamento da parte degli operatori sanitari è quotidiana e avviene durante tutto il corso dell'anno, sia nell'ambito di visite routinarie presso tutti i reparti dell'Istituto che di specifiche progettualità coinvolgenti specifiche UU.OO.

Efficacia del progetto: risultati specifici attesi e misurabili

Il sistema di sorveglianza passiva dei microrganismi alert copre pressoché il 100% dei rilevamenti di microrganismi diffusibili (più di 1500 segnalazioni alert e più di 70 segnalazioni di batteriemie da CPE per l'anno 2017).

Le osservazioni dirette delle procedure di gestione dei pazienti affetti da microrganismi diffusibili sono state più di 100 per l'anno 2017, con una segnalazione di conformità relativamente alle procedure adottate in misura superiore al 95% dei casi.

Costi (indicazione di eventuali costi aggiuntivi relativi al personale che ha partecipato al progetto- Spese sostenute per eventuale acquisizione di beni e servizi)

Nessun costo aggiuntivo

Condivisione dei Risultati

I risultati dell'attività di 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.

Bibliografia

- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico Resistenza 2017-2020, Ministero della Salute
- Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, Regione Liguria

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

Responsabile

Prof. Giancarlo Icardi

Gruppo di lavoro

Angela Battistini, UO Igiene angela.battistini@hsanmartino.it

Antonella Talamini, Dorotea Bellina, Barbara Guglielmi, Anna Maria Di Bella, Valerio Daturi, Roberto Ziffero, Marco Giglio, Marco Pizzorno, Andrea Orsi, Daniela de Florentiis

Abstract per il cittadino

L'Ospedale Policlinico San Martino adotta diverse procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), messe in atto dal personale sanitario aziendale.

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

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

La prevalenza di ICA è passata dal 15,5% nel 2014 al 13,0% nel 2017. Per l'anno 2017 sono state condotte più di 500 indagini di sorveglianza ambientale in aree assistenziali a particolare rischio infettivo e più di 1300 rilevazioni della qualità della pulizia e sanificazione ambientale, con una proporzione di osservazioni conformi superiore al 95%.

Abstract in lingua inglese (aiming to improve-description-method used for evaluating results)

The Policlinico San Martino Hospital adopts different procedures for the prevention of healthcare-associated infections (HAI), implemented by the healthcare personnel.

Starting from 2014, the Hygiene Unit, on the mandate of the Hospital Infections Committee (CIO), and in collaboration with the Infectious Diseases Unit, carries out, at least once a year, a study of punctual prevalence of the HAI and antibiotic consumption based on a standardized methodology developed by the ECDC and able to allow comparison of the data collected in different settings.

The Hygiene Unit also performs active surveillance of environmental microbial contamination (water, air and surfaces) in areas of special infectious risk (eg, operating rooms, cell and tissue laboratories, operating units with severely immunocompromised patients) and active surveillance of cleaning and environmental sanitization activities in all Hospital Units.

The prevalence of HAI decreased from 15.5% in 2014 to 13.0% in 2017. In 2017, more than 500 environmental surveillance surveys were carried out in areas of special infectious risk and more

than 1,300 evaluations of cleaning and environmental sanitation quality were performed, with a proportion of compliant observations > 95%.

Obiettivi

Garantire un'elevata compliance degli operatori sanitari alle procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e promuovere la cultura della prevenzione e delle qualità e sicurezza delle cure.

Materiali e Metodi

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

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

Le carenze di tipo strutturale (mancanza di stanze singole, mancanza di stanze con servizi igienici dedicati, vetustà delle strutture) e organizzativo (rapporto infermiere/paziente non ottimale) limitano fortemente l'attuazione delle procedure per la prevenzione delle ICA presso alcune strutture dell'azienda.

Tempi di realizzazione

L'attività di monitoraggio delle procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza da parte degli operatori sanitari è quotidiana e avviene durante tutto il corso dell'anno, sia nell'ambito di visite routinarie presso tutti i reparti dell'Istituto che di specifiche progettualità coinvolgenti specifiche UUOO.

Efficacia del progetto: risultati specifici attesi e misurabili

Nel periodo 2014 – 2016 sono state effettuate quattro rilevazioni della prevalenza di ICA e sono stati inclusi complessivamente 3701 pazienti. L'età mediana dei pazienti inclusi nelle 4 rilevazioni è risultata pari a 73 anni (range interquartile: 57-82 anni, range: 0 –101 anni), senza variazioni statisticamente significative nel corso delle quattro rilevazioni. Il giorno dello studio 544 pazienti (14,7%) presentavano almeno un'ICA contratta in un ospedale per acuti. La prevalenza di ICA è passata dal 15,5% nel 2014 al 13,7% nella seconda rilevazione del 2016. Globalmente, le ICA rilevate nel corso degli studi di prevalenza puntuale sono state 603. Le infezioni più frequenti sono state quelle del torrente circolatorio (confermate dal laboratorio) (21,4%); seguono le infezioni respiratorie (19,4%), le infezioni sistemiche (in larga parte sepsi cliniche senza conferma di laboratorio) (17,7%), le infezioni delle vie urinarie (13,4%), le infezioni del sito chirurgico (11%) e le infezioni del tratto gastrointestinale (8,3%). Nel 2017 la prevalenza di ICA è stata pari al 13%.

Per l'anno 2017 sono state condotte più di 500 indagini di sorveglianza ambientale in aree assistenziali a particolare rischio infettivo e più di 1300 rilevazioni della qualità della pulizia e sanificazione ambientale, con una proporzione di osservazioni conformi superiore al 95%.

Costi (indicazione di eventuali costi aggiuntivi relativi al personale che ha partecipato al progetto- Spese sostenute per eventuale acquisizione di beni e servizi)

Nessun costo aggiuntivo

Condivisione dei Risultati

I risultati dell'attività di 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.

Bibliografia

Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico Resistenza 2017-2020, Ministero della Salute
Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, Regione Liguria

- **Incidenza della sepsi sostenute da *Klebsiella pneumoniae* sensibile o resistente ai carbapenemi presso il Policlinico S. Martino**

Responsabile

Prof. Giancarlo Icardi

Gruppo di lavoro

Angela Battistini, UO Igiene angela.battistini@hsanmartino.it

Antonella Talamini, Dorotea Bellina, Barbara Guglielmi, Anna Maria Di Bella, Valerio Daturi, Roberto Ziffero, Marco Giglio, Marco Pizzorno, Andrea Orsi, Daniela de Florentiis

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 prevenzione delle infezioni del sito chirurgico**

Responsabile

Prof. Giancarlo Icardi

Gruppo di lavoro

Angela Battistini, UO Igiene angela.battistini@hsanmartino.it

Antonella Talamini, Dorotea Bellina, Barbara Guglielmi, Anna Maria Di Bella, Valerio Daturi, Roberto Ziffero, Marco Giglio, Marco Pizzorno, Andrea Orsi, Daniela de Florentiis

Razionale

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

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

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

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

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.

Metodologia

Per raggiungere lo scopo del presente progetto sono stati programmati:

-incontri con i coordinatori delle UU.OO. interessate

-costruzione di schede di sorveglianza degli interventi chirurgici:

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

-costruzione di database sui dati rilevati

-analisi dati

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

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

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

Risultati

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

U.O.S. CHIRURGIA SENOLOGICA

U.O. CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA

U.O. CHIRURGIA 1.

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

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

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

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

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

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

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

Nel periodo ottobre-novembre 2016 è stato condotto un Audit presso tutti i Blocchi operatori dell'IRCCS, al fine di monitorare le corrette procedure e le best 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, HSO SALE OPER.- P.S.- PRONTO SOCC.P/1, HS1 SALE OPERATORIE-MON.AC.P/2, HS5 SALE OPER.CARDIOCH.MON.AC.P/6LEV, TSO SALE OPERATORIE - DAY SURGERY - IST P/0, HS6 SALE OPERATORIE - OCULISTICA PAD OCUL. P/2, TS1 SALE OPERATORIE - IST P/3, HS2 SALE OPERATORIE-MON. AC.P/2 PON, HS2 SALE OPERATORIE-MON. AC.P/2 PON dell' IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro.

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

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

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

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

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

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.

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

Responsabile

Prof. Giancarlo Icardi

Gruppo di lavoro

Angela Battistini, UO Igiene angela.battistini@hsanmartino.it

Antonella Talamini, Dorotea Bellina, Barbara Guglielmi, Anna Maria Di Bella, Valerio Daturi, Roberto Ziffero, Marco Giglio, Marco Pizzorno, Andrea Orsi, Daniela de Florentiis

Abstract

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.

- **Studio Osservazionale “Scheda di valutazione dell’Infermiere neoinserito in Sala Operatoria DEA”**

Responsabile: Dott. Giovanni Orengo Direttore UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP giovanni.orengo@hsanmartino.it

Dott. Bruno Cavaliere Direttore UO Direzione delle Professioni Sanitarie
bruno.cavaliere@hsanmartino.it

Gruppo di lavoro

Antonella Biasotti UO Direzione delle Professioni Sanitarie antonella.biasotti@hsanmartino.it

Marco Ghezzi Coordinatore Blocco Operatorio DEA marco.ghezzi@hsanmartino.it

Nidia Sofia Diaz Gaitan UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP
nidia.diaz@hsanmartino.it

Antonella Filanti UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP
antonella.filanti@hsanmartino.it

Sonia Sanfilippo UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP
sonia.sanfilippo@hsanmartino.it

Team Infermieristico assegnato al Blocco Operatorio del DEA.

Abstract per il cittadino

Il Piano triennale per la Gestione della Rischiosità all’interno del Policlinico (2018-2021) definisce nell’ambito della Gestione della Sicurezza in Sala Operatoria, di effettuare un’analisi finalizzata alla valutazione dei risultati del percorso di inserimento degli Infermieri (Neoinseriti/Neoassunti) nelle Sale Operatorie. **Obiettivi:** 1. Identificare le caratteristiche delle schede di valutazione degli infermieri Neoinseriti nelle Sale Operatorie del Policlinico nel periodo 2016 - 2018.

2. Identificare i vantaggi e svantaggi dell’ utilizzo della scheda di valutazione degli infermieri Neoinseriti nella Sala Operatoria del DEA.

Metodi: 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”.

Abstract in lingua inglese

Background: San Martino Hospital’s Risk Management Plan (2018-2021) defines Safety Management in the Operating Room, and include insertion of new Nurses (Neo inserts / New employees). Aims: 1. To Identify the characteristics of the nurse evaluation cards for who have been enrolled in the Operating Rooms of the Policlinico in the 2016-2017 period. 2. To determinate advantages and disadvantages of using the Specific Nurse Evaluation Card for who have been inserted into the DEA operating room. Methods: Each type of Nurse evaluation card (MODHAN_0112, MODAZHPS_1044, MODAZHPS_1069) will be compared, through a "Comparative Data Summary" checklist.

Obiettivi

Obiettivi Principali

Ci si prefigge di effettuare comparazione tra: le schede di valutazione degli Infermieri Neo inseriti nelle Sale Operatorie del Policlinico nel periodo 2016-2018.

Obiettivi secondari

Identificare i vantaggi e svantaggi dell'utilizzo delle schede di valutazione dell'infermiere neo inserito in sala operatoria DEA.

Materiali e Metodi

Il progetto si svilupperà in tre fasi.

Fase1-Saranno comparate le tipologie di Schede di valutazione dell'infermieri neo-inserito (MODHAN_0112, MODAZHPS_1044, MODAZHPS_1069) attraverso una check list "Sintesi comparativa dati" redatta dall'UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP che permette di individuare Punti di Forza e Punti di Debolezza degli strumenti in uso.

Fase2- Analisi delle schede di valutazione del neoinserto nel blocco operatorio del DEA durante il periodo 2016 – 2018 (con MODHAN_0112).

Fase3- Ogni "neoinserto" sarà valutato con le tre tipologie di schede durante il 2018, estendibile al 2019, essendo caso e controllo di se stesso. Si utilizzeranno le schede MODHAN_0112, MODAZHPS_1044, MODAZHPS_1069.

Tempi di realizzazione: 3 anni.

Efficacia del progetto: risultati specifici attesi e misurabili

L'utilizzo delle schede di valutazione per il neoinserto, che 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 l'Azienda. Inoltre il percorso del neoinserto, costituisce un adeguato strumento atto a garantire una corretta Gestione della Sicurezza in Sala Operatoria, come definito all'interno del Piano triennale per la Gestione della Rischiosità all'interno del Policlinico (2018-2021).

Analisi Fase1

Si riportano di seguito gli elementi emersi dalla Fase1 di comparazione delle tre tipologie di Schede di valutazione dell'infermieri neo-inserito (MODHAN_0112, MODAZHPS_1044, MODAZHPS_1069) attraverso una check list "Sintesi comparativa dati".

