



**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 2020

### Sommario

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE .....	5
Gruppo Operativo UGR .....	7
▪ Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2018-2020 .....	7
Incontri gruppo operativo UGR .....	16
Referenti aziendali rischio comparto e dirigenza .....	17
Esplicitazione obiettivi in materia di gestione rischio Clinico .....	17
La Gestione del rischio sanitario in conseguenza del COVID-19.....	17
Principali rischi in ambito ospedaliero .....	17
▪ Principali linee di prevenzione dei rischi individuati .....	19
▪ Analisi FMEA e analisi SWOT .....	21
▪ Punti di Debolezza emersi da analisi SWOT aziendale e relative Azioni Miglioramento .....	23
Eventi avversi/quasi eventi .....	25
Incident Reporting.....	25
Misurazione Incident Reporting .....	26
Misurazione cadute .....	27
Misurazione Lesioni da pressione (LDP).....	32
Segnalazione microrganismi Alert .....	32
▪ Monitoraggio di procedure per la gestione delle precauzioni standard/isolamento .....	32
▪ Adozione e monitoraggio delle procedure per prevenzione infezioni correlate ad assistenza .....	33
Infezione da nuovo Coronavirus COVID-19.....	34
Soluzioni adottate in emergenza sanitaria per contrastare la diffusione contagio da SARS-COV-2.....	35
▪ Riorganizzazione delle modalità di gestione degli accessi dei pazienti ambulatoriali e ricoverati in regime ordinario/diurno durante emergenza COVID.....	35
▪ Gestione del percorso intraospedaliero per pazienti ricoverati in corso di pandemia da SARS-Cov236	
▪ Percorso dei pazienti affetti da COVID e indicazioni per la gestione domiciliare.....	37
▪ Norme per isolamento domiciliare fiduciario per COVID-19.....	38
▪ Modalità di conservazione e rilascio degli effetti personali di pazienti affetti da SARS-COV2.....	38
▪ Razionalizzazione dei percorsi di accesso del paziente al Pad 15 (DHHO) in Emergenza Sanitaria ...	38
▪ Gestione dei pazienti con patologie Onco-ematologiche in corso di epidemia COVID19.....	39
▪ Organizzazione attività chirurgica durante l'emergenza COVID.....	39
▪ Percorso della donna gravida con sospetto di COVID-19 .....	40
▪ Presenza del partner in sala parto durante la pandemia COVID-19 .....	41

▪ Informativa per la partoriente durante la pandemia COVID19.....	41
▪ Flow chart gestione pazienti con sospetta infezione da COVID -19 in PS .....	43
▪ Riorganizzazione logistica: attivazione di posti letto nel Nuovo Polo Laboratori.....	43
Eventi Sentinella .....	43
Eventi Sentinella: misurazione.....	44
Gestione sinistri .....	44
Gestione sinistri: misurazione.....	45
COMUNICAZIONE .....	47
Modalità di comunicazione tra Ospedale e familiari dei pazienti COVID .....	47
▪ Comunicazione tra ospedale e familiari: attivazione canale telefonico .....	47
▪ Comunicazione tra familiari e paziente mediante email .....	47
▪ Comunicazione risultati tampone a pazienti dimessi dal PS .....	47
▪ Comunicazione e supporto ai pazienti affetti da COVID, progetto “Assieme al telefono” .....	48
Indicazioni di autoprotezione psicologica per il personale del Policlinico .....	48
▪ Indicazioni di autoprotezione psicologica per operatori sanitari.....	48
▪ Emergenza COVID-19: come aiutare i bambini.....	49
▪ Emergenza COVID-19: come aiutare gli anziani.....	51
L’ufficio relazioni con il pubblico (URP).....	51
▪ Monitoraggio delle segnalazioni pervenute all’URP .....	52
▪ Reclami 2020.....	53
Piano della Comunicazione per il 2019-2020 .....	57
▪ Prevenzione della violenza nei luoghi di lavoro .....	60
▪ Informazioni per donne in eta’ fertile sui rischi a sottoporsi a diagnostica radiografica.....	61
▪ Informativa a procedura/intervento.....	61
▪ Canale di comunicazione YOU TUMOR .....	63
▪ Piano triennale di Azioni Positive (PAP) - Codice di condotta .....	63
▪ ONDA-osservatorio nazionale sulla salute della donna .....	64
▪ Lean healthcare e lifescience AWARD 2020.....	65
Sistemi interni all’azienda di comunicazione e diffusione delle informazioni .....	65
▪ Portale del Dipendente.....	65
▪ Rete Intranet .....	66
Diffusione e feedback relativamente a procedure/istruzioni di lavoro approvate, decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo .....	68
▪ Audit Interno di Sistema Gestione Qualità .....	68
FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA’ .....	70
Piano formativo UGR aziendale e interaziendale .....	70
▪ Il Piano Formativo del Policlinico .....	70
▪ Gestione del Rischio Clinico, Corso Base in FAD .....	70
▪ Programma Trapianto Midollo, Rene, Cuore e Fegato.....	70
Valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure aziendali basate sulle raccomandazioni ministeriali.....	71
Promozione dell’igiene delle mani .....	72
Introduzione di nuove tecniche e utilizzo di nuovi dispositivi di sicurezza .....	73
▪ Sistema di prelievo ematico sottovuoto con sistema di sicurezza e provette .....	73
▪ Nuovo Blocco Operatorio, Nuova sede Medicina di Laboratorio, Nuovo Day Hospital Emato-Oncologico .....	73
▪ Cambiamento organizzativo: nuovo Day Hospital Emato Oncologico.....	73
▪ Cartella clinica elettronica - piattaforma <i>Trakcare</i> .....	80
▪ Adozione dello smartworking.....	80
▪ Video in Intranet- Prevenzione e Sicurezza .....	81
Cadute: prevenzione del rischio .....	81

BLSL e PBLSD .....	82
Definizione profilo di competenze e sua valutazione.....	82
▪ Inserimento, formazione e valutazione delle competenze del personale PQH78_0008MT.....	82
▪ Check list autovalutazione competenze personale neo-arruolato - MODT10_0005.....	85
▪ Check list autovalutazione dirigenti ricercatori- MODT10_0006.....	85
▪ Percorso di inserimento dell'infermiere all'interno del Dipartimento Ginecologico e Percorso Nascita -IODGN_0118 .....	85
▪ Scheda di valutazione dell'inserimento dell'infermiere all'interno del dipartimento ginecologico e percorso nascita – MODDGN_0118.....	85
▪ Scheda verifica delle competenze mediche ed aggiornamento annuale – MODU704_0043.....	86
Educazione terapeutica al paziente e caregiver .....	86
SICUREZZA DEL PAZIENTE: APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E SVILUPPO DI BUONE PRATICHE .....	88
S2 Sviluppo di buone pratiche .....	91
▪ Audit Clinici.....	91
▪ <b>NET 2016-02363853 del Ministero della Salute</b> .....	91
▪ Avanzamento lavori relativi all’Audit Clinico prospettico: “Informazione e Consenso” .....	92
▪ Avanzamento lavori relativi all’Audit Clinico del percorso nascita con riferimento alle variabili che condizionano la cesarizzazione.....	92
Sicurezza/Accuratezza nella compilazione documentale.....	93
Verifica della compilazione della cartella clinica .....	93
Scheda Terapeutica Unica.....	93
Sicurezza in Sala Operatoria.....	94
▪ GOPO - Gruppo Operativo Percorso Operatorio.....	94
Consensi al trattamento dati sensibili .....	96
Consensi Informati al trattamento Sanitario .....	97
Corretta identificazione del paziente .....	97
▪ Il Sistema dei Doppi Controlli .....	98
▪ Gestione terapia trasfusionale_nelle_unita' cliniche.....	99
▪ Corretta identificazione del paziente tramite braccialetto identificativo.....	99
Prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza .....	99
▪ Sorveglianza degli operatori sanitari per prevenire la diffusione del contagio da patologia COVID-19 - Medicina del Lavoro.....	100
▪ Protocollo per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 .....	101
Igiene delle mani .....	102
▪ Adozione e monitoraggio attraverso indicatori (es. consumo di soluzione a base alcolica) delle procedure per il lavaggio delle mani .....	103
Prevenzione e gestione cadute.....	103
Prevenzione della contenzione fisica .....	104
Prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP) .....	106
Gestione del dolore .....	106
PDTA Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali.....	107
▪ Recepimento DIAR.....	107
▪ Disease Management Team e Gruppi Interdisciplinari di Patologia .....	107
▪ Cancer Board.....	108
Percorso nascita .....	109
▪ Modalità per garantire la presenza del partner in sala parto durante la pandemia COVID-19.....	109
Buone pratiche AGENAS .....	111
▪ Riorganizzazione dei percorsi clinico assistenziali messi in atto in fase di emergenza Covid-19. ....	112
▪ Riorganizzazione percorsi clinici assistenziali con l’esperienza implementata in tutte le aree assistenziali di degenza e ambulatoriali.....	113

▪ Formazione, informazione e gestione degli operatori sanitari .....	114
IMPARARE DALL'ESPERIENZA: GESTIONE SINISTRI .....	115
Report Sinistri .....	115
LINK .....	116
Elenco Allegati.....	117

## GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE

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

<p>G1 Modello organizzativo aziendale Unità Gestione Rischio (UGR)</p>	<p>L'Unità di Gestione del Rischio è strutturata con un modello organizzativo che, come esposto nelle relazioni degli anni precedenti (2017, 2018, 2019), è stato formalizzato mediante Delibera N°89 del 02/02/2017 "Provvedimenti in ordine alla riorganizzazione dell'Unità di Gestione del Rischio Clinico dell'Istituto secondo le procedure CARMINA e approvazione del relativo regolamento di funzionamento" e successiva Delibera N° 354 del 29/03/2017 "Organizzazione dell'Unità di Gestione del Rischio dell'Istituto secondo le procedure CARMINA").</p> <p>L'Unità di Gestione del Rischio è articolata in modo da garantire l'integrazione di tutti i soggetti coinvolti, a vario titolo, nel monitoraggio delle attività per la gestione della rischiosità nel Policlinico e per corrispondere in modo adeguato all'introduzione dello strumento C.A.R.M.In.A. per tutte le Aziende e IRCCS Liguri risalente al 2016 (con la Delibera di Giunta Regionale n° 486 del 27/05/2016 <i>Assegnazione obiettivi ai Direttori Generali/Commissari Straordinari, ecc.</i>).</p> <p>La struttura dell'UGR attualmente articolata in un gruppo strategico e sette gruppi operativi avendo a riferimento le 7 aree dello strumento di monitoraggio del Rischio C.A.R.M.In.A., altresì prevede un Gruppo Operativo dedicato ad "Umanizzazione ed Etica" costituendo quindi l'Area 8 di C.A.R.M.In.A. Si riporta la struttura UGR con la composizione di ogni gruppo operativo ed il relativo Coordinatore.</p> <p><u>Gruppo Strategico - Area 1 C.A.R.M.In.A. - Governance, Consapevolezza e Misurazione</u>, composto da:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Direttore Sanitario</li><li>➤ Direttore Amministrativo</li><li>➤ Direttore Scientifico</li><li>➤ Preside Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche</li><li>➤ Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera</li><li>➤ Direttore UO Controllo di Gestione</li><li>➤ Responsabile UO Direzione e gestione delle Professioni Sanitarie (attualmente UO Direzione delle Professioni Sanitarie)</li><li>➤ Direttore UO Servizio Prevenzione e Protezione</li><li>➤ Il Medico Competente</li><li>➤ Direttore UO Sviluppo Risorse Umane</li><li>➤ Responsabile UOS Formazione e Comunicazione (attualmente SSDip. Formazione e Comunicazione)</li><li>➤ Direttore UO Affari Generale e Legali</li><li>➤ Direttore UO Psicologia Clinica e Psicoterapia</li><li>➤ Un rappresentante delle Associazioni di tutela del malato e volontariato in Istituto</li></ul> <p>Coordinatore del Gruppo Operativo è il Direttore dell'UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP.</p> <p><u>Gruppo Operativo - Area 2 C.A.R.M.In.A.- Comunicazione</u>, composto da:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Direttore UO Sistemi Informativi (attualmente UO Information &amp; Communication Technologies I.C.T.) ed Ingegneria Clinica</li><li>➤ Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera</li><li>➤ Responsabile UO Direzione e gestione delle Professioni Sanitarie (attualmente UO Direzione delle Professioni Sanitarie)</li><li>➤ Direttore UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP</li></ul> <p>Coordinatore del Gruppo Operativo è il Responsabile UOS Formazione e Comunicazione.</p>
--	---

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

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

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

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

- Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera
- Direttore UO Igiene
- Direttore UO Clinica Malattie Infettive
- Direttore UO Attività Tecniche
- Direttore UO Farmacia
- Direttore UO Fisica Medica e Sanitaria
- Direttore UO Centro Trasfusionale (attualmente UO Medicina Trasfusionale)
- Responsabile UOS Formazione e Comunicazione (attualmente SSDip. Formazione e Comunicazione)
- Direttore UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP

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

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

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

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

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

- Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera
- Direttore UO Clinica Psichiatrica
- Direttore UO Medicina del Lavoro
- Direttore UO Medicina Legale
- Responsabile UOS Formazione e Comunicazione
- Ufficio Comunicazione e Rapporti con i Media
- Direttore UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP

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

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

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

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

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

## Gruppo Operativo UGR

Di seguito sono espone le modalità di funzionamento dell'UGR, declinate per ogni Gruppo Operativo:

### GRUPPO STRATEGICO AREA 1 CARMINA

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

### GRUPPI OPERATIVI

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

#### ▪ Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2018-2020

Il Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2018-2020 esprime le progettualità per il triennio. Il documento è visibile sia in Intranet Aziendale sia in Internet nel sito *web* del Policlinico, seguendo il link:

[http://www.hsanmartino.it/components/com\\_publiccompetitions/includes/download.php?id=4949:piano-triennale-gestione-integrata-della-rischiosit%C3%A0-2018-2020.pdf](http://www.hsanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=4949:piano-triennale-gestione-integrata-della-rischiosit%C3%A0-2018-2020.pdf)

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

### Area 1 Governance, Consapevolezza e Misurazione

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

## Area 2 Comunicazione

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

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

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

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

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

## Area 5 Processi Assistenziali- Prima Sinossi

AREA	SUB AREA	AZIONI	PIANO ANNUALE	RESPONSABILITA'	VISIONE TRIENNALE
<b>5 - PROCESSI ASSISTENZIALI (PRIMA SINOSI)</b>	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	UO GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E URP	RIEDIZIONE DI CORSO ANNUALE DI FORMAZIONE DEL PERSONALE ASSISTENZIALE- IMPLEMENTAZIONE DI PRONTUARIO AZIENDALE PER MEDICAZIONI GENERICHE ED AVANZATE DI WOUND CARE
	LAVAGGIO MANI	STUDIO SU PREVENZIONE INFEZIONI SITO CHIRURGICO E MONITORAGGIO CORRETTE PROCEDURE E BEST PRACTICE	AUDIT IN TUTTE LE SALE OPERATORIE PER MONITORAGGIO ADOZIONE DI CORRETTE PROCEDURE E BEST PRACTICE - AUDIT IN TUTTE LE UU.OO. DEGENZIALI-CORSI FORMATIVI ON THE JOB	COMITATO INFEZIONI OSPEDALIERE- UOIGIENE- UO MICROBIOLOGIA-UOFARMACIA-UO SISTEMI INFORMATIVI E INGEGNERIA CLINICA-UO CLINICA MALATTIE INFETTIVE	REALIZZAZIONE STUDIO DI INCIDENZA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA ASSOCIATO A STUDIO SU COMPLIANCE DELL'IGIENE DELLE MANI DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI - REALIZZAZIONE CARTELLA INFORMATICA PER DIFFUSIONE IN INTRANET DEI DATI DELLE SORVEGLIANZE IN ATTO, DI LINEE GUIDA, PUBBLICAZIONI ECC.- PROGETTAZIONE STUDIO PREVALENZA ICA
	PRECAUZIONI STANDARD ISOLAMENTO				
PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA					

### 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
<b>6- GESTIONE DELL'EVENTO AVVERSO</b>	<b>GESTIONE EVENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I.O. Recepimento del protocollo Ministeriale per il Monitoraggio degli Eventi Avversi</li> <li>• Schede di segnalazione degli eventi: eventi sentinella</li> <li>• Relazione UGR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azioni di miglioramento presso singole UU.OO. dove si è verificato l'evento avverso o individuate dai report. Monitoraggio near miss</li> <li>• Formazione/Informazione</li> <li>• Piano di monitoraggio delle azioni già implementate e di quelle proposte ad opera delle singole UU.OO</li> </ul>	UU.OO.ASSISTENZIALI 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
	<b>COMUNICAZIONE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I.O. recepimento LG Comunicazione Eventi Avversi</li> <li>• Raccomandazione per la Comunicazione ai pazienti</li> <li>• Proposta I.O. per Comunicazione Esterna in caso di eventi avversi.</li> <li>• I.O. Gestione Reclami</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definire le modalità di comunicazione strutturata verso altre istituzioni e/o associazioni di tutela dell'utenza</li> <li>• Registro di raccolta della descrizione delle modalità di comunicazione verso l'interno e l'esterno relativo ad ogni evento avvenuto</li> <li>• Formazione/Informazione</li> <li>• Piano di monitoraggio delle azioni già implementate e di quelle proposte ad opera delle singole UU.OO.</li> </ul>	AREA 3 U.O.GESTIONE RISCHIO CLINICO, QUALITA', ACCREDITAMENTO E URP UU.OO. ASSISTENZIALI	Miglioramento della comunicazione interna ed esterna
	<b>SUPPORTO AGLI OPERATORI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I.O. Recepimento LG Comunicazione Eventi Avversi- Raccomandazione per Azioni di sostegno agli operatori</li> <li>• Consultazione Psicologica presso l'U.O. Psicologia Clinica e Psicoterapia</li> <li>• Assistenza legale interna per gli operatori presso l'U.O. Affari Generali e Legali</li> <li>• L'attivazione dell'UO Psicologia Clinica e Psicoterapia avviene cura del Coordinatore del Gruppo Strategico Area 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione/Informazione</li> <li>• Piano di monitoraggio delle azioni già implementate e di quelle proposte ad opera delle singole UU.OO.</li> </ul>	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
	<b>SUPPORTO AI PAZIENTI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I.O. recepimento LG Comunicazione Eventi Avversi</li> <li>• Raccomandazione per la Comunicazione ai pazienti</li> <li>• L'attivazione dell'UO Psicologia Clinica e Psicoterapia avviene cura del Coordinatore del Gruppo Strategico Area 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Occorre prevedere una integrazione/specificazione all'interno delle IO citate</li> <li>• Formazione/Informazione</li> <li>• Piano di monitoraggio delle azioni già implementate e di quelle proposte ad opera delle singole UU.OO.</li> </ul>	UU.OO. ASSISTENZIALI 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

### Incontri gruppo operativo UGR

Nel corso del 2020 la situazione di emergenza sanitaria Covid-19 ha richiesto il massimo impegno dei professionisti nelle UUOO di afferenza e le riunioni che, comunque, si sono svolte, sono state focalizzate su temi specifici e legati alla situazione emergenziale. I Gruppi Operativi UGR hanno svolto incontri finalizzati alla discussione ed approfondimento di eventi o situazioni critiche, come nel caso di incident reporting ed eventi avversi:

- Root Cause Analysis del 10/02/2020 sul tema Identificazione
- Root Cause Analysis del 19/02/2020 sul tema adeguatezza percorsi in Sala Operatoria

<p>G2.2. Referenti aziendali rischio comparto e dirigenza</p>	<p>Trapianti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Root Cause Analysis del 30/07/2020 sul tema Identificazione del campione biologico</li> <li>• Root Cause Analysis del 01/12/2020 sul tema Identificazione di lateralità</li> </ul> <p><b>Referenti aziendali rischio comparto e dirigenza</b></p> <p>Il <i>Risk Manager</i> dell'Ospedale Policlinico San Martino è il Direttore dell'UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditemento e URP, Dott. Giovanni Orengo.</p>
<p>G3 Esplicitazione obiettivi in materia di gestione rischio Clinico</p>	<p><b>Esplicitazione obiettivi in materia di gestione rischio Clinico</b></p> <p>Gli obiettivi in materia di Gestione Rischio Clinico sono individuati con l'analisi dei maggiori fattori di rischio e, nell'anno appena trascorso, riguardano l'infezione sostenuta dal coronavirus SARS-Cov-2.</p> <p><b>La Gestione del rischio sanitario in conseguenza del COVID-19</b></p> <p><b>Agente eziologico della Pandemia</b></p> <p>I coronavirus sono una famiglia di virus respiratori in grado di causare malattie nell'uomo che possono essere lievi, come il comune raffreddore, oppure moderate o gravi, come i quadri clinici della cosiddetta MERS (<i>Middle East Respiratory Syndrome</i>) e della SARS (<i>Severe Acute Respiratory Sindrome</i>).</p> <p>Il virus responsabile dell'attuale pandemia è strettamente correlato con il virus responsabile della SARS, emersa alla fine del 2002 in Cina, classificato come SARS-CoV-1.</p> <p>L'attuale virus viene classificato come SARS-CoV-2.</p> <p>I coronavirus sono presenti in molte specie animali e possono infettare l'uomo, come verosimilmente è accaduto per la pandemia che attualmente stiamo vivendo.</p> <p><b>Modalità di trasmissione dell'infezione</b></p> <p>La trasmissione del virus avviene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per contatto diretto con persone, anche asintomatiche, per malattia COVID 19</li> <li>- per contatto indiretto attraverso oggetto o superfici contaminati/e.</li> </ul> <p>Molti aspetti della trasmissione del Virus non sono del tutto noti e necessitano di ulteriori approfondimenti rivolti a ottimizzare le strategie di prevenzione del rischio di contagio.</p> <p><b>Principali rischi in ambito ospedaliero</b></p> <p>L'ospedale rappresenta il luogo di massima concentrazione del rischio di contagio per i seguenti motivi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Rischi ambientali derivanti dalla concentrazione umana e dalla necessità di mantenimento del distanziamento sociale</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'ospedale è un luogo che presenta, anche in periodi di normalità, concentrazioni molto importanti di persone, condizione fondamentale per la trasmissione del virus SARS-CoV-2.</li> </ul> </li> <li>2. <u>Rischi ambientali derivanti da siti particolari dell'ospedale</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I luoghi di maggior concentrazione umana sono rappresentati da:</li> </ul> </li> </ol>

- DH Onco Ematologico: circa 300 – 350 pazienti al giorno che diventano 700- 800 qualora si permetta l'accesso di eventuali familiari o conoscenti.
  - Pronto soccorso: circa 2200- 250 pazienti al giorno che diventano 400 - 500 qualora si permetta l'accesso di eventuali familiari o conoscenti.
  - Piastre ambulatoriali collocate ai diversi piani del Monoblocco Acuti.
  - Reparti di degenza ordinaria e diurna.
3. Rischi intrinseci a pazienti fragili e comorbidi
- Molti pazienti che abitualmente ricorrono all'ospedale presentano condizioni cliniche di particolare fragilità e immunocompromissione che facilitano significativamente il contagio e l'evoluzione infausta del quadro clinico.
4. Rischi intrinseci a pazienti con patologie che simulano il quadro clinico da infezione da SARS-CoV-2
- Spesso accade che pazienti che necessitano di ricorrere alle cure ospedaliere presentano quadri clinici difficilmente distinguibili da quelli caratteristici da infezione da virus SARS-CoV-2 rendendo difficile l'applicazione dello strumento cardine per l'individuazione del caso sospetto: la check list di valutazione.
- Anche per questa tipologia di rischio sono state valutate tutte le possibili soluzioni
5. Rischi intrinseci a pazienti che presentano condizioni cliniche bisognose di cure ospedaliere indifferibili
- Molti pazienti con bisogno di prestazioni sanitarie indifferibili si sono presentati, durante le due fasi pandemiche, in ospedale esponendosi al potenziale rischio di contagio da virus SARS-CoV-2. Per molti di questi pazienti sono state valutate tutte le possibili soluzioni per la riduzione del rischio contagio.
6. Rischi esterni derivanti dalla scarsa comunicazione
- Durante l'intero periodo epidemico l'ospedale ha drasticamente limitato l'accesso alle proprie strutture a tutti i soggetti non direttamente coinvolti nel processo diagnostico terapeutico; ciò ha comportato una prevedibile insofferenza nei familiari o nei conoscenti che, giustamente, richiedevano notizie dei loro congiunti ammalati. L'Istituto, al fine di ridurre il rischio di isolamento dei pazienti e dei familiari, oltre che quello conseguente di un aumentato contenzioso con l'ospedale, ha prodotto numerose soluzioni logistiche organizzative.
7. Rischi esterni: rischio corruzione
- Durante tutto il corso dell'epidemia molte procedure di approvvigionamento di lavori, di forniture, nonché di acquisizione di risorse professionali, sono state realizzate riducendo, legittimamente, l'articolazione dei percorsi che generalmente si realizzano in tempo "normale". Al fine di monitorare e quindi prevenire i rischi derivanti da queste procedure "snellite" sono state e saranno messe in atto procedure volte in particolare a garantire:
    - Il monitoraggio dei percorsi di approvvigionamento di lavori e forniture per la gestione della pandemia
    - Il monitoraggio delle acquisizioni delle risorse professionali
    - Gestione degli spogli e delle salme

#### **Prioritizzazione dei rischi**

La valutazione della priorità con la quale sono stati affrontati i rischi citati è stata oggetto di un'analisi proattiva del rischio effettuata con metodologia FMEA.

▪ **Principali linee di prevenzione dei rischi individuati**

In allegato vengono riportate tutte le azioni intraprese durante le due ondate epidemiche suddivise per i 7 rischi testé descritti:

- Rischi ambientali derivanti dalla concentrazione umana e dalla necessità di mantenimento del distanziamento sociale- Allegati dal 9 al 32
- Rischi ambientali derivanti da siti particolari dell'ospedale- Allegati dal 33 al 64
- Rischi intrinseci a pazienti fragili e comorbidi - Allegati dal 65 al 69
- Rischi intrinseci a pazienti con patologie che simulano il quadro clinico da infezione da SARS-CoV-2 - Allegati dal 70 all' 84
- Rischi intrinseci a pazienti che presentano condizioni cliniche bisognose di cure ospedaliere indifferibili - Allegati dall' 85 al 108
- Rischi esterni derivanti dalla scarsa comunicazione - Allegati dal 109 al 119
- Rischi esterni: rischio corruzione - Allegati dal 120 al 124

È opportuno precisare che alcuni documenti allegati sono stati ripetuti in quanto la loro condivisione, produzione e disseminazione in ospedale ha coperto più di un'area di rischio.

- 
- Gli obiettivi in materia di Gestione Rischio Clinico sono espressi in due documenti programmatici aziendali:

Piano della Qualità 2019-2021, pubblicato in Intranet Aziendale e nel sito web

[https://www.ospedalesanmartino.it/components/com\\_publiccompetitions/includes/download.php?id=9672:piano-triennale-della-qualit%C3%A0.pdf](https://www.ospedalesanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=9672:piano-triennale-della-qualit%C3%A0.pdf)

Piano Triennale per la Gestione Integrata della Rischiosità 2018-2020 , (PiGIR) pubblicato in Intranet Aziendale e nel sito *web*

[http://www.hsanmartino.it/components/com\\_publiccompetitions/includes/download.php?id=4949:piano-triennale-gestione-integrata-della-rischiosit%C3%A0-2018-2020.pdf](http://www.hsanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=4949:piano-triennale-gestione-integrata-della-rischiosit%C3%A0-2018-2020.pdf)

- 
- In situazioni ordinarie, la condivisione degli obiettivi in materia di Gestione del Rischio si svolge prioritariamente durante l'incontro annuale con la Rete del Sistema Gestione Qualità **Quality Day**, la cui ultima data risale al 17/12/2019, a cui hanno partecipato 238 persone (Direttori, RAQ, Vice RAQ e Coordinatori delle Unità Operative del Policlinico). A seguito della situazione di emergenza sanitaria COVID-19, l'importante impegno dei sanitari e le relative restrizioni, nel 2020 non si è svolto il consueto incontro della Rete del Sistema Gestione Qualità, mantenendo comunque attivo il contatto e la comunicazione con i singoli soggetti al fine di non trascurare il monitoraggio del sistema.
- Nel corso del 2020 gli obiettivi in materia di Gestione del Rischio sono stati condivisi durante tutti gli **incontri** che è stato possibile svolgere in situazione di emergenza sanitaria e durante tutti i sopralluoghi effettuati nelle UUOO.  
In particolare sono stati condivisi temi inerenti la Gestione del Rischio come la

- Per il raggiungimento degli obiettivi in materia di Gestione Rischio Clinico, ci si avvale dell'**Audit Clinico**, per l'individuazione delle 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.  
Nel corso del 2019 e 2020, i "Facilitatori di Audit Clinico" che hanno seguito una specifica formazione nel 2018, hanno collaborato alla realizzazione ed alla successiva analisi dei dati emersi dagli **Audit Clinici** in elenco:
  - Audit Clinico Osservazionale Prospettico "Informazione e Consenso"
  - Audit Clinico Osservazionale Prospettico del percorso nascita con riferimento alle variabili che condizionano la cesarizzazione.
  - NET 2016-02363853 del Ministero della Salute
  
- L'Ospedale Policlinico San Martino partecipa al **progetto NET 2016-02363853 del Ministero della Salute**, facente parte dei *Network Project/Progetti di Rete*, classificato nel tipo di Ricerca "*Change-Promoting*".  
Il progetto valuta i fattori professionali, organizzativi e di sistema che condizionano efficacia ed efficienza dei servizi sanitari e/o l'impatto sulla qualità di innovazioni cliniche, organizzative, gestionali e di finanziamento. Il progetto generale è composto da tre sotto progetti individuali con i seguenti obiettivi:
  - Valutare in che misura le differenze sulla sopravvivenza tra i Registri Tumori Italiani e i Registri inclusi nel database SEER (US) sono correlate con le differenze di mortalità, dopo aggiustamento per l'incidenza. Coordinato e svolto dalla U.O. Epidemiologia Clinica dell'Ospedale Policlinico San Martino con la Dott.ssa Luigina Bonelli e il Dott. Luca Boni come responsabili.
  - Valutare se la qualità dell'assistenza oncologica in un campione random di casi di cancro diagnosticati nella Rete Oncologica Ligure è correlata con la sopravvivenza nel paziente individuale o nel centro che ha in carico il paziente. Coordinato e svolto dal Dott. Giovanni Orengo.
  - Sviluppare un Sistema di indicatori di processo per monitorare la performance clinica delle strutture coinvolte in un caso di studio, vale a dire il follow-up per condizioni croniche in sopravvissuti a lungo termine da tumori pediatrici. Coordinato e svolto dall'Ospedale Giannina Gaslini, da parte del Dott. Riccardo Haupt.
  
- Per il raggiungimento degli obiettivi in materia di Gestione Rischio Clinico si ritiene indispensabile, inoltre, monitorare e valutare **l'aderenza dei comportamenti alle Buone Pratiche**, mediante l'utilizzo di *Checklist* e Verbali in sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità:
  - MODHQA\_0044A Rev. 6/2020
  - MODHQA\_0044B Rev. 6/2020
  - MODHQA\_0044C Rev. 5/2020
  - MODHQA\_0044LAB Rev. 4/2020
  - MODHQA\_0044RAD Rev. 0/2020
  - MODAZHQA\_0030CC Rev. 9/2020 Valutazione Compilazione Cartella Clinica

- Per il raggiungimento degli obiettivi in materia di Gestione Rischio Clinico un importante percorso è rappresentato dalla verifica dell'aderenza agli **standard previsti da OECI (Organization of European Cancer Institute)**. L'audit di Re-Accreditamento dell'Ospedale Policlinico San Martino in quanto Istituto di Ricerca e Cura a carattere Scientifico, previsto per il 2020, è stato posticipato alla seconda metà del 2021, a seguito della situazione di emergenza sanitaria COVID-19.

---

- **Analisi FMEA e analisi SWOT**

Per il raggiungimento degli obiettivi in materia di Gestione Rischio Clinico si ritiene imprescindibile condurre una sistematica analisi che fornisca elementi e dati sui quali basare l'implementazione del cambiamento e di appropriate azioni di miglioramento. All'interno dell'Istituto si effettua l'analisi FMEA e l'analisi SWOT.

**Analisi FMEA**

I cambiamenti organizzativi di maggiore rilevanza ed impatto sull'organizzazione del lavoro e dell'erogazione delle prestazioni, hanno previsto le Valutazioni del Rischio attraverso l'analisi FMEA. In particolare si citano le valutazioni condotte parallelamente ai Cambiamenti Organizzativi in DH onco-ematologico, in Dialisi, per il trasferimento della UO Ematologia dal Padiglione 6 e a seguito dell'apertura ed avvio delle attività nel Nuovo blocco operatorio. I report sono visibili nella relazione UGR pubblicata a gennaio 2020 nel sito web del Policlinico. Inoltre mediante l'analisi FMECA, vengono mensilmente valutati gli indici di rischio per il monitoraggio della gestione del farmaco in dose unitaria, della prescrizione e somministrazione controllata. Per queste fasi del processo terapeutico, il Policlinico traccia completamente il percorso del farmaco: in particolare l'analisi FMECA è condotta riguardo le attività di lettura del bracciale, lettura farmaco, farmaco non somministrato, conferme giornaliere ed altro, permettendo di ottenere una mappa del rischio per ogni reparto.

**Analisi SWOT Aziendale 2019**

Nel 2019 è stata riproposta la SWOT in data 17/12/2019 durante il *Quality Day*, incontro dedicato alla diffusione delle politiche della Qualità e della Gestione del Rischio Clinico. A differenza della precedente rilevazione, effettuata nel 2015, i soggetti intervistati dovevano rispondere solo in merito a punti di forza e punti di debolezza percepiti, in quanto professionisti del Policlinico. Il campione di rilevazione è costituito da 257 persone di età compresa, per la maggior parte, tra 46 e 60 anni (64.9%). Il profilo professionale del campione è costituito da Dirigenti Medici, Coordinatori, Infermieri e altre Professioni Sanitarie. Si rileva che i Punti di Forza individuati dai partecipanti sono sovrapponibili a quanto emerso dalla rilevazione 2015, ovvero la multidisciplinarietà è percepita come il grande valore aggiunto del nostro Istituto. L'ampiezza delle competenze e l'alta specializzazione unitamente ad essere un IRCCS, sono stati valorizzati come altri punti di forza importanti. I Punti di Debolezza maggiormente individuati dai partecipanti sono: la carenza di personale, la carenza della comunicazione interna e la difficoltà a motivare e valorizzare le competenze presenti. Conclusioni: da quanto emerso con la SWOT del 17/12/2019 riguardo ai Punti di Forza, si rileva una sovrapponibilità con i dati 2015, riguardo ai Punti di Debolezza rilevati, si espongono a seguire le relative azioni di miglioramento implementate.

