



fficina delle Idee

IL CAMBIAMENTO NASCE DAI PROFESSIONISTI

SICUREZZA DELLE CURE

La Rete della Sicurezza delle Cure nell'ASL Salerno

MODELLO ORGANIZZATIVO



A. Bellissimo¹, L. Cannavacciuolo¹, F. Arrichiello¹, S. Marino², A. Pacifico², T. Manzi³, M. Cillo⁴, P. Sergianni⁵, G. Sosto⁶

1 U.O.C. Sicurezza dei Pazienti e Gestione Rischio Clinico- 2 U.O.S.D. Analisi e monitoraggio PDTA, Governo LEA e Appropriatazza delle cure - 3 OUC Comunicazione - 4 Direttore Dipartimento Farmaceutico - 5 Direttore Sanitario ASL Salerno - 6 Direttore Generale ASL Salerno

INTRODUZIONE

La **sicurezza dei pazienti** è uno dei fattori determinanti la **qualità delle cure**. Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione e dei limiti individuali, richiedendo una **cultura diffusa** che consenta di superare le barriere per la attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a **promuovere l'analisi degli eventi avversi** ed a **raccogliere gli insegnamenti** che da questi possono derivare.

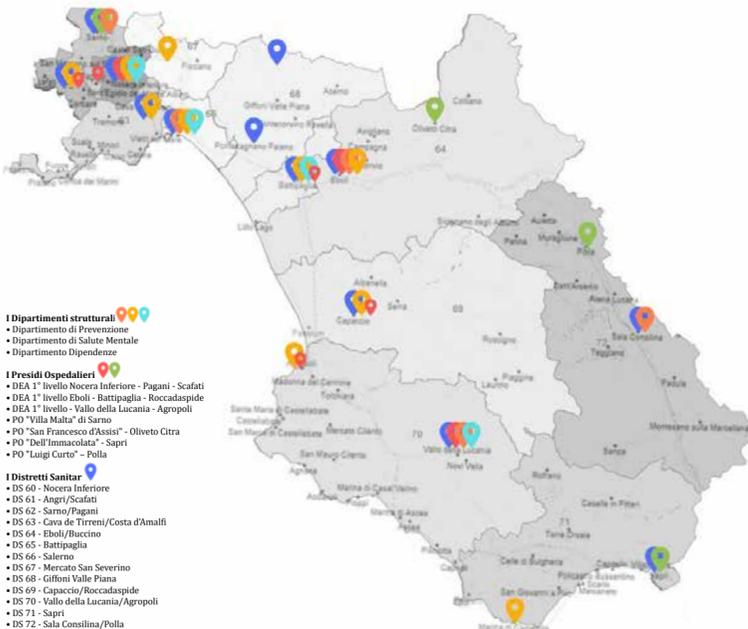
L'adozione di pratiche di **governo clinico** per la sicurezza dei pazienti dipende dalle **interazioni** delle molteplici componenti che agiscono nel sistema e pone al centro della programmazione e della gestione dei servizi sanitari i **bisogni dei cittadini**, perfezionando il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

I **capisaldi** sono le **competenze dei professionisti** e la **formazione**, che costituisce uno **strumento indispensabile** per assicurare l'erogazione di **cure efficaci e sicure**.

La **gestione dell'errore** è un'attività professionale in senso stretto e rappresenta un incentivo al **miglioramento** dell'attività professionale, ricollegandosi ad un concetto di governo clinico come **impulso a migliorare** l'organizzazione anche attraverso l'utilizzazione di più idonee procedure professionali.

IL CONTESTO ED IL MODELLO ORGANIZZATIVO

L'ASL Salerno, che comprende l'intero territorio della provincia di Salerno, è stata costituita con DGRC n.505 del 20/03/2009 e in essa sono confluite le disiolte ASL Salerno 1, ASL Salerno 2 e ASL Salerno 3, con realtà territoriali ed organizzazioni aziendali diverse. In totale vi sono **13 Distretti Sanitari** e **12 Presidi Ospedalieri**, **3 Dipartimenti Strutturali** (Prevenzione, Salute Mentale e Dipendenze). Il Territorio Aziendale si presenta disomogeneo dal punto di vista orografico e della densità abitativa che è alta nell'area Nord e molto bassa nell'area Sud, ciò determina una criticità dell'assistenza sul territorio aziendale.



Questa criticità è stata affrontata creando una rete di referenti all'interno dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti Sanitari e dei Dipartimenti Strutturali. I referenti hanno ricevuto specifica formazione relativamente alla gestione del rischio clinico e sono coinvolti nei Macrocentri di riferimento nelle seguenti attività:

- 1. SEGNALE DI NEAR MISS, EVENTI AVVERSI, CADUTE DEI PAZIENTI, INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA** : nel triennio 2019-2021 sono stati segnalati 171 eventi, la maggior parte dei quali sono stati presi in carico dal Responsabile della U.O.C. Rischio Clinico in collaborazione con il Responsabile della UOC segnalante per le relative azioni di miglioramento;
- 2. IMPLEMENTAZIONE DELLE PROCEDURE AZIENDALI;**
- 3. FORMAZIONE A CASCATA** degli operatori coinvolti nelle *best practices*.

BIBLIOGRAFIA

Ministero della Salute: Dipartimento della Qualità - "Qualità e sicurezza delle cure nell'uso dei farmaci - Raccomandazioni, Integrazione e Formazione"
 Ministero della Salute: Dipartimento della Qualità - "Sicurezza dei Pazienti e Gestione del Rischio Clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari"
 Legge 8 marzo 2017 n.24 "Legge Gelli"

I GRUPPI DI LAVORO

Alcuni percorsi richiedono una **revisione sistematica** da parte di professionisti esperti nella materia. Pertanto sono stati creati dei **gruppi di lavoro interdisciplinari** per le tematiche di seguito rappresentate:



1. SICUREZZA IN SALA OPERATORIA | revisione delle procedure inerenti la sicurezza in sala operatoria

2. CORRETTA GESTIONE DEGLI ACCESSI VASCOLARI | Formazione di un gruppo di esperti per la corretta gestione dei cateteri venosi centrali (C.V.C.)

3. PERCORSO NASCITA | in collaborazione con il Direttore del Dipartimento *Tutela della salute della donna e del bambino* è stato programmato un corso teorico-pratico che si avvale di tecnologie

avanzate e operatori qualificati allo scopo di realizzare una simulazione delle principali urgenze ed emergenze ostetriche con la finalità di migliorare la sicurezza in sala parto

4. MONITORAGGIO DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI | implementazione delle procedure aziendali relative alla sicurezza dell'uso del farmaco e conseguente formazione del personale in linea con le indicazioni dell'OMS

5. FORMAZIONE SUL RISCHIO CLINICO E INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (I.C.A.) | stesura di un progetto formativo aziendale relativo alla gestione del rischio clinico e alla prevenzione e sorveglianza delle ICA

6. SAFETY WALK AROUND | visite ed interviste strutturate agli operatori sanitari sui temi della sicurezza e sulle cause che possono determinare eventi avversi o situazioni di criticità

LE ATTIVITÀ: LE PROCEDURE AZIENDALI



GESTIONE INFORMATIZZATA DEL RISCHIO CLINICO



Segnalazione degli eventi, *near miss*, eventi avversi, eventi sentinella, cadute accidentali, infezioni correlate all'assistenza, gestione e distribuzione dei documenti aziendali, formazione

LE TECNOLOGIE DELL'ASL SALERNO



L'Azienda, tramite la *U.O.C. Sicurezza dei Pazienti e Gestione Rischio Clinico*, ha fornito alle Unità Operative ad alto rischio alcune **tecnologie all'avanguardia**, tra cui:

- SEMMELWEIS HAND HYGIENE SOLUTION
- SISTEMA AUTOMATICO PER L'ISOLAMENTO DEI RIFIUTI OSPEDALIERI
- STAZIONE SANIFICANTE PER CALZATURE

PROSPETTIVE FUTURE

Gli **obiettivi** innovativi del sistema di gestione del rischio clinico dovranno consentirci di ottenere i seguenti benefici: **migliore comprensione del contesto** attraverso l'analisi delle criticità e delle aree di vulnerabilità; maggiore **capacità di adattarsi al cambiamento** attraverso la collaborazione e la comunicazione tra i professionisti; **migliore comunicazione** con i pazienti e i caregiver; **condivisione ed implementazione di procedure Aziendali** per la prevenzione degli errori, a tutela dei pazienti e degli operatori; **riduzione del contenzioso**.



Gestione del rischio clinico sul territorio Corretto uso del farmaco anche negli Ambulatori Infermieristici Distrettuali

M.R. Pietropaolo¹, A. Bellissimo², M. Cillo³, L. Cannavacciuolo², F. Arrichiello², P. Sergianni⁴, G. Sosto⁵
1 U.O.S.D. Servizio Ispettivo e NOC - 2 U.O.C. Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico - 3 Dipartimento Farmaceutico - 4 Direttore Sanitario ASL Salerno - 5 Direttore Generale ASL Salerno

INTRODUZIONE

La **sicurezza delle cure**, parte costitutiva del **diritto alla salute**, è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività e rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per **migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie, garantendo la sicurezza dei pazienti**, sicurezza basata anche sull'apprendere dall'errore.

Si stima che negli Stati membri dell'UE una quota compresa tra l'8% e il 12% dei pazienti ricoverati presso ospedali soffrono di **eventi sfavorevoli** mentre ricevono cure sanitarie. Tali eventi, sia nel settore ospedaliero che in quello delle cure primarie, sono in larga misura **prevenibili** e la maggior parte di essi sono riconducibili a fattori sistemici.

La **"gestione del rischio clinico"** rientra tra gli interventi del **"governo clinico"** per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso un **processo sistematico**, comprendente sia la dimensione **clinico- assistenziale** che quella **gestionale**. Sicurezza dei pazienti e **"Clinical Governance"** sono strettamente connessi; una solida **"Clinical Governance"** costituisce una valida **garanzia di sicurezza delle cure** e, conseguentemente, è in grado di contenere gli **eventi avversi**, riducendoli ad un livello fisiologico.

MATERIALI E METODI

L'ASL Salerno con delibera n. 346 del 31 marzo 2020 recepisce la **Linea progettuale 4 - Gestione delle Cronicità - Area progettuale 1 - Governance della cronicità nelle cure primarie - sub progetto 1 "Ambulatori Infermieristici Distrettuali"** ed approva il regolamento aziendale per la **gestione e la funzionalità** degli Ambulatori Infermieristici Distrettuali Territoriali. Questi ultimi, al fine di permettere la **continuità assistenziale** del paziente cronico, garantiscono: un'**integrazione tra i servizi ospedalieri** e quelli **territoriali**, un **equilibrio tra costi e benefici**; una promozione di **attività di prevenzione ed educazione alla salute** e processi di **autocura (empowerment)** del cittadino).

Presso i Distretti sono stati individuati locali e personale dedicato, è stata redatta apposita **check list**, contenente i requisiti strutturali ed organizzativi ed è stata predisposta documentazione sanitaria per l'espletamento delle attività.

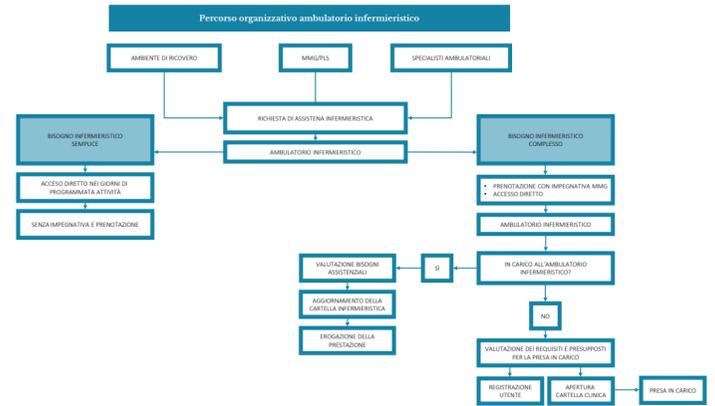
Sono stati attivati **10 ambulatori infermieristici** con specifici arredi e piccole tecnologie diagnostiche. Sono stati realizzati **4 corsi aziendali** di formazione per circa **100 infermieri** sulle tematiche riguardanti: gestione accessi venosi, wound care, stomoterapia e modello organizzativo degli stessi. Di seguito si riporta il percorso organizzativo che prevede l'utilizzo della **cartella infermieristica** dove sono indicate, tra l'altro, le prestazioni infermieristiche:

<p>ASL Salerno DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE DISTRETTO SANITARIO n° Ambulatorio Infermieristico</p>		<input type="checkbox"/> Iniezione intramuscolare; <input type="checkbox"/> Iniezione sottocutanea; <input type="checkbox"/> Iniezione endovenosa; <input type="checkbox"/> Infusione di farmaci e.v. (scelari e chemioterapici antitumorali); <input type="checkbox"/> Infusione di farmaci via endovena; <input type="checkbox"/> Rilievo pressorio; <input type="checkbox"/> Rilevazione glicemia capillare; <input type="checkbox"/> Medicazione semplice; n° _____ Frequenza _____ Zona _____ <input type="checkbox"/> Medicazione complessa; n° _____ Frequenza _____ Zona _____ <input type="checkbox"/> Rimozione punti di sutura della ferita chirurgica; <input type="checkbox"/> Assistenza alle stime della vita; <input type="checkbox"/> Assistenza demagogica; <input type="checkbox"/> Pulverizzazione cateteri vascolari; <input type="checkbox"/> Gestione cateteri vascolari; <input type="checkbox"/> Gestione cateteri vascolari; <input type="checkbox"/> Scatizzazione cateteri vascolari; <input type="checkbox"/> Istruzione alla tecnica di somministrazione di terapia farmacologica e nutrizionale; <input type="checkbox"/> Istruzione ed educazione all'assunzione delle stime digestive e respiratorie; <input type="checkbox"/> Istruzione alla prevenzione ed al trattamento delle lesioni cutanee croniche; <input type="checkbox"/> Istruzione all'autocontrollo della glicemia; <input type="checkbox"/> Consulenza ed informazione in materia di educazione alimentare; <input type="checkbox"/> Consulenza ed informazione in materia di prevenzione, cura e mantenimento del livello di salute e di autonomia; <input type="checkbox"/> Attività di counseling (counseling, ascolto attivo, bisogni, supporto informativo ed educativo su stili di vita e aspetti assistenziali); <input type="checkbox"/> Altre prestazioni infermieristiche.
<p>CARTELLA N° _____ del _____ del _____</p> <p>COGNOME _____ NOME _____</p> <p>Sex: M _____ F _____</p> <p>Residenza e _____ Tel. _____</p> <p>Via _____ N° _____</p> <p>Documento di Identità N° _____ Rilasciato da _____ il _____</p> <p>Matricola Curatore Dist. _____ Tel. _____</p> <p>Referente _____ Tel. _____</p> <p>Tel. _____ Fax _____</p> <p>DIAGNOSI INGRESSO _____</p> <p>Previdenza: <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Casa (RSA) <input type="checkbox"/> Casa Protetta <input type="checkbox"/> Casa Riposo <input type="checkbox"/> Casa Famiglia <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> U.O. <input type="checkbox"/> Altro _____</p> <p>Operatori ospedalieri di riferimento: <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Coordinatrice infermieristica <input type="checkbox"/> Farmacia Territoriale di riferimento</p> <p>Destinazione: <input type="checkbox"/> Assistenza Cure Domiciliari Bilingua Complessa <input type="checkbox"/> Cambio residenza su territorio non compreso nell'ambito del DSB <input type="checkbox"/> Trattamento in Istituto Penale <input type="checkbox"/> Riammissione volontaria <input type="checkbox"/> Altro _____</p> <p>Firma del Coordinatore Infermieristico _____ Firma dell'Infermiere di riferimento _____</p>	<p>Farmacista di somministrazione _____</p> <p>Proteologia _____</p> <p>Diritto e frequenza del trattamento _____</p>	

L'ASL Salerno con delibera DG n.1014 del 29 luglio 2022 ha approvato le Linee Guida aziendali per la **"Gestione Attività Infermieristica Territoriale"**, elaborate dal Responsabile della Linea Progettuale unitamente al Direttore del Dipartimento Farmaceutico, al fine di fornire agli operatori precise indicazioni sulle prestazioni da erogare.

BIBLIOGRAFIA

Decreto n. 134 del 28/10/2016 - Delibera del Consiglio dei Ministri 11/12/2015
Decreto del Commissario ad acta n.99 del 22/09/2016 - "Piano Regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016-2018"



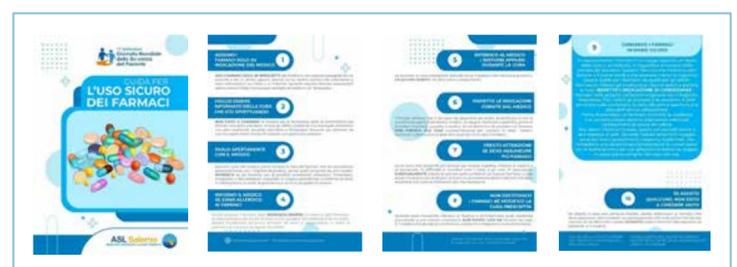
L'ASL Salerno, con delibera DG n.132 del 01 febbraio 2022, ha attivato un **Ambulatorio PICC (catetere venoso centrale a inserzione periferica)** nel **Distretto n° 72 di Sala Consilina - Polla**, con sede presso l'ex **Ospedale di S. Arsenio**, per rispondere alle esigenze di una particolare fascia di utenza, ovvero il paziente portatore di PICC, allo scopo di conseguire una riduzione significativa del rischio di complicanze.

I costi di tutte le attività progettuali sono imputati al fondo alla **Linea progettuale 4 - Gestione delle Cronicità - Area progettuale 1 - Governance della cronicità nelle cure primarie** del DCA n.134 del 28/10/2016.



RISULTATI E CONCLUSIONI

Gli Ambulatori Infermieristici Distrettuali, nell'anno **2021**, hanno erogato n° **16.278 prestazioni** ed hanno preso in carico n° **1.116 pazienti cronici**, secondo un **modello proattivo di assistenza**, creando un collegamento funzionale con le Strutture Ospedaliere ed il Territorio.



Nell'ambito delle attività sono stati realizzati **opuscoli informativi** rivolti ai pazienti ed ai loro **caregiver** per favorire l'aderenza alla terapia farmacologica ed al corretto uso del farmaco. L'attivazione della rete degli **Ambulatori Infermieristici Distrettuali**, rappresenta un particolare aspetto di innovazione nella **gestione della patologia cronica**, con il duplice obiettivo di:

- spostare l'asse dell'assistenza ai pazienti cronici dall'Ospedale al Territorio;
- migliorare l'aderenza alla terapia farmacologica, attraverso la riconciliazione farmacologica.



Le aggressioni e gli episodi di violenza nel Dipartimento di Salute Mentale: Cosa sappiamo dalle segnalazioni di Incident Reporting

Craziani Caterina Liudmila¹, Cautero Peter¹, Chiandetti Lucrezia¹, Degan Stefania³, Bellomo Fabrizio³, Farneti Federico³, Cannone Marcella², Cocconi Roberto³
¹Università degli Studi di Udine – Dipartimento di Area Medica
²Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale – Dipartimento di Salute Mentale – Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
³Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale – SOC Accreditamento, Qualità e Rischio Clinico

INTRODUZIONE

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi nell'ambito del territorio finalizzati alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione delle persone con disturbo psichico e all'organizzazione di interventi rivolti alla tutela e promozione della salute mentale dei cittadini. Considerata l'elevata frequenza con cui si verificano episodi di violenza all'interno delle strutture che fanno capo al DSM, gli operatori dei servizi di salute mentale presentano un rischio elevato di aggressione durante la propria attività lavorativa, che tuttavia non è semplice misurare. Gli infortuni possono rappresentare solo la parte più grave delle aggressioni, ma molte di esse, soprattutto quelle verbali, non sempre sono tracciate. Un'interessante modalità di misurazione e di monitoraggio nel tempo del fenomeno aggressioni può essere rappresentata dalle segnalazioni spontanee degli operatori alla struttura per la gestione del rischio clinico. Lo scopo dello studio è analizzare la numerosità degli episodi di violenza e aggressione segnalati all'interno del DSM dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale attraverso il sistema aziendale di Incident Reporting.



MATERIALI E METODI

Nello studio sono state analizzate le segnalazioni pervenute dal 01/01/2017 al 30/09/2022 da parte di tutte le strutture del DSM dell'azienda: Centro di Salute Mentale (CSM) di Cividale, CSM di Tarcento, CSM di Udine Sud, CSM di Udine Nord, Clinica Psichiatrica (ambulatorio per la cura dei disturbi alimentari), Servizio di Consulenza per l'area dell'Handicap, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC).