PUNTI FORZA DEI TRE SISTEMI DI VALUTAZIONE

MODHAN_0112 (new) SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INFERMIERE INSERITO NEL BLOCCO OPERATORIO DEL DEA (11/01/18)	MODAZHPS_1044 (old) SCHEDA DI VALUTAZIONE (20/06/2017)	MODAZHPS_1069 SCHEDA VALUTAZIONE TEMPI DETERMINATI ED INTERINALI (20/06/2017)
<p>-Dettagliato</p> <p>-Tiene conto della propria autovalutazione</p> <p>-Permette prevedere una formazione mirata ai propri bisogni</p> <p>-Facilita il lavoro del tutore o facilitatore</p> <p>-E' specifico ad ogni postazione dall'interno del blocco operatorio</p> <p>-Potrebbe costituire un substrato per la redazione dei privilegges dell' infermiere nel blocco operatorio</p> <p>-Obiettività del sistema di valutazione, descritto dettagliatamente</p> <p>-Fornisce al valutato elementi dettagliati per capire quali sono le attività che deve svolgere</p> <p>-E' uno strumento che valuta obiettivamente l'acquisizione di competenze attraverso il tempo</p> <p>-Permette di identificare con facilità le azioni di miglioramento e i punti critici</p> <p>-Tiene conto dei punti di forza e punti di debolezza dell'infermiere</p> <p>-Traccia obiettivamente il percorso di inserimento del neo assunto</p> <p>-Permette al coordinatore infermieristico, di conoscere alcune criticità del reparto, visibili ai neo assunti</p>	<p>-Tiene conto nella valutazione dell'iniziativa, l' autonomia e la responsabilità dell' infermiere.</p> <p>-Standardizza il giudizio finale sull' infermiere in positivo o negativo, anche se non descrive in quali casi sarebbe positivo e/o negativo.</p> <p>-Include la data di compilazione della scheda</p>	<p>-Tiene conto dell'autonomia e responsabilità dell'infermiere.</p> <p>-Include la data di compilazione della scheda.</p>

PUNTI DI DEBOLEZZA DEI TRE SISTEMI DI VALUTAZIONE

MODHAN_0112 (new) SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INFERMIERE INSERITO NEL BLOCCO OPERATORIO DEL DEA (11/01/18)	MODAZHPS_1044 (old) SCHEDA DI VALUTAZIONE (20/06/2017)	MODAZHPS_1069 SCHEDA VALUTAZIONE TEMPI DETERMINATI ED INTERINALI (20/06/2017)
<p>-Alcuni elementi, oggetto di valutazione, sono ripetuti in diversi punti della scheda</p> <p>-Malgrado la descrizione di ogni punteggio, non si rileva una standardizzazione di come descrivere e di come arrivare alla valutazione finale. Lascia al valutatore la soggettività di determinare la valutazione finale</p> <p>-Non è stato previsto il campo per la data nella quale viene compilata la scheda di valutazione. E' invece previsto il campo "data di rivalutazione" che può comportare confusione</p>	<p>-Non è specifica per i diversi profili infermieristici richiesti in sala operatoria.</p> <p>-Potrebbe lasciare alcuni aspetti non valutati per la generalità della scheda</p>	<p>-Non è specifica per i diversi profili infermieristici richiesti in sala operatoria.</p> <p>-Potrebbe lasciare aspetti non valutati per la generalità della scheda. Non si rileva una standardizzazione del percorso per la valutazione finale. Lascia al valutatore la soggettività di determinare la valutazione finale.</p>

Conclusioni Fase1

Dalla comparazione delle tre tipologie di Schede di valutazione dell'infermieri neo-inserito mediante check list "Sintesi comparativa dati" sono emerse le osservazioni e suggerimenti riguardo ai punti di forza e debolezza. In particolare riguardo alla SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INFERMIERE INSERITO NEL BLOCCO OPERATORIO DEL DEA MODHAN_0112 (new) si ritiene che:

- vista la reiterata mancanza di compilazione di alcuni campi, potrebbero essere eliminati favorendo uno strumento più agile. I campi da eliminare sono:
 - Idoneità e il campo note (sotto il tipo di rapporto lavorativo) .
 - Precedenti esperienze lavorative documentate
 - Altre annotazioni
- poichè la scheda prevede punteggi dal valore 1 al valore 5, si dovrebbe stabilire una standardizzazione del significato della sommatoria dei punteggi per la valutazione finale, in modo da renderla oggettiva
- inserire il campo data in cui registrare l'effettiva data di compilazione

Costi: il personale incaricato della realizzazione del progetto, svolgerà tutte le attività necessarie durante l'orario di servizio.

Bibliografia

- Ministero del lavoro della Salute e delle Politiche Sociali. Dipartimento della qualità, direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ufficio III. Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Check list. Ottobre 2009.
- Ministero del lavoro della Salute e delle Politiche Sociali. Dipartimento della qualità, direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ufficio III. Raccomandazione per la corretta identificazioni deli pazienti, del sito chirurgico e della procedura. Raccomandazione numero 3 marzo 2008.
- CARMINA, Clinical Assessment of Risk Management: an Integrated Approach (CARMINA). P. Tricarico, A. Cambieri, A Campo, P Cantaro, A Costa, S Fiore, L. Marazzi, A Marcolongo, M. Monturano, I Mura, D Pascu, G Privitera, O Rinaldi, G Romano G Sotgiu, S Tardivo, D Zanardo, T Zerman, S Brusafarro. European Journal Of Public Health, Vol 23, Supplement 1, 2013.
- Ospedale Policlinico San Martino di Genova. Piano Triennale per la gestione integrata della rischiosità. Anni 2018-2020. Revisione 1.0 del 20/11/2017.

- **Redazione Istruzione Operativa “Read Back-Repeat Back”**

Responsabile: Dott. Giovanni Orengo Direttore UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP

Gruppo di lavoro

Orengo G., S. Sanfilippo, Filanti A. , Dapino P. , Arata L. , Nidia D. Tallone R, Costelli P. Bermano F. , Ruffoni S., Furgani A., Farina A. , Rovini E. Castellan L., Mastracci , L., Mussap M., Zuffanti A.M., Ravetti JL., Palombo D., Gianelli Castiglione A., Strada P., Rizza E., Bevere S., Telani L., Nurra N., Lucertini G., Marroni P., Icardi G., Gratarola A., Marchese A., Fasciolo A. , Malfatto A., Rossi A., Di Giorgio F., Morando A., Tiberio G., Cavaliere B.

Abstract per il cittadino

In ambito sanitario, la comunicazione chiara di un’informazione da parte del mittente e l’interpretazione corretta della stessa, da parte del destinatario, sono due elementi essenziali per ridurre gli errori, migliorare la sicurezza del paziente.

Considerate le diverse responsabilità dei sanitari, è nell’interesse di tutti coloro che hanno in carico il paziente, che le comunicazioni siano registrate e trasmesse per iscritto, in conformità ai seguenti requisiti:

- chiarezza: leggibilità dell’informazione scritta che deve essere chiara e sintetica
- accuratezza: presenza dei dati essenziali e rilevanti, riportati in maniera scrupolosa
- rintracciabilità: possibilità di individuare autore ed epoca della registrazione.

L’informazione verbale, anche qualora presentasse “sul momento” i requisiti di chiarezza, accuratezza e rintracciabilità, manca di due elementi essenziali:

- non essendo documentata non può essere provato a posteriori che la comunicazione trasmessa fosse “in quel momento” conforme ai requisiti richiesti
- quanto trasmesso può essere dimenticato parzialmente o totalmente, memorizzato erroneamente o addirittura comunicato verbalmente a sua volta ad altro operatore, aumentando il rischio di errori.

Inoltre è necessario tutelare i sanitari che, a fronte di una comunicazione verbale, si trovino ad assumere decisioni e a mettere in atto prescrizioni in assenza della corrispettiva contestuale documentazione scritta. Tuttavia in alcuni casi, laddove le prescrizioni verbali siano ammesse dalla legislazione o dalla normativa specifica, può verificarsi la necessità di comunicare e di dare evidenza dell’avvenuto riscontro della notifica di informazioni/dati/risultati critici con una procedura definita “*read-back/repeat-back*” (rileggere e ripetere).

Considerato che un’informazione può essere trasmessa oralmente:

- di persona (*faccia a faccia*)
- tramite via telefonica
- tramite radio

si rende necessario codificare i comportamenti nelle varie situazioni.

La trasmissione di informazioni che possono avere una ricaduta sul percorso clinico del paziente possono essere comunicate telefonicamente o *“faccia a faccia”* solo in situazioni eccezionali, in cui il mittente sia impossibilitato a trasmetterle contestualmente per iscritto e utilizzando la procedura *“read back-repeat back”* o solo *“repeat back”* come descritto nei paragrafi successivi.

Obiettivi

Obiettivo dell'istruzione operativa è dare disposizioni sull'utilizzo corretto delle procedure definite *“read-back/repeat-back”* oppure *“repeat back”*, nelle situazioni in cui siano consentite (vedi Tabella n.1 e Tabella n. 2)

Tabella n. 1

Situazioni in cui è ammesso e/o raccomandato l'utilizzo della procedura <i>“repeat back”</i>	Via di trasmissione della comunicazione
Acquisizione dei dati (es. indirizzo dell'evento) durante la richiesta di soccorso telefonica al NUE 1-1-2 e/o al Servizio 118	telefonica/radiofonica
Attivazione dei mezzi di soccorso da parte del Servizio 118.	telefonica/radiofonica
Prescrizione/informazione verbale <i>“faccia a faccia”</i> in emergenza: - intervento dell'equipe sanitaria Servizio 118	verbalmente <i>“faccia a faccia”</i>
Prescrizione/informazione verbale <i>“faccia a faccia”</i> in emergenza: - gestione paziente critico in urgenza	verbalmente <i>“faccia a faccia”</i>
prescrizione/informazione verbale <i>“faccia a faccia”</i> in caso di PEIMAF	verbalmente <i>“faccia a faccia”</i>
prescrizione/informazione verbale <i>“faccia a faccia”</i> , durante un intervento chirurgico	verbalmente <i>“faccia a faccia”</i>
comunicazioni <i>“faccia a faccia”</i> , relative alla conferma della corretta identificazione del paziente e della lateralità da parte dell'equipe, prima dell'incisione chirurgica, nel contesto della fase <i>“time out”</i> di un intervento chirurgico	verbalmente <i>“faccia a faccia”</i>

Tabella n. 2

Situazioni in cui è ammesso e/o raccomandato l'utilizzo della procedura <i>“repeat back”</i>	Via di trasmissione della comunicazione
Acquisizione dei dati (es. indirizzo dell'evento) durante la richiesta di soccorso telefonica al NUE 1-1-2 e/o al Servizio 118	telefonica/radiofonica
Attivazione dei mezzi di soccorso da parte del Servizio 118.	telefonica/radiofonica
Prescrizione/informazione verbale <i>“faccia a faccia”</i> in emergenza: - intervento dell'equipe sanitaria Servizio 118	verbalmente <i>“faccia a faccia”</i>
Prescrizione/informazione verbale <i>“faccia a faccia”</i> in emergenza: - gestione paziente critico in urgenza	verbalmente <i>“faccia a faccia”</i>
prescrizione/informazione verbale <i>“faccia a faccia”</i> in caso di PEIMAF	verbalmente <i>“faccia a faccia”</i>
prescrizione/informazione verbale <i>“faccia a faccia”</i> , durante un intervento chirurgico	verbalmente <i>“faccia a faccia”</i>

comunicazioni “faccia a faccia”, relative alla conferma della corretta identificazione del paziente e della lateralità da parte dell’equipe, prima dell’incisione chirurgica, nel contesto della fase “time out” di un intervento chirurgico	verbalmente “faccia a faccia
--	------------------------------

Tempi di realizzazione

La prima stesura della IOAZHQA_0112, alla luce della revisione bibliografica risale al 30/03/2017. Il documento è stato approvato in data 12/02/2018 e pubblicato il 15/03/2018.

Efficacia del progetto: risultati specifici attesi e misurabili

Indicatore: presenza presso tutte le UU.OO. del “**Kit crash informatico**” da conservare in reparto, a disposizione di tutti gli operatori interessati, costituito da una copia cartacea dell’istruzione operativa IOAZHQA_0112 “Procedura read-back repeat back” e alcune copie dei moduli (MODAZHQA_0009 “Report comunicazione trasmessa con procedura read-back repeat back” - MODAZHQA_0117 “Anticipazione telefonica di risultati o valori critici con procedura read-back repeat back”), al fine da renderli sempre disponibili all’occorrenza unitamente ai due moduli: MODAZHQA_0115 “Alfabeto fonetico NATO”, MODAZHQA_0116 “Alfabeto fonetico

Indicatore: aderenza alla Raccomandazione Ministeriale n. 18 del settembre 2018: “Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all’uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli”

Tali Indicatori saranno valutati in sede di Audit interni di sistema SGQ secondo la Norma UNI EN ISO 9001:2015 nel corso dell’anno 2019, tramite check di audit.

Costi

Tutta l’attività si svolge in orario di servizio (isorisorse)

Condivisione dei Risultati

Il report relativo alle Non conformità e azioni correttive implementate. Nonché la valutazione dell’efficacia è descritto nel riesame della Direzione

Bibliografia

- Raccomandazione Ministeriale n° 3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura
- Raccomandazione Ministeriale n° 12 per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci “look alike/sound alike”
- Raccomandazione Ministeriale n° 7 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
- Raccomandazione Ministeriale n°15 Morte o grave danno conseguente a non attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all’interno del Pronto Soccorso
- C.A.R.M.In.A. Standard 5.2
- Quick Alert - sicurezza dei pazienti in Svizzera - n° 33 del 30/10/2014: La corretta comunicazione di prescrizioni e risultati al telefono
- Brown JP. Closing the communication loop: using readback/hearback to support patient safety. Jt Comm J Qual Patient Saf 2004;30:460-4.