Grafico relativo all'analisi SWOT Aziendale 2019

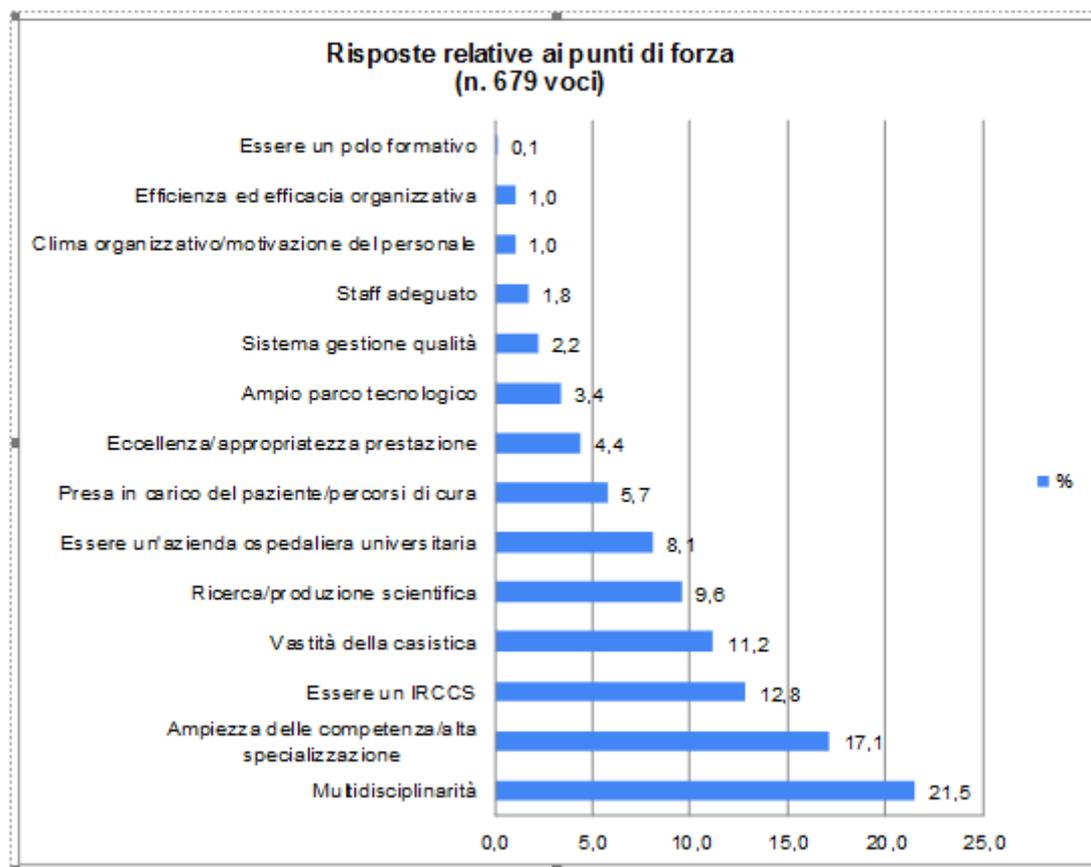
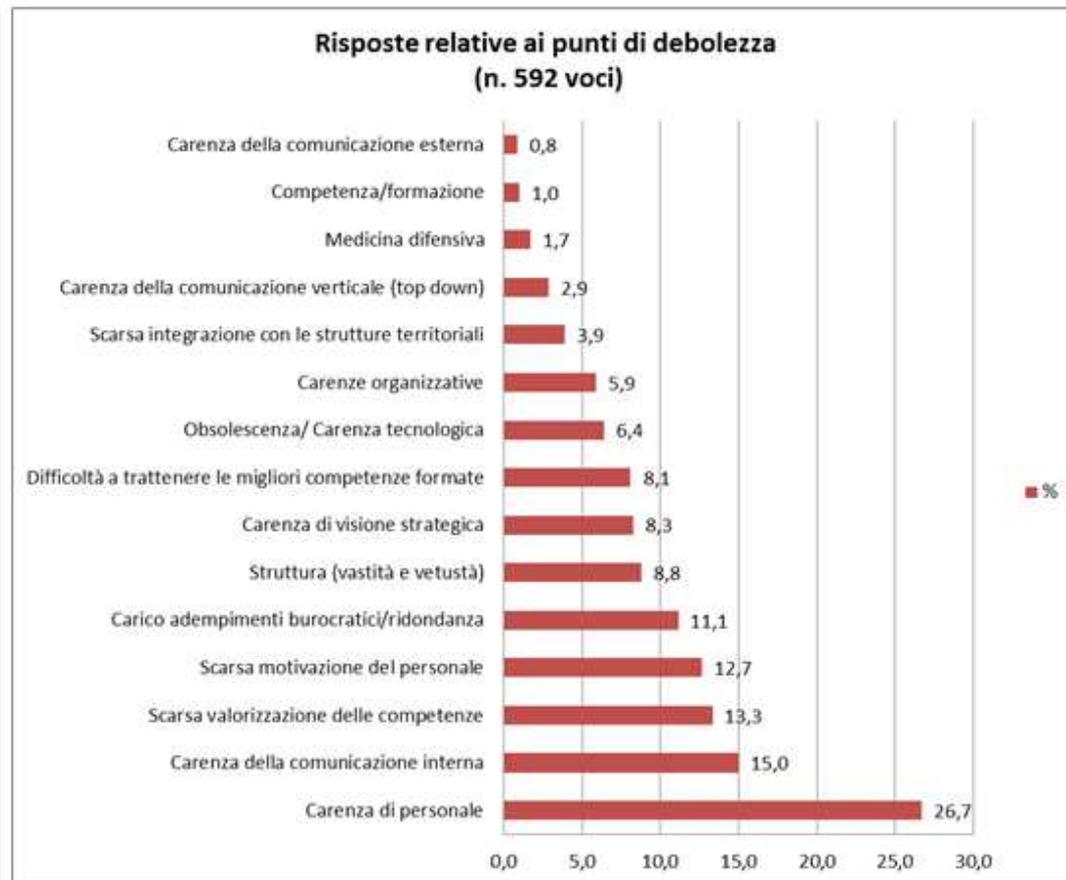


Grafico relativo all'analisi SWOT Aziendale 2019



- Punti di Debolezza emersi da analisi SWOT aziendale e relative Azioni Miglioramento
- **Carenza di Personale**  
In merito alla carenza di personale si ha la percezione che l'esigenza sia una rimodulazione organizzativa ed un diverso approccio alla valorizzazione delle competenze. I dati emersi rendono evidente quanto il problema sia avvertito con urgenza dai professionisti e di quanto gli elementi siano strettamente correlati.
  - **Relative azioni di miglioramento in tema di carenza personale:** in fase di emergenza sanitaria la carenza di personale ha avuto maggiore rilevanza rispetto al momento della rilevazione SWOT e sono state acquisite nuove unità di professionisti dell'area medica e delle professioni sanitarie.
- **Carenza di Comunicazione Interna.** La carenza di comunicazione interna rappresenta una dispersione di risorse. Relative azioni correttive implementate: l'emergenza sanitaria ha accentuato quella che era una percezione, ma si è colta l'opportunità di introdurre, a ritmi forzati, metodi e tecnologie che hanno consentito di ridurre alcuni rischi specifici del contagio limitando gli effetti del lock-down nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.
  - **Relative Azioni di Miglioramento in tema di Comunicazione:**
  - adozione dei sistemi di videoconferenza già disponibili, per effettuare televisita e teleriabilitazione
  - estensione della consegna online di referti ed immagini radiologiche su progetto regionale del quale il Policlinico è stato il precursore
  - introduzione di nuovi flussi informativi per l'analisi della pandemia ed adozione di
  - nuovi strumenti informativi per la gestione dei tamponi e per la consegna dei referti sul territorio metropolitano (Portale Ligure Socio Sanitario)
  - ampliamento, su richiesta, dell'accesso remoto (da casa) per le attività sanitarie di diagnosi e cura
  - adozione di soluzioni semplici e rapide quali la videochiamata programmata per l'attività di supporto psicologico al personale
  - evoluzione del metodo di contatto tra paziente e parente e tra paziente e medico sperimentando l'uso di un canale e-mail dedicato e di tablet, in modo da abbattere il rischio di contagio e permettendo una migliore umanizzazione. Esempi pratici sono il collegamento per consentire la presenza virtuale dei padri in sala parto, la videochiamata tra i pazienti isolati ed i parenti in quarantena, il collegamento dall'area isolata all'area "pulita" con un contatto immediato tra medico e paziente per ridurre la necessità di vestizione e svestizione
  - progettazione del percorso, in urgenza, dei pazienti del day hospital emato oncologico per consentire un accesso protetto.
  - attivazione del progetto di miglioramento per migliorare le comunicazioni delle UU.OO. di Staff, che si articola in una serie di incontri tra le UO di Staff stesse e le UO Tecnico-Amministrative. Il gruppo di lavoro è coordinato dalla UO Formazione e Comunicazione e supportato da personale esterno esperto in tecniche di comunicazione.
- **Scarsa Valorizzazione delle Competenze**  
La scarsa valorizzazione delle competenze presenti comporta demotivazione del personale e perdita del valore che ogni soggetto invece sarebbe in grado di apportare al Policlinico

e non consente di maturare il trasferimento delle competenze e delle esperienze da parte dei professionisti più anziani in favore di quelli più giovani. Inoltre, l'insufficienza dell'organico è una tra le più rilevanti "condizioni latenti" di carattere sistemico su cui si innesta la possibilità di un episodio di errore sanitario: è un dato di fatto che gli eventi avversi in sanità sono spesso la punta di un iceberg e costituiscono l'effetto di criticità organizzative, piuttosto che di profili di colpa individuale (in particolare gli episodi correlati a stress da iper-lavoro, disattenzione o difetto di comunicazione, che sono tipicamente il frutto della carenza di personale e del carico di lavoro incrementale che ne deriva per gli operatori sanitari).

○ **Relative azioni correttive implementate:** è stato implementato un modello di definizione, gestione e monitoraggio delle abilità e competenze dei professionisti impegnati nell'ambito del programma Trapianto di Midollo Osseo presso il Centro Cellule Staminali Emopoietiche in aderenza agli standard previsti *JACIE Joint Accreditation Committee – ISCT and EBMT*. Si ritiene opportuna l'estensione della metodologia a tutto il Policlinico, in quanto il modello adottato ha lo scopo di progettare ed attuare percorsi strutturati per l'assegnazione dei compiti clinico assistenziali del personale medico, infermieristico e tecnico attraverso la definizione e monitoraggio di profili di competenza. Il percorso è descritto dalla Procedura Aziendale per la Formazione del personale del Programma Trapianto Cellule Staminali Emopoietiche CSE (PQHQA\_1006H3B). Il modello adottato in UO Ematologia Centro Cellule Staminali definisce il percorso formativo del personale sanitario a partire dalla valutazione delle qualifiche iniziali e gli orientamenti, la gestione del training iniziale, sino al raggiungimento delle competenze, la verifica periodica del loro mantenimento, e l'aggiornamento, anche in relazione al ruolo specifico assegnato.

#### **Analisi SWOT delle singole Unità Operative del Policlinico (biennio 2018-2019)**

Ogni Unità Operativa del Policlinico elabora annualmente un'analisi SWOT relativamente alla propria attività di reparto. I risultati delle 114 analisi SWOT, prodotte dalle UU.OO. nel biennio 2018-2019, comprendono: - Punti di forza totale 705 - Punti di debolezza totale 492 - Opportunità totale 447- Minacce totale 370.

**Tra i punti di forza e le opportunità emergono:** la competenza, la specializzazione, l'eccellenza della prestazione, la presa in carico del paziente, la rilevanza nazionale ed internazionale, la multidisciplinarietà ma anche il clima organizzativo, il senso di appartenenza e la numerosità dei progetti in corso. Il Policlinico, attraverso l'analisi dei dati emersi con la SWOT, presenta un numero maggiore di punti di forza/opportunità rispetto alle minacce/punti di debolezza. In sede di Riesame della Direzione delle singole U.O. si richiede l'individuazione e definizione di una azione di miglioramento di risposta ai punti di debolezza evidenziati dalla SWOT.

<p>G4 Eventi avversi / quasi eventi</p>	<p><b>Eventi avversi/quasi eventi</b></p> <p>Nel Policlinico è in uso la Scheda di segnalazione adottata dalle aziende sanitarie di Regione Liguria MODAZHQA_0701-SCHEDA_DI_SEGNAZIONE_SPONTANEA_DEGLI_EVENTI. La Gestione degli <i>Incident Reporting</i> è effettuata secondo quanto stabilito dall' Istruzione Operativa Aziendale IOAZHQA_0701- Gestione Scheda Segnalazione Spontanea Eventi – <i>Incident Reporting</i>.</p>
<p>G4.1 Incident reporting (IR):</p>	<p><b>Incident Reporting</b></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>La Scheda prevede campi fissi per la raccolta di informazioni richieste per ogni evento segnalato relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· qualifica professionale del segnalatore</li> <li>· sede dell'evento</li> <li>· circostanze dell'evento</li> <li>· luogo fisico in cui si è verificato l'evento</li> <li>· persone che hanno corso il rischio</li> <li>· eventuali dati del paziente</li> <li>· eventuali ulteriori indagini/ prestazioni rese necessarie a causa dell'evento</li> </ul> <p>E' previsto un campo con possibilità di testo libero per la "descrizione dell'evento". La scheda prevede numerosi campi fissi circa la percezione delle cause del possibile errore da parte di chi lo segnala (fattori legati al paziente, al personale e al sistema). La firma della Scheda non è obbligatoria, ma se presente permette di acquisire ulteriori specifiche informazioni. Dopo la compilazione, la "Scheda Segnalazione Spontanea degli Eventi" deve esser inviata all'HQA per posta elettronica all'indirizzo <a href="mailto:rischio.clinico@hsanmartino.it">rischio.clinico@hsanmartino.it</a> o tramite posta interna (in busta chiusa).</p>
<p>G4.1.2 analisi e gestione</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><b>Analisi dell'Evento.</b> 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.</p> <p>In HQA il <i>Team</i> Integrato di valutazione medico/infermiere provvede a realizzare una delle seguenti attività:</p> <p><b>A.</b> Avviare l'analisi ritenuta più opportuna per il caso in questione (Audit, Incontri, Signi-</p>

*ficant Event Analysis, Root Cause Analysis*) al fine di raccogliere elementi sull'evento, fattori causali o concomitanti, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni che dovranno esser formalizzate in Azioni Correttive. Contestualmente sarà individuato un Coordinatore/ Responsabile dell'implementazione e dell'Azione Correttiva

- B.** Se l'evento segnalato è riferibile all'area di competenza di altre UU.OO. di Staff, si provvederà ad inoltrare la segnalazione in forma sintetica all' Unità Operativa interessata
- C.** Se l'evento segnalato è riferibile a svista o dimenticanza temporanea e nel caso sia stata tempestivamente identificata la causa prossima all'evento in errore attivo senza conseguenze dannose, si provvederà a concludere l'iter

**Definizione di eventuali Azioni Correttive.** 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.

Allegati: IOAZHQA0701 Gestione Scheda Segnalazione Spontanea Eventi - *Incident Reporting*  
MODAZHQA\_0701Scheda Segnalazione Spontanea degli Eventi

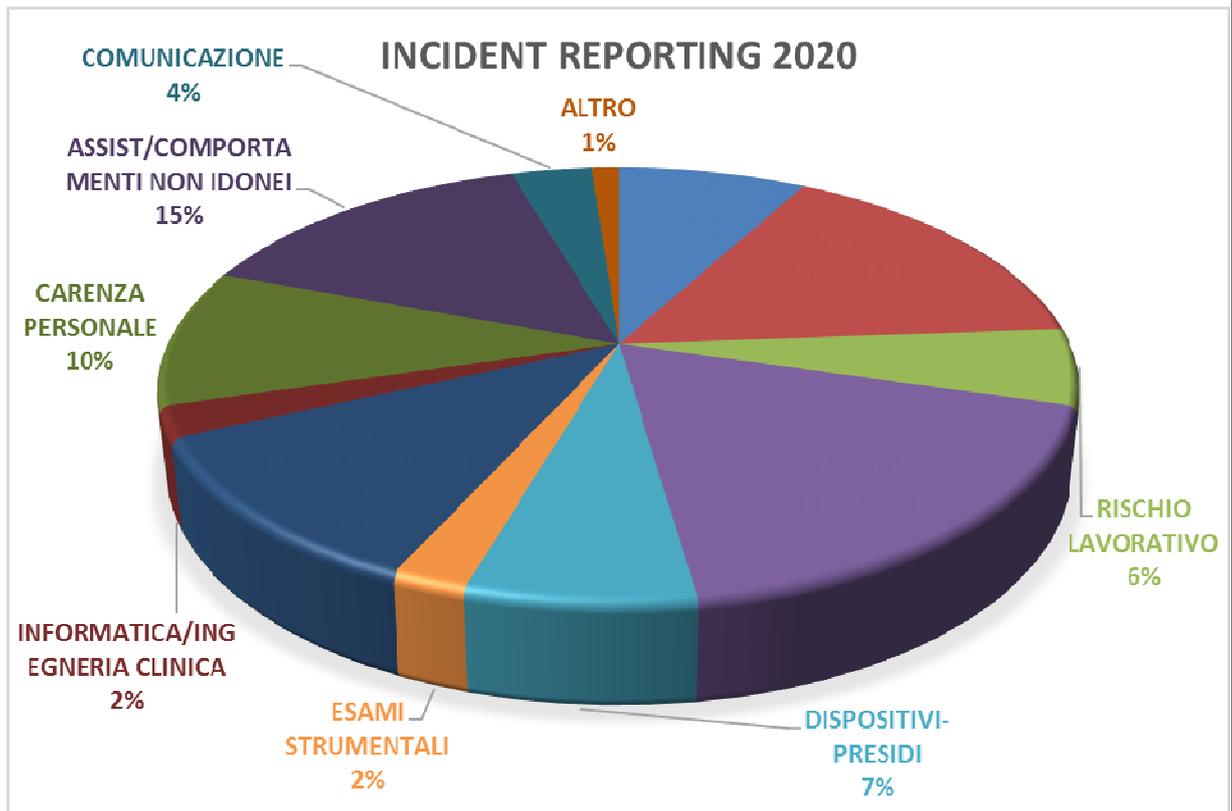
G4.1.3  
misurazione IR

### Misurazione Incident Reporting

Annualmente i dati relativi agli *Incident Reporting* sono inviati dalla Direzione Aziendale a Regione Liguria.

**Nel corso del 2020 sono pervenute 87 schede di segnalazione spontanea**, che descrivono eventi ascrivibili alle sottocategorie riportate nella Tabella sottostante, del periodo 2018-2020:

SOTTOCATEGORIA INCIDENT REPORTING	2020	2019	2018
FARMACI	7%	14%	7%
SANGUE E DERIVATI	14%	8%	7%
RISCHIO LAVORATIVO	5%	8%	1%
CAMPIONI BIOLOGICI (TRASPORTO IDENTIFICAZIONE-REFERTAZIONE)	16%	15%	16%
DISPOSITIVI E PRESIDII	6%	3%	3%
ESAMI STRUMENTALI	2%	-	1%
UFFICIO TECNICO/STRUTTURA	10%	10%	9%
INFORMATICA/INGEGNERIA CLINICA	2%	6%	10%
CARENZA DI PERSONALE	9%	4%	20%
ASSISTENZA/COMPORAMENTI NON IDONEI	13%	15%	14%
TRASPORTO DEI PAZIENTI	-	8%	8%
COMUNICAZIONE	3%	4%	4%
ALTRO	1%	-	-



La gestione degli eventi anche durante il 2020 ha previsto incontri in merito a segnalazioni pervenute per effettuare un'analisi approfondita ed individuare Azioni di Miglioramento. Le segnalazioni pervenute, in taluni casi, sono state oggetto di *Root Causes Analysis* per la ricerca delle cause che hanno provocato l'evento garantendo la riservatezza dei dati in relazione alla Identificazione del paziente, del campione biologico e della lateralità, all'adeguatezza dei percorsi in Sala Operatoria.

G4.2  
Misurazione  
cadute

**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. **I dati rilevati e di cui si espongono a seguire le rappresentazioni grafiche, sono relativi all'anno 2019, in cui le cadute segnalate sono state 682.**

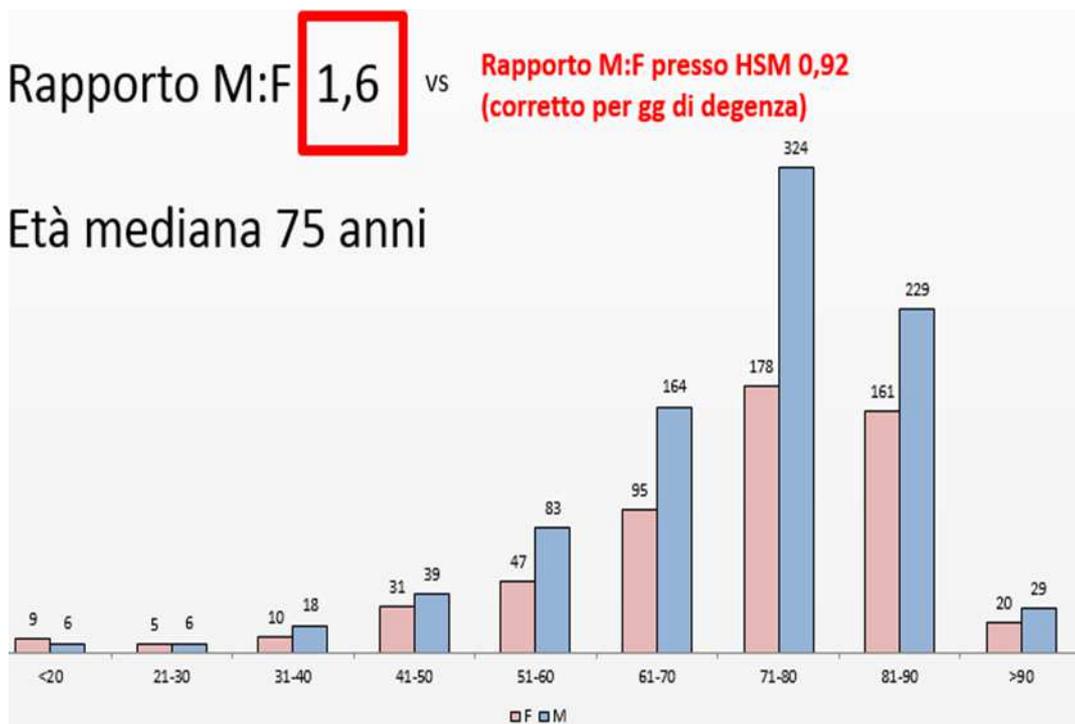
Si stima che circa il 14% delle cadute in ospedale sia classificabile come accidentale, ovvero possa essere determinato da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato), l'8% come imprevedibile, considerate le condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell'equilibrio) e il 78% rientri tra le cadute prevedibili per fattori di rischio identificabili della persona (es. paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione).

I grafici che seguono sono relativi a:

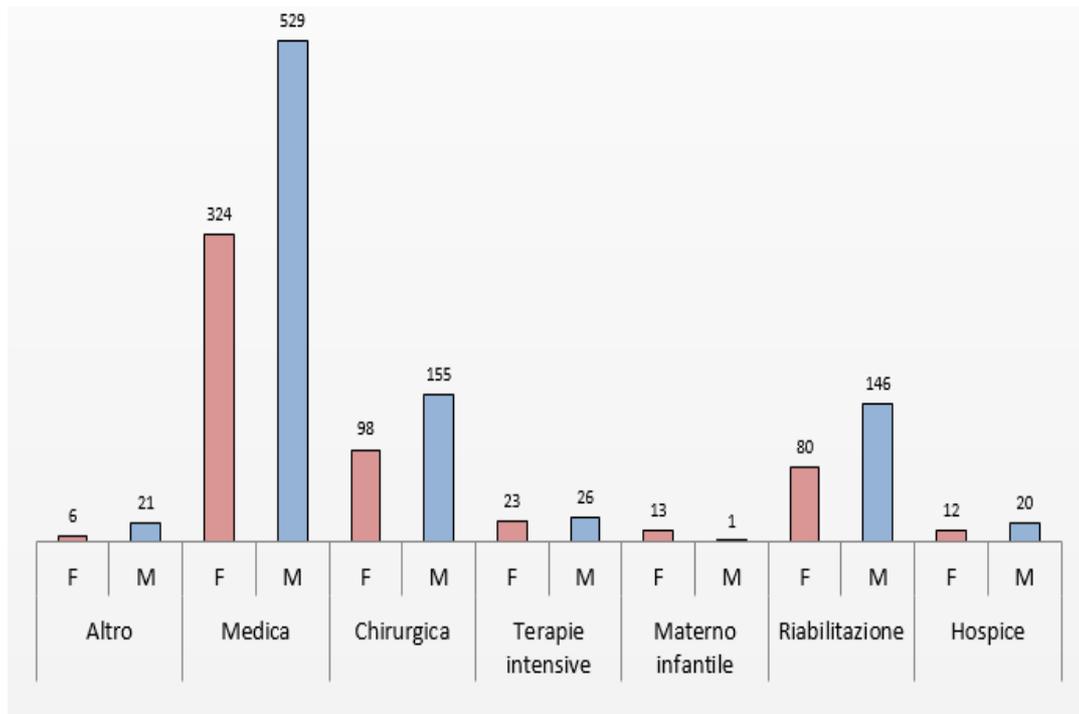
- Età dei pazienti e genere,
- Area Funzionale Omogenea (AFO) in cui si sono verificati gli eventi,
- Attività che i pazienti stavano svolgendo quando è accaduto l'evento,
- Fascia oraria in cui avviene l'evento "caduta",
- Distribuzione oraria in relazione al genere ed agli emturni del personale sanitario
- Fattori di rischio del paziente

### **Aspetti demografici.**

Di seguito si riporta la rappresentazione del numero di cadute 2019 in relazione al genere, presso HSM (Ospedale San Martino).

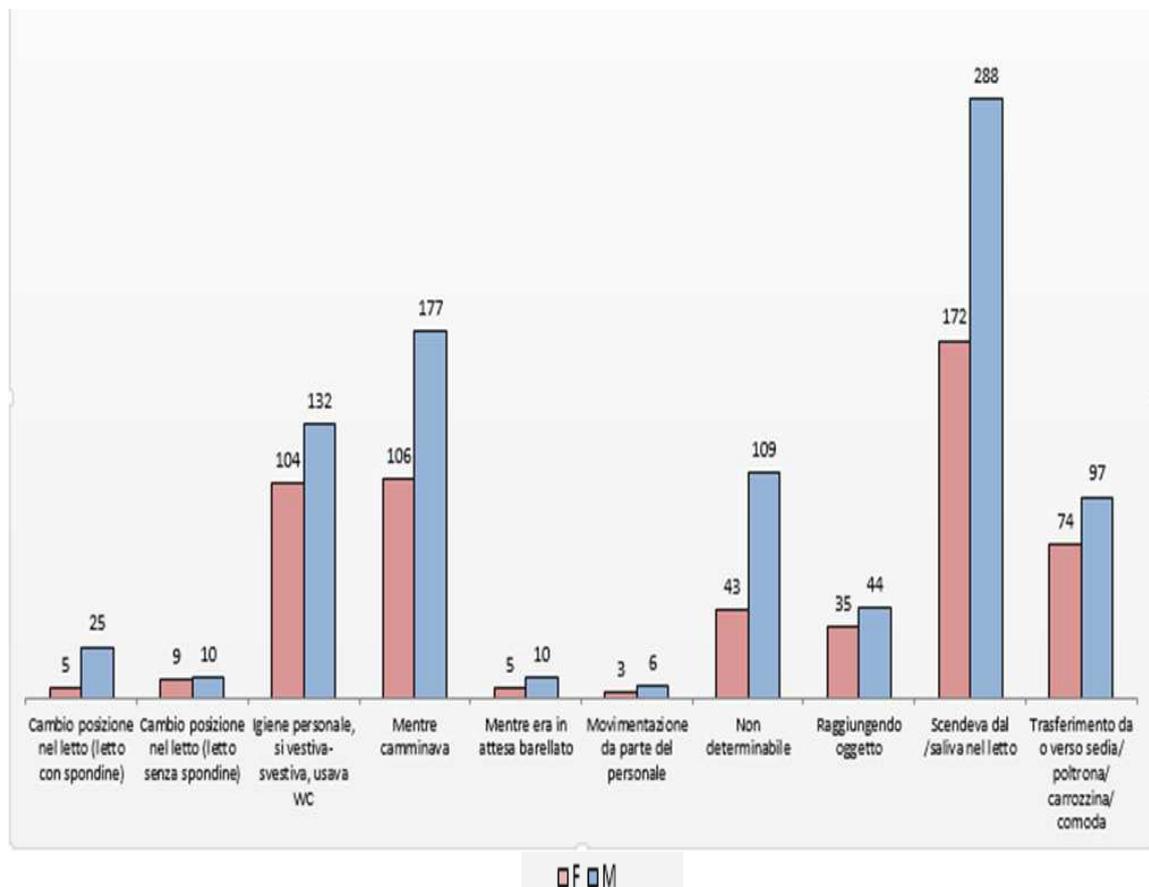


**Distribuzione del numero di cadute 2019, per Area Funzionale Omogenea (AFO).**



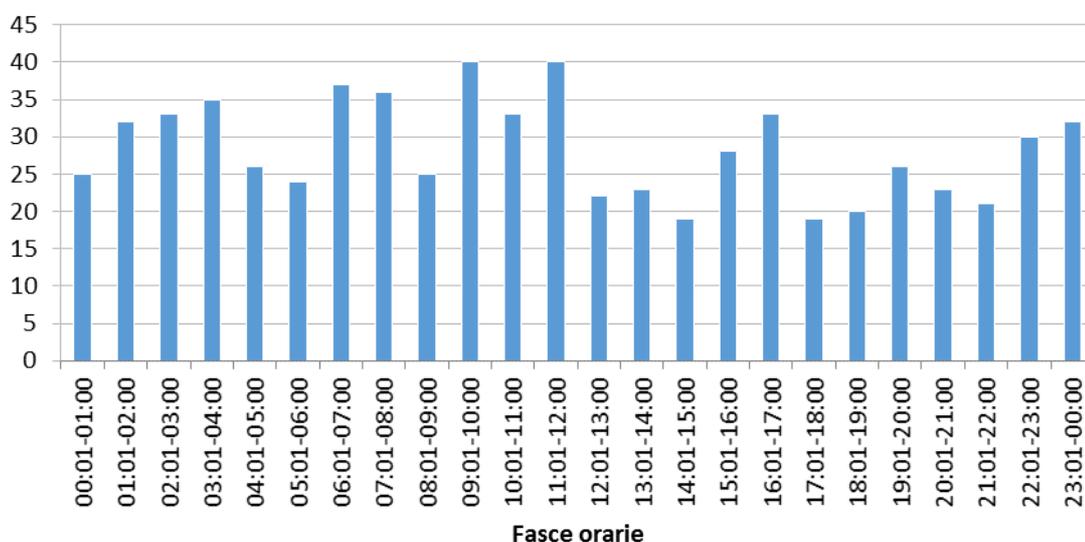
**Attività svolte.**

Nel grafico è rappresentato il numero di cadute 2019 in relazione alle attività svolte dal paziente poco prima dell'evento "caduta".

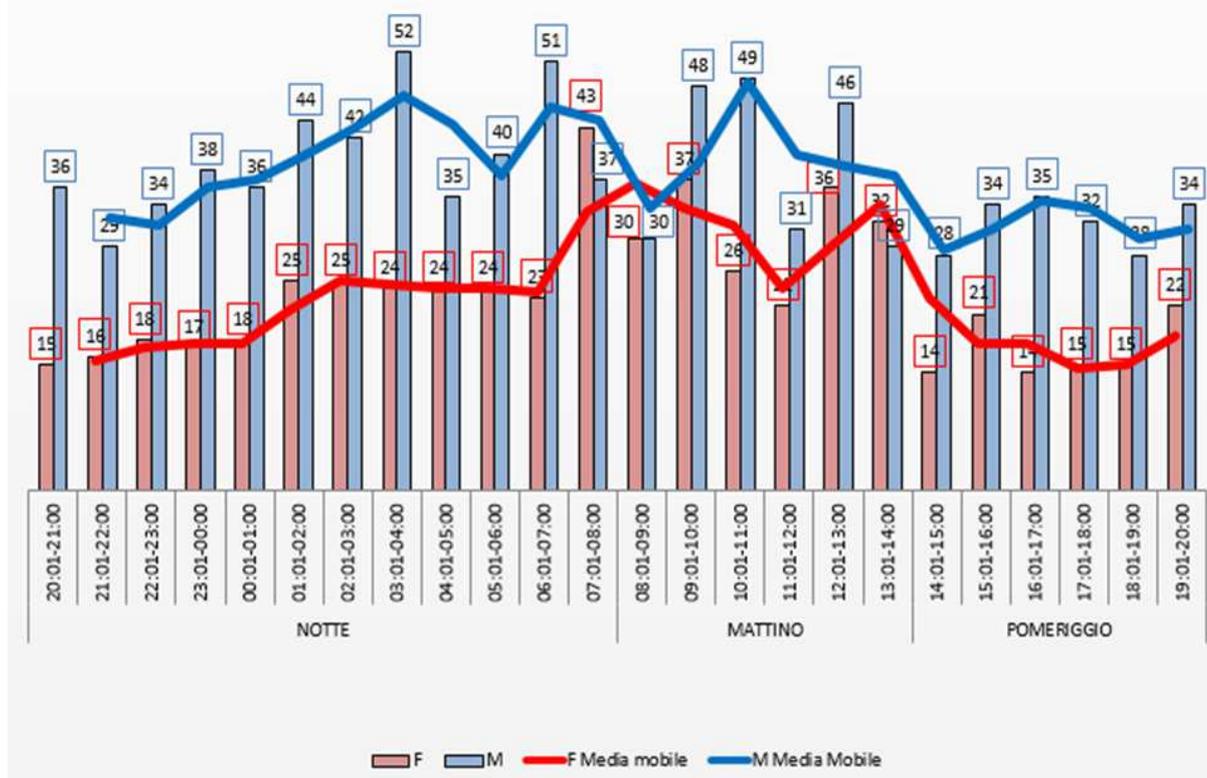


**Fascia oraria in cui avviene l'evento "caduta".**

**Cadute distribuite per fascia oraria (2019)**

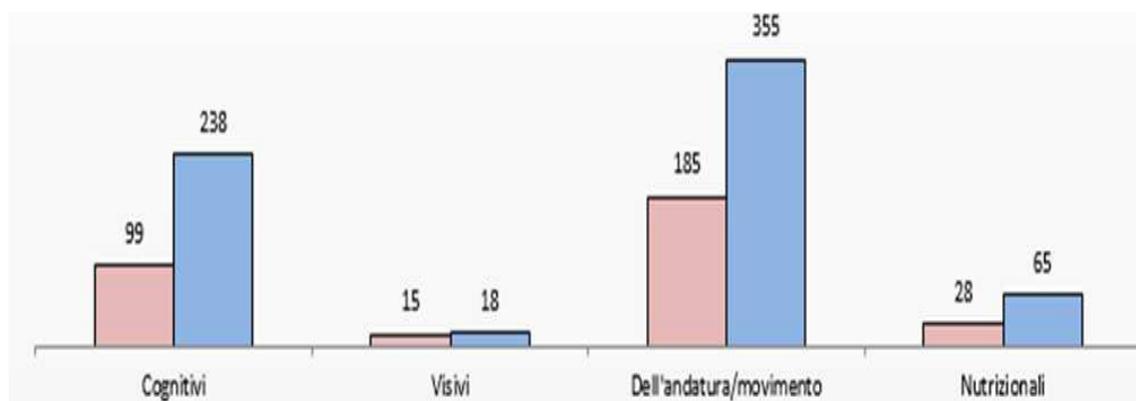


Distribuzione oraria delle cadute 2019, in relazione al genere ed agli emiturni del personale sanitario, con evidenza della Media Mobile.

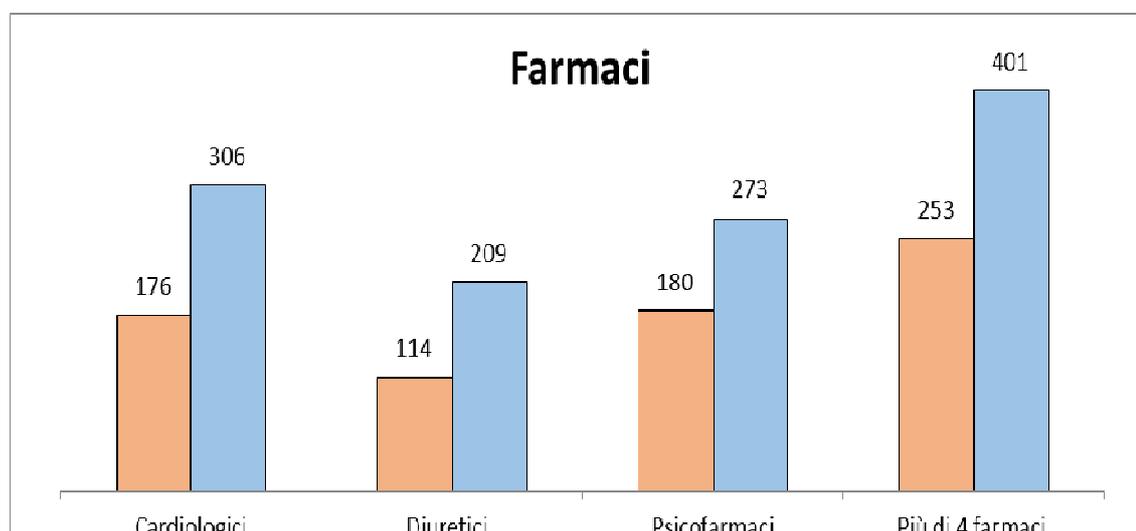


### **Fattori di Rischio legati alle condizioni del paziente.**

Di seguito si riporta la rappresentazione del numero di cadute 2019 in relazione ai Fattori di rischio del paziente: deficit cognitivi, deficit visivi, deficit dell'andatura/movimento e deficit nutrizionali.



Di seguito si riporta la rappresentazione del numero di cadute 2019 in relazione ai Fattori di rischio del paziente, correlati all'assunzione di farmaci sia per tipologia sia per numero giornaliero di assunzioni di diverse tipologie di farmaco.



<p>G4.3 Misurazione Lesioni da Pressione (LDP)</p>	<p><b>Misurazione Lesioni da pressione (LDP)</b></p> <p>Con l'adozione della Cartella Clinica Elettronica, gli strumenti di registrazione e segnalazione delle Lesioni da Pressione è effettuata in modo informatico.</p> <p><b>Nel 2020 le schede "Lesioni da pressione" informatiche compilate sono state in totale 2186</b>, comprensive della prima valutazione e delle successive rivalutazioni della lesione. L'ultima rilevazione mediante schede di segnalazione di tipo cartaceo riguarda il periodo di osservazione compreso tra lo 01/06/2017 ed il 31/05/2018, in cui le schede pervenute sono state 373. La registrazione su cartella clinica elettronica ha prodotto una maggiore aderenza per quanto riguarda la compilazione e la completezza. La misurazione che viene effettuata oltre al dato quantitativo prevede la raccolta di dati inerenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sede della lesione</li> <li>- stadio della lesione</li> <li>- lunghezza e larghezza</li> <li>- profondità</li> <li>- aspetto</li> <li>- tessuto sottominato</li> <li>- cute perilesionale</li> <li>- margini della lesione</li> <li>- presenza e tipo di dolore per il paziente</li> <li>- essudato</li> <li>- infezione</li> </ul> <p>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 colturali. Inoltre il personale fornisce indicazioni ed educazione all'autogestione delle lesioni (detersione, disinfezione, ecc.), istruzioni per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni croniche.</p>
<p>4.4 Segnalazione microrganismi Alert infezioni da parte del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere)</p>	<p><b>Segnalazione microrganismi Alert</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Monitoraggio di procedure per la gestione delle precauzioni standard/isolamento</b></li> </ul> <p>Allo scopo di garantire un'elevata <i>compliance</i> 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 (<i>TrakCare</i>), le raccomandazioni per l'adozione di precauzioni aggiuntive e di isolamento. L'unità operativa Igiene svolge inoltre osservazioni dirette delle procedure di gestione dei</p>

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. **Il Dato relativo al 2020 data la situazione di emergenza sanitaria e l'importante impegno della UO Igiene per l'attuale campagna vaccinale antiCovid-19 sarà aggiornato nel prossimo report.**

- 
- **Adozione e monitoraggio delle procedure per prevenzione infezioni correlate ad 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 so-

no 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. **Il Dato relativo al 2020 data la situazione di emergenza sanitaria e l'importante impegno della UO Igiene per l'attuale campagna vaccinale antiCovid-19 sarà aggiornato nel prossimo report.**

---

## **Infezione da nuovo Coronavirus COVID-19**

### **IOAZU76\_0049**

All'interno del Policlinico nel febbraio 2020 le indicazioni riguardo le modalità di comportamento da adottare per evitare la diffusione dell'infezione Coronavirus, sostenuta dal SARS COV-2 sono codificate da parte della UO Igiene nel documento prescrittivo IOAZU76\_0049. Il documento, che deve essere seguito ed applicato in tutte le UU.OO. dell'Ospedale Policlinico San Martino è finalizzato ai seguenti obiettivi:

- Sorveglianza dei casi di infezione da COVID-19.
- Gestione dei casi di infezione da COVID-19.
- Segnalazione dei casi di infezione da COVID-19.

