



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

RELAZIONE DI ATTIVITA' GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE ANNO 2019

Sommario

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE	2
COMUNICAZIONE.....	38
FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA'	60
SICUREZZA DEL PAZIENTE: APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E SVILUPPO DI BUONE PRATICHE.....	75
IMPARARE DALL'ESPERIENZA: GESTIONE SINISTRI.....	99
LINK.....	101
Elenco 121 Allegati.....	102

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE

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

<p>G1 Modello organizzativo aziendale Unità Gestione Rischio (UGR)</p>	<p>L'organizzazione dell'Unità di Gestione del Rischio (con Del. N°89 del 02/02/2017 "Provvedimenti in ordine alla riorganizzazione dell'Unità di Gestione del Rischio Clinico dell'Istituto secondo le procedure CARMINA e approvazione del relativo regolamento di funzionamento" e successiva Del. N° 354 del 29/03/2017 "Organizzazione dell'Unità di Gestione del Rischio dell'Istituto secondo le procedure CARMINA") è articolata in modo da garantire l'integrazione di tutti i soggetti coinvolti, a vario titolo, nel monitoraggio delle attività per la gestione della rischiosità nel Policlinico e per corrispondere in modo adeguato a quanto previsto dalla deliberazione di Giunta Regionale n° 486 del 27/05/2016 recante "Assegnazione obiettivi ai Direttori Generali/Commissari Straordinari, ecc" che ha introdotto per tutte le Aziende e IRCCS Liguri lo strumento C.A.R.M.In.A.</p> <p>La struttura dell'UGR attualmente articolata in un gruppo strategico e sette gruppi operativi avendo a riferimento le 7 aree dello strumento di monitoraggio del Rischio C.A.R.M.In.A., prevederà in futuro anche un Gruppo Operativo dedicato ad "Umanizzazione ed Etica" costituendo quindi l'Area 8 di C.A.R.M.In.A.</p> <p>Si riporta la struttura UGR con la composizione di ogni gruppo operativo ed il relativo Coordinatore.</p> <p>Gruppo Strategico - Area 1 C.A.R.M.In.A. - Governance, Consapevolezza e Misurazione:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 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 <p>Coordinatore del Gruppo Operativo è il Direttore dell'UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP.</p> <p>Gruppo Operativo - Area 2 C.A.R.M.In.A.- Comunicazione, composto da:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Direttore UO Sistemi Informativi e Ingegneria Clinica➤ Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera➤ Responsabile UO Direzione e gestione delle Professioni Sanitarie➤ Direttore UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP <p>Coordinatore del Gruppo Operativo è il Responsabile UOS Formazione e Comunicazione.</p> <p>Gruppo Operativo - Area 3 C.A.R.M.In.A.- Conoscenze e Abilità, composto da:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera➤ Un rappresentante del Collegio di Direzione
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Responsabile UOS Formazione e Comunicazione ➤ Responsabile UO Direzione e gestione delle Professioni Sanitarie ➤ Direttore UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditemento e URP <p>Coordinatore del Gruppo Operativo è il Direttore UO Sviluppo Risorse Umane.</p> <p>Gruppo Operativo - Area 4 C.A.R.M.In.A.- Ambiente e Contesto Sicuri, composto da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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, Accreditemento e URP <p>Coordinatore del Gruppo Operativo è il Direttore UO Servizio Prevenzione e Protezione.</p> <p>Gruppo Operativo - Area 5 C.A.R.M.In.A.- Processi Assistenziali, composto da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 <p>Coordinatore del Gruppo Operativo è il Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera.</p> <p>Gruppo Operativo - Area 6 C.A.R.M.In.A. - Gestione dell'Evento Avverso, composto da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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, Accreditemento e URP <p>Coordinatore del Gruppo Operativo è il Direttore UO Psicologia Clinica e Psicoterapia.</p> <p>Gruppo Operativo - Area 7 C.A.R.M.In.A.- Imparare dall'esperienza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditemento e URP <p>Gruppo Operativo – Area 8 C.A.R.M.In.A. “Umanizzazione ed Etica”</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditemento e URP <p>Coordinatore del Gruppo Operativo è il Referente dell’URP (UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditemento e URP)</p>
<p>G2 Gruppo Operativo UGR</p>	<p>Il funzionamento dell’UGR, è declinato per ogni Gruppo Operativo:</p> <p>GRUPPO STRATEGICO AREA 1 CARMINA</p> <ul style="list-style-type: none"> • E’ compito del Gruppo strategico definire il piano triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità (PiGIR), che sostituisce in modo integrale il Progetto di Miglioramento PM009

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

GRUPPI OPERATIVI

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

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

Definizione del PiGIR	Giugno 2017
Definizione dei 3 PAA	Luglio 2017
Report PAA	31 Gennaio 2018 – 2019 – 2020
Report PiGIR	2020

Il PiGIR "Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2018-2020" esprime le progettualità che si intendono implementare nel triennio; è stato pubblicato il 20/11/2017 ed è visibile sia in Intranet Aziendale sia in Internet nel sito *web* del Policlinico, seguendo il link: http://www.hsanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=4949:piano-triennale-gestione-integrata-della-rischiosit%C3%A0-2018-2020.pdf

Ogni Gruppo Operativo ha sintetizzato le proprie Azioni Programmatiche nelle sinossi contenute nel "Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2018-2020".

Area 1 Governance, Consapevolezza e Misurazione

AREA	SUB AREA	AZIONI	PIANO ANNUALE	RESPONSABILITA'	VISIONE TRIENNALE
1 - STRATEGICA	PROCESSI ILOO.	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 ILOO. AZIENDALI E DI U.O.	VERIFICA CONOSCENZA IN AUDIT	U.O. QUALITA'	CONOSCENZA DEI PROCESSI
		FORMAZIONE SU ILOO. 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 ILOO. (PAROLE CHIAVE)
			PUBBLICAZIONE NUOVE ILOO.		
		ILOO. DI U.O.	VALUTAZIONE DI OPPORTUNITA'	U.O. QUALITA'	
	ARMONIZZAZIONE CON ESIGENZE GENERALI				
	MANUTENZIONE ILOO.	REVISIONE ANNUALE DELLE ILOO.	COMITATO DI REDAZIONE DELL'ILOO. 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 ILOO. SUPPORTO METODOLOGICO DEFINIZIONE PDTA	CONDIVISIONE DELLE REGOLE CON COD (entro 2018)	U.O. QUALITA' COD	LA VOUT OMOGENEO ESTANDRIZZATO DI REDAZIONE PDTA
		ANALISI E GESTIONE RISCHI NEGLI SNODI DEI PDTA	ANALISI FMEA DEGLI SNODI DECISIONALI NEL 20% DEI PDTA ATTIVI (entro 2018)	COORDINATORI DMT U.O. QUALITA'	ANALISI FMEA DEGLI SNODI DECISIONALI NEL 60% DEI PDTA ATTIVI
	PRESA IN CARICO	REALIZZAZIONE DELLA PC MEDICA E INFERMIERISTICA DI PROCESSO	DECLARATORIA DELLA PC (entro giugno 2018) APPLICAZIONE DELLA PC AL 20% DEI PDTA ATTIVI	COD COORDINATORI DEI DMT	APPLICAZIONE DELLA PC AL 60% DEI PDTA ATTIVI
		REALIZZAZIONE DELLA PC MEDICA E INFERMIERISTICA DI SEGMENTO	DECLARATORIA DELLA PC (entro giugno 2018) APPLICAZIONE DELLA PC AL 20% DEI PDTA ATTIVI	COD COORDINATORI DEI DMT	
		DEFINIZIONE CONTATTI CON FASE TERRITORIALE (se presente)	AVVIO CONTATTI CON ASL3 SUI PDTA ATTIVI (MAL. CEREBROVASC., DEMENZE, CURE PALLIATIVE IN ONCO)	COORDINATORI DMT	REALIZZAZIONE DEL PERCORSO INTEGRATO DI CURA CON ASL3 (2020)
	COMPORTAMENTI & AUTOMATISMI	DEFINIZIONE AZIONI PUNIBILI E REGOLE PER L'APPLICAZIONE DELLE SANZIONI	(giugno 2018)	STAFF DG & DS	RIDUZIONE DEI COMPORTAMENTI OMISSIVI
		ATTIVITA' DI SORVEGLIANZA	SORVEGLIANZA STRUTTURATA	SPP, HDR, HQA, U76	

Area 2 Comunicazione

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

Area 4 Ambiente e Contesto sicuri-Prima Sinossi

AREA	SUB AREA	AZIONI	PIANO ANNUALE	RESPONSABILITA'	VISIONE TRIENNALE
4- AMBIENTE E CONTESTO SICURI (PRIMASINOSI)	PROCESSI II.OO.	PIANI PER LA GESTIONE STRUTTURATA DI EMERGENZE INTERNE STRUTTURALI (INCENDI*, ALLUVIONI, TERREMOTI E BLOCCHI FUNZIONALI**)	PIANI DI EMERGENZA AZIENDALE E PIANI DI EMERGENZA DEDICATI DI OGNI SINGOLA UNITA OPERATIVA. DOCUMENTAZIONE PRESENTE SULLA INTRANET AZIENDALE	DIREZIONE SANITARIA / UOSPP / UO ATTIVITA TECNICHE / UO SERVIZI INFORMATIVI	PERIODICI AGGIORNAMENTI IN CASO DI CAMBI TIPOLOGIA ATTIVITA', ORGANIZZAZIONE, COLLOCAZIONE DELLE UNITA' OPERATIVE. CENTRALE UNICA GESTIONE SISTEMI DI ALLARME
	PROCESSI II.OO.	PIANI DI EMERGENZA 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 BURLOGGE E DEGLI ALIMENTI, AL KM 0, ALLA DIMINUIZIONE DELL'IMPATTO AMBIENTALE E ALL'OTTENIMENTO DI BURLOGGE PIÙ ECONOMICI

Area 4 Ambiente e Contesto sicuri-Seconda Sinossi

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

Area 4 Ambiente e Contesto sicuri-Terza Sinossi

AREA	SUB AREA	AZIONI	PIANO ANNUALE	RESPONSABILITA'	VISIONE TRIENNALE
4- AMBIENTE E CONTESTO SICURI (TERZA SINOSI)	PROCESSI II.OO.	PERCORSI STOCCAGGIO FARMACI	INVENTARIO ANNUALE - SCADENZIARIO.CONTROLLO GIACENZE A CAMPIONE. ANALISI ABC. VERIFICA CONSERVAZIONE A TEMPERATURA CONTROLLATA	UOC FARMACIA	REPORT ANDAMENTO VARIAZIONI INVENTARIALI
	PROCESSI II.OO.	PERCORSI PREPARAZIONE FARMACI LAB. ANTIBLASTICI	VALUTAZIONI PRESCRIZIONI THERA 80. PERCORSO PREPARAZIONE FARMACI E CONTROLLI DI QUALITÀ. VALUTAZIONE REFLUI A LOTTO. CONTROLLI AMBIENTALI	UOC FARMACIA	PIANO VALUTAZIONE ERRORI E RISCHI. PIANO VALUTAZIONE CONTROLLI AMBIENTALI
	PROCESSI II.OO.	RACCOMANDAZIONI SUI FARMACI LOOK-ALIKE/SOUND-ALIKE	AGGIORNAMENTO PROCEDURA ESISTENTE	UOC FARMACIA	VALUTAZIONE DEI RISCHI
	REGOLAMENT O AZIENDALE	PERCORSI DI ACQUISIZIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI (CON ANALISI RISCHI)	RIUNIONI CAD SETTIMANALI CON ALLARGAMENTO AD ALTRE UU.OO. INTERESSATE. GARE	UOC FARMACIA DMPO	VALUTAZIONE ANDAMENTO RICHIESTE IN ESCLUSIVA
	REGOLAMENT O AZIENDALE E DELIBERAZION E	INTRODUZIONE NUOVI DM E NUOVE TECNOLOGIE	MINI HTA CAD VALUTAZIONE CESSIONI GRATUITE	UO FARMACIA DMPO UO QUALITÀ UO SISTEMI INFORMATIVI	REPORT QUALI QUANTITATIVI
	REGOLAMENT O AZIENDALE E I.O.	DISPOSITIVO VIGILANZA	COSTITUZIONE GRUPPO GIDACC CON RIUNIONI TRIMESTRALI	UO FARMACIA DMPO UO SISTEMI INFORMATIVI	VALUTAZIONE INCIDENTI E REVISIONE DELLE SEGNALAZIONI PRIVE DI FEED BACK MINISTERIALE
	PROCESSI II.OO.	RADIOPROTEZIONE PAZIENTI	CONTROLLI DI QUALITÀ APPARECCHIATURE AREA RADIOLOGICA (D.LGS 187/00) CON VARI 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

Area 5 Processi Assistenziali- Prima Sinossi

AREA	SUB AREA	AZIONI	PIANO ANNUALE	RESPONSABILITA'	VISIONE TRIENNALE
5 - PROCESSI ASSISTENZIALI (PRIMA SINOSI)	DOPPIO CONTROLLO DELL'IDENTITÀ DEL PAZIENTE	PROGETTO CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA	ADOZIONE CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA: -16/10/2017 AVVIO IN PRONTO SOCCORSO	GRUPPO DI LAVORO PREPOSTO AD IMPLEMENTAZIONE CCE	CORSO FORMAZIONE DEL PERSONALE ASSISTENZIALE (MEDICO, INFERMIERISTICO, TECNICO E DI SUPPORTO ALL'ATTIVITÀ CORRELATA)
	READ-BACK	REDAZIONE ISTRUZIONE OPERATIVA: - 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- UO IGIENE- UO MICROBIOLOGIA-UO FARMACIA- UO SISTEMI INFORMATIVI E INGEGNERIA CLINICA-UO CLINICA MALATTIE INFETTIVE	REALIZZAZIONE STUDIO DI INCIDENZA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA ASSOCIATO A STUDIO SU COMPLIANCE DELL'IGIENE DELLE MANI DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI - REALIZZAZIONE CARTELLA INFORMATICA PER DIFFUSIONE IN INTRANET DEI DATI DELLE SORVEGLIANZE IN ATTO, DI LINEE GUIDA, PUBBLICAZIONI ECC.- PROGETTAZIONE STUDIO PREVALENZA ICA
	PRECAUZIONI STANDARD ISOLAMENTO				
PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA					

Area 5 Processi Assistenziali-Seconda Sinossi

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

Area 6 Gestione dell'Evento Avverso

AREA	SUB AREA	AZIONI	PIANO ANNUALE	RESPONSABILITA'	VISIONE TRIENNALE
6- GESTIONE DELL'EVENTO AVVERSO	GESTIONE EVENTO	<ul style="list-style-type: none"> • I.O. Recepimento del protocollo Ministeriale per il Monitoraggio degli Eventi Avversi • Schede 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 U.O.GESTIONE RISCHIO CLINICO, QUALITA', 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 U.O.GESTIONE RISCHIO CLINICO, QUALITA', 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 e Psicoterapia • Assistenza legale interna per gli operatori presso l'U.O. Affari Generali e Legali • L'attivazione dell'UO Psicologia Clinica e Psicoterapia avviene a cura del Coordinatore del Gruppo Strategico Area 1 	<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. 	U.O.PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA U.O.AFFARI GENERALI E LEGALI U.O.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'attivazione dell'UO Psicologia Clinica e Psicoterapia avviene a cura del Coordinatore del Gruppo Strategico Area 1 	<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 U.O. PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA	Chiarezza dei percorsi, dei ruoli e delle competenze. Risposte appropriate.

Area 7 Imparare dall'esperienza

AREA	SUB AREA	AZIONI	PIANO ANNUALE	RESPONSABILITA'	VISIONE TRIENNALE
7 - IMPARARE DALL'ESPERIENZA	ANALISI REATTIVE MEDIANTE TECNICHE ROOT CAUSES ANALYSIS, AUDIT CLINICI	REALIZZAZIONE DI RCA- AUDIT CLINICI	- REALIZZAZIONE DI RCA PER INCIDENT REPORTING, EVENTI AVVERSI, EVENTI SENTINELLA - REALIZZAZIONE AUDIT CLINICO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO DEL PERCORSO NASCITA CON RIFERIMENTO ALLE VARIABILI CHE CONDIZIONANO LA CESARIZZAZIONE	UO GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E URP	- PIANIFICAZIONE AUDIT SU ESITI DEL PNE 2017-18 - REALIZZAZIONE AUDIT CLINICO "EFFICACIA DELLA COMUNICAZIONE AL PAZIENTE PER ACQUISIZIONE CONSENSO"
	ANALISI PROATTIVE CON TECNICA FAILURE MODE AND EFFECTS ANALYSIS	FMEA PER OGNI SNODO DECISIONALE DEI PDTA	PROGETTAZIONE DI CORSO FMEA PER HQA	CORDINATORI DEI DMT	FMEA PER OGNI SNODO DECISIONALE DEI PDTA
	INDAGINE SU CULTURA DELLA SICUREZZA NEGLI OPERATORI SANITARI	INDAGINE RELATIVA AD EPISODI DI VIOLENZA IN AMBITO LAVORATIVO	PROLUNGAMENTO INDAGINE RELATIVA AD EPISODI DI VIOLENZA IN AMBITO LAVORATIVO	UO SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE - UO GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E URP	RIDUZIONE EPISODI DI VIOLENZA TRA E SUGLI OPERATORI
	VALUTAZIONE TRA PARI RIGUARDO LA SICUREZZA	CERTIFICAZIONE OHSAS 18001:2007	AVVIO DEL PERCORSO DI CERTIFICAZIONE: • STAGE 1 PREVISTO PER DICEMBRE 2017	UO SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	OTTENIMENTO E MANTENIMENTO CERTIFICAZIONE OHSAS 18001:2007: • STAGE 2 PREVISTO PER MARZO 2018

G2.1.

N. Incontri gruppo operativo UGR

Nel corso del 2019 i Gruppi Operativi UGR hanno effettuato i seguenti incontri:

- **04/07/2019** incontro con Coordinatore Area 6 UGR/CARMINA "Gestione Evento Avverso" sull'avanzamento attività (verbale allegato)
- **08/07/2019** incontro con Coordinatore Area 4 UGR/C.A.R.M.In.A. "Ambiente e contesto sicuri" sull'avanzamento attività (verbale allegato)
- **31/07/2019** incontro con Coordinatore Area 3 UGR/CARMINA "Conoscenze e Abilità" sull'avanzamento attività (verbale allegato)
- **31/07/2019** incontro con Coordinatore Area 5 UGR/CARMINA "Processi Assistenziali" sull'avanzamento attività (verbale allegato)
- **15/10/2019** analisi con metodo *Root Cause Analysis*, dell'evento avverso verificatosi in ambito ematologico il 14 ottobre 2019 (verbale allegato)

- **26/11/2019** incontro dell'Area 1 UGR/CARMINA "Governance, Consapevolezza, Misurazione" (verbale allegato)
- **17/12/2019** *Quality Day*: incontro della rete del Sistema Gestione Qualità con la partecipazione straordinaria dell'Assessore Regionale Sanità, Politiche Sociali e Sicurezza
- **17/12/2019** primo incontro del Gruppo di Lavoro Area 8 di C.A.R.M.In.A. "Umanizzazione ed Etica" (formalizzato in sede UGR del 26/11/2019), durante il quale sono state definite e condivise le finalità del gruppo di lavoro e viene stabilito di dare inizio all'attività occupandosi della gestione clinica, organizzativa ed esistenziale dei pazienti in fine vita, nei reparti di Medicina e Area Critica Medica
- **08/01/2020** secondo incontro Gruppo di Lavoro Area 8 di C.A.R.M.In.A. "Umanizzazione ed Etica", durante il quale si è definito di sviluppare un glossario generale delle parole condivise dal gruppo
- **15/01/2020** terzo incontro Gruppo di Lavoro Area 8 di C.A.R.M.In.A. "Umanizzazione ed Etica".

In particolare **durante l'incontro UGR del 26/11/2019** il *Risk Manager* ha rimarcato l'attualità dei temi espressi nel Piano della Qualità 2016/2018 in vigore e non modificato, ovvero l'importanza per il Policlinico:

- di un approccio per processi
- di un agire basato sull'analisi preventiva del rischio correlato (*Risk based thinking*)
- di un percorso di cura focalizzato sull'Umanizzazione.

Gestire le innumerevoli attività e prestazioni quotidianamente erogate all'interno del Policlinico senza una visione per processi, comporta un elevato rischio di errore ed aumenta l'inefficienza dell'organizzazione. La realizzazione di cambiamenti organizzativi senza una tempestiva ed adeguata valutazione dei rischi espone i pazienti e l'azienda stessa ad incertezza ed effetti indesiderati. Il controllo dei cambiamenti, *Change Control*, permette di avere evidenza delle attività per minimizzare il rischio; permette di garantire che le modifiche organizzative siano introdotte in modo controllato e coordinato con una gestione oculata delle risorse necessarie e con la massima focalizzazione sulla sicurezza del paziente. A tale riguardo l'Area Strategica, presente all'incontro, ha condiviso l'esigenza di redigere un'Istruzione Operativa che definisca le modalità di gestione dei cambiamenti organizzativi nel Policlinico. Il documento verrà redatto da un gruppo di lavoro composto da rappresentanti delle unità operative: Direzione Medica di Presidio (HOR), Gestione Rischio Clinico Qualità Accredimento e URP (HQA), Servizio Prevenzione e Protezione (HPP), Attività Tecniche (HGT), Collegio di Direzione.

Nel corso del 2019 sono state effettuate valutazioni del rischio correlato ai cambiamenti organizzativi per:

- apertura del Day Hospital Emato Oncologico
- il trasferimento dell'UO Ematologia
- apertura della nuova Dialisi presso il Padiglione Maragliano piano terra.

Nei prossimi mesi saranno attuati altri cambiamenti organizzativi dei quali si effettueranno valutazioni dei rischi correlati e dell'impatto che avranno sullo svolgimento delle attività:

- popolazione del Nuovo edificio impropriamente denominato «il Fagiolone»
- trasferimento attività al Nuovo Blocco Operatorio
- trasferimento attività alla Nuova Rianimazione dal Pronto Soccorso
- trasferimento attività alla Nuova Rianimazione Cardiochirurgica

G2.2. Referenti aziendali rischio comparto e dirigenza	<p>Il <i>Risk Manager</i> dell’Ospedale Policlinico San Martino è il Direttore dell’UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP, Dott. Giovanni Orengo.</p>									
G3 Esplicitazione obiettivi in materia di gestione rischio Clinico	<p>➤ <u>Gli obiettivi in materia di Gestione del Rischio sono stati condivisi con la Rete del Sistema Gestione Qualità (SGQ) durante l’incontro <i>Quality Day</i> del 17/12/2019 a cui hanno partecipato 238 persone</u> (Direttori, RAQ, Vice RAQ e Coordinatori delle Unità Operative del Policlinico).</p> <p>Durante l’incontro sono stati approfonditi i seguenti temi:</p> <table border="1" data-bbox="284 510 1501 1003"> <tr> <td>Il Piano della Qualità e la gestione del rischio nella fase di progettualità aziendale</td> </tr> <tr> <td>Infezioni correlate all’assistenza</td> </tr> <tr> <td>Il recepimento di: Linee guida, <i>Good Practices</i> e Raccomandazioni Ministeriali</td> </tr> <tr> <td>Gestione degli eventi avversi - Audit specifici nei Blocchi Operatori</td> </tr> <tr> <td><i>Disease Management Team</i> (DMT) e Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDTA)</td> </tr> <tr> <td>Audit clinici: report dei tre Audit Clinici in corso</td> </tr> <tr> <td>Formazione: programmazione di Formazione a distanza (FAD), Gruppi di Miglioramento per RAQ e per Valutatori Norma UNI EN ISO</td> </tr> <tr> <td>Un modello di gestione e monitoraggio di abilità e competenze per tutto l'Istituto e certificazione delle linee di attività</td> </tr> <tr> <td>Analisi SWOT: report delle analisi redatte dalle singole Unità Operative nel 2019 ed esito della somministrazione del questionario a tutti i presenti</td> </tr> </table> <p>Il <i>Risk Manager</i> durante l’incontro della rete del Sistema Gestione Qualità (<i>Quality Day</i>) del 17/12/2019 ha sottolineato l’importanza dell’implementazione del “<i>based risk thinking</i>”, condividendo con i presenti le osservazioni emerse dalla verifica ispettiva condotta in Istituto dagli Ispettori del Ministero della Salute presso il Centro Cellule Staminali contenute nel rapporto dello 02/01/2019. A seguito della verifica ministeriale sono state introdotte Azioni di Miglioramento importanti, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l’avvio del percorso di perfezionamento <i>FACT JACIE</i> del programma Trapianto di Midollo Osseo (Delibera 48 del 12/01/2019) - la verifica dell’effettiva aderenza agli standard <i>J.A.C.I.E.</i>, nel settembre 2019 da parte dei Valutatori <i>J.A.C.I.E.</i> - l’istituzione e formalizzazione della Struttura Semplice (S.S. Centro Cellule Staminali) quale articolazione della Struttura Complessa “Ematologia” con conseguente modifica al Piano di Organizzazione e Funzionamento (Delibera 1752 del 12/12/2018) - il conferimento di incarico di dirigenza della Struttura Semplice Centro Cellule Staminali (Delibera 117 del 29/01/2019) <p>➤ <u>Gli obiettivi in materia di Gestione Rischio Clinico sono espressi in due documenti programmatici aziendali:</u></p> <p>“Piano della Qualità 2016-2018”, pubblicato sia in Intranet Aziendale sia in Internet nel sito web del Policlinico: http://www.ospedalesanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=3200:piano-triennale-della-qualità.pdf</p> <p>“Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2018-2020” (PiGIR) Visibile sia in Intranet Aziendale sia in Internet nel sito web del Policlinico, seguendo il link: http://www.hsanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=49:49:piano-triennale-gestione-integrata-della-rischiosità%20C3%A0-2018-2020.pdf</p>	Il Piano della Qualità e la gestione del rischio nella fase di progettualità aziendale	Infezioni correlate all’assistenza	Il recepimento di: Linee guida, <i>Good Practices</i> e Raccomandazioni Ministeriali	Gestione degli eventi avversi - Audit specifici nei Blocchi Operatori	<i>Disease Management Team</i> (DMT) e Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDTA)	Audit clinici: report dei tre Audit Clinici in corso	Formazione: programmazione di Formazione a distanza (FAD), Gruppi di Miglioramento per RAQ e per Valutatori Norma UNI EN ISO	Un modello di gestione e monitoraggio di abilità e competenze per tutto l'Istituto e certificazione delle linee di attività	Analisi SWOT: report delle analisi redatte dalle singole Unità Operative nel 2019 ed esito della somministrazione del questionario a tutti i presenti
Il Piano della Qualità e la gestione del rischio nella fase di progettualità aziendale										
Infezioni correlate all’assistenza										
Il recepimento di: Linee guida, <i>Good Practices</i> e Raccomandazioni Ministeriali										
Gestione degli eventi avversi - Audit specifici nei Blocchi Operatori										
<i>Disease Management Team</i> (DMT) e Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDTA)										
Audit clinici: report dei tre Audit Clinici in corso										
Formazione: programmazione di Formazione a distanza (FAD), Gruppi di Miglioramento per RAQ e per Valutatori Norma UNI EN ISO										
Un modello di gestione e monitoraggio di abilità e competenze per tutto l'Istituto e certificazione delle linee di attività										
Analisi SWOT: report delle analisi redatte dalle singole Unità Operative nel 2019 ed esito della somministrazione del questionario a tutti i presenti										

➤ **Per il raggiungimento degli obiettivi in materia di Gestione del Rischio Clinico, si è definito di avvalersi dello strumento Audit Clinico**, per l'individuazione di aree di miglioramento, la promozione dell'innovazione e la successiva valutazione dei cambiamenti introdotti nei processi assistenziali, come peraltro previsto anche dal "Piano Socio Sanitario Regionale nell'ambito del Capitolo 3. Riforma Sanitarie e strumenti di Governance - 3.5 il Rischio Clinico - 3.5.1 La visione di Sistema:

Mercoledì 27 dicembre 2017

Anno 48 N. 52 Supplemento

REPUBBLICA ITALIANA



BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LIGURIA

PUBBLICATO DALLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO REGIONALE - ASSEMBLEA
LEGISLATIVA DELLA LIGURIA - VIA FIESCHI 15 - GENOVA

Direzione, Amministrazione: Tel. 010-54.851

Redazione: Tel. 010 5485663 - 4974 - 4038

PARTE SECONDA

Atti di cui all'art. 4 della Legge Regionale 24 dicembre 2004, n. 32 e ss.mm. e ii.

SOMMARIO

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE ASSEMBLEA LE-
GISLATIVA DELLA LIGURIA 05/12/2017 N. 21

Anno 48 - N. 52 Supplemento

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LIGURIA

Parte II 27.12.2017 pag. 50

Regione Liguria ha, inoltre, avviato un programma di Audit Clinici pluriennale per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate.

La strategia adottata è quella di costituire, su base regionale, un gruppo di 30 Clinical Audit Facilitators (C.A.F.) in grado di accompagnare il Sistema Sociosanitario Regionale nella realizzazione della pianificazione triennale.

Nel corso del 2019, i "**Facilitatori di Audit Clinico**" che hanno seguito una specifica formazione nel 2018, hanno svolto due nuovi Audit Clinici e proseguito un Audit Clinico in fase di re-audit (Taglio cesareo). I tre Audit Clinici citati, sono:

- ❖ **Audit Clinico Osservazionale Prospettico "Informazione e Consenso"**, approvato dal Comitato Etico Regionale il 19/11/2018
- ❖ **Audit Clinico in merito alla mortalità per carcinoma gastrico a 30 giorni**
- ❖ **Re-Audit Osservazionale Prospettico del percorso nascita con riferimento alle variabili che condizionano la cesarizzazione**, la cui Prima Fase è stata completata.

➤ **Gli obiettivi riguardo l'aderenza dei comportamenti alle Buone Pratiche**, sono contenuti all'interno di *Checklist* ed Verbali utilizzati in sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità: **Check di valutazione aderenza alle buone pratiche MODHQA_0044A** REV5/2018 contenente indicatori di rilevazione di:
-Corretta identificazione del paziente

-Consenso al trattamento ai dati sensibili, nomina fiduciario, nomina dell'incaricato al trattamento dei dati

-Gestione emocomponenti

-Marcatura sito chirurgico

-Gestione stravasato

-Gestione stravasato di mezzi di contrasto

MODHQA_044C REV3/2018 contenente indicatori di rilevazione di:

-Gestione CVC/PICC

-Gestione farmaci antitumorali

MODHQA_044B REV5/2019 contenente indicatori di rilevazione di:

-Igiene delle mani per verifica dell'aderenza a indicazioni aziendali contenute nei documenti

-IOAZU76-0006 "La frizione alcolica delle mani"

-IOAZU76-0007 "Lavaggio sociale delle mani"

-IOAZU76-0008 "Lavaggio antisettico delle mani"

-Manuale informativo HPP "Dispositivi di protezione individuale"

-LGAZU76_0002 "Raccomandazioni per le misure di isolamento in ospedale" pag. 15/16

MODHQA_0044LAB REV3/2018 contenente indicatori di rilevazione di:

-Igiene delle mani e corretto utilizzo dei guanti monouso non sterili (presso le UU.OO. Laboratori) per la verifica dell'aderenza alle indicazioni aziendali contenute nei documenti:

- Manuale informativo HPP "Dispositivi di protezione individuale"
- LGAZU76_0002 "Raccomandazioni per le misure di isolamento in ospedale"
- MODAZHQA_0030CC REV7/2018 *Check List* di Valutazione Compilazione Cartella Clinica

- **In materia di Gestione del Rischio, costituisce un obiettivo importante la verifica dell'aderenza agli standard previsti da OECI (Organization of European Cancer Institute).** L'Ospedale Policlinico San Martino in quanto Istituto di Ricerca e Cura a carattere Scientifico sarà oggetto di Re-accreditamento nel corso del 2020.



Accreditation and Designation Programme

OECI-EEIG
c/o Fondation Universitaire
11 Rue d'Egmont
1000 Brussels, BELGIUM

IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino –
IST Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro
Largo Rosanna Benzi, 10 16132, Genova Italy

Subject: Reaccreditation OECI A&D Programme
Date of issue: 7 May 2019

Dear members of the Board of,

On 25 and 26 November 2014, IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, was visited by an OECI audit team for the OECI Accreditation Programme. Following the approval of the improvement action plan your centre is rewarded with the OECI Accreditation and Designation certificate, issued on 21 May 2015 and will be valid till 21 May 2020.

One of the ultimate goals of the OECI A&D Programme is to achieve a visible and reliable quality management system and a continuous quality improvement culture in the oncology institutes in Europe. This should support quality and comprehensiveness in oncology care, research and education.

Once you are accredited, it is essential to maintain it as part of your organization's ongoing performance improvement. The OECI A&D programme requires accredited organizations to become reaccredited every five years.

Because of the validation of the OECI Accreditation and Designation certificate until 21 May 2020, we would like to offer you the possibility to start the self-assessment in the e-tool and have the peer review visit before the ending of the validation of the certificate.

➤ **In materia di Gestione del Rischio, costituisce obiettivo importante:**
la Gestione dell’Emergenza Interna nell’Ospedale Policlinico San Martino
(a cura UO Servizio Prevenzione e Protezione)

La Direzione Sanitaria del Policlinico ha la responsabilità della risposta all’emergenza e questo comporta la necessità di definire un Piano di Emergenza Evacuazione generale (di seguito 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. (di seguito 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.

Obiettivi

- Descrizione delle modalità di gestione dell’emergenza sia a livello generale che a livello di ogni specifica Unità Operativa
- Individuazione dei ruoli e delle responsabilità nell’intervento
- Consultazione dei Piani di Emergenza da parte di tutte le categorie di personale
- Gestione delle modalità, della programmazione e dell’effettuazione delle prove di evacuazione e valutazione oggettiva dei risultati raggiunti.
- Creazione di un nuovo modello di Piano di Emergenza Interno della U.O. che sia di facile ed immediata lettura, con le indicazioni essenziali riguardanti i presidi di sicurezza (es. tipologia, ubicazione ecc...).
- Integrazione delle varie centraline di allarme con la remotizzazione del segnale in un unico presidio.

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., l’ UO. Servizio Prevenzione

e Protezione (di seguito UO. SPP) ha definito il modello del piano di emergenza evacuazione interno della UO. (di seguito PEI) pubblicato in intranet come MODAZHPP_0019SGSL.

Ogni U-O. 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 di eventuali modifiche apportate in accordo con la UO., il documento è inviato, a cura della UO. SPP, 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 ISOLAB-WEB, il PEE e i PEI vengono inseriti anche su Intranet, e visualizzati nell'apposita area definita "Emergenza in Ospedale". E' tuttavia in corso di avanzata progettazione la modifica del layout delle prime due pagine. Si è voluto privilegiare una struttura schematica atta ad evidenziare rapidamente la dotazione di presidi per la sicurezza ubicati nella U.O. lasciando la descrizione testuale delle varie criticità nella seconda parte del documento.

Si prevede di introdurre il nuovo formato di PEI dal gennaio 2020 e sarà necessario predisporre corsi informativi al fine di facilitarne la compilazione da parte del personale.

Per una migliore consultazione del PEE le singole schede sono estrapolate dal documento integrale e disponibili per tipologia di emergenza. I PEI sono 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 riferimento al vie di esodo e 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 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 (di seguito 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.

- Prova di Evacuazione vera e propria. Le modalità possono essere differenti in quanto occorre tenere conto delle diverse tipologie e peculiarità dei singoli Padiglioni.
- Riunione di *debriefing* a cui deve partecipare il maggior numero di persone 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.