- Barenfanger J, Sautter RL, Lang DL et al. Improving patient safety by repeating (read-back) telephone reports of critical information. *Am J Clin Pathol* 2004;121:801-803.
- Boyd M, Cumin D, Lombard B et al. Read-back improves information transfer in simulated clinical crises. *BMJ Qual Saf* 2014;0:1-5. doi:10.1136/bmjqs-2014-003096.
- Institute for Safe Medication Practices (ISMP). Medication Safety Alert! Instilling a measure of safety into those »whispering down the lane« verbal orders. January 2001. <http://www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/20010124.asp> (Zugriff: 12.09.2014)
- Pennsylvania Patient Safety Authority. Improving the safety of telephone or verbal orders. Vol.3, No. 2 (Juni 2006).
- [http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2006/Jun3\(2\)/Pages/01b.aspx](http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2006/Jun3(2)/Pages/01b.aspx) (Zugriff: 17.01.2014)
- Pennsylvania Patient Safety Authority. Sample policy on verbal/telephone orders. 2006. http://patientsafetyauthority.org/EducationalTools/PatientSafetyTools/verbal_orders/Documents/sample_policy.pdf (Zugriff: 17.01.2014)
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Preventing (NCC MERP). Recommendations to reduce medication errors associated with verbal medication orders and prescriptions. February 2006. <http://www.nccmerp.org/recommendations-reduce-medication-errors-associated-verbal-medication-orders-and-prescriptions>(Zugriff: 17.01.2014)
- Wakefield DS, Wakefield BJ, Despins L et al. A review of verbal order policies in acute care hospitals. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2012 Jan;38(1):24-33.
- West C, Franke RM. Miscommunication in medicine. (1991). In: N Coupland, H Giles, JM Wiemann (Eds.), *Miscommunication and problematic talk* (pp. 166-193). Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.

Gruppo Operativo – Area 6 CARMINA - Gestione dell'Evento Avverso

- **Dall'attribuzione della “colpa” all'attivazione di azioni di sostegno per gli Operatori sanitari coinvolti in un evento avverso: il contributo della Psicologia.**

Responsabile

Dott.ssa Gabriella Biffa Direttore UO Psicologia Clinica e Psicoterapia
gabriella.biffa@hsanmartino.it

Gruppo di lavoro

Dott.ssa Gabriella Biffa UO Psicologia Clinica e Psicoterapia gabriella.biffa@hsanmartino.it
Dott.ssa Elena Sarcletti UO Psicologia Clinica e Psicoterapia elena.sarcletti@hsanmartino.it

Abstract per il cittadino

L'operatore coinvolto in un evento avverso può diventare la cosiddetta “seconda vittima”. Infatti, oltre al paziente che subisce il danno e che rappresenta la “prima vittima”, anche l'operatore rimane colpito dall'evento, si sente responsabile e mette in discussione le proprie capacità e conoscenze professionali.

L'evento avverso può quindi avere conseguenze sugli operatori coinvolti, sulla *équipe*, sui rapporti con le altre unità operative, creando disagio ed un clima di sfiducia, colpevolizzazione e sospetto. E' compito delle Strutture Sanitarie fare in modo che, con il coinvolgimento costante di tutti gli operatori, l'evento avverso costituisca una opportunità di apprendimento e miglioramento della sicurezza delle cure.

Abstract in lingua inglese

The healthcare professional involved in an adverse event can become a "second victim". In fact, in addition to the patient who suffers the damage and who represents the "first victim", healthcare professional is also struck by the event. He considers himself responsible and reevaluates his own professional skills and knowledge.

The adverse event could have consequences on the team too, on relationships with the other operating units; it can create discomfort and an atmosphere of distrust, guilt and suspicion.

Health Structures and health workers should ensure that adverse event will become an opportunity for learning and improving the safety of care.

Obiettivi

Obiettivo prioritario dell'intervento psicologico è quello di riservare agli operatori direttamente o indirettamente coinvolti in tutti gli eventi avversi, ai near miss ed agli eventi sentinella uno spazio di ascolto al fine di garantire che l'evento avverso non comporti disaffezione al lavoro, svalutazione delle capacità professionali con diminuzione della efficacia

operativa individuale e di gruppo.

L'evento avverso deve poter costituire un' occasione di apprendimento senza che venga minacciato il rapporto di fiducia tra gli operatori.

In base ai bisogni emergenti potranno essere attivate attività di supporto psicologico individuali e/o di gruppo.

Materiali e Metodi

Focus Group, colloqui individuali

Tempi di realizzazione

Attivazione immediata, tempistica complessiva non standardizzabile e riferibile alle necessità di ogni singolo episodio

Efficacia del progetto

Root Cause Analysis attivata successivamente agli eventi

Costi

Nessun costo aggiuntivo

Condivisione dei Risultati

Organizzazione di eventi informativi-formativi aziendali

Bibliografia

- 1) Delbanco T, Bell S K. *Guilty, Afraid, and Alone Struggling with Medical Error*. The New England Journal of Medicine, 357:1682-1683, 2007, 17.
- 2) Nelson W A, Beyea S C. *The role of an ethical culture for the prevention and recovery of "second victims"*, Qual. Saf. Health Care 2009; 18:323-324.
- 3) Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. *The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events*, Qual Saf Health Care. 2009 Oct;18(5): 325-30.
- 4)Wu AW. *Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too*, BMJ. 2000 March 18; 320(7237): 726–727.

- **Evento avverso ed interventi di supporto psicologico per i pazienti e per i familiari.**

Responsabile

Dott.ssa Gabriella Biffa Direttore UO Psicologia Clinica e Psicoterapia
gabriella.biffa@hsanmartino.it

Gruppo di lavoro

Dott.ssa Gabriella Biffa UO Psicologia Clinica e Psicoterapia gabriella.biffa@hsanmartino.it
Dott.ssa Elena Sarcletti UO Psicologia Clinica e Psicoterapia elena.sarcletti@hsanmartino.it

Abstract per il cittadino

Un evento avverso può incidere in modo significativo sulla fiducia e sulle aspettative che i pazienti ripongono nei curanti e più in generale sulla struttura sanitaria. In tal senso la relazione di cura può venire contaminata da vissuti di ambivalenza, di ipervigilanza e di difficoltà di comunicazione. Le conseguenze più frequenti sono scarsa aderenza ai trattamenti ed allontanamento dai percorsi di cura, con ricadute significative sugli esiti. Pertanto, in caso di evento che abbia provocato un danno al paziente, oltre ad avviare immediatamente una analisi dettagliata di quanto avvenuto si provvede affinché l'accaduto venga adeguatamente comunicato e spiegato al paziente e/o ai familiari, fornendo contestualmente un sostegno medico e psicologico.

Abstract in lingua inglese

An adverse event could have a significant impact on the trust and expectations that patients have in caregivers and on the health structure. In this sense the relationship of care, can be contaminated by experiences of ambivalence, hypervigilance and communication difficulties. The most frequent consequences are poor adherence to treatments with significant consequences on the outcomes. Therefore, in case of adverse events with damage to the patient, in addition of a detailed analysis about the causes of the incident, it is adequately communicated and explained to the patient and / or family members, simultaneously providing medical and psychological support .

Obiettivi

Una chiara ed adeguata comunicazione degli eventi avversi da parte dei medici di riferimento, il successivo intervento psicologico consentono di contenere la sofferenza dei pazienti e dei familiari, di condividere le scelte che si rendono necessarie, di collaborare per la migliore gestione dell'evento, di prevenire l'insorgenza e la strutturazione di disagio. Ciò permette di rafforzare la relazione di fiducia tra operatori sanitari e pazienti-familiari.

Materiali e Metodi

Colloqui individuali, psicoterapie

Tempi di realizzazione

Attivazione immediata, tempistica complessiva non standardizzabile e riferibile alle necessità di ogni singolo episodio

Efficacia del progetto

Root Cause Analysis attivata successivamente agli eventi

Costi

Nessun costo aggiuntivo

Condivisione dei Risultati

Organizzazione di eventi informativi-formativi aziendali

Gruppo Operativo – Area 7 CARMINA – Imparare dall’esperienza

- **Audit Clinico “Mortalità per Carcinoma Gastrico a 30 gg nel Policlinico San Martino”**

Responsabile: Dott. Giovanni Orengo Direttore UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP, giovanni.orengo@hsanmartino.it

Gruppo di lavoro:

Francesco Copello Direttore UO Controllo di Gestione, francesco.copello@hsanmartino.it

Patrizia Dapino UO Gest. Rischio Clinico, Qualità, Accredit. URP Patrizia.dapino@hsanmartino.it

Nidia Sofia Diaz Gaitan UO Gest. Rischio Clinico, Qualità, Accredit. URP nidia.diaz@hsanmartino.it

Antonella Filanti UO Gest. Rischio Clinico, Qualità, Accredit. URP antonella.filanti@hsanmartino.it

Sonia Sanfilippo UO Gest. Rischio Clinico, Qualità, Accredit. URP Sonia.sanfilippo@hsanmartino.it

Simona Morganti UO Gest. Rischio Clinico, Qualità, Accredit. URP

simona.morganti@hsanmartino.it

Francesca Casabona UO Gest. Rischio Clinico, Qualità, Accredit. URP

Francesca.casabona@hsanmartino.it

Arata Lucia Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva lucia.arata@hsanmartino.it

aratalucia@gmail.com

Team Facilitatori Audit Clinico e Gruppo di Miglioramento:

Carlini Flavia, Benelli Roberto, Mastracci Luca, Minetti Giuseppe, Orsi Andrea, Schenone Daniela, Sguanci Marco Enrico.

Abstract per il cittadino

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 comorbidità.

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. Il metodo adottato prevede due fasi: la prima in cui si effettuerà l’analisi retrospettiva dei casi durante il

periodo 2013-2016; la seconda in cui si effettuerà l'analisi prospettica dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico durante l'anno 2019.

L'attivazione del Gruppo di Miglioramento che ha effettuato la progettazione del Protocollo dell'Audit Clinico in oggetto, è stata formalizzata con Delibera del Direttore Generale N. 1078 del 21/05/2018.

Abstract in lingua inglese

Cancer gastric is the second cause of mortality for neoplasm in the world and forth cause in Europe. 30-day mortality after surgery is an indicator that assess operating risk of patients with diagnosis of cancer gastric who have followed resection surgery, measured as mortality during operation, post-surgery or between 30-days of surgery. This indicator is influenced by health and demographic variables of patient, quality of care and health services. Aims: Determine the associated factors related to 30-day mortality after cancer gastric surgeon during 2013-2016. Describe indicators to monitoring the found associated factors. Verify adherence to guide line in the cases with cancer gastric surgery to establish improved actions that will be assessment during 2019. Methods: This audit have 2 phases: The first phase with a descriptive retrospective analysis of cases during 2013-2016; the Second phase with a descriptive prospective analysis of patients that will be a cancer gastric surgeon. The activation of the Improvement Group that carried out the design of the Clinical Audit Protocol in question was formalized with the Resolution of the General Manager N. 1078 - 21/05/2018.

Obiettivi:

-Determinare i fattori associati a una elevata mortalità a 30 giorni attraverso l'analisi retrospettiva (caso controllo) dei dati di mortalità a 30 giorni dopo intervento per carcinoma gastrico degli anni 2013-2016.

- Determinare degli indicatori di processo e di outcome rivolti al monitoraggio dei fattori causali riscontrati della elevata mortalità.

-Determinare l'appropriatezza dell'intervento chirurgico per carcinoma gastrico riguardo alle Linee Guida, durante le fase pre-chirurgica, chirurgica e post-chirurgica.

Alla luce delle criticità emerse dall'analisi retrospettiva si propone di avviare nel 2019 un Audit prospettico volto a misurare l'efficacia delle azioni di miglioramento implementate.

Materiali e Metodi

L'attività di progettazione, redazione e realizzazione è condotta da dipendenti del Policlinico, componenti del Gruppo di Miglioramento dell'Audit Clinico in merito alla mortalità per carcinoma gastrico a 30 giorni (Delibera del Direttore Generale N. 1078 del 21/05/2018).

L'Audit Clinico in oggetto, si articola in due fasi di studio:

FASE I

Studio Osservazionale retrospettivo Caso-Controllo

Si tratta di uno studio retrospettivo caso-controllo che valuterà mediante la consultazione dei sistemi informatici dell'ospedale e delle cartelle cliniche, i fattori associati che hanno portato a una elevata mortalità a 30 giorni per carcinoma gastrico dopo intervento chirurgico durante il

periodo 2013-2016. Sulla base di questi fattori verranno individuati dal gruppo di lavoro le azioni di miglioramento che dovranno essere implementate prima di passare alla fase II.

Dopo aver individuato i pazienti sottoposti a chirurgia per cancro gastrico durante il periodo stabilito, sarà chiesto il consenso ai pazienti vivi per utilizzare i propri dati per partecipare allo studio in qualità di controllo.

Telefonicamente si richiederà ai pazienti ancora vivi, dopo una spiegazione dello studio, l'interesse a partecipare. In caso positivo:

- sarà inviata al paziente, tramite posta una busta con tutta la documentazione (Informativa, Consenso, Consenso al trattamento dei dati personali) per la firma del consenso, la quale dovrà essere rispedita all'ospedale (con spesa a carico dall'ospedale), oppure,
- se il paziente acconsente a recarsi in ospedale, la documentazione dello studio sarà somministrata in sede e se acconsente firmerà il consenso.

FASE II

Studio osservazionale prospettico

Si tratta di uno studio prospettico che valuta la mortalità a 30 giorni post intervento delle performance delle strutture chirurgiche e dei singoli professionisti dell'IRCCS per quanto riguarda la chirurgia del carcinoma gastrico.

Si chiederà il consenso alla partecipazione all'indagine ai pazienti che saranno sottoposti ad un intervento chirurgico per carcinoma gastrico, in qualsiasi momento prima dell'intervento.

Questionario per la valutazione dei fattori di rischio intrinseci del paziente (attraverso l'utilizzo dei sistemi informatici). Si procederà alla valutazione della documentazione clinica e alla raccolta dei dati riportandoli in un apposito database a fronte dei consensi ottenuti.