Il documento contiene la raccomandazione per tutti gli operatori sanitari di adottare e rinforzare le precauzioni standard per il controllo delle infezioni nella gestione di tutti i pazienti e le precauzioni per prevenire la trasmissione per via aerea e per contatto nella gestione dei casi sospetti, probabili e confermati di infezione da COVID-19.

Esposne inoltre le indicazioni aziendali riguardo a:

- Definizione di caso
- Percorso del caso sospetto di infezione da COVID-19 presentatosi al Pronto Soccorso
- Percorso del caso sospetto di infezione da COVID-19 rivoltosi al Servizio 112-118
- Misure di igiene e protezione individuale
- Elenco DPI per esposizione
- Gestione dei contatti stretti dei casi confermati
- Diagnostica
- Segnalazione dei casi probabili e/o confermati

In particolare riguardo la gestione dei contatti stretti dei casi confermati, definisce come "contatto stretto":

- ✓ Esposizione dovuta ad assistenza sanitaria, compresa assistenza diretta a pazienti affetti da COVID-19, lavorare con operatori sanitari infettati da COVID-19, visitare pazienti o permanere nello stesso ambiente di un paziente con COVID-19.
- ✓ Lavorare a stretto contatto o condividere lo stesso ambiente con un paziente con COVID-19.
- ✓ Viaggiare con un paziente con COVID-19, con qualsiasi mezzo di trasporto.
- ✓ Vivere nella stessa casa di un paziente con COVID-19.

La Circolare Ministeriale 2993 del 31 gennaio 2020 raccomanda di adottare misure precauzionali per coloro che sono entrati a contatto stretto e protratto con il caso confermato di infezione da COVID-19 nei quattordici giorni antecedenti all'insorgenza dei sintomi, al fine di identificare precocemente l'eventuale insorgenza di sintomi compatibili con infezione da COVID-19. Gli interventi previsti saranno a cura dei Dipartimenti di prevenzione delle ASL competenti per territorio. In caso di risultato positivo del test iniziale svolto dal Laboratorio di Riferimento Regionale dell'U.O. Igiene e/o di conferma da parte dell'Istituto Superiore di Sanità di infezione da COVID-19 in un paziente ricoverato presso l'Ospedale Policlinico San Martino IRCCS, la DMPO dell'Ospedale Policlinico San Martino IRCCS provvede ad allertare il Medico Reperibile del Servizio di Igiene Pubblica competente per territorio, al fine di porre in atto le misure previste per la gestione dei contatti stretti del caso confermato.

---

### **Soluzioni adottate in emergenza sanitaria per contrastare la diffusione contagio da SARS-COV-2**

Durante l'emergenza sanitaria il Policlinico San Martino ha messo in atto cambiamenti organizzativi dei processi, dei percorsi, delle modalità di comunicazione ed attivato progetti di Ricerca, con l'obiettivo primario di fornire la migliore assistenza possibile ai pazienti e la migliore risposta all'emergenza sanitaria pandemica.

Ogni attività è stata decisa dal comitato istituito nel Policlinico che, in adesione al documento del Governo "Protocollo condiviso per il controllo delle misure per il contrasto e contenimento della diffusione del Covid-19 negli ambienti di lavoro" del 14 marzo 2020 successivamente integrato in data 24 aprile 2020, ha cercato di creare le condizioni più idonee al contrasto della diffusione contagio. L'Istituto è stato identificato all'interno del territorio Regionale quale:

- centro di riferimento di medicina di laboratorio per la diagnosi COVID-19
- centro per il "Coordinamento dell'attività oncologica del Sistema Sanitario Regionale" (Delibera 99 del 24/03/ 2020)
- sede di "Accentramento dell'attività chirurgica d'urgenza e oncologica non differibile dell'area genovese presso HSM" (Nota 21/03/2020, Protocollo A.Li.Sa. 7514/2020)
- HUB regionale per la gravidanza ad alta complessità assistenziale per la patologia materna

I cambiamenti introdotti in Istituto per contrastare la diffusione contagio da SARS-COV-2 hanno coinvolto sia i dipendenti, sia gli ambiti clinico assistenziali, con cambiamenti radicali per quanto riguarda la destinazione delle strutture, degli operatori e di tutti i servizi di supporto. Di seguito si espongono solo alcuni dei cambiamenti adottati nelle attività in ambito organizzativo.

- Riorganizzazione delle modalità di gestione degli accessi dei pazienti ambulatoriali e ricoverati in regime ordinario/diurno durante emergenza COVID

#### **MODAZHQA\_0020**

Una delle prime criticità affrontate ha riguardato il monitoraggio e la gestione degli accessi all'interno dell'Istituto. E' necessario premettere che, in condizioni ordinarie, ogni giorno il Policlinico è popolato da diverse decine di migliaia di persone fra operatori, pazienti e loro accompagnatori, ditte in appalto, ecc.

Benchè nel periodo di emergenza sanitaria Covid-19, l'attività ordinaria sia stata completamente sovrastata dal *lock down*, si è progettato ed adottato uno strumento di controllo degli accessi. All'accesso del paziente, in ogni ambito dell'Istituto dal 03/03\*, si utilizza la *check list* MODAZHQA\_0020 per l'identificazione del caso sospetto, in presenza di almeno un sintomo ed un reperto anamnestico. Gli elementi tenuti in considerazione nel documento, sono stati costantemente aggiornati in base all'evolversi della situazione sanitaria.

Lo stesso strumento è stato adottato in Fase II\*\* nei *check point* previsti all'accesso dei grandi padiglioni del Policlinico, allorchè sono stati ri-aperti alcuni degli ambulatori specialistici, nel tentativo di recuperare gradualmente tutte le prestazioni precedentemente sospese in fase di *lock down*.

\*Nota del Direttore Sanitario del 03/03/2020 Prot. 3141/20

\*\* Nota del Direttore Sanitario del 07/05/2020 Prot. 5717/20

### **IOAZDSS\_0003**

Allo scopo di prevenire la diffusione dell'infezione da SARS-COV2 nei confronti di tutti i pazienti che si presentano nel Policlinico per l'esecuzione di prestazioni diagnostico-terapeutiche, il Policlinico si è dato una precisa organizzazione formalizzata nell'istruzione operativa IOAZDSS\_0003 (a sostituire la precedente IOAZHQA\_0019), riguardante anche i pazienti che vengono seguiti in regime di *day hospital* o ricovero ordinario, comprendendo i pazienti ricoverati per chirurgia oncologica, generale, cardio-toraco-vascolare e ostetrico-ginecologica. La IO definisce la GESTIONE DEL PAZIENTE ALL'ACCESSO IN OSPEDALE, la GESTIONE DEL PAZIENTE RISULTATO POSITIVO AL TAMPONE RINOFARINGEO PER COVID.

- Gestione del percorso intraospedaliero per pazienti ricoverati in corso di pandemia da SARS-Cov2

### **IOAZDSS\_0004**

Sono state definite le attività e modalità per fornire una sintesi dei percorsi atti a garantire ai pazienti l'assistenza necessaria con la maggiore sicurezza possibile e nel contempo contenere la diffusione del virus SARS-Cov2 all'interno del Policlinico. Le indicazioni sono contenute nella IOAZDSS\_0004 il cui campo di applicazione comprende il percorso dei pazienti ricoverati nelle degenze dell'intero Policlinico, sia con Ricoveri Programmati sia in urgenza. Inoltre la IO definisce alcuni altri importanti comportamenti da adottare nei casi di:

- Pazienti che durante il ricovero sviluppano sintomi sospetti per COVID
- Operatore positivo per SARS-Cov2
- Riscontro di operatore/paziente positivo per SARS-Cov2
- Tracciamento dei Contatti

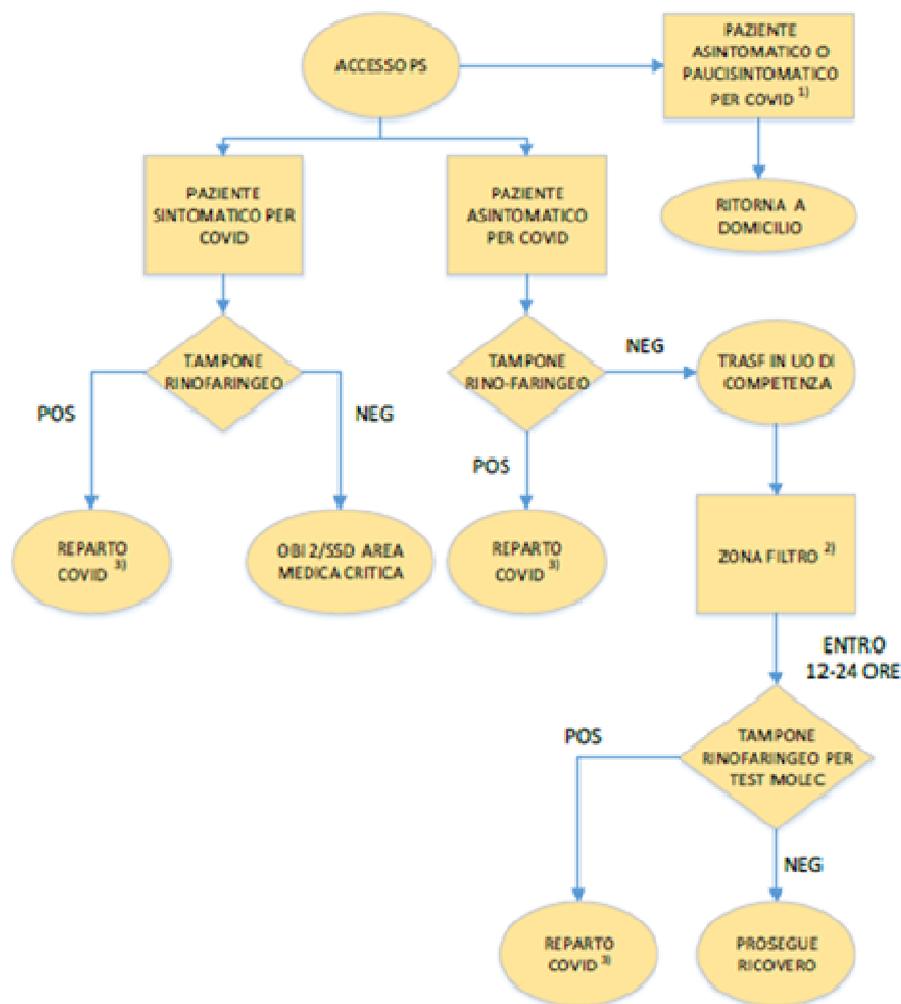
Riguardo il Tracciamento dei contatti in particolare se si verifica la presenza di un caso di positività tra gli operatori o tra i pazienti ricoverati è necessario eseguire il tracciamento dei contatti che consiste nell'identificare i possibili contatti verificatisi nell'arco delle 72 ore precedenti il riscontro di positività e/o l'insorgenza dei sintomi. L'elenco degli operatori andrà inviato a cura di Direttore/Coordinatore dell'UO all'UO Medicina del Lavoro.

L'elenco dei pazienti andrà inviato all'UO Governo Clinico distinguendo tra pazienti ancora ricoverati e dimessi. Per i dimessi si dovrà fornire nome e cognome, data di nascita, residenza e numero di telefono, dati necessari per il successivo inoltro alla ASL di appartenenza del paziente. Oltre all'elenco dei pazienti dovrà essere fornito all'UO Governo Clinico anche l'elenco dei visitatori venuti a contatto stretto con il paziente risultato positivo, fornendo i

relativi dati.

Di seguito la flow chart per la gestione intraospedaliera dei pazienti ricoverati in urgenza.

### PERCORSO INTRAOSPEDALIERO PER PAZIENTI RICOVERATI IN URGENZA



- Percorso dei pazienti affetti da COVID e indicazioni per la gestione domiciliare

#### PQAZU16\_0019

Per la gestione domiciliare dei casi sospetti o confermati per COVID-19, è stato definito il percorso intra-ospedaliero dei pazienti che necessitano di ricovero e le indicazioni per la dimissione al domicilio o in residenza protetta o altra struttura. Le indicazioni sono in relazione a:

- Gestione domiciliare
- Consulto specialistico
- Percorso all'interno dell'Ospedale Policlinico San Martino
- Dimissione e indicazioni per il post-ricovero: Paziente dimesso al proprio domicilio e Paziente dimesso presso strutture esterne, compresa la nave nel Porto di Genova

- Norme per isolamento domiciliare fiduciario per COVID-19

#### **MODAOUHQA\_0007**

Acquisisce importanza rilevante il comportamento che il paziente dimesso dal Policlinico, adotterà presso il suo domicilio, per evitare rischi di diffusione della patologia. Per i soggetti in isolamento domiciliare fiduciario ed i membri della famiglia, sono state quindi elencate le raccomandazioni comportamentali a cui attenersi riguardo i contatti sociali, l'igiene respiratoria, la frequenza e modalità di igiene delle mani, l'esposizione indiretta, la disinfezione delle superfici e l'igiene della biancheria ed indumenti.

- Modalità di conservazione e rilascio degli effetti personali di pazienti affetti da SARS-COV2

#### **IOAZHOR\_0097**

Ogni azione all'interno dell'Istituto richiede, in questo periodo di emergenza sanitaria, una rinnovata e particolare attenzione. Si è ritenuto necessario garantire un equilibrato temperamento delle esigenze di tutela del patrimonio dei pazienti ricoverati con diagnosi di COVID-19 e delle esigenze di tutela degli operatori coinvolti nella procedura di conservazione degli effetti personali dei pazienti.

La IO definisce le attività del Personale Sanitario di raccolta e confezionamento degli effetti personali dei pazienti con COVID-19, le attività del Personale della Vigilanza di trasporto e deposito degli effetti personali presso la Cassa Economale e le Attività degli operatori della Cassa Economale.

- Razionalizzazione dei percorsi di accesso del paziente al Pad 15 (DHHO) in Emergenza Sanitaria

#### **IOAZHQA\_0021**

Il Policlinico è stato identificato come centro di "Coordinamento dell'attività oncologica del Sistema Sanitario Regionale" (A.Li.Sa. Delibera n.° 99 del 24/03/ 2020).

Per evitare una sovrapposizione dei percorsi nel DH Oncoematologico sono stati razionalizzati i percorsi dei pazienti che accedono al Padiglione 15 (Ex-IST) al fine di minimizzare il rischio di circolazione del virus SARS COV2.

L'afflusso di pazienti che quotidianamente afferiscono al Day Hospital Oncoematologico è stato stimato, in periodo di *lock down*, intorno alle 300 unità che si concentrano principalmente nelle prime ore della giornata, con un picco tra le ore 7.00 e le ore 8.30. Per questo motivo si è ritenuto di concentrare gli accessi al DHHO in un unico *check point* collocato al piano zero che dovrà pertanto essere potenziato particolarmente nella citata fascia oraria, con una presenza minima di tre Infermieri. Sono stati separati nettamente i percorsi dei pazienti definibili come "sospetti", dai percorsi dei pazienti "non sospetti" all'interno del Day Hospital Oncoematologico, al piano 0 ed al piano -1. Mentre nelle prime settimane di emergenza sanitaria si è provveduto a dilatare i tempi delle terapie, nelle settimane successive con l'incremento delle attività di DH, si è prevista una modalità di gestione dei percorsi, compatibile con il recupero delle attività temporaneamente sospese e con l'avvio di nuove terapie posticipate. Sono stati creati due corridoi prospicienti le porte scorrevoli di ingresso, tra di loro separati da divisori mobili e sono state disegnate sul pavimento dei due corridoi strisce utili al distanziamento fisico tra le persone che accedono.

Tutti i pazienti che debbono accedere alle attività ambulatoriali o di DH del padiglione 15 (ex-IST) si presentano all'ingresso del piano zero e, nell'area immediatamente adiacente al bancone della portineria, sono state collocate tre postazioni per operatori sanitari, che effettuano il triage ai sensi dell'istruzione operativa aziendale in vigore ed utilizzano la *check list* MODAZHQA\_00020.

▪ **Gestione dei pazienti con patologie Onco-ematologiche in corso di epidemia COVID19**  
**IOAZHQA\_0030 (a sostituire la precedente PQAZHDG\_0002)**

A seguito della Deliberazione di A.Li.Sa. n° 99 del 24 Marzo 2020 è stato affidato all'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino il "Coordinamento dell'attività oncologica del Sistema Sanitario Regionale". Si è quindi provveduto ad aprire il Reparto COVID+ OncoEmatologico al piano 1 del Padiglione Patologia Complesse previa trasferimento dei pazienti ivi ricoverati presso la degenza Oncologica sita al 5° p. del Padiglione ex IST lato ponente.

Il Coordinatore del *Cancer Board* del *Comprehensive Cancer Centre* del San Martino ha provveduto all'organizzazione dell'attività del personale medico ed alla valutazione delle priorità di accesso al reparto COVID+ EmatoOncologico. Le attività sono state codificate nell'IOAZHQA\_0030 (a sostituire la precedente PQAZHDG\_0002) che ha lo scopo di razionalizzare i percorsi dei pazienti onco-ematologici delle seguenti tipologie:

- contatto con un caso confermato di Covid-19 (paragrafo 5)
- caso sospetto per sintomi da COVID-19 (paragrafo 6)
- caso confermato di COVID-19 in carico alle UUOO di oncologia ed ematologia (paragrafo 7)

L'intento è quello di minimizzare la diffusione del virus e nel contempo garantire ai pazienti le cure indifferibili. Si riconosce altresì che alcuni sintomi del COVID (febbre, tosse, dispnea, anosmia, disgeusia, ecc) sono presenti anche in caso di neoplasie o loro complicanze o come effetto collaterale di alcuni trattamenti; si rivela quindi indispensabile una corretta diagnosi ed un corretto approccio terapeutico in tali casi.

▪ **Organizzazione attività' chirurgica durante l'emergenza COVID**

**PQAZHDG\_0001** (successivamente sostituita dalla PQAZDSS\_0001 Rev. 0 del 27/11/2020)

L'Ospedale Policlinico San Martino ha predisposto una specifica procedura (PQAZHDG\_0001 Rev. 5 del 17/04/2020) basandosi su tre premesse fondanti:

- Nota di A.Li.Sa. del 21 marzo 2020 protocollo ALISA 7514 che ha stabilito: "*Accentramento dell'attività chirurgica d'urgenza e oncologica non differibile dell'area genovese presso HSM*"
- Linee di Indirizzo per la gestione e la presa in carico del paziente oncologico in corso di emergenza da COVID-19 di cui alla deliberazione n. 99 del 24/03/2020 di A.Li.Sa.
- La necessità di liberare risorse professionali e tecnologiche da destinare alle attività nelle aree COVID 19 positive.

Si è provveduto tempestivamente a liberare risorse in modo da poterle destinare alle attività nelle aree COVID 19. Si è ri-definito l'assetto organizzativo in relazione a:

- Valutazione della priorità
- Percorso del paziente candidato alla Chirurgia in Emergenza
- Percorso del paziente candidato alla Chirurgia Urgente
- Percorso del paziente candidato alla Chirurgia Urgente differibile

Sono state riorganizzate tutte le attività delle:

- degenze chirurgiche presso il Policlinico San Martino da lunedì 23 marzo
- Sale Operatorie di Chirurgia Generale e Specialistica in pazienti COVID negativi e relativa attività chirurgica
- delle Sale Operatorie di Chirurgia Generale e Specialistica in pazienti COVID positivi e relativa attività chirurgica

Si sono previste inoltre le modalità di:

- Gestione attività chirurgica delle strutture sanitarie dell'area Metropolitana (ad eccezione del territorio di ASL 4)
- Gestione del Percorso del paziente candidato alla Chirurgia in Emergenza
- Gestione del Percorso del paziente candidato alla Chirurgia Urgente
- Gestione del Percorso del paziente candidato alla Chirurgia Urgente differibile

- Percorso della donna gravida con sospetto di COVID-19

#### **IOAZDGN\_0001**

L'Ospedale Policlinico San Martino nel periodo di emergenza sanitaria, è stato identificato quale HUB regionale per la gravidanza ad alta complessità assistenziale per la patologia materna, al fine di ottenere, mediante la centralizzazione, un'adeguata gestione delle nascite in donne SARS-COV-2 positive o sospette. Sono state fornite, agli operatori del percorso nascita, indicazioni condivise ed univoche cui attenersi per l'assistenza alla donna gravida che presenti un quadro clinico-anamnestico compatibile con COVID-19 ed al suo bambino. In particolare, sono state previste le azioni necessarie a garantire la sicurezza della paziente, del bambino e degli operatori, nelle due modalità di accesso al reparto di Ostetricia e Ginecologia e della U.O. di Neonatologia, ovvero nei casi in cui:

- la donna si presenti spontaneamente, indirizzata dal ginecologo di fiducia o tramite trasporto con ambulanza al Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico
- la donna stessa o l'eventuale trasportatore si presenti alla porta esterna di accesso al PS e, tramite citofono, comunichi con l'infermiera, che applica la check list "Definizioni SARS-CoV-2 (MODAZHQA\_0020)" per la definizione di caso sospetto e/o di contatto stretto.

La redazione e condivisione del documento Istruzione Operativa IOAZDGN\_0001 ha permesso di fornire le indicazioni per gli operatori nelle diverse fasi di accesso al reparto:

- Accesso al PS
- Necessità di Ricovero Immediato per Travaglio di Parto o Parto Cesareo
- Necessità di ricovero non urgente ma sotto stretta sorveglianza ostetrica
- Necessità di ricovero non urgente senza stretta sorveglianza ostetrica
- Ricovero per travaglio di parto in atto

Sono state ben identificate le modalità a cui attenersi:

- per assistere il travaglio
- per la vestizione e la svestizione chirurgica (MODAZHPP\_0039SGSL)
- gestione del Post partum
- gestione del Neonato
- ricovero del neonato nel Reparto di Patologia Neonatale

- Presenza del partner in sala parto durante la pandemia COVID-19

#### **IOAZDGN\_0003**

Pur attraversando l'emergenza sanitaria pandemica, l'evento del parto costituisce un momento di grande importanza nell'esperienza della donna e della coppia. La presenza del papà in sala parto rappresenta una scelta condivisa dalla coppia, in quanto permette di condividere in toto l'esperienza della nascita di un figlio e di sostenersi a vicenda. Questa esperienza rappresenta il completamento di un percorso condiviso: è il momento finale della gravidanza e l'inizio di una nuova vita. La presenza in sala parto del papà rappresenta un sostegno fisico e morale per entrambi. Per la mamma avere il proprio compagno vicino può essere rassicurante e regalarle energia. In alcuni studi, tra i quali uno recentissimo dell'aprile 2020 del Royal Colleges inglese, raccomanda la presenza di una singola persona asintomatica, scelta della donna, durante il travaglio ed il parto. All'interno del Policlinico sono state fornite le indicazioni necessarie agli operatori, coinvolti nelle diverse fasi del percorso nascita, mediante l'Istruzione Operativa IOAZDGN\_0003.

La presenza del partner, in sala parto, in questo periodo di pandemia da COVID-19 potrà realizzarsi solo previa l'adozione di tutte le misure di prevenzione necessarie, in modo da garantire la massima sicurezza dell'utenza e del personale sanitario. Prerequisito indispensabile alla presenza in sala parto del partner è rappresentato dalla condizione di negatività del tampone rinofaringeo per il Virus SARS-COV2 dei presenti.

Le indicazioni a cui il partner dovrà attenersi sono fornite dal personale sanitario:

- prima di entrare in sala parto il partner dovrà firmare un modulo informativo, illustrato dal personale sanitario, contenente le modalità comportamentali raccomandate da tenere all'interno della sala parto (MODAZDGN\_0003)
- il momento dell'ingresso in sala parto verrà stabilito dagli operatori sanitari, previa l'esecuzione del TRIAGE per COVID 19 in atto presso il Punto Nascita (MODAZHQA\_0020)
- l'accesso alla sala parto sarà consentito dopo avere indossato i Dispositivi di Protezione Individuali (DPI) (mascherina chirurgica da sostituire ogni tre ore, cuffia, camice monouso e calzari), secondo le modalità illustrate dagli operatori sanitari e previo un lavaggio accurato delle mani
- allo scopo di evitare un inappropriato consumo di DPI, non sarà consentito lasciare la sala parto per poi farvi rientro
- al suo interno verranno date le disposizioni per seguire al meglio e condividere il travaglio, a seconda delle modalità scelte dalla partoriente

il partner potrà rimanere insieme alla diade madre-bambino anche nelle prime due ore del post-partum, ad eccezione di motivazioni cliniche-organizzative a giudizio del personale sanitario.

- Informativa per la partoriente durante la pandemia COVID19

#### **MODAZDGN\_0004**

E' stato implementato inoltre un modulo informativo per la partoriente, per una maggiore consapevolezza di come si svolgeranno le attività finalizzate a garantire la massima sicurezza per madre e neonato. Si riportano di seguito alcuni elementi dell'informativa (MODAZDGN\_0004): *[...Al fine di garantirle la massima sicurezza al momento del parto, verrà sottoposta, a partire dalla 38<sup>a</sup> settimana, allo screening per COVID-19, che prevede un tam-*

*pone nasofaringeo e un prelievo ematico per la ricerca degli anticorpi. Il solo tampone verrà ripetuto 10 giorni dopo, se non sarà intervenuto il travaglio, e al momento dell'induzione, nel caso dovesse rendersi necessaria. Se fosse candidata a un taglio cesareo elettivo, il tampone verrà ripetuto il giorno prima dell'intervento. Se l'esito dello screening sarà negativo, il referto le verrà consegnato al successivo appuntamento. Qualora invece dovesse risultare positivo, le verrà comunicato telefonicamente il percorso concordato con l'infettivologo o con il ginecologo di guardia. I controlli ostetrici ancora necessari e le procedure relative al travaglio, al parto, al postpartum e alla degenza verranno eseguite in aree dedicate e da personale sanitario dedicato. Anche il neonato verrà seguito in spazi appositamente preparati e da personale dedicato, allontanato per il tempo necessario. La mamma potrà fornire il suo latte, che gli operatori avranno cura di somministrare. Il papà potrà entrare in sala parto, nel rispetto delle indicazioni contenute nella informativa condivisa con Lui, ma non nel caso lei risultasse positiva allo screening...]*

Durante il periodo di *lockdown*, poiché le gestanti non possono essere accompagnate dal proprio compagno o da persona di propria fiducia durante il travaglio di parto e la nascita del bambino, si è provveduto ad organizzare un percorso condiviso con il Sistema Informativo Aziendale del nostro Policlinico, per cui le future mamme hanno potuto avvalersi di un *tablet* per condividere il momento unico della nascita del proprio bambino con il compagno o altra persona di fiducia, ricevendo al tempo stesso un supporto psicoemotivo.

Durante il periodo di *lockdown*, poichè i genitori non possono accedere nel reparto di Patologia Neonatale, il personale sanitario del reparto ha eseguito quotidianamente fotografie e video dei neonati ricoverati, tramite un cellulare aziendale, in modo da mostrare ai genitori le immagini del proprio bambino ricevendo al tempo stesso l'aggiornamento clinico quotidiano delle sue condizioni sanitarie.

Durante il periodo di *lockdown*, in collaborazione con il Servizio di Psicologia del nostro Policlinico, la voce della mamma è stata registrata, tramite un cellulare aziendale, mentre cantava una "ninna nanna" o una filastrocca, in modo da farla ascoltare al proprio bambino in determinati momenti della giornata, in particolare durante il periodo di addormentamento e sonno del neonato.

Durante il periodo di *lockdown*, le visite ambulatoriali di post dimissione (dimissione protetta) sono state rimodulate, in modo da valutare determinati neonati con un contatto telefonico entro le 48 ore dalla dimissione, fine settimana incluso, tracciando nella cartella clinica del neonato la data e l'esito del colloquio telefonico con il genitore.

Durante il periodo di *lockdown*, in seguito alla sospensione di alcuni appuntamenti delle attività ambulatoriali di *follow up* neonatale, in determinati casi definiti non urgenti, sono state contattate le famiglie per l'esecuzione di alcuni video, per una successiva valutazione delle abilità neuromotorie del bambino da parte del personale sanitario, tracciando nella cartella clinica del neonato la data e l'esito della valutazione.

Durante il periodo di *lockdown*, la maggior parte delle attività assistenziali del Dipartimento Ginecologico e Percorso Nascita sono state rimodulate per la gestione del personale sanitario (dirigenti medici ginecologi, pediatri, ostetriche e infermiere) "ri-assegnato" in seguito alla chiusura di due Punti Nascita della città metropolitana di Genova.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Flow chart gestione pazienti con sospetta infezione da COVID -19 in PS <b>LG H00_0002 e MODULOHOR_0001</b> La gestione degli accessi dei pazienti in Pronto Soccorso durante l'emergenza sanitaria ha previsto un attento triage per evitare errori di percorso in base alla sintomatologia rilevata al momento dell'ingresso. Nei casi in cui si sono presentati in PS pazienti con sintomi sospetti, si è provveduto ad indirizzarli al "Percorso COVID" all'interno del tendone della Protezione Civile, posto all'ingresso dell'edificio, ove si sono previsti percorsi differenti in base al "codice" attribuito. Nel caso di "codice rosso" con sintomatologia importante il paziente è affidato all'anestesista. Nel caso di "codice giallo" il paziente è inviato al percorso COVID, è sottoposto ad esami, diagnostiche e visite di consulenza specialistiche. Sulla base dell'esito dell'emogas-analisi sono previsti tre tipi di percorso per il paziente: ricovero, assistenza respiratoria o valutazione in punto di rianimo. Nel caso di paziente in "codice verde", sulla base della valutazione della saturazione, della emogas-analisi, della radiografia del torace si procede o a dimettere il paziente o ad effettuare approfondimenti diagnostici. Per rendere le indicazioni di agile fruizione, sono state rappresentate le modalità di gestione del paziente in Pronto Soccorso in forma di <i>flow chart</i>.</li>   <li>▪ Riorganizzazione logistica: attivazione di posti letto nel Nuovo Polo Laboratori. Per dare adeguata risposta alle esigenze assistenziali dei pazienti con patologia COVID-19, sono stati ri-organizzati gli spazi e le destinazioni d'uso. Parallelamente è stata modificata in tempi molto rapidi l'assegnazione del personale sanitario. Sono stati attivati 65 posti letto, al quinto piano del Nuovo Polo Laboratori "Area Caschi 1". L'organizzazione di tutto il Policlinico è stata modulata secondo il criterio di Intensità di Cura, prevedendo Aree omogenee per livelli di intensità*: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta Intensità assistenziale</li> <li>- Media Intensità Assistenziale</li> <li>- Medio Bassa Intensità Assistenziale</li> <li>- Bassa Intensità Assistenziale</li> </ul> Lo scopo della ri-organizzazione è garantire una rigorosa separazione tra i percorsi assistenziali per pazienti Covid positivi da pazienti Covid negativi. Si è inoltre provveduto ad istituire una zona filtro con dotazione di 32 posti letto dedicata a pazienti provenienti dal PS con quadro clinico e radiologico suggestivo per infezione da COVID 19 in attesa di referto di tampone rino-faringeo e/o con esito di primo tampone negativo. <i>*Nota del Direttore Sanitario del 08/04/2020 Prot. 4602/20</i></li> </ul>
G5      Eventi sentinella	<p><b>Eventi Sentinella</b></p> <p>Nel contesto del Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella, il Ministero definisce evento sentinella un "evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione". Il Policlinico ha recepito dal 2017 il Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella del</p>

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.

In diverse occasioni, nel 2019 e 2020, il *Risk Manager* del Policlinico ha incontrato i professionisti, sia per la gestione di Eventi Sentinella (analisi con metodo *Root Cause Analysis*), sia per sensibilizzare il personale e richiamare maggiormente l'attenzione sulle azioni che si compiono.

Allegati: IOAZHQA\_0708 Recepimento del Protocollo Ministeriale per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella - MODAZHQA\_0708 Scheda segnalazione evento sentinella

G5.1.  
Misurazione  
eventi  
sentinella

**Eventi Sentinella: misurazione**

**Nel 2020 sono stati registrati sul software del Ministero SIMES, un totale di 5 di cui 4 cadute ed 1 errore di lato.**

Si riportano di seguito i dati relativi al periodo 2018-2020:

Anno	Eventi sentinella
2020	5
2019	13
2018	22

G6 Gestione  
sinistri

**Gestione sinistri**

Nel quadro del programma assicurativo per rischi di responsabilità civile delle aziende ed enti del S.S.R. (Legge regionale n.28 del 26/10/2011), è attivo all'interno del Policlinico il Comitato Gestione Sinistri, che si avvale anche del Comitato Valutazione Rischio Infettivo (CVRI), con il compito di monitorare 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 2020 il C.V.R.I. si è riunito a luglio e a novembre, trattando complessivamente 6 casi.

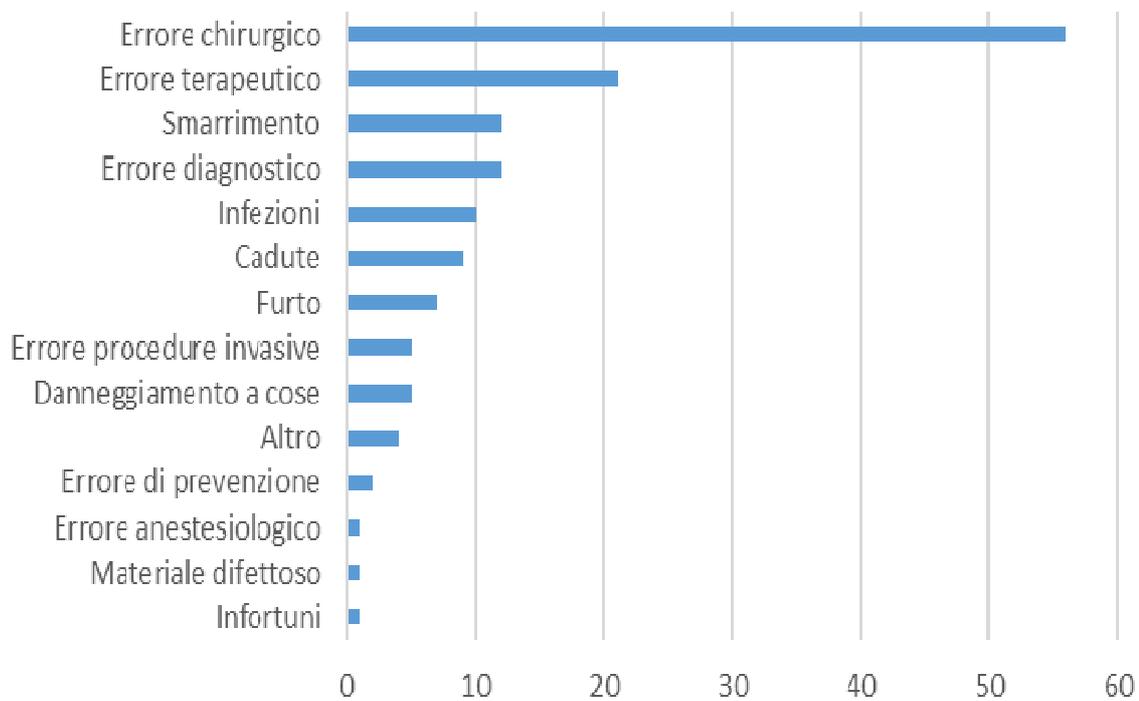
G6.1.  
Misurazione  
sinistri

### Gestione sinistri: misurazione

Nel 2020 il numero dei sinistri è stato di 146 distribuiti nelle seguenti categorie:

<b>CATEGORIE SINISTRI</b>	<b>2020</b>
Infortuni	1
Materiale difettoso	1
Errore anestesilogico	1
Errore di prevenzione	2
Altro	4
Danneggiamento a cose	5
Errore procedure invasive	5
Furto	7
Cadute	9
Infezioni	10
Errore diagnostico	12
Smarrimento	12
Errore terapeutico	21
Errore chirurgico	56
<b>TOTALE</b>	<b>146</b>

### Sinistri relativi al 2020



## 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

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

### Modalità di comunicazione tra Ospedale e familiari dei pazienti COVID

#### ▪ Comunicazione tra ospedale e familiari: attivazione canale telefonico

Con l'incremento del numero di pazienti ricoverati e positivi al virus SARS COV2 e in conseguenza al divieto a familiari e conoscenti di accedere all'Istituto, si è registrata l'esigenza di stabilire un canale di comunicazione tra i sanitari e le famiglie dei pazienti. Il Policlinico, in aderenza a quanto indicato da A.Li.Sa.(Nota Prot. 07781/20 del 24/03/2020) ha attivato un canale telefonico dedicato ed istruito per fornire supporto ed informazioni ai familiari dei degenti che non potevano ricevere visite.

#### ▪ Comunicazione tra familiari e paziente mediante email

Date le condizioni di isolamento dei pazienti per patologia da positività COVID-19, allo scopo di collegare virtualmente le famiglie all'esterno del Policlinico, con i pazienti ricoverati, si è aperto un canale email ([postapaziente@hsanmartino.it](mailto:postapaziente@hsanmartino.it)). I messaggi inviati da familiari e congiunti, sono recepiti dalla UO HQA e trasmessi alla UO in cui era ricoverato il paziente, previa verifica di fattibilità. Il percorso è stato finalizzato alla riduzione della "spersonalizzazione" dei pazienti ricoverati nelle aree isolate e consolidare i canali comunicativi tra l'Ospedale ed i cittadini.