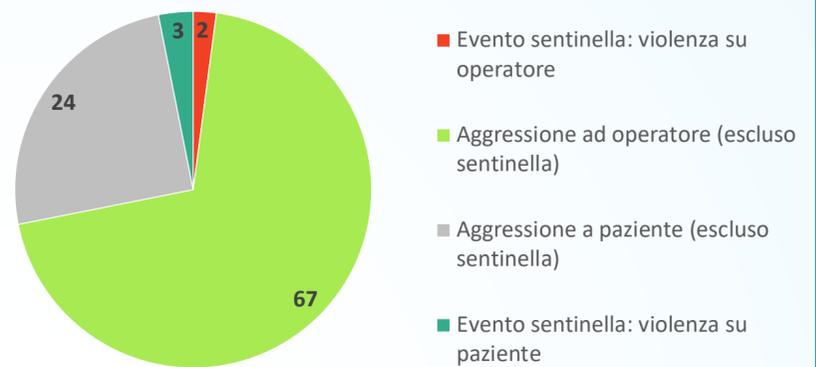


Fig. 1 Distribuzione delle segnalazioni di aggressione del DSM

RISULTATI

Il totale delle segnalazioni pervenute dal DSM nel periodo di tempo analizzato è 263, di cui 96 (36,5%) come segnalazioni di aggressioni, le quali sono state così categorizzate (Fig.1):

- Aggressione ad operatore (escluso sentinella): 67 (25,5%)
- Aggressione a paziente (escluso sentinella): 24 (9,13%)
- Evento sentinella: violenza su paziente: 3 (3,1%)
- Evento sentinella: violenza su operatore: 2 (2,1%)

Dallo studio si evidenzia un elevato numero di segnalazioni di violenza e aggressione all'interno delle strutture del DSM che hanno raggiunto un picco nel periodo pandemico (Fig.2).

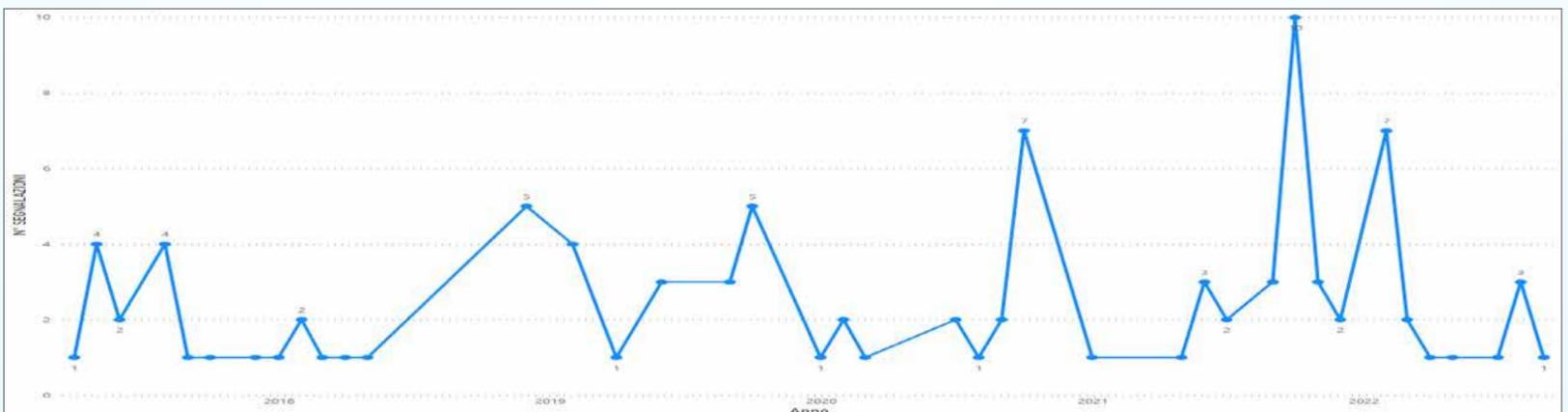


Fig. 2 Andamento delle segnalazioni di aggressione dal 01/01/2017 al 30/09/2022

CONCLUSIONI

L'elevato numero di segnalazioni ha convalidato il buon radicamento della cultura della sicurezza tra gli operatori e conferma una costante volontà di testimoniare e segnalare la presenza di atti violenti sia verso gli operatori sia dai pazienti nei confronti di altri pazienti.

A fronte di una buona propensione alla segnalazione da parte degli operatori, si ritiene necessaria una formazione sulla tematica della prevenzione della violenza e delle aggressioni per il personale dei servizi di salute mentale e in particolare all'interno del DSM, considerando anche come sia aumentata la sensibilità riguardo il tema della violenza nell'ambito sanitario a livello nazionale.



Quali sono gli ostacoli all'Incident Reporting? Risultati di un'indagine rivolta ai medici specializzandi

Peter Cautero¹, Lucrezia Chiandetti¹, Caterina Liudmila Graziani¹, Fabrizio Bellomo², Stefania Degan², Federico Farneti², Cocconi Roberto²

¹Dipartimento di Area Medica (DAME), Università degli Studi di Udine – Udine

²SOC Accreditemento e Gestione del Rischio Clinico - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

Introduzione

Lo strumento dell'Incident Reporting (IR) è una delle prime metodologie introdotte per il risk assessment e ancora una delle più diffuse. L'IR consiste in una segnalazione tempestiva, esaustiva, anonima ed effettuabile da chiunque per notificare alla struttura preposta alla gestione del rischio clinico un evento avverso/near miss. La SOC Accreditemento e Rischio Clinico dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale raccoglie, analizza e classifica le segnalazioni IR inviate dai dipendenti tramite l'apposito applicativo presente su tutti i computer aziendali. Tra i dati raccolti rientra anche il profilo professionale del segnalante. I medici specializzandi rappresentano una delle figure professionali che ha inviato il minor numero di IR (1,1%) Scopo di questa indagine è individuare gli ostacoli percepiti dagli specializzandi nei confronti dello strumento IR.



Metodologia

A tutti i medici specializzandi afferenti all'Università degli Studi di Udine è stato inviato un questionario informatizzato anonimo formato da 25 domande. Il questionario è stato strutturato in modo da indagare le caratteristiche dei partecipanti, le conoscenze in materia di rischio clinico, pregresse esperienze in tema di eventi avversi e segnalazioni IR e gli ostacoli percepiti verso il sistema di segnalazione.

Risultati

Di 464 medici specializzandi, 54 hanno risposto al questionario. Di questi 6 hanno rifiutato l'informativa sulla privacy. I 48 medici che hanno partecipato allo studio appartenevano primariamente all'area dei servizi (51%), seguiti dall'area medica (38%) e dall'area chirurgica (11%) ed erano principalmente compresi tra i 26 e i 30 anni (55%). Le donne hanno rappresentato 53% delle risposte.

Il 94% dei partecipanti era a conoscenza di cosa sia un evento avverso e il 62% ha dichiarato di aver assistito almeno ad uno. Il 91% non era consapevole di cosa sia un sistema di IR e il 64% non conosceva la procedura per segnalare. Gli ostacoli principali riportati sono, in ordine, la non conoscenza della procedura per l'invio delle segnalazioni (35,4% dei rispondenti), la paura delle conseguenze (33,3%), la non conoscenza della tematica (20,9%), l'impossibilità di accedere ad un pc aziendale (20,8%) e la mancanza di fiducia nell'utilità dello strumento (12,6%) (Fig 2).

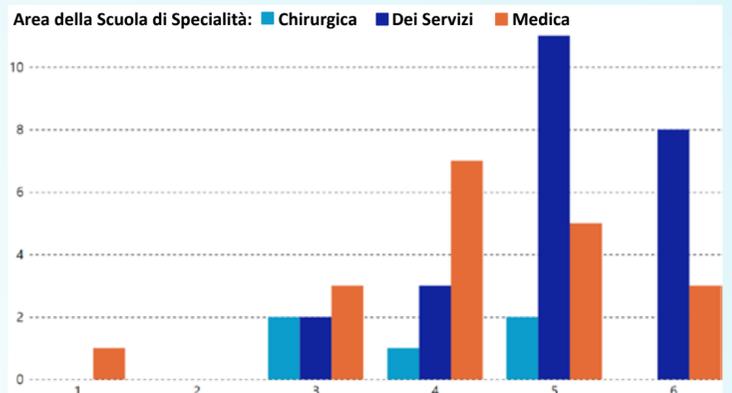


Fig. 1 Grado di interesse (da 1 a 6) in materia di rischio clinico per Area della Scuola di Specializzazione

rischioclinico@asufc.sanita.fvg.it

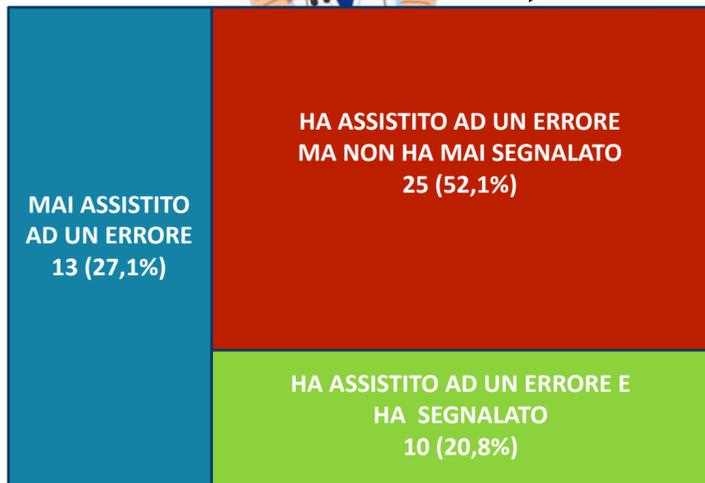


Fig. 2 Distribuzione degli specializzandi in base all'aver assistito ad un errore e all'averlo segnalato

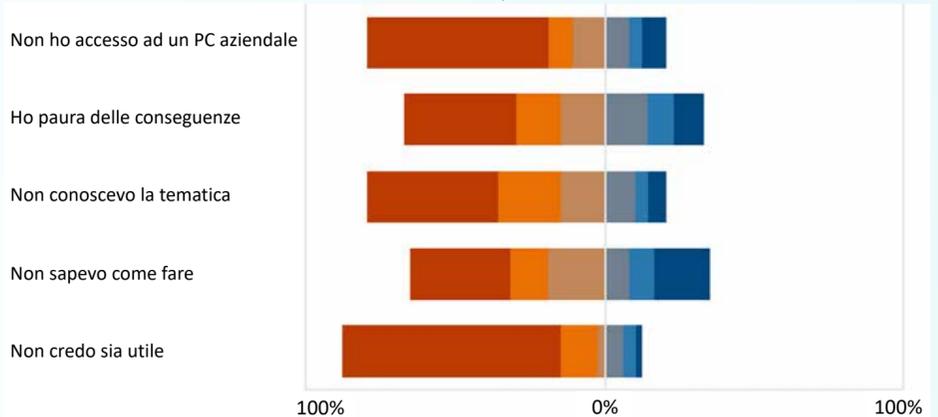


Fig. 2 Grado di accordo (da 1 a 6) sugli ostacoli percepiti verso la segnalazione

Conclusioni

Un limite dello studio è stato il numero contenuto di rispondenti. Ciononostante questa indagine ha permesso di concludere come i fattori individuati di ostacolo alla segnalazione, ad eccezione della non accessibilità dei computer aziendali, possano essere riconducibili al fabbisogno formativo di questa fascia di professionisti. Questa indagine evidenzia come valutare le conoscenze ed esperienze degli operatori in tema di sicurezza delle cure possa essere utile per indirizzare gli interventi migliorativi.



RACCOMANDAZIONI PROCEDURE SISTEMA QR CODE

Introduzione

Il monitoraggio degli eventi sentinella costituisce un'importante azione di sanità pubblica con lo scopo di raccogliere le informazioni riguardanti *eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).*

Il Ministero della Salute intende aumentare la sicurezza dei pazienti nelle strutture sanitarie a garanzia dei LEA tramite diverse azioni tra le quali l'elaborazione e la disseminazione di "Raccomandazioni" specifiche rivolte a tutte le strutture sanitarie.

Il passaggio successivo è la valutazione dell'implementazione delle Raccomandazioni da parte delle strutture sanitarie e ormai da anni l'ASL di Latina si prodiga in tale intento con il desiderio di declinare la diffusione delle Raccomandazioni con Procedure "cucite" sul proprio contesto di cura e assistenza nell'ottica della capillarità nel quotidiano.

Metodo

La UOC Rischio Clinico, in collaborazione con la UOC Professioni Sanitarie attraverso il coordinamento del Responsabile ArOp Qualità, ha individuato dei professionisti sanitari formati sulla metodologia del rischio clinico (infermieri con figura di facilitatori) e sono stati organizzati dei gruppi di lavoro tematici in riferimento alle varie procedure.

I suddetti hanno girato per l'Azienda, coadiuvati da un Responsabile tematico (Dirigente Medico), raccogliendo sia il materiale precedentemente redatto sia le necessità di contesto assistenziale.

Le Procedure redatte, verificate dal Medico Legale dell'Azienda, sono state approvate dal Direttore UOC Rischio Clinico e pubblicate nella sezione dedicata sul sito internet Aziendale.

Ulteriore passaggio è stata la creazione di Poster con un elenco delle Procedure, affiancato dalla generazione di QR code univoco per ciascuna, affisso in tutti i reparti ospedalieri e le sedi distrettuali dell'ASL di Latina.

Il sistema del Qr-code prevede che, con l'inquadratura attraverso fotocamera di un dispositivo elettronico (smartphone, tablet), possa permettere l'immediata visualizzazione della Procedura, consultazione e salvataggio della stessa.

Conclusioni

Il sistema del Qr-code ha permesso una diffusione capillare delle procedure non solo in contesto ospedaliero ma anche territoriale.

L'impatto grafico intuitivo, la metodologia attuale che si avvicina alla digitalizzazione delle conoscenze della popolazione, la possibilità in pochi secondi di consultazione delle Procedure da parte sia del personale sanitario sia dei pazienti hanno permesso una preziosa possibilità di training e refresh delle conoscenze disponibili.

Catturare l'attenzione degli utenti è l'obiettivo di una Sanità che è in continua evoluzione.



Risultati

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
**ASL
LATINA**

**REGIONE
LAZIO**

RACCOMANDAZIONI E PROCEDURE AZIENDALI

RACCOMANDAZIONI

- 1 RACCOMANDAZIONE PER IL CORRETTO UTILIZZO DELLE SOLUZIONI CONCENTRATE DI CLORURO POTASSIO-KCL ED ALTRE SOLUZIONI CONCENTRATE CONTENENTI POTASSIO
- 2-3 RACCOMANDAZIONE PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E PER LA PREVENZIONE DI GARZE, STRUMENTI O ALTRO MATERIALE IN SALA OPERATORIA
- 4 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTI IN OSPEDALE
- 5 PREVENZIONE DELLA REAZIONE TRASFUSIONALE DA INCOMPATIBILITA' ABO
- 6 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO E O PARTO
- 7 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE, COMA O GRAVE DANNO DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA
- 8 RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI
- 9 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DEL MALFUNZIONAMENTO DEI DISPOSITIVI MEDICI APPARECCHI ELETTROMEDICALI
- 10 PREVENZIONE DELL'OSTEONECROSI DELLA MASCELLA MANDIBOLARE DA BIFOSFONATI
- 11 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO SECONDARIO
- 12 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CON FARMACI LOOK ALIKE SOUND ALIKE
- 13 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE
- 14 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CON FARMACI ANTIBIOTICI
- 15 RACCOMANDAZIONE PER MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE A NON CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE TRIAGE NELLA CENTRALE OPERATIVA 118 E O ALL'INTERNO DEL P. S. DELLA ASL DI LATINA
- 16 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO DI PESO > 2500 GR NON CORRELATA A MALATTIA CONGENITA
- 17 RACCOMANDAZIONE PER LA RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA
- 18 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEGUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI ACRONIMI SIGLE E SIMBOLI
- 19 RACCOMANDAZIONE PER LA MANIPOLAZIONE DELLE FORME FARMACETICHE ORALI SOLIDE

PROCEDURE AZIENDALI

- PROCEDURA DI INCIDENT REPORTING
- PREVENZIONE DELLA DIFFUSIONE SARS COV 2 E GESTIONE DEI CLUSTER
- PROCEDURA PER LA CONTENZIONE FISICA DEI PAZIENTI
- PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE
- PROCEDURA PER L'ACCESSO NELLE CAMERE OPERATORIE DEGLI SPECIALISTI DI PRODOTTO
- PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL CARRELLO DI EMERGENZA
- PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLO STRAVASO DEL MEZZO DI CONTRASTO IN AREA RADIOLOGICA
- PREVENZIONE DELLA TROMBOEMBOLIA VENOSA POST-CHIRURGICA
- SAFETY WALK ROUND
- PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI CATERETI VENOSI PERIFERICI
- PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

Le procedure sono in continuo MIGLIORAMENTO : per le NOVITA' inquadra il codice QR CODE qui sotto

RISCHIO CLINICO

Realizzato da:
UOC RISCHIO CLINICO E UOC PROFESSIONI SANITARIE

AZIENDA USL LATINA - UOC RISCHIO CLINICO - CENTRO DIREZIONALE COMMERCIALE LATINA FIORI PAL. G2 V.LE PIER LUIGI NERVI, SNC -
04100 LATINA PARTITA IVA 01684950599 - SITO INTERNET: WWW.AUSL.LATINA.IT MAIL: RISCHIOCLINICO@AUSL.LATINA.IT



ASL ROMA 2: VALUTAZIONE QUALITÀ DELLA CARTELLA CLINICA

AM Lombardi¹, C Bontempi¹, M Salvagni¹, R Strizzi, V Ghergo¹, S.Bartoli¹
¹ UOC Risk Management

Introduzione e Razionale

La cartella clinica assume un duplice ruolo nella gestione del rischio clinico: **proattivo** di contenimento degli errori di comunicazione e di gestione del processo clinico. **Reattivo** costituendo la fonte di informazione per l'attuazione di interventi migliorativi.

Metodologia

La UOC Risk Management dal 2019 sta conducendo il monitoraggio della cartella clinica dei presidi ospedalieri aziendali. Il Progetto prevede lo studio di un campione di cartelle cliniche chiuse (range 1-1,5 % dei ricoveri ordinari totali), selezionate in modalità random, valutate in doppio cieco ed in proporzione al volume di attività di ciascuna unità operativa. La valutazione di ogni singola cartella, mediante una griglia costituita da 69 item, viene effettuata da una coppia di rilevatori.

Risultati

Tab.1 Check List di Sala Operatoria presente

Check List di Sala Operatoria presente	NO	SI	Totale complessivo
C.T.O. Centro Traumatologico Ortopedico	80	572	652
Ospedale Pertini	166	435	601
S. Eugenio	81	666	747
Totale complessivo	327	1673	2000

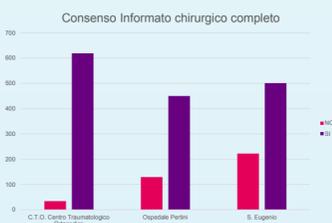
Fig.1 Check List di Sala Operatoria compilata



Tab.2 Consenso Informato Chirurgico presente

Consenso Informato Chirurgico presente	NO	SI	Totale complessivo
C.T.O. Centro Traumatologico Ortopedico	3	650	653
Ospedale Pertini	32	547	579
S. Eugenio	37	686	723
Totale complessivo	72	1883	1955

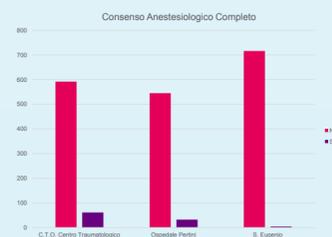
Fig.2 Consenso Informato chirurgico completo



Tab.3 Consenso Informato Anestesiologico presente

Consenso informato all'anestesia presente	NO	SI	Totale complessivo
C.T.O. Centro Traumatologico Ortopedico	26	627	653
Ospedale Pertini	16	561	577
S. Eugenio	42	678	720
Totale complessivo	84	1866	1950

Consenso informato all'anestesia presente



Criticità riscontrate: a fronte della buona percentuale di presenza della documentazione analizzata, essa non si dimostra essere altrettanto completa. In particolare, nella check list di sala operatoria non sempre sono presenti, come da raccomandazioni OMS, le firme dei tre professionisti (medico, anestesista ed infermiere), nel consenso anestesiological non sempre è indicato il tipo di anestesia. A partire dai risultati dello studio si sono pianificate specifiche azioni formative rivolte ai professionisti dell'Azienda al fine di superare le criticità evidenziate e dare seguito alle necessità di miglioramento della qualità della documentazione, a livello aziendale e di ciascuna Struttura: Evento Formativo sulla Sicurezza in Farmacoterapia, evento formativo sul Consenso Informato.