Tempi di realizzazione:

La Fase I "Audit retrospettivo (Studio Osservazionale retrospettivo Caso-Controllo)" si svolgerà nel corso dell'anno 2018.

La Fase II "Audit prospettico (Studio osservazionale prospettico)" si svolgerà nel corso dell'anno 2019.

Efficacia del progetto: risultati specifici attesi e misurabili

Si prevede attuare delle azioni di miglioramento derivate dall'analisi dei casi di mortalità post intervento chirurgico per Carcinoma Gastrico relativi agli anni 2013-2016. Tali azioni di miglioramento saranno messe in atto a partire del anno 2019.

Costi: il personale coinvolto (Team di Facilitatori Audit Clinico) nell'Audit, realizzerà tutte le attività necessarie durante l'orario di servizio.

Condivisione dei Risultati: i risultati derivati dalla prima parte dell'Audit saranno condivisi con le unità operative coinvolte per stabilire le possibili azioni di miglioramento. Sono possibili altri tipi di pubblicazioni a livello nazionale e/o internazionale attraverso articoli, seminari, ecc.

Bibliografia

- Agenas, M. d. (2017). Programma Nazionale di Esiti-PNE. Tratto il giorno Aprile 4, 2017 da <http://pne2017.agenas.it/>: http://95.110.213.190/PNEed17/risultati/info/def_82.pdf
- Alleanza contro il cancro. (2011). Tratto da <http://www.alleanzacontroilcancro.it/>: http://www.alleanzacontroilcancro.it/wp-content/uploads/2017/02/3_Carcinoma-Gastrico-2011parte1-1.pdf
- Ferlay J, S.-F. E.-T. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer*, 49: 1374-1403.
- Haynes AB., W. T. (2009). Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in Global Population. *New England Journal of Medicine*, 360(5):491-9.
- Mangram AJ., H. T. (Vol. 20 No.4 1999). The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Prevention of Surgical Site Infection. *Infection Control And Hospital Epidemiology*.
- Ospedale Policlinico San Martino. Controllo di gestione - Cruscotto direzionale. (2017). Indicatori di Esito PNE. Genova (GE).

• **Audit Clinico Osservazionale Prospettico “Informazione e Consenso”**

Responsabile:

Dott. Giovanni Orenco Direttore UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP, giovanni.orengo@hsanmartino.it

Simona Morganti UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP, simona.morganti@hsanmartino.it

Gruppo di lavoro

Nidia Sofia Diaz Gaitan UO Gest.Rischio Clinico, Qualità,Accredit. e URP nidia.diaz@hsanmartino.it

Antonella Filanti UO Gest.RischioClinico,Qualità,Accredit. e URP antonella.filanti@hsanmartino.it

Sonia Sanfilippo UO Gest.RischioClinico,Qualità,Accredit. e URP Sonia.sanfilippo@hsanmartino.it

Arata Lucia Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva lucia.arata@hsanmartino.it

aratalucia@gmail.com

Carlo Serrati Direttore Dipartimento Neuroscienze, carlo.serrati@hsanmartino.it

Flavio Nobili UO Clinica Neurologica, flaviomariano.nobili@hsanmartino.it

Andrea Castiglione Gianelli Direttore S.S. Medicina legale e Coordinamento Trapianti, andrea.gianelli@hsanmartino.it

Team Facilitatori Audit Clinico e componenti del Gruppo di Miglioramento: Riccardo Celentano, Andrea Furgani, Andrea Ingenito, Paolo Marino, Giuseppe Minetti, Ilaria Poirè, Domenica Rizzi, Nadia Venusti.

Abstract per il cittadino

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 all'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 lo espone a rischi, legalmente può costituire negligenza o lesioni.

Obiettivi dell'Audit sono:

-il Monitoraggio della qualità dell'informazione fornita per l'acquisizione del consenso-dissenso alle prestazioni

-la Valutazione della percezioni del paziente riguardo a la completezza, comprensione, consapevolezza e soddisfazione del processo del consenso informato

-la 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.

L'attivazione del Gruppo di Miglioramento che ha effettuato la progettazione del Protocollo dell'Audit Clinico in oggetto, è stata formalizzata con Delibera del Direttore Generale N. 1031 del 15/05/2018.

Abstract in lingua inglese

Background: Informed consent is the most important legal principle of the surgery-medical activities as declared in Article 2, 13, and 32 of Italian Constitution. It valorizes the relationship of care and trust between patient and physician. The validity depends on the patient's understanding of the proposed intervention, including the potential risk and benefits, the alternatives to treatment and the option to accept or reject. A consensus without these features compromises the patient's autonomy, exposes him to risks, legally can be considered as negligence or injury.

Aims: Assess in each operative unit the quality of the information provided to patients before the sign of informed consent. Evaluate the patient's perceptions of completeness, understanding, awareness and satisfaction of the informed consent process. Detecting critical and identifying actions aimed at improving process quality.

Method: Each enrolled patient will complete de MMSE questionnaires (Mini mental test) and the questionnaire elaborated *ad hoc* by the Audit working group through a semi-structured interview. The data collected will be analyzed in descriptive way. Initially the first 100 patients contacted will be analyzed to determine the feasibility of the audit.

The activation of the Improvement Group that carried out the design of the Clinical Audit Protocol in question was formalized with the Resolution of the General Manager N. 1031 - 15/05/2018.

Obiettivi

Obiettivi Principali:

1. Monitorare, all'interno delle UU.OO., la qualità dell'informazione fornita per l'acquisizione del consenso-dissenso alle prestazioni, in termini di modalità dell'informazione ricevuta:

- chi fornisce l'informazione,
- come viene espressa l'informazione
- dove si svolge il colloquio
- quando si svolge il colloquio
- quanto tempo si dedica al colloquio

2. Valutare la percezioni del paziente riguardo a:

- completezza delle informazioni ricevute
- comprensione delle informazioni
- consapevolezza della diagnosi e della prognosi
- soddisfazione del paziente riguardo all'intero processo del consenso informato fino all'intervento

3. Rilevare le criticità ed individuare le Azioni finalizzate al miglioramento della qualità del processo.

Obiettivi secondari:

1. Validazione del questionario utilizzato per la sua introduzione nella pratica clinica quotidiana.
2. Determinare la qualità della compilazione, da parte del personale sanitario, dei moduli di consenso informato a procedura/intervento in termini di chiarezza, accuratezza e rintracciabilità (Check valutazione cartelle cliniche) dei pazienti partecipanti all'Audit Clinico garantendo l'anonimato di chi lo ha compilato.

Materiali e Metodi

L'attività di progettazione, redazione e realizzazione è condotta da dipendenti del Policlinico, componenti del Gruppo di Miglioramento dell'Audit Clinico Prospettico su Informazione e Consenso (Delibera del Direttore Generale N. 1031 del 15/05/2018). I componenti del Gruppo di Miglioramento saranno formati riguardo ad una procedura standard per la presentazione ed esecuzione del protocollo

Tutti i pazienti arruolati saranno sottoposti a:

- MMSE (Mini mental test)
- Questionario elaborato ad hoc dal gruppo di lavoro dell'Audit.

Analisi statistico descrittiva di tutte le variabili: inizialmente si analizzeranno i primi 100 pazienti contattati per determinare la fattibilità dell'audit.

Tempi di realizzazione

Per i primi 100 pazienti si prevede un periodo complessivo di 3 mesi. Se l'analisi intermedio dei primi 100 pazienti dimostra che l'audit è fattibile, si prevede un periodo di 3 anni per il completamento dell'audit.

Efficacia del progetto: risultati specifici attesi e misurabili

Identificherà come viene eseguito il processo del consenso informato nelle diverse unità operative coinvolte, rilevando le criticità che permetteranno individuare le azioni finalizzate al miglioramento della qualità del processo, sottoponendo posteriormente ad un audit di rivalutazione.

Costi

Il personale coinvolto nell'Audit, realizzerà tutte le attività necessarie durante l'orario di servizio.

Condivisione dei Risultati

I risultati derivati della prima parte dell'audit saranno condivisi con le unità operative coinvolte per stabilire le possibili azioni di miglioramento. Sono possibili altri tipi di pubblicazioni a livello nazionale e/o internazionale a traverso articoli, seminari, ecc.

Bibliografia

1. <http://www.rivistaresponsabilitamedica.it/consenso-informato-responsabilita-civile/>.
<http://www.rivistaresponsabilitamedica.it/consenso-informato-responsabilita-civile/>. [Online]
[Riportato: 2 Agosto 2017.]

2. Interventions to improve Patient Comprehension in Informed Consent for Medical and Surgical procedures. Schenker Y., Fernandez A., Sudore R., Schillinger D. 2017, *Med Decis Making* 31(1), p. 151-173.
3. AMA, AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Informed Consent. [Online] [Riportato: 27 April 2009.] <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/legal-topics/patient-physician-relationship-topics/informed-consent.shtml>. [Online].
4. Reconceptualizing the informed consent process at eight innovative hospitals. Matiasek J, Wynia MK. 2008, *Jt Comm J Qual Patient Saf*, p. 34(3) 127-37.
5. Reconceptualizing the informed consent for patients undergoing surgical and other invasive healthcare procedures. Kinnesley P, Pillips K, Kelly M, Farrell E, Whistance, R Lewis V, Mann Mk, Stephens BI, Blazeby J, Elwyn G, Edwards AGK. 2013, *The Cochrane Colaboration*.
6. *Consent treatment: A practical guide*. F., Rozovsky. 2007, New York: Aspen.
7. Department of Health, DoH. *Reference Guide to Consent for Examination or Treatment*. London: Department of Health, 2009.
8. Factors affecting quality of informe consent. Lavelle-Jones C, Byme DJ, Rice P, et al. 1993, *BMJ*, p. 306:885-90.
9. Informed consent in senile cataract extraction. Morgan LW, Schwab JR. 1986, *Arch Ophthalmol*, p. 104:42-5.
10. Do they understand? (part II): assent of children participation in clinical anesthesia and surgery research. Taid AR, Voepel-Lewis T, Malviya S. s.l. : *Anesthesiology*, 2003, Vol. 98:609-14.
11. Observations on the myth of "informed consent". Leeb D, Bowers DG, Lynch JB. 1976, *Plast Reconstr Surg.*, p. 58:280-2.
12. Informed consent: Is it a myth? . Herz DA, Looman JE, Lewis SK. 1992, *Neurosurgery*, p. 30;453-58.
13. Informed consent: how much and what do patients understand? Falagas ME., Korbila IP., Giannopolou KP., Kondilis BK., Peppas G. 198,420-435, s.l. : *The American Journal of Surgery*, 2009.
14. Improving Informed Consent of Surgical Patients using Multimedia-Based- Program? Bolschweiler E, Apitzch J, Obliers R, Koeferer A, Monig SP, Metzger R. 2008, *Annals of Surgery*, p. Vol 248.
15. The Americans. Kang EY., Firestone A., Fields HW., Kiyak A., Beck M. 2009, *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, p. Vol. October. 198, 420-435.
16. El consenso infomato e la valutazione della capacità a prestare il consenso nel paziente anziano coon declino cognitivo o demenza. Marigliano V., Santoni M., Marinella E., La Russa R., Arbarello P. 2013, *Journal of Geriatrics and Gerontology*, p. Vol. 1.
17. Current state of research on decision making competence of cognitively impaired elderly person. Kim SY., Caine ED. 2002, *Am J Geriatric Psychiatry*, p. Vol 10.
18. Informed consent: moral necesity or illusion? I, Doyal. s.l. : *Qual Health Care*, 2001, Vol. 10:i29-33.
19. 3-dimensional computer animation-a new medium for supporting patient educational before surgery. Acceptance and assessment of patients based on a prospective randomized study-picture versus test. M. Hermann.

- **Audit Clinico Osservazionale Prospettico “Percorso nascita con riferimento alle variabili che condizionano la cesarizzazione”**

Responsabile: Dott. Giovanni Orenco Direttore UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP, giovanni.orengo@hsanmartino.it

Gruppo di lavoro

Paolo Bruzzi Paolo.bruzzi@hsanmartino.it

Patrizia Dapino UO Gest. Rischio Clinico, Qualità, Accredit. URP Patrizia.dapino@hsanmartino.it

Nidia Sofia Diaz Gaitan. UO Gest. Rischio Clinico, Qualità, Accredit. URP

nidia.diaz@hsanmartino.it

Antonella Filanti UO Gest. Rischio Clinico, Qualità, Accredit. URP antonella.filanti@hsanmartino.it

Sonia Sanfilippo UO Gest. Rischio Clinico, Qualità, Accredit. URP sonia.sanfilippo@hsanmartino.it

Simona Morganti UO Gest. Rischio Clinico, Qualità, Accredit. URP simona.morganti@hsanmartino.it

Francesca Casabona UO Gest. Rischio Clinico, Qualità, Accredit. URP

francesca.casabona@hsanmartino.it

Lucia Arata Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva lucia.arata@hsanmartino.it

aratalucia@gmail.com

Arioni Cesare Direttore Dip. Ginecologico e Percorso Nascita cesare.arioni@hsanmartino.it

Pierluigi Venturini Direttore UO Clinica Ostetricia venturini@unige.it

Claudio Gustavino Direttore UO Ostetricia e Ginecologia claudio.gustavino@hsanmartino.it

Silanos Roberto UO Anestesia e Rianimazione roberto.silanos@hsanmartino.it

Roberti Annalisa Coordinatrice Infermieristica UO Neonatologia annalisa.roberti@hsanmartino.it

Benussi Monica Coordinatrice Ostetriche monica.benussi@hsanmartino.it

Camogliano Liliana Coordinatrice liliana.camogliano@hsanmartino.it

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% (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:** Delle 665 mamme partecipanti all'audit, la maggioranza ha dichiarato di essere

abbastanza informata riguardo alle diverse modalità di parto, i pro e contro di ciascuna modalità, la possibilità di fare l'analgesia durante il travaglio e il parto naturale. Sono state meno informate riguardo alla possibilità di avere un sostegno psicologico, i rischi per la donna e il bambino dopo un taglio cesareo. La figura del ginecologo era coinvolta in più del 80% dei casi come fonte di informazione. Il 61% (405) dei parti è stato espletato per via vaginale e il 39% (260) come Taglio Cesareo, considerato appropriato nel 18.3% (122) dei casi e potenzialmente inappropriato nel 20.7% (138). Per quanto riguarda le motivazioni alla base dei tagli cesarei ritenuti potenzialmente inappropriati, la pregressa incisione d'utero rappresenta circa un terzo (33%) del totale e il feto podalico il 9%. Tuttavia, la quota preponderante (57%) viene giustificata nel CEDAP come "altro", tra questi la pregressa incisione d'utero e la scelta della paziente/tocofobia sono le motivazioni più frequenti. E' in programma una riunione nel mese di Novembre per la condivisione dei risultati con tutto il personale delle Unità Operative di Ginecologia e ostetricia con lo scopo di determinare le azioni di miglioramento.