#### ▪ Comunicazione risultati tampone a pazienti dimessi dal PS

##### **IOHOR\_0027**

Sono state definite le modalità di comunicazione dei risultati dei Tamponi nasofaringei per la ricerca del nuovo Coronavirus COVID19 ai pazienti dimessi dal Pronto Soccorso e non ricoverati in Ospedale. Tali pazienti possono essere dimessi dal Medico di Pronto Soccorso a domicilio anche in attesa del referto del tampone, con prescrizioni per l'isolamento domiciliare fiduciario, secondo quanto previsto dalla LGH00\_000202 (Flow chart gestione pazienti con sospetta infezione da COVID19 in PS), dal MODAOUHQA\_0007 (Norme per isolamento domiciliare fiduciario per COVID19). La comunicazione del referto (positivo/negativo) in caso di positività sarà veicolata all'ASL competente, con indicazione per il paziente di rivolgersi al proprio M.M.G. per gli eventuali quesiti clinici interpretativi. Il resoconto giornalmente sarà notificato a cura dell'UO Governo Clinico e organizzazione Ospedaliera, alla email [notifica.malinf@asl3.liguria.it](mailto:notifica.malinf@asl3.liguria.it) specificando nella nota di trasmissione che, qualora si fosse verificata l'impossibilità di contattare il paziente (per mancanza di recapiti telefonici validi e/o ripetuti tentativi infruttuosi) si demanda alla A.S.L. l'eventuale

decisione di contattarlo per il tramite del M.M.G.

▪ **Comunicazione e supporto ai pazienti affetti da COVID, progetto “Assieme al telefono”**

Da un’idea dei Medici in formazione Specialistica si è messo in atto un percorso di supporto relazionale per i pazienti COVID positivi. L’isolamento intraospedaliero a cui i pazienti sono stati costretti dalla patologia, infatti è causa di deprivazione affettivo-relazionale che costituisce fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi quali depressione e PTSD (*post traumatic stress disorder*). L’obiettivo primario del progetto è stato fornire un ascolto con finalità supportiva, pur non essendo sostitutivo dell’attività di consulenza fornita dall’ U.O. di Psichiatria e di Psicologia Clinica e Psicoterapia.

L’attività è stata garantita da medici in formazione iscritti al terzo/quarto anno della Scuola di Specializzazione in Psichiatria con il coordinamento Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria: sono stati coinvolti i pazienti ricoverati nei reparti COVID a Bassa-Media Intensità di Cura presso il padiglione 10, il padiglione 12 ed il padiglione Maragliano.

Il progetto si è concretizzato nell’effettuare delle telefonate mediante dispositivi di reparto (*cordless, tablet* o altro) che ha permesso di mettere in contatto i pazienti con i medici in formazione specialistica coinvolti e, in taluni casi, anche con i propri familiari per riavvicinare le persone ai propri affetti ed alla realtà lasciata fuori dal Policlinico.

I pazienti, informati, hanno avuto modo di fornire il proprio consenso o diniego (CONS029\_0019) ad usufruire di conversazioni telefoniche e permettere l’acquisizione di informazioni sul proprio stato di benessere psico-fisico. La durata prevista per il progetto “Assieme al telefono” è di 3 mesi e verrà garantita la continuità di cura, laddove il paziente lo richiederà.

**Indicazioni di autoprotezione psicologica per il personale del Policlinico**

All’interno del Policlinico, l’UO Psicologia Clinica e Psicoterapia ha messo in atto attività finalizzate a fornire supporto a tutto il personale impegnato nell’emergenza sanitaria, tra cui la pubblicazione nel portale del dipendente di tre presentazioni in *power point*, consultabili anche dall’esterno del Policlinico.

▪ **Indicazioni di autoprotezione psicologica per operatori sanitari**

In situazioni di emergenza le reazioni psicologiche più comuni che possono durare da alcuni giorni ad alcune settimane, sono:

- comparsa di immagini/pensieri intrusivi: immagini ricorrenti e pensieri disturbanti collegati all’emergenza subentrano contro la propria volontà
- sensazioni d’ansia/paura eccessiva: senso di agitazione, comparsa di paure non presenti precedentemente
- tendenza all’evitamento: procrastinare l’operatività, non avere voglia di tornare al lavoro, etc...
- reazioni eccessive allo stress ordinario: incapacità di dosare le reazioni a sollecitazioni esterne, si perde più facilmente la calma
- aumentata irritabilità: comparsa di rabbia o ira immotivata
- senso d’isolamento: sensazione di abbandono e solitudine, voglia di isolarsi e non

parlare con nessuno, timore di non essere compresi

- problemi nella sfera cognitiva: facilità a distrarsi, difficoltà di concentrazione, difficoltà a prendere decisioni
- Problemi relazionali: difficoltà nei rapporti con colleghi, familiari e amici
- difficoltà nel dormire e/o difficoltà nell'alimentazione: fatica ad addormentarsi, risvegli e incubi frequenti oppure ipersonnia, ipofagia o iperfagia, etc.

Per cercare di contenere le reazioni psicologiche più comuni si possono mettere in atto le seguenti azioni:

- monitorare le nostre reazioni fisiche ed emotive, riconoscendo i nostri sistemi di attivazione
- rimanere in contatto con i nostri stati emotivi, senza giudicarci
- non negare i nostri sentimenti e ricordarci che è normale avere delle reazioni emotive intense in situazioni di forte stress
- rispettare, per quanto possibile, i nostri turni di riposo e recuperare energie fisiche e mentali
- ricordarci che non siamo soli, ma inseriti in un sistema che può sostenerci
- a fine turno parlare con i colleghi degli eventi critici avvenuti in servizio, aiutandoci a scaricare la tensione emotiva
- rispettare le reazioni emotive degli altri, anche quando sono completamente differenti e poco comprensibili per il nostro punto di vista
- non vergognarsi di chiedere aiuto

L'UO Psicologia Clinica e Psicoterapia suggerisce inoltre alcuni comportamenti utili da adottare a casa, tra cui:

- decidere quando e come informarsi: tenersi informati e leggere i quotidiani nazionali e locali è importante, ma l'eccesso di informazione ed il costante aggiornamento e visione online delle ultime news, aumenta lo stress
- limitare le informazioni, scegliendo uno o due momenti della giornata in cui informarsi ed il canale con cui farlo
- manteniamo uno stile di vita sano: dieta corretta, sonno regolare, esercizio fisico, etc.
- mantenere i contatti sociali con i nostri cari e i nostri amici via mail e telefono
- ricaricarsi di energia appena possibile! Fuori dall'orario di lavoro è opportuno cercare di praticare attività piacevoli e «nutrienti» che possano diminuire lo stress e ricaricare le energie: leggere, stare con la famiglia, fare giardinaggio, meditare, o qualsiasi altra attività utile a interrompere lo stress.

#### ▪ **Emergenza COVID-19: come aiutare i bambini**

In caso di esposizione ad una situazione di forte stress, i bambini esprimono i loro sentimenti in maniera differente rispetto agli adulti e in forme diverse anche tra di loro, soprattutto in base all'età e allo stadio di sviluppo

Il disagio si può esprimere attraverso il comportamento: in base all'età è possibile infatti che i bambini non esprimano verbalmente le preoccupazioni.

I bambini possono manifestare reazioni emotive e comportamentali discontinue e intermittenti. Le reazioni più comuni che possono avere i bambini, sono:

- possono diventare irritabili, avere problemi di concentrazione, disegnare immagini che rimandano ai temi relativi al contagio

- possono sviluppare disturbi fisici (es. mal di testa, mal di pancia, etc.) che hanno la funzione di attirare l'attenzione e manifestare il loro bisogno di essere ascoltati e rassicurati
- potrebbero manifestare nuove paure o comportamenti tipici di fasi precedenti della crescita: tornare a fare cose che erano appartenenti a precedenti fasi o riproporre giochi che facevano quando erano più piccoli

Possono inoltre manifestare:

- difficoltà a dormire e/o difficoltà nell'alimentazione: fatica ad addormentarsi, risvegli e incubi frequenti oppure ipersonnia, diminuzione o aumento dell'appetito, etc.
- mancanza di energie: affaticamento, difficoltà nelle interazioni e tendenza a isolarsi
- maggior bisogno di attenzione da parte del genitore o delle figure di riferimento: i bambini possono fare molta più fatica a distaccarsi dalle figure di riferimento

Nella specificità dell'emergenza COVID-19 la noia può essere correlata alla fatica di adattarsi a ritmi diversi e all'obbligo prolungato di permanenza a casa. L'attività scolastica a distanza può generare confusione e fatica nel seguire le indicazioni. Sono tutte reazioni normali soprattutto nella fase di cambiamento delle abitudini. L'UO Psicologia Clinica e Psicoterapia suggerisce inoltre alcuni comportamenti utili da adottare per aiutare i bambini a superare questa situazione:

- è importante non esporre i bambini o sovraesporli a immagini e notizie non adatte al loro livello di comprensione. Scegliere 1-2 momenti al giorno da dedicare INSIEME alla visione di notiziari o ricerca web di notizie, in modo tale da spiegare quanto emerge, rendere comprensibile e rassicurare i bambini attraverso un atteggiamento realistico e orientato agli aspetti positivi
- i bambini necessitano di informazioni CHIARE E VERE, filtrate in base all'età, in modo che possano essere comprese. Non cercare di far finta che l'evento non sia accaduto, né cercare di banalizzarlo. Se si è in difficoltà su una domanda si può prendere tempo dicendo: *"La mamma/il papà non lo sa, si informa e appena avrà informazioni più accurate ti dirà tutto per bene"*
- si può spiegare ai bambini che ci sono tante persone che si stanno occupando del coronavirus e sottolineare questi aspetti quando emergono in TV e via web
- è importante dare sicurezza ai bambini: i bambini possono continuare a fare le cose da bambini: giocare, parlare di cose divertenti, fare i compiti e imparare cose nuove
- i bambini notano le incongruenze degli adulti, ad esempio se dico: *"Non c'è da avere paura"*, poi faccio scorte alimentari per un esercito, posso generare confusione e il bambino può chiedersi se fa bene a credere all'adulto in questione, se può fidarsi. La fiducia è indispensabile per dare sicurezza
- possiamo assumere un atteggiamento di disponibilità e vicinanza emotiva mantenendo spazi di condivisione e cercando di parlare con voce rassicurante. Facciamo sapere ai bambini che avere paura o essere preoccupati è normale
- lasciamo che i bambini parlino dei loro stati d'animo: è meglio non usare frasi come *"non ci pensare"*; *"devi essere forte"*, *"non devi avere paura"*. Queste espressioni che tutti noi adulti utilizziamo per rassicurarci e rassicurare possono ostacolare la manifestazione delle emozioni e dei vissuti

Un ulteriore suggerimento, contenuto nelle slide a cura dell'UO Psicologia Clinica e

Psicoterapia, contenente le modalità da adottare per raccontare il coronavirus ad un bambino, viene fornito dal video rintracciabile al link: “Il coronavirus raccontato dai bambini ai bambini: <https://www.youtube.com/watch?v=BGHwUs9ISLg>”.

▪ **Emergenza COVID-19: come aiutare gli anziani**

È normale che le persone anziane abbiano paura, poiché sono considerate tra i soggetti maggiormente a rischio.

Potrebbero sentirsi isolate o abbandonate, avvertire solitudine, irritabilità o confusione, ansia, tristezza e pensieri ricorrenti. Queste reazioni sono il modo attraverso cui la mente reagisce allo stress. Nei loro confronti, è importante essere accoglienti e tolleranti rispetto a queste reazioni emotive. E' importante aiutarli a:

- mantenere uno stile di vita sano: dieta corretta, sonno regolare, esercizio fisico, etc.
- mantenere il più possibile le abitudini quotidiane e rimanere attivi, ad es. igiene della persona, cucinare, proseguire i consueti passatempi, leggere un libro, pulire la casa, etc.
- assumere regolarmente i farmaci, se necessario effettuando verifiche telefoniche
- parlare e passare del tempo con la famiglia e gli amici: avere restrizioni di movimento NON significa annullare la socializzazione. Si possono fare videochiamate imparando ad usare Skype o WhatsApp con l'aiuto di figli e nipoti
- scegliere solo 1 o 2 momenti al giorno, lontani dal riposo notturno, per informarsi
- le persone anziane, nella loro vita, hanno già superato molti momenti di difficoltà e hanno quindi risorse da mettere a disposizione per affrontare questo periodo.

Le persone anziane possono avere un ruolo attivo:

- o possono dare sostegno emotivo o narrare esperienze di vita affrontate con esito positivo
  - o stando a casa forniscono un contributo concreto per proteggere loro stessi, ma anche per aiutare e proteggere gli altri, soprattutto i propri cari
- 

### **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](mailto:urp@hsanmartino.it) o telefonicamente al 010/5554300.

La comunicazione tra il Policlinico e i pazienti ed i loro familiari, nel corso del 2020 risentendo dell'emergenza sanitaria, ha registrato un maggiore utilizzo della posta elettronica: il volume totale della posta dell'anno 2020 (posta arrivata ed inviata) è di 18887 email di cui 4476 email inviate e circa 14411 email in arrivo (compreso notifiche e posta varia).

Il volume totale della posta dell'anno 2019 (posta arrivata ed inviata) è di 9317 email di cui 1913 email inviate e circa 7404 email in arrivo (compreso notifiche e posta varia).

▪ **Monitoraggio delle segnalazioni pervenute all'URP**

Nel periodo 2019 -2020 i messaggi di posta elettronica pervenute all'URP sono:

	<b>2020</b>	<b>2019</b>
<b>Messaggi di posta elettronica</b>	18887	9317

Nel 2019 sono stati effettuati in totale 1617 rimborsi di pagamenti ticket per prestazioni non erogate o erroneamente pagati. Nel 2020 il totale dei rimborsi è stato di 1271.

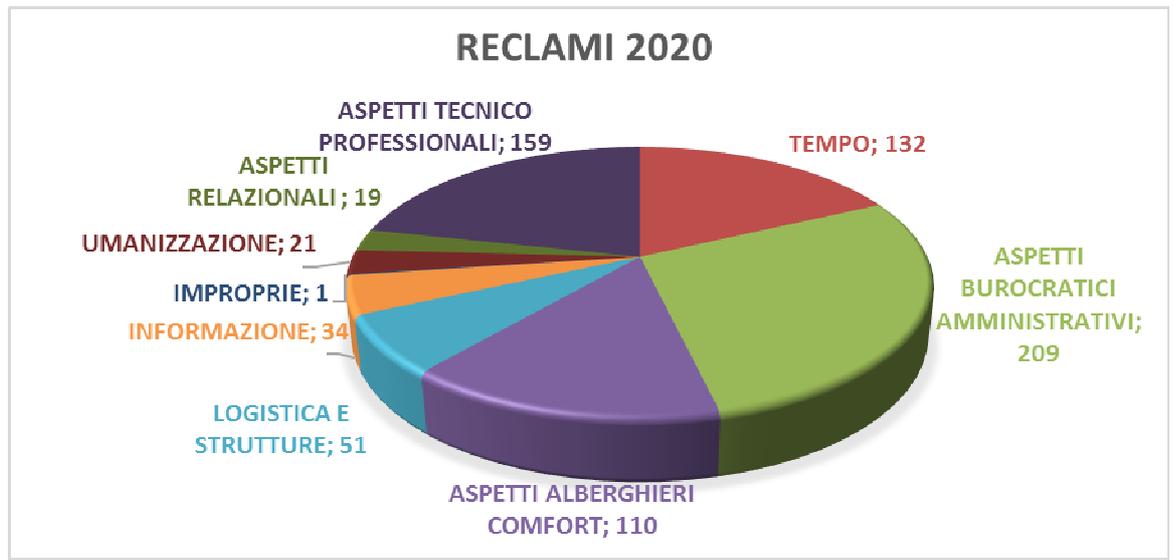
Nel periodo 2018 -2020 le segnalazioni pervenute all'URP sono:

	<b>2020</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>
<b>Reclami</b>	736	1129	457
<b>Elogi</b>	643	1184	1007
<b>Suggerimenti</b>	27	105	53

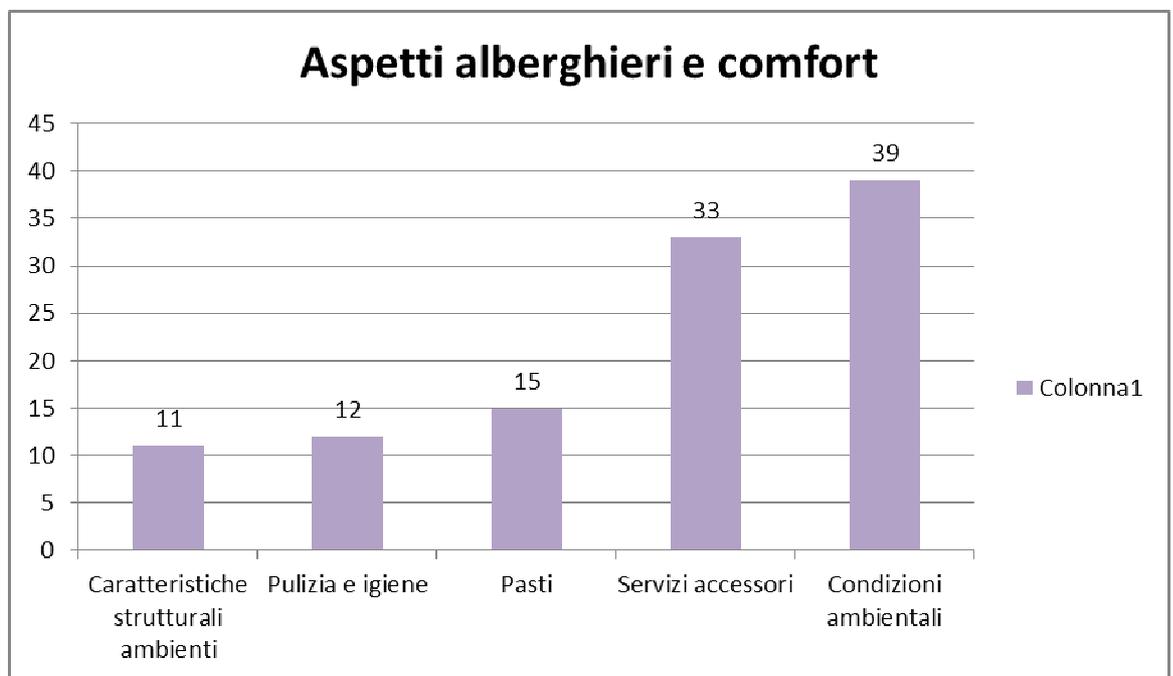
Di seguito si riportano i grafici relativi alle tipologie di reclami ricevuti nel corso del 2020.

▪ Reclami 2020

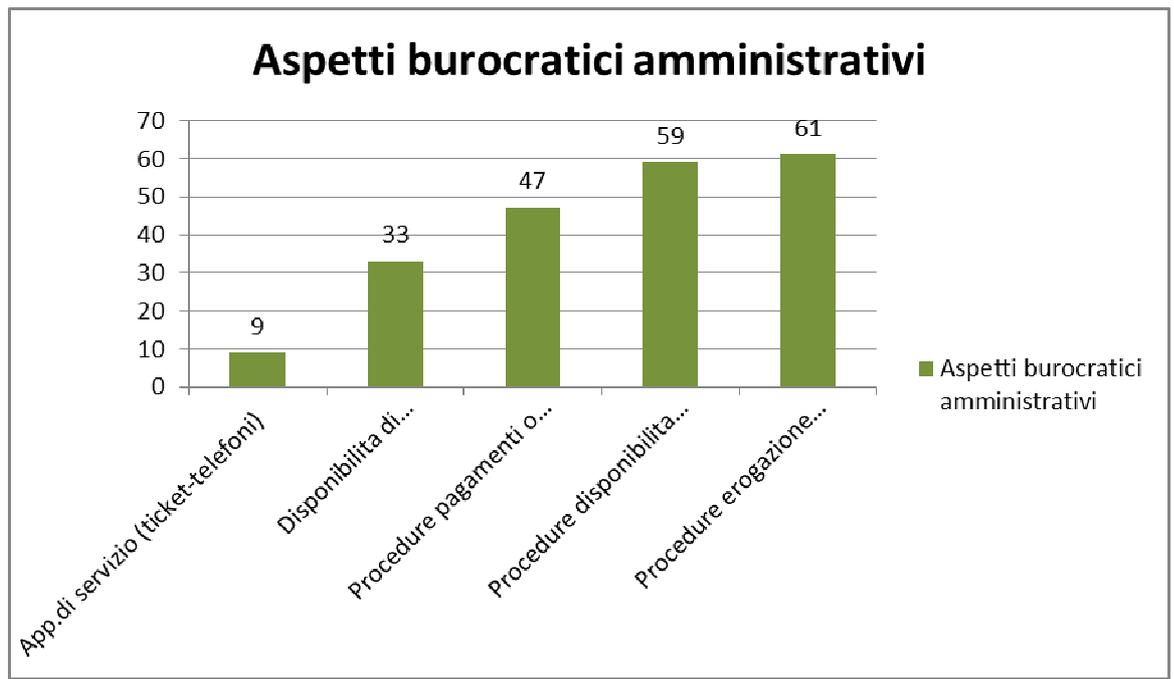
Reclami pervenuti nel 2020.



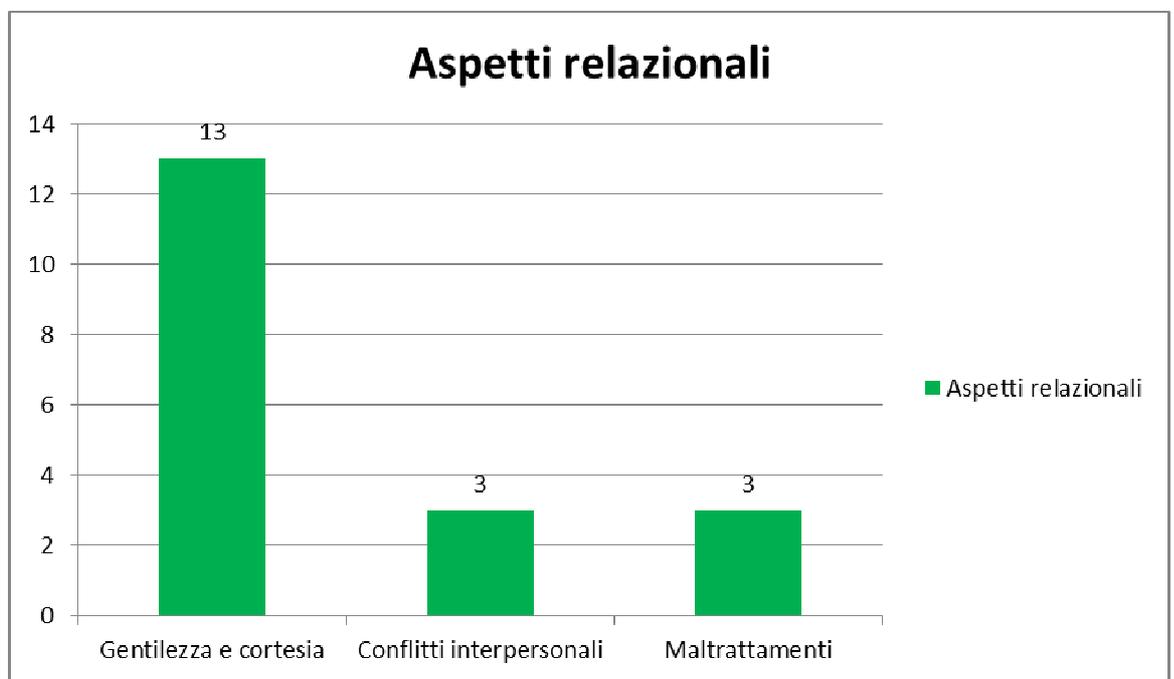
Reclami relativi agli aspetti alberghieri ed al comfort, pervenuti nel 2020.



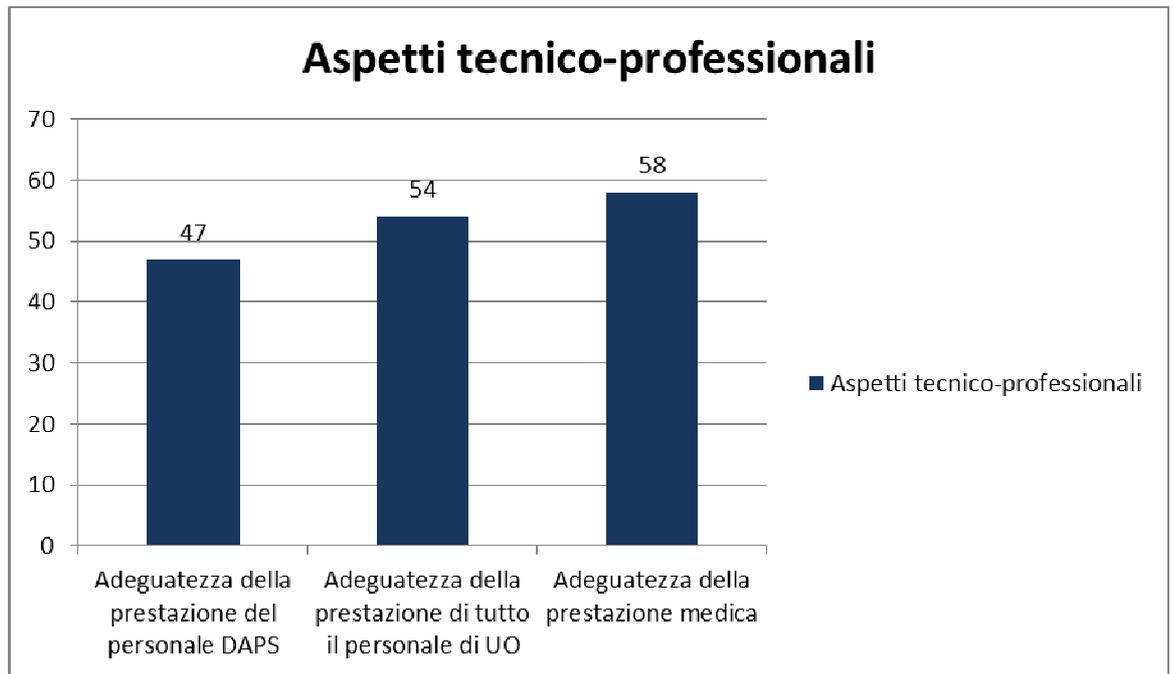
Reclami relativi agli aspetti burocratici amministrativi, pervenuti nel 2020.



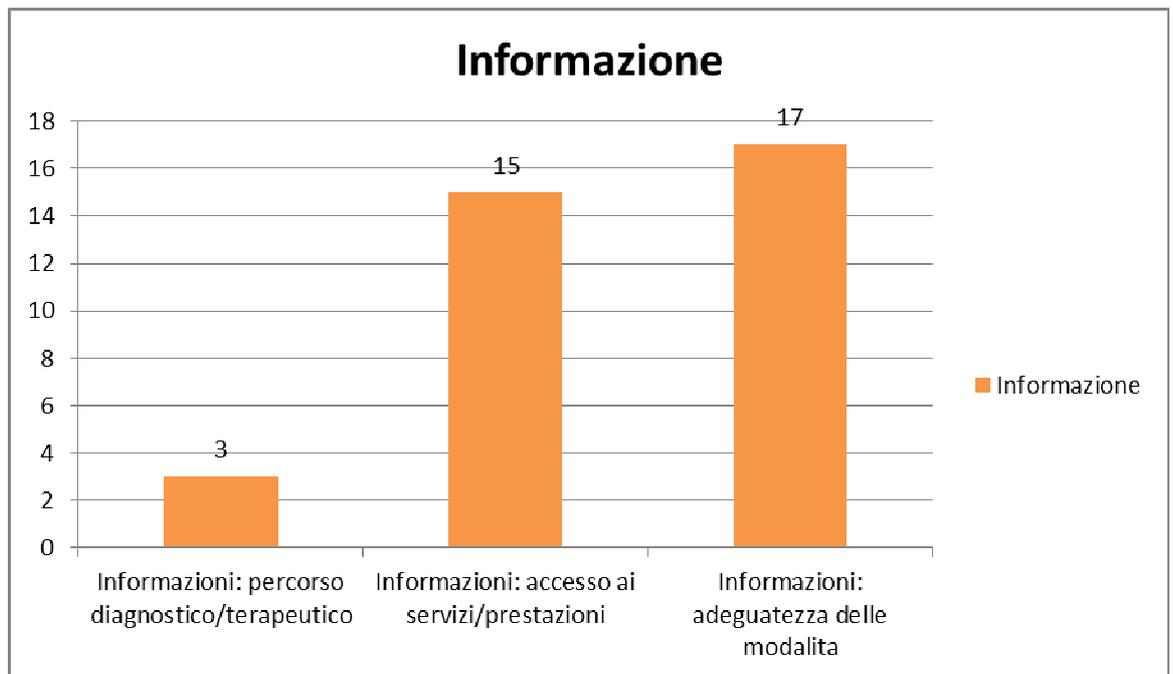
Reclami relativi agli aspetti relazionali, pervenuti nel 2020.



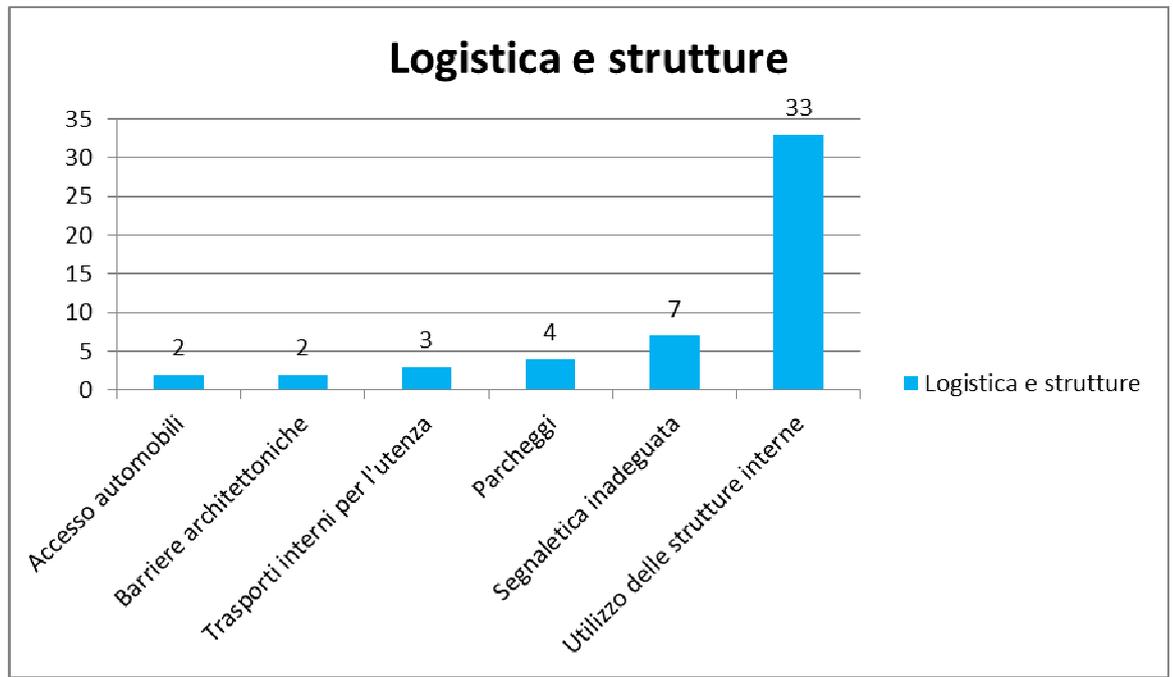
Reclami relativi agli aspetti tecnico-professionali, pervenuti nel 2020.



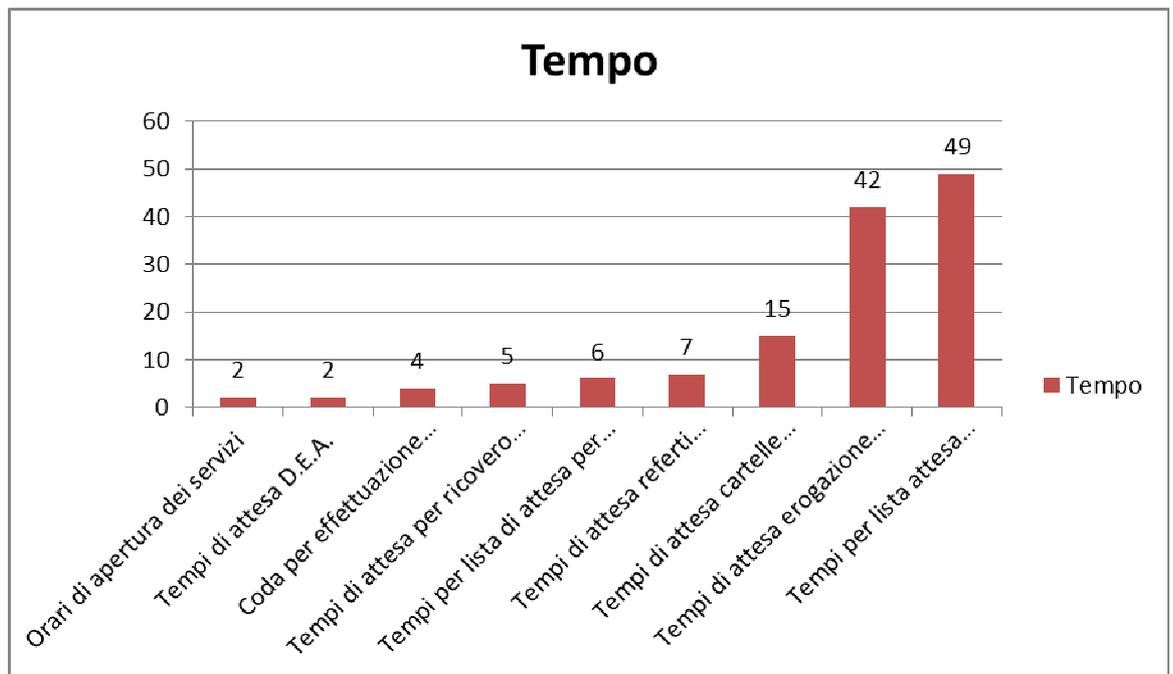
Reclami relativi all'Informazione, pervenuti nel 2020.



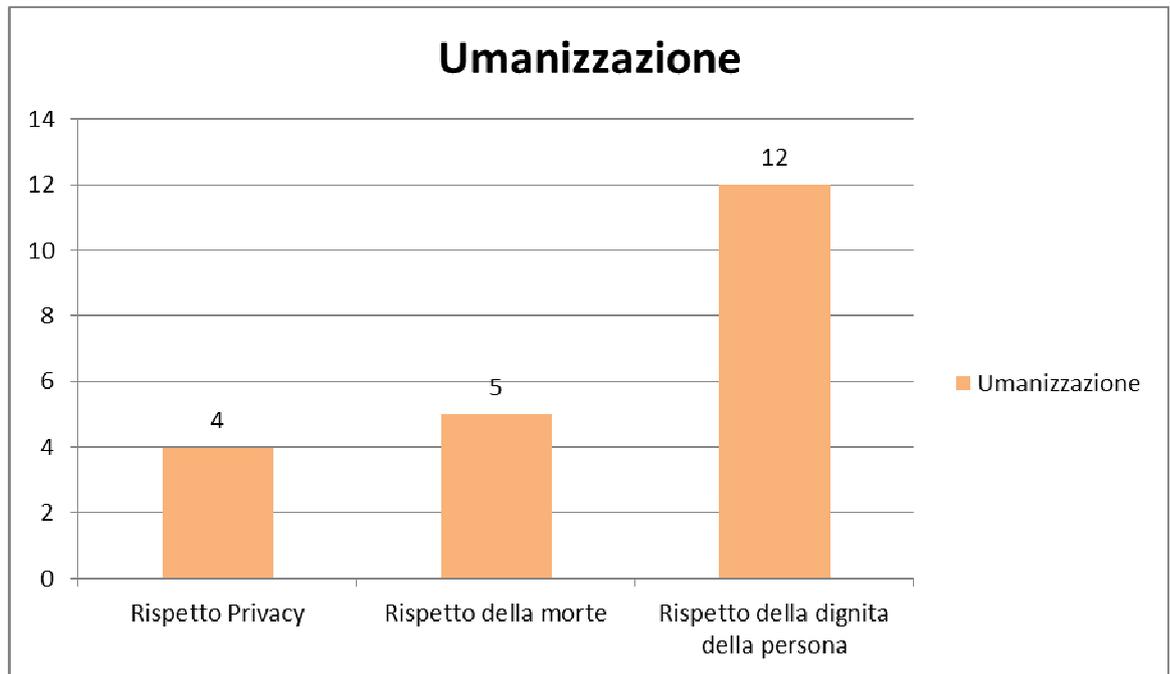
Reclami relativi alla logistica ed alle strutture, pervenuti nel 2020.



Reclami relativi al tempo, pervenuti nel 2020.



Reclami relativi agli aspetti di umanizzazione, pervenuti nel 2020.



---

#### **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.

La comunicazione verso gli operatori è attuata attraverso molteplici modalità, alcune delle quali sono: l'Intranet aziendale, gli incontri informativi su tematiche trasversali d'interesse comune, l'attivazione di Gruppi di Miglioramento (GdM), le Circolari o altri documenti, il Sito *Web* del Policlinico, i *Social Media* istituzionali.