Una particolare criticità si è rilevata nella pianificazione di evacuazioni di reparti con pazienti molto problematici (es: sale operatorie, rianimazione, Pronto Soccorso) la movimentazione dei quali può risultare notevolmente complicata. Per questo motivo si è deciso di organizzare incontri propedeutici con tutto il personale delle singole U.O. interessate alla prova di evacuazione durante i quali verranno fornite e ribadite informazioni dettagliate su concetti più generali riguardanti il reparto (es. compartimentazione, vie di esodo, evacuazione orizzontale ecc...) con il chiaro scopo di formare/informare i vari soggetti sulla complessità di evacuare i pazienti presenti, analizzando in dettaglio le possibili soluzioni operative.

Tempi di realizzazione

I Piani di Emergenza Evacuazione PEE e PEI sono già stati pubblicati e sono soggetti a revisioni per l'aggiornamento continuo nel tempo. Come indicato in precedenza è in corso una sostanziale revisione dei PEI che dovranno venire tutti aggiornati.

Si prevede che l'intera operazione possa concludersi entro la metà del 2020.

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 2018 sono state effettuate 5 prove di evacuazione che hanno coinvolto 6 U.O. del Policlinico e 9 ditte di servizi esterne** (ubicato presso IST Nord, Padiglione Cotella e Padiglione Mensa).

Nel 2019 sono state effettuate 8 prove di evacuazione che hanno coinvolto 21 U.O. del Policlinico. In due casi la prova è stata effettuata in coordinazione con il SPP dell'Università agli Studi di Genova poiché è il gestore tecnico degli edifici interessati anche se ospitano Unità Operative del Policlinico. Il confronto con le istruzioni operative delle ditte esterne e dell'Università è risultato estremamente utile in quanto ha permesso di chiarire tutti gli aspetti che avrebbero potuto causare incomprensioni in caso di emergenza portando ad una sostanziale uniformità nelle modalità di azione.

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 discusso in sede di riunione di *debriefing* al fine di imparare dall'esperienza e programmare i necessari interventi migliorativi.

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

L'U.O. Fisica Sanitaria tra i suoi compiti si occupa della 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 tramite la dematerializzazione della relativa documentazione e l'implementazione di un sistema di gestione informatizzato che ne consenta l'archiviazione e la consultazione da parte dei soggetti coinvolti e interessati. Il progetto riguarda fundamentalmente:

-Risultati delle misure e delle elaborazioni dei Controlli di Qualità, riportati su moduli o registri cartacei di difficile consultazione da parte dei responsabili 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 è provveduto alla registrazione dei risultati come referto sull'applicativo aziendale Estensa (EBIT). Questo permette 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 Gamma Link della ditta fornitrice del servizio regionale di dosimetria personale (XGamma Guard). 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.

Avanzamento lavori 2019:

- Per quanto riguarda la DEMATERIALIZZAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI CQ, TRAMITE L'UTILIZZO DI ESTENSA, CON MIGLIORAMENTO DELLA VISIBILITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE è stata predisposta l'anagrafica delle apparecchiature in modo da

poter accettare su Estensa i controlli; tutte le informazioni relative all'apparecchio sono riportate nel file dell'anagrafica e vengono richiamate automaticamente nei vari moduli inserendo il numero identificativo dell'Ingegneria Clinica. Sono stati predisposti (per ogni tipologia di apparecchiatura) i modelli che costituiscono gli allegati al Referto e sono stati codificati i testi dei Referti, delle Conclusioni e dei Dati Strutturati. Sono stati risolti i conflitti tra IS/PACS; attualmente i controlli di qualità previsti vengono regolarmente "accettati" ed "eseguiti" sull'applicativo Estensa. Sono stati resi "definitivi" e visibili ai responsabili delle apparecchiature tutti i "referti" relativi ai controlli del 2018.

- Per quanto riguarda la REVISIONE E OTTIMIZZAZIONE DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE RELATIVA: REGISTRI, NORME DI RADIOPROTEZIONE, II. OO., ETC è stato aggiornato e dematerializzato il documento "Quaderno di Radioprotezione" che costituisce la Sezione Iniziale del Registro di Radioprotezione previsto dal D. Lgs 230/95 e smi, in cui vengono riportate le sigle, le definizioni, i documenti di riferimento, le responsabilità e la composizione del Registro stesso. In questo documento vengono elencate le varie Sezioni del Registro tra cui rientrano le cinque nuove sezioni delle misure (RX Grafia e Telecomandati, Angiografi e TC, Intensificatori di Brillanza, Mammografi – Irradiatori – OPT – Endorali – MOC, Portatili) che sono state istituite in sostituzione delle precedenti (che sono state scansionate e archiviate in quanto riportanti numerose apparecchiature non più in uso e non aderenti alle attuali collocazioni). Le Norme e le Istruzioni Operative sono state aggiornate dal punto di vista formale.
- Per quanto riguarda PASSAGGIO AL NUOVO SISTEMA INFORMATIZZATO GAMMALINK Tutta la gestione della documentazione relativa alla Dosimetria Personale è rientrata nel sistema.

<p>G4 Eventi avversi / quasi eventi</p>	<p>Nel Policlinico è in uso la Scheda di segnalazione adottata dalle aziende sanitarie di Regione Liguria (“Scheda Segnalazione Spontanea degli Eventi” MODAZHQA_701). La Gestione degli <i>Incident Reporting</i> è effettuata secondo quanto stabilito dall’ Istruzione Operativa Aziendale IOAZHQA_0701- Gestione Scheda Segnalazione Spontanea Eventi – <i>Incident Reporting</i></p>
<p>G4.1 Incident reporting (IR):</p>	<p>Le segnalazioni sono effettuate volontariamente da tutto il personale del Policlinico ed inviate all’UO Gestione del Rischio, Qualità, Accreditamento e URP.</p>
<p>G4.1.1 segnalazione</p>	<p>L’UO Gestione del Rischio, Qualità, Accreditamento e URP provvede all’analisi della Scheda attraverso una valutazione integrata da parte di un <i>team</i> Medico/Infermiere. Le segnalazioni (MODAZHQA_0701) che pervengono all’HQA sono soggette alle opportune forme di tutela della riservatezza. Alla raccolta delle segnalazioni cartacee fa seguito l’immediata registrazione nel sistema applicativo <i>Web</i> aziendale <i>Op-Risk</i> per l’archiviazione e la trasmissione dei soli dati salienti (inesattezza, inadeguatezza, ritardo, omissione rispetto alle procedure) alla Regione Liguria.</p>
<p>G4.1.2 analisi e gestione</p>	<p>Analisi dell’Evento. Tutti i casi vengono posti all’attenzione del Direttore UO Gestione del Rischio, Qualità, Accreditamento e URP e, in particolare per i casi più gravi, dal punto di vista del rischio è definita in modo condiviso la modalità di gestione. In HQA il <i>Team</i> Integrato di valutazione medico/infermiere provvede a realizzare una delle seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Avviare l’analisi ritenuta più opportuna per il caso in questione (<i>Audit, Incontri, Significant Event Analysis, Root Cause Analysis</i>) al fine di raccogliere elementi sull’evento, fattori causali o concomitanti, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni che dovranno esser formalizzate in Azioni Correttive. Contestualmente sarà individuato un Coordinatore/ Responsabile dell’implementazione e dell’Azione Correttiva B. Se l’evento segnalato è riferibile all’area di competenza di altre UU.OO. di Staff, si provvederà ad inoltrare la segnalazione in forma sintetica all’ Unità Operativa interessata C. Se l’evento segnalato è riferibile a svista o dimenticanza temporanea e nel caso sia stata tempestivamente identificata la causa prossima all’evento in errore attivo senza conseguenze dannose, si provvederà a concludere l’<i>iter</i> <p>Definizione di eventuali Azioni Correttive. Tranne i casi in cui l’evento sia riferibile a svista o dimenticanza temporanea, si procederà all’individuazione di Azioni Correttive volte a migliorare i processi aziendali. Nel caso in cui le Azioni Correttive abbiano un impatto in termini di risorse aggiuntive, l’intero percorso di definizione e progettazione verrà trasferito alla Direzione Strategica del Policlinico per ottenere l’approvazione alla sua implementazione. Per ogni Azione Correttiva verrà identificato il Coordinatore/Responsabile della realizzazione e del cronogramma delle attività. Responsabilità. Il Coordinatore/Responsabile delle singole Azioni Correttive è incaricato dell’implementazione e della realizzazione delle attività definite nel cronogramma. L’ UO Gestione del Rischio, Qualità, Accreditamento e URP è responsabile del monitoraggio di ogni Azione Correttiva implementata.</p> <p>Allegati: IOAZHQA0701 Gestione Scheda Segnalazione Spontanea Eventi - <i>Incident Reporting</i> MODAZHQA_701 Scheda Segnalazione Spontanea degli Eventi</p>

G4.1.3
misurazione
IR

I dati relativi agli *Incident Reporting* sono inviati annualmente a Regione Liguria.
Nel corso del 2019 sono pervenute 84 schede di segnalazione spontanea, che descrivono eventi ascrivibili alle sottocategorie riportate nella Tabella sottostante, confrontati con i dati relativi al 2018:

SOTTOCATEGORIA INCIDENT REPORTING	2018	2019
FARMACI	7%	14.3%
SANGUE E DERIVATI	7%	8.3%
RISCHIO LAVORATIVO	1%	8.3%
CAMPIONI BIOLOGICI (TRASPORTO IDENTIFICAZIONE-REFERTAZIONE)	16%	15.5%
DISPOSITIVI E PRESIDI	3%	3.6%
ESAMI STRUMENTALI	1%	
UFFICIO TECNICO/STRUTTURA	9%	10.7%
INFORMATICA/INGEGNERIA CLINICA	10%	6.0%
CARENZA DI PERSONALE	20%	4.8%
ASSISTENZA/COMPORTAMENTI NON IDONEI	14%	15.5%
TRASPORTO DEI PAZIENTI	8%	8.3%
COMUNICAZIONE	4%	4.8%

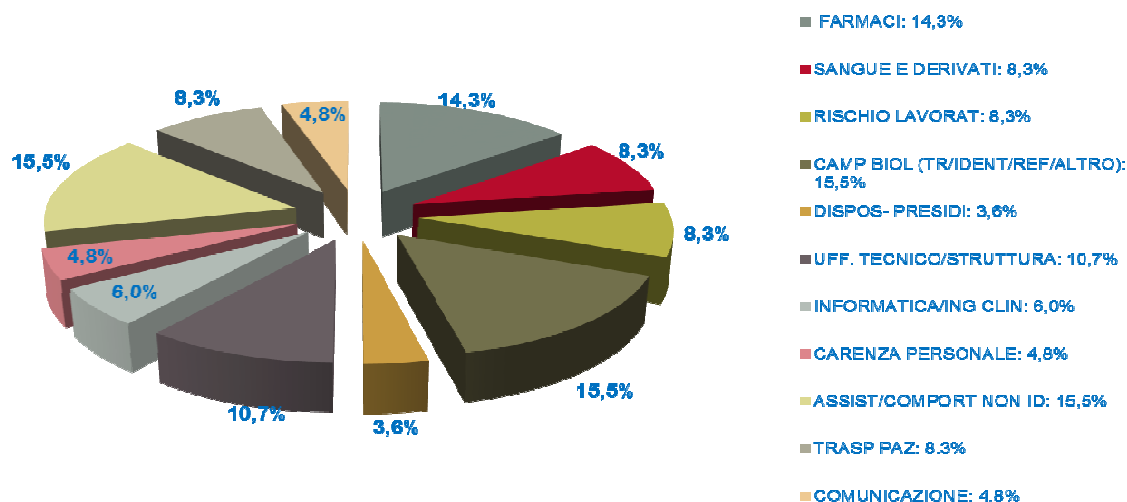


Grafico Incident Reporting 2019

Nei casi di segnalazioni per le quali si è ritenuta necessaria un'analisi approfondita ed Azioni di Miglioramento, sono stati effettuati incontri con i soggetti coinvolti, al fine di valutare e condividere i percorsi di miglioramento ritenuti idonei a prevenire ulteriori eventi, garantendo la riservatezza dei dati.

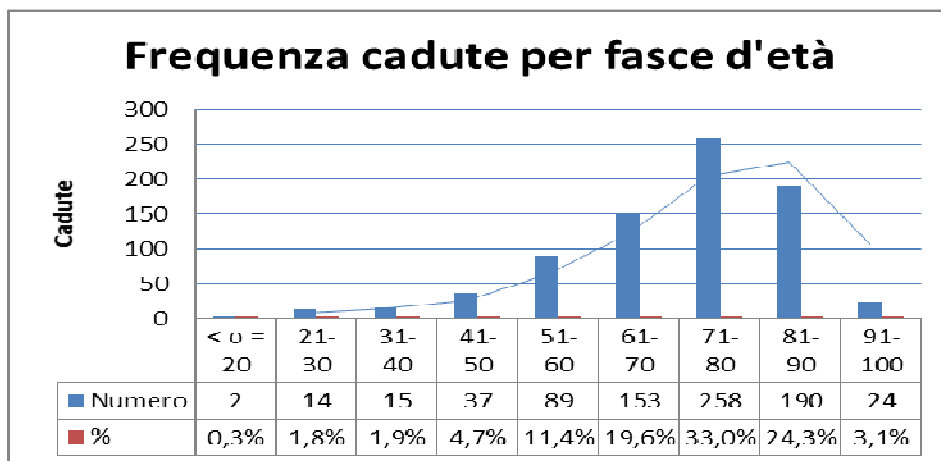
Nel corso del 2019 sono stati effettuati incontri in merito a segnalazioni pervenute come ad esempio riguardo il ritardo nel trasporto interno ed esterno programmato dei pazienti o riguardo il funzionamento dei defibrillatori di recente adozione. Le segnalazioni pervenute, in taluni casi, sono state oggetto di *Root Causes Analysis* come nel caso dell'evento occorso in Dialisi (02/12/2019) o nel caso dell'esecuzione Biopsia TC guidata (15/10/2019) o dei casi assimilabili a Dolore Toracico (05/06/2019).

**G4.2
Misurazione
cadute**

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 omogeneo su tutto il territorio. **All'interno del Policlinico, nel periodo compreso tra il 01 Gennaio ed il 31 Dicembre 2018, le cadute segnalate sono state 782. Tutti i dati di seguito esposti riguardano il 2018. Per il 2019 il dato non è desumibile a seguito del passaggio alla Cartella Clinica Informatizzata. Sarà nostra cura integrare la relazione non appena avremo disponibilità dei dati relativi al 2019.**

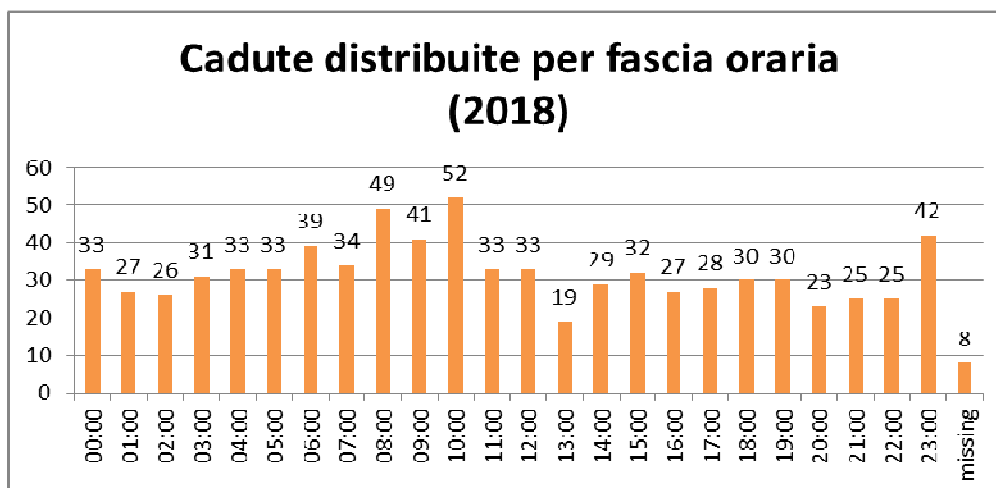
Età

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. L'andamento delle cadute per fascia di età risulta simile a quello dell'anno precedente. Le fasce di età nelle quali si incontra la maggior frequenza di cadute sono quelle comprese tra 71-80 anni e 81-90 anni.



Distribuzione delle cadute per fasce orarie.

La maggior parte delle cadute relative all'anno 2018 si sono verificate tra le ore 4 e le 12 del mattino con una costante frequenza di cadute ≥ 31 ed un picco isolato alle ore 23. Questo costituisce un elemento di differenza rispetto al 2017, in cui si erano verificate un maggior numero di cadute tra le ore 9 e le ore 11. 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.



Fascia oraria 10-11.

Le 52 cadute avvenute in questa fascia oraria si sono verificate mentre il paziente si trasferiva da o verso sedia/poltrona/carrozzina/comoda e mentre camminava. Quindi risulterebbe 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 8 -9.

Le 49 cadute avvenute in questa fascia oraria sono avvenute durante la deambulazione o durante il trasferimento da o verso supporti e dall'igiene personale. E' quindi necessario individuare anche per queste categorie di pazienti e in questa fascia oraria, azioni di miglioramento *ad hoc*.

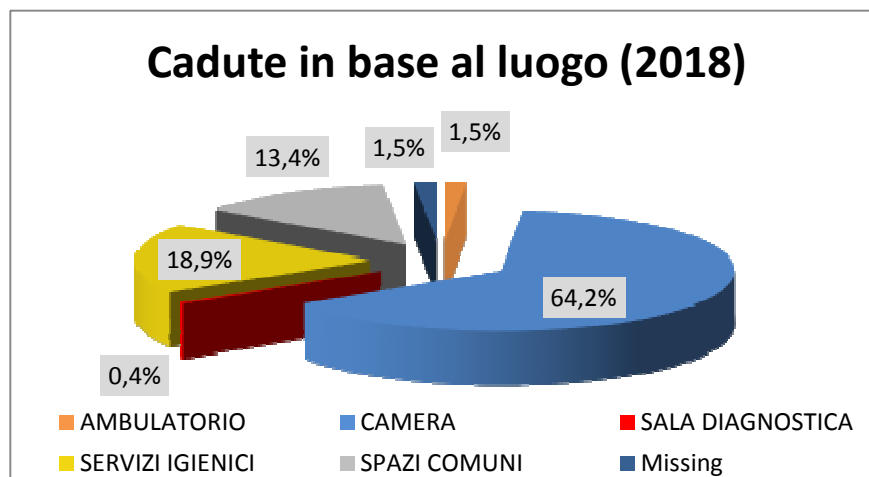
Fascia oraria 23-24.

Le 42 cadute avvenute in questa fascia oraria sono state caratterizzate da una maggiore frequenza mentre il paziente scendeva dal letto oppure saliva sul letto (28%; 208/742). La seconda azione più frequente di caduta in questa fascia oraria, è rappresentata dalla deambulazione con un 21,3% (158/742) e da azioni di igiene personale e sistemazione prima di andare a dormire. Sebbene non sia la fascia oraria di più alta incidenza di cadute, è necessario identificare azioni di miglioramento per ridurre il fenomeno.

DESCRIZIONE AZIONE AL MOMENTO DELLA CADUTA	Fascia oraria		
	10-11	08-09	23-24
MENTRE CAMBIAVA POSIZIONE NEL LETTO CON SPONDINE	0	0	0
MENTRE CAMBIAVA POSIZIONE NEL LETTO SENZA SPONDINE	1	1	1
MENTRE CAMMINAVA	13	13	9
MENTRE ERA IN ATTESA BARELLATO	2	0	0
MENTRE ERA SOTTOPOSTO A MOVIMENTAZIONE DA PARTE DEL PERSONALE	0	0	0
MENTRE PROCEDEVA IGIENE PERSONALE, SI VESTIVA SVESTIVA, USAVA WC	4	9	7
MENTRE SI TRASFERIVA DA/VERSO SEDIA/POLTRONA/CARROZZINA/COMODA	16	10	6
MENTRE STAVA RAGGIUNGENDO: OGGETTO O CAMPANELLO DI CHIAMATA	1	0	1
NON DETERMINABILE	4	4	2
SCENDEVA DAL/SALIVA NEL LETTO	9	9	13
SENZA DATO	2	3	3
TOTALE	52	49	42

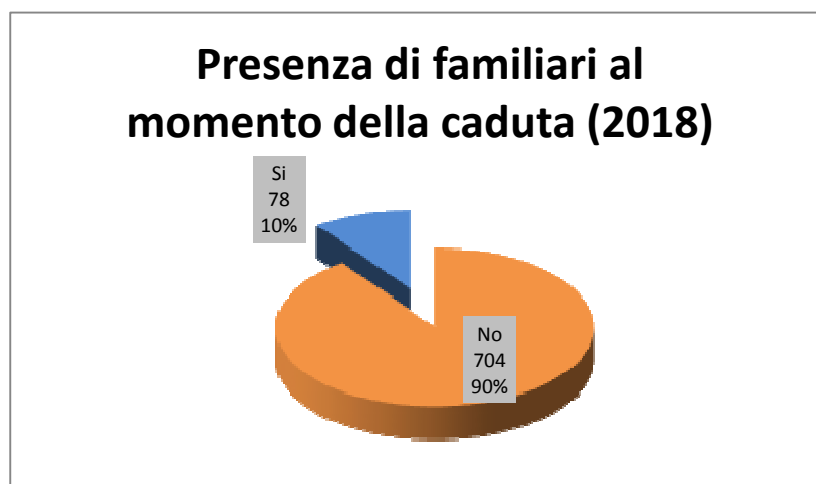
Luogo dell'evento.

La maggior parte delle cadute si sono verificate in camera (502; 64,2%), in bagno (148; 18,9%) e negli spazi comuni (105; 13,4%), in accordo con quanto riportato in letteratura e leggermente modificato riguardo alle cadute del riportate durante l'anno 2017. Per il 2018 è aumentata la percentuale delle cadute nei servizi igienici e si è ridotta la percentuale di cadute in camera.



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. Come si può evincere dalla lettura del grafico a barre precedente (2.1 Distribuzione delle cadute per fasce orarie), la frequenza di cadute risulta nettamente più bassa nella fascia oraria di visita dei familiari ore 13-14.30, rispetto a quella delle altre fasce orarie diurne.

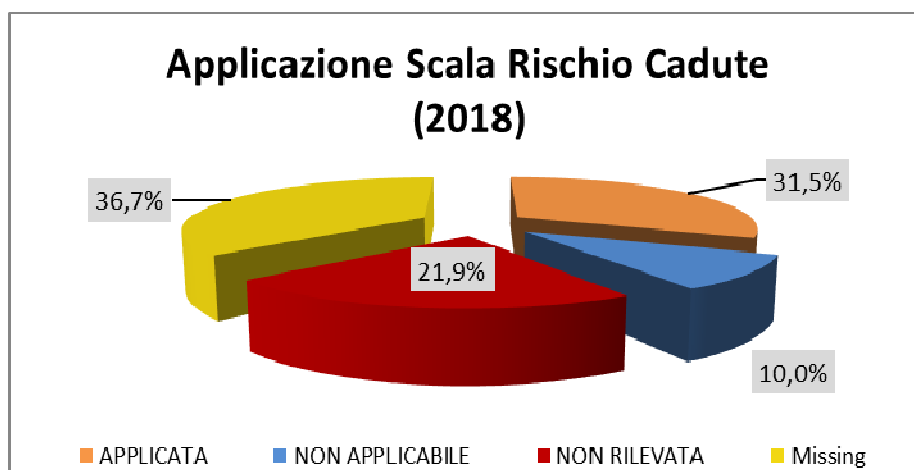


Prevedibilità del rischio cadute e precedenti cadute nel ricovero.

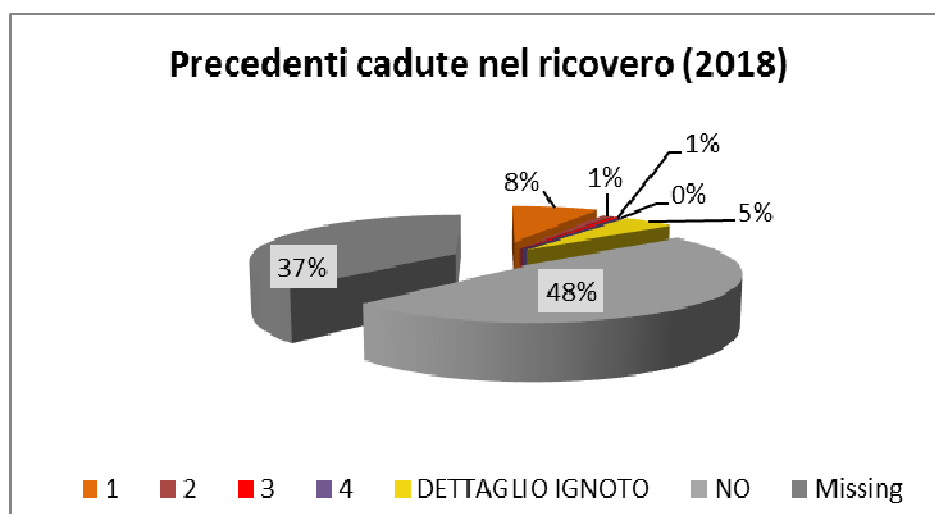
La valutazione della persona al momento della presa in carico rappresenta un intervento primario per la prevenzione della cadute, determinando la possibilità di individuare i pazienti a rischio e quindi di adottare misure di prevenzione adeguate nei loro confronti.

Dall'analisi delle schede di segnalazione relative all'anno 2018 è emerso che nel 31,5% 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 36.7% dei casi. Comparando i dati con l'anno precedente, si evidenzia un peggioramento della valutazione del Rischio Cadute in quanto sono aumentate le schede senza dati (dal 34% nel 2017, al 36.7% nel 2018) così come la riduzione della percentuale di applicazione delle Scale di Rischio Cadute (dal 37% nel 2017, al 31.5% durante il 2018). Visto l'importanza della valutazione del rischio nella prevenzione delle cadute è necessario applicare al più presto azioni di

miglioramento che invertano questa tendenza.



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* (182 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".

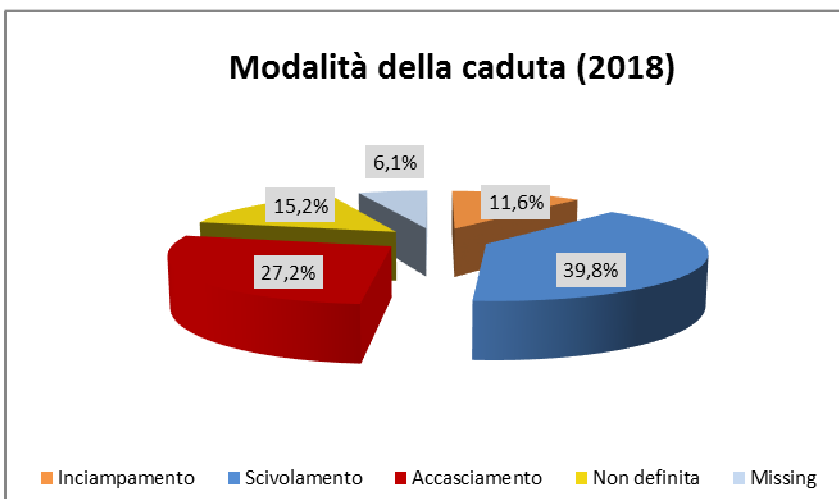


Inoltre, il 8% dei pazienti caduti presentavano almeno una caduta avvenuta nel ricovero precedentemente alla caduta oggetto della segnalazione. Questo dato, unitamente alla valutazione delle scale di misurazione del rischio di caduta, rende ragione dell'oggettiva prevedibilità dell'evento registrato. Si registra inoltre che nel 37% dei casi questo campo della scheda di segnalazione non è compilato adeguatamente. Infatti, considerando univocamente i pazienti, il numero di cadute passa da 782 a 452, il che significa che il 16,8% delle cadute è ripetuto e quindi la mancata o errata compilazione del campo "Precedenti cadute nel ricovero" determina una sottostima relativamente a questo dato.

Modalità della caduta.

Lo scivolamento rappresenta la modalità più frequente con cui sono avvenute le cadute, sia nell'anno 2018 che nell'anno 2017. 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.

Modalità della caduta (2018)

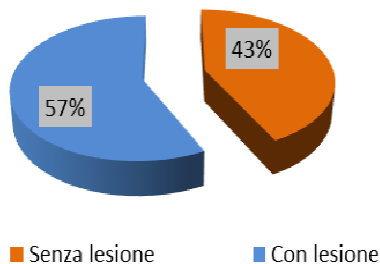


La grande maggioranza delle cadute si è verificata quando il paziente eseguiva attività in autonomia. Questo deve far aumentare il livello di attenzione del personale e incrementare l'informazione al paziente sui rischi di caduta durante la vita di reparto.

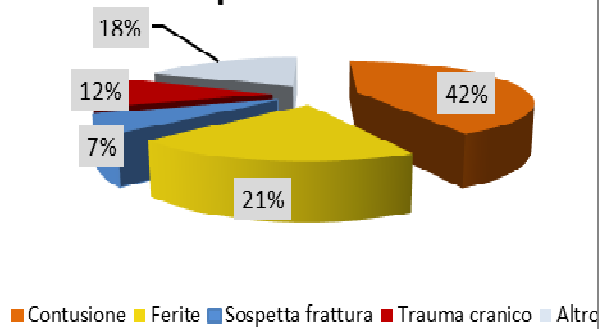
Effetti della caduta.

La maggior parte (57%) delle cadute registrate ha presentato conseguenze (lesioni), tuttavia, tra quelle verificatesi, le contusioni (42%) sono le più rappresentate, seguite dalle ferite (21%).

Conseguenze della caduta



Tipo di lesione



Nella tabella sottostante sono descritte le principali sedi a carico delle quali si sono verificate le sospette fratture, che rappresentano il 7% sul totale delle lesioni.

SEDI LESIONI/FRATTURE	NUMERO
ANCA SN	1
ARTO INFERIORE SINISTRO/ BACINO	1
ARTO SUP DX	1
ARTO SUPERIORE SN	1
BACINO	3
CRANIO	1
SETTO NASALE	3
FEMORE DX	1
FEMORE SN	4
POLSO DX	1
POLSO SN	3
SPALLA DX	1
GINOCCHIO SN	1
CAVIGLIA DX	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
RADIOGRAFIA	177
CONSULENZA	28
VISITA PS	31

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	NUMERO CADUTE
CARDIOLOGICI	254
PSICOFARMACI	269
DIURETICI	166
PIÙ DI 4 FARMACI	331
ALMENO UNO DEI PRECEDENTI	542
NESSUN FARMACO	58

Delle 782 cadute che si sono verificate nel *setting* "ricovero ordinario", 542 si sono verificate in pazienti che associavano almeno uno dei fattori di rischio enunciati. Di questi, 254 erano in terapia con Farmaci Cardiologici, 269 con Psicofarmaci, 166 con Diuretici e 331 in politerapia con più di 4 farmaci. Solamente 58 pazienti non avevano alcuna terapia in atto.

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	154
VISIVI	25
MOTORII	245
NUTRIZIONALI	36
ALMENO UNO DEI PRECEDENTI	143

Conclusioni e Azioni di Miglioramento.

Il passaggio ad un nuovo programma informatico per la raccolta dei dati dei pazienti e la disattivazione del precedente, ha comportato l'impossibilità di identificare i centri di costo delle Unità Operative in cui sono avvenute le cadute durante il 2018 ed il 2019, di conseguenza il 30% circa delle cadute, non è attribuibile ad un preciso Centro di Costo e non è stato possibile analizzare alcuni aspetti. I dati 2018 disponibili 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 even-

ti. Sia nel 2017 che nel 2018, 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. 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, nel Policlinico è in corso il Piano triennale 2018-2020 per l'acquisizione di un totale di 644 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). **Nel 2018 sono stati acquisiti 268 letti, nel 2019 ne sono stati acquisiti 253 e si prevede per il 2020 di acquisire i rimanenti 123 letti.** 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". Prosegue l'attività di sensibilizzazione del personale sanitario sull'adozione e 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.

G4.3
Misurazione
Lesioni da
Pressione
(LDP)

Con l'adozione della Cartella Clinica Elettronica, gli strumenti di registrazione e segnalazione delle Lesioni da Pressione è effettuata in modo informatico; **per il 2019 non è possibile desumere il dato a seguito della transizione alla Cartella Clinica Informatizzata. Sarà nostra cura integrare la relazione non appena avremo disponibilità dei dati relativi al 2019.**

Le schede di segnalazione (di tipo cartaceo) ricevute relative al periodo di osservazione compreso tra il 1°/06/2017 ed il 31/05/2018, sono 373.

All'interno del Policlinico è attivo il "nucleo operativo permanente Lesioni Cutanee" nell'ambito delle attività della Clinica Dermatologica. L'Ambulatorio "Ulcere Cutanee Complesse" a gestione infermieristica, si occupa della prevenzione, gestione e cura delle Ulcere Cutanee, effettua consulenze su tutto l'Istituto per la gestione e l'autogestione delle lesioni da decubito. Fornisce servizi riguardo a: medicazioni semplici e complesse, Bendaggi semplici o compressivi, Esami culturali. Inoltre il personale fornisce indicazioni ed educazione all'autogestione delle lesioni (detersione, disinfezione, ecc.), istruzioni per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni croniche.

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

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

Allo scopo di 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, è attivo all'interno del Policlinico 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 (*TrakCare*), le raccomandazioni per l'adozione di precauzioni aggiuntive e di isolamento.

L'unità operativa Igiene svolge inoltre osservazioni dirette delle procedure di gestione dei pazienti affetti da microrganismi diffusibili nel corso di visite ispettive presso le unità operative degenziali, attraverso la compilazione di una scheda osservazionale, che viene condivisa e sottoscritta dal personale del reparto oggetto di visita. 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.

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.

Il sistema di sorveglianza passiva dei microrganismi *alert* copre pressoché il 100% dei rilevamenti di microrganismi diffusibili (circa 900 consulenze ICA inserite nel gestionale *TrakCare* per segnalazioni di microrganismi *alert* e 38 segnalazioni di batteriemie da enterobatteri produttori di carbapenemasi per l'anno 2018). Le osservazioni dirette delle procedure di gestione dei pazienti affetti da microrganismi diffusibili sono state più di 100 per l'anno 2018, con una segnalazione di conformità relativamente alle procedure adottate in misura superiore al 95% dei casi.

➤ **Adozione e monitoraggio delle procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza**

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

Le istruzioni operative riguardanti la prevenzione delle ICA sono basate sulle più recenti evidenze scientifiche e sulle più aggiornate indicazioni degli organismi nazionali e internazionali: i contenuti di tali istruzioni operative sono chiari, di facile comprensione e adattabili ai diversi contesti assistenziali presenti all'interno dell'azienda. A partire dal 2014, l'Unità Operativa Igiene, su mandato del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) aziendale, e in collaborazione con l'Unità Operativa Clinica Malattie Infettive, effettua, con cadenza almeno annuale, uno studio di prevalenza puntuale delle ICA e del consumo di antibiotici basato su una metodologia standardizzata elaborata 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.

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 sia di specifiche progettualità coinvolgenti specifiche UU.OO.