Abstract in lingua inglese

According to the World Health Organization, caesarean sections should not exceed 10-15% of total deliveries. The high number of caesarean sections is due to numerous factors including previous caesarean sections, assisted reproduction, advanced age, factors related to the attitudes of professionals involved in pregnancy, expectations of pregnant women, factors related to information received during pregnancy, awareness of risks and benefits of each procedure, socio-cultural context. In the San Martino Polyclinic Hospital during 2016, caesarean sections corresponded to 40.5% (608/1502). **Aims:** 1. To identify determinants that most influence the choice of cesarean section 2. To determine reasons of the health professionals in the choice of the delivery method 3. Evaluation of the appropriateness of the Caesarean sections. **Methods:** Every woman who gave birth at the San Martino Hospital from 1/10/2017 to 31/03/2018 was invited to fill in a questionnaire that investigated aspects related to pregnancy. All deliveries were assessed through the Birth Assistance Certificate of delivery care (CEDAP) and medical records. Caesarean section cases were assessed with respect to potential appropriateness / non-appropriateness based on the Ministry of Health Guideline. **Results:** Of the 665 mothers taking part in the audit, the majority said they were well informed about different birth modes, advantages and disadvantages of each modality, possibility of analgesia during labor and natural childbirth. They were less informed about possibility of having psychological support, risks for women and children after a caesarean section. Gynecologists were involved in more than 80% of cases as a source of information. Among total deliveries, 61% (405) were vaginal deliveries and 39% (260) Caesarean Sections, that were considered appropriate in 18.3% (122) and potentially inappropriate in 20.7% (138). Regarding motivations underlying caesarean sections deemed potentially inappropriate, previous incision of uterus accounts for about a third (33%) of the total and 9% for the breech fetus. However, the major proportion of them (57%) is justified in CEDAP as "other reasons" among which previous incision of the uterus and choice of the patient/tokophobia are the most represented reasons. A meeting is scheduled in November to share results with all the staff of the Gynecology and Obstetrics Operating Units with aim of determining the improvement actions.

Obiettivi

- Individuare le determinanti del percorso nascita che influenzano maggiormente la scelta del parto cesareo
- Determinare le motivazioni del personale sanitario nella scelta della modalità di parto
- Valutazione dell'appropriatezza dei TC in base alla Linea Guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole", aggiornata al 2016.

Materiali e 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 dal suo inizio fino al momento del parto
- Successivamente sono stati valutati tutti i parti attraverso il CEDAP, SDO e cartella clinica. In particolare, per i parti con taglio cesareo è stata fatta la valutazione di potenziale appropriatezza/ non appropriatezza in base alla Linea Guida del Ministero della Salute, Istituto Superiore della Sanità, Sistema Nazionale per la linea guida: "Taglio Cesareo usa scelta appropriata e consapevole". Ogni TC è stato valutato da tre valutatori: un medico specializzando in Igiene e Medicina Preventiva, un medico specialista in Chirurgia Generale. Quando le due valutazioni erano discordanti tra loro, il caso veniva esaminato da un terzo valutatore medico specialista in Medicina Interna.
- E' stata richiesta la stessa valutazione ai direttori delle due unità operative di ginecologia e ostetricia dell'ospedale.
- Sono stati messi a confronto i risultati delle valutazioni sull'appropriatezza del taglio cesareo condotte da parte dei diversi valutatori.

Tempi di realizzazione:

- Periodo di osservazione iniziale: 1/10/2017 – 31/03/2018.
- Programmazione delle azioni di miglioramento: Novembre 2018,
- Periodo di osservazione per l'applicazione delle azioni di miglioramento: Febbraio 2019- Luglio 2019.

Efficacia del progetto: risultati specifici attesi e misurabili

Risultati

Analisi delle risposte ai questionari distribuiti alle mamme

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 gravidanza 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'anestesia 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 "sì" 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".

Analisi della modalità di parto

Sul totale di 665 parti analizzati, il 61% (405) è stato espletato per via vaginale e il 39% (260) come Taglio Cesareo (TC), proporzione eccessiva rispetto a quella del 15%, indicata dall'OMS come massima giustificabile e che conferma l'elevato ricorso al TC presso il Policlinico, come già rilevato dal Piano Nazionale Esiti (PNE) 2017.

In particolare, il principale indicatore del PNE è la proporzione di TC primari (TC eseguiti in donne senza pregresso TC), il cui valore rilevato presso il Policlinico San Martino è pari al 37% (dati relativi all'anno 2016), dato che eccede il valore soglia per i TC primari del 25%, fissato dal Ministero della Salute per i punti nascita > 1000 parti annuali. Considerando la variabilità dei periodi di osservazione che caratterizzano le due analisi (12 mesi per il PNE vs 6 mesi per l'Audit condotto nel Policlinico), i dati del San Martino risultano presumibilmente coerenti con quanto rilevato dal PNE in quanto, durante il periodo di osservazione, abbiamo rilevato una proporzione di TC primari del 31.1% (183/585). Successivamente sono state valutate le motivazioni alla base dei TC primari indicate nel CEDAP ed è emerso che: nel 60% (110/183) dei casi è stata indicata la motivazione "altro", nell'11% (20/183) dei casi "sofferenza fetale", nell'11% (21/183) dei casi "distocia meccanica", nel 9% (16/183) dei casi dei casi "podalico", nel 6% (11/183) dei casi "distocia dinamica", nel 3% (5/183) dei casi "pregressa incisione utero".

Analisi dell'appropriatezza dei tagli cesarei

I TC verificatisi nel periodo di studio sono stati valutati sulla base della Linea Guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" (aggiornamento 2016) come appropriati o potenzialmente inappropriati, risultando appropriati nel 18.3% (122) dei casi e potenzialmente inappropriati nel 20.7% (138) dei casi.

La quota di TC appropriati (18.3%; 122) risulta comunque in eccesso rispetto al valore del 15%, considerato come percentuale massima giustificabile dall'OMS, tuttavia tale differenza potrebbe essere considerata ragionevolmente trascurabile, considerando che l'Unità Operativa (UO) Ostetricia e ginecologia del Policlinico San Martino sia una struttura di II livello [Accordo Stato-Regioni 16/12/2010], con numero annuale di parti > 1000 e un bacino di utenza > 5000 parti/anno, caratteristica che probabilmente determina un'aumentata casistica di gravidanze e parti complicati, che necessitano di parto operativo o TC in misura maggiore rispetto alle gravidanze fisiologiche. Infatti, probabilmente anche in considerazione di tale fattore, il Ministero della Salute fissa al 25% la quota massima di cesarei primari per i punti nascita > 1000 parti annuali. Tuttavia, l'analisi dei dati dimostra che, durante il periodo di studio, nel nostro Istituto la proporzione di TC primari è stata del 31.1%, valore comunque in eccesso rispetto a quello considerato giustificabile, anche considerando la soglia del 25%. Infatti, sul totale dei TC primari il 40.4% è stato valutato potenzialmente inappropriato. Questo dato conferma ulteriormente quanto emerso dalla valutazione di appropriatezza effettuata, che sia proprio la quota di TC inappropriati (20.7% sul totale dei parti) a determinare l'eccesso di TC non trascurabile. Abbiamo quindi ritenuto opportuno concentrare le nostre analisi su questa quota di TC, per determinarne le motivazioni e ideare azioni di miglioramento allo scopo di ridurre tale quota.

Poiché all'interno del Policlinico sono presenti due UO di Ostetricia tradizionali e il Centro Nascita Alternativo (CNA), sono stati confrontati i dati relativi ai parti in base all'UO di appartenenza. In particolare, come illustrato dai grafici seguenti, è emerso che tra le due UO tradizionali è presente una diversa gestione delle modalità di parto, con conseguente ripercussione sull'appropriatezza dei TC effettuati.

Successivamente, è stato ritenuto opportuno indagare quali fossero le motivazioni alla base dei TC eseguiti, valutando i TC sia in totale, sia in base all'appropriatezza. La tabella seguente mostra le proporzioni dei motivi indicati nel CEDAP alla base dei TC.

Motivi CEDAP	TC APPROPRIATI	TC INAPPROPRIATI	TOTALE
ALTRO	61	79	140
DISTOCIA DINAMICA	10	1	11
DISTOCIA MECCANICA	21	0	21
PODALICO	6	13	19
PREGRESSA INCISIONE UTERO	4	45	49
SOFFERENZA FETALE	20	0	20
TOTALE	122	138	260

Per quanto riguarda le motivazioni alla base dei 138 TC ritenuti potenzialmente inappropriati, la pregressa incisione d'utero rappresenta circa un terzo (33%) del totale e il feto podalico il 9%. Tuttavia, la quota preponderante (57%) viene giustificata nel CEDAP come "altro".

In particolare, si è ritenuto opportuno analizzare i TC potenzialmente inappropriati motivati con "altro" (79 casi su 138 TC) e caratterizzare quali sono state le indicazioni che ne erano alla base. La pregressa incisione d'utero e la scelta della paziente/tocofobia sono le motivazioni più rappresentate. Successivamente, sono stati eliminati dall'analisi i TC "ALTRO" eseguiti in urgenza, supponendo che questi potrebbero trovare giustificazione nelle particolari condizioni che

determinano tale situazione; tuttavia, non si riscontrano differenze importanti per quanto riguarda le motivazioni principali, si evidenzia che i TC "altro" eseguiti in urgenza erano dovuti principalmente a PROM e fallita induzione. Le quote più importanti di TC potenzialmente inappropriati giustificati come "ALTRO", sia per quanto riguarda il totale sia per quelli eseguiti in elezione, sono rappresentate da quelli eseguiti a causa della pregressa incisione di utero (24% e 22%, rispettivamente), scelta della paziente/tocofobia (21% e 23%, rispettivamente) e altre indicazioni mediche (16% e 21%, rispettivamente).

Costi

Il personale predisposto all'audit ha realizzato tutte le attività necessarie durante l'orario di servizio.

Condivisione dei Risultati:

Durante il mese di Luglio, i risultati preliminari dei questionari e della prima valutazione della appropriatezza del taglio cesareo sono stati presentati ai Direttori delle Unità Operative. Una seconda condivisione è in programma per il mese di Gennaio 2019 con tutto il personale delle Unità Operative di Ginecologia e ostetricia con lo scopo di determinare le azioni di miglioramento.

Bibliografia

1. Sistema nazionale per le linee guida SNLG-ISS. Linea guida: Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Gennaio 2014. Disponibile al indirizzo: http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_cesareo_comunicazione.pdf - (visitato il 3 Luglio 2017).
2. Obesity and mode of delivery in primigravid and multigravid women . Lynch CM, Sexton DJ, Hession M, Morrison JJ. 25, s.l. : Am J. Perinatol, 2008.
3. Assisted reproductive technology and the risk of pregnancy-related complications and adverse pregnancy outcomes in singleton pregnancies: a meta-analysis of cohort studies. . Qin J, Liu X, Sheng X, Wang H, Gao S. 105, s.l. : Fertil Steril, 2016.
4. Cesarean delivery rates and obstetric culture - an Italian register-based study. Plevani E., Incerti M., Del Sorbo, D., Pintucci A., Vergani P., Merlini L., Locatelli A.,. 96, s.l.: Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2017.
5. Prevention of the first cesarean delivery: the role of operative vaginal delivery. AF, Gei. 58, s.l. : Semin Perinatol, 2012.
6. Euro-Peristat project. European perinatal health report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. Disponibile all'indirizzo: <http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf> - (visitato il 4-07-2017).
7. Istituto nazionale di Statistica, Istat. Annuario di statistiche demografiche. Roma, 1980. Roma: s.n., 1980.
8. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. Attività di ricovero 2008 (analisi preliminare). Roma. Luglio 2009: s.n.
9. Ministero della salute. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - anno 2014.
10. Ospedale Policlinico San Martino. Controllo di gestione - Cruscotto direzionale. Certificato di assistenza al parto. Genova (GE): s.n., 2016.
11. Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. Torloni MR., Beltràn AP., Montilla P., Scolaro E., Seuc A., Mazzoni A., Althabe D., Merzagora F., Donzelli GP., Merialdi M. 13:78, s.l.: BMC Pregnancy & Childbirth, 2013.