**Rete Intranet.** La rete Intranet aziendale può definirsi lo strumento principale della Comunicazione tra gli operatori del Policlinico e 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 visione di video *tutorials*, la programmazione di corsi e iniziative specifiche relative alla gestione del rischio. La S.S.D Formazione e Comunicazione sta lavorando, in collaborazione con l'U.O. *Information & Communication Technologies* e a Liguria Digitale, al rinnovamento della Intranet del Policlinico, con l'obiettivo di rendere più immediate ed accessibili le informazioni evitando nel contempo la dispersione dei dati. La *home page*, che avrà una nuova veste grafica e sarà organizzata in sezioni tematiche di cui una riservata proprio al Rischio Clinico, sarà inoltre accessibile, non solo dalla rete aziendale come attualmente avviene, ma anche dall'esterno. Il cronoprogramma del progetto prevede il rilascio nella nuova intranet nel mese di giugno.

**Incontri specifici su tematiche trasversali d'interesse comune.** La comunicazione periodica verso l'operatore è svolta anche mediante incontri specifici su temi rilevanti di cui sia richiesta la diffusione a tutto il Policlinico.

**Attivazione di Gruppi di Miglioramento (GdM).** In considerazione delle nuove misure in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da covid19 e al fine di tutela della salute pubblica, le attività formative rivolte al personale sanitario sono sospese, fatte salve le attività formative a distanza, quelle da comprovato obbligo di legge e quelle specifiche che richiedono un numero esiguo di partecipanti. (D.P.C.M. 25/02/2020 e successive disposizioni; nota ALiSa per la realizzazione di percorsi formativi ECM in presenza e a distanza). Il Policlinico pertanto a partire da febbraio 2020 ha sospeso tutti i Gruppi di miglioramento previsti in presenza, ad esclusione dei seguenti: "Gruppo di miglioramento per la comunicazione tra le UU.OO. di Staff, Tecniche, Amministrative e in Linea alla Direzione Sanitaria", progetto che, avviato nel 2018, permane anche per il 2020 in modalità a distanza essendosi dimostrato un concreto strumento di supporto per la diffusione delle informazioni; "Audit di sistema gestione qualità" svoltosi in presenza per il numero contenuto di partecipanti, (Valutatori di Sistema ed operatori delle UU.OO. oggetto degli Audit Interni di Sistema Gestione Qualità per valutare l'aderenza alla NORMA UNI EN ISO 9001:2015); "DMT Epatobiliopancreatico" in modalità a distanza attraverso piattaforma Teams

**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](http://www.ospedalesanmartino.it)), in relazione al quale deve ancora essere perfezionato l'intervento di revisione.

**Nel mese di dicembre 2020 gli accessi sono stati 61.577, con 170.892 visualizzazioni di pagina, trend mantenutosi costante nell'arco dell'intera annualità e che ha toccato i 72.192 utenti a marzo, con 279.731 visualizzazioni.**

La sezione relativa alle fotonotizie è costantemente aggiornata con le campagne riguardanti il rischio clinico come, ad esempio, quella relativa alla raccolta sangue, quella in materia di vaccinazioni e quella dedicata alla Giornata Nazionale per la Sicurezza delle Cure e della Persona Assistita (17 settembre 2019), oltre alla pubblicazione di *webinar* sul tema (in considerazione delle nuove misure in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 che prevedono l'erogazione di corsi/congressi a distanza).

Nel difficile periodo del Covid-19 è stato reso disponibile sul sito, per l'utenza, un *box* dedicato alla raccolta di tutte le informazioni/norme di comportamento utili per prevenire la diffusione del virus.

### **Social Media Istituzionali**

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

I *social media* istituzionali sono stati utilizzati a supporto delle campagne che il Policlinico promuoveva attraverso il sito: gli stessi contenuti venivano ripensati e riadattati per un utilizzo *social* (video o grafiche) per garantire una maggiore diffusione e capillarità delle tematiche.

Ad esempio, per **promuovere l'adesione alla campagna vaccinale anti Covid-19**, in collaborazione con Liguria Digitale, sono state realizzate 6 brevi *clip vide* che hanno coinvolto giovani studenti e professionisti, con l'obiettivo di promuovere l'adesione alla vaccinazione.

I *social* sono stati altresì utilizzati per promuovere, in occasione delle Giornate Mondiali, come quella dedicata all'Igiene della Mani, buone norme di prevenzione.

In parallelo, tra le azioni del piano strategico di Comunicazione scientifica e *Fundraising*, a novembre 2020 è stata lanciata la pagina *Facebook* Policlinico *Science* interamente dedicata alla divulgazione scientifica. La pagina nasce con l'obiettivo di diffondere e far conoscere le attività di ricerca del Policlinico e i suoi risultati e, al tempo stesso, intende promuovere la cultura scientifica dialogando con la cittadinanza. Dalla sua apertura, sono stati ospitati 2 appuntamenti in diretta con i ricercatori, in occasione della Notte dei Ricercatori ed è stato avviato un piano editoriale con una programmazione settimanale di notizie e informazioni scientifiche, in raccordo con la Direzione Scientifica.

---

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

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

All'interno del Policlinico nel 2019 Sono stati affissi due tipi di Cartelli Informativi allo scopo di comunicare con i pazienti e con i visitatori e trasmettere loro informazioni che rendano maggiormente comprensibili le difficoltà sia degli operatori sanitari sia dell'organizzazione, che ogni anno gestiscono circa 52.000 ricoveri, 37.500 interventi chirurgici.

Il Pronto Soccorso del Policlinico San Martino vede l'accesso di circa 82.000 persone ed ogni giorno circa 4.800 persone popolano le diverse strutture e, considerando accompagnatori e visitatori, il numero sale a 10.000.

Nel 2019 si è svolto l'evento formativo residenziale "La violenza nei luoghi della salute: conoscerla per riconoscerla e prevenirla" (del 04/06/2019) finalizzato a cercare di comprendere e conoscere il fenomeno. 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. E' stato inoltre intrapreso nel corso del 2019 un percorso di rilevazione del benessere organizzativo tra il personale del Policlinico, condotto 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). La 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.

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

- **Informazioni per donne in età 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”*

Cartello “In gravidanza? O pensi che potresti esserlo?” - pregnancy-ITALIAN-web.

**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.

**Cosa fare o non fare**  
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.

IAEA  
International Atomic Energy Agency  
<https://rpop.iaea.org>

- **Informative a procedura/intervento**

Per garantire migliore comunicazione e chiarezza con i cittadini, tutti i documenti revisionati (**271 Informative a procedura/intervento nel 2020, dalle 225 revisionate nel 2019**) 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 violazio-

ne 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.

---

- **Canale di comunicazione YOU TUMOR**

Su progetto del Prof. A. Sobrero nasce un canale di comunicazione, un aiuto ai malati di tumore ed ai loro cari, perché comprendano al meglio il quadro generale della situazione, ciò che sta succedendo o potrà succedere e comprendano rapidamente le informazioni e le spiegazioni che servono o interessano a pazienti e familiari. Il canale di comunicazione è strutturato in modo di agevolare la ricerca di informazioni, fornendo un sistema di consultazione intuitivo.

Di seguito la pagina home del canale **YOUTUMOR**:

**YOUTUMOR**  
Empowering patients

Un aiuto ai malati di tumore ed ai loro cari perché comprendano il quadro generale della situazione, ciò che sta succedendo o potrà succedere e capiscano meglio i programmi di cura.

Il formato di **YouTumor** permette con pochi click di trovare subito le informazioni e le spiegazioni che vi servono o vi interessano

**QUALE È IL TUO PROBLEMA?**

- HO PAURA CHE CI SIA O CHE POSSA VENIRE UN TUMORE
- C'È O C'È STATO UN TUMORE
  - È APPENA STATO TROVATO UN TUMORE
  - C'È STATO UN TUMORE, MA ORA LE COSE VANNO BENE
  - C'È UN TUMORE E LE COSE NON VANNO BENE
- VORREI SAPERNE DI PIÙ

YouTumor non può sostituire in alcun modo il medico specialista, cui competono le scelte cliniche. Tuttavia, una maggiore comprensione delle decisioni mediche da parte dei malati facilita e rasserena il rapporto medico-paziente.

- **Piano triennale di Azioni Positive (PAP) - 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.

Allegati:

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](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>

---

▪ **ONDA-osservatorio nazionale sulla salute della donna**

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.
-

- **Lean healthcare e lifescience AWARD 2020**

L’Ospedale Policlinico San Martino vincitore LEAN HEALTHCARE E LIFESCIENCE AWARD 2020, quale miglior progetto nell’ambito “Gestione dei Rischi Aziendali”. Il progetto relativo alla distribuzione diretta dei farmaci che per la UO Farmacia e per tutto il Policlinico costituisce un grande impegno sia di personale sia in termini economici. Il lavoro iniziato nel 2014 con l’adozione del sistema prescrittivo “Sofia” per le terapie infettivologiche in caso di AIDS, esteso alle terapie per sclerosi e successivamente a tutto l’Ospedale, ha migliorato la gestione del rischio clinico, la tracciabilità, la rendicontazione dei flussi e le analisi effettuate sulla *compliance* e sulla prescrizione.



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

**Sistemi interni all’azienda di comunicazione e diffusione delle informazioni**

- **Portale del Dipendente**
  - Dal 2020 sono disponibili sul Portale del Dipendente, sezioni dedicate alla ricerca rapida di informazioni sui temi:
    - fruizione di permessi per handicap grave Legge 104/1992
    - aggiornamenti sull’emergenza sanitaria e relative norme di interesse del dipendente
    - Contributo della UO Psicologia Clinica e Psicoterapia
    - *Smart Working*: modalità di fruizione

Con l’avvio della campagna di vaccinazioni anti SARS-Cov-2, le convocazioni dei dipendenti presso l’ambulatorio vaccinazioni sono trasmesse attraverso il Portale del Dipendente e l’applicativo IRISWEB.

Di seguito la *home page* del Portale del Dipendente:

#### News



AVVISI RELATIVI ALLA CONCESSIONE BENEFICI HANDICAP GRAVE L. 104/92

ISTRUZIONI ACCESSO DA CASA A IRIS WEB - PORTALE DEL DIPENDENTE - POSTA ELETTRONICA



### SARS-CoV-2

#### COVID-19

- :: DPCM
- :: Circolari Ministero della Salute
- :: Circolari HSM
- :: Documenti A.Li.Sa.
- :: Norme speciali per i lavoratori
- :: Contributo UO Psicologia e Psicoterapia



#### SMART WORKING

- Delibera 1027/2020 Regolamento Smart Working Coronavirus
- FAQ SMART WORKING CORONAVIRUS vers. 04 11062020
- Domanda di smart working MOD 043.1
- Autorizzazione Smart working new MOD 043.2
- Smart working: informativa in materia di sicurezza MOD 043.3
- Smart Working: Protezione Dei Dati Personali MOD 043.4
- Istruzioni per timbratura virtuale SW
- MOD. 043.5 Lettera proroga - dipendente
- MOD 043.6 Lettera proroga - responsabile
- FAQ smart working coronavirus vers 01 23032020

#### ▪ Rete Intranet

All'interno del Policlinico la diffusione delle comunicazioni verso gli operatori è attuata attraverso molteplici modalità, alcune delle quali sono: l'Intranet aziendale, gli incontri informativi su tematiche trasversali d'interesse comune, le Circolari o altri documenti.

- **Rete Intranet:** la rete Intranet aziendale, cui accede tutto il personale dipendente, permette di veicolare mediante News, 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 visione di video *tutorials*, la programmazione di corsi e iniziative specifiche relative alla gestione del rischio.

**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.

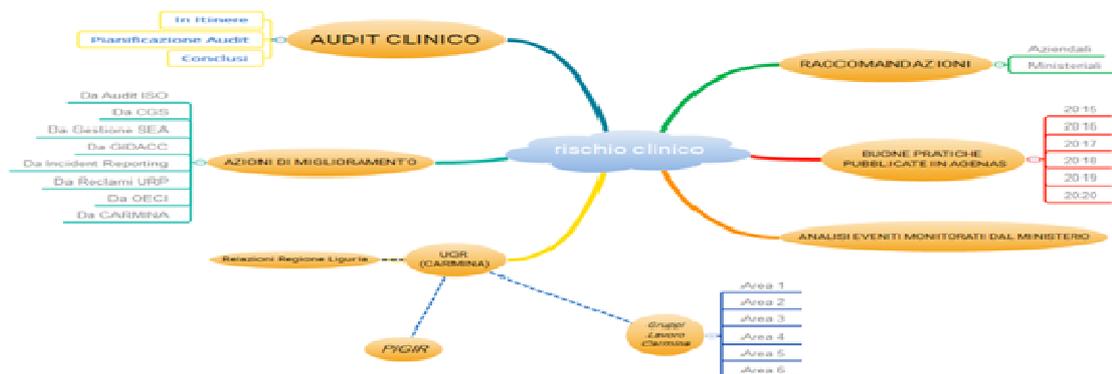
**Circolari/Documenti:** le informazioni, all'interno del Policlinico, sono diffuse anche mediante Circolari e documenti a cura delle Unità Operative rispettivamente coinvolte per competenza.

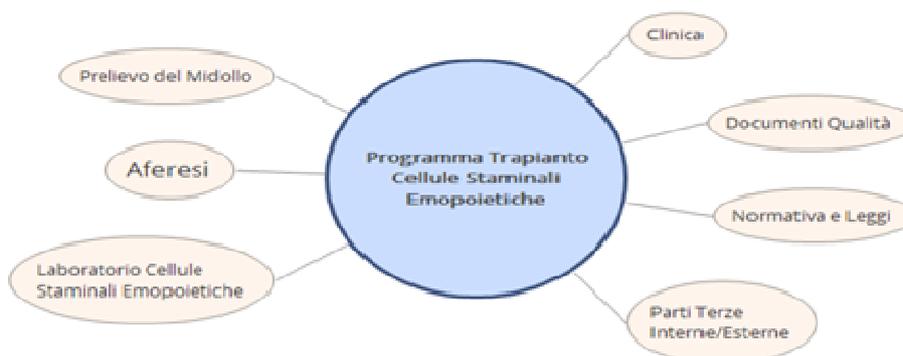
- Le informazioni, inoltre, sono veicolate mediante **Mailing list aziendali**.
- La documentazione aziendale (procedure, istruzioni operative, documenti organizzativi, modulistica) è gestita mediante l'applicativo **ISOLABWEB** che ne rende possibile la creazione, il controllo, la pubblicazione, la trasmissione e la consultazione.



Il Software ISOLABWEB contiene parte delle conoscenze dell'organizzazione, declinata in documenti di tipo prescrittivo, protocolli e Linee guida condivisi. Contiene inoltre gli strumenti per la registrazione delle attività nelle diverse fasi dei processi e dei PDTA erogati. I documenti pubblicati e quindi in vigore sono 6131.

- 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 **mental map** in Intranet. Si è adottato analogo metodo di comunicazione e diffusione delle informazioni anche per il Programma Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche.





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

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

- **Audit Interno di Sistema Gestione Qualità**

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 2020 sono 47, di cui 30 in sito, 17 in remoto.**

La pianificazione, che ne prevedeva 67, ha subito inevitabili modifiche a causa delle limitazioni correlate all'emergenza sanitaria e alle esigenze assistenziali. Le variazioni della pianificazione sono state comunicate tempestivamente a tutte le UU.OO. Il 16/07 (mediante email e news) si è comunicato il nuovo planning degli Audit Interni di SGQ che sono stati avviati il 17 settembre: una parte di essi è stata svolta in modalità "a distanza" secondo criteri formalizzati nella IOHQA\_0007 (Rev. 0 del 14/05/2020) in aderenza ai requisiti indicati dalla norma ISO 19011, che nell'ultima emissione introduce il concetto dell'audit "a distanza". 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 2020 la condivisione dell’aggiornamento è stata condotta mediante comunicazione con posta elettronica per le restrizioni alla didattica correlate allo stato di emergenza sanitaria.

Gli esiti degli Audit Interni SGQ svolti nel 2020, sono espressi nella tabella seguente:

<b>AMBITO</b>	<b>NON CONFORMITA</b>	<b>RACCOMANDAZIONI</b>
PROCESSO	7	30
CARTELLE CLINICHE	50	

La situazione di emergenza sanitaria ha richiesto una differente declinazione delle attività di Audit ed in taluni casi sono stati svolti da remoto, come descritto nella IOAZHQA\_0007. L’IO indica le modalità di svolgimento degli audit di prima parte in aderenza ai requisiti della norma ISO 19011. Ove ritenuto opportuno, in caso di emergenze sanitarie o calamità l’audit verrà svolto in modalità “a distanza” e “in campo”. L’ultima emissione della norma ISO 19011 introduce il concetto dell’audit “a distanza”. L’utilità di questo modo di procedere risiede nell’eliminazione dei vincoli legati ad uno spostamento fisico di una o più persone, in un utilizzo del tempo più efficiente, mantenendo la tracciabilità delle evidenze oggettive.

Gli audit sono quindi svolti in due fasi:

FASE 1 - a distanza in cui si sono valutati:

la documentazione del SGQ - tre cartelle cliniche complete, comprensive di parte informatizzata e scansione del residuo cartaceo inviato in archivio con *check list* (se non disponibili completare la valutazione durante l’audit in campo) - l’aggiornamento dei documenti in Iso-labweb - la completezza della *Check list* di Autovalutazione.

FASE 2 - in campo in cui si sono valutati, con la partecipazione del personale dell’unità operativa: l’efficacia delle azioni di miglioramento messe in atto a seguito di Non Conformità e Raccomandazioni riscontrate precedentemente - il processo, anche tramite l’utilizzo di *check list* - l’esito della lettura delle cartelle cliniche (valutate a distanza e/o in campo).

## 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><b>Piano formativo UGR aziendale e interaziendale</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Il Piano Formativo del Policlinico</b> 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. In particolare la formazione prevista in tale ambito ha riguardato:<ul style="list-style-type: none"><li>• Radioprotezione dei pazienti ai sensi del D. L.vo 187</li><li>• <i>Basic Life Support-Defibrillation</i> - BLS</li><li>• Attività di sorveglianza delle ICA</li><li>• Il PEIMAF del Policlinico</li><li>• Gestione dei materiali sanitari e rischio clinico in magazzino</li><li>• Rischio ABO</li><li>• Programma Cellule Staminali Emopoietiche-Accreditamento JACIE</li></ul><p>Inoltre con Delibera 447 del 27/03/2019 è stata approvata l'integrazione al Piano Formativo, che definisce i Gruppi di Miglioramento istituiti. Nel corso del 2020 l'attività formativa, in presenza, è stata sospesa per l'emergenza sanitaria COVID-19, tranne che per gli eventi formativi erogati in presenza nell'ambito della Prevenzione e Sicurezza.</p><ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Gestione del Rischio Clinico, Corso Base in FAD</b> Nel 2020 è stato progettato e realizzato un primo Corso Base inerente la Gestione del Rischio Clinico, per la didattica a distanza con attribuzione di ECM per il personale del Policlinico. Il Corso che verrà erogato nei primi mesi del 2021, espone i seguenti temi:<ul style="list-style-type: none"><li>• Legge 219 del 2017 Consenso Informato</li><li>• Raccomandazione Ministeriale n.3 Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e dell'applicazione della checklist di sala</li><li>• Raccomandazione Ministeriale n.13 Prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie</li><li>• Raccomandazione Ministeriale n.7 Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica</li></ul></li></ul><p>Come definito nella Nota del 21/02/2020 "Programmazione corsi formativi triennio 2020-2022" (Prot. 2577/2020) si intende completare l'esposizione dei temi peculiari della Gestione del Rischio Clinico, con ulteriori moduli dedicati al recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali.</p><ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Programma Trapianto Midollo, Rene, Cuore e Fegato</b> Nell'ambito dell'iter di Accredimento del Trapianto, sono stati codificati i percorsi formativi dei professionisti afferenti ai programmi trapianto di midollo, di rene di cuore e fegato. Ogni percorso formativo è descritto e dettagliato nella Procedura Aziendale di riferimento. Lo scopo è definire il percorso formativo del personale sanitario facente parte del Programma Trapianti a partire dalla valutazione delle qualifiche iniziali e gli orientamenti, la gestione del training iniziale, sino al raggiungimento delle competenze, la verifica periodica del loro mantenimento, e l'aggiornamento, anche in relazione al ruolo specifico assegnato. Le indicazioni formalizzate nel documento specifico di ogni pro-</li></ul></li></ul>
--	---

	<p>gramma trapianto (midollo, rene, cuore, fegato), riguardano tutte le figure professionali che operano nel Programma Trapianti con lo scopo di fornire uniformi modelli di valutazione e di formazione.</p> <p>Le procedure aziendali citate declinano quanto previsto dalla documentazione aziendale: PQAZHFC_0002SGSL-Competenza, formazione e consapevolezza; IOHFC_0001 Realizzazione dei Piani Formativi e dei singoli eventi di formazione aziendali IOAZHFC_0002 Rilevazione del fabbisogno formativo generale; PQAZHPS_0002- Inserimento e valutazione neo assunto, che disciplina gli aspetti generali della formazione relativi a tutta l'azienda e le I.O. (ove presenti) e i moduli specifici di ogni Unità che gestiscono gli aspetti professionali/tecnici delle attività e della formazione del personale.</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 delle procedure aziendali basate sulle raccomandazioni ministeriali</p>	<p><b>Valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure aziendali basate sulle raccomandazioni ministeriali</b></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 <i>Team</i> di Valutatori <i>Lead Auditor</i> (Norma UNI EN ISO 9001:2015).</p> <p>In sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità, si attua la verifica dell'aderenza alle procedure aziendali mediante l'osservazione dei comportamenti e si utilizzano le <i>Check List</i> specifiche per l'ambito oggetto di Audit Interno per la registrazione di quanto rilevato.</p> <p>Dal 2020 si è introdotto un ulteriore strumento di cui il Valutatore si avvale per una puntuale registrazione dei dati, ovvero il Verbale Audit Interno Registrazione Evidenze Area Degenza-DH-DS (MODHQA_0043DEG Rev.1 del 17/09/2020).</p> <p>Inoltre in sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità, si attua la verifica dell'aderenza alle Raccomandazioni Ministeriali mediante <i>check list</i> di Audit e <i>software</i> dedicati:</p> <p>MODHQA_0044A Rev. 6/2020 contenente indicatori di rilevazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione CVC/PICC</li> <li>• Gestione emocomponenti</li> <li>• Marcatura sito chirurgico</li> </ul> <p>MODHQA_0044B Rev. 6/2020 contenente indicatori di rilevazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Igiene delle mani per verifica dell'aderenza a indicazioni aziendali contenute nei documenti aziendali di riferimento: <ul style="list-style-type: none"> <li>IOAZU76-0006 "La frizione alcolica delle mani"</li> <li>IOAZU76-0007 "Lavaggio sociale delle mani"</li> <li>IOAZU76-0008 "Lavaggio antisettico delle mani"</li> <li>LGAZU76_0002: "Raccomandazioni per le misure di isolamento in ospedale"</li> </ul> </li> </ul> <p>MODHQA_0044C Rev. 5/2020 contenente indicatori (per le unità operative del Dipartimento Emato-Oncologico) di rilevazione di:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione CVC/PICC</li> <li>• Gestione emocomponenti</li> <li>• Gestione farmaci chemioterapici antitumorali</li> <li>• Valutazione patrimonio venoso</li> <li>• Gestione stravaso</li> </ul> <p>MODHQA_0044LAB Rev. 4/2020 contenente indicatori di rilevazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Igiene delle mani e corretto utilizzo dei guanti monouso non sterili (presso le UU.OO. Laboratori) per la verifica dell'aderenza alle indicazioni aziendali contenute nei documenti aziendali di riferimento: <ul style="list-style-type: none"> <li>IOAZU76-0006 "La frizione alcolica delle mani"</li> <li>IOAU76-0007 "Lavaggio sociale delle mani"</li> <li>LGAZU76_0002: "Raccomandazioni per le misure di isolamento in ospedale"</li> </ul> </li> </ul> <p>MODHQA_0044RAD Rev. 0/2020 contenente indicatori (per le UU.OO. Diagnostica per immagini) di rilevazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificazione lateralità prestazione diagnostica</li> <li>• Gestione stravaso (nelle unità operative di Diagnostica per immagini che utilizzano mezzi di contrasto) per la verifica dell'aderenza alle indicazioni aziendali contenute nei documenti aziendali di riferimento: <ul style="list-style-type: none"> <li>MODAZDSE_0012 "Scheda rilevazione/monitoraggio stravaso di mezzo contrasto"</li> <li>IOAZDSE-0012 "Prevenzione e trattamento dello stravaso di mezzo di contrasto".</li> </ul> </li> </ul>
--	--

<p>F3 Promozione dell'igiene delle mani</p>	<p><b>Promozione dell'igiene delle mani</b></p> <p>L'UO Igiene organizza e svolge lezioni nell'ambito di diversi corsi di aggiornamento aziendali e dipartimentali ed effettua sopralluoghi nelle UUOO per il monitoraggio e verifica dei comportamenti adottati dal personale. Sono utilizzate specifiche Schede Osservazionali ICA per la rilevazione dei comportamenti rispetto ai 5 momenti dell'igiene delle mani, adottati da tutti gli operatori sanitari denominate MODAZU76_0060 SCHEDA OSSERVAZIONALE ICA. Le modalità a cui attenersi per una corretta igiene delle mani sono espresse in documenti aziendali inerenti "La frizione alcolica delle mani", "Lavaggio sociale delle mani", "Lavaggio antisettico delle mani", "Dispositivi di protezione individuale", "Raccomandazioni per le misure di isolamento in ospedale". Sono inoltre diffusi pieghevoli e poster informativi.</p> 
---	---

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

## **Introduzione di nuove tecniche e utilizzo di nuovi dispositivi di sicurezza**

L'utilizzo di nuovi dispositivi e/o tecnologie e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza è sempre accompagnato da incontri formativi specifici, realizzati a cura della SS Formazione e Comunicazione e della UO Servizio Prevenzione e Protezione.

### ▪ Sistema di prelievo ematico sottovuoto con sistema di sicurezza e provette

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.

### ▪ Nuovo Blocco Operatorio, Nuova sede Medicina di Laboratorio, Nuovo Day Hospital Emato-Oncologico

I cambiamenti organizzativi, quali l'apertura del nuovo Blocco Operatorio, la nuova sede della Medicina di Laboratorio, la sede del *Day Hospital* Emato-Oncologico, il 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.

### ▪ 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 nel 2019 e 2020 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.

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).

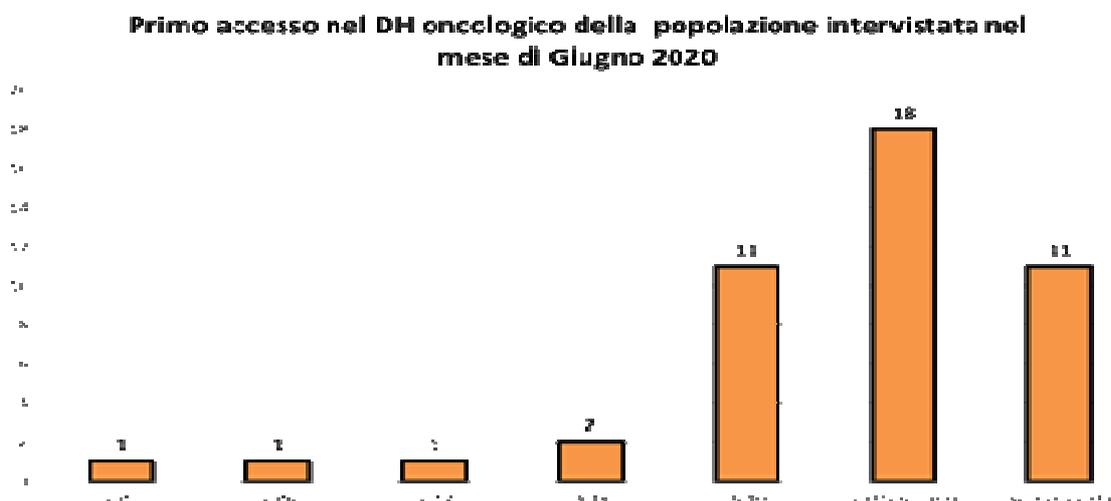
Si è inteso raccogliere ed analizzare dati riguardo i seguenti elementi:

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

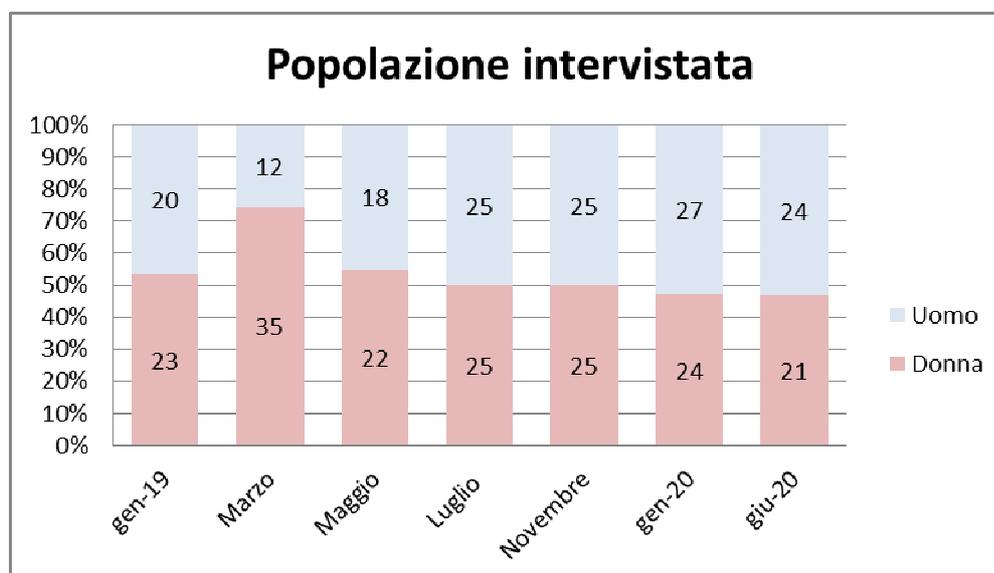
Il questionario, dedicato a pazienti che abbiano avuto accesso al DH dall'apertura di fine novembre 2018, è stato somministrato in quattro periodi del 2019 (23-28 Gennaio; 5-7

Marzo; 5-23 Maggio; 22luglio-8 agosto 2019) ed i risultati sono stati resi disponibili nella relazione 2019.

**Nel 2020 si è provveduto ad una ulteriore valutazione della percezione da parte dei pazienti, mediante la somministrazione di questionari nei periodi 23 Dicembre 2019 al 9 Gennaio 2020 e dal 1 allo 08 Giugno 2020.** Gli esiti di questi ultimi due periodi di rilevazione sono stati rapportati ai precedenti: di seguito si riportano i grafici.

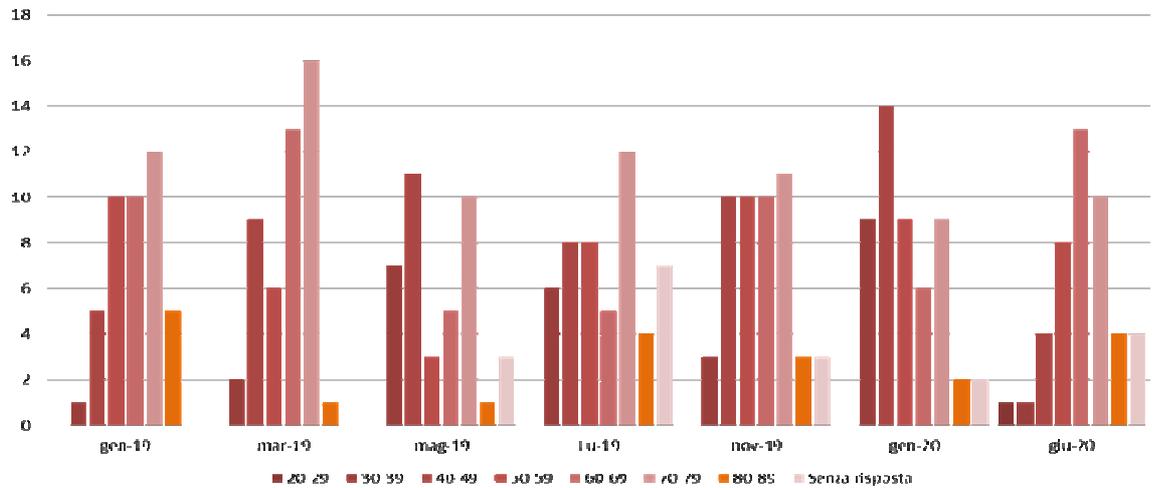


Popolazione di pazienti intervistati:



Il grafico successivo evidenzia l'età dei rispondenti, nei differenti periodi di rilevazione compresi tra gennaio 2019 e giugno 2020.