Nel periodo 2014 – 2019 sono state effettuate sette rilevazioni della prevalenza di ICA e sono stati inclusi complessivamente 6499 pazienti. L'età mediana dei pazienti inclusi nelle 6 rilevazioni è risultata pari a 72 anni (*range* interquartile: 57,5-81 anni, *range*: 0 –101 anni), senza variazioni statisticamente significative nel corso delle sei rilevazioni. Il giorno dello studio 903 pazienti (13,9%) presentavano almeno un'ICA contratta in un ospedale per acuti. Le infezioni più frequenti sono state quelle del torrente circolatorio (confermate dal laboratorio) (22,8%); seguono le infezioni delle basse vie respiratorie (19,9%), le infezioni sistemiche (in larga parte sepsi cliniche senza conferma di laboratorio) (17,8%), le infezioni delle vie urinarie (14,8%), le infezioni del sito chirurgico (11,8%) e le infezioni del tratto gastrointestinale (6,6%). **La prevalenza di ICA è passata dal 15,5% nel 2014 al 14,1% nel 2018, all'11,2% nel 2019.** Nel corso del 2018 sono state condotte più di 600 indagini di sorveglianza ambientale in aree assistenziali a particolare rischio infettivo e più di 1400 rilevazioni della qualità della pulizia e sanificazione ambientale, con una proporzione di osservazioni conformi superiore al 95%. Una criticità è costituita dalle 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) che limitano fortemente l'attuazione delle procedure per la prevenzione delle ICA presso alcune strutture dell'azienda.

➤ **Monitoraggio del Servizio di Sterilizzazione**

L'Ospedale Policlinico San Martino ha affidato il Servizio di Sterilizzazione in *outsourcing*. Il servizio avviene in modalità integrata e centralizzata. Al fine di 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, si effettua un'attività costante e quotidiana di controllo di tutte le varie fasi del processo. A tale scopo sono state predisposte delle istruzioni operative sia da parte della Ditta appaltante sia da parte dell'Ospedale. 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). 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 2018, mostra una conformità del 99%. 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.

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

L'Ospedale Policlinico San Martino ha affidato il Servizio di Ristorazione in *outsourcing*. Il Servizio Ristorazione è rivolto a Degenti, Dipendenti ed Autorizzati. L'U.O. Igiene si occupa

	<p>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 <i>check-list</i> 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 <i>check-list</i> 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 <i>check-list</i>, relative all'anno 2018, mostrano un andamento complessivamente positivo ovvero una conformità delle schede maggiore del 90%.</p> <p>Gli strumenti di valutazione utilizzati sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Check-list</i> Centro cottura e preparazione dei pasti (MODU76_0014) - <i>Check-list</i> Centro Stoccaggio e Mensa Aziendale (MODU76_0015) - <i>Check-list</i> Bar e Piccola ristorazione (MODU76_0016) <p>➤ <u>Monitoraggio del Servizio di Raccolta e Smaltimento dei Rifiuti</u></p> <p>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. L'obiettivo del puntuale monitoraggio effettuato è di 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.</p> <p>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 2018, 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. 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, compilato mensilmente dal Coordinatore di U.O. 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.</p>
<p>G5 Eventi sentinella</p>	<p>Nel contesto del Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella, il Ministero definisce evento sentinella un "evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori elimi-</p>

nabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione". Il Policlinico ha recepito dal 2017 il Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella del Ministero della Salute (Luglio2009), redigendo ed implementando una procedura aziendale per la gestione di eventi Sentinella e contestuale segnalazione all'Osservatorio Nazionale, mediante il sistema SIMES. Le modalità operative sono descritte nell'Istruzione Operativa IOAZHQA_0708 che identifica i responsabili dell'acquisizione dei dati e le modalità di gestione ed analisi degli eventi, coinvolgendo nelle diverse fasi del processo, attori che, a vario titolo, hanno competenza specifica sull'area tematica di riferimento dei singoli possibili eventi. Tutti i casi sono posti all'attenzione del *Risk Manager* ed il *Team* Integrato di valutazione medico/infermiere provvede ad avviare l'analisi ritenuta più opportuna per il caso in questione (Audit, Incontri, *Significant Event Analysis*, *Root Cause Analysis*) al fine di raccogliere elementi, fattori causali o concomitanti sull'evento e successive possibili soluzioni che dovranno esser formalizzate in Azioni di miglioramento dei processi aziendali. Nel caso in cui tali Azioni abbiano un impatto in termini di risorse aggiuntive, l'intero percorso di definizione e progettazione è trasferito alla Direzione Strategica dell'Istituto per ottenere l'approvazione alla sua implementazione. Per ogni Azioni di Miglioramento si identifica il Coordinatore/Responsabile della realizzazione e del cronogramma delle attività. I risultati delle Azioni di miglioramento intraprese in base alle segnalazioni analizzate, sono diffusi in Istituto in occasione di: Incontri dell'Unità di Gestione Rischio UGR/CARMIInA ed Eventi formativi aziendali. Inoltre le Azioni di Miglioramento sono pubblicate nel sito Intranet/Rischio Clinico/Azioni di Miglioramento/ da S.E.A. Come espresso nel report per l'anno 2018, il *Risk Manager* del Policlinico in collaborazione con il Coordinatore Regionale dei Trapianti, ha effettuato incontri con i professionisti, sia per la gestione degli Eventi Sentinella che si sono verificati (analisi con metodo *Root Cause Analysis*), sia per sensibilizzare il personale e richiamare maggiormente l'attenzione sulle azioni che si compiono. Il *Risk Manager*, durante lo svolgimento degli incontri dei diversi Comitati di Dipartimento assistenziali, in cui è strutturato il Policlinico, ha condiviso con i Direttori delle unità operative afferenti, gli eventi accaduti tra ottobre e novembre 2018. Ha invitato tutti a riflettere sui comportamenti che hanno portato al verificarsi di gravi eventi avversi, che si configurano come eventi sentinella ascrivibili ad un mancato doppio controllo.

Il *Risk Manager* ha ritenuto necessario focalizzare l'attenzione sulle azioni, sui comportamenti e sull'esigenza che questi siano aderenti a quanto previsto dalla Raccomandazione N.3(marzo 2008) "Per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura", dalla Raccomandazione N.5(marzo 2008) "Per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO".

Allegati: IOAZHQA_0708 Recepimento del Protocollo Ministeriale per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella - MODAZHQA_0708 Scheda segnalazione evento sentinella

**G5.1.
Misurazione
eventi
sentinella**

Nel 2019 sono stati registrati sul software del Ministero SIMES, un totale di 13 Eventi Sentinella, di cui: 12 cadute del paziente, con danno grave e 1 danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico.

Si riportano di seguito i dati relativi al triennio 2017-2019:

Anno	Eventi sentinella
2019	13
2018	22
2017	15

G6 Gestione sinistri

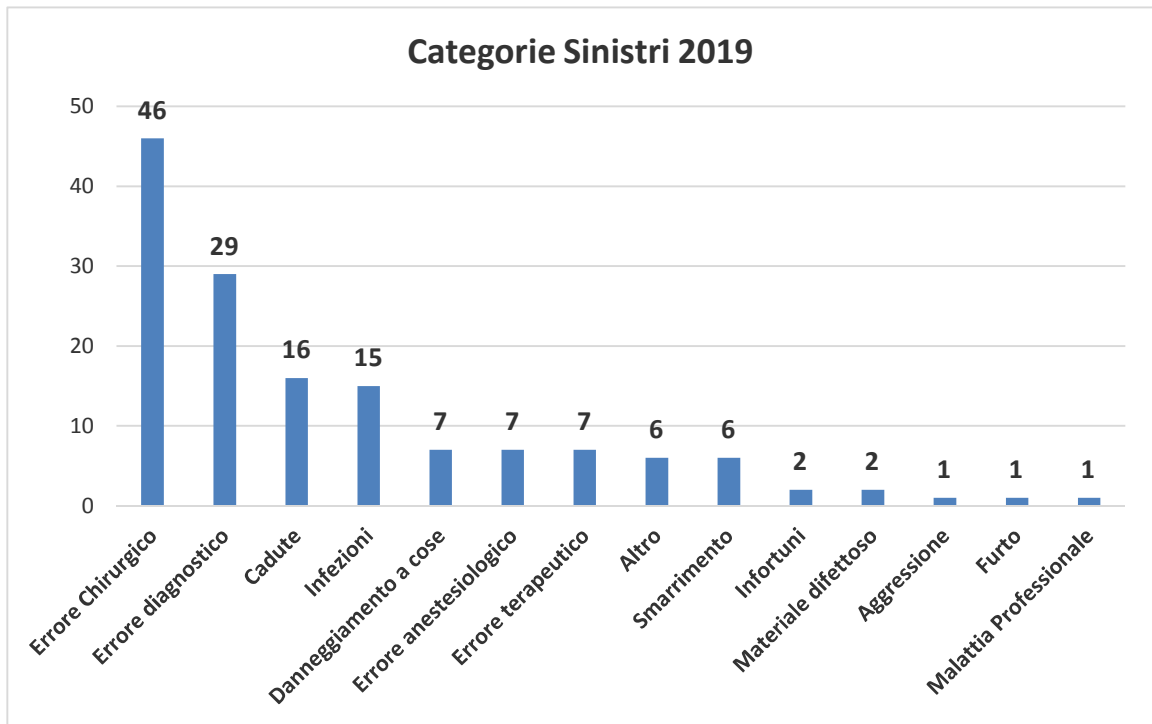
Nel quadro del programma assicurativo per rischi di responsabilità civile delle aziende ed enti del S.S.R. (Legge regionale n.28 del 26/10/2011), è attivo all'interno del Policlinico il Comitato Gestione Sinistri, che si avvale anche del Comitato Valutazione Rischio Infettivo (CVRI), con il compito di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

Nel 2019 il C.V.R.I. si è riunito a febbraio e ad ottobre, trattando complessivamente 7 casi (3 alla prima seduta e 4 alla seconda).

G6.1. Misurazione sinistri

Nel 2019 il numero dei sinistri è stato di 146 distribuiti nelle seguenti categorie:

CATEGORIE SINISTRI	2019
Aggressione	1
Altro	6
Cadute	16
Danneggiamento a cose	7
Errore anestesilogico	7
Errore chirurgico	46
Errore diagnostico	29
Errore terapeutico	7
Furto	1
Infezioni	15
Infortuni	2
Malattia Professionale	1
Materiale difettoso	2
Smarrimento	6
TOTALE	146



COMUNICAZIONE

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

C1 Sistemi di comunicazione interna ed esterna per la diffusione delle informazioni e delle evidenze per la sicurezza del paziente

➤ **PIANO DELLA COMUNICAZIONE PER IL 2019-2020**

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:

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

Con Deliberazione 1751 del 12/12/2018, è stato approvato il Piano della Comunicazione del Policlinico per il biennio 2019-2020, in cui si prevede di realizzare:

- 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.

a) La Comunicazione verso gli Operatori e l'assunzione di impegno per garantire i diritti dei cittadini

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 (di seguito GdM)
- ❖ le Circolari o altri documenti
- ❖ il Sito *Web* del Policlinico
- ❖ i *Social Media* istituzionali

❖ **Rete Intranet**

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, perciò può definirsi lo strumento principale della Comunicazione tra operatori, sebbene la sua implementazione non sia ancora stata perfezionata. È in progetto, infatti, una revisione dell'*home page* e dei contenuti per semplificare e rendere più fruibile le informazioni attraverso la rete interna, contestualmente alla revisione del sito internet, anch'essa in fase di studio, finalizzata a orientare il portale sempre più verso la cittadinanza, con accessi facilitati alle informazioni

più richieste, in linea con le indicazioni fornite da A.Li.Sa.

❖ **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.

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

Nell'ottica dell'individuazione di percorsi e metodiche formative finalizzate in modo specifico al miglioramento delle attività, nel 2019 i progetti dei GdM si sono rafforzati dimostrandosi uno strumento ottimale per la comunicazione periodica tra operatori e tra UU.OO., fondamentale per il *problem solving* anche in tema di gestione di rischio clinico e di adozione di Protocolli Operativi. Il consuntivo 2018 ha riportato i principali risultati dei Gruppi di Miglioramento vigenti per le criticità clinico assistenziali rilevate nelle UU.OO. Quale esempio della tipologia di performance dei GdM, si era citato il GdM "L'educazione terapeutica nel paziente portatore di cannula tracheostomica", che ha prodotto un Protocollo Operativo e portato alla redazione di un Libretto informativo per il paziente.

Quale ulteriore esempio della tipologia di performance dei GdM, si era fatto riferimento al "Gruppo di miglioramento per la comunicazione tra le UU.OO. di Staff, Tecniche, Amministrative e in Line alla Direzione Sanitaria", progetto che, protrattosi per tutto il 2019, permarrà anche per il 2020, essendosi dimostrato un concreto strumento di supporto per la diffusione delle informazioni.

Rilevante ai fini della valutazione e del monitoraggio delle attività dei GdM è stato il *Workshop* svoltosi il 25 ottobre 2019, quando, alla presenza della Direzione Sanitaria e del Direttore dell'U.O. Direzione delle Professioni Sanitarie, sono stati presentati i risultati delle attività dei GdM attivati per l'anno di riferimento.

Di seguito Elenco Gruppi di Miglioramento 2019:

- Incontri Neonatologia "La medicina perinatale"
- Incontri Ostetriche
- Incontri di Fisica sanitaria "Aggiornamento sulle procedure relative alla radioprotezione, ai controlli di qualità e alla verifica del corretto funzionamento delle apparecchiature di competenza della UO Fisica sanitaria"
- Incontri di Psichiatria
- Incontri FRU "Fisiopatologia della riproduzione umana"
- Incontri di Anatomia patologica "La tracciabilità in anatomia: pregi e difetti"
- Incontri UUOO Rianimazioni "Gestione del paziente in terapia intensiva"
- Staff Round MECAU
- Audit di sistema OHSAS 18001
- Audit Clinico assistenziali
- Incontri di progettazione "Referenti aziendali Formazione"
- Comunicazione UO Staff e Line
- Dal prelievo al referto: l'importanza della fase preanalitica
- Presa in carico paziente disfagico - secondo anno
- La gestione degli accessi venosi
- Patologia digitale in oncologia
- Processo di donazione di organi e tessuti
- Riduzione dei tempi di processo in Pronto Soccorso
- Aspetti psicologici e capacità relazionali del riabilitatore fisioterapista e logopedista
- Incontri ORL "L'educazione terapeutica nel paziente non laringectomizzato totale" - paziente carcinoma laringe

❖ **Circolari / Documenti**

Le informazioni, all'interno del Policlinico, sono diffuse anche mediante Circolari o Documenti a cura delle Unità Operative rispettivamente coinvolte per competenza.

❖ **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 deve ancora essere perfezionato l'intervento di revisione.

A gennaio 2019 gli accessi sono stati 66.498, con 311.968 visualizzazioni di pagina, trend in linea con l'anno precedente, mantenutosi costante nell'arco dell'intera annualità e che ha toccato i 68.956 utenti a maggio, con 283.253 visualizzazioni.

La sezione relativa alle fotonotizie è costantemente aggiornata con le campagne riguardanti il rischio clinico, ad esempio quella relativa alla raccolta sangue e quella in materia di vaccinazioni.

❖ **Social Media Istituzionali**

La gestione dei Social media istituzionali, che hanno acquisito maggiore spazio nel corso del tempo rappresentando uno strumento di immediato e rapido riscontro, costituisce un importante mezzo di condivisione delle informazioni tra il Policlinico e gli operatori e verso i cittadini. A questo proposito, la S.S.D. Formazione e Comunicazione ha istituito nel corso del 2019 una rete di referenti, nell'ambito delle competenze delle rispettive Strutture di appartenenza, per fornire il necessario supporto alla tempestività dei riscontri relativi alle richieste d'informazione e/o alle recensioni espresse a vario titolo dai cittadini sui social del Policlinico.

In collaborazione con le UU.OO. Governo clinico e organizzazione ospedaliera, Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e Urp, Attività Tecniche è stata messa in atto una procedura per le risposte ai messaggi *Facebook*. Con un'azione sinergica, che coinvolge personale in staff all'Ufficio Stampa e personale della S.S.D. Formazione e Comunicazione, viene gestita la corrispondenza, portando direttamente a conoscenza dei professionisti del Policlinico di volta in volta interessati, attraverso un format predefinito, elogi e apprezzamenti/segnalazioni di disservizi, coinvolgendo i diversi referenti nelle ipotesi in cui si rendano necessari approfondimenti e/o informazioni specifiche delle strutture sopra menzionate.

Allegato: Delibera 1751 del 12/12/2018 Piano della Comunicazione per il 2019-2020

b) c) 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.

Nel corso del 2019 è stato completato il progetto aziendale di introduzione della cartella clinica elettronica attraverso la piattaforma *TrakCare*. Il rinnovamento tecnologico, a forte impatto organizzativo, ha coinvolto nella formazione aziendale 720 unità di personale medico ed infermieristico degli ambulatori, a completamento del percorso formativo del biennio precedente che ha interessato il personale del Pronto Soccorso e delle Degenze.

Il ricorso al nuovo applicativo ha consentito, tra l'altro, l'adozione di un'unica tipologia di lettera di dimissioni ospedaliere, che agevola la continuità clinico assistenziale nei confronti dei cittadini sia nel caso di trasferimento ad altra struttura sanitaria, sia nell'ipotesi di future

prestazioni erogate sul territorio.

d) Informazione strutturata e documentata sui rischi più rilevanti nell'ottica della sicurezza dei pazienti.

Nel corso del 2019 sono stati realizzati i seguenti percorsi formativi per la sicurezza dei pazienti in merito ai seguenti temi:

- Radioprotezione dei pazienti ai sensi del D. l.vo 187
- *Basic Life Support-Defibrillation*
- Attività di sorveglianza e controllo delle I.C.A
- Il rischio ABO
- Programma cellule staminali emopoietiche – Accredimento JACIE

➤ **L'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP)**

L'URP è il canale istituzionale di comunicazione tra il Policlinico e i pazienti ed i loro familiari, in quanto svolge e garantisce la funzione di accoglienza relativa all'informazione riguardo l'accesso alle prestazioni e le modalità di erogazione delle stesse. Il personale dell'URP fornisce informazioni all'utenza, in armonia con il principio di partecipazione, sviluppando in modo esauriente le informazioni sulle procedure di attuazione del diritto di accesso e di partecipazione. L'URP riceve le osservazioni, le opposizioni o i reclami, predispone gli atti necessari alla formulazione delle risposte al cittadino riguardo i reclami ricevuti, avvalendosi delle informazioni che emergono dall'istruttoria, che si avvia al fine di acquisire tutti gli elementi utili, quali relazioni o pareri dei Responsabili delle UU.OO. e di uffici interessati dal reclamo stesso. L'URP fornisce parere al Direttore Generale o al Direttore Sanitario per la definizione di adeguati provvedimenti e risposte ai reclami che non si prestino all'immediata e rapida definizione. I reclami/suggerimenti/elogi sono registrati su supporto informatico aziendale, secondo una classificazione condivisa all'interno della rete regionale degli URP al fine di un monitoraggio continuo. Nei casi di reclami che non si siano risolti secondo il percorso di prima istruttoria, per segnalazioni di disservizio pervenute tramite le Associazioni di Volontariato o Organismi di Tutela o su parere del Direttore Sanitario, l'URP ha facoltà di convocare la Commissione Mista Conciliativa, per la discussione del caso. L'URP garantisce la comunicazione ed il coinvolgimento degli Organismi di Volontariato e di Tutela durante le attività e gli incontri con il Comitato Misto Consultivo. Attiva la procedura di riesame del reclamo innanzi al Difensore Civico Regionale, qualora l'utente si dichiari insoddisfatto dagli esiti prodotti in prima istanza. Attua, mediante indagini periodiche di *Customer Satisfaction*, i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli stessi da parte degli utenti. L'URP è aperto al pubblico dal lunedì al venerdì. E' possibile comunicare con il personale dell'URP anche mediante e-mail: urp@hsanmartino.it o telefonicamente al 010/5554300.

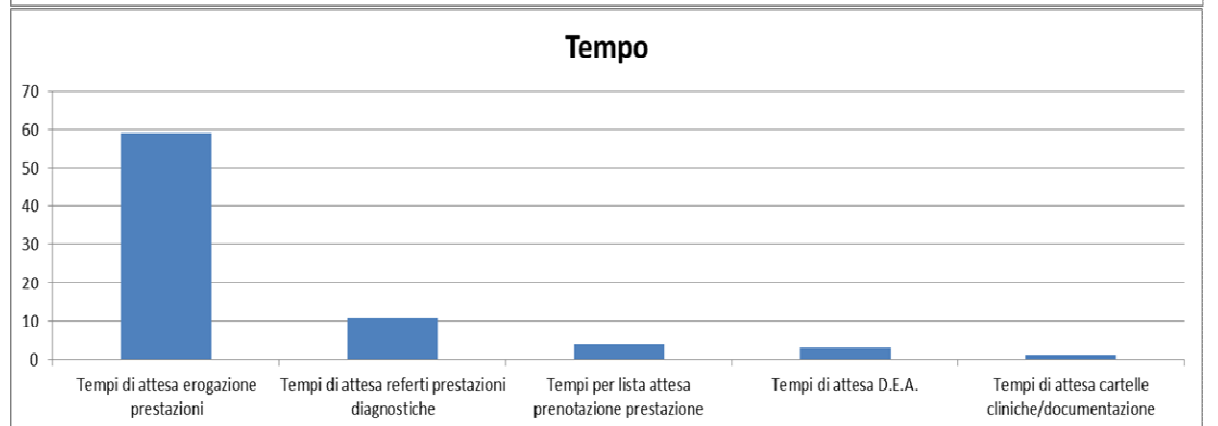
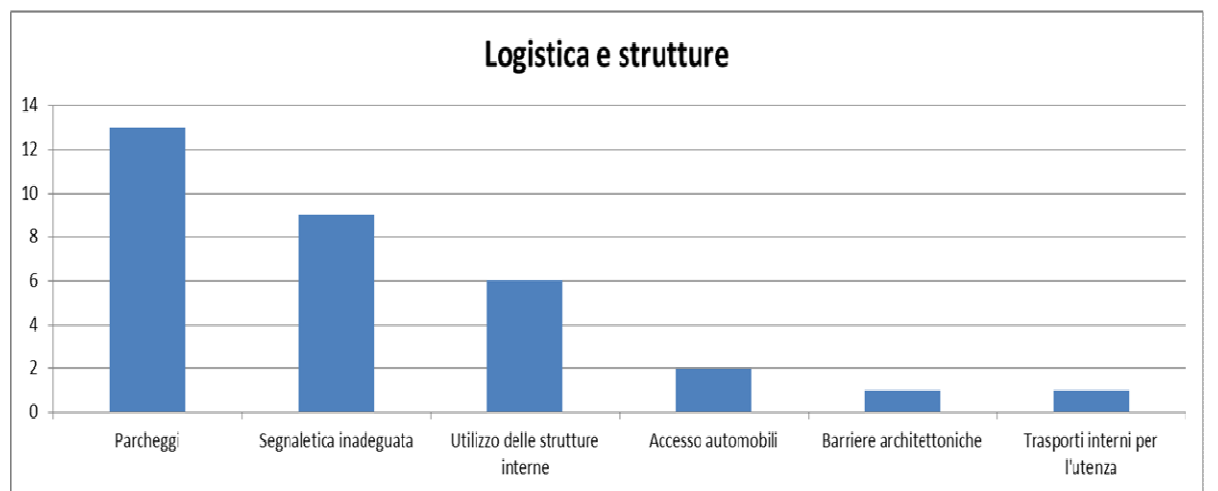
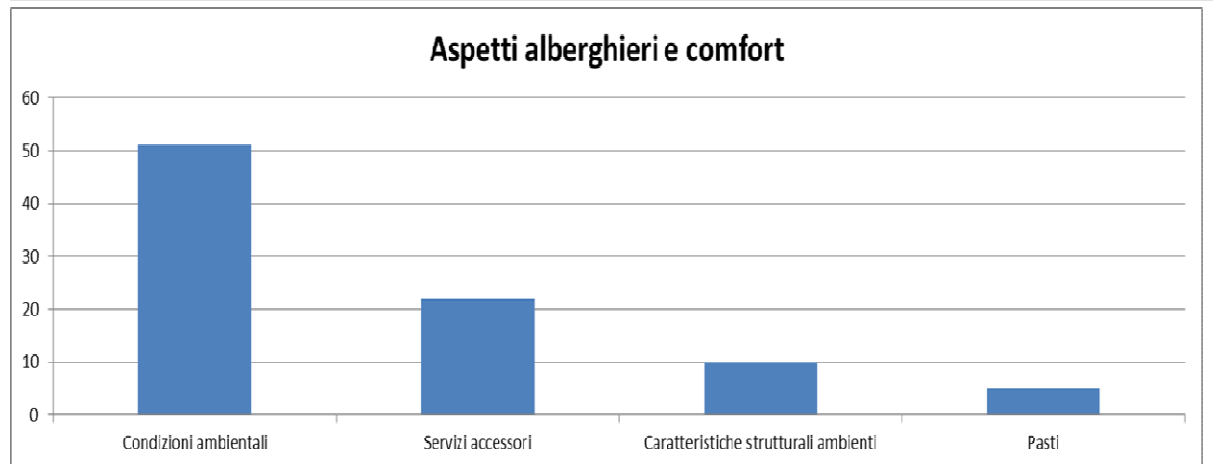
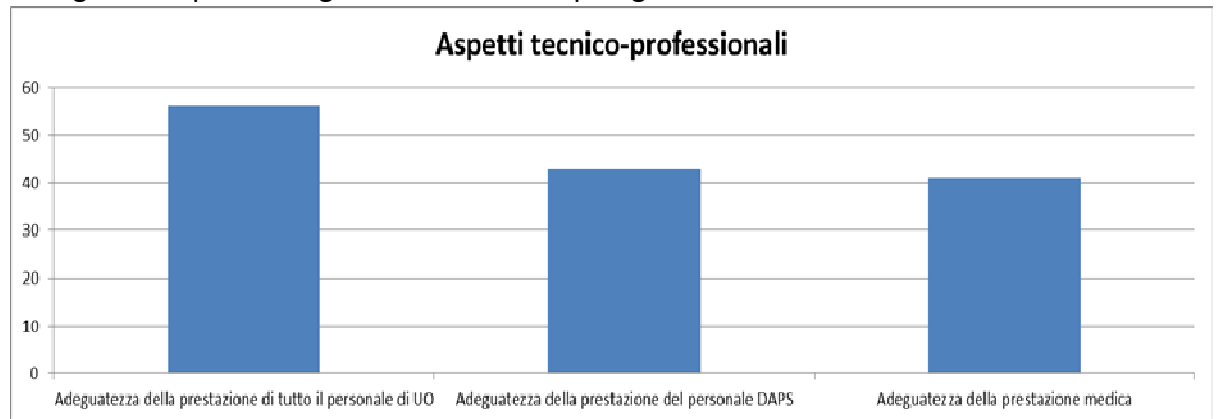
Nel periodo 2017 -2019 le segnalazioni pervenute all'URP sono:

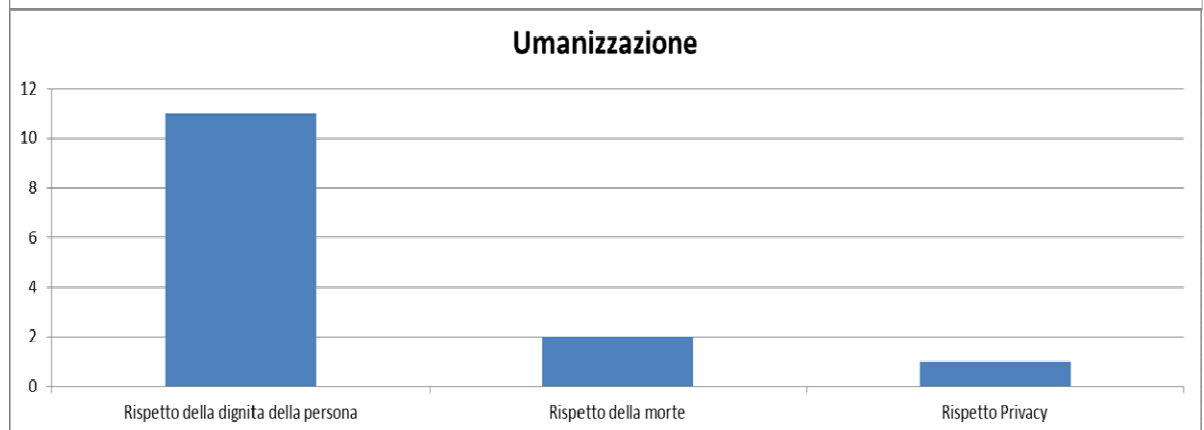
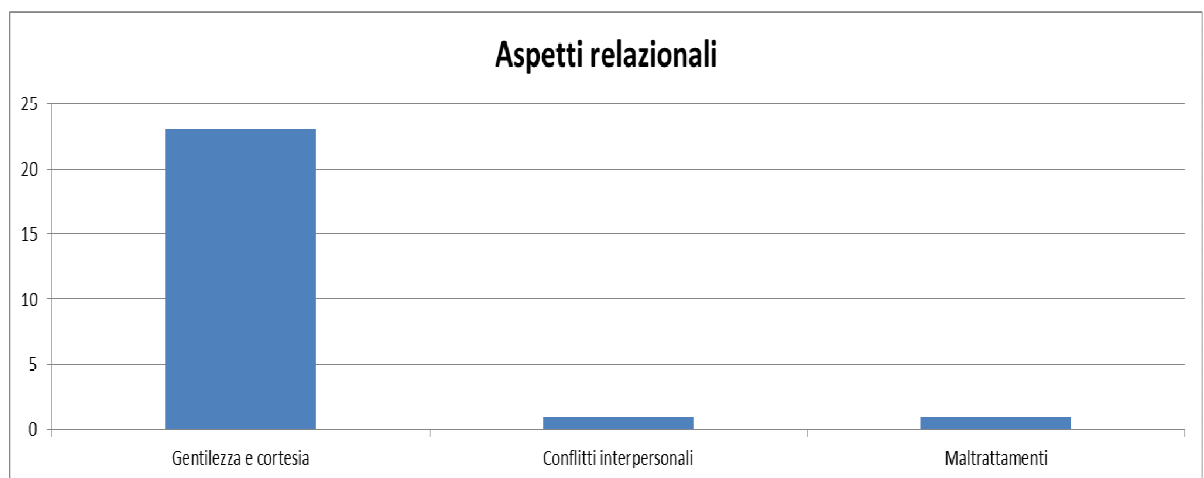
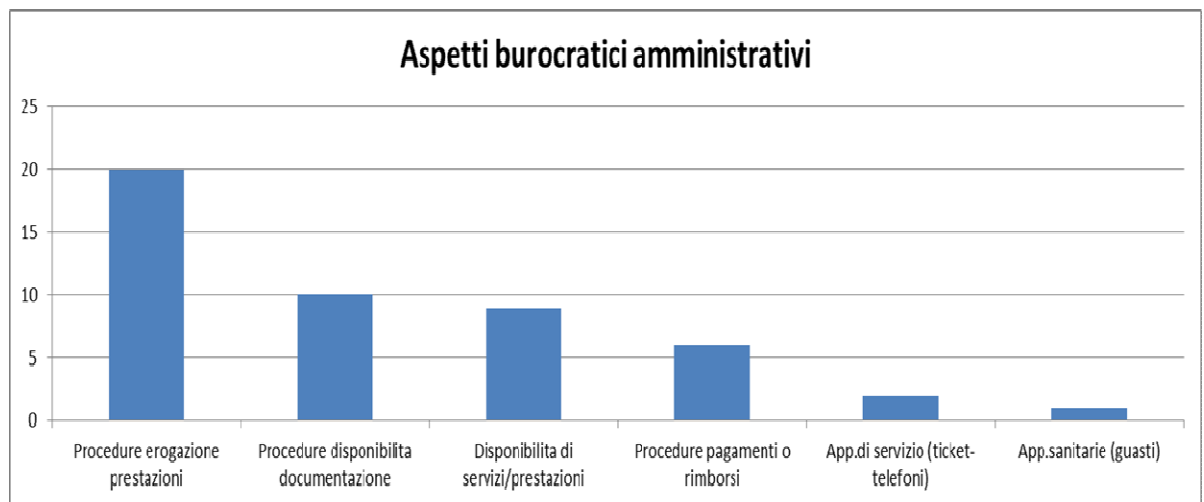
	2019	2018	2017
Reclami	1129	457	456
Elogi	1184	1007	1068
Suggerimenti	105	53	85

Dei 1129 Reclami pervenuti nel 2019 in particolare si è rilevato maggiore disagio per:

- Elevata temperatura degli ambienti
- Organizzazione del *Day Hospital* Onco Ematologico (tempi e logistica)
- Cartelle Cliniche

Di seguito si riportano i grafici relativi alle tipologie di reclami ricevuti nel corso del 2019.





Allegati: MODAZHQA_0603 Scheda di segnalazione rev21 del 09/01/2020
 IO_420 Gestione e valutazione del MODAZ 603 rev15 del 09/01/2020.

➤ **CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO: NUOVO DAY HOSPITAL EMATO ONCOLOGICO**

L'Ospedale policlinico San Martino ha inaugurato nel Novembre 2018 il nuovo *Day Hospital* Emato-Oncologico per le Oncologie del Policlinico. Si è provveduto a testare regolarmente le reazioni e l'umore che questi cambiamenti hanno generato nei pazienti afferenti alla nuova struttura, attraverso la somministrazione di un questionario, i cui risultati hanno permesso di fornire dati utili all'analisi delle criticità percepite da parte degli utilizzatori del DH.

Obiettivi

Lo scopo della rilevazione mediante questionario è di valutare la percezione e soddisfazione da parte dei pazienti, delle Azioni di Miglioramento che sono state attivate dall'apertura del

nuovo *Day Hospital* di Emato-Oncologia (presso il Padiglione IST).

Si è inteso raccogliere ed analizzare dati riguardo i seguenti elementi:

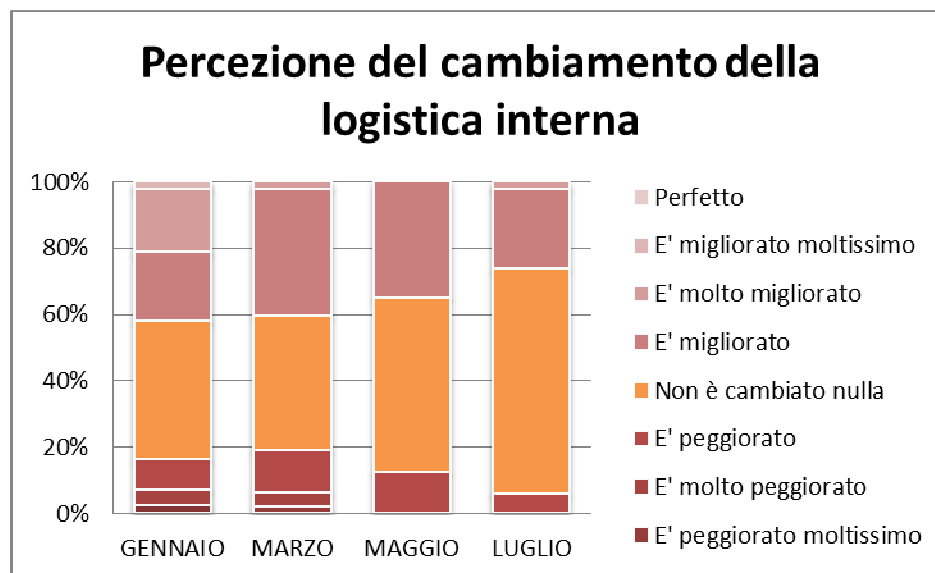
1. logistica interna al DH (ambienti, percorsi, accessori, poltrone...)
2. logistica esterna al DH (posteggi, accessibilità, ascensori...)
3. accoglienza (disponibilità, informazioni, clima...)
4. professionalità del personale
5. tempo d'attesa per la prestazione

Il questionario, dedicato a pazienti che abbiano avuto accesso al DH dall'apertura di fine novembre 2018, è stato somministrato nei periodi del 2019 sottoelencati:

- dal 23 al 28 Gennaio
- dal 5 al 7 Marzo
- dal 5 al 23 Maggio
- dal 22 Luglio all' 8 Agosto

Di seguito si riportano alcune rappresentazioni grafiche dell'analisi dei dati. Esposizione completa dei risultati è visibile nella Relazione dell'Unità di Gestione del Rischio UGR- Piani Annuali di Attuazione 2019.