- **Implementazione di un Sistema Certificato di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro Secondo la Norma OHSAS 18001**

Responsabile

Il Responsabile del progetto “certificazione OHSAS 18001” è Dott. Carlo Dimitri Sossai – RSPP e Direttore UO. Servizio Prevenzione e Protezione (UO. SOPP), su mandato del Direttore Generale Dott. Giovanni Ucci, con la supervisione del Direttore Amministrativo Dott.ssa Roberta Serena, del Direttore Sanitario Dott. Giovanni La Valle e Dott.ssa Alessandra Morando e del Direttore Scientifica Prof. Manlio Ferrarini.

Gruppo di Lavoro

La UO SPP, oltre alla partecipazione del personale nel progetto*, su mandato del Direttore Generale, ha previsto incontri preparatori con le direzioni delle UUOO trasversali di Direzione.

Il Gruppo di Lavoro è costituito dalle UUOO trasversali di Direzione rappresentate da:

- Dott. Carlo Dimitri Sossai - UO Servizio Prevenzione e Protezione,
- Dott. ssa Alessandra Morando - UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera,
- Dott. ssa Claudia Storace – UO Sviluppo Risorse Umane
- Dott.ssa Elisabetta Rovini - UO Formazione e Comunicazione,
- Dott.ssa Stefania Rizzuto - UO Attività Economiche e di Approvvigionamento
- Dott. Francesco Copello - UO Medicina del Lavoro,
- Dott. Alfonso Di Donato - UO Affari Generali e Legali,
- Prof. Giancarlo Icardi - UO Igiene, UO. Sviluppo Risorse Umane,
- Dott. Giovanni Orengo - UO Gestione del Rischio Clinico Qualità e URP,
- Dott. Gianni Taccini e Dott. Fabrizio Levrero - UO Fisica Sanitaria e Medica,
- Dott. Dario Padrone - UO Servizi Informativi e Ingegneria Clinica,
- Architetto Alessandro Orazzini e Ing. Ilmo Lanza - UO Attività Tecniche.

Il Gruppo di Lavoro si è riunito collegialmente in data 27/06/2017 per condividere il consenso del percorso verso la Certificazione OHSAS 18001 e dare l’avvio al progetto.

In quella riunione sono state prese in esame e definite le prime modalità operative costituite da incontri tra RSPP e Direttori delle strutture trasversali, individuando al necessità più eventi aperto ai dipendenti per informare dell’avvio del percorso di certificazione del Sistema di Gestione salute Sicurezza sul Lavoro (SGSL). Contestualmente sono state pure individuate le prime strutture da sottoporre alla verifica da parte degli auditor esterni.

In data 11/10/2017 è stato effettuato un incontro informativo destinato al personale Auditor ISO 9001 e auditor OHSAS 18001 in cui sono state descritte le fasi del percorso di certificazione e i contenuti del Piano Generale Integrato Rischio PIGIR; successivamente, in data 18/10/2017 l’evento è stato riproposta a tutto il personale del Policlinico.

*Personale UO.SPP: Simone Accorsi-Maria Luisa Albinelli-Roberta Chiappalone-Riccardo Foscoli-

Francesco Stefano Molina-Francesco Phytillis Lazzarini-Annamaria Polimeni-Laila Ruzza-Nadia Zucchi.

Abstract per il cittadino

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 assumono 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. 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 di infortunio
- Migliora le procedure di lavoro con benefici anche per i pazienti
- Migliora la reputazione aziendale

Abstract in lingua inglese

A hospital is one of the most hazardous places to work.(OSHA, Facts About Hospital Worker Safety, 2013). The safety of Healthcare workers (HCW) from workplace-induced injuries and illnesses is important to HCW themselves as well as to the patients they care. San Martino's hospital in Genoa is the first major public hospital in Italy that has achieved the prestigious international certification OHSAS 18001 in 2018. OHSAS 18001 is an international occupational health and safety management certification designed to help organizations prevent injury and maintain a healthy work environment. An OHSAS 18001 certification demonstrates that the Hospital adheres to high international standards with regards to health and safety. Safety and health is not delegated to only a few people—it is distributed across the workforce and backed up by significant management responsibility, commitment, and attention. Everyone takes ownership of the goal of improving the organization's safety and health performance. A safety and health management system helps ensure that hazards are identified earlier, effective controls are put in place, people are adequately trained and empowered, and work processes are designed and carried out in a manner that delivers more consistent safety and health performance.

A safety and health management system help the hospital realize a wide range of benefits:

- Fewer injuries, illnesses, and infections.
- Reduced costs for workers' compensation claims and lower health insurance premiums.
- Less absenteeism and higher return-to-work rates following injury or illness.

- Improved work practices, leading to increased efficiency and greater patient safety and satisfaction.
- Higher job satisfaction, morale, and employee retention.
- Enhanced reputation.

Obiettivi

- Ridurre gli infortuni degli operatori agendo su: procedure, formazione e informazione del personale
- Migliorare gli ambienti di lavoro con un processo graduale di miglioramento e di condivisione partecipato che coinvolga le diverse professionalità aziendali
- Verificare la adeguatezza dell'impostazione del Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro adottato da alcuni anni presso il San Martino rispetto alla norma di riferimento internazionale OHSAS 18001.
- Conseguire la Certificazione OHSAS 18001 "Sviluppo ed erogazione di servizi di diagnosi e cura in regime ambulatoriale ordinario ed in urgenza. Attività di ricerca in ambito oncologico ed universitario. Progettazione ed erogazione di attività formative.

Materiali e Metodi

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, ha previsto l'attività di affiancamento agli auditor di Bureau Veritas, secondo 2 fasi:

- Lo Stage 1, oltre alla riunione di apertura, 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 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 risorse 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.

Per la fase post verifica, ha previsto l'attività di gestione delle Non Conformità e delle Osservazioni che sono derivate dagli audit di sistema, nei tempi previsti da Bureau Veritas.

Tempi di realizzazione

Il progetto di certificazione OHSAS18001 è stato autorizzato con Deliberazione N. 0602 del 11/05/2017. La delibera ha sottoscritto di rinnovare il contratto in essere con la Società Bureau Veritas estendendolo con il servizio di certificazione secondo la norma OHSAS 18001.

Il contratto prevede la decorrenza dal 02/05/2017 per un triennio e in dettaglio la Verifica Iniziale, la Verifica di Certificazione, 2 Verifiche periodiche di Mantenimento e la Verifica di Rinnovo dicembre 2020.

Lo Stage 1 si è svolto nei giorni: 13 – 14 dicembre 2017

Lo Stage 2 si è svolto nei giorni: 11 – 12 – 13 aprile 2018

Efficacia del progetto: risultati specifici attesi e misurabili

Nel 2017 sono stati effettuati **33 Audit interni SGSL**, della durata complessiva di 95 ore dedicate, con la collaborazione di personale aziendale formato come Auditor OHSAS, che hanno permesso di rilevare 55 Non conformità (NC) e 105 Raccomandazioni (R) di natura prevalentemente organizzativa e comportamentale e 89 situazioni di interesse aziendale, per le quali sono stati inoltrate delle proposte di intervento Direzioni aziendali competenti. In valori medi, 1,7 NC, 3 R e 2,8 PI per Audit. Le NC sono state registrate su ISOLABWEB.

Il **report infortuni** relativo all'anno 2017 mostra un **andamento dell' indice di incidenza** (senza considerare gli infortuni in itinere) in calo rispetto al 2016: 57,8 vs 65,6. Per gli infortuni a rischio biologico, dovuti a punture accidentali, tagli e contatti con liquidi biologici, sono stati compilati con interviste personalizzate 132 **questionari SIROH** (101 per esposizione percutanea e 31 per esposizione mucocutanea). In generale sono state inviate ai vari Direttori di U.O. N° 231 **richieste di approfondimento infortuni** con lo scopo di comprenderne le cause e le eventuali azioni correttive finalizzate allo scongiurare il ripetersi degli eventi. Inoltre, sono stati inoltrati i dati richiesti dall'INAIL per quanto riguarda le **istanze di malattie professionali**.

A Dicembre 2017 è stato effettuato l'Audit di Stage 1 e a seguito della conclusione positiva è stato possibile finalizzare tutti i dettagli dello stage 2, effettuato dal 12 al 15 marzo 2018, che ha condotto gli auditor di Bureau Veritas a valutare un campione rappresentativo di Unità Operative per il rilascio della Certificazione OHSAS 18001. Il verbale della verifica ha riportato 6 Non Conformità di cui una maggiore e 9 Osservazioni.

La Non Conformità Maggiore è la seguente: "In relazione alla Pratica n. PI121682 sono emerse una serie di prescrizioni emesse dal Comando VV FF di Genova dopo il sopralluogo al Padiglione Monoblocco effettuato in data 07/12/2017. La scadenza delle prescrizioni ha data 23/03/2018".

L'azione Correttiva è stata fatta nei tempi, non pregiudicando la Certificazione, e inoltre, la sua risoluzione ha contribuito alla verifica del Comando dei Vigili del Fuoco e all'emissione del Certificato di Prevenzione incendi (CPI) per il padiglione Monoblocco.

In data 04/05/2018 Bureau Veritas 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

Costi

Offerta servizio di certificazione con la Società Bureau Veritas di € 13.000,00 IVA esclusa, comprensive della verifica iniziale, della verifica di certificazione e di 2 verifiche periodiche di mantenimento e la verifica di rinnovo per la durata di 3 anni a partire dalla data 02/05/2017 (Deliberazione N. 0602 del 11/05/2017).

Per quanto riguarda le risorse umane impiegate nelle varie fasi del progetto, non ci sono costi aggiuntivi:

Fase di preparazione:

Personale UO. Servizio Prevenzione e Protezione

Direzioni UU.OO. trasversali di Direzione

Stage 1:

Personale UO Servizio Prevenzione e Protezione

Direzioni delle UU.OO. trasversali di Direzione

Stage 2:

Personale UO Servizio Prevenzione e Protezione

Direttore, Preposto, Coordinatore UU.OO. oggetto di Audit e Direzioni delle UU.OO. trasversali di Direzione

Medico competente

Ingegneria Biomedica

Condivisione dei Risultati

Tutti i risultati ottenuti sono pubblicati in intranet e sono stati discussi sia con le componenti aziendali che con la rete di auditor e i Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, Il Verbale dello Stage 2 è stato condiviso con tutte le UU.OO. auditate da parte dei verificatori di Bureau Veritas. Successivamente all'arrivo del Certificato, la UO. SPP ha trascritto su Isolabweb tutte le Non conformità e le Azioni Correttive, affinché le UU.OO. potessero inserire le Azioni Correttive. Il risultato della Certificazione è stato segnalato sul sito Internet dell'Ospedale e la consegna del certificato da parte di Bureau Veritas è avvenuta il 31/05/2018 nell'Auditorium IST Nord alla presenza del Direttore Dott. Giovanni Ucci e di Direttori UU.OO., Coordinatori, Preposti, Auditor, RAQ e RAF.

Bibliografia

- The Joint Commission. Improving Patient and Worker Safety: Opportunities for Synergy, Collaboration and Innovation.
- Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission, Nov 2012.D. Lgs. 81/2008
- Norma OHSAS 18001:2007
- Prevention of accidental needle sticks before the Directive 2010/32/EU in a sample of Italian hospitals].Di Bari V, De Carli G, Puro V; Gruppo Collaborativo dello Studio Italiano sul Rischio Occupazionale da HIV e Altri Patogeni a Trasmissione Ematica (SIROH). Med Lav. 2015 May 4;106(3):186-205. Italian.
- Efficacy of safety catheter devices in the prevention of occupational needlestick injuries: applied research in the Liguria Region (Italy). Sossai D, Di Guardo M, Foscoli R, Pezzi R, Polimeni A, Ruzza L, Miele M, Ottaggio L, Fontana V, Copello F, Dellacà P, Doria M, Onesti A, Montecucco G, Risso F, Nelli M, Benvenuti I, Santacroce M, Giribaldi L, Picelli G, Simonini S, Venturini P
- Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses Chapter 39 Personal Safety for Nurses Alison M. Trinkoff; Jeanne M. Geiger-Brown; Claire C. Caruso; Jane A. Lipscomb; Meg Johantgen; Audrey L. Nelson; Barbara A. Sattler; Victoria L. Selby
- How Can the Patients Remain Safe, If We Are Not Safe and Protected from the Infections"? A Qualitative Exploration among Health-Care Workers about Challenges of Maintaining Hospital Cleanliness in a Resource Limited Tertiary Setting in Rural India.
- Joshi SC, Diwan V, Joshi R, Sharma M, Pathak A, Shah H, Tamhankar AJ, Stålsby Lundborg C. Int J Environ Res Public Health. 2018 Sep 6;15(9).

- **Indagine Relativa ad Episodi di Violenza in Ambito Lavorativo**

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.

Abstract per il cittadino

Prosegue nell'Ospedale 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, 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". 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.

Abstract in lingua inglese

Detection of aggressive behaviors continues in the Polyclinic Hospital, through the data recording of the cards of the detection of aggressive behaviors by patients / family / others. The survey is aimed at ascertaining the number of aggressive events in the Hospital, the intensity of the episodes through the use of the international questionnaire "Overt Aggression Scale - OAS" (Yudofsky et al., 1986) which describes the increase of verbal aggression, physics aggression

against objects, aggression against people, aggression self-directed. The aim is to ascertain the frequency of aggressive accidents in all Departments, to motivate the possible need for changes in the Institute, to allow the acquisition of skills by the operators in assessing and managing these events. The Project for the detection of incidents of aggression is included in the Ministerial Recommendation n.8 "Prevention of acts of violence against operators".