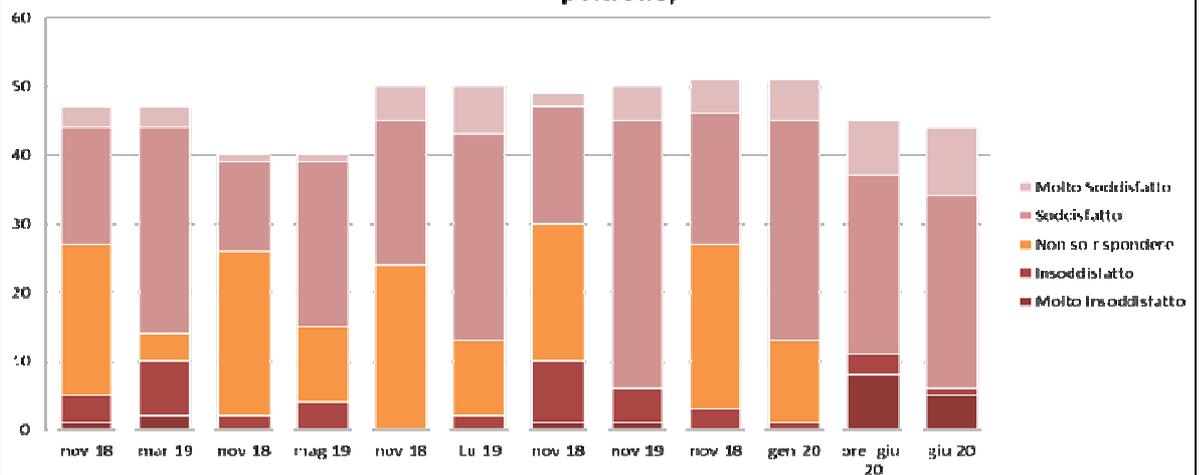
**Età degli intervistati**



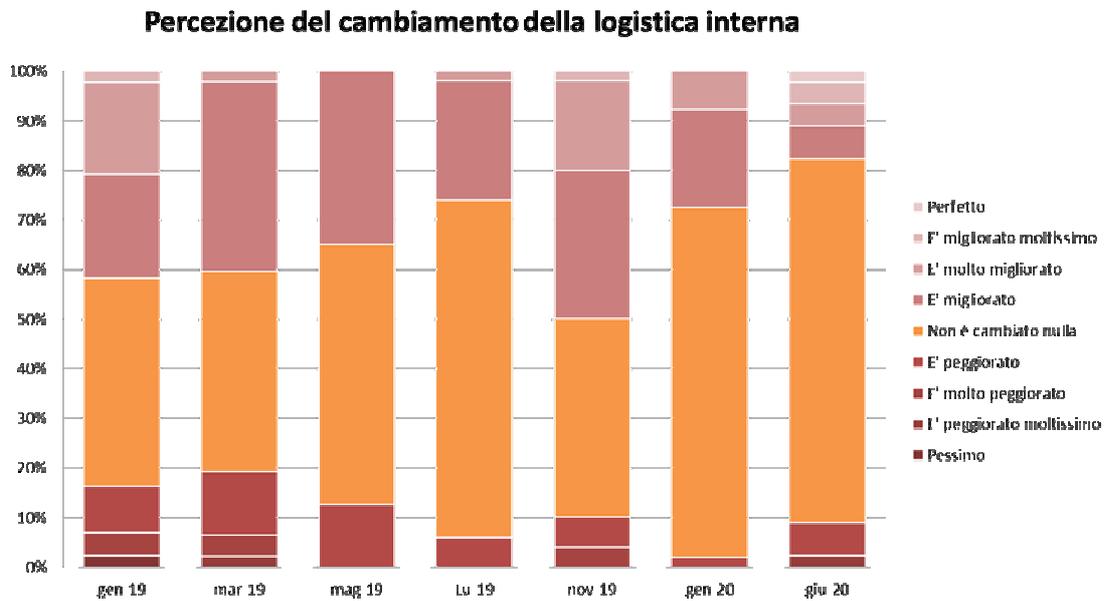
Di seguito sono rappresentate le risposte dei pazienti ai diversi quesiti:

- Quesito inerente la soddisfazione in merito alla logistica interna

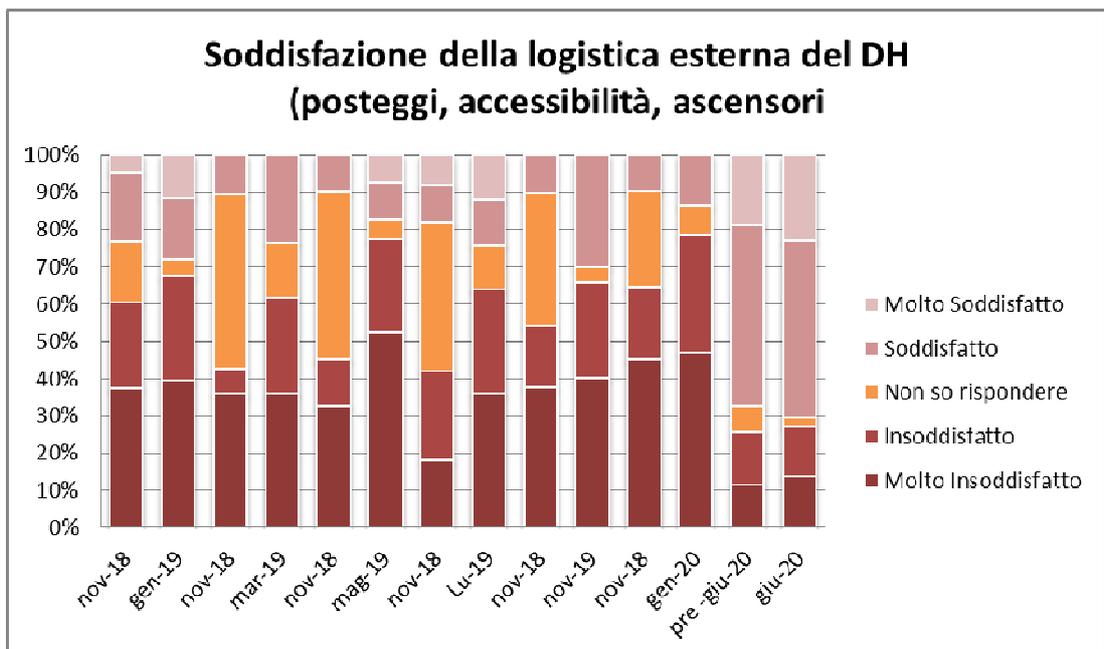
**Soddisfazione della logistica Interna del DH (ambiente, percorsi, accessori, poltrone)**



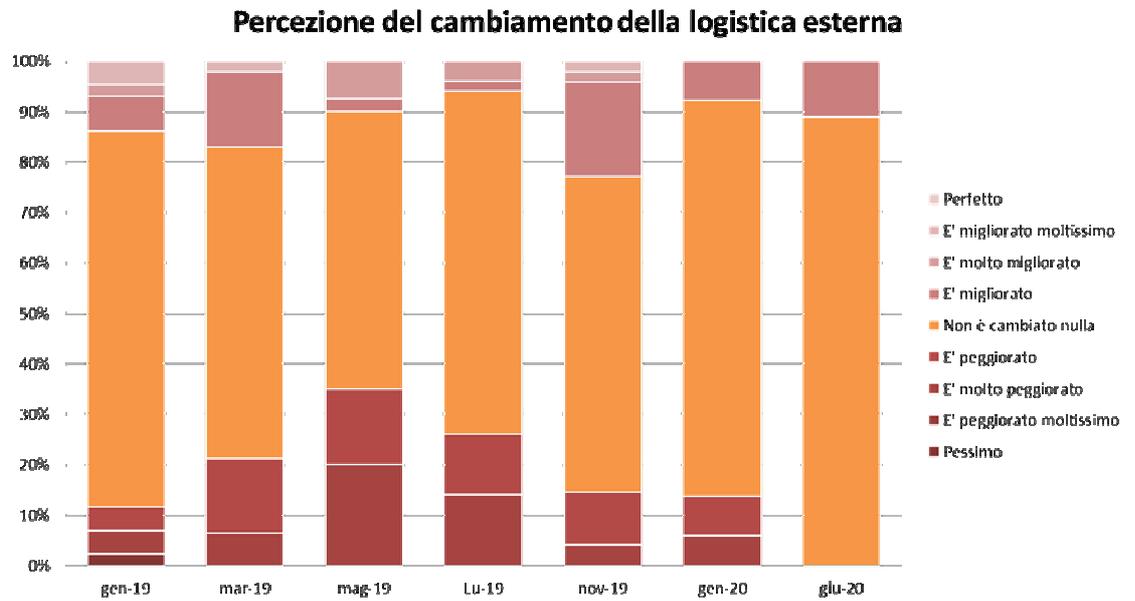
- Quesito inerente la percezione del cambiamento della logistica interna



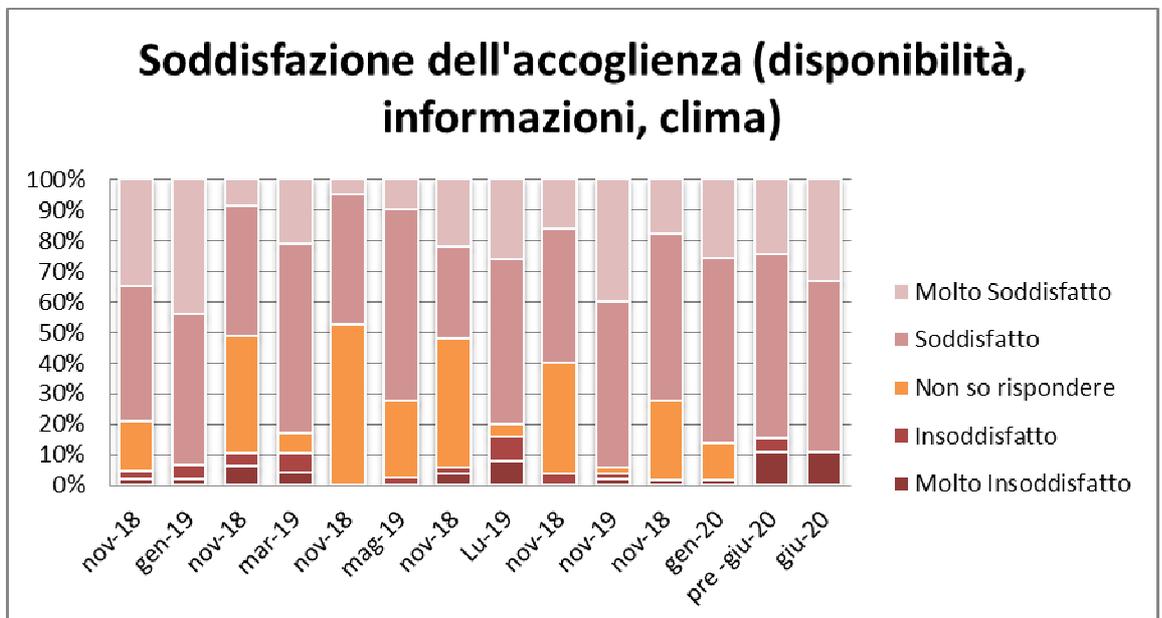
- Quesito inerente la soddisfazione in merito alla logistica esterna



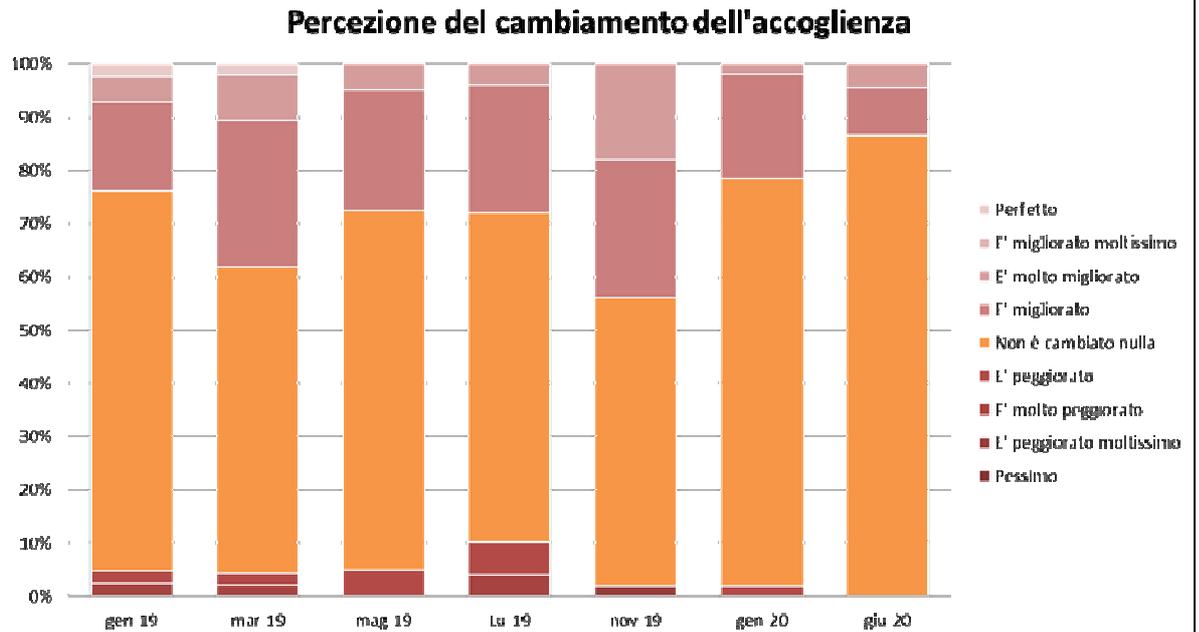
➤ Quesito inerente la percezione del cambiamento della logistica esterna



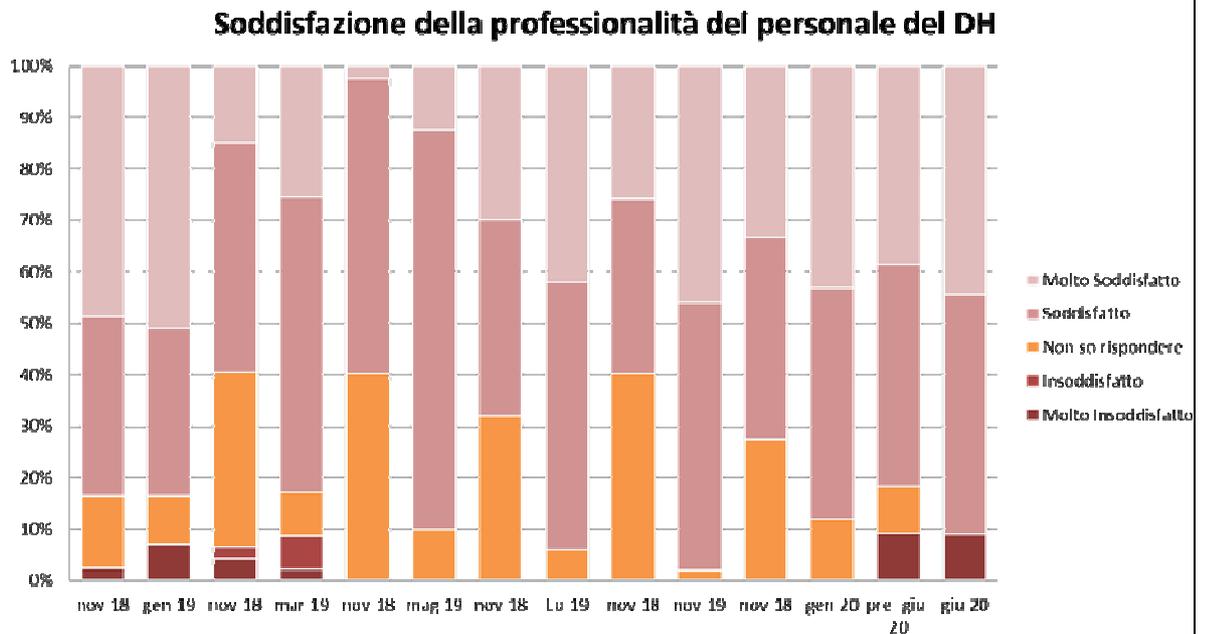
➤ Quesito inerente la soddisfazione in merito all'accoglienza



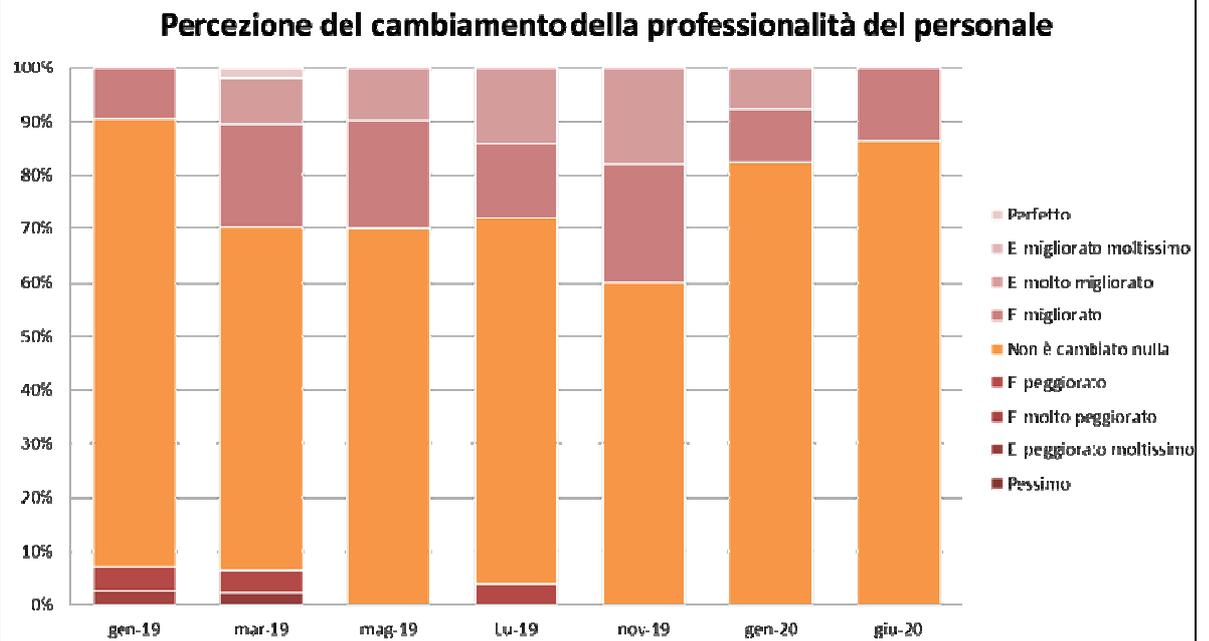
➤ Quesito inerente la percezione del cambiamento dell'accoglienza



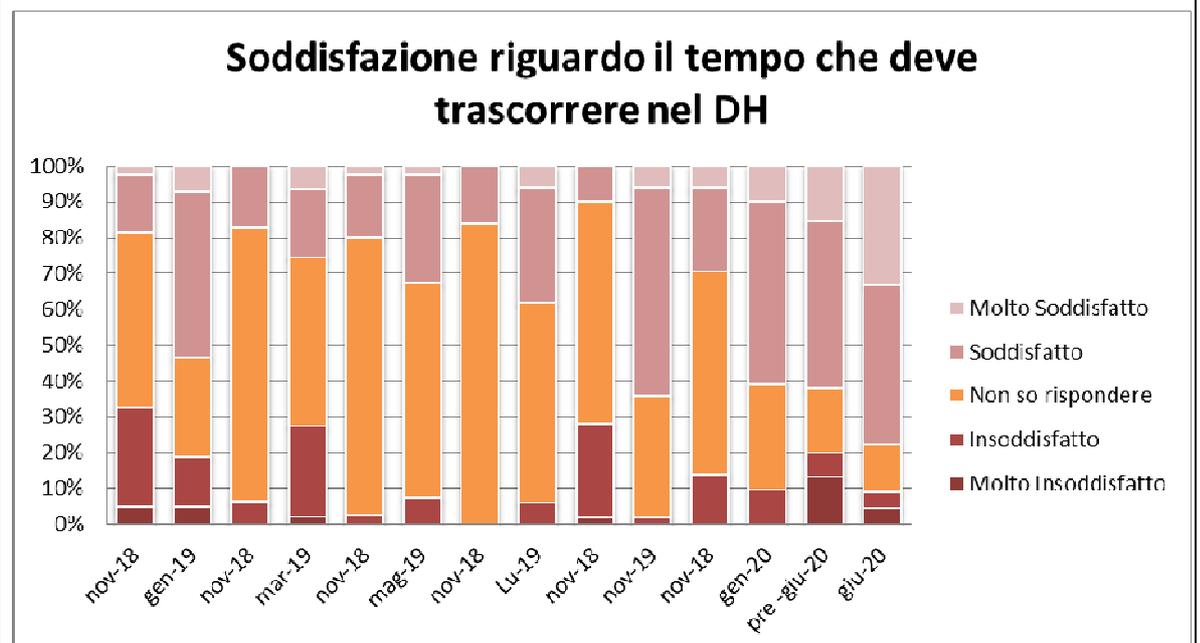
➤ Quesito inerente la soddisfazione in merito alla professionalità del personale del DH



- Quesito inerente la percezione del cambiamento della professionalità del personale

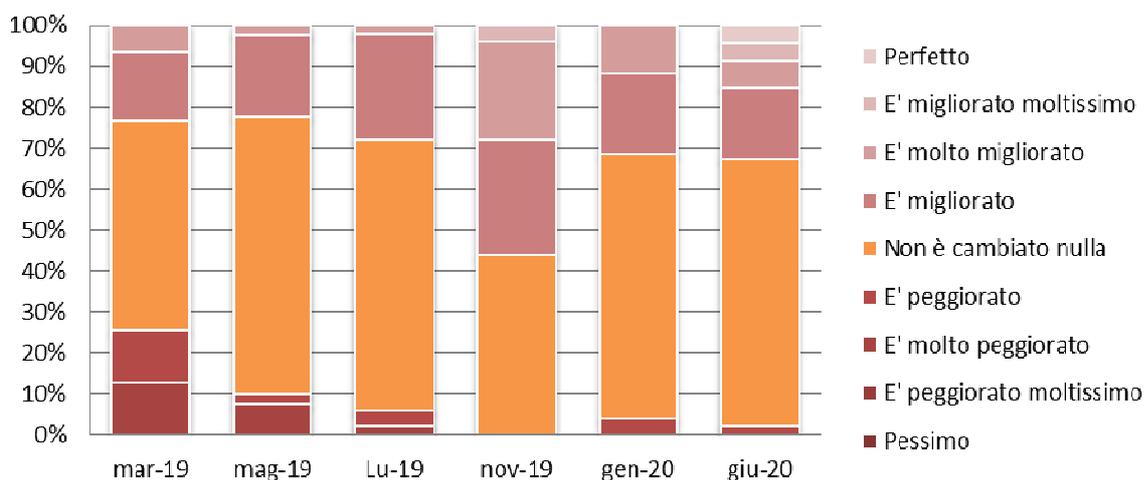


- Quesito inerente la soddisfazione dei pazienti riguardo il tempo che devono trascorrere in DH



- Quesito inerente la percezione da parte dei pazienti riguardo il cambiamento sul tempo che devono trascorrere in DH

### Percezione del cambiamento del tempo che deve trascorrere in DH



- **Cartella clinica elettronica - piattaforma *Trakcare***

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 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).

- **Adozione dello smartworking**

L'entrata in vigore delle misure per il contenimento dell'emergenza epidemiologica ha imposto il confinamento dei lavoratori e l'accelerazione dell'adozione dello *smartworking* (SW) da parte, anche, delle pubbliche amministrazioni.

In un contesto come quello della pandemia di COVID-19, il lavoro agile si è rivelato un'opportunità importante per garantire la prosecuzione delle attività lavorative, tuttavia richiede un elevato livello di digitalizzazioni.

In ambito lavorativo, la digitalizzazione nella sua forma attuale si riferisce alla maggio-

re presenza e all'uso di strumenti di *cloud computing* e di programmazione, nonché di applicazioni web su diverse piattaforme per facilitare l'accesso remoto e il lavoro collaborativo.

Fino a quando la digitalizzazione non sarà pienamente sviluppata, l'organizzazione del lavoro in SW è necessariamente limitata, anche in considerazione della tipologia di attività che richiede spesso la presenza in sede. Solo una volta portata a termine la dematerializzazione di tutta l'attività amministrativa, sarà possibile ampliare il ricorso alla modalità lavorativa in SW, pur dovendo mantenere determinate attività in presenza, come peraltro previsto dalla stessa normativa. La diffusione di tutte le indicazioni e modalità e limiti di fruizione sono state diffuse mediante il Regolamento che il Policlinico ha adottato.

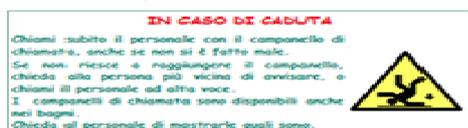
▪ **Video in Intranet- Prevenzione e Sicurezza**

Sono stati realizzati e messi a disposizione degli operatori sanitari filmati che mostrano le esatte modalità di utilizzo di dispositivi individuali di protezione, quali le mascherine FFP2 e le mascherine chirurgiche, visibili nella Intranet aziendale "Prevenzione e Sicurezza".

F5 Prevenzione e valutazione del rischio di caduta

**Cadute: prevenzione del rischio**

L'analisi costante del fenomeno ha guidato l'azienda verso delle azioni preventive e di miglioramento. Per quanto riguarda le condizioni ambientali, si è provveduto all'acquisizione di letti elettrici ad altezza variabile con massima movimentazione verso il pavimento in quanto si ritiene che costituiscano un elemento protettivo per il verificarsi dell'evento caduta. Nel corso del 2018, è stata effettuata la consegna dei primi 316 nuovi presidi dei 640 di cui è prevista acquisizione nel triennio. **Nel 2020 sono stati acquisiti ulteriori 180 letti.** 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  $\geq 2$  secondo la scala di *Conley* e, in generale, quando sono presenti fattori che predispongano il paziente a un aumentato rischio.



A cura di:  
**Gruppo di lavoro "Gestione delle cadute"**  
 Progetto C.A.R.M.I.N.A.  
 Area Processi Assistenziali - D.3  
 Conf. P/024  
 16/11/2017



**PREVENIAMO LE CADUTE IN OSPEDALE**



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

<p>F6 BLS e PBLSD</p>	<p><b>BLS e PBLSD</b></p> <p>Tutti gli operatori sono tenuti ad avere preparazione adeguata che è possibile acquisire in corsi formativi <b>BLS</b> pianificati annualmente e per i quali è previsto aggiornamento sistematico. Il corso teorico pratico di BLS ha la durata di 5 ore e approfondisce le tematiche relative al mantenimento delle funzioni vitali di base ponendosi come obiettivo principale quello di fornire ai partecipanti le indicazioni per riconoscere il soggetto adulto in arresto cardiaco e gli strumenti per poter intervenire nelle prime fasi 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"> <li>• Riconoscere segni e sintomi di un adulto in arresto cardiaco</li> <li>• Fornire una valida assistenza alla vittima di arresto cardiaco</li> <li>• Utilizzare prontamente il DAE disponibile, in attesa dell'arrivo del <i>Team</i> di Emergenza intraospedaliera.</li> </ul> <p>Nel 2019 sono state effettuate 53 edizioni del BLS a cui hanno partecipato 484 operatori. 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>F7 Definizione di profilo di competenze e sua valutazione</p>	<p><b>Definizione profilo di competenze e sua valutazione</b></p> <p>Si è favorita l'estensione ad ulteriori UU.OO. del Policlinico di quanto introdotto presso il Centro Cellule Staminali Emopoietiche, esposto nel report 2019, riguardo le definizioni di competenze dei diversi professionisti e il mantenimento delle competenze acquisite. Si citano solo alcuni dei percorsi intrapresi nelle diverse UU.OO. in tema di valutazione e mantenimento delle competenze</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inserimento, formazione e valutazione delle competenze del personale PQH78_0008MT (presso U.O. MEDICINA TRASFUSIONALE)</li> </ul> <p>Nel 2020 l'U.O. Medicina TrASFusionale ha definito e formalizzato (nella PQAZH78_0008MT) indicazioni per l'inserimento del personale neoassunto o neo inserito per raggiungere gli obiettivi prefissati dalla Direzione della U.O. Lo scopo della procedura è rappresentato dai seguenti elementi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. definire le competenze, i ruoli e le responsabilità del personale coinvolto</li> <li>2. pianificare il percorso del personale neoassunto/neo inserito</li> <li>3. garantire il miglioramento delle competenze del personale</li> <li>4. garantire la applicazione di strumenti di verifica finalizzati al mantenimento delle competenze in coerenza con quanto previsto dalla GPGs.</li> </ol> <p>La procedura è applicata a tutto il personale sanitario afferente alla U.O. Medicina</p>

Trasfusionale del Policlinico San Martino e alle UdR associative per la parte di loro competenza.

Per ciascun profilo professionale e aree/settori sono state elaborate delle Job Description (JD) che declinano le specifiche responsabilità e competenze delle figure professionali operanti nella U.O. Per le *Key positions* richieste dalle GPGs e standard professionali sono state definite specifiche JD che sono allegate al Manuale Qualità (PQH78\_0001MT). Le job description sono redatte in un format comune MODH78\_0001PQ\_0008MT-JOB\_DESCRIPTION e sono conservate dal Direttore di U.O. o suo delegato per la dirigenza medica e dirigenza sanitaria non medica, e dai Coordinatori Tecnico ed Infermieristico o loro delegati per il personale del comparto sanitario e tecnico. Ciascuna JD deve essere datata e firmata dal Direttore (responsabile)/CIT e per accettazione, dal dipendente interessato.

### **Fasi del percorso formativo del neoassunto/neo inserito**

La necessità di formare nuovo personale sulle attività specifiche è individuata dal Responsabile della U.O. e dal CI/CT in base all'assegnazione di operatori neoassunti o alla riorganizzazione del servizio. L'inserimento di nuovo personale prevede l'individuazione e l'assegnazione di un tutor e la programmazione di un'opportuna formazione in termini di addestramento e di formazione interna ed esterna. La formazione avviene secondo percorsi stabiliti, formalizzati in apposite schede/check list. (MODH78\_0003PQ\_0008MT-CHECK-LIST\_DI\_FORMAZIONE)

#### **Assegnazione del tutor.**

Il tutor è individuato dal Direttore/CI-CT della U.O. in relazione al percorso di affiancamento da intraprendere in un dato periodo temporale ed in relazione alle condizioni organizzative in cui avviene l'addestramento del neoassunto/neo inserito. Il tutor viene possibilmente individuato tra gli operatori che risultano di livello 4 nello Stato di formazione del personale.

#### **La funzione del tutor è:**

- gestire, in collaborazione con il CI e CT/Direttore di U.O. o suo delegato, il percorso formativo attraverso la compilazione delle specifiche schede di addestramento.
- approfondire aspetti comportamentali /attitudinali che possono influire sulla gestione delle competenze assegnate all'operatore neoassunto/neo inserito durante le fasi di affiancamento

A fronte di una decisione finale di idoneità da parte della direzione, è di fatto colui che possiede gli elementi oggettivi e reali per descrivere lo stato di competenza raggiunto dall'operatore durante l'intero percorso di formazione

Il percorso di formazione dei neoassunti/neoinseriti si articola nelle seguenti fasi:

**Orientamento/inserimento:** in tale momento vengono presentati elementi comuni quali la normativa trasfusionale, le Linee Guida del Centro Nazionale Sangue, gli Standard professionali di Medicina Trasfusionale, i processi lavorativi, la tracciabilità, i sistemi gestionali in uso, elementi di gestione e prevenzione dei rischi in ambito trasfusionale. In questa fase, responsabilità dei CI e CT, del Direttore e del dirigente preposto alla sicurezza, è quella di garantire all'operatore la conoscenza della logistica in ottica di sicurezza e di corretta gestione degli eventi avversi per operatori e utenti (ubicazione e caratteristiche strutturali degli spazi, vie di fuga, estintori, allocazione dei presidi emergenza e acquisi-

zione dei percorsi organizzativi per la gestione dell'emergenza sanitaria e non)

**Addestramento/affiancamento:** è gestito tramite operatori della struttura stessa. L'operatore esperto nominato "Tutor" deve trasmettere al personale in addestramento tutte le informazioni teoriche ed operative necessarie per lo svolgimento dell'attività specifica e sovrintenderlo nell'esecuzione delle stesse. L'addestramento prevede la combinazione di istruzione, attività pratica ed esperienza. Al termine di questa fase il personale dovrà lavorare in autonomia e potrà ricorrere all'operatore esperto in caso di necessità.

**Approfondimento:** fase in cui l'operatore neo inserito non è più affiancato dal tutor e svolge in autonomia le attività affidategli e nel contempo completa il suo percorso con la conoscenza e l'applicazione di ulteriori percorsi specialistici non essenziali per lo svolgimento dell'attività lavorativa di base, ma che porteranno al raggiungimento del livello più alto di formazione nel campo specifico.

#### **Stato di formazione del personale e mantenimento delle competenze**

Il percorso di formazione del personale neoassunto/neoinserto è formalizzato e tracciato nel MODH78\_0002PQ\_0008MT-ADDESTRAMENTO\_DEL\_PERSONALE

La valutazione dello stato di formazione delle competenze avviene attraverso

I seguenti 4 livelli:

- Livello1 (D\_ dipendente): ha bisogno di training per effettuare il compito specifico
- Livello2 (A\_ assistito): ha bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico
- Livello3 (S\_ autonomo): è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione
- Livello4 (E\_ esperto): è competente per formare altri ad effettuare il compito specifico

La valutazione finale è effettuata dal tutor, che utilizza la scala di valutazione delle competenze, per attribuire al discente un punteggio di performance tra 1 e 4 cui corrispondente un livello di competenza di livello tra I e IV, e dal Responsabile della U.O., che attesta la conclusione del percorso formativo.

Tale valutazione è sintetizzata nel modulo di addestramento ed è firmato dall'operatore e dal responsabile. Qualora dalla valutazione emergesse che l'operatore non risulta autonomo nelle attività, si rende necessario un proseguimento dell'affiancamento, effettuando una revisione delle competenze.

Il Responsabile del Servizio per tenere sotto controllo lo stato di formazione di tutto il personale della U.O. utilizza la scheda MODH78\_0004PQ\_0008MT-STATO\_DI\_FORMAZIONE\_DEL\_PERSONALE che riassume l'elenco delle competenze necessarie allo svolgimento delle attività e l'elenco del personale dell'area organizzativa. In tale scheda le competenze non richieste agli operatori sono indicate con la dicitura "non prevista: NP". Per gli operatori per i quali è programmata la formazione in un tempo successivo si usa la dicitura "da formare: DF"

#### **Mantenimento delle competenze**

Il mantenimento delle competenze di base è garantito dalla turnazione /rotazione del personale nelle varie postazioni di lavoro. I criteri stabiliti sono esplicitati nel modulo MODH78\_0005PQ\_0008MT MANTENIMENTO DELLE COMPETENZE e vengono indicati con un indicatore numerico. I moduli di registrazione sono utilizzati per valutare annualmente il mantenimento delle competenze del personale, sia attraverso una autovalutazione dell'operatore, sia attraverso la valutazione del personale responsabile della U.O.

(MODH78\_0006PQ\_0008MT-VALUTAZIONE\_ANNUALE DELLE COMPETENZE).

Nella valutazione del mantenimento delle competenze vengono presi in considerazione anche i periodi di assenza e la valutazione delle non conformità, che impongono un *re-training*. Nel caso di lunghe assenze il *re-training* segue le stesse modalità di formazione del neo-inserito.

#### **Formazione continua e sua pianificazione**

La formazione degli operatori può avvenire mediante formazione interna, formazione esterna, formazione sul campo e altre modalità. Annualmente la U.O. effettua la pianificazione delle attività formative, classificabili in:

- ✓ Formazione di singoli operatori in attività specifiche (neoassunti/neo-inseriti, operatori che rientrano dopo un periodo di assenza, operatori che devono raggiungere autonomia in una specifica attività), a seguito di valutazione dello stato di competenze.
- ✓ Formazione specifica a fronte dell'introduzione di nuove procedure gestionali/operative o di revisioni di quelle esistenti (es. acquisizione di nuove tecnologie o attrezzature)
- ✓ Eventi formativi tenendo conto di: necessità formative obbligatorie (BLSD), rilevazione del fabbisogno formativo in sede di riesame della direzione, specifiche aree di competenza

Va sempre garantita la ricaduta formativa sul restante personale della U.O. dopo la partecipazione ad eventi congressuali al fine di condividere le più recenti evidenze scientifiche. Qualora emergano novità rilevanti e che possono determinare un cambiamento della operatività in essere nella U.O. il dirigente che ha partecipato all'evento è tenuto a chiedere ed elaborare la modifica delle procedure esistenti.

- 
- Check list autovalutazione competenze personale neo-arruolato - MODT10\_0005
  - Check list autovalutazione dirigenti ricercatori- MODT10\_0006  
(presso U.O. IMMUNOLOGIA)

Nel 2020 l'U.O. Immunologia ha formalizzato ed avviato l'utilizzo di due *Check List* per la valutazione delle competenze del personale neo-arruolato e personale Dirigente Ricercatore.

- Percorso di inserimento dell'infermiere all'interno del Dipartimento Ginecologico e Percorso Nascita -IODGN\_0118
- Scheda di valutazione dell'inserimento dell'infermiere all'interno del dipartimento ginecologico e percorso nascita – MODDGN\_0118  
(presso DIPARTIMENTO GINECOLOGICO E PERCORSO NASCITA)

L'Istruzione Operativa definisce le responsabilità e le modalità operative di accoglimento, formazione, pre-valutazione, integrazione con l'equipe e valutazione

	<p>del personale infermieristico, all'interno del Dipartimento Ginecologico-Percorso Nascita.</p> <p>Il percorso preso in considerazione è di tipo "standard" e può essere modificato e personalizzato in base al <i>background</i> dell'infermiere ed alle sue capacità di raggiungere più o meno rapidamente gli obiettivi previsti.</p> <p>Il percorso, di cui qui si espone unicamente citazione, ha i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- garantire la qualità delle prestazioni erogate dall'U.O.</li> <li>- facilitare il mantenimento di un gruppo di lavoro integrato e coeso, che fornisca nuovi stimoli, renda consapevoli gli operatori del ruolo all'interno dell'equipe assistenziale</li> <li>- favorire l'arricchimento delle competenze dei singoli operatori e la responsabilizzazione rispetto al processo di presa in carico e cura</li> <li>- garantire la copertura di diverse postazioni di lavoro da parte di un maggior numero di operatori</li> <li>- aumentare l'oggettività della valutazione della <i>performance</i></li> </ul> <p>Il percorso di accoglimento prevede il supporto dell'operatore da formare, da parte di un infermiere "facilitatore" competente. La Scheda di valutazione MODDGN_0118 è lo strumento di registrazione dei dati raccolti, in modo estremamente dettagliato.</p> <hr style="width: 20%; margin: 20px auto;"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Scheda verifica delle competenze mediche ed aggiornamento annuale – MODU704_0043 (presso S.S. FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA)</li> </ul> <p>Nel 2020 la S.S. FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA (FRU) ha formalizzato ed avviato l'utilizzo della SCHEDA per la valutazione delle competenze del personale medico.</p>
<p>F8 Educazione terapeutica al paziente e caregiver</p>	<p><b>Educazione terapeutica al paziente e caregiver</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 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. Come esposto in precedenza le informazioni necessarie al paziente per una scelta consapevole riguardo la procedura o intervento che gli viene proposta, sono disponibili nel sito web del Policlinico al link: <a href="http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/informative-per-procedure-sanitarie.html">http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/informative-per-procedure-sanitarie.html</a>.</li> </ul>

- Il sito del Policlinico ha una pagina dedicata al Percorso nascita con le informazioni utili alle future e neo mamme:

<http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/percorso-nascita.html>



Dal concepimento al puerperio. Un periodo intenso e delicato, ricco di emozioni e talvolta di paure, che apre orizzonti nuovi per la coppia, in particolare per la donna, e che simboleggia la *primavera* della vita.

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'eccezione.

Sono elencate ed esposte le informazioni necessarie alla futura mamma riguardo:  
Le visite consigliate- Stili di vita in gravidanza - Psicologia in gravidanza - Corso di accompagnamento alla nascita - Incontri con Neonatologo e Anestesista - Cosa mettere in valigia - Orario di visita - Il parto - Neonato appena nato - Neonato Fisiologico - Donazione sangue cordonale -Puerperio.

- Ulteriori elementi utili per l'educazione terapeutica del paziente e del *caregiver* sono rappresentati da pieghevoli e libretti informativi. Pazienti e familiari, possono consultare questo tipo di documentazione nel reparto di afferenza e cura. I pieghevoli/ libretti informativi sono finalizzati a facilitare l'orientamento nel percorso di cura e assistenza post-dimissione, oltre che per fornire un riferimento nella gestione dei dispositivi che spesso il paziente deve utilizzare. Si citano solo alcuni dei temi affrontati nei pieghevoli destinati all'educazione terapeutica del paziente e del *caregiver*:
- lesioni da pressione-informazioni per assistiti e familiari nella prevenzione dell'insorgenza delle lesioni da pressione"
  - contenere gli episodi di violenza
  - ambulatorio a gestione infermieristica ulcere cutanee complesse padiglione dermatologia sociale piano terra
  - poster\_hai\_lavato\_le\_mani- patogeni a trasmissione da contatto: come evitare di diffonderli
  - poster\_informazioni\_visitatori\_di\_pazienti\_con\_misure\_di\_isolamento\_utili\_e\_terapia\_sub\_intensiva.
  - precauzioni da contatto "C"
  - "informazioni utili per la persona sottoposta a laringectomia totale" - assistenza ed educazione terapeutica al paziente laringectomizzato o portatore di tracheotomia, afferente al PDTA della patologia oncologica del distretto cervico-facciale".

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

<b>S1.7 Raccomandazione 7 – Mar. 2008</b> <i>Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate:  Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [ ]   SI [X] NO [ ] SI [X] NO [ ] SI [X] NO [ ] SI [X] NO [ ]	
<b>S1.8 Raccomandazione 8 – Nov. 2007</b> <i>Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate:  Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [ ]   SI [X] NO [ ] SI [X] NO [ ] SI [X] NO [ ] SI [X] NO [ ]	
<b>S1.9 Raccomandazione 9 – Apr. 2008</b> <i>Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate:  Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [ ]   SI [X] NO [ ] SI [X] NO [ ] SI [X] NO [ ] SI [X] NO [ ]	
<b>S1.10 Raccomandazione 10 – Sett. 2009</b> <i>Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate:  Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [ ]   SI [X] NO [ ] SI [X] NO [ ] SI [X] NO [ ] SI [X] NO [ ]	
<b>S1.11 Raccomandazione 11 – Genn. 2010</b> <i>Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate:  Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [ ]   SI [X] NO [ ] SI [X] NO [ ] SI [X] NO [ ] SI [X] NO [ ]	

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

## S2 Sviluppo di buone pratiche

### S2.1 Audit Clinici accreditati ECM

- Audit Clinici
- **NET 2016-02363853 del Ministero della Salute**

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

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

**AIM1:** Valutare in che misura le differenze sulla sopravvivenza tra i Registri Tumori Italiani e i Registri inclusi nel database SEER (US) sono correlate con le differenze di mortalità, dopo aggiustamento per l'incidenza. Coordinato e svolto dalla U.O. Epidemiologia Clinica dell'Ospedale Policlinico San Martino.