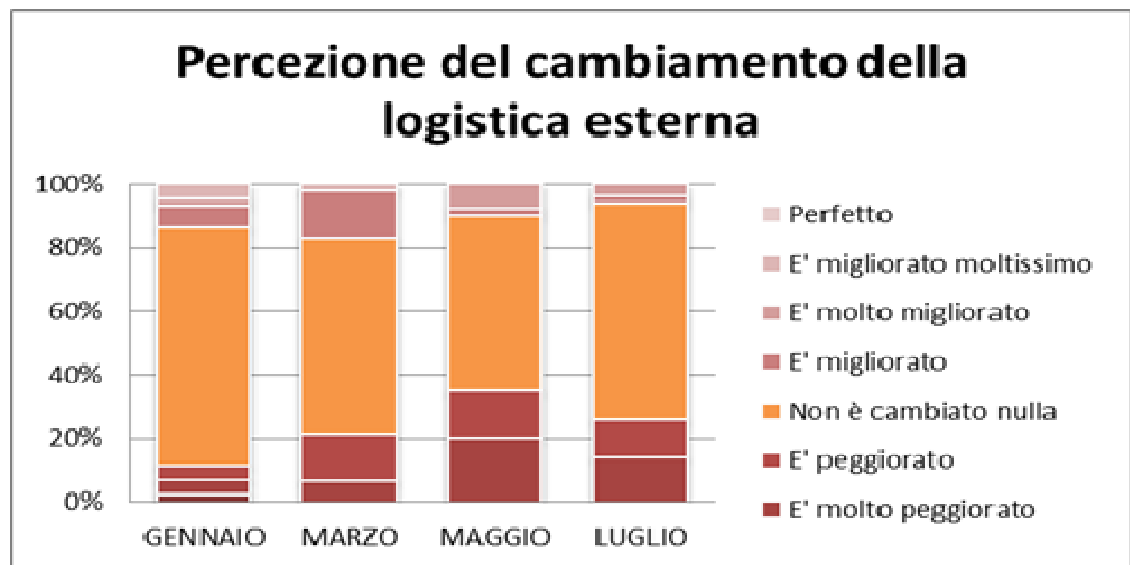
Percezione del cambiamento della logistica interna



La grafica evidenzia come, riguardo alla logistica interna del DH, non ci siano stati grandi cambiamenti durante le periodiche valutazioni: i pazienti si sentono soddisfatti o molto soddisfatti in almeno il 60% dei casi.

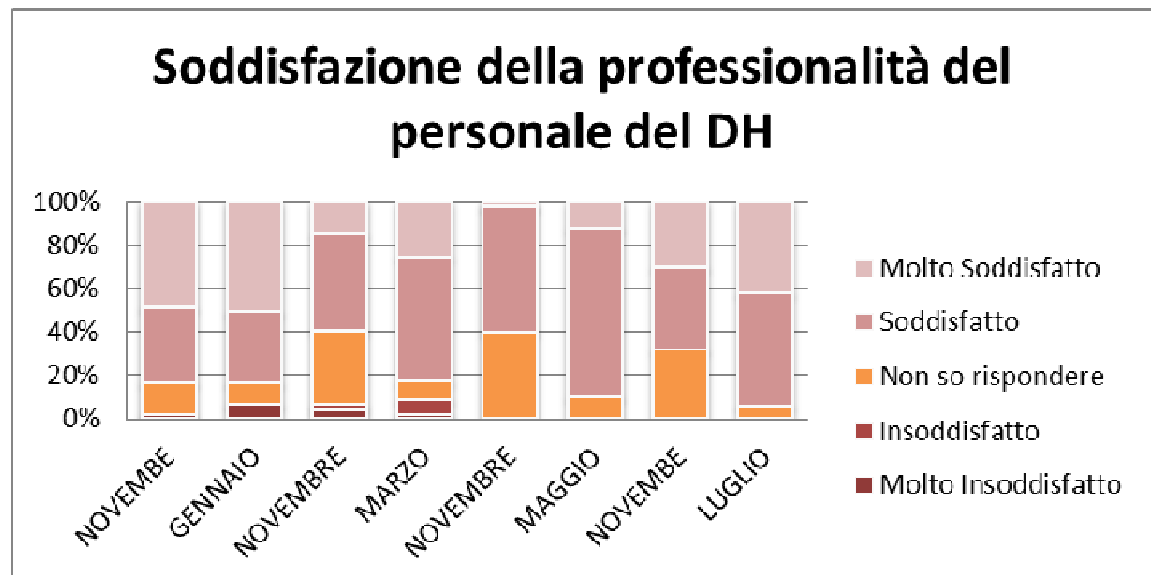
Riguardo alla valutazione di come era nel mese di Novembre 2018 paragonato con un momento di valutazione successiva, si evince che molti pazienti non sono in grado di valutare, forse perché non in terapia a Novembre o a causa del fatto che in questo ambito non hanno riscontrato grossi cambiamenti.

Percezione del Cambiamento della logistica esterna



L'analisi dei dati mette in evidenza la tendenza della percezione di un peggioramento riguardo alla logistica esterna, con particolare riferimento ai posteggi, al come arrivare nella sede del DH, da parte dei pazienti con difficoltà a deambulare.

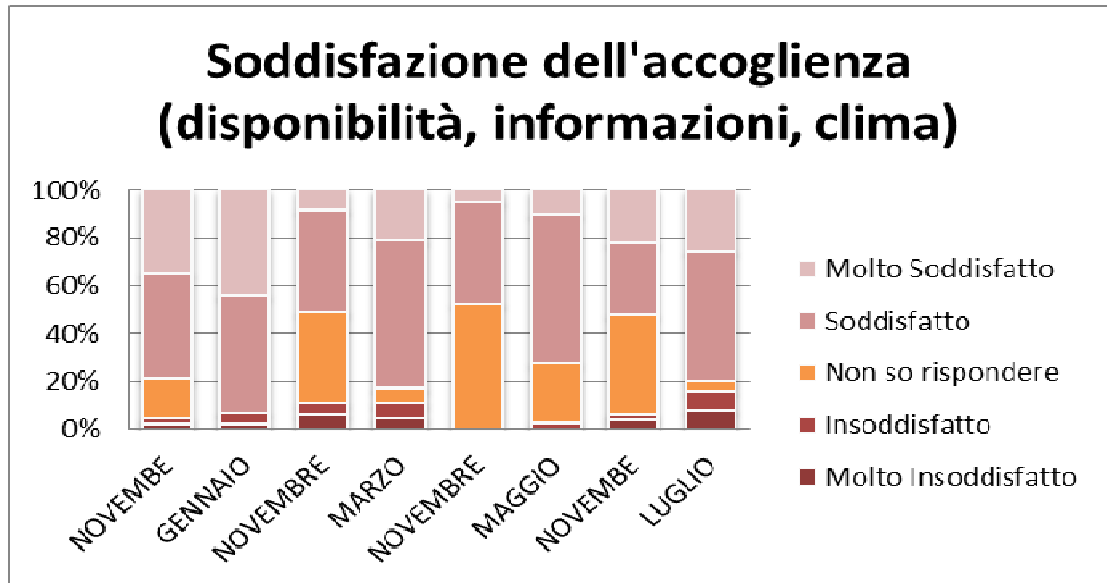
Professionalità del personale



I pazienti sono soddisfatti in percentuali superiori al 80% riguardo alla professionalità del personale che lavora nel DH. Tendenzialmente nel tempo, si osserva ancora un aumento della percezione positiva del paziente.

Nel grafico si evidenzia la percezione rilevata a Novembre 2018 confrontata con la rilevazione degli altri mesi (gennaio, marzo, maggio, luglio).

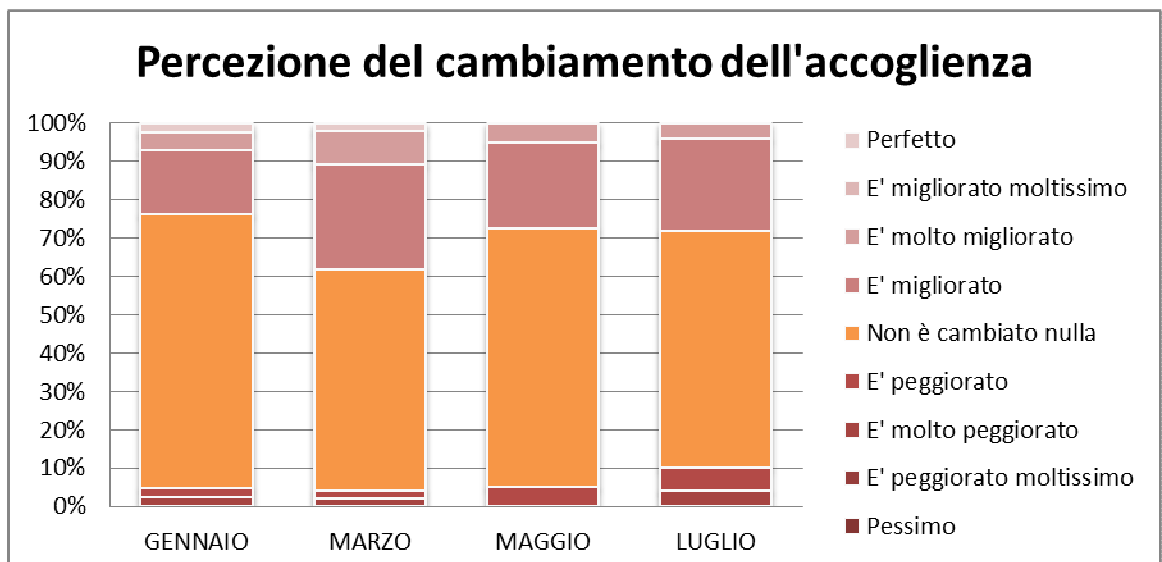
Accoglienza



L'accoglienza è stata definita in termini di disponibilità del personale, di possibilità di informarsi riguardo alla propria terapia e percorso. La soddisfazione del paziente riguardo all'accoglienza è stata sempre molto positiva con percentuali superiori al 70%. Comparata con Novembre si rileva che molti pazienti non ricordano o non erano presenti in terapia al momento dell'inaugurazione del nuovo DH.

Nel grafico si evidenzia la percezione rilevata a Novembre 2018 confrontata con la rilevazione degli altri mesi (gennaio, marzo, maggio, luglio).

Percezione del Cambiamento dell'accoglienza



Riguardo all'accoglienza non si rivelano grossi cambiamenti rispetto alla situazione iniziale, ma non è da trascurare il leggero incremento della percezione negativa rispetto all'accoglienza negli ultimi mesi.

Esposizione completa dei risultati è visibile nella Relazione dell'Unità di Gestione del Rischio UGR- Piani Annuali di Attuazione 2019, pubblicata nel sito *web* del Policlinico San Martino e a cui si rimanda per la lettura dei singoli progetti per esteso.



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
2019

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

Editing: Dott.ssa Antonella Filanti

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

Il Policlinico, per fornire un percorso sanitario sicuro e strutturato per le vittime di violenza, ha adottato una procedura specifica (IOAZHOR_0074 Rev.0 del 16/06/2014). Il percorso, che inizia in genere con l'accesso del paziente al Pronto Soccorso definisce e regola le fasi dell'accoglienza, delle procedure sanitarie, sino alla dimissione ed attivazione delle risorse territoriali finalizzate ad una presa in carico tempestiva e alla pianificazione di un progetto individuale di intervento.

Allegato: IOAZHOR_0074_ViolenzaSessuale

➤ **PREVENZIONE DELLA VIOLENZA NEI LUOGHI DI LAVORO**

Si è svolto nel Policlinico l'evento formativo residenziale **"La violenza nei luoghi della salute: conoscerla per riconoscerla e prevenirla"** il **04/06/2019** presso l'Auditorium IST nord. Obiettivo dell'evento è stato il cercare di comprendere e conoscere il fenomeno della violenza nel luogo di lavoro in quanto costituisce uno dei principali eventi sentinella del modello dello stress lavoro correlato ai sensi delle Raccomandazioni della Commissione Consultiva Permanente della Salute e la Sicurezza sul Lavoro. Sono stati confrontati i dati infortunistici con i dati derivati da indagini ad hoc, le ricadute sugli operatori e le modalità di intervento con riferimento agli aspetti di ordine pubblico e di rilevanza giudiziaria in sede civile e penale. Il fenomeno violenza è stato analizzato sia dal punto di vista ospedaliero che dal punto di vista territoriale e nelle numerose modalità di manifestazione.

Sono stati affissi due tipi di Cartelli Informativi di seguito riprodotti:


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

Gentili Utenti,

82.000 circa sono le persone che hanno accesso ogni anno al Pronto Soccorso del Pol

52.000 circa sono i ricoveri in gran parte urgenti, conseguenti ad un accesso in Pron

I nostri Servizi Diagnostici erogano un numero superiore

8,6 milioni di prestazioni per pazienti ambulatoriali e ricoverati; nelle nostre sale operatorie vengono effettuati ogni anno

oltre 37.500 interventi chirurgici;


più di 88.000 sono le preparazioni farmaceut allestite dalla nostra Farmacia per i pazienti curati nei nostri day hospital

e **circa 109.000** sono le consegne di farmaci in distribuzione diretta ai pazienti in dimissione o ambulatoriali.


Ogni giorno, **circa 4.800 persone popolano gli spazi del Policlinico come utenti; considerando accompagnatori e visitatori il numero sale ad oltre 10.000.**

Complessità e carichi di lavoro possono essere affrontati con migliori risultati se ci sono comprensione, cortesia e rispetto reciproci.

Aiutaci ad aiutarti.


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

UTENTI e OPERATORI



INSIEME CONTRO LA VIOLENZA

*Aiutaci a migliorare.
Segnala il tuo malcontento con il modulo 603 che trovi qui esposto.*

Ad ogni tua segnalazione verrà data risposta entro 30 giorni.

*Non occorre alzare la voce;
questo Ospedale non tollera alcuna forma di violenza, anche verbale.*

L'Ospedale monitora attentamente i comportamenti aggressivi nei confronti dei suoi Operatori attraverso il modulo 704 che si trova qui esposto.

L'Ospedale si riserva di costituirsi parte civile a difesa degli Operatori.

INSIEME PER MIGLIORARE

➤ **RILEVAZIONE DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO**

La rilevazione è condotta dal Gruppo di lavoro per la valutazione dei rischi psicosociali: stress lavoro-correlato e violenza (Delibera 324 del 28/04/2009 aggiornata con Delibera 870 del 04/07/2013 e n. 1718 del 30/11/2018 ad oggetto "Revisione della composizione del gruppo di lavoro per la valutazione dei rischi psicosociali: stress lavoro-correlato e violenza). Nel mese di ottobre 2019 è stata presentata a tutti dipendenti ed avviata la rilevazione del benessere organizzativo nel Policlinico. La rilevazione è stata effettuata mediante la compilazione via *web* di un questionario in forma completamente anonima.

Il Gruppo di lavoro Rischi Psico-Sociali ha scelto di adottare il questionario proposto da ANAC per poter poi confrontare i risultati con altre amministrazioni del territorio nazionale. Il Questionario proposto ai dipendenti analizza i seguenti temi:

Clima organizzativo

A. Sicurezza e salute sul luogo di lavoro e stress lavoro correlato

B. Le discriminazioni

C. L'equità nella mia amministrazione

D.Carriera e sviluppo professionale

E.Il mio lavoro

F.I miei colleghi

G.Il contesto del mio lavoro

H.Il senso di appartenenza

I.L'immagine della mia amministrazione Importanza degli ambiti di indagine

Condivisione del sistema di valutazione

L.La mia organizzazione

M.Le mie performance

N.Il funzionamento del sistema

Il superiore gerarchico

O.Il mio capo e la mia crescita

P.Il mio capo e l'equità

Questa attività di rilevazione costituisce per i dipendenti del Policlinico un'importante occasione esprimere liberamente la propria opinione sui processi aziendali e potrà essere di grande aiuto per l'individuazione degli eventuali provvedimenti da adottare.

I risultati sono in fase di elaborazione.

Allegato: Benessere Organizzativo Indagine Policlinico 2019 (*powerpoint*)

➤ **“RILEVAZIONE DI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI”**

Prosegue nel Policlinico la rilevazione di comportamenti aggressivi, mediante la registrazione dei dati delle Schede rilevazione dei comportamenti aggressivi da parte di pazienti/familiari/altri (Rev 2 del 18/02/2019).

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.

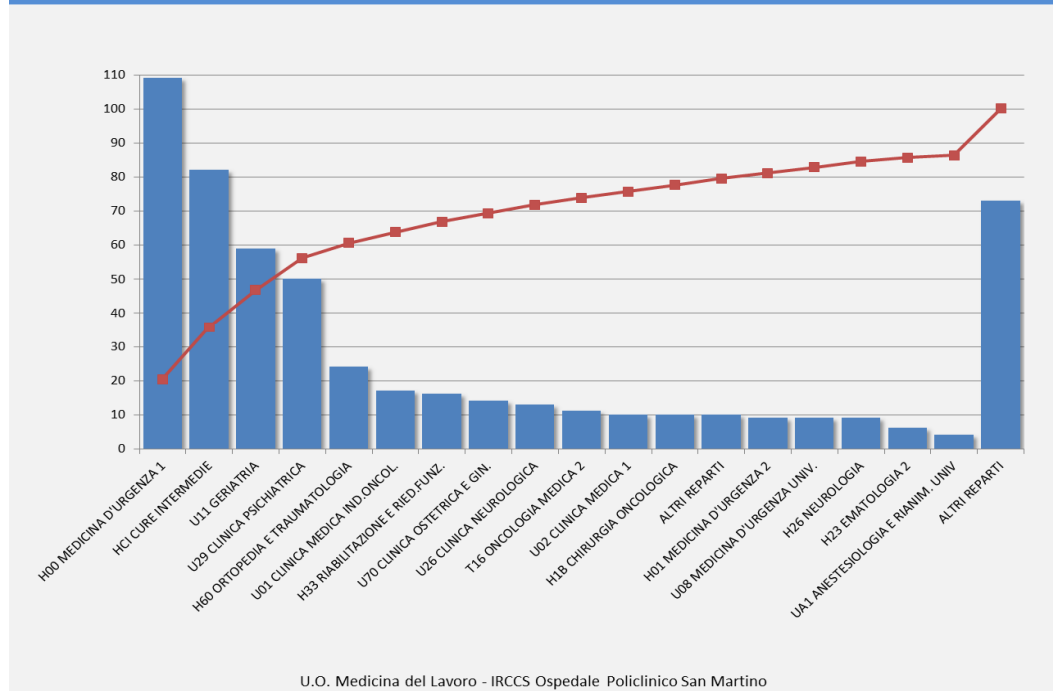
Lo scopo è accertare la frequenza degli episodi di aggressività in tutti i Reparti per qualsiasi tipologia di ricovero, motivare l'eventuale necessità di modifiche all'interno dell'Istituto e permettere l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi. Il Progetto di rilevazione degli episodi di aggressività rientra in quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale n.8 “Prevenzione degli atti di violenza a carico degli operatori”. Il Policlinico sin dal 2009, ha formalizzato il “Gruppo lavoro per la valutazione dei rischi psicosociali: stress lavoro-correlato e violenza”.

La composizione del Gruppo di lavoro, revisionata con Delibera N. 1718 del 30/11/2018, è la seguente: Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, Direttore UO Clinica Psichiatrica, Direttore UO Psicologia Clinica e Psicoterapia, Dirigente Psicologo UO Psicologia Clinica e Psicoterapia, Direttore UO Direzione delle Professioni Sanitarie, Direttore UO Medicina del Lavoro, Dirigente Medico UO Medicina del Lavoro, Direttore UO Servizio Prevenzione e Protezione, Dirigente UO Servizio Prevenzione e Protezione, Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera, Direttore UO Gestione del Rischio Clinico Qualità Accredimento e URP, Direttore Struttura Semplice Dipartimentale Formazione e Comunicazione, Direttore UO Sviluppo e Gestione Risorse Umane. Il Gruppo di lavoro è Coordinato dal Direttore UO Servizio Prevenzione e Protezione. La rilevazione è iniziata il 1 aprile del 2014, ristretta sperimentalmente per 4 mesi ai reparti a maggior rischio per tipologia di paziente (Psichiatria, Geriatria, Medicina interna, Neurologia, Malattie infettive) o per tipologia di prestazioni (Pronto Soccorso, Terapia Intensiva); successivamente è stata estesa a tutti i reparti

dell’Ospedale per un totale di 549 eventi segnalati al 30 settembre 2018, di cui segue l’analisi dei dati.

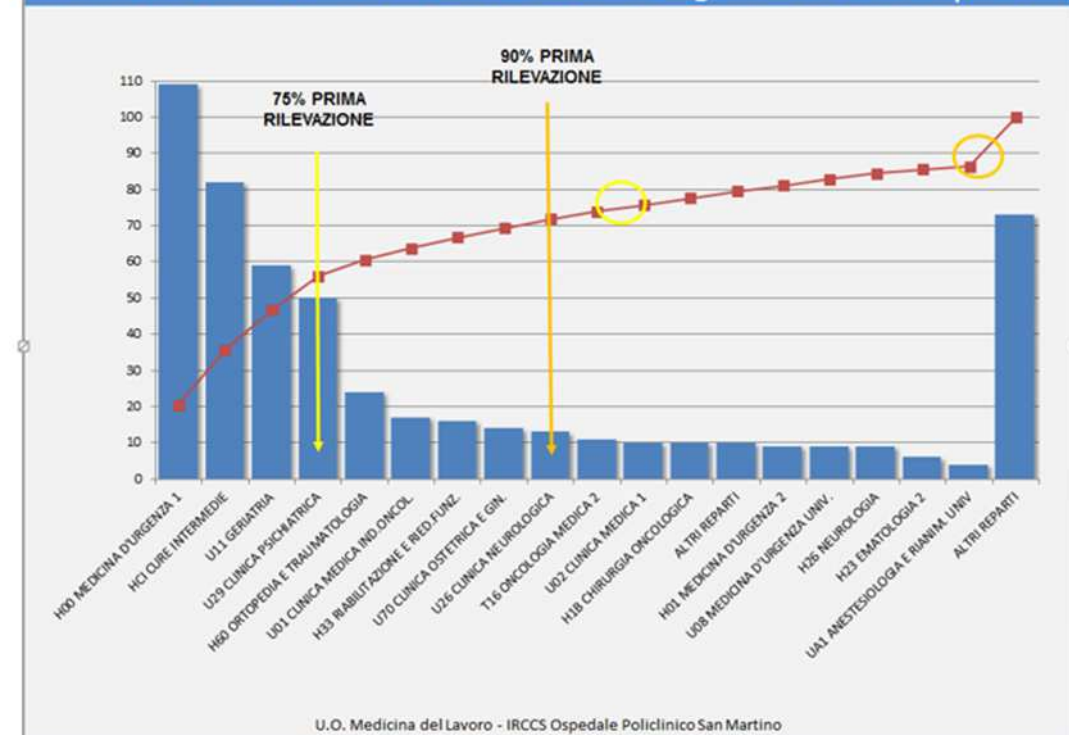
Questa è la **distribuzione nei reparti** relativa al 2018 che vede al primo posto la Medicina d’Urgenza, seguita dalle Cure Intermedie, dalla Geriatria e dalla Clinica Psichiatrica.

Analisi dei dati raccolti: distribuzione segnalazioni nei reparti

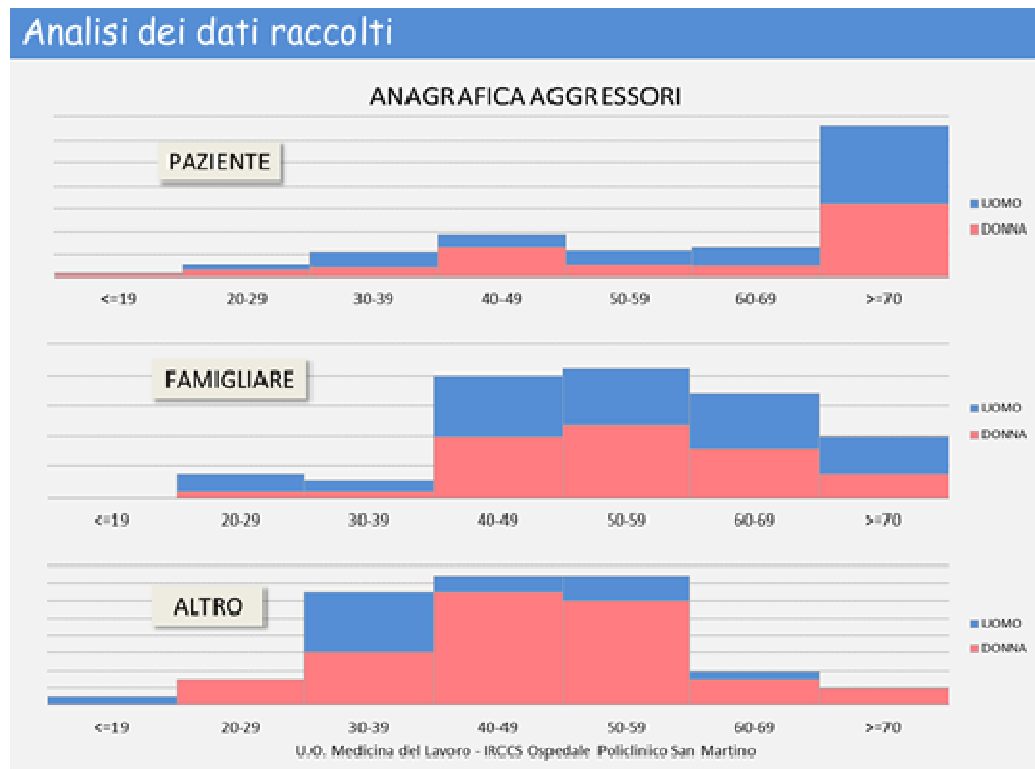


Il grafico successivo rappresenta l’elaborazioni dei dati 2019:

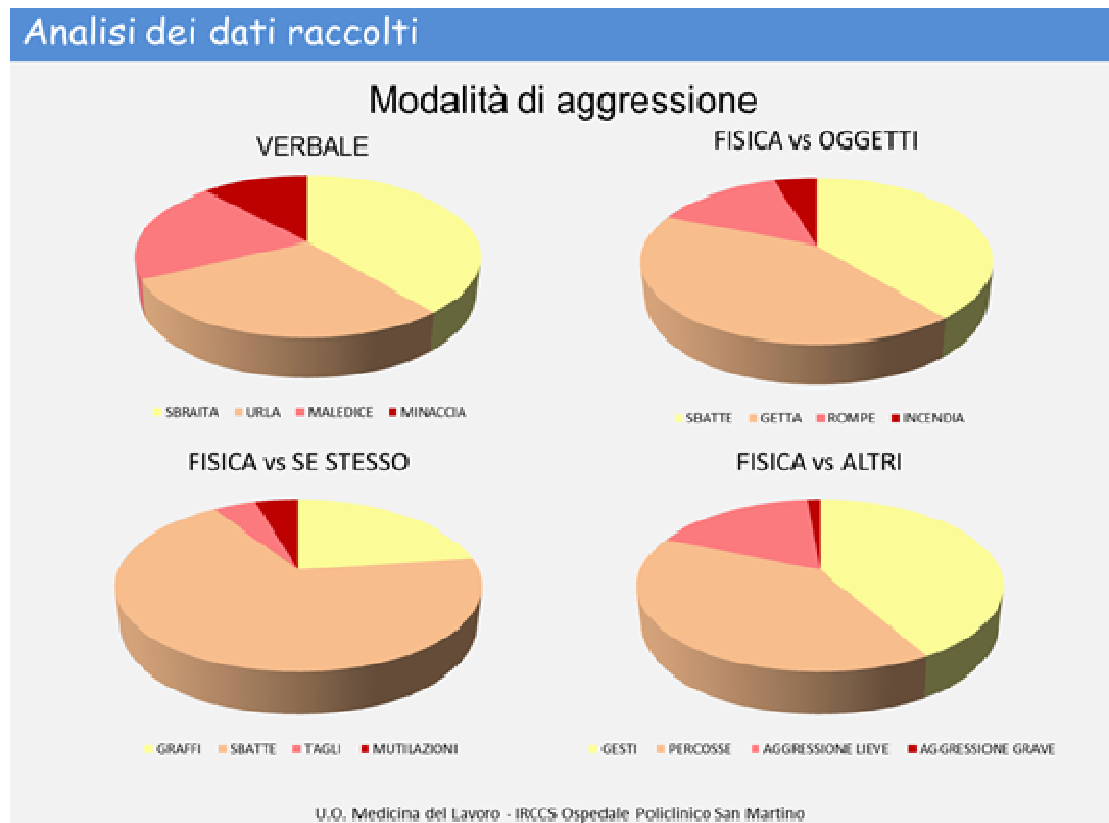
Analisi dei dati raccolti: distribuzione segnalazioni nei reparti



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

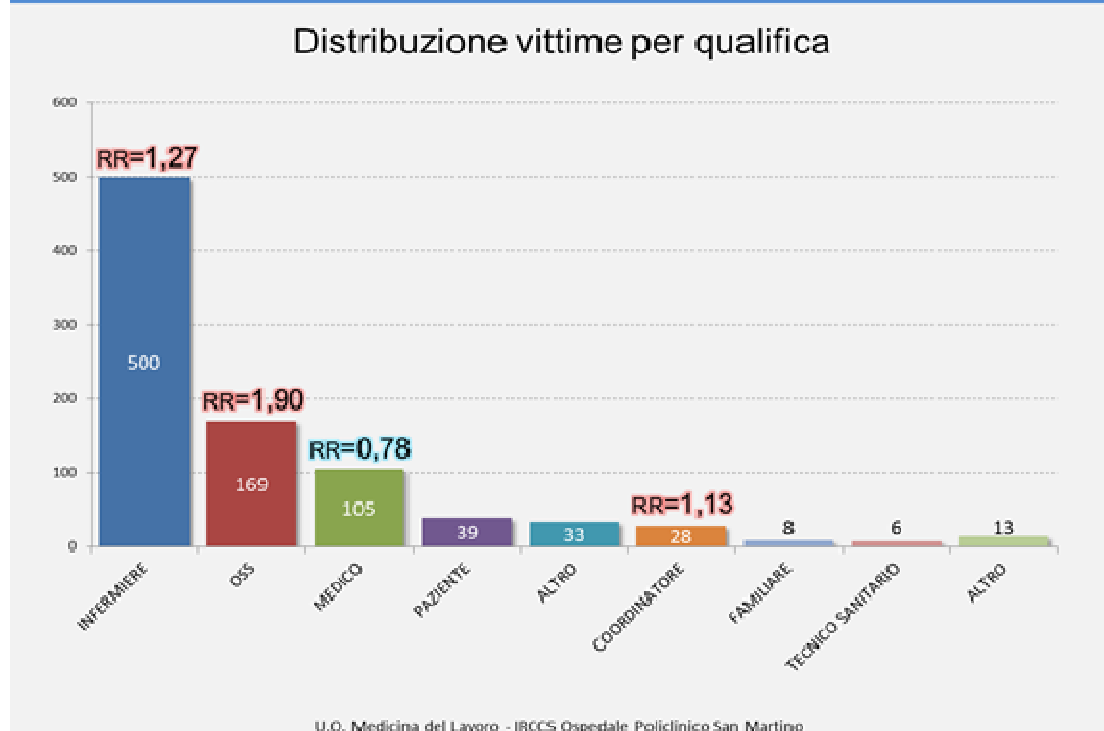


Le **modalità di aggressione** vanno dalla verbale più semplice (sbraitare e urlare) sino alle lesioni gravi nei confronti del personale o degli oggetti (incendio); sono stati segnalati anche casi di autolesionismo.



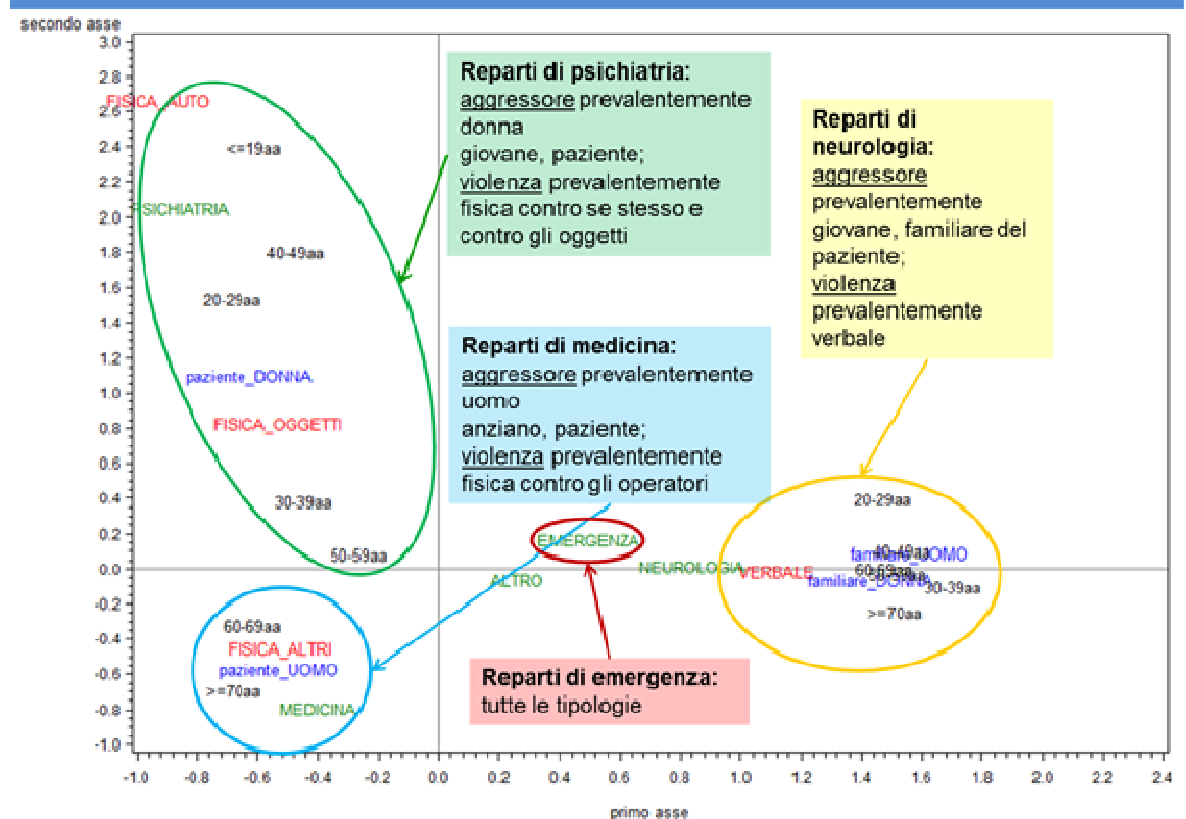
Il **personale più spesso interessato**, tenendo conto della sua prevalenza tra i dipendenti, è rappresentato dagli OSS (Operatori Socio Sanitari) e dagli Infermieri (vedi rischio relativo).