ASL ROMA 2: SICUREZZA IN FARMACOTERAPIA



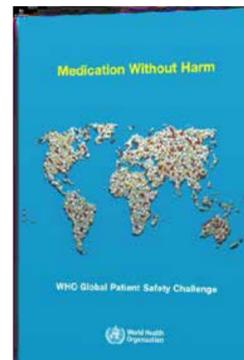
AM Lombardi1, C Bontempi1, M Salvagni1, R Strizzi, V Ghergo1, S.Bartoli1
1 UOC Risk Management

Introduzione

Il 17 Settembre di ogni anno si celebra la Giornata Mondiale per la Sicurezza dei Pazienti, istituita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2019. L'obiettivo è di aumentare la consapevolezza e l'impegno globale sul tema della sicurezza dei pazienti. Il tema scelto dall'OMS per la Giornata Mondiale della Sicurezza del Paziente (WPSD) 2022 è "La sicurezza di terapia" correlata alla campagna globale "Medication without Harm". La Giornata 2022, non è un evento singolo ma posta al termine del quinquennio della 3° Campagna Mondiale OMS "Medication without harm" del 2017. Procedure terapeutiche non sicure ed errori in terapia sono, infatti, una delle principali cause di lesioni e danni evitabili ai pazienti nei sistemi sanitari di tutto il mondo.

Risultati

La ASL Roma 2 è impegnata, da sempre, nei Servizi Territoriali di afferenza e Ospedalieri, sostenendo l'adozione delle migliori pratiche, persegue la valorizzazione dei propri professionisti, patrimonio dell'Azienda, attraverso politiche formative e di aggiornamento continuo, per prevenire rischi evitabili e/o danni alla persona assistita. Alla conclusione del Webinar, la UOC Risk Management ha raccolto e sintetizzato gli interventi dei professionisti che vi hanno partecipato realizzando un ebook omnicomprensivo delle diverse tematiche riguardanti la sicurezza in farmacoterapia.



Metodi

La ASL Roma 2 aderisce alla Giornata Nazionale per la Sicurezza delle Cure e della Persona Assistita con iniziative di comunicazione e sensibilizzazione rivolte a operatori sanitari e utenti che permettano di raggiungere, in linea con le politiche ministeriali di sostegno alla sicurezza delle cure, una maggiore consapevolezza sull'argomento. Un'iniziativa importante, in cui l'attenzione nei confronti di chi ricorre ai servizi sanitari, viene posta al centro di iniziative e campagne di sensibilizzazione per accrescere la cultura della prevenzione dei rischi in ambito sanitario quale parte integrante del diritto alla salute.

Conclusione

La giornata nazionale porrà le basi per proseguire attività già intraprese e adire a nuovi obiettivi con iniziative volte ad individuare inapproprietezze, interazioni farmaco-farmaco, interazioni farmaco-malattia e di evitare discrepanze non intenzionali e loro conseguenze nelle transizioni di cura.



**Percorso benessere organizzativo
conseguente ad un atto di violenza**

Modalità d'intervento per affrontare le conseguenze individuali ed organizzative

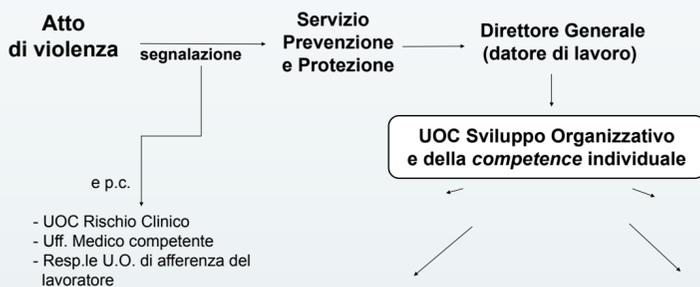
E. Scalise , G.B.A. Corea* , R. Nardella*** D. Sgroi°° , F. Milito°**

*Direttore -**Dirigente Medico -***Dirigente Psicologo (UOC Sviluppo Organizzativo e della *competence* individuale ASL Roma 3);
°Direttore Generale ASL Roma 3; °°Direttore Sanitario Aziendale ASL Roma3.

Introduzione

Il percorso vede rappresentato il ruolo di "raccordo", identificato nella **UOC Sviluppo Organizzativo e della *competence* individuale**, in staff alla Direzione Generale, che ha come obiettivo generale il supporto ai processi di monitoraggio, innovazione e cambiamento organizzativo.

Il ruolo di raccordo strategico è necessario nella programmazione di interventi per la rilevazione di criticità legate all'ambito organizzativo e al benessere lavorativo, con conseguenti possibili modalità d'intervento come la **formazione specifica** ed il supporto clinico del **Centro clinico per la valutazione del disagio lavorativo**, raccordo, questo, che ha portato già dallo scorso mese di marzo, all'istituzione di uno «Sportello psicologico di ascolto» dedicato.



REVISIONE ALLA DETERMINA n. 791 del 2/08/2022

Parole chiave:

violenza fisica e psichica operatori sanitari, benessere lavorativo, sviluppo organizzativo, auditing, formazione, coaching, comunicazione efficace, umanizzazione, emergenza Covid-19.

Materiali e metodi

Il Metodo d'intervento

si basa su l'analisi preliminare di contesto, studio e discussione multidisciplinare interna alla U.O. e conseguente offerta formativa come azione risolutiva in collaborazione con i vertici delle organizzazioni oggetto di intervento. L'obiettivo strategico di effettuare preliminarmente degli incontri diretti con il personale interessato, rappresenta la modalità di riferimento adottata per la rilevazione del fabbisogno e delle reali esigenze di necessità di apprendimento e/o empowerment, per una risposta al miglioramento del benessere personale.

- Il Centro clinico per la valutazione del disagio lavorativo - Sportello psicologico

caratterizzato da un team multidisciplinare costituito da personale infermieristico dedicato, uno psicologo psicoterapeuta, un medico del lavoro ed un medico psichiatra.

- La Formazione aziendale

associata ad una azione di **coaching**, migliora le **competence** (individuali e di gruppo), e permette contemporaneamente di ridurre le resistenze al cambiamento agendo sulle motivazioni e sulle responsabilità, ottenendo come obiettivo finale lo **sviluppo organizzativo**, associato a conseguenze positive sul **benessere lavorativo** del personale interessato.

Nello specifico è stato realizzato in collaborazione tra il **Servizio Prevenzione e Protezione** e la **UOC Rischio clinico** un corso di aggiornamento dedicato al tema della "Prevenzione degli atti di violenza" con programmate tre edizioni per l'anno 2022 (già svolti), con l'obiettivo di dare un primo contributo multidisciplinare a saper riconoscere per tempo i comportamenti che possono sfociare in violenza, sia verbale che fisica.

Alla stessa stregua è stato già realizzato un corso di formazione denominato «Sviluppare l'intelligenza emotiva...» la cui seconda edizione è attualmente in corso di svolgimento.

Risultati attesi

Il "percorso benessere organizzativo conseguente ad un atto di violenza" è stato ufficializzato con determina aziendale n. 791 del 2 agosto 2022, non solo per dare formale risalto all'impegno del vertice aziendale, ma per contribuire a delineare gli attori chiamati a vario titolo all'onere dell'efficacia d'azione non solo della presa in carico dello stato emotivo conseguente, ma per poter con autorevolezza intervenire se necessario, su l'assetto organizzativo con azioni di miglioramento delle *performance individuali* e sull'impegno delle dirette figure apicali interessate. Lo strumento della formazione mirata, con attenta sensibilità alle necessità dei singoli e/o del gruppo di lavoro, darà contributi sicuri di miglioramento a tutti i livelli dell'organizzazione oggetto d'intervento.

L'approccio multidisciplinare rappresentato dal ruolo di raccordo strategico con il Servizio di Prevenzione e protezione, il risk management aziendale, e con l'Ufficio del medico competente, contribuirà a dare ampio spazio di considerazione alle indicazioni di necessità di miglioramento che eventualmente perverranno dagli stessi attori, impegnati quotidianamente sul campo a diretto contatto con gli assistiti.

A questo intervento, particolare attenzione è stata posta all'attività dello *Sportello psicologico di ascolto del disagio*, che accompagnerà nel necessario supporto la vittima di violenza, sia verbale che fisica.

L'offerta è caratterizzata da una serie di colloqui supervisionati da uno psicologo per offrire un ascolto d'orientamento alle necessità espresse dal lavoratore vittima di violenza.

Conclusione	metodo d'intervento	Servizio Prev. e Protezione
Uff. Medico competente	azione di auditing	

Il ruolo centrale della UOC Sviluppo organizzativo e della *competence* individuale, in qualità di unità operativa in staff al Direttore Generale, è di coniugare le attività di **Formazione aziendale** e **Centro clinico per la valutazione del disagio lavorativo** ricevute direttamente dal datore di lavoro con gli obiettivi di un'azione condivisa sia con una offerta psicologica di supporto, che se necessario, dopo opportuna valutazione di merito del contesto lavorativo interessato, associata ad una offerta formativa mirata alle criticità riscontrate.

La presenza nel personale afferente di un professionista con competenze giuridiche, completa l'opportunità di disporre di conoscenze multidisciplinari nel difficile approccio di tutela della salute in ogni sede, e per ogni necessità di valutazione.

L'obiettivo atteso è di contribuire, da un evento imprevedibile come un atto di violenza, alla realizzazione di un *intervento di miglioramento delle performance* nell'ambito del benessere lavorativo, non solo come mandato strategico, ma nell'interesse dei singoli lavoratori, e degli utenti in particolare.

Bibliografia essenziale

- 1) D. Lgs. n.81/2008: Attuazione dell'art. 1 della Legge 3 agosto 2007 n.123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 101 del 30 aprile 2008 - supplemento ordinario n. 108.
- 2) National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Violence – Occupational Hazard in Hospitals. April 2002.
- 3) Prevenzione e gestione degli atti di violenza nei confronti del personale infermieristico – IPASVI Ferrara 2012.
- 4) Determinazione Regione Lazio n G13505 25/10/2018. Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.
- 5) Legge Regionale 17 giugno 2022, n.11 "Disposizioni per la promozione della salute, della sicurezza sul lavoro e del benessere lavorativo". BUR Lazio n.52 ordinario del 21/06/2022.





Determinanti di sovraffollamento in PS: Uno studio osservazionale presso l'ospedale di Frascati



Fabio Ingravalle, Ciricaco Alfonso Consolante, Stefania Trivelli, Francesco Marcianò,
Maria Iolanda Spitaleri, Roberto Corsi

Introduzione

Il blocco delle ambulanze (o blocco barelle) è un fenomeno emergenziale emergente, acuitosi al termine della pandemia da COVID-19 e determinato dall'impossibilità di accettare il paziente all'interno dei Pronto Soccorsi (PS).

Tale problematica era presente, se pur con meno intensità, anche prima della pandemia da COVID-19 e le motivazioni alla base di tale fenomeno sono molteplici e complesse, così come le numerose risposte messe in campo dai Servizi Sanitari Regionali. Prime fra tutte sono la carenza cronica di personale e un'età media alta dei medici in servizio presso i PS.

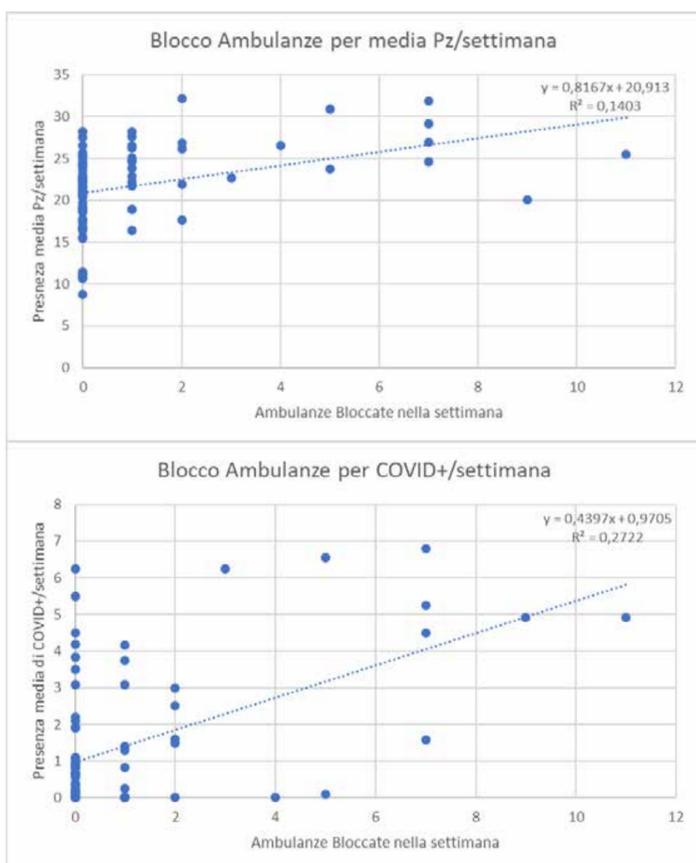
Tuttavia, esistono sicuramente altre variabili, di tipo organizzativo, che possono essere identificate al fine di migliorare la gestione day-to-day del PS. Per questo, l'obiettivo è identificare quei determinanti che espongono ad un aumentato rischio di blocco ambulanze, per programmare azioni future.

Materiali e Metodi

Presso il Pronto Soccorso di Frascati (20.000 accessi/anno, 22 posti di stazionamento in PS e 85 posti letto circa), da Marzo 2021 a Ottobre 2022 è stata effettuata una valutazione bi-giornaliera, tramite report, dei presenti in PS, eventuale presenza di blocco ambulanze e stato di occupazione dei posti letto dell'ospedale.

Sono stati calcolati indicatori settimanali di presenza media in PS, per pazienti e per pazienti COVID+, e indici di occupazione dei posti letto.

E' stata condotta un'analisi di regressione per individuare quei fattori che determinano con più probabilità un effetto negativo sul blocco delle ambulanze e una analisi tramite curva ROC (CI95%) per individuare i valori di cut-off, che sulla base delle variabili selezionate espongono maggiormente al rischio di sovraffollamento del PS e conseguente blocco ambulanze (Excel e SPSS ver.25).



Risultati

I risultati mostrano che i fattori che più influenzano il blocco ambulanze sono la presenza dei pazienti COVID+ e la presenza di un alto numero di pazienti (tabella seguente).

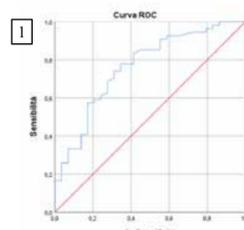
Modello di regressione	Univariato	P-value	Multivariato*	P-value
Media Pz/settimana	0,172	>0,001	0,146	0,06
Media COVID+/settimana	0,619	>0,001	0,426	>0,01
Media Pz in destino/settimana	0,191	0,07	-0,112	0,47
Occupazione pp.II. Ospedale	-5,825	0,07	-2,171	0,49

*R-quadro: 0,314; p-value > 0,001

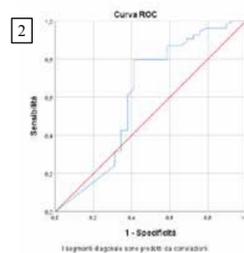
Invece la presenza di numerosi pazienti in attesa di ricovero/trasferimento, così come il tasso di occupazione dell'ospedale, anche se sembrerebbero influenzare il rischio di blocco ambulanze, non sono risultati statisticamente significativi.

Dall'analisi delle Curve ROC si conferma la relazione indicata per presenza media di Pz/settimana (1) e per COVID+/settimana (2).

Curva ROC	Area	Err. Stand.	Sign.	Limite inf.	Limite sup.
Num. 1	0,763	0,055	>0,001	0,655	0,872
Num. 2	0,611	0,073	0,097	0,468	0,754



La curva ROC della presenza dei Pz/settimana si mostra significativa (1), a differenza di quella dei COVID+/settimana (2), come riportato nella tabella di cui sopra.



Per la prima è possibile individuare il cut-off di 26 Pz/settimana come presenza media. Tale valore presenta una sensibilità del 92% e una specificità del 62% per identificare la presenza di almeno 1 ambulanza bloccata nella settimana. Il valore di accuratezza stimato è del 74%.

Nel presente studio avere una presenza media di 26 Pz/settimana nel PS oggetto di osservazione, si associa ad un rischio di 8 volte maggiore di avere un blocco ambulanze (OR: 8,54 - CI95% 2,22-41,36).

Conclusioni

Lo studio dimostra come è possibile individuare, indipendentemente dai posti di stazionamento programmati, sulla serie storica degli accessi di PS i fattori che possono influenzare maggiormente il blocco delle ambulanze e il valore soglia in cui è possibile attivare ulteriori azioni (ricoveri in appoggio o letti aggiuntivi).

Tali azioni probabilmente vengono rese inefficaci da un maggior frazionamento dei percorsi che richiedono notevole tempo di gestione, come per l'isolamento COVID all'interno del PS. Tali percorsi per tale motivo dovrebbero essere gestiti in maniera autonoma rispetto alla gestione complessiva dei percorsi di PS, ma allo stesso tempo in maniera integrata così da impedire che i pazienti a gestione complicata rallentino il processo complessivo di erogazione dell'assistenza sanitaria a tutti i presenti.

Per tale motivo è importante trovare soluzioni adattative mirate e percorsi oltre l'ospedale volte a favore la presa in carico e la dimissione rapida dei pazienti da PS, come l'invio a strutture ambulatoriali e alla medicina territoriale.

Ringraziamenti

Si ringrazia tutto il personale ASL Roma 6 che ha permesso la realizzazione di tale studio, se pur nelle crescenti criticità di tutti i giorni.



**Dall'ingresso del paziente, al laboratorio clinico:
Efficientamento del processo in IFO**

Tatangelo Myriam, Spinosa Patrizia, Silla Anna Maria, Esposito Assunta, Mancusi Giulia, Berardo Angela, Lecce Mirco, Neculai Catalina & Petrone Fabrizio

*IRCCS Istituti Fisioterapiti Ospitalieri – Roma
U.O.C. Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa, Assistenza e Ricerca*

Introduzione

Il progetto nasce nel reparto di Patologia Clinica dell'I.F.O., dall'esigenza di efficientare l'erogazione del servizio, dall'ingresso dei pazienti fino alla sala prelievi, in quanto è stata avvertita la necessità di migliorare la qualità del servizio percepita dall'utente e dal personale sanitario. L'emergenza COVID-19 ha evidenziato il bisogno di inserire pratiche e attività che apportassero un miglioramento continuo, riduzione degli errori, attraverso la gestione di processi più economici, snelli e che velocizzassero i tempi dei flussi, per creare valore al cliente interno ed esterno e semplificassero i percorsi all'operatore. Gli **obiettivi specifici** erano:



Metodi

OSSERVAZIONE GEMBA nell'ottobre 2021 - una tecnica di gestione utilizzata per affrontare i problemi quotidiani in modo più efficace osservando direttamente il «posto dove nascono i problemi». Si tratta di una vera e propria indagine osservazionale sul campo. Nello specifico sono stati seguiti 3 step:

1. Interviste agli operatori;
2. Esperienza diretta del processo ponendosi al posto del paziente;
3. Intervista ai pazienti.

Successivamente si è proceduto alla raccolta dati attraverso il personale sanitario e i sistemi informatici in uso e infine, mediante kick-off meeting e strumenti statistici, è stata effettuata l'analisi dei dati.