**AIM2:** Valutare se la qualità dell'assistenza oncologica in un campione random di casi di cancro diagnosticati nella Rete Oncologica Ligure è correlata con la sopravvivenza nel paziente individuale o nel centro che ha in carico il paziente. Coordinato e svolto dal Dott. Giovanni Orengo.

**AIM3:** Sviluppare un Sistema di indicatori di processo per monitorare la performance clinica delle strutture coinvolte in un caso di studio, vale a dire il follow-up per condizioni croniche in sopravvissuti a lungo termine da tumori pediatrici. Coordinato e svolto dall'Ospedale Giannina Gaslini.

L'intero progetto NET ha una durata di 3 anni, con data finale Luglio 2020 (inclusi i 4 mesi di posticipo determinati per l'emergenza COVID). Il Gruppo di Lavoro è composto da: Dott. G. Orengo, Dott.ssa L. del Mastro, Dott. L. Boni, Dott.ssa L. Bonelli, Dott. P. Pronzato, Dott.ssa. B. Cardinale, Dott.ssa M. Zacconi, Dott.ssa N. S. Diaz Gaitan.

**Obiettivi generali:** valutare la qualità complessiva dell'intero percorso di cura analizzando le performance cliniche e l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse per ciascuno dei seguenti momenti: screening, diagnosi, trattamento, esiti follow-up e fine vita.

**Obiettivi Specifici:**

1.Valutazione della qualità delle cure offerte in ambito oncologico (campione: casi di cancro diagnosticati e trattati all'interno della rete oncologica ligure);  
2.Correlazione della qualità delle cure con i dati di sopravvivenza (a livello di singolo pz. e di centro di cura); per valutare la qualità si determinerà un «Overall Quality Score» da assegnare ad ogni caso di tumore da confrontare con i dati di sopravvivenza.

3.Validazione della sopravvivenza da tumore quale reale misura della qualità

delle cure prestate e delle performance cliniche.

**Disegno dello studio:** Osservazionale retrospettivo.

**Popolazione dello studio:** Inizialmente sono state scelte come tipologie di tumore da valutare: Mammella, Polmone, colon-retto e Ovaio. In un secondo momento sono stati esclusi il tumore al polmone per l'impossibilità della fase di screening e il tumore all'ovaio per la scarsa casistica.

#### **MATERIALI E METODI**

**Fase1.** La valutazione della fattibilità e validità dei protocolli di audit e del sistema di *scoring* è stata analizzata su un primo campionamento randomizzato di 50 casi, applicati alle seguenti tipologie di tumori: Mammella, Colon e Retto. I casi selezionati corrispondono a casi diagnosticati nel 2012 all'interno del Policlinico S. Martino, con una distribuzione dei casi consona alla tipologia di cancri scelti.

**Fase2.** In accordo ai risultati della fase I, si prevede di definire per ogni tipologia di cancro un protocollo di Audit per applicare gli indicatori proposti e l'*Overall Quality Score* identificati durante la fase I, in modo da poter confrontare la qualità del percorso con i dati di sopravvivenza.

- Avanzamento lavori relativi all'Audit Clinico prospettico: "Informazione e Consenso"

La prima Fase dell'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 e 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, 137 Medici in formazione Specialistica e 114 Medici. La raccolta dati si è conclusa nel Luglio 2019 e la successiva elaborazione dei risultati ha permesso di individuare e condividere le possibili Azioni di Miglioramento esposte nella precedente relazione dell'Unità di Gestione del Rischio (anno 2019). Delle azioni individuate si segnala la realizzazione di un Corso FAD (obbligatorio) riguardo alla legge 219/2017, la cui erogazione a tutti i dipendenti del Policlinico è prevista per i primi mesi del 2021.

- Avanzamento lavori relativi all'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. L'Audit Clinico avviato nel 2017, ha portato all'individuazione ed implementazione di Azioni di Miglioramento implementate, da parte del personale del Dipartimento Ginecologico e Percorso Nascita, di cui si è effettuata valutazione nella seconda fase dell'Audit Clinico oggetto della proposta di emendamento al Protocollo di Studio, appro-

	<p>vato dal Comitato Etico Regione Liguria. Questa fase ha registrato un ritardo nell'avvio della raccolta dati di circa 2 mesi, dovuto alle discordanze nelle variabili raccolte nel primo audit confrontate con le variabili proposte nella nuova cartella elettronica e fonte dei dati del re-audit, per cui la data reale di avvio è stata spostata per il 01 Dicembre 2019, prevedendo come data finale della raccolta dati il 31 Maggio 2020. La situazione di emergenza sanitaria per COVID-19, ma soprattutto la diversità dei database del primo audit riguardo al re-audit e la mancata completa compilazione di tutti i campi proposti dalla nuova cartella elettronica, hanno determinato un rallentamento delle attività di analisi che sono ancora in corso, in particolare, la valutazione della appropriatezza dei tagli cesarei.</p>
<p><b>S2.2.</b> Sicurezza/Accuratezza nella compilazione documentale</p> <p><b>S2.2.1</b> Attività di verifica della compilazione della cartella clinica</p> <p><b>S2.2.2</b> Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori in terapia</p>	<p><b>Sicurezza/Accuratezza nella compilazione documentale</b></p> <p>All'interno del Policlinico è in uso la Cartella Clinica Elettronica (CCE) che rappresenta lo strumento al momento 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 <i>Day Hospital</i> nel giugno 2018. Il percorso nel 2019 ha previsto l'attivazione della Cartella Clinica Elettronica per tutta l'attività ambulatoriale.</p> <p><b>Verifica della compilazione della cartella clinica</b></p> <p>Si verifica l'adeguatezza della compilazione della cartella clinica in sede di Audit Interno di Sistema Gestione Qualità, monitorando l'adeguatezza della compilazione della cartella clinica in tre cartelle chiuse (di pazienti dimessi negli ultimi sette giorni antecedenti l'Audit Interno), ed in sede di Audit Interno condotto in sinergia con l'UO Farmacia.</p> <p>Nel 2020 la verifica dell'adeguatezza della compilazione della cartella clinica in tre cartelle chiuse è stata effettuata da remoto.</p> <p><b>Scheda Terapeutica Unica</b></p> <p>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).</p> <p>Il Policlinico ha da tempo adottato un approccio proattivo alla gestione del rischio clinico per affrontare il problema dell'errore in terapia e quindi della sicurezza dei pazienti, predisponendo iniziative finalizzate all'innalzamento del livello di sicurezza delle cure: si effettuano Corsi di formazione e aggiornamento, si effettuano valutazioni della corretta compilazione delle prescrizioni ed avvenute somministrazioni con la verifica di cartelle cliniche durante gli Audit Interni di Sistema Gestione Qualità. Attraverso l'analisi</p>

<p>S2.2.3 Sicurezza in Sala Operatoria</p>	<p>FMECA, vengono mensilmente valutati gli indici di rischio per le seguenti attività: lettura del bracciale identificativo- lettura farmaco- farmaco non somministrato - conferme giornaliera.</p> <p>I report mensili sugli indici di rischio sono analizzati e confrontati per ottenere degli elaborati che permettano alla Farmacia di riportare i risultati utilizzando 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.</p> <p>Nel 2020 l'Ospedale Policlinico San Martino, proprio nell'ambito del progetto di distribuzione diretta dei farmaci, è risultato vincitore del Premio <i>Lean healthcare e lifescience Award 2020</i>, quale miglior progetto nell'ambito "Gestione dei Rischi Aziendali". Il progetto di distribuzione diretta del farmaco costituisce per tutto il Policlinico un grande impegno sia di personale sia in termini economici. Il lavoro iniziato nel 2014 con l'adozione del sistema prescrittivo "Sofia" per le terapie infettivologiche in caso di AIDS, esteso alle terapie per sclerosi e successivamente a tutto l'Ospedale, ha migliorato la gestione del rischio clinico, la tracciabilità, la rendicontazione dei flussi e le analisi effettuate sulla <i>compliance</i> e sulla prescrizione.</p> <p><b>Sicurezza in Sala Operatoria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>GOPO - Gruppo Operativo Percorso Operatorio</b></li> </ul> <p>Allo scopo di favorire una maggiore sicurezza del paziente in sala operatoria, il Policlinico ha adottato e realizzato un piano di unificazione delle Sale Operatorie in un unico polo realizzato nel nuovo edificio costruito a monte del padiglione Monoblocco. La Direzione strategica ha deliberato l'istituzione del <b>Gruppo Operativo Percorso Operatorio</b> (Delibera n.1183 del 25/06/2020) e le relative funzioni.</p> <p>Il Gruppo operativo è composto da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Direttore Dipartimento Emergenza e Accettazione che lo presiede e coordina</li> <li>▪ Direttore Dipartimento di Chirurgia</li> <li>▪ Direttore Dipartimento Cardio Toraco Vascolare</li> <li>▪ Direttore della UO Controllo di Gestione</li> <li>▪ Direttore della UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera</li> <li>▪ Direttore della UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accredit. e URP</li> <li>▪ Direttore della UO Direzione delle Professioni Sanitarie</li> <li>▪ Direttore della UO <i>Information and Communication Tecnology</i> che si avvale della S.S. Gestione Operativa</li> </ul> <p>Le funzioni che sono state attribuite al Gruppo Operativo Percorso Operatorio sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Supporto alla Direzione nell'individuazione delle linee di indirizzo strategico in ambito chirurgico</li> <li>▪ Pianificazione strategica dei volumi di attività e delle tipologie di casistica da trattare da parte delle diverse unità operative eroganti (UU.OO. Chirurgiche) tenuto conto anche dei volumi soglia stabiliti a</li> </ul>
--	--

livello nazionale e regionale

- Proposta di un modello organizzativo per la di “pulizia” delle attuali liste d’attesa delle diverse UU.OO. e per il periodico “recall” dei pazienti
- Supervisione del processo di “pulizia” nella fase di start up del nuovo modello organizzativo
- Attivazione delle procedure per la gestione informatizzata del Registro Unico di Prenotazione e per la generazione della lista
- Definizione del tracciato record che accompagnerà ogni paziente sull’applicativo “Ormaweb”
- Definizione del modello di gestione della pianificazione dell’accesso al pre-ricovero centralizzato in relazione alle classi di priorità della lista di attesa ed all’attività operatoria
- Elaborazione di un’Istruzione Operativa per la corretta alimentazione, gestione e manutenzione della lista di attesa chirurgica unica
- Definizione degli algoritmi per la gestione della lista di attesa
- Definizione di una Istruzione Operativa per la creazione settimanale delle liste operatorie (LL.OO.)
- Definizione dell’algoritmo per la creazione delle liste operatorie
- Redazione di un regolamento delle SS.OO. con indicatori per il monitoraggio della compliance dei professionisti alle regole di gestione delle SS.OO.
- Redazione di una relazione semestrale alla Direzione sullo stato di avanzamento del nuovo modello organizzativo, degli eventuali scostamenti e delle azioni correttive
- Monitoraggio annuale delle liste di attesa con adempimento del debito informativo verso Regione Liguria
- Governo della pianificazione delle Sale Operatorie

Oltre alla istituzione del GOPO sopra menzionata, allo scopo di favorire una maggiore sicurezza del paziente in sala operatoria in Istituto si adottano comportamenti definiti e regolamentati in Istruzioni Operative e ci si avvale della documentazione di controllo e registrazione di processo specifica.

In particolare nel 2020 si è revisionata la Scheda Peri-operatoria con inserimento della fase di *Time Out*. La diffusione della modifica apportata è stata supportata da incontri tra il Risk Manager ed i Direttori di Dipartimento, i Dirigenti Medici afferenti ai dipartimenti Emergenza e Accettazione, Chirurgia Generale, Cardio Toraco Vascolare, svoltisi nel 2020:

- il 19\_06\_2020 con Direttore di UO Clinica di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare,
- il 19\_06\_2020 con Direttore del Dipartimento di Emergenza e Accettazione ed i Dirigenti Medici del Dipartimento
- il 02\_07\_2020 con Dirigenti Medici ed i Coordinatori del Dipartimento Cardio Toraco Vascolare

Il documento è stato inoltre condiviso con i Coordinatori delle Sale Operatorie in data 16/12/2020.

Di seguito si cita la documentazione in uso:

- Scheda di Blocco Operatorio Medica ed Infermieristica per conteggio di

<p>S2.2.4 Consensi al trattamento dati sensibili</p>	<p>garze e strumenti MODULO_0125</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Scheda Peri-operatoria MODULO HSN_1029 Rev. 6 del 01/07/2020</li> <li>➤ Istruzione Operativa su Compilazione della <i>Check List</i> di Sala Operatoria IOAZHQA_0700 Rev.1 del 16/09/2020</li> <li>➤ Procedura per la corretta identificazione del paziente in sala operatoria</li> <li>➤ Procedura per la segnatura del sito/lateralità chirurgica</li> <li>➤ Software ORMAWEB (referto operatorio - Scheda di Blocco Operatorio Medica ed Infermieristica)</li> <li>➤ 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</li> </ul> <p><b>Consensi al trattamento dati sensibili</b></p> <p>I consensi al <b>Trattamento dei Dati sensibili</b> sono stati revisionati in ottemperanza a quanto definito dal Regolamento Regolamento UE 2016/679 Trattamento dei Dati Personali e Sensibili con Dossier Sanitario Elettronico DSE e ne è stata data comunicazione a tutto il personale attraverso incontri tenuti dal Responsabile della Protezione dei dati dell'Ospedale Policlinico San Martino (DPO) nel 2018 e nel 2019:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ incontri informativi con i Direttori di Unità Operative svolti nelle date: 16/04/2018- 17/04/2018</li> <li>▪ incontri con i Coordinatori Infermieristici e Tecnici svolti nelle date comprese tra il 11/06/2019 e 05/07/2018</li> </ul> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> <li>▪ fornire le conoscenze di base relative al tema del trattamento dati</li> <li>▪ comprendere i ruoli e le responsabilità nel sistema di gestione della sicurezza dei dati</li> <li>▪ acquisire e diffondere, nella struttura di appartenenza, la cultura della riservatezza e della tutela dei dati personali</li> <li>▪ conoscere le principali fonti di minacce e le contromisure da adottare a protezione dei dati.</li> </ul> <p>Argomenti del corso sono stati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 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</li> </ul>
--	--

<p>E Consensi Informati al trattamento Sanitario</p>	<p>➤ ANALISI DEI RISCHI E DELLE MISURE DI SICUREZZA, TUTELE RAFFORZATE-Misure tecniche e organizzative per garantire la sicurezza dei trattamenti</p> <p><b>Consensi Informati al trattamento Sanitario</b></p> <p>La fase di informazione del paziente riguardo il trattamento sanitario che gli viene proposto, costituisce tempo di cura (come espresso dalla L.219/2017) e all'interno del Policlinico sono in fase di revisione tutti i documenti "Informativa ad intervento/procedura". Sin dal 2014 si è intrapreso un percorso di revisione dei consensi a trattamenti sanitari in uso, per separare la parte informativa, anche dal punto di vista documentale, dalla fase di acquisizione del Consenso/Dissenso. <b>Nel 2020 i documenti revisionati sono 271 Informative a procedura/intervento. Nel 2019 il dato era di 225 informative revisionate.</b></p> <p>Questa separazione è volta a sensibilizzare tutti i professionisti ad una maggiore attenzione alla informazione del paziente come fase importante del processo terapeutico. La revisione degli attuali consensi prevede la separazione della parte "Informativa" dalla formula di "acquisizione del Consenso", condividendo le modifiche al testo con gli specialisti che erogano la procedura descritta e controllati dall' UO Gestione Rischio Clinico, per la validazione finale e pubblicazione nel <i>software</i> Isolabweb e nel sito web del Policlinico. Le Informative, come richiesto dalla L. 219/2017, art 1, c. 3 devono contenere requisiti specifici quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicazioni terapeutiche a quella specifica procedura/intervento</li> <li>-Descrizione della Procedura</li> <li>-Rischi e percentuale di rischio e complicanze (ragionevoli e da letteratura)</li> <li>-Rischi conseguenti al "Non Sottoporsi" alla procedura proposta</li> <li>-Alternative terapeutiche possibili</li> <li>-Percentuale di casistica e complicanze di unità operativa e di tipo personale</li> <li>-Bibliografia</li> </ul> <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:</p> <p><a href="http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/informative-per-procedure-sanitarie.html">http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/informative-per-procedure-sanitarie.html</a>.</p>
<p>S2.3. Corretta identificazione del paziente</p>	<p><b>Corretta identificazione del paziente</b></p> <p><i>Il Risk Manager</i> anche nel corso del 2020, ha richiamato l'attenzione di Direttori, Coordinatori, Infermieri di Sala Operatoria 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</p>

per evitare che si verifichino eventi indesiderati/avversi/sentinella.

Riferimenti:

- Racc.ne Min. Salute N.1/2008 - Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio
- Racc.ne Min. Salute N.2/2008 - Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
- Racc.ne Min. Salute N.3/2008 - Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura
- Racc.ne Min. Salute N.5/2008 - Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
- Racc.ne Min. Salute N.7/2008 - Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
- Racc.ne Min. Salute N.14/2012 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici
- Racc.ne Min. Salute N.18/2018 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli
- Istruzione Operativa Aziendale "Utilizzo della procedura Read back - Repeat back"
- IOAZHQA\_0112 Procedura "read-back /repeat back" Rev. 1 del 05/08/2019
- Decreto Ministeriale 02/11/2015 Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti. (15A09709) (G.U. Serie Generale, n. 300 del 28 dicembre 2015).

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

#### ▪ Il Sistema dei Doppi Controlli

Il sistema dei doppi controlli è descritto nel documento IOAZHQA\_0709 rev 0 del 08/02/2019. Il doppio-controllo si applica quando i controlli devono essere svolti nell'immediata vicinanza dell'effettuazione della prestazione oggetto del doppio controllo. L'ambito di applicazione è rappresentato da:

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

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

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Gestione terapia trasfusionale_nelle_unita' cliniche</b>  La Gestione della terapia trasfusionale nelle_unita' cliniche è descritta nel documento IOAZH78_0158- rev 1 del 11/12/2019. Lo scopo di questa procedura è di assicurare che tutte le attività siano svolte in condizioni di controllo, nel rispetto della normativa in vigore (DM 2/11/2015 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti “), ai fini della prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione, dalla fase di prelievo dei campioni per le indagini pre-trasfusionali fino al momento della trasfusione. La procedura si applica alla gestione della terapia trasfusionale in regime di ricovero ordinario e di <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).</li>   <li>▪ <b>Corretta identificazione del paziente tramite braccialetto identificativo</b>  La Corretta identificazione del paziente tramite braccialetto identificativo è descritta nel documento IOAZHQA_0033 rev 0 del 04/01/2018 che definisce l’utilizzo del braccialetto identificativo ed il sistematico accertamento dell’identità del paziente, in tutti i punti critici del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, quali efficaci misure preventive, al fine di evitare errori legati ad un potenziale scambio di persona (Raccomandazione del Ministero della salute n° 3). Ogni paziente, al momento del ricovero deve essere dotato del braccialetto identificativo. E’ necessario informare il paziente in merito alle finalità del braccialetto (identificazione e rintracciabilità) e all’obbligo di tenerlo sino alla dimissione. Per la compilazione del braccialetto identificativo, è raccomandato interrogare direttamente il paziente, se le sue condizioni lo consentono, con le domande: “Come si chiama? Quando è nato?”. In caso il paziente, per la propria condizione clinica, non fosse in grado di rispondere alle domande poste, è necessario coinvolgere i familiari o altre persone in grado di rispondere con certezza.</li> </ul>
S2.4. Prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza	<p><b>Prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza</b></p> L’Ospedale Policlinico San Martino adotta, in tempo ordinario, diverse procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), messe in atto dal personale sanitario aziendale. A partire dal 2014, l’Unità Operativa Igiene, su mandato del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) aziendale, e in collaborazione con l’Unità Operativa Clinica Malattie Infettive, effettua, con cadenza almeno annuale, uno studio di prevalenza puntuale delle ICA e del consumo di antibiotici basato su una metodologia standardizzata elaborata

dall'ECDC e in grado di consentire il confronto dei dati rilevati in *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.

- Sorveglianza degli operatori sanitari per prevenire la diffusione del contagio da patologia COVID-19 - Medicina del Lavoro

Durante il 2020 data l'emergenza sanitaria per COVID-19 l'UO Medicina del Lavoro ha gestito un numero di accessi ai propri ambulatori ben superiore rispetto alla normale attività,

- sia per l'esecuzione delle visite preventive e degli esami richiesti per l'idoneità all'assunzione in emergenza
- sia per le richieste di presa in carico che provenivano dal personale in servizio, sintomatico e asintomatico entrato in contatto con pazienti Covid.

Si è reso necessario attivare una serie di gruppi di lavoro, di strutture e di iniziative che sono state progressivamente adeguate in funzione dell'evoluzione della situazione e che sono il frutto di un intenso lavoro di squadra.

Nella prima fase di grande afflusso iniziata il **9 marzo**, si è reso necessario attivare tempestivamente:

- un settore dedicato all'ambulatorio per le visite e gli esami di idoneità del personale in assunzione, che nel minor tempo possibile restituisce il parere di idoneità; tale struttura, che ha accolto fino a 80 persone in una sola giornata (alcuni delle quali, anche provenienti dalle RSA, si presentavano alla visita con sintomi assimilabili a patologia da Covid-19), ha attivato immediatamente: i flussi separati in entrata/uscita, il triage all'accesso, il distanziamento nelle sale di attesa e la distribuzione degli ausili di sicurezza a che ne fosse sprovvisto;
- un ambulatorio ad accesso diretto dedicato al personale già in servizio che esegue i tamponi ai soggetti con sintomatologia e prescrive la quarantena in attesa dell'esito del tampone;
- la sorveglianza nei reparti del personale asintomatico in contatto con pazienti Covid, attraverso un modulo di automonitoraggio.

Successivamente, **a partire dal 21 di marzo**, ha iniziato a manifestarsi l'esigenza di "stadiare" il personale e pertanto:

- sono state allestite due ambulanze operate da gruppi di volontari non in attività (UO di Foniatria e della Clinica Dermatologica) e gestite dalla direzione della Medicina del Lavoro che, muovendosi dall'estremo ponente al levante della provincia e nell'entroterra, effettuavano tamponi, sierologia e monitoraggio (attraverso apposito modulo) al domicilio dei

dipendenti posti in quarantena, o che sviluppavano la sintomatologia fuori dell'orario di lavoro, che la ASL non riusciva a raggiungere in tempi adeguati;

- nel contempo, verso la **fine di marzo**, si è iniziato ad eseguire a tappeto la sierologia sui 5.000 dipendenti in servizio nei reparti, secondo scaglioni di priorità definiti sulla base di un indice di rischio presunto ottenuto dai dati delle SDO e misurato in giornate di degenza Covid, e sul personale impiegato nelle U.O. non degenziali, seguita da un secondo livello di monitoraggio con tampone.
- Infine, a partire **dal 6 di aprile**, a fronte dell'ordinanza emessa dalla Regione Liguria che autorizzava i soggetti in quarantena a lasciare il domicilio per effettuare i tamponi, per ovviare ai tempi di attesa e consentire al personale guarito di rientrare in servizio, l'ospedale ha approntato in 24 ore una postazione drive-through, mantenendo contestualmente una delle due "squadre mobili" sul territorio. Complessivamente sono stati effettuati 4.014 tamponi su 2.517 dipendenti (quasi il totale della popolazione effettivamente esposta), ottenendo un tasso di positività pari al 7% della popolazione testata (dati al 9 di luglio)

**Dalla metà di agosto** è iniziato uno screening mediante tampone con test molecolare di tutto il personale al rientro dalle ferie o comunque dopo assenza pari ad almeno una settimana e, con l'insorgenza della seconda ondata di contagi, lo screening è stato capillare nei confronti di tutto il personale che ha avuto un contatto con un caso sospetto o confermato; i test sono stati effettuati direttamente in reparto se dedicato all'assistenza, presso l'ambulatorio ad accesso diretto della Medicina del lavoro per le altre strutture; è proseguita inoltre l'attività di esecuzione tamponi tramite postazione drive-through per i soggetti sintomatici e per i controlli al termine della quarantena. In questa seconda fase sono stati effettuati oltre **17.600 tamponi ai dipendenti con un tasso di positività variabile dal 4% al 5% a seconda della settimana testata (dati al 30 novembre)**.

Di fondamentale importanza è la lettura dei dati relativi agli accertamenti mediante procedure informatizzate vista la grande mole di informazioni altrimenti di difficile se non impossibile gestione.

Il sistema, sviluppato in proprio, produce in tempi brevissimi un *focus* sui riscontri positivi, l'analisi dell'evoluzione degli stessi mediante i controlli, l'elenco del personale negativizzato per il quale è possibile il rientro e la lettura epidemiologica del fenomeno: numero di test effettuati ed esiti, suddivisione per reparto e mansione, trend di incidenza settimanale e prevalenza giornaliera dei positivi, mappatura dei casi nell'ospedale.

L'attività routinaria di sorveglianza sanitaria è proseguita secondo le direttive ministeriali dando la precedenza alle visite di assunzione ed a quelle su richiesta. E' stato altresì implementato un database relativo alle principali cronicità presenti nella popolazione sottoposta a sorveglianza che è in corso di progressiva alimentazione ed è funzionale alla gestione organica dei soggetti fragili.

- **Protocollo per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus**

	<p style="text-align: center;"><b>COVID-19</b></p> <p>(IOAZHPP_0019SGSL)</p> <p>Durante il 2020 data l'emergenza sanitaria per COVID-19, l'UO Servizio Prevenzione e Sicurezza ha redatto e diffuso il Protocollo contenente le indicazioni per il contrasto e contenimento della diffusione del Sars Cov-2. In particolare si espongono nel documento le condizioni in cui il lavoratore non è ammesso all'interno del Policlinico. Tra le informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'obbligo di restare a casa con temperatura corporea oltre 37.5 °C. In presenza di febbre (oltre i 37.5 °C) o altri sintomi influenzali vi è l'obbligo di rimanere al proprio domicilio e di chiamare il proprio medico di famiglia e l'autorità sanitaria.</li> <li>• la consapevolezza e l'accettazione di non poter entrare o permanere nei luoghi di lavoro, e di doverlo dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo: sintomi di influenza, temperatura, etc. Le dichiarazioni rilasciate dal lavoratore verranno trattate nel rispetto della disciplina sulla privacy.</li> <li>• l'impegno a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e del datore di lavoro nel fare accesso sui luoghi di lavoro. In particolare: mantenere la distanza di sicurezza, osservare le regole di igiene delle mani e tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene.</li> <li>• l'impegno di comunicare la necessità di dover informare tempestivamente e responsabilmente il proprio Datore di Lavoro o un suo Rappresentante della presenza di qualsiasi sintomo influenzale durante l'espletamento della prestazione lavorativa, avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti.</li> </ul> <p>Inoltre il documento riporta le informazioni sulle misure adottate per contrastare il contagio, in particolare sul corretto utilizzo dei DPI sull'igienizzazione delle mani e sulle manovre di sanificazione tramite video esplicativi, circolari, formazione, addestramento ecc.</p>
<p>S2.5. Igiene delle mani</p>	<p><b>Igiene delle mani</b></p> <p>Tutte le attività di diffusione delle indicazioni per una corretta igiene delle mani, rivestono un ruolo importante nel contrastare la diffusione dei contagi da COVID-19. Nell'ambito dell'educazione all'igiene delle mani infatti, sono molteplici le attività di diffusione delle informazioni ed indicazioni comportamentali da parte dell'UO Igiene. Il personale sanitario è tenuto a seguire le indicazioni espresse nelle Istruzioni 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.</p> <p>Allegati:  MODAZU76_0072-Poster_hai_lavato_le_mani  MODAZU76_0053-  Patogeni_a_trasmissione_da_contatto_come_evitare_di_diffonderli</p>

	<p>IOAZU76_0027-Il_lavaggio_chirurgico_delle_mani  IOAZU76_0008-Il_lavaggio_antisettilco_delle_mani  IOAZU76_0007-Il_lavaggio_sociale_delle_mani  IOAZU76_0006-La_frizione_alcolica_delle_mani</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adozione e monitoraggio attraverso indicatori (es. consumo di soluzione a base alcolica) delle procedure per il lavaggio delle mani</li> </ul> <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.</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. Nel 2020 la situazione di emergenza sanitaria Covid-19 ha modificato ulteriormente i comportamenti e conseguentemente i dati sono in costante evoluzione.</p>
<p>S2.6. Prevenzione e gestione cadute</p>	<p><b>Prevenzione e gestione cadute</b></p> <p>Si è rilevato che la presenza di letti ad altezza variabile e a massima movimentazione verso il pavimento rappresenta un fattore protettivo per il verificarsi dell'evento caduta. Si è prevista l'acquisizione di letti ad altezza variabile con il Piano triennale 2018-2020 per un totale di 640 letti. In particolare, nel corso del 2018, è stata effettuata la consegna dei primi 316 nuovi presidi in 15 UUOO e <b>nel 2020 sono stati acquisiti 180 letti</b>. Per quanto riguarda la diffusione di</p>

	<p>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”.</p> <p>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 (rev.1 del 26/03/2018), da mettere in atto alla presa in carico di ogni paziente, soprattutto quando a rischio di caduta <math>\geq 2</math> secondo la scala di <i>Conley</i> e, in generale, quando sono presenti fattori che predispongano il paziente a un aumentato rischio.</p> <p>E’ inoltre disponibile ed in vigore l’Istruzione Operativa IOAZHOR_0073 (rev.3 26/03/2018) che ha lo scopo di fornire indicazioni a tutti gli operatori sanitari del Policlinico per ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione e/o la durata della loro applicazione ed eventualmente renderne appropriato l’utilizzo - aumentare l’adozione di misure alternative di efficacia provata - ridurre gli eventuali eventi avversi correlati al loro uso - definire le situazioni da non considerare come atti contenitivi. Inoltre, appare opportuno informare il personale sanitario sull’importanza della compilazione puntuale e completa della scheda di segnalazione, allo scopo di poter basare l’analisi degli eventi su dati completi e attendibili.</p>
<p>S2.7. Prevenzione della contenzione fisica</p>	<p><b>Prevenzione della contenzione fisica</b></p> <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. Ogni misura contenitiva è sia un atto terapeutico e come tale <b>deve avvenire nel rispetto della dignità della persona</b>, 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><b>La contenzione è dunque ammessa e disciplinata per “stato di urgenza o di necessità”.</b></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 mi-</p>

sura 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 *Riker Sedazione-Agitazione (SAS)*, applicare il mezzo contenitivo stabilito e registrare tale attività sulla Scheda applicazione temporanea/prescrizione contenzione fisica (MODAZHOR\_0073 rev. 2 del 04/10/2019).

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:

- riportare la motivazione e il tipo di contenzione scelto,
- indicare il limite temporale in cui una rivalutazione può determinarne una proroga o una sospensione.

### **Soluzioni alternative alla contenzione**

Prima dell'applicazione delle misure contenitive e comunque al fine di ridurle, occorre considerare la possibilità di soluzioni alternative.

La lista seguente ha valore elencativo, poichè alcune pratiche (*es. la reality-orienting therapy - ROT*) sono purtroppo spesso inapplicabili in ambiente ospedaliero:

- Richiedere e favorire la presenza di un *care-giver* 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, possibili cause di insonnia, quali: tosse, dispnea, dolore, fame, sete, stipsi, bisogno di igiene personale o di cambiare posizione.
- 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.

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.

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.

Allegato: IOAZHOR\_0073 Rev3-26/03/2018 "La contenzione fisica o meccanica e gli ausili protettivi per pazienti ricoverati in ambito non psichiatrico"

<p>S2.8. Prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP)</p>	<p><b>Prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP)</b></p> <p>All'interno del Policlinico è operativo il "Nucleo Operativo Permanente Lesioni Cutanee", che ha funzioni di supporto per tutte le problematiche aziendali inerenti le lesioni cutanee (pertanto anche quelle da pressione) ed è il riferimento per le consulenze infermieristiche al letto degli assistiti di tutti i reparti di degenza.</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. Per istruire ed educare i pazienti all'autogestione, è disponibile il Modulo "Educazione all'autogestione delle lesioni cutanee", che contiene tutte le informazioni da fornire all'assistito ed ai suoi familiari per il trattamento a domicilio e per il mantenimento del suo livello di autonomia.</p> <p>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. 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 stato pubblicato il 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.</p> <p>Gli obiettivi formativi sono stati i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sviluppare conoscenze e competenze inerenti la prevenzione, la valutazione e la gestione delle lesioni da pressione, sulla base delle linee guida in vigore</li> <li>▪ uniformare gli interventi assistenziali di trattamento delle lesioni da decubito</li> <li>▪ migliorare le prestazioni infermieristiche, attraverso l'adozione di una pratica standard documentata</li> <li>▪ ottimizzare l'uso di ausili/presidi e di dispositivi di medicazione forniti dall'azienda.</li> </ul>
<p>S2.9 Gestione del dolore</p>	<p><b>Gestione del dolore</b></p> <p>In Istituto le indicazioni relative alle modalità di rilevazione del dolore sono espresse in documenti aziendali, quali:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IOAZHPS_1023 MONITORAGGIO DEL DOLORE,</li> <li>• LGUA1_0009 Nuove linee guida dolore- delirio-agitazione in terapia intensiva</li> <li>• MODAZHQA_0014 Scala Algoplus</li> <li>• MODAZHQA_0019 Scala per misurazione dolore Panaid</li> </ul> <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 monitoraggio o nel sistema di prescrizione SOFIA. La misurazione del dolore deve essere effettuata di norma 3 volte al giorno e comunque allorchè intervengono eventi che modificano la situazione clinica, o su segnalazione del paziente (o care giver/familiare) per presenza di dolore, o dopo un intervento sanitario, interventi diagnostici e terapeutici invasivi che siano stati dolorosi, o dopo la somministrazione del <i>rescue dose</i>.</p>
<p>S2.10 PDTA Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali</p>	<p><b>PDTA Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Recepimento DIAR</b></li> </ul> <p>Recepimento di quanto previsto dalla <b>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"</b> allo scopo di superare la frammentazione assistenziale e l'autoreferenzialità a favore della presa in carico globale del paziente, della continuità delle cure e della condivisione ed uniforme applicazione di percorsi <i>evidence-based</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Disease Management Team e Gruppi Interdisciplinari di Patologia</b></li> </ul> <p><b>Il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento</b> (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 <i>Disease Management Team</i> (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 <b>ridefinito l'assetto dell'attività Multidisci-</b></p>

**plinare 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)

▪ **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

## S2.11 Percorso nascita

### Percorso nascita

Come esposto in precedenza in questo report, l’Ospedale Policlinico San Martino nel periodo di emergenza sanitaria, è stato identificato quale HUB regionale per la gravidanza ad alta complessità assistenziale per la patologia materna, al fine di ottenere, mediante la centralizzazione, un’adeguata gestione delle nascite in donne SARS-COV-2 positive o sospette.

Sono state fornite, agli operatori del percorso nascita, indicazioni condivise ed univoche cui attenersi per l’assistenza alla donna gravida che presenti un quadro clinico-anamnestico compatibile con COVID-19 ed al suo bambino. In particolare, sono state previste le azioni necessarie a garantire la sicurezza della paziente, del bambino e degli operatori, nelle due modalità di accesso al reparto di Ostetricia e Ginecologia e della U.O. di Neonatologia, ovvero nei casi in cui:

- la donna si presenti spontaneamente, indirizzata dal ginecologo di fiducia o tramite trasporto con ambulanza al Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico
- la donna stessa o l’eventuale trasportatore si presenti alla porta esterna di accesso al PS e, tramite citofono, comunichi con l’infermiera, che applica la check list “Definizioni SARS-CoV-2 (MODAZHQA\_0020)” per la definizione di caso sospetto e/o di contatto stretto.

- **Modalità per garantire la presenza del partner in sala parto durante la pandemia COVID-19**

(IOAZDGN\_0003)

Pur attraversando l’emergenza sanitaria pandemica, l’evento del parto costituisce un momento di grande importanza nell’esperienza della donna e della coppia. La presenza del papà in sala parto rappresenta una scelta condivisa dalla coppia, in quanto permette di condividere in toto l’esperienza della nascita di un figlio e di sostenersi a vicenda. Questa esperienza rappresenta il completamento di un percorso condiviso: è il momento finale della gravidanza e l’inizio di una nuova vita. La presenza in sala parto del papà rappresenta un sostegno fisico e morale per entrambi. Per la mamma avere il proprio compagno vicino può essere rassicurante e regalarle energia. In alcuni studi, tra i quali uno recentissimo dell’aprile 2020 del *Royal Colleges* inglese, raccomanda la presenza di una singola persona asintomatica, scelta della donna, durante il travaglio ed il parto. All’interno del Policlinico sono state fornite le indicazioni necessarie agli operatori, coinvolti nelle diverse fasi del percorso nascita, mediante l’Istruzione Operativa IOAZDGN\_0003.

La presenza del partner, in sala parto, in questo periodo di pandemia da COVID-19 potrà realizzarsi solo previa l’adozione di tutte le misure di prevenzione necessarie, in modo da garantire la massima sicurezza dell’utenza e del personale sanitario. Prerequisito indispensabile alla presenza in sala parto del partner è rappresentato dalla condizione di negatività del tampone rinofaringeo per il Virus SARS-COV2 dei presenti.