The survey began on 1 April 2014, experimentally restricted for 4 months to the departments at greatest risk for patient type (Psychiatry, Geriatrics, Internal medicine, Neurology, Infectious diseases) or by type of services (First Aid, Intensive Care); subsequently it was extended to the entire hospital: the total number of events reported is 549, as at 30 September 2018.

Obiettivi

Lo scopo della rilevazione e del Progetto 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, permettere l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi.

Metodi

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 a novembre 2018 (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. Orengo Direttore UO Gestione del Rischio Clinico Qualità Accredimento 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 di comportamenti aggressivi all'interno dell'Ospedale Policlinico è effettuata 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 o autodiretta.

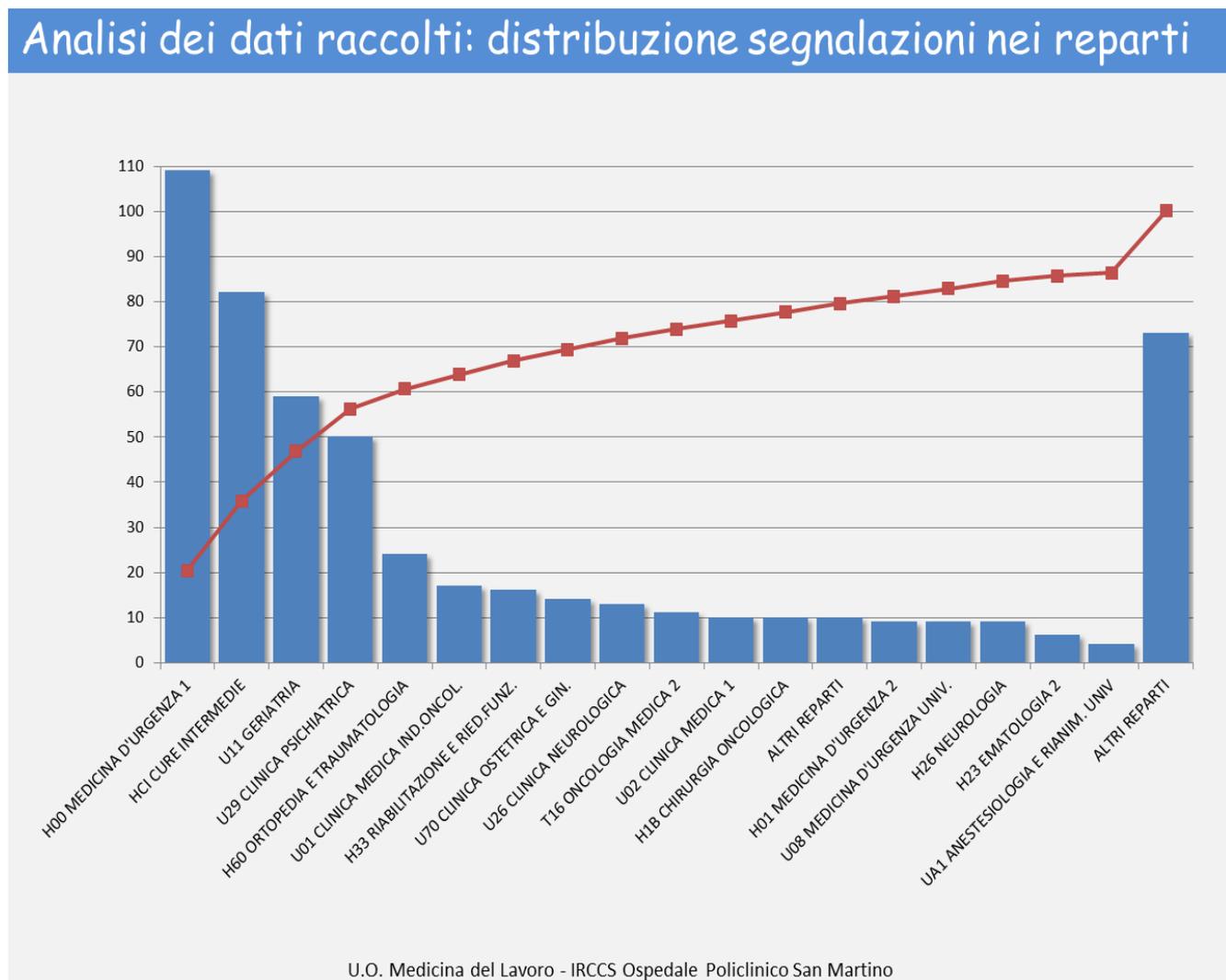
Tempi di realizzazione

La rilevazione è iniziata il 1 aprile del 2014 ed è in corso a tutt'oggi.

Costi

I componenti del Gruppo di lavoro partecipano allo stesso, quale attività istituzionale.

Risultati



Il **Grafico 1** rappresenta la distribuzione nei reparti, che vede al primo posto la Medicina d'Urgenza, seguita dalle Cure Intermedie, dalla Geriatria e dalla Clinica Psichiatrica.

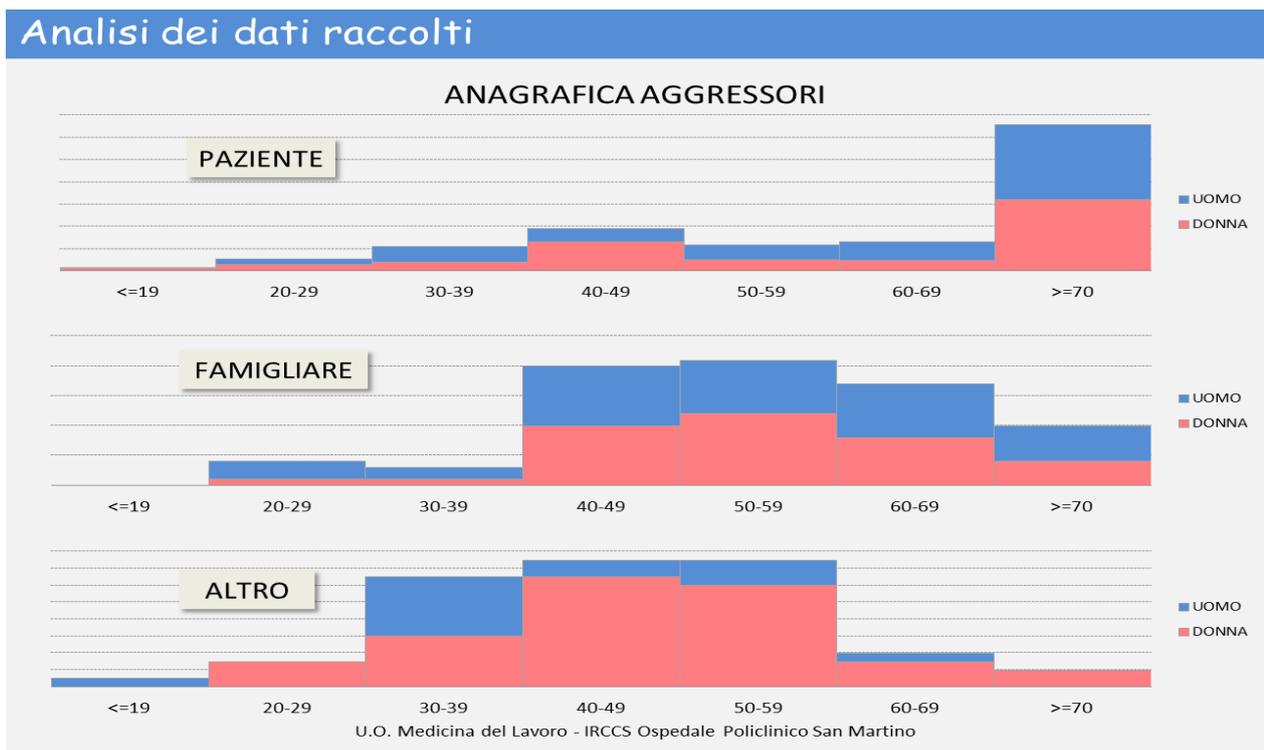


Grafico 2. La distribuzione per sesso ed età degli aggressori vede prevalentemente anziani tra i pazienti, più giovani tra i famigliari ed altre figure; i due sessi si equivalgono con l’eccezione delle altre figure dove prevale il sesso femminile.

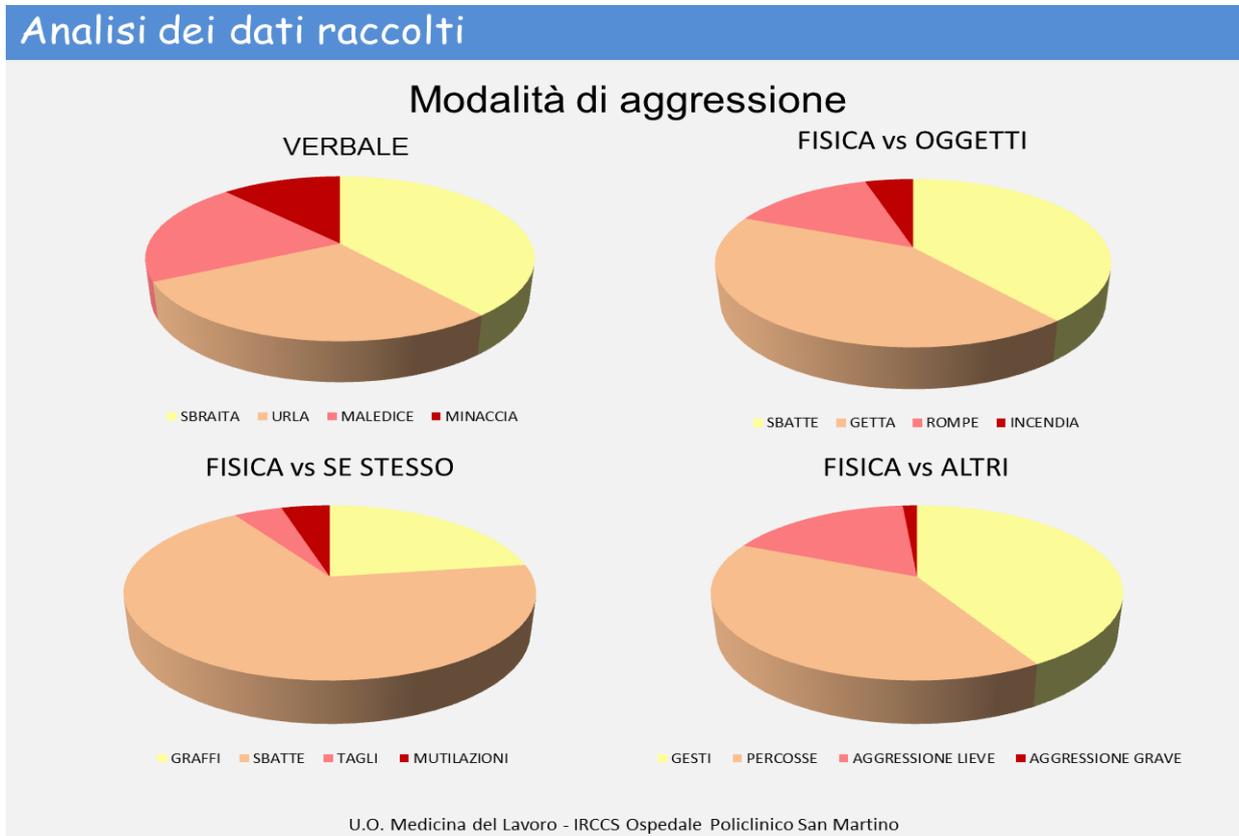
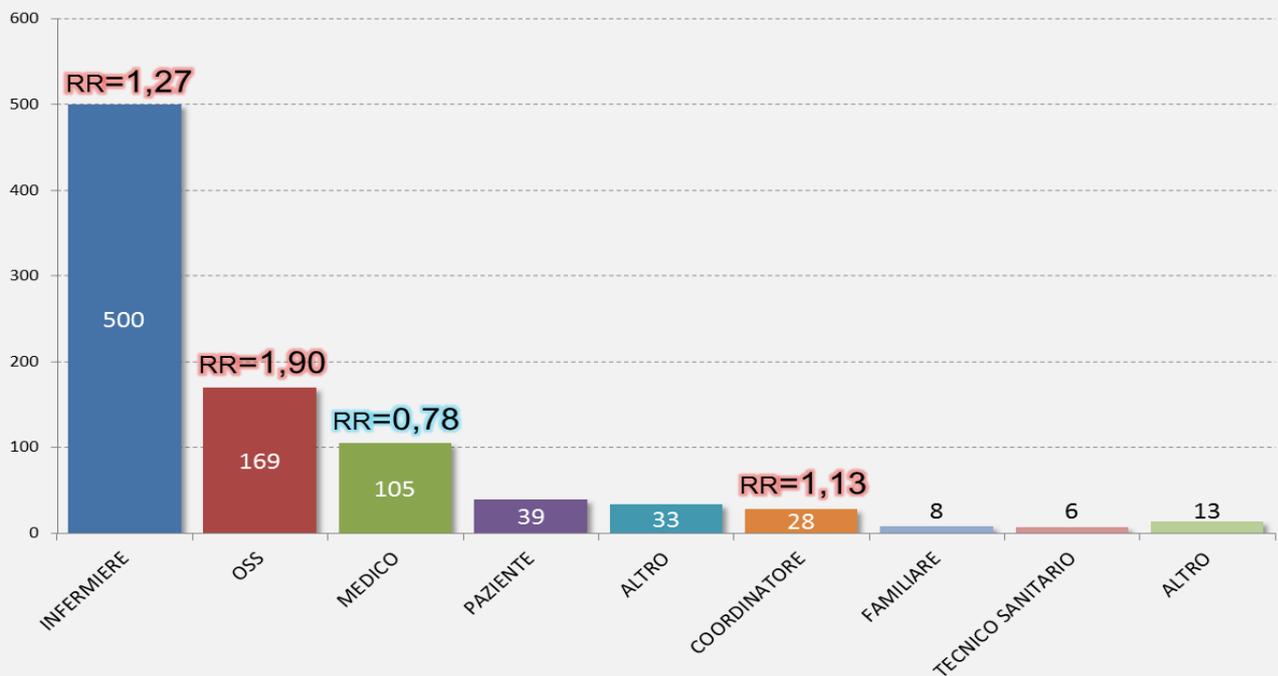


Grafico 3. Le modalità di aggressione vanno dalla verbale più semplice (sbraitare e urlare) sino alle lesioni gravi nei confronti del personale o degli oggetti (incendio); sono stati segnalati anche casi di autolesionismo.