I dati sono stati raccolti nel periodo 11 ottobre-20 ottobre con una copertura di 10 giorni

- | | |
|-----------------------------------|--|
| da | Su |
| - Database informatico | - Tipo di accettazione |
| - Personale sanitario manualmente | - Tempo tra totem, cassa e fine accettazione |
| - Team di progetto | - Tempo tra stampa etichette e prelievo |



Risultati

SOLUZIONE	RIDUZIONE DEL LEAD TIME	IMPATTO SUL PROCESSO	TEMPISTICHE E IMPLEMENTAZIONE	VALUTAZIONE ECONOMICA	IMPATTO VINCOLI	DIFFICOLTÀ ORGANIZZATIVE	CLASSIFICA*
DUE CATEGORIE DI UTENTI	5	10	9	9	9	7	2°
NUOVO ORARIO DI APERTURA PRELIVI	6	7	10	9	9	9	1°
REVAMPING DEL FLUSSO INFORMATIVO	5	6	8	9	6	6	5°
DISTRIBUZIONE DEI CARICHI DI LAVORO	9	9	2	3	3	2	8°
ATTIVITÀ DI SANIFICAZIONE	7	4	8	8	6	8	4°
GESTIONE DEI PAZIENTI DI ALTRI REPARTI	3	6	4	8	6	4	7°
MIGLIORAMENTO DEGLI SPOSTAMENTI REPARTO	6	5	5	8	6	4	6°
INNOVAZIONE STAMPA DELLE ETICHETTE	10	9	2	2	3	2	9°
MIGLIORAMENTO ACCETTAZIONE	5	7	7	9	7	6	3°

Scheda di rilevazione costruita *ad hoc*, da 1 a 10:

- 1 - beneficio basso/grande difficoltà di implementazione
- 10 - beneficio alto/bassa difficoltà di implementazione

* Classificazione ottenuta dal prodotto dei punteggi dei diversi criteri

Conclusioni

Come riportato nella sezione risultati, le soluzioni organizzative che hanno prodotto ad un effettivo miglioramento dell'intero processo sono state: la differenza di orario tra apertura delle casse e della sala prelievi, attività che detta il ritmo all'intero processo; la presenza di un totem per la gestione di categorie prioritarie; l'innovazione dei processi automatizzati di etichettatura delle provette. Inoltre, in un'ottica orientata all'umanizzazione delle cure, una riduzione del **lead time** degli utenti porta anche ad una maggiore **soddisfazione e fiducia del paziente** verso la struttura sanitaria, **maggiore engagement degli operatori** e infine, **una riduzione del rischio di commettere errori**.

Lo spirito di gruppo e la sensibilità del personale hanno rappresentato le **soft skill** su cui attuare tutte le innovazioni dei processi, che sommati a quanto sopra hanno indubbiamente rispecchiato i punti cardine del **Risk Management**.

Riferimenti

- Abdallah A. A. (2020). Healthcare Engineering: A Lean Management Approach. Journal of healthcare engineering, 2020, 8875902.
- Helmold, M. (2020). Lean Management in Operations. In Lean Management and Kaizen (pp. 65-72). Springer, Cham.
- Ahn, C., Rundall, T. G., Shortell, S. M., Blodgett, J. C., & Reponen, E. (2021). Lean management and breakthrough performance improvement in health care. Quality Management in Healthcare, 30(1), 6-12.
- https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_844_allegato.pdf [ultimo accesso 27/10/2022]



LA TOTAL WORKER HEALTH NEL CONTESTO SANITARIO

Reparata Rosa Di Prinzio¹, Giorgia Bondanini¹, Maria Rosaria Vinci¹, Vincenzo Camisa¹, Annapaola Santoro¹, Guendalina Dalmasso², Antonio Giuseppe Nigri³, Annarita Stoppiello⁴, Massimiliano Raponi², Salvatore Zaffina¹

¹ Funzione di Medicina del Lavoro, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù IRCCS ~ Roma ~ Italia

² Direzione Sanitaria, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù IRCCS ~ Roma ~ Italia

³ Commissario Straordinario, ASL Foggia ~ Foggia ~ Italia

⁴ Direzione Sanitaria, ASL Foggia ~ Foggia ~ Italia

Abstract

Negli ultimi decenni il mondo del lavoro ha subito rilevanti trasformazioni che hanno riguardato nuove forme di organizzazione del lavoro, tecnologie innovative, progressivo invecchiamento della popolazione lavorativa, aumento dell'incidenza delle malattie cronico-degenerative (in special modo, affezioni osteoarticolari e muscolo-tendinee) e aumento delle limitazioni lavorative.

La Medicina del Lavoro ha risposto alle pressanti richieste del mondo del lavoro acquisendo sempre più qualità proprie della *precision medicine* nell'ottica di *Total Worker Health* (TWH).

Nell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, l'albero della Medicina del Lavoro è articolato in tre diramazioni principali (Figura in basso), rappresentate dal *Disability Management*, benessere psicologico e promozione della salute.

L'analisi econometrica basata sul Return on Investment (ROI) delle attività sviluppate all'interno delle tre diramazioni ha identificato un rilevante guadagno per l'organizzazione aziendale (ROI di 27,66, 2,73 e 1,89 rispettivamente) a supporto dell'efficacia degli interventi condotti.

In conclusione, la TWH rappresenta la tutela della salute globale del lavoratore, capace di fronteggiare le richieste emergenti del mercato del lavoro. In questo scenario, il ruolo del medico del lavoro viene potenziato dalle numerose collaborazioni con figure professionali aziendali (es. HR manager, psicologo del lavoro) e impreziosito dalle nuove competenze che acquisirà in futuro, *Disability Manager* e *Workplace Health Promotion Manager*.

I primi risultati di tale trasformazione lasciano ben sperare, come rilevato da indicatori economici (es. ROI), di processo e di qualità.

Risultati

Nell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, la Medicina del Lavoro è articolata in tre aree principali (Figura in basso):

- Disability Management, gestione delle disabilità emergenti dei lavoratori (le c.d. "idoneità difficili");
- benessere psicologico, sportello di supporto psicologico;
- promozione della salute globale, attraverso numerosi interventi rivolti a incoraggiare stili di vita salutari (es. Stop Smoking per la disassuefazione dal fumo).

Il modello gestionale prevede la collaborazione tra MC e molteplici figure professionali aziendali (tra cui HR manager e psicologo del lavoro) in team multidisciplinari, grazie ai quali è stata evidenziata una riduzione delle limitazioni all'idoneità e dell'assenteismo, con consistente ritorno sull'investimento (Return on Investment, ROI) per l'organizzazione aziendale.

Per ogni area di attività è stata condotta un'analisi econometrica basata sul calcolo del ROI - dato dal rapporto tra guadagno al netto dell'investimento e capitale investito - considerando la riduzione del tasso di assenteismo annuale quale utile prodotto.

I risultati hanno identificato un ROI pari a:

- 27,66 per il *Disability Management*;
- 2,73 per lo sportello di supporto psicologico;
- 1,89 per il programma di disassuefazione tabagica*.

*dati preliminari, in fase di pubblicazione.

Introduzione

Negli ultimi decenni il mondo del lavoro ha subito rilevanti trasformazioni che hanno riguardato nuove forme di organizzazione del lavoro e tecnologie innovative, che hanno contribuito a creare nuovi pericoli occupazionali e condizioni di rischio professionale senza precedenti. In primo luogo, il progressivo invecchiamento della popolazione lavorativa ha assunto un crescente rilievo: recenti dati stimano che in Europa la fascia degli ultra cinquantacinquenni aumenterà di oltre il 16% entro il 2030. In secundis, il cambiamento delle caratteristiche demografiche determina un aumento dell'incidenza delle malattie cronico-degenerative (es., cardiovascolari, muscoloscheletriche e oncologiche) nella popolazione lavorativa, da cui discendono una serie di nuove e indifferibili criticità. Dati nazionali confermano infatti un andamento in crescita delle malattie professionali denunciate, che riguardano principalmente affezioni osteoarticolari e muscolo-tendinee (oltre il 66% del totale). Un altro fattore di grande interesse è rappresentato dal dilagante fenomeno del disagio psicologico: il 22% dei lavoratori dell'Unione Europea percepisce un abnorme stress lavoro-correlato, problema di salute secondario solo ai già citati disturbi muscolo-scheletrici. Il quarto aspetto cruciale è rappresentato dalle limitazioni lavorative che nel panorama nazionale costituiscono un fenomeno di particolare impatto nel settore sanitario: un'indagine dell'Università Bocconi ha evidenziato valori percentuali compresi tra il 10,70% delle aziende territoriali ed il 22,60% degli IRCCS.

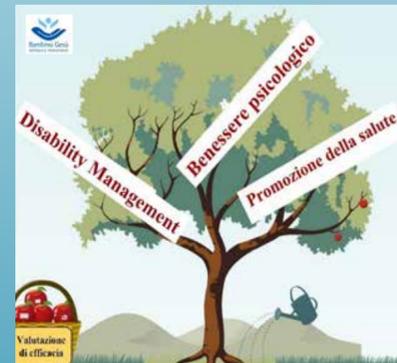
La Medicina del Lavoro ha risposto alle trasformazioni del mondo del lavoro acquisendo sempre più qualità proprie della *precision medicine* nell'ottica di *Total Worker Health* (TWH). L'approccio TWH mira a sviluppare programmi, politiche e buone prassi aziendali atti a potenziare la forza lavoro focalizzandosi sulle necessità del singolo lavoratore, identificato come parte integrante dell'organizzazione.

In realtà, le iniziative personalizzate di prevenzione e promozione della salute gettano le radici nell'osservazione ormai acclarata che uguali livelli di esposizione provocano differenti effetti sulla salute in base alle precipe condizioni di suscettibilità individuale, peraltro dinamicamente soggette a mutamenti. I benefici derivanti dalla prevenzione si condotta incidono non soltanto sul benessere del lavoratore e sul clima organizzativo aziendale, contribuendo ad accrescere la fidelizzazione dei lavoratori nei confronti del *top management*, ma hanno ripercussioni positive sulla produttività.

Conclusione

Il ruolo della medicina del lavoro nel sistema di sicurezza aziendale ha seguito nel tempo i mutamenti del mondo del lavoro: da una visione aziendale legata alla cultura del dovere degli anni '50 del secolo scorso a un approccio culturale basato sulla conoscenza e valutazione del rischio, propedeutica ad attività di promozione della salute della forza lavoro nell'ottica della TWH. In questo contesto il medico di fabbrica ha lasciato il posto al MC e il sistema di produzione a catena di montaggio di stampo fordista ad un sistema gerarchico a legame debole dotato di maggiore autonomia. I risultati consolidati negli anni di tale trasformazione hanno dato dimostrazione di efficacia, come rilevato da indicatori economici (es. ROI), di processo e di qualità.

Il modello TWH - OPBG si sta ora sperimentando in altre realtà lavorative sanitarie della Regione Puglia (con capofila la Azienda Sanitaria Locale di Foggia) e della Regione Lazio.



L'albero del sistema di *Total Worker Health* dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma.

Bibliografia

- Camisa V, Gilardi F, Di Brino E, et Al. Return on Investment (ROI) and Development of a Workplace Disability Management Program in a Hospital-A Pilot Evaluation Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):8084. doi:10.3390/ijerph17218084.
- Dalmasso G, Di Prinzi RR, Gilardi F, et Al. Effectiveness of Psychological Support to Healthcare Workers by the Occupational Health Service: A Pilot Experience. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(6):732. doi:10.3390/healthcare90
- Di Prinzi RR, Nigri AG, Zaffina S. Total Worker Health strategies in Italy: New challenges and opportunities for occupational health and safety practice. *J Health Soc Sci*. 2020;6(3):313-318. doi:10.19204/2021/ttlw260732.



Le prime modifiche del Risk Management clinico (RMC) risalgono alla seconda metà del secolo scorso, quando si cominciò a tentare di spiegare eventuali danni al paziente e insuccessi terapeutici (errori di diagnosi e delle cure). Anche l'aspetto riabilitativo come conseguenza di errori rappresentò una ulteriore motivazione degli sviluppi temporali delle scienze sanitarie e minimizzare gli esiti negativi in caso di errori operativi da parte di singoli professionisti e delle organizzazioni sanitarie nel loro complesso, anche come conseguenza sistemica e integrata di altre discipline (medicina, infermeristica, matematica, modellistica, ingegneria, ecc.). Analisi delle avversità e delle cause profonde (root causes) sono il risultato di un'evoluzione della gestione della salute nelle strutture penitenziarie italiane (DPCM 1/4/2008) e, in particolare, l'istituzione di strutture di gestione della sicurezza delle cure e della valutazione delle attività gestionali.

Un modello per la gestione del rischio clinico (GRC) in ambito penitenziario

Maurizio Musolino⁽¹⁾ Sandro Libianchi⁽²⁾

(1) Risk Manager ASL Roma 3;

(2) Centro Studi Penitenziari, Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane (Co.N.O.S.C.I.), Roma.

INTRODUZIONE

Analisi delle cause profonde ('root causes analysis'), evento avverso, "fattore umano", interventi correttivi, rappresentano gli steps classici del processo di GRC. Oggi le organizzazioni sono state rivedute in un'ottica di "sistemi complessi". Considerata la continua variabilità di questi, si riesce a garantire buoni esiti degli interventi sanitari con la capacità del sistema di mantenere la sua coerenza interna ("resilienza organizzativa"). Il rischio clinico è distribuito nella c.d. "curva iso-rischio" (fig. 1), in cui se in un sistema di riferimento si riporta la probabilità di accadimento di un evento avverso, e l'entità del danno, si ottiene una curva ove sono poco probabili eventi gravi e più frequenti gli eventi lievi. Nella realtà si osserva che esistono innumerevoli eventi avversi che non provocano danni («near miss»), un numero inferiore causa danni più significativi (eventi avversi) e pochissimi incidenti con la morte o danno grave del soggetto (evento sentinella). Il recente passaggio di competenza della gestione della salute nelle carceri italiane (DPCM 1/4/2008) ha creato l'esigenza di adattare queste procedure anche al carcere.

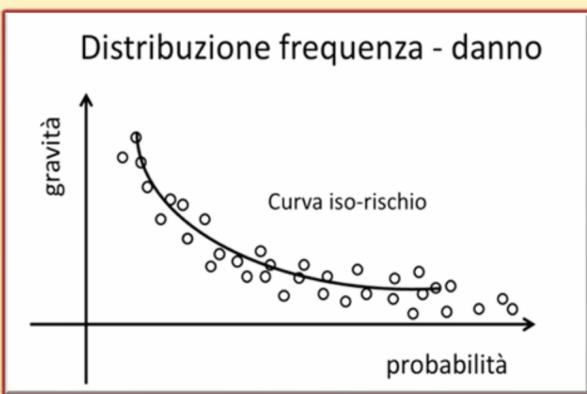


Fig. 1: Curva di isorischio

RISULTATI

L'analisi dei macro-processi sanitari in ambito carcerario ha offerto la possibilità di costruire la matrice a doppia entrata con le Raccomandazioni ministeriali sulla sicurezza delle cure. I nodi di intersezione rappresentano gli ambiti assistenziali inclusi nel sistema procedurale dell'organizzazione.

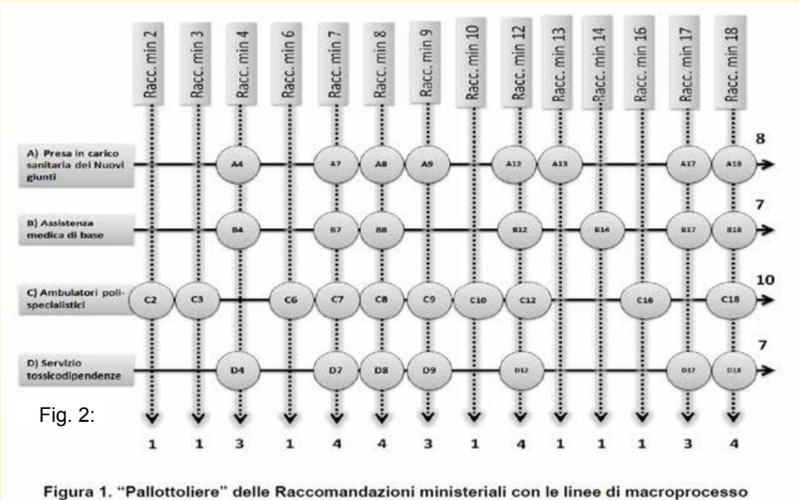


Fig. 2:

Figura 1. "Pallottoliere" delle Raccomandazioni ministeriali con le linee di macroprocesso

CONCLUSIONI

In ambito sanitario, il GRC deve confrontarsi con la complessità dei fenomeni osservati, ove coesistono fattori contribuenti all'esito del processo di cura. Il modello proposto orienta il Risk manager nella fase iniziale del processo di mappatura del rischio clinico all'interno di una struttura penitenziaria ad alta complessità e di nuova istituzione. Si evidenzia la necessità di istituzione di una struttura permanente deputata alla gestione del rischio clinico in ambito di medicina penitenziaria. Ogni penitenziario dovrebbe dotarsi di un Risk Manager dedicato, formato e addestrato.



METODOLOGIA della mappatura dei rischi

L'avvio dell'analisi organizzativa, prevede una dettagliata individuazione dei macroprocessi sanitari attivati nella struttura attraverso un'indagine conoscitiva, interviste strutturate agli operatori e la raccolta dati dai flussi informativi aziendali e ogni attività clinica deve ricadere dentro uno o più macroprocessi. Alla formalizzazione delle attività svolte, segue la costruzione di una matrice a doppia entrata (2D) con le raccomandazioni del Ministero della Salute in tema di sicurezza delle cure.

Schematizzate nella figura 2 sono riportate alcune linee di attività (macroprocesso A, B, C, D) delineate nella mappatura del rischio.
Macroprocesso n. 1: Presa in carico sanitaria dei detenuti c.d. "Nuovi giunti".
Macroprocesso n. 2: Medicina di base e d'urgenza.
Macroprocesso n. 3: Attività degli ambulatori specialistici.
Macroprocesso n. 4: Attività del Servizio per le alcol-tossicodipendenze.

Dalla mappatura in due dimensioni delineata in Fig. 2 consegue la messa in sicurezza delle attività previste nei macroprocessi descritti, come da Raccomandazioni ministeriali.

Bibliografia Essenziale

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: US National Academies Press; 2000.
2. M. Musolino, S. Libianchi: "Gestione del rischio clinico in ambito penitenziario: Modello operativo"; in: "La salute nella POLIS carceraria. Evoluzione della medicina penitenziaria e nuovi modelli operativi". Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN, 2019.
3. Hollnagel E. *Safety-I and the past and future of safety management*. Boca Raton, FL: CRC Press; 2014.
4. Pascu D, Romano G, Zanovello G, Rimondini M. *Apprendere dagli errori, un viaggio nella sicurezza del paziente attraverso storie di eventi avversi*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2015.
5. *Governo clinico e sicurezza delle cure. Raccomandazioni del Ministero*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile al indirizzo : <http://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglio>





UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI GENOVA

ANALISI PROATTIVA DEL RISCHIO CLINICO IN UN PROGETTO INFERMIERISTICO DI IMPLEMENTAZIONE DI UN MODELLO DI “RIANIMAZIONE APERTA”

Lulaj Zhaklina*, La Regina Micaela****, Cantinotti Enrica****, Lorenzani Paola***, Nativi Olimpia**



* Nurse student at University of Genoa Pole of La Spezia , ** Nurse of ICU, *** Clinical tutor, **** Responsible and Government of Risk management, **** Responsible in charge for Pole of La Spezia

BACKGROUND

Il 98% delle terapie intensive in Italia utilizza politiche di visita ai pazienti da parte dei parenti e caregiver restrittive.

Al fine di promuovere un trattamento personalizzato che rispetti le varie dimensioni fisiche, psicologiche e relazionali di ogni individuo, le rianimazioni italiane dovrebbero uniformarsi al modello di Terapia Intensiva Aperta.

AIM

Effettuare una valutazione proattiva del rischio clinico correlato all'implementazione di una "Terapia intensiva aperta", basata sulla tecnica FMECA (Failure Mode and Effect Criticality Analysis) e volta a prevenire e ridurre i possibili rischi relativi all' "apertura della terapia intensiva" rispetto alla comunicazione e alla presa in carico del paziente e dei familiari.

METHODS

Per la realizzazione dello studio sono stati effettuati 5 incontri. 3 riguardanti la metodologia e la spiegazione dello strumento da utilizzare, e 2 focalizzati sulla somministrazione dello strumento e la raccolta dati. I dati sono stati raccolti ed analizzati tramite FMECA

RESULTS

La tecnica FMECA ha dimostrato che il progetto di apertura di terapia Intensiva è ad alto rischio. Infatti il 65% dei rischi si associa ad un punteggio superiore a 10.

Contrariamente a quanto si potesse immaginare, un' inadeguata comunicazione operatore-caregiver è percepita dagli operatori come un rischio maggiore rispetto all' inadeguatezza strutturale.

CONCLUSIONS

Dalla valutazione deriva che per un'organizzazione che vuole implementare un modello di "Terapia Intensiva Aperta" è fondamentale curare l'informazione degli utenti e la formazione degli operatori accentuando le loro competenze comunicative e relazionali.