Analisi dei dati raccolti

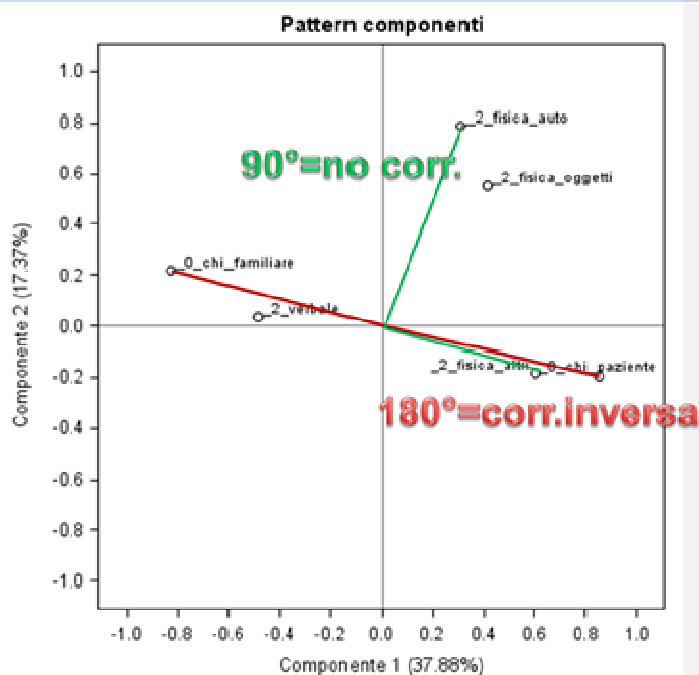


L'analisi **statistica multidimensionale** consente di individuare essenzialmente **quattro tipologie di aggressione**, diverse per contesto, caratteristiche dell'aggressore e comportamento violento messo in atto.

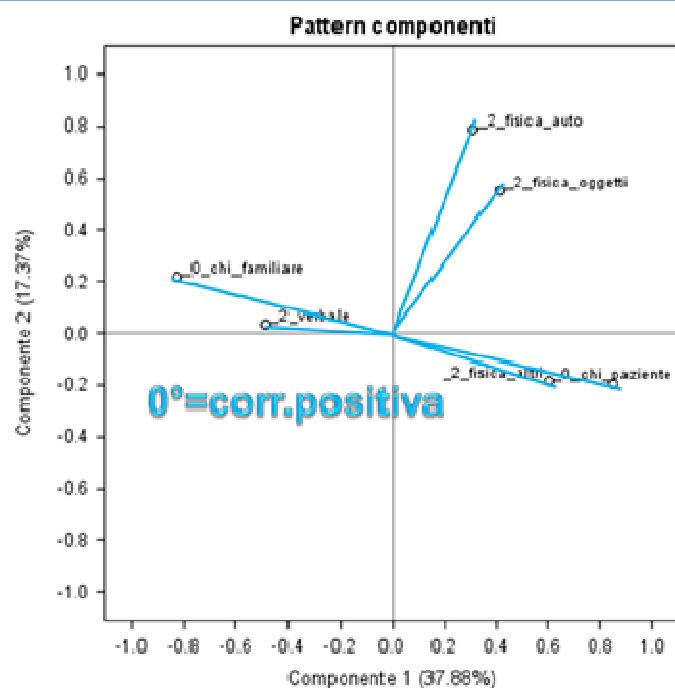
Analisi dei dati raccolti



Analisi dei dati raccolti

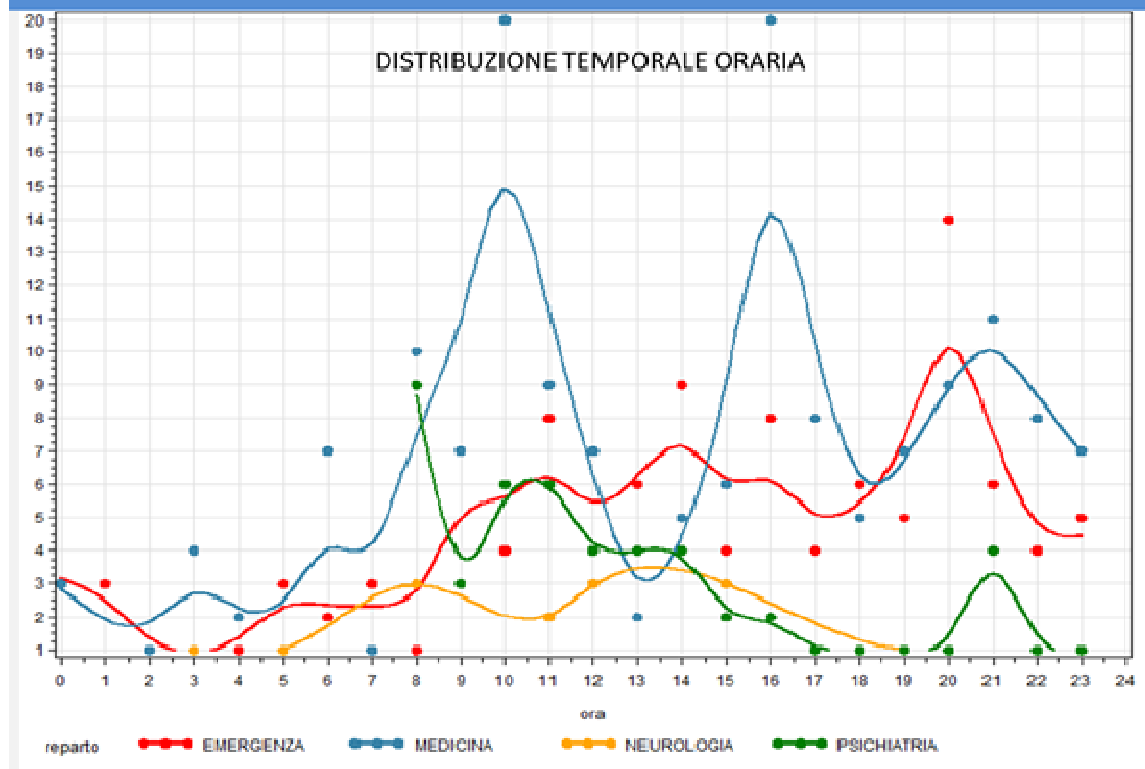


Analisi dei dati raccolti



Sempre l'analisi multidimensionale rileva **associazione tra la violenza verso gli oggetti e verso se stesso**, ambedue però non correlate con la violenza verso gli operatori. Quest'ultima è prevalentemente messa in atto da parte dei pazienti, mentre i 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



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

Allegato: MODAZHQA_0704 (Rev. 2 del 18/02/2019) Scheda rilevazione dei comportamenti aggressivi da parte di pazienti/familiari - Delibera N. 1718 del 30/11/2018 composizione del Gruppo di lavoro per la valutazione dei rischi psicosociali: stress lavoro-correlato e violenza

➤ **DIFFUSIONE INFORMAZIONI SU IGIENE DELLE MANI**

Nell'ambito dell'educazione all'igiene delle mani, si sono sviluppate numerose iniziative di diffusione delle informazioni ed indicazioni comportamentali da parte dell'UO Igiene. Il personale sanitario è tenuto a seguire le indicazioni espresse nelle Istruzioni Operative Aziendali relative al lavaggio chirurgico, antisettico, sociale delle mani e le modalità di frizione alcolica. Sono stati diffusi cartelli informativi su come lavarsi le mani, in ogni unità operativa del Policlinico. Allegati:

MODAZU76_0072-Poster_hai_lavato_le_mani

MODAZU76_0053-Patogeni_a_trasmissione_da_contatto_come_evitare_di_diffonderli

IOAZU76_0027-II_lavaggio_chirurgico_delle_mani

IOAZU76_0008-II_lavaggio_antisettico_delle_mani

IOAZU76_0007-II_lavaggio_sociale_delle_mani

IOAZU76_0006-La_frizione_alcolica_delle_mani

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

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

➤ **INFORMATIVE A PROCEDURA/INTERVENTO**

Per garantire migliore comunicazione e chiarezza con i cittadini, tutti i documenti revisionati (**225 Informative a procedura/intervento nel 2019, dalle 180 revisionate nel 2018**) sono disponibili sul sito internet del Policlinico: <http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/informative-per-procedure-sanitarie.html>.

L'acquisizione del Consenso è espressione della relazione medico-paziente in cui il medico è tenuto a raccogliere un'adesione effettiva, partecipata e compresa alla procedura, cui il paziente è candidato ad essere sottoposto. Il consenso del paziente non è un atto formale, ma è la condizione essenziale per trasformare un atto "normalmente illecito", come la violazione dell'integrità psicofisica, in un atto lecito e responsabile. All'interno del Policlinico si intende dare maggior rilievo possibile alla fase di informazione separando questa, anche dal punto di vista documentale, dalla fase di acquisizione del Consenso/Dissenso. Questa separazione è volta a sensibilizzare tutti i professionisti ad una maggiore attenzione alla informazione del paziente che, come anche sancito dalla Legge N.219 del 22/12/2017 in vigore da gennaio 2018, costituisce parte integrante dell'atto diagnostico/terapeutico e "Tempo di cura". La revisione degli attuali consensi prevede la separazione della parte "Informativa" dalla formula di "acquisizione del Consenso", condividendo le modifiche al testo con gli specialisti che erogano la procedura descritta e controllati dall' UO Gestione Rischio Clinico, per la validazione finale e pubblicazione nel software Isolabweb e nel sito web del Policlinico.

Gli elementi qualificanti di ogni singola informativa sono:

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

Il modulo (CONSAZHQA_0040 rev1 del 01/06/2017) di acquisizione del Consenso o del Dissenso all'interno del Policlinico, è unico per tutte le UU.OO., valido per tutte le

procedure/interventi, prevede anche la possibilità di revoca del Consenso che può essere decisa dal paziente successivamente al rilascio del Consenso. In questo caso è necessario acquisire la firma e la data di revoca, del Consenso, nello stesso modulo in cui il paziente aveva sottoscritto il proprio Consenso. Nel caso in cui il paziente intenda non essere informato relativamente alle proprie condizioni cliniche è necessario che sia compilata la parte "Dichiarazione Olografa di rinuncia all'informazione" in cui il paziente può delegare un altro soggetto a ricevere le informazioni che lo riguardano (come previsto dal Codice Deontologico Medico Art. 33). E' compito di ogni professionista adoperarsi affinché anche il paziente che non voglia essere informato abbia comunque, per quanto possibile, gli elementi per sottoscrivere il proprio Consenso/Dissenso a sottoporsi a intervento o procedura. Tutto l'iter di revisione è stato condiviso nel 2018 dal *Risk Manager* con i Direttori di UU.OO. in sede di Com.to di Dipartimento, come in precedenza nel 2014-2015, ha condiviso l'iter di revisione dei consensi informati.

Avanzamento attività: nel 2019 si sono svolti incontri, che proseguiranno nel 2020, tra il *Risk Manager* ed i Direttori delle Unità Operative che adottano ancora documentazione inadeguata affinché l'iter di revisione sia meglio compreso e portato a termine.

➤ **PIANO TRIENNALE DI AZIONI POSITIVE CODICE DI CONDOTTA**

Il C.U.G. ovvero "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" in carica dal 1° maggio 2018 (Delibera N.554 del 17/04/2018), ha individuato le Azioni Positive che fanno parte integrante del Piano Triennale di Azioni Positive 2019-2021, recepito e deliberato dalla Direzione del Policlinico con Delibera 1128 del 22/07/2019. Il documento (PAP Piano Azioni Positive) costituisce uno strumento di programmazione strategica finalizzato al cambiamento culturale ed organizzativo e mira a rimuovere gli ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità sul lavoro e nel lavoro tra uomini e donne. La sinergia tra Direzione aziendale e CUG si sta sviluppando e producendo un maggiore flusso di informazioni e quindi di analisi dei dati relativi, come espresso nella prima parte del PAP, al personale in ruolo per classi di età, per genere, per tipologia di incarico. La condivisione di queste informazioni si auspica favorisca scelte e decisioni nell'interesse di tutte le parti coinvolte nei processi lavorativi. Il CUG nella precedente composizione, ha portato a termine la redazione del Codice di Condotta, recepito dalla Direzione del Policlinico con Deliberazione n. 307 del 7 marzo 2014 e finalizzato alla tutela del diritto ad un ambiente nel quale le relazioni interpersonali siano improntate all'osservanza dei principi fondamentali di inviolabilità, eguaglianza, libertà e dignità della persona, coerentemente con quanto stabilito dalle norme vigenti. Il Codice di Condotta definisce e garantisce la tutela della dignità di tutti i soggetti che svolgono la propria attività lavorativa, di studio e di ricerca presso l'Istituto. Gli stessi soggetti sono tenuti all'osservanza e al rispetto dei principi e delle finalità contenuti nel Codice di Condotta. I Direttori di Unità Operativa hanno inoltre il dovere di favorire la prevenzione delle molestie fisiche, morali, psicologiche e sessuali nell'ambito delle unità organizzative che sovrintendono. Il CUG è previsto dall'art. 57 del D. Lgs. 165 del 30/03/2001 e modificato dall'art.21 della L. 183 del 04/11/2010.

Allegato:

Piano Azioni Positive 2019-2021

http://www.ospedalesanmartino.it/component/publiccompetitions/document/7951-piano-azioni-positive-2019_2021.html?view=document&id=7951:piano-azioni-positive-2019_2021&Itemid=1042

Codice di Condotta_DE_307_2014

<http://www.ospedalesanmartino.it/component/publiccompetitions/document/429-codice-di-condotta.html?view=document&id=429:codice-di-condotta&Itemid=1042>

➤ **L'OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO SI CONFERMA CENTRO DI ECCELLENZA PER L'ATTENZIONE RISERVATA ALLA SALUTE FEMMINILE**, (tre Bollini Rosa)

aggiudicandosi il massimo riconoscimento che Onda, Osservatorio Nazionale sulla salute della donna, assegna agli ospedali che si distinguono per l'offerta di servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali malattie delle donne. Il Policlinico ha altresì ricevuto una menzione speciale per la presenza di percorsi dedicati alla depressione di genere. I criteri di valutazione con cui sono stati valutati gli ospedali candidati sono:

- la presenza di specialità cliniche che trattano problematiche di salute specificatamente femminili e patologie trasversali ai due generi che necessitano di percorsi differenziati,
- la presenza di percorsi diagnostico-terapeutici e di servizi clinico-assistenziali in grado di assicurare un approccio efficace ed efficiente in relazione alle esigenze e alle caratteristiche psico-fisiche della paziente
- la presenza di ulteriori servizi volti a garantire un'adeguata accoglienza e degenza della donna tra cui il supporto di volontari, la mediazione culturale e l'assistenza sociale.

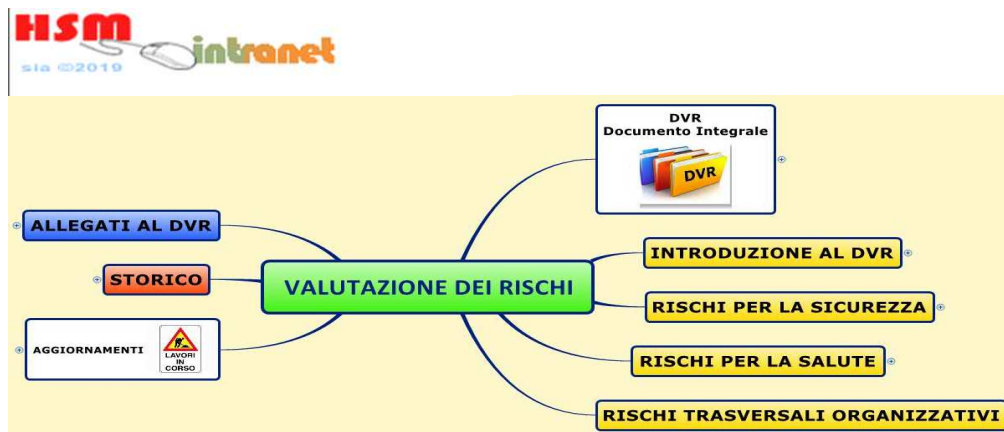
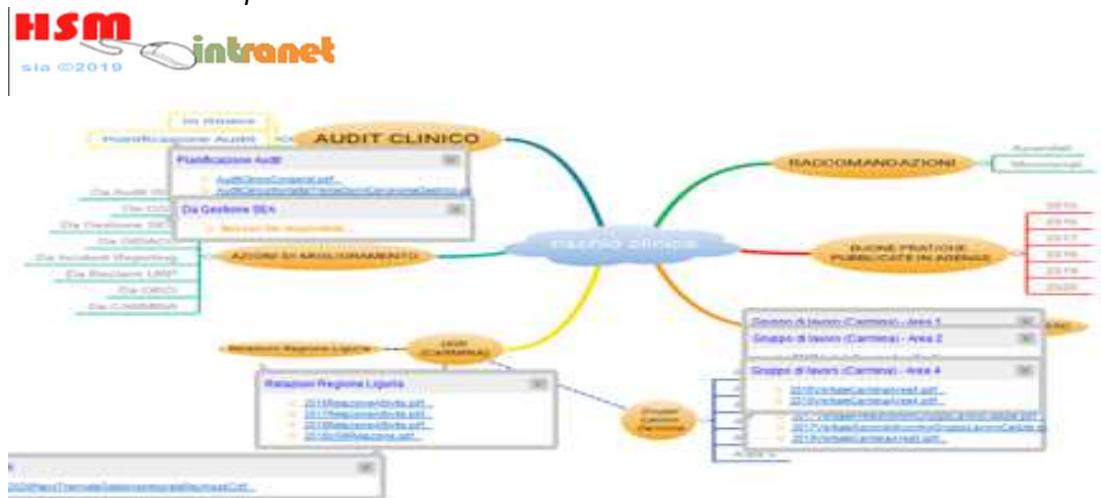


C2 Sistemi interni all'azienda di comunicazione e diffusione delle informazioni

- Dal primo gennaio 2020 è disponibile sul Portale del Dipendente, una sezione dedicata alle FAQ sul tema Maternità e Modulistica relativa alla genitorialità. I dipendenti possono trovare informazioni in modo veloce sul tema di maternità e la nuova modulistica da utilizzare per la fruizione degli istituti a tutela della genitorialità.
- Sono presenti nella intranet aziendale altre due FAQ: una per i quesiti relativi all'implementazione del Regolamento UE sul Trattamento Dati Personali e Sensibili ed una FAQ per i quesiti relativi all'implementazione della Cartella Clinica Elettronica.
- Le informazioni sono veicolate mediante Mailing list aziendali. La documentazione aziendale (procedure, istruzioni operative, documenti organizzativi, modulistica) è gestita mediante l'applicativo ISOLABWEB che ne rende possibile la creazione, il controllo, la pubblicazione, la trasmissione e la consultazione.
- All'interno del Policlinico la diffusione delle comunicazioni è garantita dall'utilizzo, da parte di tutti i dipendenti, dell'Intranet aziendale in cui sono pubblicate News e documenti.
- Allo scopo di migliorare la comunicazione tra le UUOO di Staff della Direzione generale, della Direzione amministrativa e in line alla direzione sanitaria, è stato attivato un Gruppo di Miglioramento (GdM), che costituisce un progetto sperimentale di formazione guidata sul campo. L'obiettivo è migliorare le comunicazioni ed il flusso delle informazioni in ambito di Direzione Generale, Amministrativa e Sanitaria. Il progetto curato dalla SS Dip. Formazione e Comunicazione è proseguito nel 2019. Gli

incontri si sono svolti mensilmente per l'aggiornamento tra pari riguardo le novità in essere e per quanto concerne il clima organizzativo, con il contributo della UO Psicologia Clinica.

- La diffusione dei documenti e delle informazioni inerenti i percorsi in ambito di Rischio Clinico e di Sicurezza nei luoghi di lavoro è attuata anche attraverso due *mental map* in Intranet.



- Si è adottato analogo metodo di comunicazione e diffusione delle informazioni anche per il Programma Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche



➤ Le informazioni inerenti la sorveglianza sanitaria, finalizzata alla tutela dello stato di salute dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa, sono fornite prioritariamente tramite colloqui tra il lavoratore ed il Medico dell'UO Medicina del Lavoro, ma anche mediante il pieghevole informativo "Sorveglianza sanitaria del personale ospedaliero". E' auspicabile che il lavoratore sia consapevole che la sorveglianza sanitaria costituisce l'insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa. La sorveglianza sanitaria è mirata in particolare a valutare: eventuali condizioni proprie del soggetto che ne diminuiscono la tolleranza al fattore di rischio-eventuali condizioni patologiche extralavorative suscettibili di aggravamento a causa del fattore di rischio-l'insorgenza di segni e sintomi precoci di patologia professionale in conseguenza dei quali il medico competente provvede alla denuncia di malattia professionale.

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

Si effettua verifica, in sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità, dell'aderenza dei comportamenti alle procedure ed istruzioni e si analizzano i dati raccolti monitorando costantemente il trend aziendale. Annualmente si diffondono dati ed eventuali azioni di Miglioramento nelle relazioni annuali dell'attività dell'UGR/CARMInA. Annualmente si diffonde il Report degli Audit Interni di Sistema Gestione Qualità condotti in Ospedale ed in particolare i dati sono esposti in occasione del Riesame della Direzione presentato durante la riunione di apertura dell'Audit Esterno svolta dall'Organismo di Certificazione con la Direzione Strategica.

Gli Audit Interni di SGQ svolti nel 2019 sono stati 67 i cui esiti sono espressi nella tabella seguente:

AMBITO	NON CONFORMITA'	RACCOMANDAZIONI
Documenti SGQ	7	13
Cartella Clinica	51	3
Processo	22	54
TOTALI	80	83

Le rilevazioni in sede di Audit Interno di SGQ sono effettuate da **Team di Valutatori Lead Auditor (Norma UNI EN ISO 9001:2015)** che seguono un Corso formativo dedicato ai "Valutatori NORMA UNI EN ISO 9001:2015. Il Corso finalizzato all'allineamento dei Team di Valutatori che nel corso dell'anno partecipano agli Audit Interni di SGQ, nel 2019 si è svolto il 27 e 28 febbraio. La formazione è riproposta annualmente con l'intento di garantire il monitoraggio e mantenimento dell'aderenza ai requisiti previsti dal Manuale dell'Accreditamento Istituzionale e dalla Norma UNI EN ISO 9001:2015. Il Corso è accreditato ECM.

FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA'

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

<p>F1 Piano formativo UGR aziendale e interaziendale</p>	<p>➤ <u>Il Piano Formativo del Policlinico</u> approvato con Delibera 74 del 29/01/2019, prevede corsi, seminari ed eventi specifici per l'Area <i>Risk Management</i> e Sicurezza dei pazienti.</p> <p>In particolare gli eventi previsti in tale ambito hanno riguardato:</p> <ul style="list-style-type: none">• Radioprotezione dei pazienti ai sensi del D. lvo 187• <i>Basic Life Support-Defibrillation</i> - BLS-D• Attività di sorveglianza delle ICA• Il PEIMAF del Policlinico• Gestione dei materiali sanitari e rischio clinico in magazzino• Rischio ABO• Programma Cellule Staminali Emopoietiche-Accreditamento <i>JACIE</i> <p>Inoltre con Delibera 447 del 27/03/2019 è stata approvata l'integrazione al Piano Formativo, che definisce i Gruppi di Miglioramento elencati in questo report nel Capitolo "C1 Sistemi di comunicazione interna ed esterna per la diffusione delle informazioni e delle evidenze per la sicurezza del paziente".</p> <p>➤ <u>In sinergia con la Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche dell'Università degli Studi di Genova, è stato erogato il Corso per Medici in Formazione Specialistica</u> destinato ai Medici in Formazione Specialistica dell'Università degli Studi di Genova, a cui sono stati ammessi 300 partecipanti ad edizione. Il corso si è posto l'obiettivo di diffondere le conoscenze di base relative ai vari aspetti utili nella pratica clinica all'interno del Policlinico e permettere l'acquisizione di maggiori conoscenze nell'ambito di:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ricerca scientifica▪ gestione qualità▪ percorsi di certificazione e gestione del rischio clinico▪ sicurezza gestione farmaci e sangue▪ partecipazione alla formazione interna▪ protezione dei dati personali e sensibili▪ cartella clinica elettronica▪ comunicazione con il paziente come tempo di cura e consenso informato▪ controllo di gestione▪ SDO▪ mondo delle professioni sanitarie▪ sicurezza informatica e firma digitale▪ trasparenza e anticorruzione▪ gestione infezioni correlate all'assistenza▪ gestione rifiuti▪ responsabilità medica e assicurativa. <p>Il Corso si è svolto in tre edizioni:</p> <ul style="list-style-type: none">- I edizione 28 e 29 maggio 2019- II edizione 26 e 27 settembre 2019
--	---

	<p>- III edizione 1 e 2 ottobre 2019</p> <p>Responsabile Scientifico: <i>Risk Manager</i> del Policlinico San Martino Dott. G. Orenco.</p> <p>Allegato: Adozione del Piano Formativo del Policlinico-Delibera 74 del 29/01/2019- Integrazione al Piano Formativo Delibera 447 del 27/03/2019.</p>
<p>F2 Valutazione e verifica del grado di implementazione e delle procedure aziendali basate sulle raccomandazioni ministeriali</p>	<p>Si effettua verifica, in sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità, dell'aderenza dei comportamenti alle procedure ed istruzioni e si analizzano i dati raccolti monitorando costantemente il trend aziendale.</p> <p>Le rilevazioni in sede di Audit Interno di SGQ sono effettuate da Team di Valutatori Lead Auditor (Norma UNI EN ISO 9001:2015).</p> <p>In sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità, si attua la verifica dell'aderenza alle sottoelencate Raccomandazioni mediante <i>check list</i> di Audit e <i>software</i> dedicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificazione del paziente ➤ Marcatura sito chirurgico ➤ Gestione farmaci antitumorali ➤ Gestione stravasato ➤ Concentrati di Potassio ➤ Prevenzione errore farmacologico ➤ Farmaci L.A.S.A. ➤ Ritenzione Garze ➤ Reazione trasfusionale ➤ Gestione degli emoderivati ➤ Prevenzione Cadute <p>Sono in fase di realizzazione Corsi di formazione nell'area della Gestione del Rischio Clinico, in modalità FAD, finalizzati ad accrescere l'aderenza dei comportamenti degli operatori a quanto previsto dalle Raccomandazioni Ministeriali. Sono in via di realizzazione dei video per facilitare la comprensione e trasmissione delle informazioni contenute nelle Raccomandazioni.</p> <p>Sin dal 2017 sono stati formalizzati percorsi aziendali finalizzati a migliorare l'aderenza a quanto previsto dalle Raccomandazioni Ministeriali, dei quali se ne citano alcuni, in quanto reperibili nel <i>software</i> di archiviazione della documentazione Isolabweb:</p> <p>Modalità di comunicazione di eventi avversi:</p> <p>Comunicazione verso l'esterno dell'Istituto-IOAZHFC_0001- COMUNICAZIONE_ESTERNA_IN_CASO_DI_EVENTI_AVVERSI</p> <p>Comunicazione dell'evento avverso al paziente e familiari-IOAZHQA_0706 Recepimento L. G. Comunicazione Eventi Avversi- Raccomandazione per la comunicazione ai pazienti</p> <p>Supporto agli operatori coinvolti nell'evento avverso. IOAZHQA_0707- Recepimento_L_G_Comunicazione_Eventi_Avversi- Raccomandazione_per_azioni_di_sostegno_agli_operatori</p> <p>Prevenzione del suicidio IOU29_0011_PREVENZIONE_DEL_SUICIDIO_DEI_PAZIENTI_IN OSPEDALE</p> <p>Modalità di trasporto in urgenza o programmato dei pazienti IOAZHOR_0096-Trasporto_pazienti_in_urgenza_o_programmato</p> <p>Protocolli e procedure disciplina Neonatologia</p>

F3 Promozione dell'igiene delle mani

L'UO Igiene organizza e svolge lezioni nell'ambito di diversi corsi di aggiornamento aziendali e dipartimentali.

L'UO Igiene effettua sopralluoghi nelle UUOO per il monitoraggio e verifica dei comportamenti adottati dal personale.

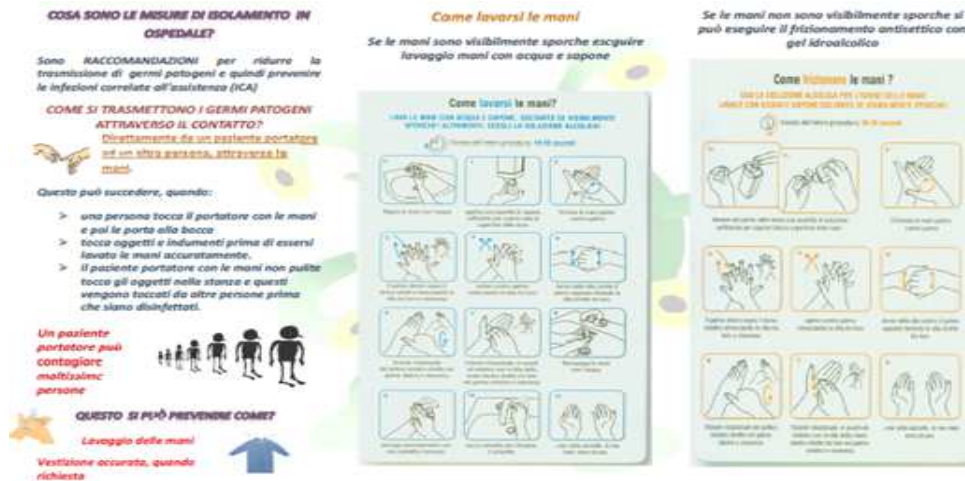
Sono utilizzate specifiche Schede Osservazionali ICA per la rilevazione dei comportamenti rispetto ai 5 momenti dell'igiene delle mani, adottati da tutti gli operatori sanitari denominate MODAZU76_0060 SCHEDE OSSERVAZIONALE ICA. Le modalità a cui attenersi per una corretta igiene delle mani sono espresse in documenti aziendali:

- IOAZU76-0006 "La frizione alcolica delle mani"
- IOAZU76-0007 "Lavaggio sociale delle mani"
- IOAZU76-0008 "Lavaggio antisettico delle mani"
- Manuale informativo HPP "Dispositivi di protezione individuale"
- LGAZU76_0002 "Raccomandazioni per le misure di isolamento in ospedale".

Sono inoltre diffusi pieghevoli e poster specifici:

Patogeni_a_trasmissione_da_contatto_come_evitare_di_diffonderli

-POSTER_Hai lavato le mani



	<p>➤ <u>Adozione e monitoraggio attraverso indicatori (es. consumo di soluzione a base alcolica) delle procedure per il lavaggio delle mani</u></p> <p>Allo scopo di garantire un'elevata <i>compliance</i> degli operatori sanitari alle procedure di igiene delle mani e promuovere la cultura della prevenzione e delle qualità e sicurezza delle cure, l'Ospedale Policlinico San Martino adotta indicatori diretti ed indiretti per il monitoraggio dell'igiene delle mani. I dati relativi agli indicatori sono desunti sia dai sistemi informativi aziendali che dalle osservazioni dirette condotte in sede di audit/visite/formazione <i>on the job</i> presso le Unità Operative degenziali.</p> <p>Le osservazioni dirette dell'igiene delle mani sono condotte mediante la tecnica standardizzata indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. 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. Gli indicatori indiretti utilizzati sono quelli raccomandati dagli organismi nazionali ed internazionali, ma per loro stessa natura presentano dei limiti di rappresentatività e non consentono un monitoraggio della <i>compliance</i> del personale sanitario alle corrette procedure di igiene delle mani. La <i>compliance</i> all'igiene delle mani, misurata come n° pratiche corrette/n° opportunità osservate * 100, è stata pari al 47% nel corso del 2018, attraverso l'utilizzo prevalente della frizione alcolica, pari al 90% dei casi, e del lavaggio acqua e sapone, pari al 10% dei casi. Il maggior utilizzo del gel alcolico, rispetto al lavaggio con acqua e sapone, dimostra un buon recepimento da parte del personale di quanto indicato dalle Linee guida dell'OMS, che indicano la frizione alcolica come il gold standard dell'igiene delle mani, per qualsiasi attività si svolga sul paziente. Il consumo di soluzione a base alcolica nel corso del 2018 è stato pari a 13,9 litri/1000 giornate di degenza, in aumento rispetto a quanto osservato nel 2016 e nel 2017.</p>
<p>F4 Incontri con gli operatori sanitari finalizzati all'introduzione di nuove tecniche e utilizzo di nuovi dispositivi di sicurezza</p>	<p>➤ L'utilizzo di nuovi dispositivi e/o tecnologie e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza è sempre accompagnato da incontri formativi specifici, realizzati a cura della SS Formazione e Comunicazione e della UO Servizio Prevenzione e Protezione. Le aziende fornitrici di tecnologie e materiale sono tenute all'erogazione di formazione specifica, destinata al personale utilizzatore, come nel caso del "Sistema di prelievo ematico sottovuoto con sistema di sicurezza e provette" per il quale si è predisposta la formazione obbligatoria per gli utilizzatori nei giorni 29 e 30 gennaio e 3 febbraio 2020. Il Corso formativo è stato previsto a seguito di nuova acquisizione del dispositivo, come da adesione del Policlinico a gara indetta dalla Centrale Acquisti della Regione Liguria e in ottemperanza al D.Lgs 81/08 e s.m.i. secondo cui il Datore di lavoro provvede affinché ciascun lavoratore riceva un'adeguata informazione sui rischi correlati alla sicurezza e la salute connessa all'attività dell'Ente di appartenenza e il produttore deve garantire la formazione all'uso corretto prima che possa essere effettuata l'acquisizione.</p> <p>Allegato: Corso Sistema di prelievo ematico sottovuoto con sistema di sicurezza e provette- Locandina</p>

- I cambiamenti organizzativi, quali l'apertura del **nuovo Day Hospital Emato-Oncologico o il trasferimento della UO Ematologia**, costituiscono una modifica significativa dei processi e richiedono la medesima attenzione dell'introduzione di nuove tecniche. Nel nuovo *Day Hospital* Emato Oncologico sono confluite tutte le oncologie del Policlinico e a tale scopo il *Risk Manager* ha effettuato numerosi incontri con il personale ivi assegnato, allo scopo di individuare ogni possibile criticità e le azioni necessarie per un corretto ed adeguato svolgimento dell'attività clinico assistenziale. Di seguito si riporta l'analisi del rischio del cambiamento organizzativo introdotto per il DHHO; l'analisi del rischio per il trasferimento della UO Ematologia è visibile nella Relazione dell'Unità di Gestione del Rischio UGR- Piani Annuali di Attuazione 2019, pubblicata nel sito *web* del Policlinico San Martino e a cui si rimanda per la lettura dei singoli progetti per esteso.

ANALISI DEL RISCHIO NEL NUOVO DH EMATO ONCOLOGICO (DHHO) a cura del *Risk Manager* Direttore UO Gestione Rischio Clinico, Qualità Accreditamento e URP.

L'esposizione completa e corredata delle immagini FMEA è visibile nella Relazione dell'Unità di Gestione del Rischio UGR- Piani Annuali di Attuazione 2019, pubblicata nel sito *web* del Policlinico.

Occorre ricordare e rappresentare con chiarezza i presupposti sui quali si è proceduto alla realizzazione del nuovo DHHO.