Le indicazioni a cui il partner dovrà attenersi sono fornite dal personale sanitario:

- prima di entrare in sala parto il partner dovrà firmare un modulo informativo, illustrato dal personale sanitario, contenente le modalità comportamentali raccomandate da tenere all'interno della sala parto (MODAZDGN\_0003)
- il momento dell'ingresso in sala parto verrà stabilito dagli operatori sanitari, previa l'esecuzione del TRIAGE per COVID 19 in atto presso il Punto Nascita (MODAZHQA \_ 0020)
- l'accesso alla sala parto sarà consentito dopo avere indossato i Dispositivi di Protezione Individuali (DPI) (mascherina chirurgica da sostituire ogni tre ore, cuffia, camice monouso e calzari), secondo le modalità illustrate dagli operatori sanitari e previo un lavaggio accurato delle mani
- allo scopo di evitare un inappropriato consumo di DPI, non sarà consentito lasciare la sala parto per poi farvi rientro
- al suo interno verranno date le disposizioni per seguire al meglio e condividere il travaglio, a seconda delle modalità scelte dalla partoriente
- il partner potrà rimanere insieme alla diade madre-bambino anche nelle prime due ore del post-partum, ad eccezione di motivazioni cliniche-organizzative a giudizio del personale sanitario.

Come espresso anche nei report degli anni precedenti, il PDTA Percorso nascita è condiviso dalle UUOO Neonatologia, Ostetricia e Ginecologia.

Nel 2020 sono stati condivisi ulteriori documenti, quali espressione di modalità operative sinergiche, all'interno del Dipartimento Ginecologico e Percorso Nascita.

Di seguito si citano solo alcuni dei documenti prescrittivi condivisi dalle UU.OO. del Dipartimento:

- Protocollo per induzione al travaglio di parto - DOCPROCDGN\_0002 Rev.0 del 21/04/2020, che definisce le indicazioni, le controindicazioni e le modalità di gestione dell'induzione al travaglio di parto in aderenza alle linee guida e raccomandazioni nazionali e internazionali. Il Protocollo viene applicato nelle unità operative del Dipartimento Ginecologico e percorso nascita di questo Ospedale Policlinico.
- Percorso della donna Gravida con sospetto di COVID-19-IOAZDGN\_0001 Rev.1 del 29/05/2020, che fornisce agli operatori del percorso nascita indicazioni condivise ed univoche da utilizzare per l'assistenza alla donna gravida che presenti un quadro clinico-anamnestico compatibile con infezione da SARS-CoV-2.

Sono inoltre in vigore ed in uso i documenti aziendali:

- Protocollo comportamentale di sala parto con condizioni di benessere fetale soddisfacenti DOCPROCT28\_0001
- Protocollo Gestione del neonato con *distress* respiratorio DOCPROCH32\_0002
- Corretta gestione dello screening ecografico del neonato sano, a rischio

	<p>e con sospetta Displasia Congenita dell'Anca (DCA) DOCPROCH32_0011</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Raccomandazioni per la Nutrizione enterale del neonato pretermine DOCPROCH32_0020</li> <li>➤ Protocollo Il contatto pelle a pelle alla nascita PQH32_0002</li> </ul> <p>Il sito web del Policlinico ha una pagina dedicata al Percorso nascita con le informazioni utili alle future e neo mamme:  <a href="http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/percorso-nascita.html">http://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/percorso-nascita.html</a></p>
<p>S2.12 Buone pratiche AGENAS</p>	<p><b>Buone pratiche AGENAS</b></p> <p>Per il 2020 il Policlinico San Martino ha inviato ad Agenas <i>"Call for Good Practice"</i> Osservatorio Buone Pratiche, esperienze relative a tre Macrotemi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riorganizzazione dei percorsi clinico assistenziali messi in atto in fase di emergenza Covid-19</li> <li>• Riorganizzazione percorsi clinici assistenziali con l'esperienza implementata in tutte le aree assistenziali di degenza e ambulatoriali</li> <li>• Formazione, informazione e gestione degli operatori sanitari</li> </ul> <p>Di seguito si riporta il frontespizio delle tre Buone Pratiche <i>"Call for Good Practice"</i> Osservatorio Buone Pratiche. In allegato sono visibili i file completi.</p>

- Riorganizzazione dei percorsi clinico assistenziali messi in atto in fase di emergenza Covid-19.

Esperienza dell'area di Ginecologia, Ostetricia e Neonatologia in cui sono stati messi in atto specifici percorsi per la donna gravida in fase di emergenza sanitaria:

- Percorso della donna gravida con sospetto di COVID-19
- Presenza del partner in sala parto durante la pandemia COVID-19
- Informativa per la partoriente durante la pandemia COVID-19
- Altre attività implementate nel percorso nascita durante la pandemia



**Osservatorio Nazionale**  
delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Scheda per la rappresentazione dell'esperienza

#### LIVELLO

- Regione Liguria
- Ospedale Policlinico San Martino
- Dipartimento Ginecologico e percorso nascita

#### MACROTEMA

- Riorganizzazione percorsi clinico assistenziali

#### DESCRIZIONE DELL'ESPERIENZA DI RISPOSTA ALL'EMERGENZA COVID -19:

1. Percorso della donna gravida con sospetto di COVID-19 (IOAZDGN\_0001)
2. Presenza del partner in sala parto durante la pandemia COVID-19 (IOAZDGN\_0003)
3. Informativa per la partoriente durante la pandemia COVID-19 (MODAZDGN\_0004)
4. Altre attività implementate nel percorso nascita durante la pandemia COVID-19

#### 1. Percorso della donna gravida con sospetto di COVID-19 (IOAZDGN\_0001)

L'Ospedale Policlinico San Martino nel periodo di emergenza sanitaria, è stato identificato quale HUB regionale per la gravidanza ad alta complessità assistenziale per la patologia materna, al fine di ottenere, mediante la centralizzazione, un'adeguata gestione delle nascite in donne SARS-COV-2 positive o sospette. Sono state fornite, agli operatori del percorso nascita, indicazioni condivise ed univoche cui attenersi per l'assistenza alla donna gravida che presenti un quadro clinico-anamnestico compatibile con COVID-19 ed al suo bambino. In particolare, sono state previste le azioni necessarie a garantire la sicurezza della paziente, del bambino e degli operatori, nelle due modalità di accesso al reparto di Ostetricia e Ginecologia e della U.O. di Neonatologia, ovvero nei casi in cui:

- la donna si presenti spontaneamente, indirizzata dal ginecologo di fiducia o tramite trasporto con ambulanza al Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico
- la donna stessa o l'eventuale trasportatore si presenti alla porta esterna di accesso al PS e, tramite citofono, comunichi con l'infermiera, che applica la *check list* "Definizioni SARS-CoV-2 (MODAZHQA\_0020)" per la definizione di caso sospetto e/o di contatto stretto.

La redazione e condivisione del documento Istruzione Operativa IOAZDGN\_0001 ha permesso di fornire le indicazioni per gli operatori nelle diverse fasi di accesso al reparto:

- Riorganizzazione percorsi clinici assistenziali con l'esperienza implementata in tutte le aree assistenziali di degenza e ambulatoriali.

Esperienza riguardante la riorganizzazione delle modalità di gestione degli accessi dei pazienti ambulatoriali e ricoverati in regime ordinario/diurno durante emergenza COVID.



## Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

### LIVELLO

- Regione Liguria
- Ospedale Policlinico San Martino - Genova

### MACROTEMA

- Riorganizzazione percorsi clinici assistenziali

### DESCRIZIONE DELL'ESPERIENZA DI RISPOSTA ALL'EMERGENZA COVID -19

#### Riorganizzazione delle modalità di gestione degli accessi dei pazienti ambulatoriali e ricoverati in regime ordinario/diurno durante emergenza COVID.

Durante la prima fase dell'emergenza sanitaria pandemica, una delle prime criticità affrontate ha riguardato il monitoraggio e la gestione degli accessi all'interno dell'Istituto.

E' necessario premettere che, in condizioni ordinarie, il Policlinico è popolato ogni giorno da oltre diecimila persone fra operatori, pazienti e accompagnatori, fornitori e collaboratori esterni, studenti, tirocinanti, ecc.

Nel periodo di emergenza sanitaria Covid-19, l'attività ordinaria non è stata espletata, come da indicazioni regionali, e sono state garantite solo le prestazioni ambulatoriali con priorità Urgente (entro i 3 giorni) e Breve (entro i 10 giorni dalla richiesta).

Per contenere la diffusione del virus all'interno dell'Ospedale, si è definito un metodo per regolamentare gli accessi e identificare i pazienti sospetti per COVID all'ingresso in Ospedale.

E' stata redatta una istruzione operativa specifica e un modulo da utilizzare per la valutazione del paziente.

All'accesso del paziente in qualsiasi ambito dell'Istituto, dal giorno 03/03/2020\*, oltre al controllo della temperatura, viene utilizzato come strumento il MODAZHQA\_0020 per l'identificazione del caso sospetto.

Per i pazienti minori, fragili o non autosufficienti è permessa la presenza di un accompagnatore che viene sottoposto a triage e controllo della temperatura.

I contenuti della *check list* sono stati definiti in modo omogeneo per tutto il territorio regionale (Allegato 1).

Lo stesso strumento è stato adottato in Fase II\*\* nei *check point* predisposti nell'atrio di alcuni grandi padiglioni del Policlinico e nelle singole strutture e servizi ambulatoriali, a seguito dell'apertura graduale delle attività ambulatoriali sospese durante la fase I.

Il Policlinico si è dato una precisa organizzazione formalizzata nell'istruzione operativa IOAZHQA\_0019, riguardante oltre ai pazienti ambulatoriali anche i pazienti seguiti in regime di day hospital o ricovero ordinario, comprendendo i pazienti ricoverati per chirurgia oncologica, generale, cardio-toraco-vascolare e ostetrico-ginecologica (secondo i percorsi definiti nella procedura aziendale per la gestione delle attività chirurgiche durante la pandemia).

L'istruzione operativa comprende:

#### 1. Gestione del paziente all'accesso in ospedale

In previsione dell'accesso in Ospedale il paziente viene contattato telefonicamente, nei due o tre giorni precedenti l'accesso, per accertare le condizioni di salute ed escludere eventuale sospetto COVID o

- **Formazione, informazione e gestione degli operatori sanitari**
- Esperienza che riguarda le numerose attività svolte dalla UO Psicologia Clinica e Psicoterapia, che ha fornito supporto a tutto il personale impegnato nell'emergenza sanitaria, attraverso:
- attivazione di un numero telefonico, dedicato agli operatori del Policlinico e fruibile 7 giorni su 7, per l'effettuazione di colloqui psicologici anche in video chiamata;
  - pubblicazione sul portale del dipendente di tre presentazioni in *power point*, consultabili dagli operatori anche dall'esterno del Policlinico.



**Osservatorio Nazionale**  
delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

**LIVELLO**

- Regione Liguria
- Ospedale Policlinico San Martino Istituto di Ricovero e Cura a carattere Scientifico-Genova

**MACROTEMA**

- Formazione, informazione e gestione degli operatori sanitari

**DESCRIZIONE DELL'ESPERIENZA DI RISPOSTA ALL'EMERGENZA COVID-19**

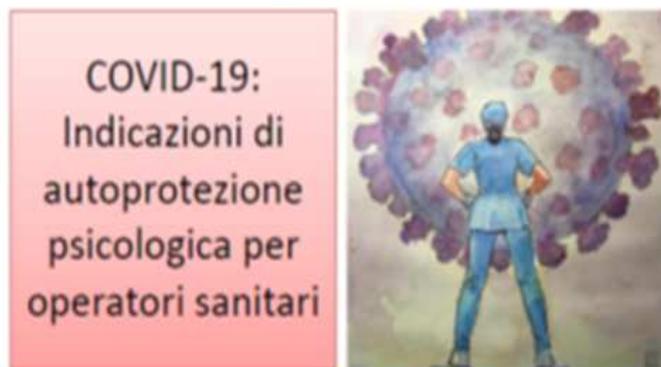
All'interno del Policlinico, l'U.O. Psicologia Clinica e Psicoterapia si è adoperata per fornire supporto psicologico a tutto il personale impegnato nell'emergenza sanitaria con le seguenti modalità:

- attivazione di un numero telefonico, dedicato agli operatori del Policlinico e fruibile 7 giorni su 7, per l'effettuazione di colloqui psicologici anche in video chiamata;
- pubblicazione sul portale del dipendente di tre presentazioni in *power point*, consultabili dagli operatori anche dall'esterno del Policlinico e qui di seguito riportate sinteticamente.

**1) Indicazioni di autoprotezione psicologica per operatori sanitari**



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO  
Istituto di Ricovero e Cura a carattere Scientifico-Genova



U.O. Psicologia Clinica e Psicoterapia

## IMPARARE DALL'ESPERIENZA: GESTIONE SINISTRI

(IN AMBITO DI GESTIONE RISCHIO CLINICO)

<p>I 1 Organizzazione Gestione sinistri &amp; I 2 C.G.S. (Comitato di Gestione Sinistri)</p>	<p>L'U.O. Gestione del Rischio Clinico partecipa al Comitato Gestione Sinistri Metropolitano (CGSM). La partecipazione è finalizzata alla valutazione dei contenziosi al fine di individuare le Azioni di Miglioramento che possono essere messe in atto per prevenire il ripetersi di tali eventi. Dall'esperienza dei primi anni di partecipazione al CGSM sono emerse diverse azioni di miglioramento:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• L'istruzione Operativa per la gestione della protesi dentali e acustiche,</li><li>• L'istituzione del Comitato Valutazione del Rischio Infettivo,</li><li>• La realizzazione della scheda di valutazione delle cadute in ospedale,</li><li>• La Cartella Clinica Elettronica</li><li>• La verifica e revisione degli oltre 800 consensi informati a procedura intervento</li></ul> <p>Come espresso nella presente relazione al capitolo <b>"G6 Gestione sinistri"</b>, 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 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. <b>Nel 2020 il C.V.R.I. si è riunito a luglio e a novembre, trattando complessivamente 6 casi.</b></p>																																
<p>I 3 Report Sinistri</p>	<p><b>Report Sinistri</b></p> <p>Nel quadro del programma assicurativo per rischi di responsabilità civile delle aziende ed enti del SSR (Legge regionale n.28 del 26/10/2011), è attivo all'interno del Policlinico il Comitato Gestione Sinistri. Nel 2020 il numero dei sinistri è stato di 146 distribuiti nelle seguenti categorie:</p> <table border="1" data-bbox="432 1384 1034 2040"><thead><tr><th>CATEGORIE SINISTRI</th><th>2020</th></tr></thead><tbody><tr><td>Infortuni</td><td>1</td></tr><tr><td>Materiale difettoso</td><td>1</td></tr><tr><td>Errore anestesilogico</td><td>1</td></tr><tr><td>Errore di prevenzione</td><td>2</td></tr><tr><td>Altro</td><td>4</td></tr><tr><td>Danneggiamento a cose</td><td>5</td></tr><tr><td>Errore procedure invasive</td><td>5</td></tr><tr><td>Furto</td><td>7</td></tr><tr><td>Cadute</td><td>9</td></tr><tr><td>Infezioni</td><td>10</td></tr><tr><td>Errore diagnostico</td><td>12</td></tr><tr><td>Smarrimento</td><td>12</td></tr><tr><td>Errore terapeutico</td><td>21</td></tr><tr><td>Errore chirurgico</td><td>56</td></tr><tr><td>TOTALE</td><td>146</td></tr></tbody></table>	CATEGORIE SINISTRI	2020	Infortuni	1	Materiale difettoso	1	Errore anestesilogico	1	Errore di prevenzione	2	Altro	4	Danneggiamento a cose	5	Errore procedure invasive	5	Furto	7	Cadute	9	Infezioni	10	Errore diagnostico	12	Smarrimento	12	Errore terapeutico	21	Errore chirurgico	56	TOTALE	146
CATEGORIE SINISTRI	2020																																
Infortuni	1																																
Materiale difettoso	1																																
Errore anestesilogico	1																																
Errore di prevenzione	2																																
Altro	4																																
Danneggiamento a cose	5																																
Errore procedure invasive	5																																
Furto	7																																
Cadute	9																																
Infezioni	10																																
Errore diagnostico	12																																
Smarrimento	12																																
Errore terapeutico	21																																
Errore chirurgico	56																																
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](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 2019-2021  
[https://www.ospedalesanmartino.it/components/com\\_publiccompetitions/includes/download.php?id=9672:piano-triennale-della-qualit%C3%A0.pdf](https://www.ospedalesanmartino.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=9672:piano-triennale-della-qualit%C3%A0.pdf)
- ❖ [www.ospedalesanmartino.it](http://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](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 Allegati

-  Buone PraticheAGENAS\_ATTIVITA'OSTETRICA e NEONATOLOGICA Osp San Martino GE
  -  Buone PraticheAGENAS\_RIORGANIZZAZIONEGESTIONE ACCESSI DEI PAZIENTI Osp San Martino GE
  -  Buone PraticheAGENAS\_SUPPORTO PSICOLOGICO Osp San Martino GE
  -  Delibera PianoComunicazione1751-2018
  -  DeliberaCancerBoard1645\_2019
  -  DeliberaPianoformativo74\_2019
  -  DeliberaPianoformativoIntegrazione447\_2019
  -  DeliberaUGR\_CARMINA\_89\_2017 (1)
  -  DeliberaUGR\_Integrazione354\_2017 (2)
  -  DOCPROCDGN\_0002-PROTOCOLLO\_PER\_INDUZIONE\_AL\_TRAVAGLIO\_DI\_PARTO
  -  DOCPROCU67\_0001-ASSISTENZA\_ED\_EDUCAZIONE\_TERAPEUTICA\_AL\_PAZIENTE\_LARINGECTOMIZZATO\_O\_PORTATORE\_DI\_TRACHEOTOMIA
  -  IOAZDGN\_0001-Percorso\_della\_donna\_Gravida\_con\_sospetto\_di\_COVID-19
  -  IOAZDGN\_0003-PRESENZA\_DEL\_PARTNER\_IN\_SALA\_PARTO\_DURANTE\_LA\_PANDEMIA\_COVID-19
  -  IOAZDSS\_0003-Pazienti\_ambulatoriali\_e\_in\_regime\_diurno\_durante\_la\_pandemia\_da\_virus\_SARS-Cov2
  -  IOAZH78\_0158-GESTIONE DELLA TERAPIA TRASFUSIONALE NELLE UNITA' CLINICHE
  -  IOAZHOR\_0097-MODALITA' DI CONSERVAZIONE E DI RILASCIO DEGLI EFFETTI PERSONALI DEI PAZIENTI AFFETTI DA VIRUS SARS-COV-2
  -  IOAZHPS\_1023-MONITORAGGIO DEL DOLORE
  -  IOAZHQA\_0007\_Audit Interni in fase di emergenza
  -  IOAZHQA\_0018-Prevenzione\_e\_Gestione\_delle\_Cadute\_in\_Ospedale
  -  IOAZHQA\_0021-PERCORSI DI ACCESSO DEI PAZIENTI AL PAD\_15\_exIST DURANTE COVID
  -  IOAZHQA\_0030-PERCORSO DEI PAZIENTI ONCOEMATOLOGICI IN CORSO DI EMERGENZA COVID
  -  IOAZHQA\_0033-Corretta identificazione del paziente tramite braccialetto identificativo
  -  IOAZHQA\_0700-Compilazione della check\_list di Sala Operatoria
  -  IOAZHQA\_0701-Gestione Scheda Segnalazione Spontanea Eventi Incident Reporting
  -  IOAZHQA\_0708-Recepimento del Protocollo Ministeriale per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella
- 
-  MODAZHQA\_0708-SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI EVENTI SENTINELLA
  -  MODAZU76\_0053-Patogeni\_a\_trasmissione\_da\_contatto\_come\_evitare\_di\_diffonderli
  -  MODAZU76\_0072-POSTER\_HAI\_LAVATO\_LE\_MANI
  -  MODHQA\_0043DEG-Verbale\_Audit\_interno\_Registrazione\_Evidenze\_-\_Area\_Degenza-D.H.D.S.
  -  MODHQA\_0044A-Verbale\_Audit\_interno\_-\_Check\_per\_la\_verifica\_dell'aderenza\_alle\_buone\_pratiche
  -  MODHQA\_0044B-Verbale\_Audit\_interno\_-\_Check\_per\_la\_verifica\_dell'aderenza\_alle\_buone\_pratiche
  -  MODHQA\_0044C-Verbale\_Audit\_interno-Check\_per\_la\_verifica\_dell'aderenza\_alle\_buone\_pratiche
  -  MODHQA\_0044LAB-Verbale\_Audit\_interno\_-\_Check\_per\_la\_verifica\_dell'aderenza\_alle\_buone\_pratiche
  -  MODHQA\_0044RAD-Verbale\_Audit\_interno\_-\_Check\_per\_la\_verifica\_dell'aderenza\_alle\_buone\_pratiche
  -  MODT10\_0005-Check\_list\_autovalutazione\_competenze\_-\_NEO\_-\_ARRUOLATI
  -  MODT10\_0006-check\_list\_autovalutazione\_competenze\_-\_DIRIGENTI\_-\_RICERCATORI
  -  MODU704\_0043-SCHEDA\_VERIFICA DELLE COMPETENZE MEDICHE E AGGIORNAMENTO ANNUALE
  -  MODULOHOR\_0001-Percorso di accesso del paziente in DEA con sospetto diagnostico di infezione da COVID-19
  -  PQAZDSS\_0001-ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' CHIRURGICA IN CORSO DI EMERGENZA COVID
  -  PQAZHOG\_0001-ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' CHIRURGICA PRESSO L'OSPEDALE SAN MARTINO DURANTE L'EMERGENZA COVID
  -  PQAZU16\_0019-Percorso dei Pazienti affetti da COVID e Indicazioni per la gestione domiciliare (compresi i casi sospetti)
  -  PQH78\_0008MT-INSERIMENTO,\_FORMAZIONE\_E\_VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE DEL PERSONALE

- 1\_ALLEGATI\_9-32\_CONCENTRAZIONE UMANA
- 2\_ALLEGATI\_33-64\_SITUA RISCHIO
- 3\_ALLEGATI\_65-69\_PAZIENTI FRAGILI E COMORBIDI
- 4\_ALLEGATI\_70-84\_SIMULAZIONE QUADRO CLINICO DA SARS COV-2
- 5\_ALLEGATI\_85-108\_CONDIZIONI CLINICHE CHE RICHIEDONO CURE INDIFFERIBILI
- 6\_ALLEGATI\_109-119\_RISCHIO DA SCARSA COMUNICAZIONE
- 7\_ALLEGATI\_120-124\_RISCHIO CORRUZIONE

## CARTELLA 1\_Allegati dal 9 al 32

- Allegato9 IOAZHPP\_0001-Rischio\_sovraossigenazione\_nei\_reparti\_di\_assistenza\_ai\_pazienti\_Covid
- Allegato10 IOAZHPP\_0019SGSL-PROTOCOLLO\_PER\_IL\_CONTRASTO\_E\_IL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS COVID-19 NEGLI AMBIENTI
- Allegato11 IOAZU76\_0014-Modalita\_comportamentali\_per\_il\_contenimento\_di\_alcune\_malattie\_infettive
- Allegato12 IOAZU76\_0049-Infezione\_da\_nuovo\_Coronavirus\_COVID-2019
- Allegato13 IOAZU76\_0068-RIPRESA\_ATTIVITA'\_AMBULATORIALI DURANTE EMERGENZA COVID\_SANIFICAZIONE\_E\_DISINFEZIONE
- Allegato14 IOAZU76\_0069-RIPRESA\_ATTIVITA'\_AMBULATORIALI DI RADIOLOGIA DURANTE EMERGENZA COVID\_SANIFICAZIONE\_E\_DISINFEZIONE
- Allegato15 LGH00\_0002-FLOW\_CHART\_GESTIONE\_PAZIENTI\_CON\_SOSPETTA\_INFEZIONE\_DA\_COVID\_-19\_IN\_PRONTO\_SOCCORSO
- Allegato16 MODAOUU704\_0052-SCHEDA\_DI\_TRIAGE\_PER\_RISCHIO\_ESPOSIZIONE\_A\_SARS-CoV-2
- Allegato17 MODAZHPP\_0044SGSL-CHECK\_LIST\_VESTIZIONE\_E\_SVESTIZIONE\_DPI\_PER\_OPERATORI\_A\_MEDIO\_RISCHIO\_-\_MALATTIA\_DA\_SARS-COV-2
- Allegato19 Percorsi verticali monoblocco
- Allegato20 Protocollo\_Universita\_23-aprile-2020
- Allegato21 Rev0\_MODAZHQA\_0020-Definizioni\_SARS-CoV-2\_e\_relative\_check-list
- Allegato22 Rev1\_MODAZHQA\_0020-Definizioni\_SARS-CoV-2\_e\_relative\_check-list
- Allegato23 Rev2\_MODAZHQA\_0020-Definizioni\_SARS-CoV-2\_e\_relative\_check-list
- Allegato24 Rev3\_MODAZHQA\_0020-Definizioni\_SARS-CoV-2\_e\_relative\_check-list
- Allegato25 Rev4\_MODAZHQA\_0020-Definizioni\_SARS-CoV-2\_e\_relative\_check-list
- Allegato26 Rev5\_MODAZHQA\_0020-Definizioni\_SARS-CoV-2\_e\_relative\_check-list
- Allegato27 Rev6\_MODAZHQA\_0020-Definizioni\_SARS-CoV-2\_e\_relative\_check-list
- Allegato28 Rev7\_MODAZHQA\_0020-Definizioni\_SARS-CoV-2\_e\_relative\_check-list
- Allegato29 Rev8\_MODAZHQA\_0020-Definizioni\_SARS-CoV-2\_e\_relative\_check-list
- Allegato30 Rev9\_MODAZHQA\_0020-Definizioni\_SARS-CoV-2\_e\_relative\_check-list
- Allegato31 Rev10\_MODAZHQA\_0020-Check\_list\_per\_COVID
- Allegato32 Rev11\_MODAZHQA\_0020-Check\_list\_per\_COVID

## CARTELLA 2\_Allegati dal 33 al 64

-  Allegato33 IOAZDSS\_0003-Pazienti\_ambulatoriali\_e\_in\_regime\_diurno\_durante\_la\_pandemia\_da\_virus\_SARS-Cov2
-  Allegato34 IOAZDSS\_0004-Gestione\_del\_percorso\_intraospedaliero\_per\_pazienti\_ricoverati\_in\_corso\_di\_pandemia\_da\_virus\_SARS-Cov2
-  Allegato35 IOAZH86\_0009COVID-19-Comportamento\_del\_personale\_sanitario\_in\_caso\_di\_contatto\_con\_COVID-19
-  Allegato36 IOAZHQA\_0019-Pazienti\_ambulatoriali\_e\_ricoverati\_in\_regime\_ordinario\_o\_diurno\_durante\_emergenza\_COVID
-  Allegato37 IOAZHQA\_0021-PERCORSI\_DI\_ACCESSO\_DEI\_PAZIENTI\_AL\_PAD\_15\_exIST\_DURANTE\_COVID
-  Allegato38 IOAZU16\_0020-GESTIONE\_DEI\_PAZIENTI\_COVID-19\_DEFINITI\_GUARITI
-  Allegato39 IOAZU76\_0014-Modalita\_comportamentali\_per\_il\_contenimento\_di\_alcune\_malattie\_infettive
-  Allegato40 IOHAN7\_0018-Percorso\_pazienti\_O.T.I.\_prevenzione\_COVID-19
-  Allegato41 IOHUA\_0103-MISURE\_PER\_CONTENIMENTO\_INFEZIONE\_DA\_COVID-19\_O\_ALTRO
-  Allegato42 IOU1R\_0104-Manipolazione\_di\_campioni\_biologicali\_nell'attuale\_scenario\_emergenziale\_SARS-CoV-2
-  Allegato43 LGH00\_0002-FLOW\_CHART\_GESTIONE\_PAZIENTI\_CON\_SOSPETTA\_INFEZIONE\_DA\_COVID\_19\_IN\_PRONTO\_SOCCORSO
-  Allegato44 MODAOUH86\_0001.-GESTIONE\_IN\_CASO\_DI\_CONTATTO\_DELL'OPERATORE\_CON\_PAZIENTE\_POSITIVO\_PER\_COVID19
-  Allegato45 MODAZHSN\_0001-Livelli\_omogenei\_di\_assistenza\_e\_relativi\_flussi\_di\_paziente\_COVID-19\_positivi
-  Allegato46 MODULOHOR\_0001-Percorso\_di\_accesso\_del\_paziente\_in\_DEA\_con\_sospetto\_diagnostico\_di\_infezione\_da\_COVID-19
-  Allegato47 NOTA\_DS\_GESTIONE PERCORSI PAZIENTI COVID E NO COVID
-  Allegato48 Nota\_DS\_GESTIONE PERCORSI PAZIENTI
-  Allegato49 Nota\_DS\_Libera professione chiarimenti
-  Allegato50 Nota\_DS\_ORG\_\_trasmissione modulistica aziendale
-  Allegato51 Nota\_DS\_ORG\_disattivazione ppII 3p IST
-  Allegato52 Nota\_DS\_ORG\_FaseII\_Ambulatori07\_05
-  Allegato53 Nota\_DS\_ORG\_FaseII\_Ambulatori30\_04
-  Allegato54 Nota\_DS\_ORG\_FaseII\_RIMODULAZIONE DELL'OFFERTA POSTI LETTO DELL'AREA MEDICA POST LOCKDOWN
-  Allegato55 Nota\_DS\_ORG\_FaseII\_TEMPORANEA RIMODULAZIONE POSTI LETTO DELL'AREA CHIRURGICA E ORTOPEDICA POST LOCKDOWN
-  Allegato56 Nota\_DS\_ORG\_Nuovedisposizioni a causa di Coronavirus
-  Allegato57 Nota\_DS\_PRECISAZIONI SU GUARIGIONE DI PAZIENTE AFFETTO DA COVID-19
-  Allegato58 Nota\_DS\_Problematiche\_Covid 19
-  Allegato59 Nota\_DS\_Prowved\_Gestione\_EmergenzaCOVID-19
-  Allegato60 Nota\_DS\_TEMPORANEA RIMODULAZIONE ORGANIZZATIVA POSTI LETTO DELL'AREA MEDICA
-  Allegato61 Nota\_DS\_USOP DPI e DM\_EPIDEMIA DA COVID19
-  Allegato62 PQAZHDG\_0002-GESTIONE\_DEI\_PAZIENTI\_CON\_PATOLOGIE\_ONCO-EMATOLOGICHE\_IN\_CORSO\_DI\_EPIDEMIA\_COVID19
-  Allegato64 PQH33\_0001-fisioterapia\_fase2\_nei\_pazienti\_post-Covid19

## CARTELLA 3\_Allegati dal 65 al 69

-  Allegato65 IOAZHQA\_0021-PERCORSI\_DI\_ACCESSO\_DEI\_PAZIENTI\_AL\_PAD\_15\_exIST\_DURANTE\_COVID
-  Allegato66 IOAZHQA\_0030-PERCORSO\_DEI\_PAZIENTI\_ONCOEMATOLOGICI\_IN\_CORSO\_DI\_EMERGENZA\_COVID
-  Allegato67 IOAZU76\_0014-Modalita\_comportamentali\_per\_il\_contenimento\_di\_alcune\_malattie\_infettive
-  Allegato68MODAOUU704\_0052-SCHEDA\_DI\_TRIAGE\_PER\_RISCHIO\_ESPOSIZIONE\_A\_SARS-CoV-2
-  Allegato69 PQAZHDG\_0002-GESTIONE\_DEI\_PAZIENTI\_CON\_PATOLOGIE\_ONCO-EMATOLOGICHE\_IN\_CORSO\_DI\_EPIDEMIA\_COVID19

#### **CARTELLA 4\_Allegati dal 70 al 84**

-  Allegato70 IOAZHQA\_0030-PERCORSO\_DEI\_PAZIENTI\_ONCOEMATOLOGICI\_IN\_CORSO\_DI\_EMERGENZA\_C
-  Allegato71 IOAZU76\_0049-Infezione\_da\_nuovo\_Coronavirus\_COVID-2019
-  Allegato72 Nota\_DS\_Adozione\_MODALAZHQA\_0020
-  Allegato73 Rev0\_MODALAZHQA\_0020-Definizioni\_SARS-CoV-2\_e\_relative\_check-list
-  Allegato74 Rev1\_MODALAZHQA\_0020-Definizioni\_SARS-CoV-2\_e\_relative\_check-list
-  Allegato75 Rev2\_MODALAZHQA\_0020-Definizioni\_SARS-CoV-2\_e\_relative\_check-list
-  Allegato76 Rev3\_MODALAZHQA\_0020-Definizioni\_SARS-CoV-2\_e\_relative\_check-list
-  Allegato77 Rev4\_MODALAZHQA\_0020-Definizioni\_SARS-CoV-2\_e\_relative\_check-list
-  Allegato78 Rev5\_MODALAZHQA\_0020-Definizioni\_SARS-CoV-2\_e\_relative\_check-list
-  Allegato79 Rev6\_MODALAZHQA\_0020-Definizioni\_SARS-CoV-2\_e\_relative\_check-list
-  Allegato80 Rev7\_MODALAZHQA\_0020-Definizioni\_SARS-CoV-2\_e\_relative\_check-list
-  Allegato81 Rev8\_MODALAZHQA\_0020-Definizioni\_SARS-CoV-2\_e\_relative\_check-list
-  Allegato82 Rev9\_MODALAZHQA\_0020-Definizioni\_SARS-CoV-2\_e\_relative\_check-list
-  Allegato83 Rev10\_MODALAZHQA\_0020-Check\_list\_per\_COVID
-  Allegato84 Rev11\_MODALAZHQA\_0020-Check\_list\_per\_COVID

#### **CARTELLA 5\_Allegati dal 85 al 108**

-  Allegato85 DOCPROCDGN\_0002-PROTOCOLLO\_PER\_INDUZIONE\_AL\_TRAVAGLIO\_DI\_PARTO
-  Allegato86 DOCPROCH33\_0010-Protocollo\_di\_Minima\_-\_Postumi\_di\_infezione\_da\_COVID19
-  Allegato87 DOCPROCHUI\_0002-PDTA\_Ictus\_Pandemia\_Covid
-  Allegato88 IOAZDGN\_0001-Percorso\_della\_donna\_Gravida\_con\_sospetto\_di\_COVID-19
-  Allegato89 IOAZDGN\_0003-PRESENZA\_DEL\_PARTNER\_IN\_SALA\_PARTO\_DURANTE\_LA\_PANDEMIA\_COVID-19
-  Allegato90 IOAZDGN\_0004-SCREENING\_COVID\_19\_PER\_LA\_DONNA\_IN\_GRAVIDANZA
-  Allegato91 IOAZDGN\_0005-AREA\_COVID\_PER\_PARTO\_SPONTANEO\_E\_DEGENZA\_OSTETRICA
-  Allegato92 IOAZHQA\_0030-PERCORSO\_DEI\_PAZIENTI\_ONCOEMATOLOGICI\_IN\_CORSO\_DI\_EMERGENZA\_COVID
-  Allegato94 IOHAN\_0040-PROCEDURA\_DI CONTENIMENTO\_COVID19\_-\_NUOVI\_RICOVERI
-  Allegato95 IOHAN7\_0018-Percorso\_pazienti\_O.T.I.\_prevenzione\_COVID-19
-  Allegato97 IOU704\_0119-COVID-19\_FASE2\_RIAPERTURA\_PMA
-  Allegato98 MODAOUU704\_0052-SCHEDA\_DI TRIAGE\_PER\_RISCHIO\_ESPOSIZIONE\_A\_SARS-CoV-2
-  Allegato100 MODAZDGN\_0004-INFORMATIVA\_PER\_LA\_PARTORIENTE\_DURANTE\_LA\_PANDEMIA\_COVID\_19
-  Allegato108 PQH33\_0001-fisioterapia\_fase2\_nei\_pazienti\_post-Covid19

### **CARTELLA 6\_Allegati dal 109 al 119**

-  Allegato109 CONSAZHQA\_0016COVID19-RACCOLTA,\_CONSERVAZIONE\_E\_UTILIZZO\_DEI\_MATERIALI\_BIOLOGICI\_PER\_LA\_RICERCA\_COVID-
-  Allegato110 IOHOR\_0027-COMUNICAZIONE\_RISULTATI\_TAMPONE\_COVID-19\_A\_PAZIENTI\_DIMESSI\_DA\_PS
-  Allegato111 MODH00\_0007-NORME\_PER\_ISOLAMENTO\_DOMICILIARE\_FIDUCIARIO\_PER\_COVID-19
-  Allegato112 MODH27\_0001-PANDEMIA\_COVID\_INFORMATIVA\_SPECIFICA\_PER\_IL\_PAZIENTE\_EMATOLOGICO
-  Allegato114 MODHQA\_0019COVID-CHECK\_LIST\_STUDIO\_COVID\_19
-  Allegato115 MODULODRA\_0009PIN1-RICHIESTA\_CONSEGNA\_ON\_LINE\_DI\_REFERTI\_RADIOLOGICI
-  Allegato116 MODULOHQA\_0015DPO-Comunicazione\_stato\_di\_salute\_durante\_emergenza\_COVID-19
-  Allegato117 Progetto Posta Paziente Emergenza COVID 19Umanizzazione delle cure
-  Allegato118 REV0\_MODAOUHQA\_0007-NORME\_PER\_ISOLAMENTO\_DOMICILIARE\_FIDUCIARIO\_PER\_COVID-19
-  Allegato119 REV2\_MODAOUHQA\_0007-NORME\_PER\_ISOLAMENTO\_DOMICILIARE\_FIDUCIARIO\_PER\_COVID-19

### **CARTELLA 7\_Allegati dal 121 al 124**

-  Allegato 121 IOHOR\_0027-COMUNICAZIONE\_RISULTATI\_TAMPONE\_COVID-19\_A\_PAZIENTI\_DIMESSI\_DA\_PS
-  Allegato 122 NOTA\_HOR\_Gestione salma Covid
-  Allegato 123 REV0\_MODAOUHQA\_0007-NORME\_PER\_ISOLAMENTO\_DOMICILIARE\_FIDUCIARIO\_PER\_COVID-19
-  Allegato 124 REV2\_MODAOUHQA\_0007-NORME\_PER\_ISOLAMENTO\_DOMICILIARE\_FIDUCIARIO\_PER\_COVID-19