Aggressioni nei confronti dei professionisti addetti ad attività di vigilanza e controllo: metodologie di rilevazione a confronto



Carmen Tereanu¹, Maria E. Biesta¹, Davide Del Brocco¹, Luca Biffi¹, Oliviero Rinaldi¹, Antonio Sorice¹, Michele Sofia¹
¹Agenzia di Tutela della Salute, Bergamo

Introduzione

I fenomeni di aggressività negli ambienti sanitari rappresentano preoccupanti manifestazioni di conflittualità, negativa sia per le conseguenze dirette sulle persone coinvolte, con rischi per la sicurezza degli operatori sanitari e degli utenti dei servizi, sia per le implicazioni relative alla organizzazione dei servizi stessi. Da un lato, problemi strutturali e organizzativi possono aumentare i rischi di aggressioni, dall'altro, le aggressioni stesse possono generare ripercussioni negative sulle strutture del sistema socio-sanitario, in termini di sofferenza personale degli operatori, vandalismi verso le strutture, stress organizzativo e danni per l'immagine dei professionisti e delle aziende [1].

Il contrasto alla violenza verso gli operatori sanitari rappresenta una questione strategica per le organizzazioni sanitarie e una sfida irrinunciabile per il funzionamento e lo sviluppo del nostro sistema sanitario. In Lombardia, la Legge regionale 15/2020 "Sicurezza del personale sanitario e socio-sanitario" pone in capo all'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario lombardo (ACSS) il monitoraggio degli episodi di violenza commessi ai danni del personale che opera nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie lombarde. [2]

L'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo (ATS) istituita il 1 gennaio 2016 secondo quanto previsto dalla Legge 23/2015 della Regione Lombardia, attua la programmazione definita a livello regionale per assicurare, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i Livelli Essenziali di Assistenza. Tra i suoi compiti rientrano anche la vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, socio-sanitarie e sociali, la prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro e la sanità pubblica veterinaria.

Su queste premesse, e nel contesto emergenziale attraversato negli ultimi anni, suscettibile di accentuare la conflittualità a tutti i livelli nel sistema sanitario, ATS si è concentrata sempre di più sulla rilevazione del fenomeno al fine di conoscerlo per poterlo prevenire e gestire in maniera adeguata, avviando un progetto dedicato (PEGASO-S).

Obiettivi:

- 1) Descrivere il fenomeno aggressioni nei dipendenti dell'ATS nell'ultimo triennio (2019-2021)
- 2) Confrontare gli strumenti di rilevazione dei dati utilizzati

Metodologia

- ❖ **Periodo di analisi:** il triennio dal 2019 al 2021 (solo aggressioni da parte dell'utenza)
- ❖ **Setting:** tutte le articolazioni organizzative dell'ATS. (Nota bene: i medici di continuità assistenziale ovvero ex guardia medica, lavoratori para-subordinati, sono stati coinvolti in un percorso di rilevazione specifico (Incident reporting; Safety walkaround; Safety Attitude Questionnaire) che non è oggetto di questa analisi; [1])

Strumenti e metodologie di rilevazione dei casi:

- 1) "Modulo per la segnalazione Incident reporting", disponibile nel sistema qualità aziendale (intranet) insieme alla procedura relativa alla segnalazione degli eventi avversi (Fig. 1);
- 2) "Scheda di censimento-rilevazione situazioni di rischio di aggressione e di violenza" elaborata ad-hoc dal Gruppo di lavoro "Prevenzione e contrasto alle intimidazioni/aggressioni al personale sanitario e socio-sanitario", sottoposta ai responsabili dei Dipartimenti ATS con invito a capillare diffusione, per la raccolta delle esperienze e proposte, all'interno delle articolazioni organizzative, applicata dal 12 al 19 ottobre 2020, con riferimento al biennio 2019-2020 (Fig. 2);
- 3) "Survey individuale sul fenomeno aggressioni agli operatori" elaborata ad-hoc dal Risk Manager e il RSPD (adattando un modello originariamente predisposto da ACSS) [2] e somministrata online in modalità anonima ai singoli operatori dell'ATS, dal 1 al 10 ottobre 2022, con riferimento all'anno 2021 (Fig. 3)

Analisi fenomeno aggressioni: approccio qualitativo

Confronto metodologie: basato su dieci caratteristiche (Tab. 1)

Fig. 2 Scheda di censimento-rilevazione situazioni a rischio aggressione

Fig. 1 Modulo per la segnalazione Incident reporting

Fig. 3 Survey individuale sul fenomeno aggressioni

Risultati

❖ N. operatori ATS: 579 (fine del 2021)

❖ N. persone con aggressione nel triennio 2019-2021: 34 (Tab 2)

❖ Nota bene: nessuna segnalazione nel sistema Incident reporting

❖ Il maggior n. di aggressioni è stato rilevato con una survey individuale: 24 su 58 rispondenti hanno riferito aggressioni.

❖ Il n. di donne con aggressioni nel triennio è di n. 6 unità più alto rispetto a quello degli uomini

❖ La classe di età più coinvolta è dai 46 ai 55 anni

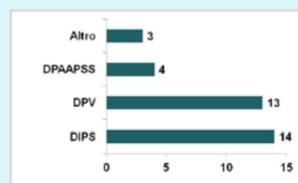
❖ Gli operatori con aggressioni provengono soprattutto dal Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS), dal Dipartimento di Prevenzione Veterinaria (DPV), Dipartimento di Programmazione, Accreditazione, Acquisto Prestazioni Sanitarie e Socio-sanitarie (DPAAPSS) (Fig 4)

❖ La maggior parte delle n. 44 aggressioni riferite nel triennio erano aggressioni verbali minori, insulti, minacce (Fig 5)

Tab. 1 Confronto delle metodologie

CARATTERISTICHE	1. Modulo Incident reporting (teorico)	2. Scheda censimento compilata dal responsabile (empirico)	3. Survey individuale (empirico)
1. Raccolta casi incidenti	✓		
2. Raccolta casi prevalenti		✓	✓
3. Possibilità descrizione del singolo episodio	✓	✓	✓
4. Possibilità descrizione azioni adottate		✓	
5. Possibilità suggerimenti azioni preventive	✓	✓	✓
6. Anonimato			✓
7. Possibilità di indicare i fattori contribuenti	✓	✓	✓
8. Informazioni sui bisogni formativi		✓	✓
9. Presenza bias dovuto alla memoria		✓	✓
10. Sottostima del fenomeno	✓	✓	✓

Fig. 4 Distribuzione operatori che hanno subito aggressioni per Dipartimento

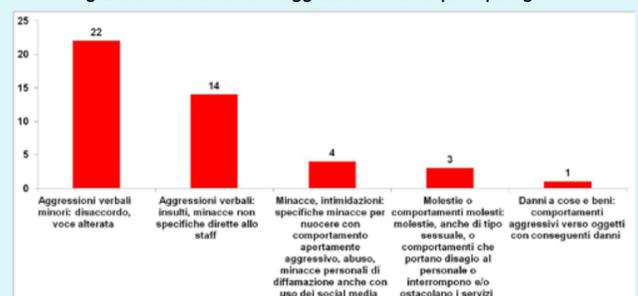


Tab. 2 Numero di operatori che hanno subito aggressioni rilevato con le varie metodologie

Periodo di riferimento	1. Modulo Incident reporting (teorico)	2. Scheda censimento compilata dal responsabile (empirico)	3. Survey individuale* (empirico)	TOTALE
2019-2020	0	10	-	10
2021	0	-	24	24
2019-2021	0	10	24	34

* Tasso di risposta grezzo, calcolato su tutto l'organico dell'ATS è stato il 10%

Fig. 5 Distribuzione delle aggressioni riferite per tipologia



Conclusioni

❖ Gli operatori ATS più coinvolti in aggressioni sono quelli a contatto diretto con l'utenza, in particolare durante i sopralluoghi di vigilanza e controllo;

❖ La maggior parte delle aggressioni subite sono verbali e in gran parte sono state determinate da fattori connessi al lavoro e/o da fattori legati alla tipologia di utenza/interlocutore;

❖ Non sempre il n. di episodi di violenza corrisponde al n. di operatori coinvolti: a volte lo stesso episodio ha coinvolto più operatori alla volta (solitamente i sopralluoghi sono svolti in due); altre volte un operatore ha subito più tipologie di aggressione contemporaneamente (minaccia e comportamenti molesti) oppure lo stesso operatore ha subito più volte la stessa tipologia di aggressione verbale. In questi casi è indispensabile intervenire anche mediante uno sportello di ascolto gestito da uno psicologo;

❖ La formazione degli operatori, programmata regolarmente a livello aziendale per raggiungere anche i neo-assunti, contempla sia le tecniche di comunicazione assertiva e di de-escalation del conflitto, che l'acquisizione di competenze di gestione post-evento;

❖ Per rendere funzionale ed efficace il sistema Incident reporting è necessaria una maggiore sensibilizzazione al fine di innescare un cambio culturale organizzativo che conduca i professionisti a segnalare in via prioritaria, compilando il modulo dedicato, ogni caso di aggressione, di qualsiasi entità.

Bibliografia

1. Piera Antonelli P, Ghinaglia EMC, Gillini GM, Tereanu C, "Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie". Project Work Accademia di formazione per il servizio socio-sanitario lombardo, 2021
2. ACSS "Nota: adempimenti legge regionale 15/2020 - avvio survey e allegati" (prot ingr ATS.0083315.20-08-2021)





Avis Provinciale Mantova e SIMT impegnati per l'autosufficienza in Plasmaderivati: sicurezza nel prelievo ai donatori e nella trasfusione ai pazienti



Lanfredi S.(1), Glingani C.(2), Rizzoli S.(1), Al-khaffaf A.(2), Frattini F.(2), Gaiardoni R.(2), Mimiola E.(2), Montorsi P.(2), Randon F.(2), Sissa C.(2), Zani M.(2), Capuzzo E.(1), Savi G.(1), Franchini M.(2)
(1) – Unità di Raccolta AVIS Provinciale Mantova; (2) – Servizio Trasfusionale Mantova



Introduzione

Il Sistema Sangue Italiano basato sulla donazione non remunerata garantisce l'autosufficienza del sangue intero ma non ancora quello dei Medicinali plasmaderivati (MPD) e la loro carenza, con un aumento dei prezzi rilevata da AIFA e CNS, è stata accentuata a livello mondiale dalla criticità determinata dal COVID. L'acquisto di MPD sul Mercato internazionale, sostenuto da donatori di plasma remunerati, pone questioni etiche e di sicurezza.

Materiali e metodi

Secondo le Direttive del Programma nazionale autosufficienza, Regioni come la Lombardia, con un indice di raccolta di sangue intero superiore a 40 unità/1.000 abitanti/anno ma con indice di conferimento plasma inferiore a 18 Kg/1.000 ab., possono accrescere la raccolta di plasma da aferesi.

L'Oms ha individuato 6 obiettivi strategici per garantire un accesso equo a sangue e MPD sicuri.

OMS: Piano triennale 2020/23 "Action Framework to Advance Universal Access to Quality and Safe Blood and Blood Components for Transfusion and Plasma Derived Medicinal Products"

1. una adeguata leadership e governance per i sistemi sangue nazionali;
2. servizi efficienti che assicurino sangue farmaci plasmaderivati sicuri;
3. un uso clinico appropriato per migliorare la salute e la sicurezza dei pazienti;
4. laboratori di controllo con capacità di valutare il sangue e i dispositivi medici;
5. un sistema di sorveglianza per il sangue e le reazioni avverse di donatori e pazienti;
6. raggiungimento risultati attraverso collaborazioni efficaci e scambio di informazioni.

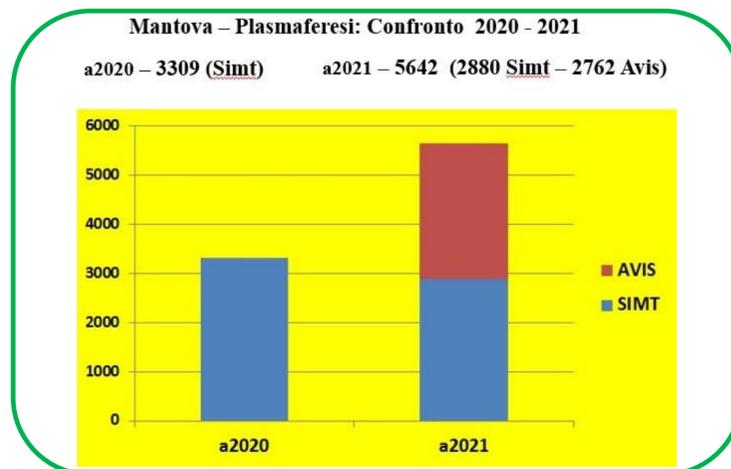
Avis Mantova ha chiesto e ottenuto di poter effettuare nelle sua Unità di Raccolta (UdR), anche la plasmaferesi, finora in carico al solo SIMT, in aggiunta alla raccolta di sangue intero. Avis con il suo Sistema di Gestione della Qualità possiede da 20 anni la Certificazione ISO 9001. La richiesta è stata valutata dall'ATS MN-CR che ha concesso l'accreditamento per tale attività dopo valutazione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi.

Il Software informatico Emonet garantisce la sicurezza nella donazione e nella trasfusione sia del sangue che dei MPD, nella valutazione dell'appropriatezza delle richieste e nella gestione dell'emovigilanza.

Risultati

L'attivazione della Plasmaferesi presso l'UdR di Avis, dal 15/2/21) è stata preceduta da un percorso di addestramento di Infermieri e Medici.

La donazione di aferesi è stata mantenuta anche presso il SIMT. Nel corso del 2021 sono state effettuate 5642 donazioni di plasmaferesi contro le 3309 del 2020.



Gli esami di validazione prevedono programmi di controllo della qualità interni e partecipazione a programmi di valutazione esterna della qualità.

Guida alle attività di convalida dei processi nei Servizi trasfusionali e nelle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti



O.120 Per ogni attività diagnostica di laboratorio finalizzata alla qualificazione biologica degli emocomponenti e ai test di compatibilità pre-trasfusionale è assicurato un adeguato programma di controlli di qualità interni.

O.121 È garantita la sistematica partecipazione ai programmi di valutazione esterna di qualità, anche promossi dalle istituzioni nazionali competenti, dei sistemi analitici impiegati per i test di qualificazione biologica degli emocomponenti e per i test di compatibilità pre-trasfusionale.

Le reazioni avverse di donatori e pazienti sono registrate sul Gestionale Emonet e inserite nel Programma SISTRA del CNS.



Conclusioni

Con l'attivazione della Plasmaferesi presso l'UdR di Avis si è arrivati ad un aumento di oltre il 70% di queste donazioni. Un efficace Sistema Gestione Qualità e la collaborazione con il SIMT garantiscono la sicurezza del plasma prodotto con l'obiettivo dell'autosufficienza in MPD.

Bibliografia essenziale

- 1-D.M.-26.05.22_Progr. Nazionale-autosufficienza-2022
- 2-OMS: «Action Framework to Advance Universal Access to Quality and Safe Blood and Blood Components for Transfusion and Plasma Derived Medicinal Products»



VIOLENZA E FORMAZIONE AL RISCHIO SPECIFICO DEI LAVORATORI

Di Carlo Daniela* Guttadauro Renzo** Leoni Anna Maria*** Veronese Rosanna*** Cassioli Simona*** Baglivo Maria Francesca*** Perfetti Barbara**** Putignano Louis***** Pellegata Germano Maria Uberto *****

*Direttrice Unità Operativa Ospedaliera di Medicina del Lavoro ASST Rhodense **Responsabile Direzione Medica di presidio e U.O.C. Qualità Accreditemento e Risk Management ASST Rhodense ***assistente sanitaria U.O. Qualità Accreditemento e Risk Management ASST Rhodense ****Psicologa Unità Operativa Ospedaliera di Medicina del Lavoro ASST Rhodense *****Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione ASST Rhodense ***** Direttore Generale Asst Rhodense

Introduzione

Il rischio aggressioni al personale sanitario è ormai all'ordine del giorno, la violenza contro gli operatori sanitari è diventata un evento prevedibile (Pascucci 2021). La violenza e le molestie possono essere fisiche, psicologiche e sessuali e possono essere perpetrate da molteplici attori tra cui pazienti/utenti, familiari e care giver, visitatori, fornitori nonché da altri operatori.

Le cause e i fattori favorenti gli atti di violenza sono molteplici, tra questi concorre la mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi (Ministero della Salute 2007). Per rispondere alla necessità di promuovere la formazione del personale e una cultura della tolleranza zero alla violenza, l'ASST Rhodense ha attivato percorsi formativi sul rischio specifico.

Materiali e metodi

L'attività condotta nel periodo 2017-2019 ha coinvolto il Risk Management, la Psicologia Clinica, il Servizio Prevenzione e Protezione e la Medicina del Lavoro. Sono stati proposti due percorsi formativi: il primo rivolto a tutti i lavoratori; il secondo rivolto ai dirigenti e preposti ai sensi del D.Lgs. 81/2008. Nel 2019 è stato erogato un terzo modulo che ha riguardato la gestione del paziente fragile e del caregiver.

La violenza sul luogo di lavoro



Contenuti del corso lavoratori

Introduzione al fenomeno della violenza
La prevenzione del rischio psicosociale: il rischio aggressione
Il sistema d'incident reporting e analisi del fenomeno in azienda
La deescalation e la gestione dell'evento
Il sostegno ai colleghi coinvolti (debriefing)



GLI AGITI AGGRESSIVI

Contenuti del corso dirigenti e preposti

Introduzione al fenomeno della violenza
Il sistema d'incident reporting e analisi del fenomeno in azienda
Lo stress lavoro correlato
La deescalation e la gestione dell'evento
Il sostegno all'equipe dopo un evento



LA GESTIONE DEL PAZIENTE FRAGILE E DEL CAREGIVER

Contenuti del corso su paziente fragile e caregiver
Intelligenza emotiva le emozioni e gli stati d'animo, si può evitare la collera? Come padroneggiare le emozioni, è possibile rispettare le emozioni degli altri senza ignorare le nostre.
Malattia di Alzheimer, demenze aggressività e disturbi comportamentali: definizioni, stigma e inclusione sociale.

Risultati

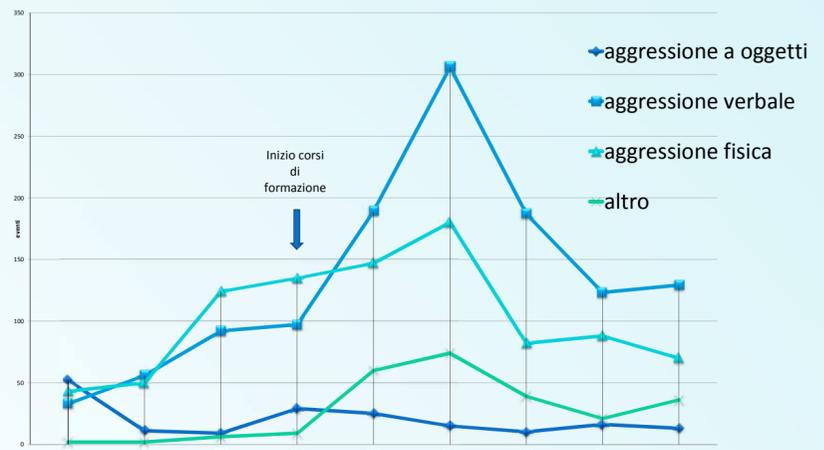
La formazione dei lavoratori ha avuto un'ampia partecipazione con una presenza d'aula superiore all'80%; mentre il percorso rivolto ai dirigenti e preposti ha avuto un'adesione inferiore (53% degli incaricati). Il percorso formativo ha generato conoscenza e consapevolezza del fenomeno violenza nell'ambito dei luoghi di lavoro.

n. edizioni	2017	2018	2019
modulo lavoratori	11	8	8
modulo dirigenti e preposti	8	1	-
modulo paziente fragile	-	-	4

	corso lavoratori	corso dirigenti e preposti	corso paziente fragile
PARTECIPANTI			
medici	28	50	-
infermieri	336	73	69
altri operatori delle professioni sanitarie	95	28	19
OSS	64	2	12
altri operatori sanitari	30	1	3
operatori tecnici	32	6	1
amministrativi	65	17	-
TOTALE	650	177	104

Conclusioni

L'andamento della numerosità delle segnalazioni dimostra che la formazione ha generato maggiore consapevolezza tra gli operatori contribuendo all'emersione del fenomeno, con un incremento in due anni del 112% delle segnalazioni. L'emergenza COVID ha determinato una riduzione dell'attenzione al fenomeno con conseguente riduzione del numero delle segnalazioni. Il principale bersaglio dell'aggressione sono gli oggetti, seguito dalle aggressioni fisiche, tutte con danno lieve, tranne 1 caso con danni fisici > 40 gg.



Le segnalazioni relative all'anno 2022 riguardano il 1° semestre.