- **Bisogno di omogeneità delle procedure e dei percorsi di cura.**
Dal momento dell'integrazione fra il San Martino e l'IST si è sempre più consolidata la necessità di avere procedure uniformi e modalità di gestione dei pazienti oncologici condivise. Questo bisogno ha trovato una prima risposta nell'attivazione dei *Disease Management Team* Oncologici e nella Istituzione di un'unica UFA che ha concorso in modo significativo alla creazione di protocolli diagnostici e terapeutici condivisi tra le quattro UU.OO. Oncologiche e le attuali due UU.OO. Ematologiche.
La conclusione di questo percorso culminerà nella piena e integrata attivazione del DHHO con tutte le UU.OO. aziendali.
- **Bisogno di Standardizzare le procedure e i percorsi di cura.**
Questa necessità si sostanzia all'interno del DHHO in due momenti:
1. La standardizzazione dei protocolli terapeutici è una esigenza che nasce in prima battuta dalla creazione dell'Unità Farmaci Antiblastici che ha costretto i clinici alla realizzazione di protocolli omogenei.
 2. La creazione di percorsi organizzativi del DHHO che permettano una gestione armonizzata di pazienti che presentano affinità di patologie e di trattamenti. La concentrazione per tipo di patologia o per tipo di farmaci somministrati (*Drug Day*) in giorni determinati del DHHO facilita significativamente i processi di standardizzazione delle cure che in precedenza erano limitati agli angusti confini del DH divisionale.
- **Bisogno di ottimizzazione delle risorse disponibili.**
La creazione di un unico DHHO permette di ottenere un maggiore livello di efficienza gestionale permettendo economie di scala in tema di risorse

professionali e in materia di farmaci ad elevato costo.

➤ Bisogno di sicurezza delle cure.

Questo presupposto, ben presente sin dall'avvio della fase progettuale del nuovo DHHO, rappresenta nei fatti la vera sfida di tutto il processo di riorganizzazione. In origine, in epoca precedente all'istituzione dell'UFA del San Martino (2006) e dell'IST (2008), gli allestimenti dei preparati antiblastici si realizzavano sotto cappa nei reparti di Oncologia ed Ematologia e purtroppo erano frequenti i rilievi di residui di antiblastici sulle superfici, mentre tutti gli innumerevoli controlli cui oggi la UFA sottopone gli allestimenti (13 controlli di qualità) non venivano realizzati. Occorre altresì riconoscere che la dimensione ovviamente più "familiare" del DH divisionale permettendo una maggiore personalizzazione delle cure garantiva una maggiore conoscenza di ogni singolo paziente. D'altro canto è ben noto che la familiarità e la confidenza tipica di queste situazioni a numerosità più contenuta rappresenta una fonte certa di rischio anche in considerazione dell'impossibilità di raggiungere quei volumi minimi di attività che la letteratura raccomanda per garantire livelli adeguati di qualità delle cure. La concentrazione di tutti i pazienti precedentemente dispersi in sei diversi DH (in realtà cinque) deve per altro essere gestita avendo ben presente gli indici di priorità del rischio che gli snodi del processo rappresentano.

INDIVIDUAZIONE DEI PRINCIPALI RISCHI PRESENTI NEL PROCESSO

Occorre preliminarmente chiarire che l'analisi che segue prescinde dalla rischiosità intrinseca ai tre processi che affiancano il DHHO:

- La produzione e l'allestimento delle preparazioni che avviene all'interno dell'UFA
- La produzione e l'allestimento di sangue ed emoderivati che avviene presso il Servizio Trasfusionale
- I trasporti dai e ai servizi fornitori del DHHO.

L'analisi del rischio dei citati processi è oggetto di valutazione separata.

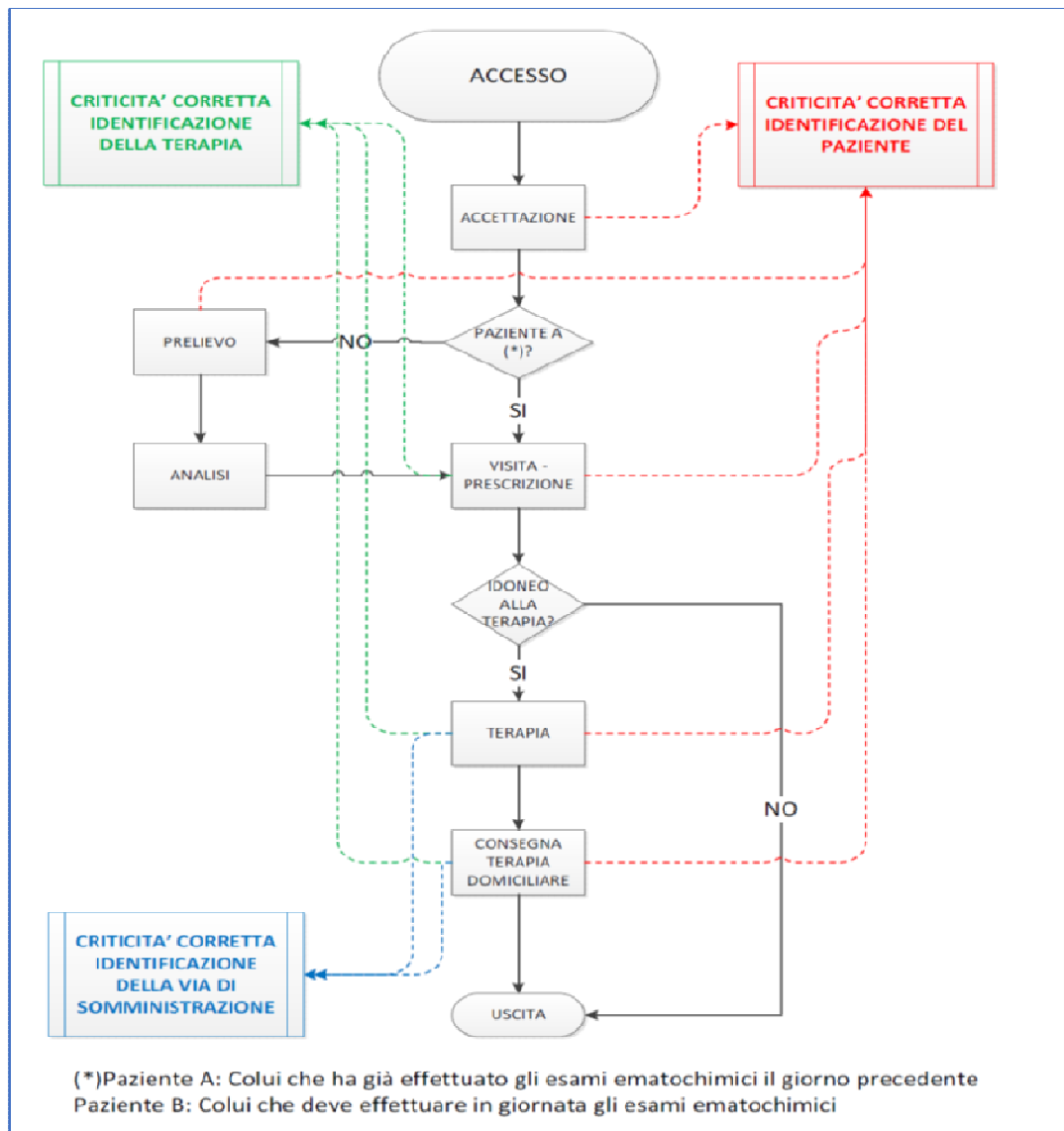
Dalla valutazione realizzata con il personale e dalla valutazione della letteratura specifica è stato possibile individuare tre principali rischi rispetto ai quali appare opportuno ripensare con attenzione al processo per come è stato originalmente disegnato:

- Rischi derivanti dalla CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE
- Rischi derivanti dalla CORRETTA IDENTIFICAZIONE DELLA TERAPIA
- Rischi derivanti dalla CORRETTA IDENTIFICAZIONE DELLA VIA DI SOMMINISTRAZIONE

Esistono per altro ulteriori aree di rischio che sono già state valutate e che saranno oggetto di successivi approfondimenti.

INDIVIDUAZIONE DEGLI SNODI CRITICI DEL PROCESSO DHHO

Il percorso del paziente dall'ingresso all'uscita dal DHHO presenta una sistematica ripetitività che si può rappresentare nel sottostante diagramma di flusso:



Esistono quindi **cinque momenti del percorso che devono essere gestiti secondo procedure rigorosamente applicate**, anche a costo di apparentemente innaturali ridondanze.

1. RESPONSABILITÀ DELL'INTERO PROCESSO

La complessità organizzativa del processo necessita dell'individuazione precisa delle professionalità che presidiano le aree in cui si articola il processo.

1.1 Documento Organizzativo del DHHO

Trattandosi di un processo dipartimentale occorre chiarire i profili di responsabilità attraverso la realizzazione di un documento organizzativo che declini con precisione il flusso delle attività per ogni area e le responsabilità specifiche. È quindi responsabilità del Direttore del DIPEO la redazione multidisciplinare e multiprofessionale di tale documento.

1.2 Responsabilità complessiva

L'intero processo clinico e logistico organizzativo è in capo al Direttore del Dipartimento Emato Oncologico.

Il Direttore del DIPEO ha la responsabilità di garantire la standardizzazione, l'omogeneità l'efficienza e la sicurezza dell'assistenza all'interno dell'area Oncologica e di quella Ematologica.

Per questi compiti è supportato da:

1.3 Responsabile dell'Area Infermieristica

- Una responsabilità di livello Dipartimentale in capo al Responsabile di Area Gestionale (RAG) e
- Una responsabilità direttamente connessa alle attività svolte nel DHHO in capo al Coordinatore Infermieristico.

Gli aspetti fondamentali presidiati da quest'area riguardano la cosiddetta Presa in Carico Infermieristica, il presidio dell'accettazione e il presidio della corretta realizzazione delle Terapie attualmente comprendente anche il Laboratorio delle Terapie Ancillari.

1.4 Responsabilità dell'Area Medica

Ogni U.O. che insiste sul DHHO governa i processi clinici che si realizzano su ogni singolo paziente.

I Responsabili sono pertanto i Direttori di Struttura complessa delle attuali 4 UU.OO. e delle future 6 UU.OO..

1.5 Responsabilità dell'Area Farmaci

Il Direttore della Farmacia presiede al corretto allestimento dei farmaci Antiblastici (presso UFA) e alla consegna delle terapie domiciliari.

È in programma l'individuazione di un Farmacista dipartimentale destinato alla formazione e aggiornamento di tutto il personale sui nuovi farmaci antiblastici.

Inoltre occorre prevedere di ricondurre alla responsabilità della farmacia il laboratorio degli ancillari che attualmente svolge una funzione cruciale nella corretta assegnazione delle terapie, anche quelle provenienti dall'UFA, ad ogni singolo paziente.

1.6 Responsabilità Logistica

L'ingegnere Gestionale è responsabile del disegno e dell'applicazione dei modelli organizzativi alla base del corretto funzionamento del DHHO.

2. ACCETTAZIONE

2.1 Identificazione attiva del Paziente

In questa fase occorre procedere all'identificazione attiva del paziente secondo le indicazioni contenute IOAZH78_0142

2.2 Delega al trattamento dei dati personali

Nel caso l'accettazione venga effettuata da un parente o dal fiduciario è indispensabile che sia evidente la delega rilasciata dall'interessato ai sensi del Regolamento UE 679/2016

2.3 Stampe etichette in sala prelievi

La fase dell'accettazione è particolarmente critica poiché con un iniziale errore di identificazione, sebbene facilmente rilevabile durante il successivo percorso, è possibile incorrere in una quantità importante di errori ed eventi avversi.

Sempre in questa fase, per i pazienti B, vengono preparate le etichette delle provette. Abbiamo rilevato una criticità importante rappresentata dal fatto che, per ridurre i tempi e limitare le code in sala prelievi, le etichette vengono consegnate nelle mani del paziente. Al fine di evitare il possibile smarrimento delle etichette o, ancor peggio, l'eventuale scambio di etichette tra pazienti la stampa delle medesime deve essere effettuata al momento del prelievo.

Il possibile errore derivante dall'assegnazione di una provetta ad un paziente

sbagliato può determinare un evento avverso compreso tra:

- Sospensione della terapia
- Intervento terapeutico inappropriato

2.4 Completamento organico di accettazione del DHHO

L'eccesso di attesa all'accettazione è un fattore limitante l'intero processo DHHO. L'alterazione del normale svolgimento del lavoro nelle fasi successive all'accettazione (tutte) crea disagio e malessere complessivo che si ripercuote necessariamente sui livelli di attenzione degli operatori sanitari. Durante la visita effettuata dall'U.O. Gestione del Rischio Clinico il giorno 29 Aprile u.s. abbiamo rilevato che una delle tre postazioni di accettazione previste era sguarnita e l'attesa per le procedure di accettazione era, alle 10 di mattina, di oltre 40 persone. La postazione era sguarnita a fronte di un'assenza per ferie programmate. È pertanto bene rinforzare questa fase garantendo un organico che permetta di sopperire sia alle assenze programmate sia alle assenze per malattia eventualmente destinando ad altre attività di back office le ulteriori unità di personale.

3. PRELIEVI

3.1 Identificazione attiva del Paziente

La procedura deve essere effettuata secondo quanto riportato nell'IOAZH78_0142 e contestualmente si deve procedere alla

3.2.Estrazione da TrakCare dei dati Paziente

Attraverso la lettura del codice a barre del braccialetto del Paziente e identificando la prescrizione medica di esami per quel giorno.

Contestualmente a queste due prime operazioni dovrà avvenire la

3.3.Stampa etichette in sala prelievi

Si è già accennato alla necessità di procedere alla stampa delle etichette per ridurre i rischi di smarrimento o di scambio di etichette tra pazienti. La stampa e la contestuale preparazione delle provette deve essere realizzata solo ed esclusivamente alla presenza del Paziente, né prima (con l'intento di ridurre i tempi si potrebbero stampare e preparare tutte le provette relative al piano di lavoro della giornata) né tanto meno dopo aver effettuato i prelievi per l'evidente rischio di errori di identificazione di paziente e di provetta.

L'implementazione delle Azioni di Miglioramento descritte permetterà di ridurre drasticamente l'IPR di questo sotto processo.

4. VISITA – PRESCRIZIONE EMATOLOGO

Gli ematologi presidiano l'ambulatorio in solitudine almeno due giorni su cinque. L'attività che si svolge in questa fase del processo è cruciale per lo svolgimento corretto del Percorso di Cura del paziente.

Le criticità più evidenti che abbiamo rilevato sono le seguenti:

4.1 Compressione dei tempi

Per poter garantire i tempi previsti dalla pianificazione l'ematologo deve realizzare, mediamente in 5 minuti per paziente, la convalida di una trentina di terapie e di una decina di trasfusioni, valutando il paziente, gli esami ematochimici e verificando su *TrakCare* eventuali segnalazioni cliniche.

È oggettivamente complesso riuscire a realizzare questo cruciale compito in po

co tempo e con innumerevoli interruzioni causata dalle chiamate telefoniche sia sul cellulare sia sul telefono fisso.

Si ritiene pertanto che questa attività venga svolta garantendo la concentrazione degli operatori, anche sospendendo temporaneamente, almeno per la fase di realizzazione dell'attività di doppio controllo di cui al successivo punto, le comunicazioni telefoniche.

4.2 Necessità di applicazione del doppio controllo

L'I.O. Aziendale IOAZHQA_0709 descrive le modalità di realizzazione del cosiddetto doppio controllo. Fra gli ambiti di applicazione dell'I.O. è prevista la Prescrizione, l'allestimento e la somministrazione dei farmaci a basso indice terapeutico. È del tutto evidente come non sia possibile effettuare il doppio controllo se la procedura viene affrontata in perfetta solitudine.

È quindi indispensabile provvedere all'immediata integrazione di personale (in differenzialmente medico o infermieristico) al fine di permettere la realizzazione di questa fondamentale procedura di controllo.

5. VISITA PRESCRIZIONE ONCOLOGO

Le considerazioni effettuate per le visite del medico ematologo sono sostanzialmente riconducibili a quanto osservato presso gli ambulatori di visita oncologica. In questa situazione il lavoro viene effettuato da due persone contemporaneamente presenti nell'ambulatorio. Sarebbe pertanto possibile applicare la citata Istruzione Operativa riguardante il doppio controllo. Da quanto osservato per altro le due persone presenti in ambulatorio svolgono contemporaneamente due procedure differenti venendo quindi meno il controllo che il secondo operatore realizza sul primo. L'analisi FMEA parte pertanto da un IPR identico a quello presente negli ambulatori dei professionisti Ematologi. Alla luce di quanto descritto valgono le considerazioni di cui ai punti 3.1. e 3.2.

6. TERAPIA

Questa fase rappresenta l'ultimo momento in cui è possibile intercettare l'errore prima che questo si trasformi in evento avverso e quindi nell'analisi del rischio gli elementi relativi alla rilevabilità rivestono un'importanza maggiore. Sono state rilevate le seguenti criticità nel percorso:

6.1 Scarsa applicazione delle procedure del riconoscimento attivo

Dall'osservazione effettuata abbiamo verificato come questa procedura sia osservata raramente. Sebbene siano facilmente ipotizzabili le motivazioni alla base di questa omissione riconducibili, ad esempio, nelle seguenti affermazioni:

- Conosco benissimo il paziente, è perfettamente inutile chiedergli-le l'identità
- È un inutile dispendio di tempo a fronte dell'incalzare dei pazienti e delle necessità è questo il momento nel quale l'osservanza della procedura deve essere assolutamente rigorosa.

6.2 Mancata applicazione dell'I.O. sul sistema dei doppi controlli (IOAZHQA_0709) per la terapia e per la via di somministrazione

Peraltro alla dichiarazione delle generalità da parte del paziente devono assistere due persone che contemporaneamente controllano la corrispondenza di

quanto affermato dal paziente su quello che è riportato negli allestimenti di terapia, secondo quanto definito dalla già citata IOAZHQA_0709.

Il fatto che nel documento che permette la tracciatura dell'avvenuta somministrazione della terapia compaiano costantemente due firme sebbene il doppio controllo non venga effettuato rappresenta un ulteriore elemento di criticità.

6.3 Laboratorio Ancillari

Il Laboratorio dei Farmaci ancillari è attualmente gestito da due Infermieri Professionali sotto la supervisione del coordinatore del DHHO. Le procedure di allestimento dei preparati sotto cappa e dell'assemblaggio del pacchetto completo con le terapie provenienti dell'UFA sono in capo a questo laboratorio. Il rischio di incorrere in errori di identificazione del Paziente, della Terapia o della via di somministrazione è particolarmente elevato.

Sono evidentemente presenti altri rischi rappresentati dalla mancata

- buone pratiche nell'allestimento dei Farmaci,
- possibilità di contaminazioni degli allestimenti,
- possibili errori nei dosaggi

Per questi motivi si è ritenuto necessario procedere a una valutazione congiunta tra Rischio Clinico, Coordinatore del DHHO e Farmacia per valutare l'opportunità di mettere l'intero ciclo lavorativo in capo alla Farmacia stessa.

6.4 Modifica del nastro lavorativo Laboratorio Ancillari

I due professionisti adibiti alla preparazione degli ancillari affermano che, per poter garantire la distribuzione degli allestimenti nei tempi utili alle prime somministrazioni del mattino, entrano in servizio, senza timbrare, circa 45 minuti prima del timbro effettivo (h 6.30).

Qualora questa affermazione venga verificata nei fatti e l'analisi del flusso di lavoro confermi questa necessità è indispensabile procedere alla modifica del nastro lavorativo dei due professionisti.

7. CONSEGNA DELLA TERAPIA DOMICILIARE

La consegna della terapia domiciliare ha luogo, per la maggior parte dei farmaci, presso il piano -3 del Padiglione Patologie Complesse (Distribuzione Diretta Farmaci). Tuttavia, al momento, il percorso dall'uscita dal DHHO verso la sede di consegna, risulta complesso, confondente e non idoneo ai pazienti con difficoltà di deambulazione. Si rileva che la mancanza di un sistema di comunicazione informatizzato tra le 2 strutture crea, inoltre, le seguenti criticità:

- Problemi di consegna della terapia ai pazienti che si presentano senza foglio di prescrizione della terapia domiciliare (attualmente non viene consegnata la terapia senza foglio di visita effettuata);
- Tracciabilità solo cartacea dell'avvenuta consegna per i farmaci non oncologici;
- Presenza di farmaci preparati da alcune settimane da parte della farmacia, e non ancora ritirati dall'utenza, senza la possibilità di un feed-back rapido ai clinici;
- Impossibilità da parte del personale addetto alla consegna di verificare l'avvenuta effettuazione della visita medica (non danno la terapia se non c'è il foglio di visita - visibilità gestore).

	<p>Attualmente, una parte limitata di farmaci destinati alla terapia domiciliare, viene ancora consegnata dal personale dell’DHHO. Tutti i problema appena citati saranno definitivamente risolti grazie:</p> <ul style="list-style-type: none"> -all’attivazione del modulo Distribuzione farmaci che a breve verrà attivato su GESTRO -alla realizzazione definitiva della camera calda tra Pad. 15 e padiglione ex Isolamento. <p style="text-align: center;"><u>CONCLUSIONI</u></p> <p>È indispensabile procedere a breve con un incontro con tutto il personale dell’DHHO durante il quale verranno chiarite le modalità di implementazione delle II.OO. più importanti quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IOAZH78_0142: corretta identificazione del paziente • IOAZHQA_0709: modalità di implementazione del sistema dei doppi controlli • Definizione delle modalità concrete attraverso le quali si procede alla corretta identificazione della terapia <p>Questi tre passaggi dovranno essere realizzati in tutte le fasi del processo. Inoltre occorre provvedere a introdurre alcuni cambiamenti organizzativi quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stampa etichette per esami ematochimici effettuata in sala prelievi alla presenza del paziente con eventuale conseguente potenziamento delle dotazioni informatiche • Garanzia della costante copertura delle 3 postazioni di accettazione • Passaggio del Personale infermieristico del Laboratorio Ancillari alla Farmacia • Terapie ancillari su TERA80 per gli Ematologi • Terapie estemporanee tracciabili su Gestro o su TERA 80 <p>➤ <u>CARTELLA CLINICA ELETTRONICA ATTRAVERSO LA PIATTAFORMA TRAKCARE</u></p> <p>Nel corso del 2019 è stato completato il progetto aziendale di introduzione della Cartella Clinica Elettronica attraverso la piattaforma <i>TrakCare</i>. Il rinnovamento tecnologico, a forte impatto organizzativo, ha coinvolto nella formazione aziendale 720 operatori (medici ed infermieri) degli ambulatori, a completamento del percorso formativo del biennio precedente che ha interessato il personale del Pronto Soccorso e delle Degenze. La formazione obbligatoria propedeutica all’introduzione della fase tre ha previsto la partecipazione a: un modulo residenziale teorico di 4 ore in aula informatica a cui è seguito un modulo di formazione sul campo di 5 giorni lavorativi durante i quali gli operatori sono stati affiancati da tutor (tecnici informatici e fornitori della tecnologia). Il corso nel 2019 si è svolto dal 27 maggio al 18 ottobre secondo una calendarizzazione che ha coinvolto Medici, Infermieri ed esercenti le professioni sanitarie.</p>
<p>F5 Prevenzione e valutazione del rischio di caduta</p>	<p>Come descritto nel capitolo “G4.2 Misurazione cadute” l’analisi costante del fenomeno ha guidato l’azienda verso delle azioni preventive e di miglioramento. Per quanto riguarda le condizioni ambientali, si è provveduto all’acquisizione di</p>

	<p>letti disarticolati e a massima movimentazione verso il pavimento in quanto si ritiene che costituiscano un elemento protettivo per il verificarsi dell'evento caduta. Nel corso del 2018, è stata effettuata la consegna dei primi 316 nuovi presidi dei 640 che si prevede di acquisire nel triennio.</p> <p>Per quanto riguarda la diffusione di adeguate informazioni, è stata pubblicata la revisione del pieghevole destinato agli utenti "Preveniamo le cadute in Ospedale" e, in tutte le unità operative, sono stati affissi cartelli in formato A3 "Preveniamo le cadute in Ospedale - Consigli per assistiti e familiari". Si è inoltre ritenuto necessario sensibilizzare il personale sanitario sull'adozione delle specifiche azioni indicate nell'Istruzione Operativa Aziendale IOAZHQA_0018 (aggiornata al 26/03/2018), da mettere in atto alla presa in carico di ogni paziente, soprattutto quando a rischio di caduta ≥ 2 secondo la scala di <i>Conley</i> e, in generale, quando sono presenti fattori che predispongano il paziente a un aumentato rischio.</p>
<p>F6 BLS e PBLSD</p>	<p>Tutti gli operatori sono tenuti ad avere preparazione adeguata che è possibile acquisire in corsi formativi BLS pianificati annualmente e per i quali è previsto aggiornamento sistematico. Il corso teorico pratico di BLS ha durata di 5 ore e approfondisce le tematiche relative al mantenimento delle funzioni vitali di base ponendosi come obiettivo principale quello di fornire ai partecipanti le indicazioni per riconoscere il soggetto adulto in arresto cardiaco e gli strumenti per poter intervenire nelle prime fasi della rianimazione. Il Corso è articolato in modo che, al termine di esso, ogni partecipante sia in grado di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riconoscere segni e sintomi di un adulto in arresto cardiaco • Fornire una valida assistenza alla vittima di arresto cardiaco • Utilizzare prontamente il DAE disponibile, in attesa dell'arrivo del <i>Team</i> di Emergenza intraospedaliera. <p>Nel 2019 sono state effettuate 53 edizioni del BLS a cui hanno partecipato 484 operatori.</p> <p>Nel 2019, si sono svolte 7 edizioni del corso formativo di Primo Soccorso per Laici a cui hanno partecipato 91 dipendenti dell'ambito amministrativo o che comunque non svolge attività lavorativa in reparti di cura e assistenza, per fornire gli strumenti conoscitivi essenziali, teorici e pratici.</p> <p>Allegato: Locandina Corso BLS</p>
<p>F7 Definizione profilo di competenze e sua valutazione</p>	<p>Prendendo a modello quanto implementato presso il Centro Cellule Staminali Emopoietiche che, nell'ambito del programma Trapianto di Midollo Osseo in aderenza agli standard J.A.C.I.E., hanno sviluppato una modalità di gestione e monitoraggio delle abilità e competenze dei professionisti, si ritiene opportuna l'estensione della metodologia a tutto il Policlinico.</p> <p>Presso il Centro Cellule Staminali sono state introdotti i seguenti strumenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scheda di autovalutazione/valutazione del personale Medico in formazione/reinserimento (MODH272_0007H3B) - Check-list autovalutazione di personale Medico della Unità Clinica Trapianto Cellule Emopoietiche (MODH272_0047H3B) - Procedura per la formazione del personale del Programma Trapianto CSE PQHQA_1006H3B <p>Questa procedura prevede che il percorso formativo, impostato su base annuale,</p>

	<p>sia preparato secondo le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Stabilire, in accordo con le regole aziendali e con il percorso formativo aziendale generale, il percorso formativo specifico del personale afferente al programma. · Definire le modalità per verificare il raggiungimento delle competenze per eseguire tutte le diverse funzioni inerenti il programma · Definire le modalità per monitorare il mantenimento delle competenze · Definire le modalità per verificare le performance dei vari operatori, per monitorare le operazioni amministrative connesse alla donazione e al trapianto delle cellule emopoietiche, per verificare la attinenza a quanto stabilito nel Manuale della Qualità, per verificare la aderenza agli standard JACIE, alle Leggi nazionali e regionali pertinenti. <p>Annualmente, il Direttore del programma con la collaborazione dei Direttori di Struttura Complessa e del <i>Quality Team</i>, secondo anche quanto indicato dalle politiche aziendali, stabilisce il fabbisogno formativo sulla base delle risultanze delle riunioni avvenute nel corso dell'anno o sulla base di eventuali nuovi progetti di sviluppo della procedura trapiantologica.</p> <p>La definizione del fabbisogno formativo deriva, oltre che dalle competenze necessarie per lo svolgimento corretto delle attività assegnate al singolo operatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> · dall'evoluzione della tecnica medica in generale e trapiantologica nello specifico sulla base della evidenza scientifica · dal riscontro dei corsi effettuati dai singoli operatori · dalle nuove linee di tendenze sanitarie e dalle carenze evidenziate. <p>Per il 2019 è stato proposto e deliberato dall' Azienda il piano formativo indicato nella Delibera 638 del 7 marzo 2019 "Attivazione del programma trapianto cellule staminali emopoietiche: evoluzione del sistema alla luce del percorso qualità JACIE".</p> <p>Nel 2019 nell'ambito del programma educativo nazionale GITMO è stato organizzato a Genova un corso dedicato alle problematiche infermieristiche trapiantologiche. Corsi simili verranno proposti ogni anno nell'ambito del programma formativo aziendale. Le modalità organizzative (corso residenziale, miglioramento continuo, corsi paralleli o altro) verranno stabilite dopo i riscontri ottenuti dal corso 2019. Il programma dei corsi verrà deciso sulla base della evoluzione delle terapie e l'eventuale modificarsi degli aspetti regolatori organizzativi. Il corso 2020 sarà incentrato sulla terapia con cellule immunoeffettrici e sulla terapia cellulare in generale.</p> <p>Allegati: Scheda di autovalutazione/valutazione del personale Medico in formazione/reinserimento (MODH272_0007H3B)- Check-list autovalutazione di personale Medico della Unità Clinica Trapianto Cellule Emopoietiche (MODH272_0047H3B)-Procedura per la formazione del personale del Programma Trapianto CSE PQHQA_1006H3B</p>
<p>F8 Educazione terapeutica al paziente e caregiver</p>	<p>All'interno del Policlinico si sono individuati canali utili alla trasmissione di informazioni ai pazienti, ai parenti visitatori e/o <i>caregiver</i> attraverso pieghevoli informativi, cartelli, segnaletica.</p> <p>Sono stati redatti e pubblicati alcuni pieghevoli/libretti per pazienti e familiari, finalizzati a facilitare l'orientamento nel percorso di cura e assistenza post-</p>

dimissione, oltre che per fornire un riferimento nella gestione dei dispositivi che spesso il paziente deve utilizzare.

-POSTER finalizzati a contenere gli episodi di Violenza2019

-Pieghevole "CONOSCERE LE LESIONI DA PRESSIONE-Informazioni per assistiti e familiari nella prevenzione dell'insorgenza delle lesioni da pressione"

-Pieghevole "AMBULATORIO A GESTIONE INFERMIERISTICA ULCERE CUTANEE COMPLESSE PADIGLIONE DERMATOLOGIA SOCIALE PIANO TERRA"

-Libretto Informativo "INFORMAZIONI UTILI PER LA PERSONA SOTTOPOSTA A LARINGECTOMIA TOTALE"

-MODAZU76_0059-Galateo_respiratorio

-MODAZU76_0072-POSTER_HAI_LAVATO_LE_MANI

-MODAZU76_0053-

Patogeni_trasmissione_da_contatto_come_evitare_di_diffonderli

-MODAZU76_0062-

POSTER_INFORMAZIONI_VISITATORI_DI_PAZIENTI_CON_MISURE_DI_ISOLAMENTO_UTI_E_TERAPIA_SUB_INTENSIVA.

-MODAZU76_0050 PRECAUZIONI DA CONTATTO "C"


OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO
SISTEMA SANITARIO REGIONE LIGURIA
 ISTITUTO DI RICERCA E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO PER L'ONCOLOGIA
 FAMIGLIARISMA BRONCHIOPULMONARE E TUMORI
 U.O. IGIENE - SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE


PRECAUZIONI DA CONTATTO "C"
**PRIMA DI ENTRARE NELLA STANZA RIVOLGERSI
 AGLI OPERATORI SANITARI**

ESEGUIRE IGIENE MANI: LAVAGGIO ACQUA E SAPONE O FRIZIONE ALCOLICA DELLE MANI	
INDOSSARE IL SOVRACAMICE	
INDOSSARE IL COPRICAPO (SOLO in caso di pediculosi, scabbia norvegese)	
INDOSSARE I GUANTI	

**PRIMA DI USCIRE DALLA STANZA ELIMINARE
 TUTTO NEGLI APPOSITI CONTENITORI**

PROCEDERE INFINE ALL'IGIENE DELLE MANI 


OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO
SISTEMA SANITARIO REGIONE LIGURIA
 ISTITUTO DI RICERCA E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO PER L'ONCOLOGIA

**INFORMAZIONI PER I VISITATORI
 DEI PAZIENTI PER I QUALI SONO IN ATTO
 MISURE DI ISOLAMENTO**

**ESEGUIRE IL LAVAGGIO DELLE MANI CON
 ACQUA E SAPONE O CON SOLUZIONE ALCOLICA**

- ✦ prima di entrare e prima di uscire dalla Terapia Intensiva
- ✦ prima e dopo ogni contatto con il paziente

REGOLE

- > sono ammessi solo due visitatori
- > raccogliere i capelli se lunghi e/o indossare una cuffia
- > indossare il camice monouso
- > indossare la mascherina
- > indossare i calzari se le proprie calzature sono molto sporche (es. nei giorni di pioggia)
- > lavarsi le mani
- > astenersi dalla visita se si è affetti da tosse, raffreddore, influenza o altra malattia trasmissibile

LE MANI
TOCCANO
TRASPORTANO
TRASFERISCONO I MICROBI



**PER QUALSIASI DUBBIO/DOMANDA RIVOLGERSI A UN
 OPERATORE SANITARIO
 GRAZIE PER LA SUA COLLABORAZIONE**

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

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

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

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

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

S2 Sviluppo di buone pratiche

S2.1 Audit Clinici accreditati ECM

➤ **Avvio seconda Fase dell’Audit Clinico del percorso nascita con riferimento alle variabili che condizionano la cesarizzazione**

L’Audit si è proposto di indagare il percorso seguito dalle gestanti durante la gravidanza per confrontarlo con le motivazioni del personale sanitario che portano a decidere una determinata modalità di parto.

La **prima Fase dell’Audit Clinico** svoltasi tra il 01/10/2017 ed il 31/03/2018 ha visto la partecipazione di 665 mamme mediante la compilazione di un questionario. Come previsto dal protocollo “Audit Osservazionale Prospettico del percorso nascita con riferimento alle variabili che condizionano la cesarizzazione”, è stata eseguita l’analisi dei dati raccolti i cui risultati sono stati condivisi con i responsabili del Dipartimento Ginecologico e Percorso Nascita il 14/01/2019.

Durante l’incontro sono stati presentati, oltre ai risultati dell’audit, i dati aggiornati del Programma Nazionale Esiti, che evidenziavano per l’Ospedale Policlinico San Martino un tasso di tagli cesarei superiore alla media nazionale, motivo per il quale Regione Liguria aveva richiesto azioni finalizzate al raggiungimento degli *standard*. Nella riunione sono state illustrate, inoltre, le aree all’interno delle quali definire eventuali azioni di miglioramento, sottolineando come principio fondamentale non la riduzione del numero dei tagli cesarei in quanto tale, ma l’esigenza di contrastare l’inappropriatezza nel ricorso al taglio cesareo.

Gli argomenti presentati hanno generato un intenso dibattito tra i partecipanti che non ha permesso di ottenere, all’interno della medesima seduta, un sufficiente grado di accordo per l’individuazione delle azioni di miglioramento, che i responsabili delle UU.OO. del Dipartimento Ginecologico e Percorso Nascita, hanno provveduto a definire e a trasmettere al *Risk Manager* solo in un momento successivo, sentiti tutti i professionisti coinvolti.