Analisi dei dati raccolti

Distribuzione vittime per qualifica



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

Grafico 4. 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

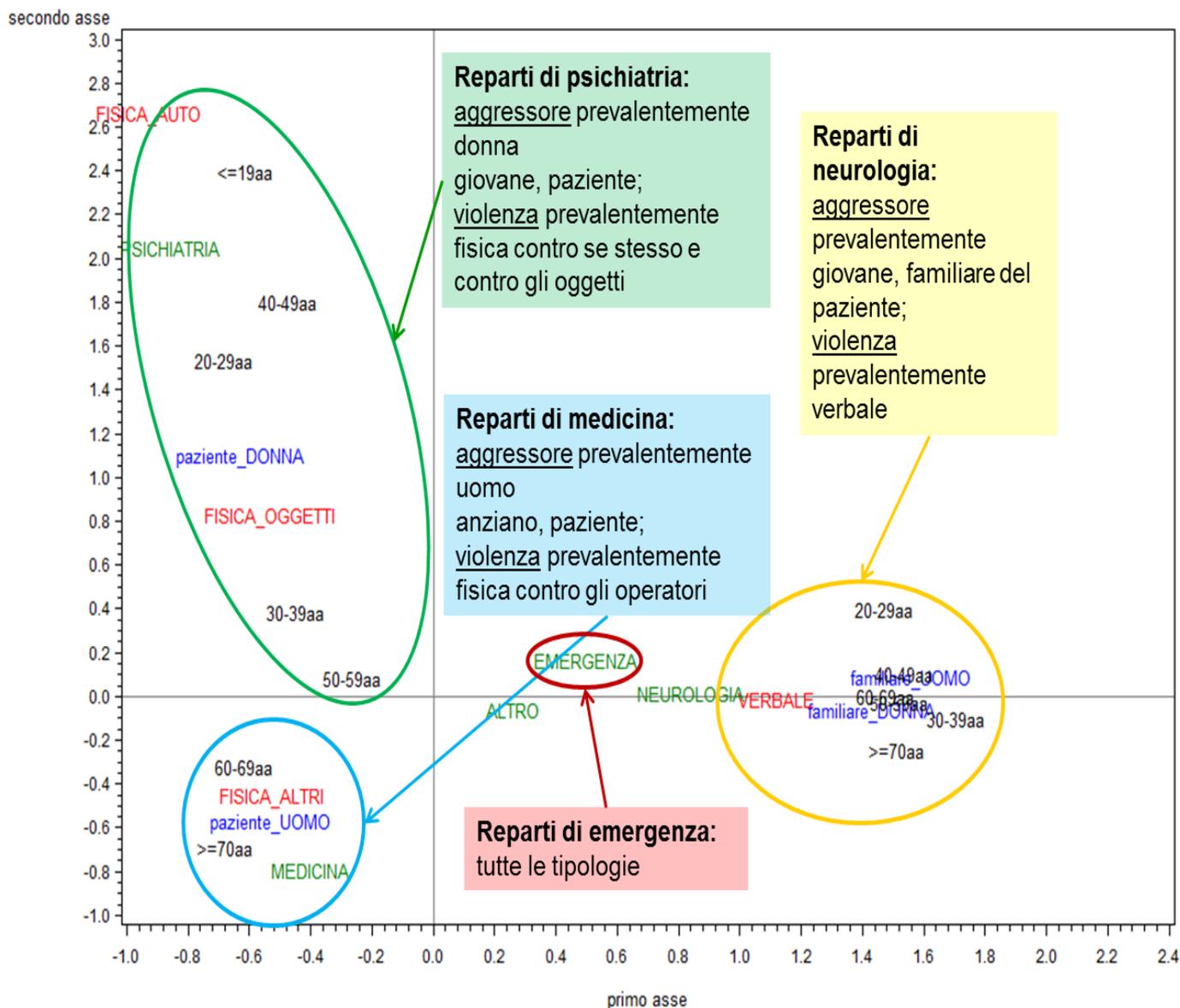
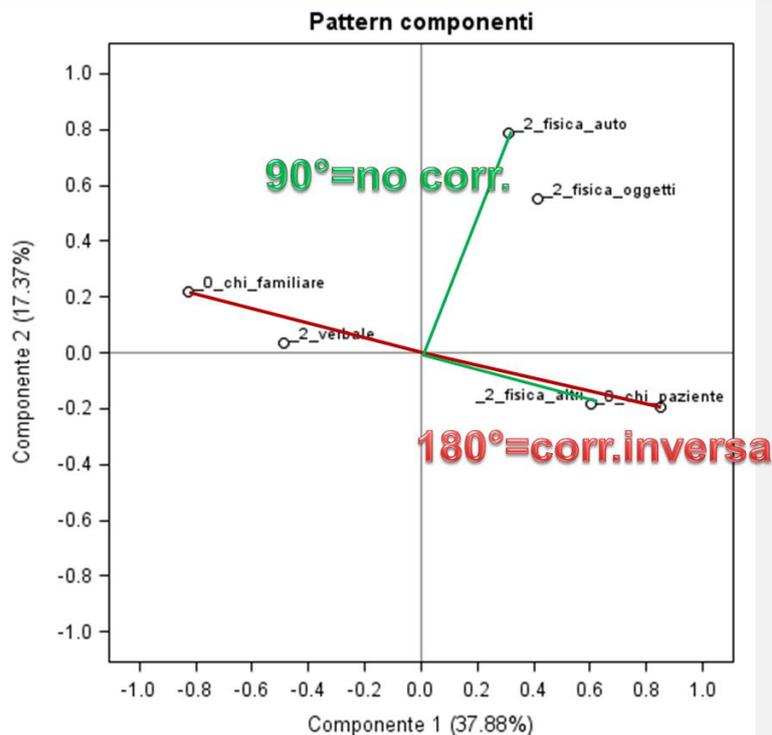
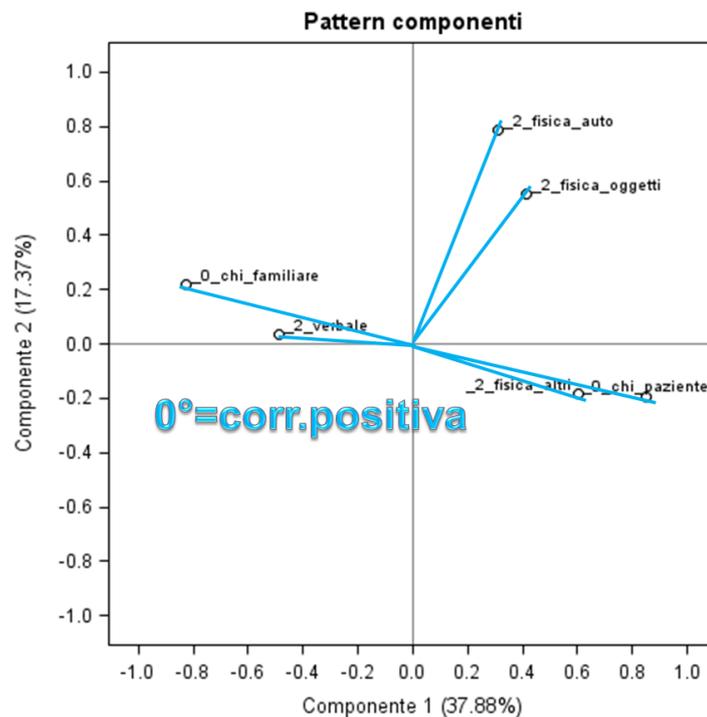


Grafico 5. L'analisi statistica multidimensionale consente di individuare essenzialmente quattro tipologie di aggressione, diverse per contesto, caratteristiche dell'aggressore e comportamento violento messo in atto.

Analisi dei dati raccolti



Analisi dei dati raccolti



Grafici 6-7. 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 familiari solitamente esprimono una violenza di carattere verbale. Solitamente pazienti e familiari non sono associati nella messa in atto del comportamento violento.

Analisi dei dati raccolti

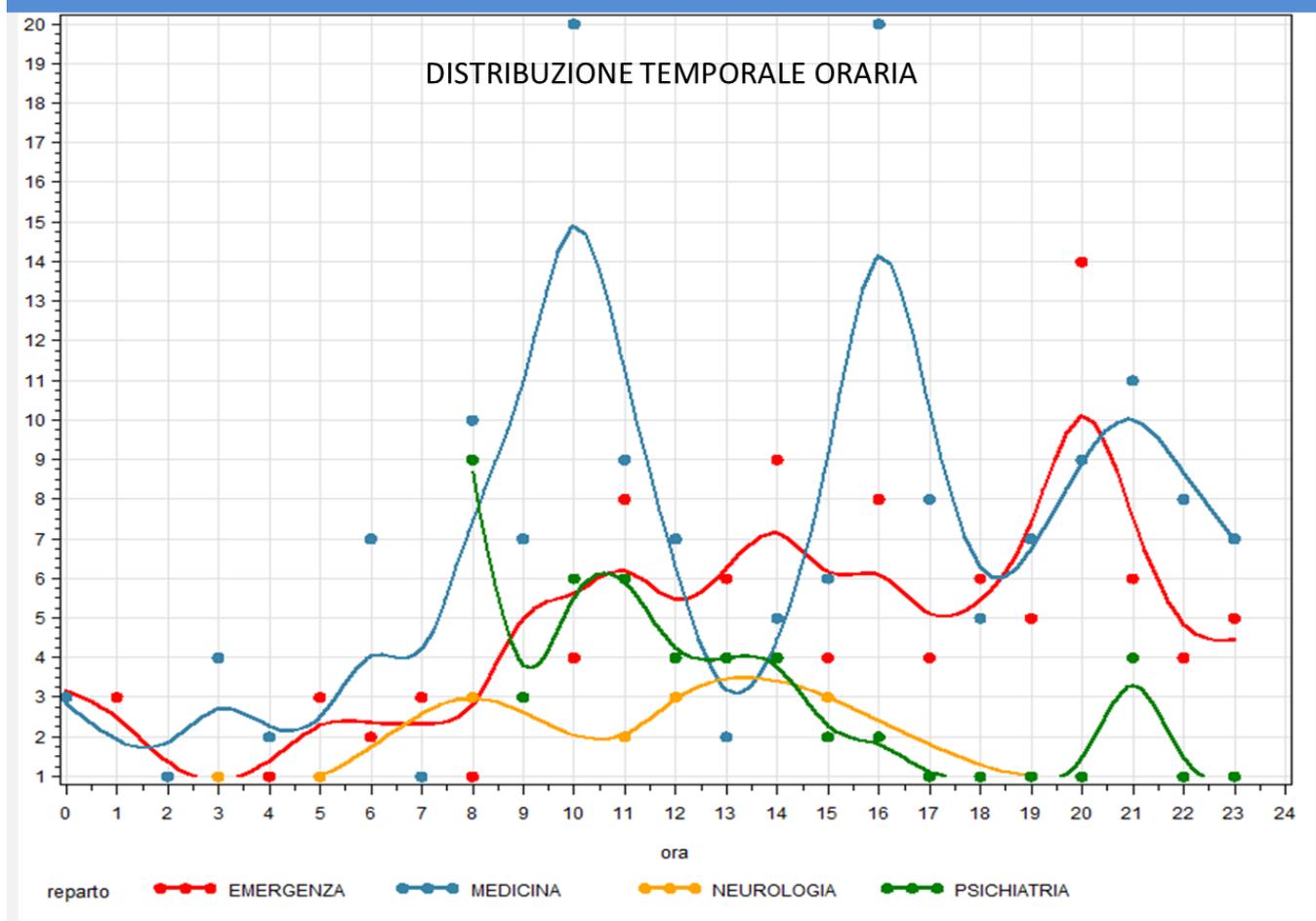


Grafico 8. La distribuzione oraria nei diversi reparti dimostra trend giornalieri differenti: in salita nelle Medicine con tre picchi (metà mattina, metà pomeriggio e in serata); in salita al Pronto Soccorso con due picchi al cambio turno delle ore 14 e delle ore 20; in discesa in Psichiatria dopo il picco del mattino con un lieve picco alle ore 21; indicativamente costante nelle Neurologie con due picchi nella prima mattina e nel primo pomeriggio.

Bibliografia e Normativa

Decreto Legislativo N. 81 del 9 aprile 2008 “Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”

Raccomandazione Ministeriale N. 8 “Prevenzione degli atti di violenza a carico degli operatori”

Delibera D.G. N. 324 del 28/04/2009 ed integrazione con provvedimento N. 1202 del 29/12/2009

Delibera N. 870 del 04/07/2013

Delibera N. 1718 del 30/11/2018 “Revisione della composizione del Gruppo di lavoro per la valutazione dei rischi psicosociali: stress lavoro-correlato e violenza”