Bibliografia essenziale

Chappell D., Di Martino V. (2006). Violence at work. International Labour Office. Geneva.
Ministero della Salute (2007). Raccomandazione n. 8 Prevenire gli atti di violenza a danno di operatore sanitario.
Pascucci P. (2022). Le aggressioni al personale sanitario come rischio lavorativo <https://journals.uniurb.it/index.php/dsl/article/view/3374>.
ILO Convenzione 190 (2019). Convenzione sull'eliminazione della violenza e delle molestie nel mondo del lavoro.

Acknowledgements

Si ringrazia il personale dell'ASST Rhodense per le loro segnalazioni, narrazioni e riflessioni.



Manipolazione forme farmaceutiche orali solide

Guttadauro Renzo * Tolomeo Martina ** Veronese Rosanna *** Cassioli Simona *** Baglivo Maria Francesca *** Leoni Anna Maria Dosolina *** Bellini Aldo ****

*Responsabile Direzione Medica di presidio e U.O.C. Qualità Accreditamento e Risk Management ASST Rhodense **Medico specializzando in Igiene e Medicina preventiva UniMiB ***Collaboratore U.O.C. Qualità Accreditamento e Risk Management ASST Rhodense **** Direttore Sanitario Asst Rhodense

Introduzione

L'ASST-Rhodense nel gennaio 2020 ha effettuato una rilevazione con l'obiettivo di stimare i comportamenti prevalenti nell'ambito della manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide nel proprio territorio di competenza (ospedale, territorio e RSA), allo scopo di allinearsi alle indicazioni della Raccomandazione Ministeriale n.19.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale raccogliendo i dati tramite una "griglia di osservazione", elaborata di concerto con l'UOC Risk Management, le DDMPP e l'UOC Farmacia dell'ASST Rhodense per la rilevazione dei seguenti dati per singolo paziente:

- presidio
- UO/servizio
- turno e ora di rilevazione
- farmaco prescritto, posologia e via di somministrazione
- tipologia di manipolazione (divisione, triturazione, apertura capsula e miscelazione)

La rilevazione dei dati è avvenuta in un giorno indice in alcune degenze e servizi dell'azienda.

La griglia è stata compilata dal personale infermieristico, dedicato alla somministrazione della terapia e solo nei casi in cui fosse necessario effettuare la manipolazione della terapia orale dei pazienti.

Risultati

Sono stati raccolti dati relativi a 202 pazienti afferenti alle strutture della ASST Rhodense sui quali è stata condotta un'analisi statistica esplorativa concorde agli obiettivi primari dello studio. (Grafico n. 1)

Grafico n.1 - descrizione del campione



Da questo studio la manipolazione delle forme farmaceutiche registrata più frequentemente è la divisione di compresse (34%). (Grafico n.2)

Grafico n.2 - Manipolazione prevalente

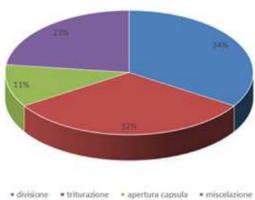
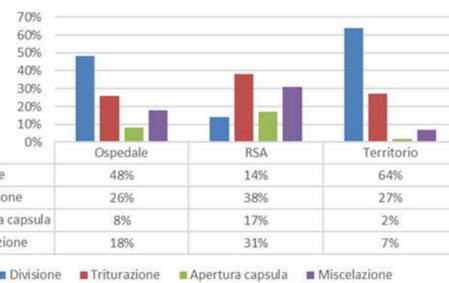


Grafico n.3- Manipolazione



Rispetto alla prevalenza delle operazioni svolte nell'ambito della manipolazione delle forme farmaceutiche

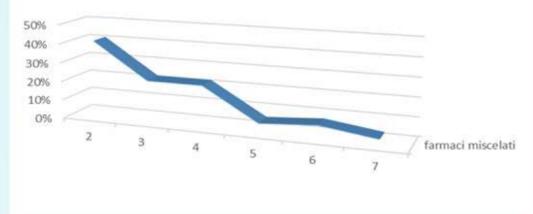
orali solide (grafico 3) dai dati emerge che, in ospedale è più frequente la divisione delle compresse, cui segue la triturazione, la miscelazione e l'apertura capsula. La prevalenza di tali operazioni di manipolazione è analoga all'ambito territoriale, seppur in percentuali diverse.

In RSA, invece, le operazioni eseguite maggiormente sono: triturazione e miscelazione delle compresse, seguite dall'apertura capsula e dalla divisione.

Infine, come mostrato dal grafico n.4, su un totale di 81

pazienti, è stato stimato il numero di farmaci fra di loro miscelati e somministrati (da 2 a 7 farmaci) nei tre contesti esaminati.

Grafico n.4 - Farmaci miscelati



Conclusioni

L'emergenza COVID ha procrastinato l'analisi dei dati raccolti, che necessita un ulteriore approfondimento in merito alle diversità dei pazienti e della terapia nei diversi setting assistenziali.

Una prima analisi delle rilevazioni evidenzia comunque la necessità di interventi, successivi alla stesura di un documento aziendale di recepimento della Raccomandazione n°19. L'azienda si è posta pertanto i seguenti obiettivi: realizzazione di corsi di formazione/sensibilizzazione e di un prontuario farmaceutico che preveda formulazioni alternative per i farmaci per i quali è stato rilevato l'utilizzo di una delle forme di manipolazione oggetto della rilevazione.

Bibliografia

1. Raccomandazione ministeriale n.19

Ringraziamenti

Si ringrazia il personale dell'ASST Rhodense per la collaborazione.



Sorveglianza sanitaria nella quarta ondata di Sars – Cov- 2

dr. Saverio Ungheri – Dirigente Medico DMPO Gallarate – Somma L.do
Ornella Ferrario – assistente sanitaria Servizio Igiene – PO Gallarate – Somma L.do
Anna Maria Vergani – assistente sanitaria Servizio Igiene – PO Gallarate – Somma L.do
dr.ssa Francesca Duzioni – medico competente ASST Valle Olona
dr. Roberto Gelmi – direttore medico DMPO Gallarate – Somma L.do

INTRODUZIONE

Il personale sanitario svolge un ruolo cruciale nella gestione del virus ormai diventato endemico, sia perché ha dovuto affrontare in prima linea la cura dei pazienti infetti con il conseguente maggior rischio a cui è esposto, sia perché ha dovuto assicurare la piena implementazione delle misure di prevenzione e controllo per il contenimento del contagio¹.

MATERIALI E METODI

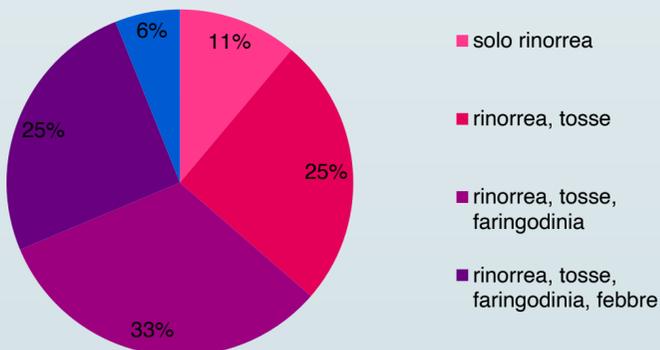
In questo poster abbiamo analizzato la sorveglianza sanitaria condotta sugli operatori sanitari da dicembre 2021 a settembre 2022 nel PO di Gallarate in seguito al completamento del ciclo vaccinale primario.

La fonte dei dati è stata l'archivio delle inchieste epidemiologiche e notifiche di malattia infettiva di Sars – CoV - 2 gestite dal Servizio di Igiene Ospedaliera.

RISULTATI

Nel periodo in esame sono state segnalate **276** infezioni negli operatori sanitari con il **9,8%** di reinfezioni dal 2020-21.

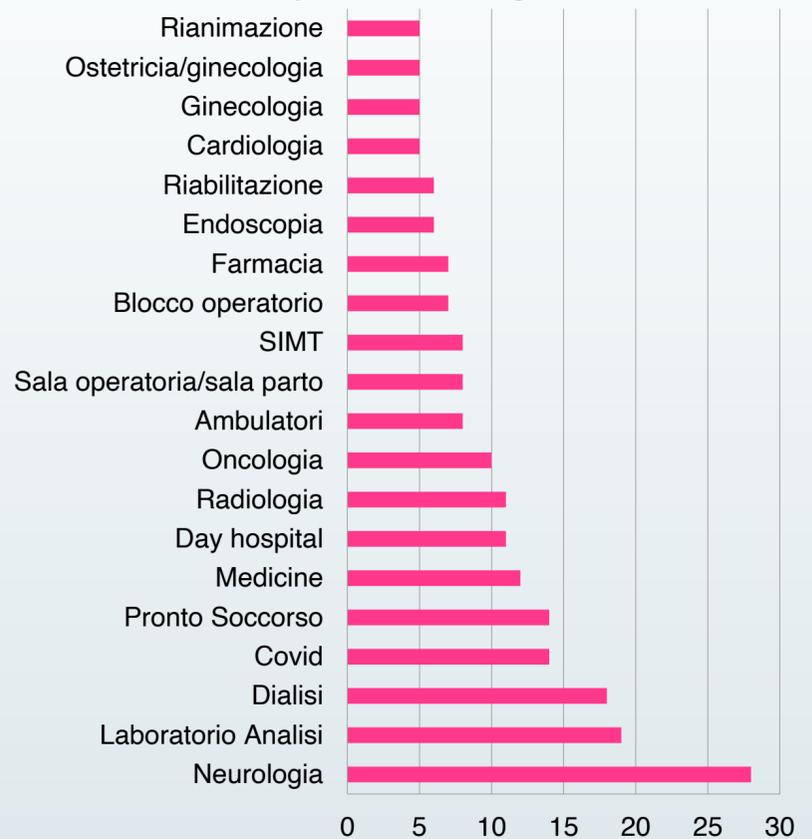
I sintomi principalmente dichiarati dal personale contagiato sono stati, in ordine per numerosità, rinorrea, tosse, faringodinia, febbre, cefalea e dolori muscolari.



Come si evince dal grafico il maggior numero di casi è stato registrato non nei reparti a maggiore rischio di esposizione, come i reparti Covid o il Pronto Soccorso, ma in reparti di degenza o servizi senza particolari fattori di rischio per il virus in esame.

Tutti i casi sono stati gestiti dalla Medicina Preventiva e dal Servizio di Igiene Ospedaliera, garantendo un tracciamento dei contatti tramite l'effettuazione di inchieste epidemiologiche mirate e una sorveglianza sanitaria agli esposti, riuscendo nella maggior parte dei casi a gestire e contenere la situazione.

n. operatori contagiati



CONCLUSIONI

I risultati raccolti dovranno indirizzare la sorveglianza e la formazione degli operatori primariamente nelle aree che hanno registrato un maggior numero di casi, sintomo di non completa aderenza al rispetto dei protocolli e procedure per la prevenzione del contagio da SARS – CoV – 2.

BIBLIOGRAFIA

1- Monitoraggio sugli operatori sanitari risultati positivi a COVID-19 dall'inizio dell'epidemia fino al 30 aprile 2020: studio retrospettivo in sette regioni italiane – Inail marzo 2021





Implementazione della sicurezza nella gestione dei farmaci in un ambulatorio di endoscopia digestiva: l'etichettatura delle siringhe.

Elisabetta Palma¹ – D.Giovannini²-Nadia Storti³

1 – Infermiera Endoscopia Digestiva ASUR AV2 Senigallia ; 2 – Direzione Infermieristica Av2 -Direttore Generale ASUR

Introduzione

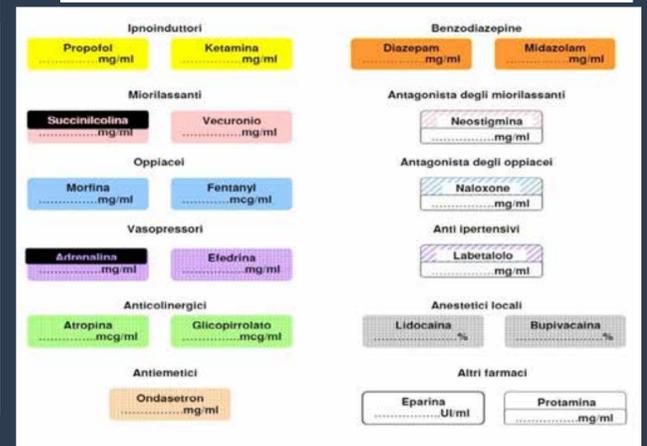
L'etichettatura delle siringhe rappresenta un momento critico.

L'errata compilazione dell'etichetta rientra tra le cause di errori di terapia identificate dalle raccomandazioni ministeriali ¹⁻² e dalla Società Italiana di Farmacia Ospedaliera – SIFO ³. Chiare indicazioni sulla corretta gestione e conservazione dei farmaci vengono dall'Associazione dei Farmacisti Americani /Joint Commission ⁴.

L'International Organization for Standardization – ISO ha rivisto nel 2020 le indicazioni del 2008 relative all'etichettatura di siringhe e linee infusionali contenenti farmaci usati in anestesia, definendo i colori (sistema Pantone®), il design e le prestazioni delle etichette, allo scopo di ridurre i rischi di errori di terapia (Fig.1).

I sanitari italiani hanno affrontato il problema della gestione della sicurezza dei farmaci aspirati in siringa, in particolare nelle sale operatorie e nelle terapie intensive ⁵⁻⁶, mentre è più limitata la letteratura specifica in endoscopia digestiva ⁷.

Fig.1 – ISO/IEC Standard No. 26825:2020



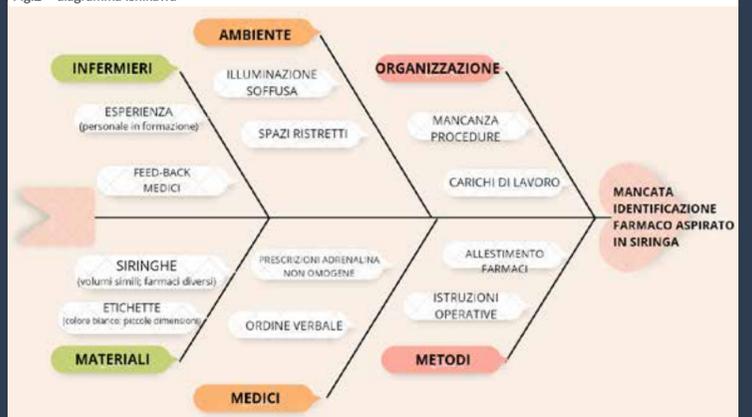
Materiali e metodi

A inizio seduta viene allestita per ogni sala endoscopica un set di siringhe contenenti PETIDINA 50mg/5ml, MIDAZOLAM 5mg/10 ml, una siringa di ATROPINA 0,5 mg (gestione bradicardie) e due siringhe di ADRENALINA 1: 10.000 o 1: 20.000 (per l'infiltrazione dei tessuti prima di mucosectomia, dissezione sottomucosa o polipectomia).

Nel corso del 2021 gli infermieri dell'Endoscopia Digestiva dell'ASUR Marche Area Vasta 2 Senigallia hanno analizzato le criticità nella preparazione e gestione dei farmaci aspirati in siringa (Fig. 2).

Prima di questa analisi, gli infermieri compilavano e ritagliavano normali etichette adesive bianche, con dispendio di tempo per il personale infermieristico e rischio di errori (LASA). Sulle etichette non era indicata la data di preparazione o la concentrazione (in particolare per l'adrenalina). Le siringhe di adrenalina venivano posizionate sul carrello, con rischio di somministrare per errore il farmaco per via endovenosa

Fig.2 – diagramma Ishikawa



Risultati

Sono state reperite le etichette rispondenti ai requisiti indicati dalle norme ISO 26825:2020 per petidina, midazolam, adrenalina e atropina (Figg. 3-4). È stata condivisa con tutto il gruppo professionale la modalità di preparazione della meperidina (50 mg portati a 5 ml con Sol. Fisiologica, concentrazione finale di 10 mg/ml) e del midazolam (5 mg portati a 10 ml con Sol. Fisiologica, concentrazione finale di 0,5 mg/ml). Le etichette sono fornite in cartucce/dispenser da 600 pezzi e le cartucce possono essere impilate tra loro. Per scongiurare il rischio di somministrazione endovenosa si è stabilito di tenere le siringhe contenenti adrenalina, con apposita etichettatura, solo sul carrello servitore utilizzato per le polipectomie e non sul ripiano del carrello principale dove sono presenti le siringhe contenenti meperidina e midazolam.

Fig.3 - 4 - da sinistra a destra, etichettatura siringhe contenenti adrenalina 1:20.000, peptidina 50mg/5 ml e e midazolam 5 mg/10 ml



Conclusioni

La nuova modalità operativa è stata condivisa ed attuata da tutta l'équipe ed è attualmente a regime, con ricadute positive sulle attività infermieristiche e sulla gestione del rischio da errori di terapia.

L'introduzione del nuovo sistema di etichette e la modifica delle attività infermieristiche ha permesso di eliminare il tempo necessario per scrivere e ritagliare le etichette, avere una veloce e certa identificazione del farmaco ricostituito, ridurre il rischio di errori.

Bibliografia essenziale

- 1 - Ministero della Salute (2008). Raccomandazione n. 7 – Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica. Roma.
- 2 - Ministero della Salute (2010). Qualità e sicurezza delle cure nell'uso dei farmaci. Raccomandazioni, Integrazione e Formazione. Roma.
- 3 - Polidori P., Adami S., et al (2015) I manuali SIFO. Linee guida per la prevenzione del rischio clinico correlato all'utilizzo dei farmaci ad alto rischio e degli acronimi, simboli, sigle e abbreviazioni. Edizioni Il Campano.
- 4 - American Society of Health-System Pharmacists, Joint Commission Resources, Weber R.J. (2007) Conservazione e sicurezza dei farmaci. Una guida pratica. Il Pensiero Scientifico Editore.
- 5 - Calderini E., Adrario E. et al (2012) Etichettatura delle siringhe in anestesia e terapia intensiva.
- 6 - Società Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva – SIAARTI (2019). Buone Pratiche Cliniche. Sicurezza della gestione farmaci in Sala Operatoria, Terapia Intensiva, Terapia del Dolore e Emergenza.
- 7 - Muscarella L.F. (2004). Infection control and its application to the administration of intravenous medications during gastrointestinal endoscopy. Am J Infect Control, 32(5), 282-6.



VIOLENZA E OPERATORI SANITARI: INDAGINE CONOSCITIVA ALL'INTERNO DI TRE PRONTO SOCCORSO DELLA REGIONE MARCHE

C. Andreoni¹, P. Leonardi², C. Paolini², A. Asoli², S. Paradisi³, S. Ridolfi⁴, D. Ventura⁴, D. Giovannini²
 1_Università Politecnica delle Marche, 2_Direzione Inf_Ost Av2, 3_ Pronto Soccorso Av2, 4_ Pronto Soccorso AORMN

Introduzione

La World Medical Association ha affermato come la violenza contro il personale sanitario rappresenti un'emergenza internazionale (2020). Il documento della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI, 2022) riporta che l'89% degli infermieri è stato vittima di violenza sul lavoro e nel 58% dei casi si è trattato di violenza fisica: in numero assoluto queste percentuali rappresentano pertanto aggressioni di circa 180 mila infermieri, delle quali 100 mila di tipo fisico. L'obiettivo principale dello studio è stato quello di analizzare il fenomeno della "violenza" e indagare la manifestazione dell'aggressività verso gli infermieri di tre Pronto Soccorso marchigiani, esattamente due dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord e uno dell'Area Vasta 2.

Metodologia

Il questionario QuIN16VIPs (Ramacciati, Lumini, Bambi & Gili, 2016) è risultato il più pertinente in merito all'oggetto di indagine e all'obiettivo della ricerca. Tale questionario è stato somministrato attraverso l'utilizzo della piattaforma Google Moduli e adattato per rendere più facile la compilazione.

Risultati

Il campione preso in analisi si compone di 71 infermieri, 44 donne (62%) e 27 uomini (38%). Le aggressioni sono per la maggior parte di tipo verbale (82,8%, Tab.1) e avvengono nel 55% dei casi ad opera del caregiver che accompagna il malato in ospedale (Tab.2). Il luogo ove avvengono principalmente è l'area Triage (63%, Tab.3), luogo di prima valutazione da parte degli infermieri e di maggior agitazione del paziente e del familiare. Le sensazioni provate immediatamente dopo l'aggressione sono risultate ansia (62%), paura (11,3%), indifferenza (14,1%) (Tab.4). A distanza di mesi dall'aggressione tali sensazioni si sono trasformate in demotivazione (36,6%), mancata gratificazione (28,2%), rabbia (22,5%) e paura (7%) (Tab.5). Alla domanda se tali eventi abbiano suscitato il pensiero di abbandonare la professione, gli operatori hanno risposto per il 35% in modo affermativo (Tab.6).