Le **Azioni di Miglioramento** individuate risultano essere le seguenti:

- la valutazione, ad opera dei Direttori delle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia o di loro specifici delegati, dell’appropriatezza clinica delle indicazioni al taglio cesareo elettivo, con particolare riferimento alla composizione delle classi di *Robson*, al fine di ridurre il tasso di tagli cesarei elettivi non appropriati dal punto di vista clinico
- la valutazione, ad opera dei Direttori delle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia o di loro specifici delegati, della corretta tempistica di esecuzione del taglio cesareo elettivo alla trentanovesima settimana compiuta di età gestazionale, al fine di ridurre la morbilità respiratoria del neonato
- formazione continua: costituzione di un Gruppo di Miglioramento composto da dirigenti medici, ostetrici e neonatologi per la valutazione e la discussione delle tematiche clinico-assistenziali relative al Percorso Nascita, al fine di migliorare la collaborazione interdisciplinare e la qualità delle prestazioni assistenziali offerte, in un contesto di formazione continua.

La **seconda fase dell’Audit Clinico** ha come obiettivo quello di valutare i risultati conseguiti a seguito dell’introduzione delle sopramenzionate azioni di miglioramento, in termini di riduzione del numero di tagli cesarei inappropriati.

In data 08/07/2019 Il Comitato Etico di Regione Liguria ha espresso parere favorevole all'attuazione della seconda fase, che ha preso avvio trascorso un periodo di tempo sufficiente all'implementazione delle Azioni di Miglioramento, nella pratica clinica.

Per difficoltà presentate per la discordanza dei database di raccolta dati dovuti all'inserimento della nuova cartella elettronica, la **seconda Fase di Audit Clinico ha avuto inizio il 1 Dicembre 2019, prevedendo come data finale della raccolta dati il 31 Maggio 2020.**

Alla luce di tali obiettivi, è stato proposto al Comitato Etico Regione Liguria un emendamento alla precedente versione del protocollo. L'obiettivo principale dell'emendamento è quello di proseguire l'Audit Clinico con lo stesso disegno di studio, intervistando un ulteriore campione di donne che partoriranno all'interno dell'Ospedale Policlinico San Martino, previsto in numero di 700. L'emendamento proposto garantisce la prosecuzione dell'Audit Clinico, valutando i risultati conseguiti a seguito dell'implementazione delle azioni di miglioramento, con la stessa metodologia proposta nella versione iniziale del protocollo.

➤ **Conclusione della Prima Fase dell'Audit Clinico prospettico: "Informazione e Consenso"**

L'Audit Clinico che risponde all'esigenza di accertare il livello di comunicazione effettivamente esistente in Ospedale nei confronti dei pazienti ha avuto l'obiettivo di:

- monitorare la qualità dell'informazione fornita per l'acquisizione del consenso/dissenso alle prestazioni
- valutare la percezione del paziente riguardo a la completezza, comprensione, consapevolezza e soddisfazione del processo del consenso informato
- rilevare le criticità ed individuare le azioni finalizzate al miglioramento della qualità del processo.

La prima Fase dell'Audit Clinico ha previsto l'intervista di 100 pazienti ed i risultati ottenuti sono stati oggetto di analisi e valutazioni e si è deciso di estendere la rilevazione anche al personale Medico.

Gli **Obiettivi** sono stati:

- valutare la percezione dalla prospettiva del medico, utilizzando un questionario dedicato
- confrontare i risultati ottenuti dall'indagine rivolta ai pazienti, con quelli ottenuti dall'indagine rivolta al personale medico
- rilevare le criticità ed individuare le azioni finalizzate al miglioramento della qualità del processo

Popolazione oggetto di questa fase dell'Audit Clinico

Personale medico che opera all'interno delle UU.OO. coinvolte nella prima fase dell'Audit Clinico. In una fase successiva, potrà essere valutata l'estensione delle interviste ad un ulteriore campione di medici operanti all'interno dell'Ospedale.

Campione: 137 Specializzandi, 114 Medici (112 consensi, 2 dissensi).

Periodo dell'audit: 24 Maggio al 19 Luglio 2019.

Conclusioni.

Durante gli incontri svolti tra i Facilitatori che hanno condotto l'Audit Clinico, alla luce dei risultati emersi si identificano le possibili **Azioni di Miglioramento:**

- 1-Realizzazione ed erogazione a tutti i dipendenti del Policlinico di un Corso FAD (obbligatorio) riguardo alla legge 219/2017
- 2-Inserimento su TRACKCARE di evidenza e tracciabilità dell'avvenuto processo del consenso informato
- 3-Consegna al paziente della Informativa e del Consenso con una tempistica definita in modo che abbia il tempo di leggere bene e fare le domande in merito, prima della firma
- 4-Redazione di una *Check list* per i pazienti attraverso cui possono verificare se hanno ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo ad intervento/procedura come descritto nella Legge 219/2017
- 5-Realizzazione di Percorsi formativi dedicati a migliorare la comunicazione medico paziente
- 6-Creazione e divulgazione di un'Istruzione Operativa che descriva il processo del consenso informato alla luce della legge 219/2017

Nota: il Protocollo dell'Audit Clinico nella Versione 1 è stato esaminato dal Comitato Etico Regionale nella seduta del 19/11/2018 ed ha ottenuto l'approvazione trasmessa attraverso l'estratto del verbale n. 16/2018. La versione 2 del 26/03/2019 ha ottenuto parere favorevole dal Comitato Etico regionale nella seduta del 06/05/2019 come evidenziato nell'estratto del verbale N. 7/2019.

Sintesi dell'elaborato è stata esposta al 14° Forum Risk Management 2019.

Il processo del consenso informato nell'Ospedale Policlinico San Martino

Giovanni Orzago^{1,2,3}, Giuseppe Minetti⁴, Nicola Sofia-Dar Gabari^{5,6}, Antonella Filanti^{7,8}, Silvia Sant'Aliphan⁹, Rita Piana¹⁰, Nadia Verucchi¹¹, Andrea Ingrosso¹², Daniela Ricci¹³, Riccardo Calzavara¹⁴, Salvatore Ruggini¹⁵, Andrea Fargnoli¹⁶, William Brunot¹⁷, Elia Lorenzini¹⁸, Martina Cappi¹⁹, Paolo Marino²⁰, Paolo Bratti²¹, Simona Morganti²²

¹Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", ²Università degli Studi di Padova, ³Università degli Studi di Milano, ⁴Università degli Studi di Padova, ⁵Università degli Studi di Padova, ⁶Università degli Studi di Padova, ⁷Università degli Studi di Padova, ⁸Università degli Studi di Padova, ⁹Università degli Studi di Padova, ¹⁰Università degli Studi di Padova, ¹¹Università degli Studi di Padova, ¹²Università degli Studi di Padova, ¹³Università degli Studi di Padova, ¹⁴Università degli Studi di Padova, ¹⁵Università degli Studi di Padova, ¹⁶Università degli Studi di Padova, ¹⁷Università degli Studi di Padova, ¹⁸Università degli Studi di Padova, ¹⁹Università degli Studi di Padova, ²⁰Università degli Studi di Padova, ²¹Università degli Studi di Padova, ²²Università degli Studi di Padova

Ospedale Policlinico San Martino Genova

ABSTRACT

Obj: Il processo del consenso informato (CI) è stato esaminato e descritto nella versione 1 e 2 e sono stati valutati i risultati del Comitato Etico Regionale (CER).

Background: Il processo del consenso informato (CI) è stato esaminato e descritto nella versione 1 e 2 e sono stati valutati i risultati del Comitato Etico Regionale (CER).

Methods: I dati raccolti da 12 centri sono stati analizzati attraverso un'istruttoria strutturata, eseguita da un team di esperti di audit clinico, prevalentemente formati, attraverso un corso dedicato di 4 giorni in aula e attività formati attraverso il corso dedicato di 4 giorni in aula e attività formati attraverso il corso dedicato di 4 giorni in aula.

Results: I dati raccolti da 12 centri sono stati analizzati attraverso un'istruttoria strutturata, eseguita da un team di esperti di audit clinico, prevalentemente formati, attraverso un corso dedicato di 4 giorni in aula e attività formati attraverso il corso dedicato di 4 giorni in aula.

Conclusion: Il processo del consenso informato (CI) è stato esaminato e descritto nella versione 1 e 2 e sono stati valutati i risultati del Comitato Etico Regionale (CER).

INTRODUZIONE

La recente legge 11 dicembre 2017, n. 219 definisce il consenso informato e stabilisce la richiesta di cura e di salute. Il paziente è il centro della decisione e ha diritto di scegliere liberamente la propria cura e di rifiutare o interrompere il trattamento sanitario, dopo aver ricevuto informazioni e assistenza adeguate.

Obiettivi: Il presente studio ha lo scopo di valutare la qualità del processo del consenso informato (CI) in 12 centri ospedalieri italiani, nonché di verificare se i processi di consenso informato (CI) sono conformi alla legge 219/2017.

Metodi: I dati raccolti da 12 centri sono stati analizzati attraverso un'istruttoria strutturata, eseguita da un team di esperti di audit clinico, prevalentemente formati, attraverso un corso dedicato di 4 giorni in aula e attività formati attraverso il corso dedicato di 4 giorni in aula.

CONCLUSIONI

Questo studio ha evidenziato come non tutte le informazioni descritte nella legge 219/2017 sono state fornite al paziente durante il processo di acquisizione del consenso informato. In particolare, per quanto riguarda i rischi di complicanze e le conseguenze del rifiuto di cure, si è osservato un basso livello di conformità.

Conclusioni: Il processo del consenso informato (CI) è stato esaminato e descritto nella versione 1 e 2 e sono stati valutati i risultati del Comitato Etico Regionale (CER).

RESULTS

Il presente studio ha coinvolto 12 centri ospedalieri italiani, con un totale di 112 medici (91,5% Maschi e 20,5% Femmine) e 112 pazienti (50,9% Maschi e 51,1% Femmine).

Item	Compliance (%)	Non-compliance (%)
Identificazione del medico	100	0
Identificazione del paziente	100	0
Identificazione del centro	100	0
Identificazione del servizio	100	0
Identificazione del medico	100	0
Identificazione del paziente	100	0
Identificazione del centro	100	0
Identificazione del servizio	100	0

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Sanità. (2017). *Legge n. 219 del 11 dicembre 2017*. Roma: Edizione Speciale della Gazzetta Ufficiale.

2. Ingrosso A, Ricci D, Calzavara R, Ruggini S, Fargnoli A, Brunot W, Lorenzini E, Cappi M, Marino P, Bratti P, Morganti S. (2019). *Il processo del consenso informato nell'Ospedale Policlinico San Martino*. Roma: Edizione Speciale della Gazzetta Ufficiale.

RINGRAZIAMENTI

Gli autori ringraziano il Comitato Etico Regionale (CER) per l'approvazione del protocollo di studio, i medici e il personale sanitario dei 12 centri ospedalieri italiani che hanno partecipato allo studio, e il personale dell'Ospedale Policlinico San Martino per la collaborazione.

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

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

Obiettivi

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

Metodo. Il Metodo adottato prevede due fasi:

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

Aggiornamento 2019: è in via di completamento il percorso che ha avuto ulteriori **sviluppi anche nell'ambito della chirurgia epatobiliopancreatica.**

In recepimento di quanto previsto dalla **Delibera Giunta Regionale 253 del 07/08/2019 “Disposizioni sui percorsi regionali individuati e definiti dai D.I.A.R. : indirizzi clinici ed organizzativi”** e per superare la frammentazione assistenziale e l'autoreferenzialità a favore di un'uniforme applicazione dei percorsi *evidence-based*, l'Audit Clinico nell'ambito della chirurgia epatobiliopancreaticasi pone come proprio **Obiettivo** la definizione dell'equipe chirurgica per avviarne la certificazione, in modo analogo al percorso seguito per la chirurgia della mammella.

Il *Team* di Facilitatori individuato dal *Risk Manager* e condiviso con il Collegio di Direzione (seduta del 11/12/2019) è composto dalle seguenti figure professionali:

- Anatomo Patologo
- Chirurgo
- Radiologo
- Oncologo
- Epidemiologo
- Anestesista
- Infermiere di Sala Operatoria
- Equipe Infermieri UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accredited e URP
- *Risk Manager*

La *Time Table* è la seguente:

ID	Audit su chirurgia Fegato e Pancreas	Inizio	Fine	Durata	dic 2019		gen 2020				feb 2020				mar 2020				apr 2020				mag 2020				giu 2020					
					15/12	22/12	29/12	5/1	12/1	19/1	26/1	2/2	9/2	16/2	23/2	1/3	8/3	15/3	22/3	29/3	5/4	12/4	19/4	26/4	3/5	10/5	17/5	24/5	31/5	7/6	14/6	
1	Recupero documentazione cartacea	11/12/2019	03/03/2020	60g																												
2	Analisi sui Database	11/12/2019	14/04/2020	90g																												
3	Analisi Complicanze su cc	11/12/2019	26/05/2020	120g																												
4	Analisi statistica	27/05/2020	18/08/2020	60g																												
5	Restituzione CdD	19/08/2020	08/09/2020	15g																												

Allegato: DeterminaGdMTumoreGastrico1286_2019

S2.2. Sicurezza/Accuratezza nella compilazione documentale

E' stato portato a termine il progetto di adozione della Cartella Clinica Elettronica (CCE) che rappresenta lo strumento di gestione più efficace per la gestione e il monitoraggio dei processi.

Il percorso di implementazione della Cartella Clinica Elettronica iniziato dal Pronto Soccorso nell'ottobre 2017 con estensione alle Degenze ordinarie e *Day Hospital* nel giugno 2018. Il percorso nel 2019 ha previsto l'attivazione della Cartella Clinica Elettronica per tutta l'attività ambulatoriale. Si ritiene che sarà pienamente funzionante e in grado di garantire tutte le procedure di messa in sicurezza e di facilitazione dei processi base dell'Istituto.

Le analisi alla base delle II.OO. e di ogni singolo PDTA aziendale verranno quindi progressivamente tradotte in procedure informatizzate che guideranno in modo più sicuro ogni operatore nei percorsi assistenziali disegnati.

S2.2.1 Attività di verifica della compilazione della cartella clinica

Si verifica l'adeguatezza della compilazione della cartella clinica con le seguenti modalità:

- in sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità si verifica l'adeguatezza della compilazione della cartella clinica in tre cartelle chiuse (di pazienti dimessi negli ultimi sette giorni antecedenti l'Audit Interno)
- in sede di Audit Interno condotto in sinergia con l'UO Farmacia, si verifica una cartella clinica aperta (di paziente ancora degente)

S2.2.2 Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori in terapia

All'interno del Policlinico è in uso il **sistema informatico di prescrizione, preparazione e somministrazione dose unica SOFIA** la cui evidenza è visibile in cartaceo all'interno della parte cartacea allegata alla cartella clinica elettronica (Stampa analitica della Dose Unitaria).

Il Policlinico ha da tempo adottato un approccio proattivo alla gestione del rischio clinico per affrontare il problema dell'errore in terapia e quindi della sicurezza dei pazienti, predisponendo iniziative finalizzate all'innalzamento del livello di sicurezza delle cure: si effettuano Corsi di formazione e aggiornamento, si effettuano valutazioni della corretta compilazione delle prescrizioni ed avvenute somministrazioni con la verifica di cartelle cliniche durante gli Audit Interni di Sistema Gestione Qualità. Attraverso l'analisi FMECA, vengono mensilmente valutati gli indici di rischio

per le seguenti attività: lettura del bracciale identificativo- lettura farmaco- farmaco non somministrato - conferme giornaliera. 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 giornaliera ma non nella lettura Farmaco e Bracciale. A tale proposito si è evidenziata la necessità nel 2018 di riproporre tutta l'attività di reportistica specifica e di formazione per i reparti per riattivare l'attenzione e riaccendere l'interesse su questa attività di gestione del rischio clinico.

➤ **Riconciliazione Farmacologica**

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

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

Le informazioni registrate sul programma SOFIA, restano presenti nel prospetto di ogni singolo paziente e possono essere riutilizzate in caso di successivi ricoveri. La modalità operativa implementata, è descritta nella procedura contenuta nel pacchetto informatico della dose unitaria del farmaco SOFIA, che accompagna il clinico nella realizzazione delle fasi di Ricognizione, Confronto e Riconciliazione delle terapie. L'UO Farmacia ha provveduto a diffondere in modo capillare a tutto il personale del Policlinico, il metodo per adempiere a quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale N.17, mediante formazione sul campo in tutte le unità operative, nel trimestre 2018.

➤ **Farmacovigilanza**

La principale attività di Farmacovigilanza 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 il portale Vigifarmaco. Nel

corso del 2018, il nostro Policlinico ha registrato una riduzione del numero di segnalazioni di reazioni avverse. Di seguito il trend degli ultimi 5 anni.

	2014	2015	2016	2017	2018
REAZIONI AVVERSE REGISTRATE	36	130	274	118	77

Nel 2018, rispetto al 2017, si evince una riduzione del 65%. 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.

➤ **Attività laboratorio terapie antitumorali**

TIPOLOGIA	N° ALLESTIMENTI 2017	N° ALLESTIMENTI 2018
PREPARAZIONI ENDOVENOSE	45.166	47.764
PREPARAZIONI ORALI	11.962	13.683
PREPARAZIONI SPERIMENTALI	7.322	5.333

L'attività del Laboratorio Antitumorali ha previsto una riorganizzazione caratterizzata dalla formazione di un *pool* di Farmacisti unico, con la possibilità di turnover fra il laboratorio di preparazione e il settore specialità medicinali. Tale *pool* di Farmacisti gestisce, nel laboratorio delle preparazioni dei farmaci antitumorali, il lavoro di *routine* ed il personale infermieristico addetto al *compounding*. Il laboratorio antitumorali garantisce un processo standardizzato e di controlli a garanzia della sicurezza del paziente. Per ridurre il rischio clinico sono attivi:

- il sistema prescrittivo
- i prelievi dedicati a lotti di preparazione con il doppio controllo
- l'allestimento manuale con il doppio operatore
- il controllo finale dei reflui prima del rilascio del lotto
- la tracciatura completa del percorso informatico dell'allestimento fino alla consegna
- l'allestimento robotizzato completamente tracciato e sicuro di circa il 60% dei farmaci endovenosi. Un'approfondita analisi sui percorsi del laboratorio ha portato ad una modifica di alcune procedure in essere. Uno dei più significativi è stato l'implementazione del *robot Apoteca Chemo*, per la preparazione delle terapie routinarie, che ha portato ad oggi a circa 75/85 preparazioni/die alleggerendo il carico di lavoro quotidiano del personale preparatore, assicurando un percorso di diminuzione del rischio clinico legato alla preparazione.
- Controlli ambientali secondo le GMP e FU come da procedure aziendali pubblicate (es IOHFA_0003LAB ANT controlli di processo secondo le GMP). Nell'anno 2018/19 è stato attivato un percorso di miglioramento che ha portato alla CERTIFICAZIONE ESTERNA della produzione delle siringhe Intravitreali di bevacizumab che ha certificato ogni operatore durante l'allestimento e le procedure standard utilizzate
- il completo governo dei farmaci sperimentali per tutta il loro ciclo lavorativo con l'ottimizzazione del loro flusso di gestione che prevede il carico e la rietchettatura contestuali. In quest'ultimo anno è stata implementata e perfezionata la procedura all'arrivo del farmaco al Policlinico e tutta la gestione e

l'archiviazione della documentazione necessaria allo svolgimento dello studio per la tracciabilità dell'allestimento.

➤ **Progettualità e pianificazione delle attività legate alla riorganizzazione della piattaforma emato-oncologica**

Nell'ambito delle attività propedeutiche all'attivazione della nuova piastra ambulatoriale e DH onco-ematologica dell'Ospedale Policlinico San Martino i farmacisti sono stati coinvolti nella pianificazione attraverso incontri con le altre figure professionali (la Direzione Generale, Sanitaria, Clinici ematologi e oncologi referenti, Infermieri di area) al progetto coinvolte per definire:

-il numero di poltrone/letti per la somministrazione e trasfusione necessarie per il corretto *turnover* dei pazienti durante l'orario di operatività della piastra emato-oncologica e il tempo di occupazione

- i percorsi dei pazienti a seconda del tipo di terapia che il paziente stesso deve eseguire e in base alla complessità stessa del paziente.

La S.C. Farmacia ha collaborato a questi due aspetti organizzativi attraverso incontri con clinici, infermieri e Direzione Sanitaria:

-alla revisione, in collaborazione con i clinici referenti individuati, del prontuario terapeutico degli schemi chemioterapici dividendoli e valutandoli per area terapeutica sulla base della letteratura scientifica pubblicata di riferimento

-alla progettazione del flusso delle terapie antitumorali orali e parenterali allestite dal laboratorio antitumorali ed inviate alla piastra di DH

-alla codifica degli schemi di premedicazione oncologici e ematologici valutati e condivisi dopo un lavoro di censimento, valutazione ed omogeneizzazione della tipologia di questi schemi nei diversi reparti

-alla valutazione delle tempistiche di somministrazione attraverso riunioni con tutti i reparti coinvolti, per avere una stima del numero delle postazioni di somministrazione necessarie

-alla uniformità di indicazione dei tempi di somministrazione dei farmaci, lavaggi, e quindi dei vari protocolli tra le diverse unità operative.

➤ **Progettualità e pianificazione delle attività legata alla riorganizzazione del day service neurologico con intervento del laboratorio antitumorali per la centralizzazione degli allestimenti di farmaci biologici- settore gestione logistica del farmaco**

Nell'anno 2018 sono stati allestite 260 preparazioni neurologiche con farmaci biologici profilati sul programma prescrittivo emato-oncologico.

S2.2.3 Sicurezza in Sala Operatoria

Allo scopo di garantire la sicurezza del paziente in sala operatoria, si adottano comportamenti definiti in Istruzioni Operative e regolamentati, avvalendosi della documentazione di controllo e registrazione di processo specifica, di seguito elencata:

- Scheda di Blocco Operatorio Medica ed Infermieristica per conteggio di garze e strumenti MODULO_0125
- Scheda Peri-operatoria MODULO_1029
- Procedura per la corretta identificazione del paziente in sala operatoria

- Procedura per la segnatura del sito/lateralità chirurgica
- Software ORMAWEB (referto operatorio - Scheda di Blocco Operatorio Medica ed Infermieristica)
- Procedura per la Preparazione Preoperatoria IOAZU76_0026 redazione giugno 2019 finalizzata a garantire la corretta preparazione del paziente, ridurre l'incidenza delle complicanze, prevenire il rischio infettivo negli utenti ed uniformare i comportamenti in fase di preparazione del paziente all'intervento

Inoltre si è condotta l'analisi del percorso dell'infermiere neoinserito in sala operatoria finalizzato a garantire una corretta Gestione della Sicurezza in Sala Operatoria. Di seguito si riportano dettagli sull'analisi eseguita:

➤ **Analisi del percorso dell'infermiere neoinserito in sala operatoria nell'ospedale Policlinico San Martino**

Nel Piano Triennale per la Gestione della Rischiosità all'interno del Policlinico (2018-2021) "PIGiR" si è definito di effettuare un'analisi finalizzata alla valutazione dei risultati del percorso di inserimento degli Infermieri (Neoinseriti/Neoassunti) nelle Sale Operatorie, con l'obiettivo di:

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
3. ottenere benefici per il *team* chirurgico, per l'assistenza ai pazienti e contestualmente avere ricadute positive riguardo a costi correlati per il Policlinico

Sono state comparate le diverse tipologie di Schede di valutazione dell'infermiere neo-inserito attraverso una check list "Sintesi comparativa dati".

Conclusioni: la definizione del percorso dell'infermiere neoinserito in sala operatoria inclusa la valutazione, ha contribuito a standardizzare un processo caratterizzato da elevate implicazioni sotto il profilo della qualità dell'assistenza e della sicurezza del paziente. Sarebbe altresì importante inserire all'interno del percorso le procedure richieste dal Manuale del Ministero per la gestione della sicurezza in sala operatoria. Valutazioni successive saranno necessarie per verificare il consolidamento del processo.

Allegato: Report Analisi del percorso dell'infermiere neoinserito in sala operatoria nell'ospedale Policlinico San Martino - IOAZU76_0026 "Procedura Per La Preparazione Preoperatoria"

S2.2.4 Consensi al trattamento dati sensibili

I consensi al **Trattamento dei Dati sensibili** sono stati revisionati in ottemperanza a quanto definito dal Regolamento Regolamento UE 2016/679 Trattamento dei Dati Personali e Sensibili con Dossier Sanitario Elettronico DSE e ne è stata data comunicazione a tutto il personale attraverso incontri tenuti dal Responsabile della Protezione dei dati dell'Ospedale Policlinico San Martino (DPO) nel 2018 e nel 2019:

- incontri informativi con i Direttori di Unità Operative svolti nelle date: 16/04/2018- 17/04/2018
- incontri con i Coordinatori Infermieristici e Tecnici svolti nelle date comprese tra il 11/06/2019 e 05/07/2018

**E Consensi Informati
al trattamento
Sanitario**

Nel 2019 si è svolto il Corso “Nuova normativa sulla protezione dei dati - approfondimenti relativi al 2019” destinato a tutte le figure professionali coinvolte nel trattamento di dati. Tutti i dipendenti del Policlinico, sono tenuti a conoscere il corretto trattamento della privacy di ogni singolo utente con cui si interfaccia in ogni momento della propria attività lavorativa. Gli obiettivi del corso sono stati:

- favorire una corretta conoscenza e comprensione della normativa vigente in materia di protezione dei dati ,in relazione ai principi che la regolano, ai diritti, agli adempimenti, alle sanzioni
- fornire le conoscenze di base relative al tema del trattamento dati
- comprendere i ruoli e le responsabilità nel sistema di gestione della sicurezza dei dati
- acquisire e diffondere, nella struttura di appartenenza, la cultura della riservatezza e della tutela dei dati personali
- conoscere le principali fonti di minacce e le contromisure da adottare a protezione dei dati.

Argomenti del corso sono stati:

- RUOLI E COMPITI DEI PROFESSIONISTI DEL S.S.R. E APPLICAZIONE DEL GDPR
Registro delle attività di trattamento e articolazione delle responsabilità per figura professionale
- ANALISI DEI RISCHI E DELLE MISURE DI SICUREZZA, TUTELE RAFFORZATE
Misure tecniche e organizzative per garantire la sicurezza dei trattamenti

Allegato: CorsoDati_Locandina_programma

All'interno del Policlinico si intende dare maggior rilievo possibile alla fase di informazione del paziente riguardo il trattamento sanitario che gli viene proposto. A tale scopo sin dal 2014 si è intrapreso un percorso di revisione dei consensi a trattamenti sanitari in uso, per separare la parte informativa, anche dal punto di vista documentale, dalla fase di acquisizione del Consenso/Dissenso. **(Nel 2019 il totale dei documenti revisionati è di 225 Informative a procedura/intervento. Nel 2018 il dato era di 180 informative revisionate).**

Questa separazione è volta a sensibilizzare tutti i professionisti ad una maggiore attenzione alla informazione del paziente che, come anche sancito dalla Legge N.219 del 22/12/2017 costituisce “Tempo di cura”. La revisione degli attuali consensi prevede la separazione della parte “Informativa” dalla formula di “acquisizione del Consenso”, condividendo le modifiche al testo con gli specialisti che erogano la procedura descritta e controllati dall’ UO Gestione Rischio Clinico, per la validazione finale e pubblicazione nel *software* Isolabweb e nel sito web del Policlinico. Le Informative, come richiesto dalla L. 219/2017, art 1, c. 3 devono contenere requisiti specifici quali:

- Indicazioni terapeutiche a quella specifica procedura/intervento
- Descrizione della Procedura
- Rischi e percentuale di rischio e complicanze (ragionevoli e da letteratura)
- Rischi conseguenti al “Non Sottoporsi” alla procedura proposta
- Alternative terapeutiche possibili
- Percentuale di casistica e complicanze di unità operativa e di tipo personale
- Bibliografia

	<p>Per garantire migliore comunicazione e chiarezza, tutti i documenti revisionati (attualmente 225 Informative a procedura/intervento) sono resi disponibili sul sito internet del Policlinico al percorso di rete: http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/informative-per-procedure-sanitarie.html.</p>
<p>S2.3. Corretta identificazione del paziente</p>	<p><i>Il Risk Manager nel novembre e dicembre 2018 era intervenuto in sede di Comitato di Dipartimento, per richiamare l'attenzione di Direttori, Coordinatori e RAQ sull'esigenza di avere comportamenti adeguati ed aderenti a quanto previsto dalle indicazioni ministeriali, sottoelencate. Ai professionisti coinvolti nell'erogazione di prestazioni e nella realizzazione dei processi, si chiede un'attenzione costante per evitare che si verifichino eventi indesiderati/avversi/sentinella.</i></p> <p>Riferimenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Racc.ne Min. Salute N.1/2008 - Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio ▪ Racc.ne Min. Salute N.2/2008 - Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico ▪ Racc.ne Min. Salute N.3/2008 - Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura ▪ Racc.ne Min. Salute N.5/2008 - Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO ▪ Racc.ne Min. Salute N.7/2008 - Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica ▪ Racc.ne Min. Salute N.14/2012 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici ▪ Racc.ne Min. Salute N.18/2018 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli ▪ Istruzione Operativa Aziendale "Utilizzo della procedura Read back - Repeat back" ▪ IOAZHQA_0112- Rev. 0 del 12/02/2018 ▪ Decreto Ministeriale 02/11/2015 Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti. (15A09709) (G.U. Serie Generale, n. 300 del 28 dicembre 2015). <p>Per garantire la corretta identificazione del paziente, nel Policlinico si adottano comportamenti definiti da procedure specifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Il Sistema dei Doppi Controlli IOAZHQA 0709</u> rev 0 del 08/02/2019 <p>Il doppio-controllo si applica quando i controlli devono essere svolti nell'immediata vicinanza dell'effettuazione della prestazione oggetto del doppio controllo. L'ambito di applicazione è rappresentato da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescrizione, allestimento e somministrazione dei Farmaci - Prescrizione, allestimento e somministrazione dei Farmaci ad alto rischio o ad alto livello di attenzione - Somministrazione Emoderivati ed Emocomponenti - Gestione del Paziente chirurgico nelle fasi perioperatorie - Utilizzo della procedura <i>Read back - Repeat back</i> - Utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio - Manipolazione/lavorazione di cellule e tessuti da utilizzare in ambito

	<p>implantologico e trapiantologico La responsabilità del doppio controllo è ascrivibile ad ogni operatore coinvolto nel singolo processo oggetto del doppio controllo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Gestione terapia trasfusionale nelle unità cliniche IOAZH78 0158</u>- rev 1 del 11/12/2019. Lo scopo di questa procedura è di assicurare che tutte le attività siano svolte in condizioni di controllo, nel rispetto della normativa in vigore (DM 2/11/2015 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti”), ai fini della prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione, dalla fase di prelievo dei campioni per le indagini pre-trasfusionali fino al momento della trasfusione. La procedura si applica alla gestione della terapia trasfusionale in regime di ricovero ordinario e di <i>Day Hospital/Day Surgery</i> e ambulatoriale, presso tutte UU.OO dell’Ospedale Policlinico San Martino. Al fine di garantire un più elevato livello di sicurezza della trasfusione, con particolare riferimento alla prevenzione delle reazioni da incompatibilità ABO, la normativa italiana (DM 2/11/2015) prevede l’impiego di braccialetti identificativi per tutti i pazienti candidati a terapia trasfusionale in regime di ricovero e ambulatoriale recanti i dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita, sesso). ➤ <u>Corretta identificazione del paziente tramite braccialetto identificativo IOAZHQA 0033</u> rev 0 del 04/01/2018 che definisce l’utilizzo del braccialetto identificativo ed il sistematico accertamento dell’identità del paziente, in tutti i punti critici del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, quali efficaci misure preventive, al fine di evitare errori legati ad un potenziale scambio di persona (Raccomandazione del Ministero della salute n° 3). Ogni paziente, al momento del ricovero deve essere dotato del braccialetto identificativo. E’ necessario informare il paziente in merito alle finalità del braccialetto (identificazione e rintracciabilità) e all’obbligo di tenerlo sino alla dimissione. Per la compilazione del braccialetto identificativo, è raccomandato interrogare direttamente il paziente, se le sue condizioni lo consentono, con le domande: “Come si chiama? Quando è nato?”. In caso il paziente, per la propria condizione clinica, non fosse in grado di rispondere alle domande poste, è necessario coinvolgere i familiari o altre persone in grado di rispondere con certezza.
<p>S2.4. Prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Monitoraggio delle procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza</u> <p>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 ri-</p>

levati 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 14,1% nel 2018.** Per l'anno 2018 sono state condotte più di 600 indagini di sorveglianza ambientale in aree assistenziali a particolare rischio infettivo e più di 1400 rilevazioni della qualità della pulizia e sanificazione ambientale, con una proporzione di osservazioni conformi superiore al 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 UU.OO.

Efficacia del progetto: risultati specifici attesi e misurabili

Nel periodo 2014 – 2019 sono state effettuate sette rilevazioni della prevalenza di ICA e sono stati inclusi complessivamente 6499 pazienti. L'età mediana dei pazienti inclusi nelle 6 rilevazioni è risultata pari a 72 anni (range interquartile: 57,5-81 anni, range: 0 –101 anni), senza variazioni statisticamente significative nel corso delle sei rilevazioni. Il giorno dello studio 903 pazienti (13,9%) presentavano almeno un'ICA contratta in un ospedale per acuti. La prevalenza di ICA è passata dal 15,5% nel 2014 al 11,2% nel 2019. Le infezioni più frequenti sono state quelle del torrente circolatorio (confermate dal laboratorio) (22,8%); seguono le infezioni delle basse vie respiratorie (19,9%), le infezioni sistemiche (in larga parte sepsi cliniche senza conferma di laboratorio) (17,8%), le infezioni delle vie urinarie (14,8%), le infezioni del sito chirurgico (11,8%) e le infezione del tratto gastrointestinale (6,6%).

Nel 2018 la prevalenza di ICA è stata pari al 14,1%.

	<p>Per l'anno 2018 sono state condotte più di 600 indagini di sorveglianza ambientale in aree assistenziali a particolare rischio infettivo e più di 1400 rilevazioni della qualità della pulizia e sanificazione ambientale, con una proporzione di osservazioni conformi superiore al 95%. 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.</p> <p>Inoltre si rimanda per i maggiori dettagli, al capitolo "4.4 Segnalazione microrganismi Alert infezioni da parte del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere)"</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ per il report Monitoraggio delle procedure per la gestione delle precauzioni standard/isolamento <p>Inoltre si rimanda per i maggiori dettagli, al capitolo "S2.5. Igiene delle mani"</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ per il report Adozione e monitoraggio attraverso indicatori (es. consumo di soluzione a base alcolica) delle procedure per il lavaggio delle mani
<p>S2.5. Igiene delle mani</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Adozione e monitoraggio attraverso indicatori (es. consumo di soluzione a base alcolica) delle procedure per il lavaggio delle mani <p>Allo scopo di garantire un'elevata <i>compliance</i> degli operatori sanitari alle procedure di igiene delle mani e promuovere la cultura della prevenzione e delle qualità e sicurezza delle cure, l'Ospedale Policlinico San Martino adotta indicatori diretti ed indiretti per il monitoraggio dell'igiene delle mani. I dati relativi agli indicatori sono desunti sia dai sistemi informativi aziendali che dalle osservazioni dirette condotte in sede di audit/visite/formazione <i>on the job</i> presso le Unità Operative degenziali. Le osservazioni dirette dell'igiene delle mani sono condotte mediante la tecnica standardizzata indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. 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.</p> <p>Gli indicatori indiretti utilizzati sono quelli raccomandati dagli organismi nazionali ed internazionali, ma per loro stessa natura presentano dei limiti di rappresentatività e non consentono un monitoraggio della <i>compliance</i> del personale sanitario alle corrette procedure di igiene delle mani. La <i>compliance</i> all'igiene delle mani, misurata come n° pratiche corrette/n° opportunità osservate * 100, è stata pari al 47% nel corso del 2018, attraverso l'utilizzo prevalente della frizione alcolica, pari al 90% dei casi, e del lavaggio acqua e sapone, pari al 10% dei casi. Il maggior utilizzo del gel alcolico, rispetto al lavaggio con acqua e sapone, dimostra un buon recepimento da parte del personale di quanto indicato dalle Linee guida dell'OMS, che indicano la frizione alcolica come il gold standard dell'igiene delle mani, per qualsiasi attività si svolga sul paziente.</p> <p>Il consumo di soluzione a base alcolica nel corso del 2018 è stato pari a 13,9 litri/1000 giornate di degenza, in aumento rispetto a quanto osservato nel 2016 e nel 2017.</p>

S2.6. Prevenzione e gestione cadute

Come descritto nel Report Cadute 2017 e nel presente Report nel **capitolo G4.2 Misurazione cadute** si è rilevato che la presenza di letti disarticolati e a massima movimentazione verso il pavimento rappresenti un fattore protettivo per il verificarsi dell'evento caduta. A tale proposito, presso il Policlinico è in corso il Piano triennale 2018-2020 per l'acquisizione di un totale di 640 letti elettrici ad altezza variabile. In particolare, nel corso del 2018, è stata effettuata la consegna dei primi 316 nuovi presidi in 15 UUOO. Per quanto riguarda la diffusione di adeguate informazioni, è stata pubblicata (ottobre 2017) la revisione del pieghevole destinato agli utenti "Preveniamo le cadute in Ospedale" e, in tutte le unità operative, sono stati affissi cartelli in formato A3 "Preveniamo le cadute in Ospedale - Consigli per assistiti e familiari". Dall'analisi dei dati, emerge la necessità di continuare a 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.