Tabella 1



Tabella 2



Tabella 3

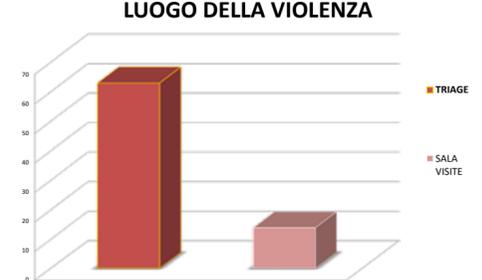


Tabella 4

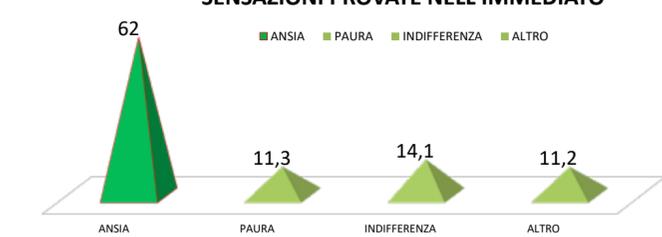


Tabella 5

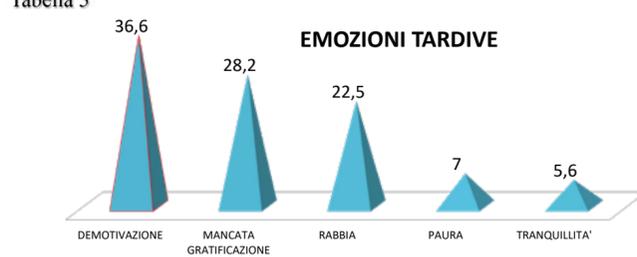
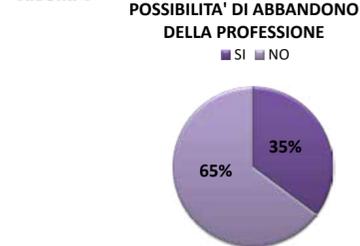


Tabella 6



Conclusioni

L'under-reporting caratterizza il fenomeno della violenza in quanto gli operatori che lavorano nei reparti di emergenza considerano tale rischio come inevitabile e tendono a giustificarlo senza segnalarlo opportunamente. Un altro aspetto che porta a demotivazione è il bystander effect: più persone assistono alla violenza meno sono quelle che intervengono in difesa dell'operatore aggredito. L'accettazione e la mancata segnalazione impediscono alle Aziende un'adeguata analisi delle situazioni lavorative e l'opportuna presa in carico della vittima. È fondamentale attuare dei percorsi per garantire l'elaborazione dell'accaduto. Approfondire questi aspetti ha permesso di evidenziare quanto si reputi più importante tutelarsi fisicamente piuttosto che psicologicamente. Attribuire all'accaduto la giusta attenzione è fondamentale per fermare la violenza e limitarne le conseguenze.

Bibliografia

-Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI) (22/02/2022.) Osservatorio nazionale contro la violenza: bene l'ufficializzazione, ora si attivi rapidamente. Disponibile in: <https://www.fnopi.it/2022/02/22/osservatorio-violenza-gazzetta/>
 -Ferri P., Stifani S., Accoto A., Bonetti L., Rubbi I. e Di Lorenzo R. (2020.) Violence Against Nurses in the Triage Area: A Mixed-Methods Study. Journal of emergency nursing, disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32389213/>
 -Gillespie GL., Gate DM., Miller M. e Howard PK. (2012.) Emergency department workers' perceptions of security officers' effectiveness during violent events'.
 -Ramacciati N., Lumini E., Bambi S, e Gili A. (2016) A Questionnaire for the Italian National Survey 2016 Violence towards Emergency Nurses: validation study. Scenario Aniasi 2016. Disponibile in: https://www.researchgate.net/publication/309787478_Questionario_per_l'Indagine_Nazionale_2016_sulla_Violenza_verso_gli_Infermieri_di_Pronto_Soccorso_studio_di_validazione



L'esperienza del Distretto sanitario di Senigallia nella gestione degli eventi di rischio idrogeologico-idraulico

Mencarelli E.* , Simonetti M.* , Becci M.* , Fiacchini D.***, Paradisi S.**** , Giovannini D.** , Marini A*

*Asur Marche Area Vasta 2 – Distretto Sanitoriale Territoriale Senigallia

** Asur Marche Area Vasta 2 – Dirigenza delle Professioni Sanitarie

*** Asur Marche Area Vasta 2 – Dipartimento di Prevenzione Senigallia

**** Asur Marche Area Vasta 2 – Dipartimento Emergenza Territoriale Senigallia

INTRODUZIONE

Il rischio idrogeologico è la conseguenza di fenomeni meteorologici di carattere intenso e/o prolungato con possibili conseguenze sull'incolumità della popolazione, delle strutture e dei servizi di un territorio.

Gli eventi idraulici riguardanti il comune di Senigallia sono connessi alle piene del Fiume Misa. Sedici gli eventi più rilevanti, verificatisi tra il '75 e il '14, che hanno preceduto la recente alluvione del 15 settembre 2022. Prima dell'ultimo evento Distretto, Dipartimento di Prevenzione (Azienda Sanitaria Unica Regionale – ASUR) e Comune di Senigallia hanno lavorato congiuntamente per migliorare le capacità di preparazione e risposta al rischio idrogeologico.

In risposta dell'obiettivo 2, che richiama l'attività del Distretto Sanitario sono stati eseguiti o programmati i seguenti interventi:

- Richiesta modifica ai Servizi Informativi ASUR dell'applicativo Sirte con inserimento dato RISCHIO IDROGEOLOGICO e procedura estrazione elenco soggetti a rischio che consenta di indentificare i soggetti in ADI/ADP esposti alla "criticità indice"
- Identificazione assistiti non deambulanti e residenti a piano terra, zone di intervento e personale referente del Distretto
- Modalità trasmissione dei nominativi e relativi dati al COC
- Elaborazione procedure periodiche di aggiornamento e monitoraggio dati
- Pianificazione modalità di accesso ADI in zone colpite, con il supporto di CRI e Protezione Civile
- Procedura censimento posti letto RSA/RP disponibili ad accogliere individui da evacuare

PIANIFICAZIONE

Aprile 2022: serie di incontri per concordare obiettivi, procedure, attività, organizzazione condivisa tra ASUR e Comune di Senigallia (Centro Operativo Comunale - COC), definendo gli elementi trasversali alla gestione dell'emergenza per rischio idrogeologico

- Ob. 1** Elaborazione Piano Asur che codifichi gli schemi di allertamento delle varie articolazioni del servizio sanitario locale, le responsabilità nell'attivazione delle procedure, le modalità operative
- Ob. 2** Definizione database per le attività di evacuazione non autosufficienti (necessario definire modalità e tempistiche di aggiornamento del database, le eventuali modalità di condivisione degli elenchi tra Distretto e Dipartimento di Prevenzione e recupero dati)
- Ob. 3** Definire procedura per la gestione/spostamento dei farmaci/dispositivi stoccati nei locali della farmacia territoriale
- Ob. 4** Definire procedura per evacuazione di cani/allevamenti
- Ob. 5** Valutare la revisione PEIMAF del Presidio Ospedaliero di Senigallia

ATTIVITÀ DI RISPOSTA ALL'EVENTO

- 15 Settembre**
- Ore 20.20 convocato il COC, ore 21.08 convocata funzione 2
 - Ore 22.25 apertura punto di accoglienza
 - Ore 22.30 invio al COC elenco nominativi, indirizzi e riferimenti telefonici, infermiere referente, stilato tramite contatto diretto infermieri ADI e estrazione di alcuni dati sistema informativo della Rete Territoriale
 - Ore 22.30-1.30 contatto telefonico con tutti i soggetti non deambulanti o loro familiari: spostamento ai piani superiori ove possibile, evacuazione degli assistiti maggiormente esposti per motivi sanitari e/o sociali presso altra residenza o strutture RP.
- 16 Settembre**
- Individuazione assistiti zone maggiormente colpite e coordinamento con CRI per la difficoltà di raggiungerli. Contatto telefonico da parte degli infermieri incaricati del caso suddivisi per zone con tutti gli assistiti, per effettuare un primo censimento e monitoraggio delle loro necessità sanitarie.

CONCLUSIONE

L'esperienza vissuta ci ha permesso di comprendere come il lavoro sinergico di Istituzioni, Comune di Senigallia, Protezione Civile con il Distretto Sanitario e il Dipartimento di Prevenzione di Senigallia abbia agevolato e facilitato la gestione dell'emergenza da rischio idrogeologico relativamente alla fascia di popolazione fragile e più esposta. Sono emersi punti critici determinati dalle attività ancora in fase di realizzazione e non implementate ma che ci hanno permesso di prevedere ulteriori azioni correttive e migliorative rispetto a quanto fino ad ora fatto e in fase embrionale, vista la fragilità del nostro territorio. Nell'ultimo evento alluvionale sono stati duramente colpiti i comuni di Arcevia, Serra de Conti, Barbara, Castelleone di Suasa, Corinaldo, Trecastelli e Senigallia, con ingenti danni, si conta un bilancio di 1 disperso e 12 vittime, una delle quali residente nel comune di Senigallia dove però non sono stati registrati feriti e decessi tra soggetti fragili e non deambulanti

RIFERIMENTI

- Piano di Emergenza di Protezione Civile Rischio Idrogeologico ed Idraulico – Comune di Senigallia, Protezione Civile Regione Marche, 2022



AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA «OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD»



S. Bernardini¹; E. Berselli²; N. Nardella³; G. Tassinari⁴; E. Guglielmino¹; R. De Cesare¹; M. Capalbo⁵
1 RSPP; 2 Direzione Sanitaria; 3 Risk Manager Aziendale; 4 UOC Gestione Rischio Clinico e Sicurezza dei Dipendenti; 5 Direzione Generale

INTRODUZIONE

Il Datore di Lavoro ha l'obbligo di effettuare la valutazione dei rischi in forma scritta, elaborando un documento denominato «Documento di Valutazione dei Rischi» o «DVR».

La valutazione dei Rischi e la successiva redazione del DVR è uno degli obblighi del Datore di Lavoro (art. 17, 28 e 29 del D.Lgs.81/08).

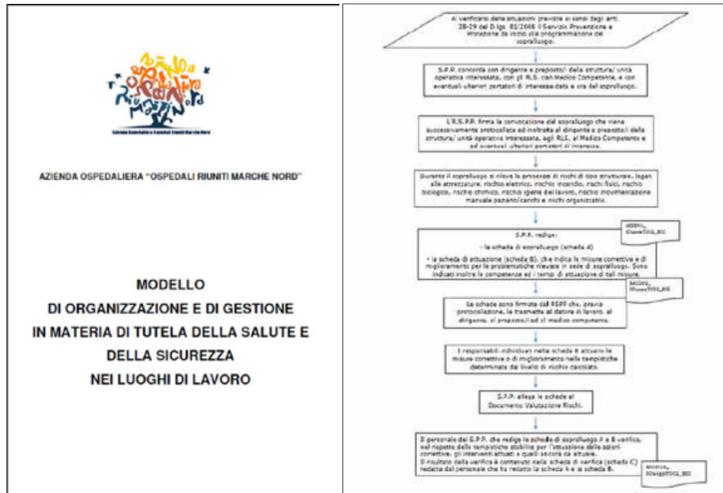
Per effettuare la valutazione dei rischi di una realtà lavorativa occorre individuare tutti i pericoli connessi all'attività svolta e quantificare il rischio, ossia la probabilità che ciascun pericolo si tramuti in danno, tenuto conto dell'entità del potenziale danno.

L'applicazione degli obblighi e delle responsabilità all'interno dell'Azienda Ospedaliera «Ospedali Riuniti Marche Nord» in ambito di salute e sicurezza sono riportati nel Documento Aziendale per la Gestione della Salute e Sicurezza dei Lavoratori.

Nel presente documento è riportato il flusso operativo per la valutazione dei rischi finalizzato all'aggiornamento del Documento Unico dei Rischi (DVR) aziendale.

ATTIVITA'	2017	2018	2019	2020	2021	2022
SOPRALLUOGHI NEI LUOGHI DI LAVORO PER TRASFERIMENTI O APERTURA di NUOVE SEDI (60 gg)	5	3	5	4	3	2
SOPRALLUOGHI SU RICHIESTA	8	6	23	15	12	7

ATTIVITA'	2017	2018	2019	2020	2021
REDAZIONE D.U.V.R.I. e relativi documenti e aggiornamenti	94	130	91	132	108
RIUNIONI COOPERAZIONE E COORDINAMENTO	22	26	12	8	10



RISULTATI

Nell'anno 2021 sono stati effettuati n.3 sopralluoghi per trasferimento o apertura di nuovi reparti e n.12 sopralluoghi su richiesta.

Sono inoltre stati redatti n.108 documenti unici di valutazione dei rischi da interferenza (DUVRI) e sono state svolte n.10 riunioni di cooperazione e coordinamento con le ditte appaltate.

Entrambe queste attività sopra citate hanno comportato l'aggiornamento e la modifica del DVR con conseguente valutazione dei rischi specifici legati all'ambiente di lavoro, alla mansione/qualifica dell'operatore e alle attività svolte. Utilizzando la formula descritta nella metodologia sono stati valutati i seguenti rischi:

- biologico;
- movimentazione manuale dei pazienti/carichi;
- chimico;
- radiazioni ionizzanti;
- radiazioni non ionizzanti;
- infortunistici;
- rumore;
- vibrazioni;
- videoterminale.

I risultati riportano che tutti i rischi valutati non rientrano tra l'indice di rischio alto.

CONCLUSIONI

L'art.28 comma 1 del D.Lgs.81/2008 stabilisce che il Datore di Lavoro valuta i rischi per la sicurezza e salute dei lavoratori e redige il documento unico di valutazione dei rischi.

Pertanto risulta necessario ai fini della tutela dei lavoratori monitorare tutti i rischi presenti in azienda con cadenza periodica.

Come si evince dai risultati l'indice di rischio per tutte le attività valutate non è mai risultato alto.

In Azienda Marche Nord, tra l'altro, sono state attivate tutte le procedure di prevenzione per la riduzione dei rischi specifici nelle varie unità operative.

METODOLOGIA

L'azienda adotta i seguenti criteri per la valutazione dei rischi:

- per i rischi misurabili quantitativamente la valutazione del rischio è direttamente correlata al valore riscontrato nelle analisi ambientali o personali dell'agente chimico, fisico o biologico (esempio: gas anestetici, formaldeide, radiazioni ionizzanti, rumore, ecc...). Analogamente, ove possibile, sono adottati metodi di valutazione che prevedono il calcolo di indici numerici di rischio (esempio: movimentazione manuale dei pazienti).
- per i rischi non valutabili numericamente si provvede ad eseguire il calcolo del livello di rischio (R) considerando $R=P \times D$, dove P è la probabilità di accadimento del danno e D è la gravità del danno ipotetico procurato.

Molto probabile	4	8	12	16	R > 9	Alto rischio Azioni correttive indilazionabili
Probabile	3	6	9	12	R tra 6 e 9	Medio rischio Azioni correttive necessarie da programmare con urgenza
Poco Probabile	2	4	6	8	R tra 3 e 4	Basso rischio Azioni correttive/migliorative da programmare nel medio termine
Improbabile	1	2	3	4	R tra 1 e 2	Rischio accettabile Azioni migliorative da valutare in fase di programmazione
	Lieve	Medio	Grave	Gravissimo		



**LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA MOVIMENTAZIONE
MANUALE DEI PAZIENTI E DEI CARICHI:
PROTOCOLLI OPERATIVI DI PREVENZIONE**



S. Bernardini¹; E. Berselli²; N. Nardella³; G. Tassinari⁴; E. Guglielmino¹; R. De Cesare¹; S. Rasori⁵; M. Capalbo⁶
1 RSPP; 2 Direzione Sanitaria; 3 Risk Manager Aziendale; 4 UOC Gestione Rischio Clinico e Sicurezza dei Dipendenti; 5 IOTR; 6 Direzione Generale

INTRODUZIONE

La valutazione del rischio da movimentazione manuale dei pazienti e dei carichi è uno degli obblighi a carico del Datore di Lavoro disciplinato dal titolo VI Allegato XXXIII del D.Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii. che recepisce la direttiva n.90/269 CEE.

In letteratura è ormai consolidato il rapporto esistente tra l'attività di movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti e l'incremento di contrarre patologie acute e croniche.

In particolare gli studi e le ricerche indicano come il personale addetto all'assistenza (es. infermieri, oss.), siano tra le categorie professionali più colpite da patologie dorso lombari.

L'obiettivo è quello di preservare la salute e la sicurezza dell'operatore attraverso la capacità di utilizzo di tecniche e comportamenti corretti nel movimentare i pazienti non collaboranti, che rappresentano per loro mancata autonomia ed anche per eventuali condizioni ergonomiche sfavorevoli, l'incremento di infortuni: quali distorsioni, strappi muscolari, lombalgie, ecc...

METODOLOGIA

Il metodo MAPO (Movimentazione e Assistenza dei Pazienti Ospedalizzati) si fonda su strumenti di valutazione validi e fondati.

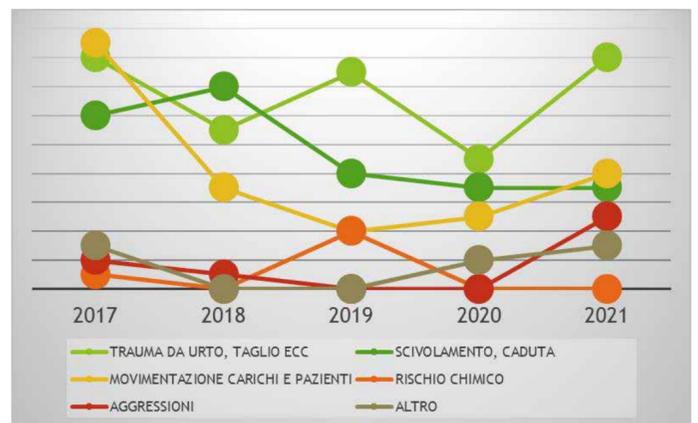
L'indice MAPO permette di dare una valutazione quantitativa del livello di esposizione al rischio da sovraccarico biomeccanico degli operatori sanitari addetti alla movimentazione manuale dei pazienti, accertando diversi livelli di rischio in funzione delle condizioni ambientali presenti nella struttura in esame.

Oltre alla valutazione quantitativa, sono state predisposte le misure di prevenzione idonee per la riduzione del rischio:

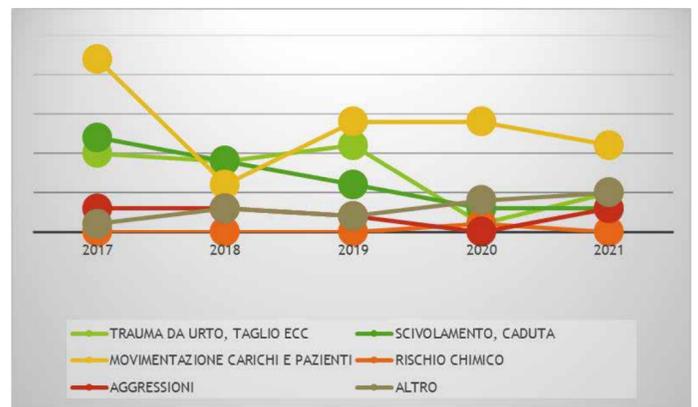
- informazione, formazione e addestramento degli operatori;
- protocolli operativi per la riduzione del rischio «istruzione operativa della movimentazione dei pazienti non collaboranti»;
- incremento quantitativo degli ausili di supporto alla movimentazione: telini scorripaziente, roller, ecc...;
- implementazione dei dispositivi di supporto: carrozzine, sollevapazienti, letti elettrici regolabili in altezza, ecc...

UNITA' OPERATIVA COMPLESSA	P.O.	Indice Rischio MAPO
Reparto 1	Pesaro	basso
Reparto 2	Pesaro	basso
Reparto 3	Pesaro	basso
Reparto 4	Pesaro	basso
Reparto 5	Fano	basso
Reparto 6	Fano	basso
Reparto 7	Fano	basso
Reparto 8	Fano	basso
Reparto 9	Fano	basso
Reparto 10	Fano	basso

PRESIDIO OSPEDALIERO S.SALVATORE PESARO



PRESIDIO OSPEDALIERO S.CROCE FANO



RISULTATI

Utilizzando la metodologia nazionale di riferimento la valutazione della movimentazione manuale dei pazienti risulta con indice basso in tutte le unità operative analizzate.

L'implementazione degli ausili di supporto come i letti regolabili in altezza e i sollevapazienti hanno evidenziato una notevole riduzione del rischio.