Allegato: Pieghevole Prevenzione Cadute per l'utenza

S2.7. Prevenzione della contenzione fisica

Il 26/03/2018 è stata revisionata l'Istruzione Operativa IOAZHOR_0073 che ha lo scopo di fornire indicazioni a tutti gli operatori sanitari del Policlinico coinvolti nell'uso di mezzi di contenzione, al fine di:

- rendere appropriato l'utilizzo e ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione e/o la durata della loro applicazione
- aumentare l'adozione di misure alternative di efficacia provata

	<ul style="list-style-type: none"> · ridurre gli eventuali eventi avversi correlati al loro uso · definire le situazioni da non considerare come atti contenitivi. <p>La contenzione può essere definita come un atto sanitario-assistenziale che utilizza mezzi fisici, chimici e/o ambientali, applicati direttamente all'individuo o allo spazio circostante, per limitarne i movimenti. La contenzione fisica consiste nell'utilizzo di strumenti o dispositivi applicati sul corpo, a parti di esso o nell'ambiente circostante l'individuo, atti a limitare la libertà di movimento volontario dell'intero corpo o di un suo segmento, utilizzati per proteggere la persona da danni che potrebbero derivare da un suo comportamento anomalo.</p> <p>Ogni misura contenitiva è sia un atto terapeutico e come tale deve avvenire nel rispetto della dignità della persona, sia un atto coercitivo, in aperto contrasto con la salvaguardia delle libertà personali: deve necessariamente essere motivato come provvedimento di custodia, di prevenzione e di cura e con il preciso scopo di salvaguardare l'incolumità della persona, quando questa non sia in grado di farlo.</p> <p>La contenzione è dunque ammessa e disciplinata per "stato di urgenza o di necessità".</p> <p>E' una misura straordinaria giustificata in casi estremi ed eccezionali, alla quale ricorrere solo dopo altri interventi (tra questi, sono essenziali i tentativi di comunicazione con il paziente).</p> <p>Necessita di regolamentazione al pari di una qualsiasi altra prescrizione terapeutica, pertanto il prescrittore del provvedimento restrittivo è il medico.</p> <p>In situazioni di emergenza, si attribuisce all'infermiere la possibilità di applicare la misura contenitiva in via temporanea, in attesa dell'arrivo del medico che va comunque allertato e che, nel più breve tempo possibile, dovrà valutare la misura di contenzione applicata dall'infermiere e ratificarla sulla cartella clinica. Per ovviare all'assenza temporanea del medico, l'infermiere deve valutare il paziente utilizzando la scala validata <i>Riker</i> Sedazione-Agitazione (SAS), applicare il mezzo contenitivo stabilito e registrare tale attività sulla Scheda applicazione temporanea/prescrizione contenzione fisica (MODAZHOR_0073).</p> <p>Se è il medico che valuta da subito lo stato di urgenza e necessità, utilizzerà la medesima scala di valutazione e prescriverà l'applicazione della misura contenitiva, con le modalità e la frequenza del monitoraggio. La prescrizione medica deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • riportare la motivazione e il tipo di contenzione scelto, • indicare il limite temporale in cui una rivalutazione può determinarne una proroga o una sospensione. <p>Soluzioni alternative alla contenzione</p> <p>Prima dell'applicazione delle misure contenitive e comunque al fine di ridurle, occorre considerare la possibilità di soluzioni alternative.</p> <p>La lista seguente ha valore elencativo, poichè alcune pratiche (<i>es. la reality-orienting therapy - ROT</i>) sono purtroppo spesso inapplicabili in ambiente ospedaliero:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Richiedere e favorire la presenza di un <i>care-giver</i> di riferimento se previsto (compagnia e sorveglianza), soprattutto durante le ore notturne. · Essere disponibili, in caso di pazienti con disturbi di ansia o agitazione psicomotoria, a: conforto, ascolto, contatto fisico. Individuare ed eliminare l'evento scatenante dell'agitazione, valutare la possibilità di un trattamento farmacologico. · Valutare alterazioni del ciclo sonno-veglia: evitare allettamento forzato, valutare,
--	---

	<p>possibili cause di insonnia, quali: tosse, dispnea, dolore, fame, sete, stipsi, bisogno di igiene personale o di cambiare posizione.</p> <p>· Cambiare e/o modificare trattamenti fastidiosi: preferire l'alimentazione per os rispetto a quella parenterale o tramite sondino naso-gastrico (SNG), rimuovere cateteri e drenaggi.</p> <p>Effettuare eventuali modifiche ambientali: aumentare la luce, collocare il paziente confuso in una stanza vicino alla guardiola, creare un ambiente tranquillo, porre il campanello vicino alla persona e rispondere subito alle chiamate, disporre dei presidi in uso secondo una modalità che ne limiti il rischio di cadute.</p> <p>Il gruppo di lavoro che si è occupato della revisione della Istruzione Operativa IOAZHOR_0073 è composto da Direzione Sanitaria, UO Direzione Professioni Sanitarie, UO Neurologia, UO Medicina Legale e UO Gestione del Rischio Clinico Qualità Accreditamento e URP.</p> <p>Allegato: IOAZHOR_0073 Rev3-26/03/2018 "La contenzione fisica o meccanica e gli ausili protettivi per pazienti ricoverati in ambito non psichiatrico"</p>
<p>S2.8. Prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP)</p>	<p>In Istituto è operativo il "Nucleo Operativo Permanente Lesioni Cutanee", che ha funzioni di supporto per tutte le problematiche aziendali inerenti le lesioni cutanee (pertanto anche quelle da pressione) ed è il riferimento per le consulenze infermieristiche al letto degli assistiti di tutti i reparti di degenza.</p> <p>L' Ambulatorio Specialistico a gestione infermieristica "Ulcere Cutanee Complesse", attivo all'interno della Clinica Dermatologica, offre all'utenza prestazioni relative alla prevenzione e al trattamento delle lesioni cutanee croniche.</p> <p>Per istruire ed educare i pazienti all'autogestione, è stato revisionato il Modulo MODAOUHPS_0004 (Rev.2 del 01/08/2019) "Educazione all'autogestione delle lesioni cutanee", che contiene tutte le informazioni da fornire all'assistito ed ai suoi familiari per il trattamento a domicilio e per il mantenimento del suo livello di autonomia.</p> <p>Con l'introduzione della Cartella Clinica Elettronica aziendale, è stato inserito nel programma informatizzato, concordato con il Nucleo Operativo Permanente Lesioni Cutanee, un pannello per la valutazione delle lesioni da pressione, nel quale gli infermieri dei reparti di degenza rilevano, per ogni paziente portatore di tali lesioni, tutti i dati per la loro gestione ed il relativo trattamento.</p> <p>La prevenzione e la corretta gestione delle lesioni da pressione continuano a rimanere un importante indicatore della qualità assistenziale. L'Infermiere, in quanto responsabile del processo di assistenza concorre, con l'aggiornamento continuo delle proprie conoscenze, l'avanzamento tecnologico e il miglioramento dei dispositivi medici, a migliorare la gestione di tali lesioni e conseguentemente la qualità di vita per gli utenti a rischio. A tale proposito è in via di pubblicazione un pieghevole tascabile denominato "Vademecum trattamento lesioni da decubito complesse – 3° stadio - 4° stadio - escara", utile strumento per gli infermieri che devono gestire e trattare le lesioni da decubito complesse durante la presa in carico dell'assistito. Nel 2018 è proseguito, in due differenti edizioni, il corso formativo accreditato ECM, avviato nel 2017 e destinato al personale infermieristico. Nelle tre edizioni sono stati formati circa 100 infermieri.</p> <p>Gli obiettivi formativi sono stati i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sviluppare conoscenze e competenze inerenti la prevenzione, la valutazione e

	<p>la gestione delle lesioni da pressione, sulla base delle linee guida in vigore</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ uniformare gli interventi assistenziali di trattamento delle lesioni da decubito ▪ migliorare le prestazioni infermieristiche, attraverso l'adozione di una pratica standard documentata ▪ ottimizzare l'uso di ausili/presidi e di dispositivi di medicazione forniti dall'azienda. <p>Responsabile Scientifico Corso: D. Pierantoni U.O. Direzione delle Professioni Sanitarie. Come espresso nel capitolo G4.3 Misurazione Lesioni da Pressione (LDP), le schede di segnalazione ricevute relative al periodo di osservazione compreso tra il 01/06/2017 ed il 31/05/2018, sono state 373, mentre per il 2019 non è possibile desumere il dato in questo periodo di transizione dalla documentazione cartacea alla Cartella Clinica Informatizzata. Sarà nostra cura integrare la relazione non appena avremo disponibilità dei dati relativi al 2019.</p>
<p>S2.9 Gestione del dolore</p>	<p>Nel paziente cosciente si utilizza la scala <i>Numerical Rating Scale</i> (NRS) mentre negli altri pazienti è suggerito l'utilizzo della <i>Behavioral Pain Scale</i> (BPS). Dal febbraio 2017 si sono introdotte altre due scale quali metodica alternativa per la rilevazione del dolore, che ne faciliti l'utilizzo nei casi di pazienti scarsamente collaboranti o con deficit cognitivo: scala <i>Panaid</i> e la scala <i>Algoplus</i>.</p> <p>La scala <i>Panaid</i> permette la rilevazione della presenza di dolore valutando 5 aree comportamentali ad esso collegate, ovvero: respirazione, vocalizzazione, espressioni del volto, linguaggio del corpo, consolazione. A ciascuno di questi comportamenti è attribuito un punteggio basato sull'osservazione del paziente, utilizzando un punteggio che va da 0 a 2. L'assegnazione del punteggio si basa sulla corrispondenza tra il comportamento del paziente e le descrizioni fornite per ciascun livello dei 5 <i>items</i>. Il punteggio totale così ottenuto può essere interpretato secondo la stessa modalità applicabile per la scala numerica, ovvero un valore 1-3 può essere interpretato indice di dolore lieve, 4-7 dolore moderato e 8-10 dolore grave. Le rilevazioni naturalmente devono essere riportate nel diario medico/infermieristico, nella scheda monitoraggi o nel sistema di prescrizione SOFIA. La misurazione del dolore deve essere effettuata di norma 3 volte al giorno e comunque allorchè:</p> <ul style="list-style-type: none"> -intervengono eventi che modificano la situazione clinica -su segnalazione del paziente (o care giver/familiare) per presenza di dolore -dopo un intervento sanitario, interventi diagnostici e terapeutici invasivi che siano stati dolorosi. -dopo la somministrazione del rescue dose <p>Le indicazioni relative alle modalità di rilevazione del dolore sono espresse in documenti aziendali, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IOAZHPS_1023 MONITORAGGIO DEL DOLORE, • LGUA1_0009 Nuove linee guida dolore- delirio-agitazione in terapia intensiva • MODAZHQA_0019 Sacala per misurazione dolore Panaid
<p>S2.10 PDTA Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali</p>	<p>➤ <u>Recepimento di quanto previsto dalla Delibera di Giunta Regionale 253 del 07/08/2019 "Disposizioni sui percorsi regionali individuati e definiti dai D.I.A.R.: indirizzi clinici ed organizzativi"</u> allo scopo di superare la frammentazione assistenziale e l'autoreferenzialità a favore della presa in carico glo-</p>

bale del paziente, della continuità delle cure e della condivisione ed uniforme applicazione di percorsi *evidence-based*.

- **Il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento** (POA- formalizzato con Delibera N.582 del 20/04/2018 e Delibera N.1150 del 03/08/2018) del Policlinico San Martino enfatizza il ruolo dei *Disease Management Team* (DMT) all'interno dell'organizzazione dei percorsi di cura per la modernità dell'approccio al paziente che questa modalità di erogazione delle cure rende disponibile.
- **Nel corso del 2019 si è ridefinito l'assetto dell'attività Multidisciplinare dei Disease Management Team (DMT) e dei Gruppi Interdisciplinari di Patologia (GIP) del Policlinico** con Delibera 554 del 27/03/2019.

L'atto deliberativo ha definito l'assetto formale dei DMT confermando gli otto DMT di Area Oncologica istituiti con Delibera 327 del 22/03/2013:

- DMT delle Neoplasie Pleuro-Polmonari
- DMT delle Neoplasie Gastroenteriche articolato nei seguenti GIP:
 - GIP delle Neoplasie Tratto Gastroenterico inferiore
 - GIP delle Neoplasie Tratto Gastroenterico superiore
 - GIP delle Neoplasie Epatobiliopancreatiche e del Trapianto di Fegato
- DMT delle Neoplasie Ginecologiche
- DMT delle Neoplasie Urologiche
- DMT del Melanoma e delle Neoplasie della Cute
- DMT delle Neoplasie Cerebrali
- DMT delle Neoplasie Testa Collo
- DMT dei Linfomi

Inoltre ha definito che:

- il DMT Neoplasie Mammarie, a seguito dell'adozione della DGR 662/2016, confluisca nella SSD *Breast Unit*
- il DMT OSA dei disturbi del sonno e delle apnee notturne (Del. 853 del 03/07/2015) si confermi per l'area delle cronicità a rilevanza epidemiologica
- siano istituiti per l'Area delle Neuroscienze
 - il DMT Malattie Cerebro vascolari
 - il DMT Centro per i Disordini Cognitivi e Demenze (CDCD)


➤ **Istituzione del Cancer Board**

Con Delibera 1645 del 18/10/2019 il Policlinico ha istituito e formalizzato il **Cancer Board** e ne ha espresso le funzioni di tipo generale, clinico organizzative e legate alla Ricerca Oncologica.

Il **Cancer Board** ha la finalità di garantire:

- unitarietà dei percorsi clinici, assistenziali, di ricerca e didattici nell'ambito dell'area Emato-Oncologica
- *governance* integrata con ASL 3 dei percorsi delle Cure Palliative dalle *Contemporaneous Care* alla gestione del Fine Vita
- la *governance* complessiva della Ricerca Oncologica in accordo con le indicazioni del Ministero della Salute
- la gestione integrata del Day Hospital Emato Oncologico
- il coordinamento e supporto organizzativo gestionale dei DMT Oncologici

Allegato: Delibera 1645 del 18/10/2019

<p>S2.11 Percorso nascita</p>	<p>E' stato adottato il PDTA Percorso nascita, condiviso dalle UUOO Neonatologia, Ostetricia e Ginecologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Protocollo comportamentale di sala parto con condizioni di benessere fetale soddisfacenti DOCPROCT28_0001 ➤ Protocollo Gestione del neonato con <i>distress</i> respiratorio DOCPROCH32_0002 ➤ Corretta gestione dello screening ecografico del neonato sano, a rischio e con sospetta Displasia Congenita dell'Anca (DCA) DOCPROCH32_0011 ➤ Raccomandazioni per la Nutrizione enterale del neonato pretermine DOCPROCH32_0020 ➤ Protocollo Il contatto pelle a pelle alla nascita PQH32_0002 <p>Il sito del Policlinico ha una pagina dedicata al Percorso nascita con le informazioni utili alle future e neo mamme:</p> <p>http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/percorso-nascita.html</p> <p>Il Percorso Nascita al Policlinico</p>  <p><i>Dal concepimento al puerperio, un periodo intenso e delicato.</i></p> <p>Ricco di emozioni e talvolta di paure, che apre orizzonti nuovi per la coppia, in particolare per la donna, e che simboleggia la <i>primavera</i> della vita.</p> <p>All'interno dell'Ospedale Policlinico San Martino è possibile trovare le diverse figure professionali e le strutture sanitarie in grado di garantire nella gravidanza fisiologica e in quella a rischio un'assistenza d'eccellenza.</p> <p>Sono elencate ed esposte le informazioni necessarie per i seguenti argomenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le visite consigliate • Stili di vita in gravidanza • Psicologia in gravidanza • Corso di accompagnamento alla nascita • Incontri con Neonatologo e Anestesista • Cosa mettere in valigia • Orario di visita • Il parto • Neonato appena nato • Neonato Fisiologico • Donazione sangue cordonale • Puerperio • Genitori Pretermine • Punti di Allattamento Materno
<p>S2.12 Buone pratiche AGENAS</p>	<p>La Call for Good Practice 2019 su Osservatorio AGENAS è:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Audit Clinico del Percorso nascita con riferimento alle variabili che condizionano la cesarizzazione



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Call for Good Practice 2019

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

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

- Regione LIGURIA
- IRCCS AOU SAN MARTINO - IST - U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e U.R.P.
- Referente Patrizia Dapino - patrizia.dapino@hsanmartino.it - 0105537801-7804
- N° Posti letto (anno precedente) 1172
- N° Dimissioni Ospedaliere (anno precedente) 40332 N° Totale personale dipendente (anno precedente) 4880

Stato pratica: Pratica validata

Pratica di: Pratica clinical risk management

Tematica affrontata:

- Sistema di reporting e learning
- Altro

Classificazione OBP:

Classificazione PaSQ:

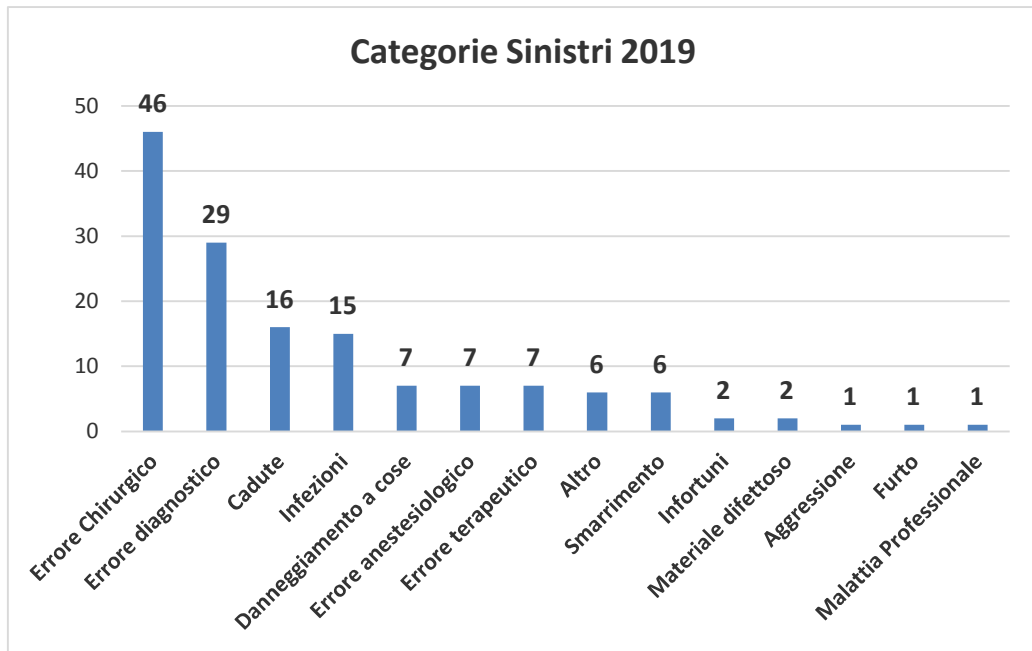
Abstract per il cittadino

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



IMPARARE DALL'ESPERIENZA: GESTIONE SINISTRI (IN AMBITO DI GESTIONE RISCHIO CLINICO)








































<p>I 1 Organizzazione Gestione sinistri & I 2 C.G.S. (Comitato di Gestione Sinistri)</p>	<p>L'U.O. Gestione del Rischio Clinico partecipa al Comitato Gestione Sinistri Metropolitan (CGSM). La partecipazione è finalizzata alla valutazione dei contenziosi al fine di individuare le Azioni di Miglioramento che possono essere messe in atto per prevenire il ripetersi di tali eventi. Dall'esperienza dei primi anni di partecipazione al CGSM sono emerse diverse azioni di miglioramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'istruzione Operativa per la gestione della protesi dentali e acustiche, • L'istituzione del Comitato Valutazione del Rischio Infettivo, • La realizzazione della scheda di valutazione delle cadute in ospedale, • La Cartella Clinica Elettronica • La verifica e revisione degli oltre 800 consensi informati a procedura intervento <p>Come espresso nella presente relazione al capitolo "G6 Gestione sinistri", il Comitato Gestione Sinistri si avvale anche del Comitato Valutazione Rischio Infettivo (CVRI), con il compito di monitorare attentamente le istanze risarcitorie che presentano problemi legati a ipotetiche infezioni correlate alle Pratiche Assistenziali (ICPA). La commissione CVRI nel 2019 si è riunita a febbraio e ad ottobre, trattando complessivamente sette casi .</p>																																
<p>I 3 Report Sinistri</p>	<p>Nel quadro del programma assicurativo per rischi di responsabilità civile delle aziende ed enti del SSR (Legge regionale n.28 del 26/10/2011), è attivo all'interno del Policlinico il Comitato Gestione Sinistri. Nel 2019 il numero dei sinistri è stato di 146 distribuiti nelle seguenti categorie:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">CATEGORIE SINISTRI</th> <th style="text-align: center;">2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Aggressione</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>Altro</td><td style="text-align: center;">6</td></tr> <tr><td>Cadute</td><td style="text-align: center;">16</td></tr> <tr><td>Danneggiamento a cose</td><td style="text-align: center;">7</td></tr> <tr><td>Errore anestesilogico</td><td style="text-align: center;">7</td></tr> <tr><td>Errore chirurgico</td><td style="text-align: center;">46</td></tr> <tr><td>Errore diagnostico</td><td style="text-align: center;">29</td></tr> <tr><td>Errore terapeutico</td><td style="text-align: center;">7</td></tr> <tr><td>Furto</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>Infezioni</td><td style="text-align: center;">15</td></tr> <tr><td>Infortuni</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Malattia Professionale</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>Materiale difettoso</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Smarrimento</td><td style="text-align: center;">6</td></tr> <tr> <td>TOTALE</td> <td style="text-align: center;">146</td> </tr> </tbody> </table>	CATEGORIE SINISTRI	2019	Aggressione	1	Altro	6	Cadute	16	Danneggiamento a cose	7	Errore anestesilogico	7	Errore chirurgico	46	Errore diagnostico	29	Errore terapeutico	7	Furto	1	Infezioni	15	Infortuni	2	Malattia Professionale	1	Materiale difettoso	2	Smarrimento	6	TOTALE	146
CATEGORIE SINISTRI	2019																																
Aggressione	1																																
Altro	6																																
Cadute	16																																
Danneggiamento a cose	7																																
Errore anestesilogico	7																																
Errore chirurgico	46																																
Errore diagnostico	29																																
Errore terapeutico	7																																
Furto	1																																
Infezioni	15																																
Infortuni	2																																
Malattia Professionale	1																																
Materiale difettoso	2																																
Smarrimento	6																																
TOTALE	146																																



LINK

- ❖ Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2018-2020 (PiGIR)
http://www.hsanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=4949:piano-triennale-gestione-integrata-della-rischiosit%C3%A0-2018-2020.pdf
- ❖ Piano della Qualità 2016-2018
http://www.ospedalesanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=3200:piano-triennale-della-qualità.pdf
- ❖ www.ospedalesanmartino.it
- ❖ Informativa a procedura/intervento <http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/informative-per-procedure-sanitarie.html>.
- ❖ Il filmato Giornata dell'Etica <http://www.ospedalesanmartino.it/professionisti-e-formazione/qualità/questionario-on-line.html>
- ❖ Il Percorso Nascita <http://www.ospedalesanmartino.it/area-stampa/news/item/861-il-percorso-nascita-del-policlinico.html>
- ❖ Piano Azioni Positive 2019-2021
http://www.ospedalesanmartino.it/component/publiccompetitions/document/7951-piano-azioni-positive-2019_2021.html?view=document&id=7951:piano-azioni-positive-2019_2021&Itemid=1042
- ❖ Codice di Condotta_DE_307_2014
<http://www.ospedalesanmartino.it/component/publiccompetitions/document/429-codice-di-condotta.html?view=document&id=429:codice-di-condotta&Itemid=1042>

Elenco 121 Allegati

-  2019Verbale47_RCA_15Ottobre
-  2019Verbale56_RCA_2Dicembre_Dialisi
-  2019VerbaleArea3
-  2019VerbaleArea4
-  2019VerbaleArea5
-  2019VerbaleArea6
-  2019VerbalePEIMAF
-  2019VerbaleUGR_26_11_2019
-  AuditClinicoCesareiAggiornamento2020
-  AuditClinicoConsensiRisultatiPreliminari2019
-  AuditClinicoMortalita30GiorniKGastrico_22-01-2020
-  BenessereOrganizzativoIndaginePoliclinico2019
-  Corso_SistPrelievo_Locandina
-  CorsoBLSD_Locandina
-  CorsoCCE_Locandina2019
-  CorsoDati_Locandina_programma
-  CorsoLean_Locandina
-  CorsoMediciSpecializzandi_Locandina
-  CorsoPsicoOncologiaLocandina
-  CorsoRadioprotezione_Locandina
-  CorsoSGSL_Locandina
-  CriteriAttivazioneMET2019
-   Delibera 327_ 2013DMT
-  Delibera 554_19_DMT
-  Delibera 853_15 DMT OSA
-  Delibera PianoComunicazione1751-2018
-  Delibera48_del 15_01_2019JACIE
-  DeliberaCancerBoard1645_2019
-  DeliberaCCSE_1752_del12_12_2018
-  DeliberaDIAR253_2019
-  DeliberaDIARAllegato253_2019
-  DeliberaDirigenzaCCSE_117del29_01_2019
-  DeliberaGruppoRischiPsicosociali1718_2018
-  DeliberaPEIMAF1226_12_10_2016
-  DeliberaPianoformativo74_2019
-  DeliberaPianoformativoIntegrazione447_2019
-  DeliberaPianoTriennaleAzioniPositive1128_2019
-  DeliberaRAQ_Integrazione_72_2016

-  DeliberaUGR_CARMINA_89_2017 (1)
-  DeliberaUGR_Integrazione354_2017 (2)
-  DeterminaGdMTumoreGastrico1286_2019
-  DOCPROCH32_0002-GESTIONE_DEL_NEONATO_CON_DISTRESS_RESPIRATORIO
-  DOCPROCH32_0011-Screening_ecografico_neonato_sano_rischioDisplasiaAnca
-  DOCPROCH91_0001-LATTICE_GOMMA_protocollo_prevenzione_reazioni_allergiche
-  FMEA_ValutazioneRischioDH_EMATOONCOLOGICO
-  FMEA_ValutazioneRischiPAD6_03_12_2019
-  IO420-Gestione_e_valutazione_del_MODAZ_603
-  IOAZH78_0158-GESTIONE DELLA TERAPIA TRASFUSIONALE NELLE UNITA' CLINICHE
-  IOAZHAN_0001-DOTAZIONE_CARRELLO_EMERGENZE
-  IOAZHFA_0008-MOVIMENTAZIONE_IMMAGAZZINAMENTO_CONSEGNA_DISPOSITIVI_MEDICI_DIAGNOSTICI
-  IOAZHFA_0017-RICHIAMO_E_RESI_FARMACI_E_DISPOSITIVI_MEDICI
-  IOAZHFA_0020LAB_ANT-PROTOCOLLO_MANIPOLAZIONE_FARMACI_CHEMIOTERAPICI_ANTIPLASTICI
-  IOAZHFA_0021-DISPOSITIVOVIGILANZA
-  IOAZHFA_0021LAB_ANT-PROTOCOLLO_SOMMINISTRAZIONE_FARMACI_CHEMIOTERAPICI_ANTIPLASTICI
-  IOAZHFA_0045-GESTIONE_FARMACI_LASA
-  IOAZHFC_0001-COMUNICAZIONE_ESTERNA_IN_CASO_DI_EVENTI_AVVERSI
-  IOAZHOR_0003-Confezionamento,_Trasporto_e_Acettazione_di_Materiali_Biologici
-  IOAZHOR_0009-TRASPORTO_PAZIENTI_DA_ELISUPERFICIE
-  IOAZHOR_0073-CONTENZIONE_FISICA_MECCANICA_AUSILI_PROTETTIVI_PAZIENTI_RICOVERATI_NON_PSICHIATRICO
-  IOAZHOR_0074-VIOLENZA_SESSUALE
-  IOAZHOR_0096-Trasporto_pazienti_in_urgenza_o_programmato
-  IOAZHQA_0018-Prevenzione_e_Gestione_delle_Cadute_in_Ospedale
-  IOAZHQA_0033-Corretta_identificazione_del_paziente_tramite_braccialetto_identificativo
-  IOAZHQA_0124-Gestione_controllo_requisiti_di_conformita_materiale
-  IOAZHQA_0701-Gestione_Incident_Reporting
-  IOAZHQA_0706-Recepimento_L_G_Comunicazione_Eventi_Avversi-Raccomandazione_per_comunicazione_pazienti
-  IOAZHQA_0707-Recepimento_L_G_Comunicazione_Eventi_Avversi-Raccomandazione_per_azioni_sostegno_operatori
-  IOAZHQA_0709-IL_SISTEMA_DEI_DOPPI_CONTROLLI
-  IOAZHSI_0042-Manuale_Operativo_VISITA_PREOPERATORIA_Ormawb
-  IOAZU16_0001-PROFILASSI_ANTIIBIOTICA_PERIOPERATORIA
-  IOAZU76_0006-La_frizione_alcolica_delle_mani
-  IOAZU76_0007-Il_lavaggio_sociale_delle_mani
-  IOAZU76_0008-Il_lavaggio_antisettico_delle_mani
-  IOAZU76_0014-Modalita_comportamentali_per_il_contenimento_di_alcune_malattie_infettive

-  IOAZU76_0026-Procedura_per_la_preparazione_preoperatoria
-  IOAZU76_0027-Il_lavaggio_chirurgico_delle_mani
-  IOAZU76_0043GestioneMicroorganismi Sentinella
-  IOAZU76_0044MicroorganismiMultiresistenti
-  IOAZU76_0048-Indicazioni_per_la_ricerca_di_tossina_Clostridium_difficile
-  IOAZU76_0056-NOTIFICA_GESTIONE_CONTATTI_IN_CASO_MALATTIA_TUBERCOLARE
-  IOH32_0020-GESTIONE_NEONATO_SOSPETTA_ASFISSIA_A_RISCHIO_ENCEFALOPATIA_IPOSSICO-ISCHEMICA
-  IOH272_0007H3B-PERCORSO_IINSERIMENTO RETRAINING DIRIGENTE MEDICOEMATOLOGIA CENTRO TRAPIANTI
-  IOH272_0030H3B-INSERIMENTO_DELL'INFERMIERE_IN_EMATOLOGIA_CENTRO_TRAPIANTI_DI_MIDOLLO
-  IOU76_0032-RAPIDA_RISPOSTA_ALLE_EMERGENZE_IGIENICO-SANITARIE
-  LGUA1_0007-Poster_Agitazione-Dolore-Delirium
-  LGUA1_0009-nuove_linee_guida_dolore-_delirio-_agitazione_in_terapia_intensiva
-  MODAOUHPS_0004-Educazione_all'autogestione_delle_lesioni_cutanee
-  MODAZHPS_1055-SCHEDA_MONITORAGGIO_DEL_DOLORE
-  MODAZHQA_0019-Scala_per_la_misurazione_del_dolore_PANAID
-  MODAZHQA_0060-Domanda_per_l'esercizio_dei_diritti_del_Paziente_per_Dossier_Sanitario_Elettronico_(DSE)
-  MODAZHQA_0110-ELENCO_MATERIALE
-  MODAZHQA_0603-SCHEDA_DI_SEGNALAZIONE
-  MODAZHQA_0701-SCHEDA_DI_SEGNALAZIONE_SPONTANEA_DEGLI_EVENTI
-  MODAZHQA_0703-AZIONE_CORRETTIVA_MIGLIORAMENTO
-  MODAZHQA_0704-SCHEDA_RILEVAZIONE_COMPORAMENTI_AGGRESSIVI_DA PARTE PAZIENTI FAMILIARI ALTRI
-  MODAZHQA_0708-SCHEDA_SEGNALAZIONE_EVENTI_SENTINELLA
-  MODAZU76_0050-PRECAUZIONI_DA_CONTACTO_C
-  MODAZU76_0053-Patogeni_a_trasmissione_da_contatto_come_evitare_di_diffonderli
-  MODAZU76_0060-SCHEDA_OSSERVAZIONALE_ICA
-  MODAZU76_0072-POSTER_HAI_LAVATO_LE_MANI
-  MODH78_0391-Check_di_valutazione_delle_competenze_del_personale_laureato_assegnato_al_CCS
-  MODH272_0007H3B-AUTOVALUTAZIONE_PERSONALE_MEDICO_UNITA_CLINICA_TRAPIANTO_CELLULE_EMOPOIETI
-  MODHQA_0044A-Check_aderenza_buone_pratiche
-  MODHQA_0044B-Check_aderenza_buone_pratiche
-  MODHQA_0044C-Check_aderenza_buone_pratiche
-  MODHQA_0044LAB-Check_aderenza_buone_pratiche
-  MODULOHQA_0009-Emergenza_medica_in_Unità_Operativa
-  MODULOHSN_1029CST-SCHEDA_PERIOPERATORIA_63643
-  MODULOHSN_1030CST-SCHEDA_PERIOPERATORIAOCULISTICA_79303
-  NotaDottSpenaMezziEmergenzaIntraospedaliera2019
-  PieghevolePrevenzioneCaduteUtenza_2019
-  Poster Forum Risk Management 2019 Ospedale Policlinico San Martino
-  POSTERViolenza2019
-  POSTERViolenzaUtenti2019
-  PQAZHPP_0013SGSL-PREPARAZIONE_E_RISPOSTA_ALLE_EMERGENZE
-  PQAZHPS_0011-Protocollo_per_la_somministrazione_di_farmaci_chemioterapici_e_antiblastici
-  PQAZHQA_0001-Documentazione_del_Sistema_Gestione_Qualita'
-  PQAZHQA_0012-Audit_di_sistema_del_SGQ
-  PQHQA_1004H3B-Programma_Trapianti_CSE_Gestione_Non_Conformita_Eventi_Avversi
-  Pregnancy-ITALIAN-web
-  ReportCAMBIA_ORGAN_DH_HEM_ON_gennaio_ad_ottobre