Un altro fattore determinante è risultato l'incremento delle edizioni del corso di formazione agli operatori esposti al rischio con una notevole riduzione degli infortuni dal 2017 al 2021 come si evince dall'andamento riportato in giallo sul grafico a linee.

CONCLUSIONI

L'art.28 comma 1 del D.Lgs.81/2008 stabilisce che il Datore di Lavoro valuta i rischi per la sicurezza e salute dei lavoratori, ivi compresi quelli collegati alla movimentazione manuale dei pazienti (MMP).

Pertanto risulta necessario ai fini della tutela dei lavoratori monitorare il rischio con cadenza periodica.

In Azienda Marche Nord sono state attivate tutte le procedure di prevenzione per la riduzione del rischio e sono stati implementati tutti gli ausili a supporto della salute dei dipendenti.

Come si evince dai risultati in tutte le unità operative analizzate il rischio da movimentazione manuale dei pazienti è basso e l'indicatore legato al numero di infortuni è nettamente ridotto.



LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO STRESS LAVORO CORRELATO

S. Bernardini¹; E. Berselli²; N. Nardella³; G. Tassinari⁴; S. Rasori⁵; E. Guglielmino¹; R. De Cesare¹; M. Capalbo⁶

1 RSPP; 2 Direzione Sanitaria; 3 Risk Manager Aziendale; 4 UOC Gestione Rischio Clinico e Sicurezza dei Dipendenti; 5 IOTR; 6 Direzione Generale



INTRODUZIONE

L'attuale quadro normativo di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, costituito dal D.Lgs.81/2008 e s.m.i., ha specificatamente individuato lo stress lavoro-correlato (SLC) come uno dei rischi oggetto di valutazione.

Secondo l'accordo quadro europeo del 2014 lo stress lavoro correlato viene definito come «una condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o alle aspettative risposte in loro».

Il SLC pertanto può interessare ogni luogo di lavoro e ogni lavoratore in quanto causato da aspetti diversi strettamente connessi con l'organizzazione e l'ambiente di lavoro.

L'obiettivo è stato quello di creare un percorso sistematico che permetta al Datore di Lavoro, attraverso il coinvolgimento attivo di tutte le figure della prevenzione presenti in azienda, di gestire il rischio SLC al pari di tutti gli altri rischi.

METODOLOGIA

Il metodo utilizzato si fonda su strumenti di valutazione validi e fondati.

La metodologia di riferimento nazionale prevede:

- fase propedeutica;
- fase della valutazione preliminare;
- fase della valutazione approfondita;
- fase di pianificazione degli eventi.

Nella fase propedeutica viene costituito il gruppo di gestione della valutazione e si definisce il campione omogeneo oggetto della valutazione.

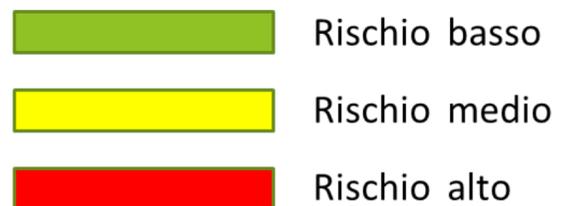
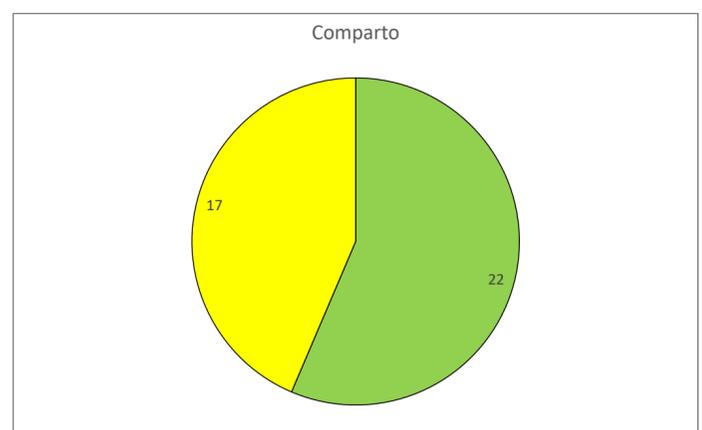
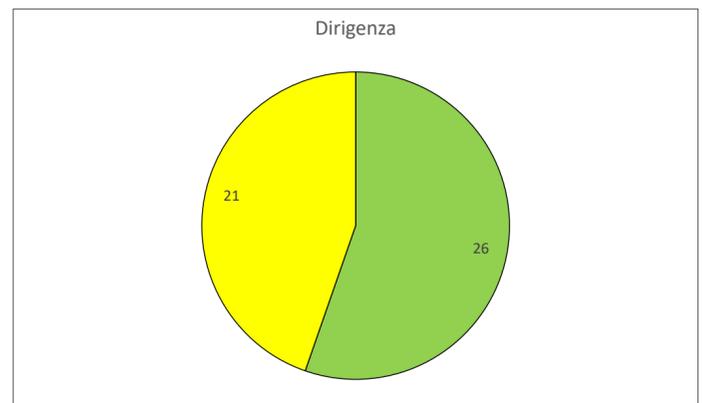
All'interno della fase preliminare vengono analizzati gli eventi sentinella (infortuni, assenze dal lavoro, procedimenti disciplinari, ecc...) e definiti gli indicatori legati al contesto del lavoro.

Nella fase di valutazione approfondita viene rilevata la percezione dei lavoratori riguardo agli aspetti di contenuto e contesto del lavoro connessi con il rischio SLC.

La fase di pianificazione degli eventi prevede l'identificazione degli interventi e delle azioni necessarie a correggere criticità emerse ed a migliorare le condizioni di lavoro.

Presso l'Azienda Marche Nord sono state effettuate le valutazioni del rischio specifico scegliendo come gruppo omogeneo il personale del comparto e della dirigenza distinte per unità operativa/servizio.

UNITA OPERATIVE / SERVIZI	Dirigenza	Comparto
REPARTO 1	16	18
REPARTO 2	73	56
REPARTO 3	73	44
REPARTO 4	42	48
REPARTO 5	17	N.A.
REPARTO 6	43	72
REPARTO 7	47	60
REPARTO 8	40	49
REPARTO 9	48	51
REPARTO 10	48	51
REPARTO 11	59	72
REPARTO 12	59	68
REPARTO 13	59	84
REPARTO 14	59	66
REPARTO 15	23	51
REPARTO 16	55	38
REPARTO 17	42	60
REPARTO 18	50	57
REPARTO 19	31	47
REPARTO 20	30	29
REPARTO 21	51	69
REPARTO 22	58	70
REPARTO 23	51	54
REPARTO 24	40	54
REPARTO 25	40	54
REPARTO 26	54	67
REPARTO 27	9	N.A.
REPARTO 28	43	42
REPARTO 29	43	40
REPARTO 30	45	44
REPARTO 31	49	66
REPARTO 32	40	49
REPARTO 33	56	52
REPARTO 34	44	46
REPARTO 35	44	46
REPARTO 36	44	49
REPARTO 37	59	47
REPARTO 38	39	44
REPARTO 39	N.A.	19
REPARTO 40	N.A.	N.A.
REPARTO 41	37	N.A.
REPARTO 42	27	N.A.
REPARTO 43	43	N.A.
REPARTO 44	N.A.	57
REPARTO 45	N.A.	56
REPARTO 46	15	N.A.
REPARTO 47	28	N.A.
REPARTO 48	40	N.A.
REPARTO 49	32	N.A.
REPARTO 50	40	N.A.
REPARTO 51	28	N.A.



RISULTATI

Utilizzando la metodologia nazionale di riferimento la valutazione dello stress lavoro correlato ha messo in evidenza che all'interno dell'Azienda Ospedaliera «Ospedali Riuniti Marche Nord» non sono presenti unità operative con indice di rischio alto.

I risultati sono quasi sovrapponibili tra i due gruppi di campioni presi a riferimento, ovvero il personale del comparto con quello della dirigenza.

Per quanto riguarda il personale della Dirigenza risultano n. 26 unità operative con indice di rischio medio e n. 21 unità operative con indice di rischio basso.

Relativamente al personale del Comparto risultano n. 22 unità operative con indice di rischio medio e n. 17 unità operative con indice di rischio basso.

CONCLUSIONI

L'art.28 comma 1 del D.Lgs.81/2008 stabilisce che il Datore di Lavoro valuta i rischi per la sicurezza e salute dei lavoratori, ivi compresi quelli collegati allo stress lavoro correlato.

Pertanto risulta necessario ai fini della tutela dei lavoratori monitorare il rischio dello stress lavoro correlato con cadenza periodica.

In Azienda Marche Nord non sono presenti unità operative e servizi con indice di rischio alto.



LA RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE IN DIMISSIONE: L'ESPERIENZA DI UN REPARTO DI MEDICINA INTERNA

S. Lenti¹, C. Procacci², M.G. Pollice², A. Tesse¹, G. Centrone¹, M. Masullo³, D. Ancona², A. Scelzi⁴, T. Dimatteo⁵
 1. U.O.C. Medicina Interna P.O. Andria, ASL BAT
 2. Dipartimento Farmaceutico, ASL BAT
 3. U.O.S.V.D. Gestione rischio clinico, Qualità e Bed management, ASL BAT
 4. Direttore Sanitario ASL BAT
 5. Direttrice Generale ASL BAT

Introduzione

Le prescrizioni potenzialmente inappropriate, spesso associate a importanti politerapie, sono state riconosciute essere tra i principali fattori che possono contribuire a determinare la comparsa di reazioni avverse prevedibili, anche in funzione del loro frequente riscontro nella popolazione anziana. La letteratura nazionale ed internazionale riporta che il 67% dei pazienti, all'ammissione in ospedale, presenta discrepanze non intenzionali nella terapia e che, spesso, queste non vengono corrette: l'omissione dei farmaci è la più frequente discrepanza non intenzionale, seguita dalle assunzioni non necessarie. In un reparto di Medicina Interna, dalla collaborazione tra medici e farmacisti è nato un progetto che mira a evitare duplicazioni di terapia e a garantire un miglioramento dello stato di salute del paziente attraverso la ricognizione farmacologica e la successiva riconciliazione terapeutica effettuate sui pazienti in dimissione

Materiali e metodi

Da giugno ad agosto 2022, in un reparto di Medicina Interna, si è proceduto ad effettuare, per 48 pazienti ricoverati, di età superiore ai 65 anni ed affetti da almeno 2 patologie croniche, la ricognizione farmacologica. Successivamente, tramite un software per la riconciliazione terapeutica messo a disposizione dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" denominato Intercheck Web, sono state elaborate delle schede per la semplificazione delle terapie.

Classificazione	Descrizione	Numero di interazioni
D	I farmaci sono controindicati per l'utilizzo contemporaneo	16
C	L'interazione può essere potenzialmente letale e/o richiedere un intervento medico per ridurre al minimo o prevenire gravi effetti avversi	22
B	L'interazione può causare un peggioramento delle condizioni del paziente e/o richiedere una modifica della terapia	83
A	L'interazione avrebbe limitati effetti clinici	19

Tab. 1 – Classificazione delle interazioni riscontrate

INFORMAZIONI POPOLAZIONE	
N PAZIENTI	47
media anni	82
Deviazione standard	6,89
IC 95%	1,97
MASCHI	20
FEMMINE	27

Tab.3 – Informazioni statistiche della popolazione di pazienti in esame

Risultati

Nel periodo in esame sono state elaborate 47 schede di riconciliazione su altrettanti pazienti in dimissione, età media 84 anni, 21 maschi e 22 femmine. Il 79% dei pazienti assumeva a domicilio 5 o più farmaci. Sono state rilevate in totale 140 interazioni farmacologiche, in media 2,91 interazioni per paziente. Di queste, 16 di classe D (molto gravi), 22 di classe C (maggiori), 83 di classe B (moderate), 19 di classe A (minori). Il 51% delle schede elaborate riportava almeno una interazione farmacologica di classe D (molto grave) o di classe C (maggior) secondo il software utilizzato. Nel 70% dei casi, in dimissione, è stato possibile modificare parzialmente o completamente la terapia.

Fattori di per le insorgenze di interazioni tra farmaci

Relativi al paziente	Età
	Polimorfismi genetici
	Patologie concomitanti
Relativi al farmaco	Indice terapeutico ristretto
	Dose
Altri	Politerapia
	Numero di medici prescrittori
	Automedicazione

Tab. 1 – Fattori di rischio per l'insorgenza di interazioni tra farmaci

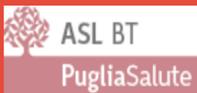
Conclusioni

Tramite la modifica della terapia domiciliare, l'integrazione con i farmaci prescritti in dimissione e il successivo colloquio con il paziente ci si è posti l'obiettivo di ridurre gli errori nella terapia farmacologica e diminuirne i possibili effetti collaterali. Le interazioni farmacologiche possono essere causa di un peggioramento delle condizioni generali e della diminuzione di efficacia della terapia. Aumentare la consapevolezza del paziente circa le possibili interazioni farmacologiche è un intervento che inevitabilmente porta ad un aumento dell'aderenza alla terapia nonché dell'efficacia della stessa. La collaborazione tra medico e farmacista è fondamentale al fine di ottimizzare sempre più la gestione del paziente in politerapia, sia in regime di ricovero che domiciliare

Bibliografia

Raccomandazione n. 17- Ministero della Salute: "RACCOMANDAZIONE PER LA RICONCILIAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA", anno 2014





La Qualità del servizio di ristorazione: indagine eseguita nel Presidio Ospedaliero Mons Dimiccoli di Barletta-ASL BT



Pierangela Nardella*, Emanuele Tatò**, Giuseppe Manzi°, Amalia Di Renzo°, Alessandro Scelzi^, Ivan Viggiano^, Tiziana Dimatteo^

*Dirigente Responsabile UOSVD Direzione Medica P.O. Bisceglie; **Direttore UOC Direzione Medica P.O. Barletta,

°CPS Infermiere Direzione Medica P.O. Barletta, ^Direzione Strategica ASL BT

Introduction

La Customer Satisfaction del servizio ristorazione del P.O. di Barletta rappresenta uno degli strumenti della Clinical Governance, utilizzati per valutare il perseguimento della soddisfazione stessa, attraverso opportune strategie di miglioramento dei servizi offerti. Tale studio si pone l'obiettivo di valutare la qualità percepita del vitto da parte dei pazienti ed intervenire, nei punti di criticità, con opportune soluzioni per migliorare il servizio offerto.

Methodology

È stato somministrato un questionario volontario e anonimo, dal 8 marzo al 31 marzo 2022.

Sono stati raccolti 380 questionari: hanno aderito all'indagine 183 pazienti di genere maschile e 197 di genere femminile.

In merito al livello di istruzione 30 pazienti hanno dichiarato di possedere la laurea, 80 il diploma, 97 la licenza media, 137 la licenza elementare e 36 nessuna istruzione.

I dati sono stati raccolti su file excel ed opportunamente analizzati con analisi statistica descrittiva.

	SI	NO	NON SO
Viene servito un menù sufficientemente vario?	147	185	48
Vengono rispettate le sue scelte alimentari secondo il suo stile di vita o credo religioso (es. dieta vegana, vegetariana, priva di carne di maiale ecc.)?	202	117	61
La dieta che sta seguendo è, secondo lei adeguata alle sue condizioni di salute?	215	112	53
Ritiene che le porzioni soddisfino pienamente il suo appetito?	206	147	27
Ritiene che il quantitativo d'acqua fornito soddisfi pienamente il suo bisogno idrico?	99	252	29

		GIUSTO ORARIO	TROPPO PRESTO	TROPPO TARDI
		COLAZIONE	300	20
	PRANZO	280	70	30
	CENA	216	141	23
	ABBASTANZA	MOLTO	POCO	PER NIENTE
Ritiene che il personale sia disponibile e cortese durante la distribuzione del vitto?	213	120	42	5
Viene aiutato dal personale ad essere messo nelle giuste condizioni per la consumazione del pasto (es. seduto al letto, accompagnato al tavolo, ecc.)?	174	160	26	20
Ritiene sufficientemente adeguati gli spazi per la consumazione del pasto?	243	72	55	10



Results

Per quanto riguarda il giudizio complessivo dei pazienti, relativamente alla qualità delle pietanze che vengono servite nel Presidio Ospedaliero di Barletta abbiamo che:

- circa il 53% dei pazienti ritiene che la colazione sia buona,
- circa il 48% dei pazienti ritiene che il pranzo sia scadente
- il 52% dei pazienti ritiene che la cena sia scadente.

Il dettaglio dei risultati è rappresentato nelle tabelle seguenti:

Conclusion

Tale studio rappresenta solo un dato di partenza utile per attenzionare le criticità emerse e porre in essere eventuali misure correttive. La rilevazione della soddisfazione del paziente/utente dovrebbe diventare attività costante pianificata e integrata nella pratica ospedaliera. Affinché tale indagine di Customer Satisfaction sia efficace, è necessario ripeterla nel tempo, in modo da poter confrontare i risultati delle diverse rilevazioni effettuate e valutare l'efficacia delle azioni di miglioramento intraprese.



BEST-PRACTICE HANDOVER, THE SBAR, IN INTERNAL MEDICINE WARDS, TO INCREASE SATISFACTION FOR HANDOVER, JOB SATISFACTION AND CUSTOMER SATISFACTION.

B. Forastefano¹, G. Centrone¹, A. Tortora¹, F. Ruta², S. Lenti¹
 1 U.O.C Medicina Interna P.O. Andria, ASL BAT
 2 Dir. Prof. Inf, ASL BAT

Introduzione

A seguito di un'analisi SWOT effettuata sull'Unità Operativa Complessa (U.O.C.) di Medicina Interna è emersa come criticità su cui avviare azioni programmatiche una inefficace comunicazione tra i vari professionisti, soprattutto durante il passaggio di consegne. La scarsa comunicazione è sempre più riconosciuta come un fattore importante per gli errori sanitari. Il passaggio di consegne costituisce un fattore di rischio cruciale (1). Se eseguita correttamente, la consegna clinica dovrebbe garantire che le interruzioni nella continuità della cura del paziente, gli errori e i danni siano ridotti (2). Nonostante le raccomandazioni dell'OMS sull'adozione di un metodo strutturato di trasmissione delle informazioni cliniche, per migliorare la sicurezza del paziente, gli infermieri utilizzano note scritte a mano (3) senza avvalersi di una metodologia standardizzata. Negli anni, si sono sviluppate, nel mondo, metodologie strutturate per un efficace passaggio di consegne, univoche ed utilizzabili in numerosi contesti. Il mnemonico Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) costituisce quello più noto (4). Molti autori affermano che SBAR migliora la sicurezza del paziente (5). L'attuazione di un processo di consegna infermieristica standardizzato è efficace in termini di soddisfazione del paziente (6). L'uso di strumenti di consegna con una struttura chiara è correlato anche a una maggiore soddisfazione per la consegna (7). Inoltre, il passaggio di consegne infermieristiche è una forma di prestazione professionale indubbiamente correlata alla soddisfazione sul lavoro (8).

Obiettivi

Visto quanto premesso è nata l'idea di sviluppare un progetto con l'obiettivo di ridurre gli errori di comunicazione e aiutare gli operatori sanitari, all'interno dell'U.O.C., attraverso l'utilizzo della metodologia (SBAR), a sviluppare una comunicazione interprofessionale efficace tesa a migliorare la soddisfazione per le consegne e la job satisfaction dei professionisti e la sicurezza, l'assistenza e la soddisfazione del paziente.

SBAR		
S	SITUATION	Nome del paziente, età, sesso, numero del letto, allergie e motivo principale del ricovero.
B	BACKGROUND	Anamnesi. Riportare i problemi anamnestici significativi (ad esempio patologie pregresse o attuali). Si annota ciò che è stato fatto fino ad oggi. Evidenziare i risultati laboratoristici o strumentali significativi e la terapia in corso.
A	ASSESSMENT	Situazione clinica attuale del paziente. Prendere in esame ogni singolo aspetto attuale del paziente, seguendo l'ABCDE.
R	RECOMMENDATION	Quello che deve essere fatto, cosa sia necessario fare per gestire e risolvere il problema: esami ematici, indagini diagnostiche, fisioterapia, eventuale trasferimento o dimissione, quindi le eventuali aspettative. Annotare eventuali problemi di famiglia

Tab. 1 – Come scrivere e passare consegne utilizzando il metodo SBAR

Materiali e metodi

Per valutare se gli obiettivi del presente progetto saranno raggiunti, prima di avviare il progetto, si somministreranno due questionari ai professionisti, uno teso a rilevare la loro soddisfazione per le consegne, come effettuato nello studio di Meissner et al. (2007) (9), e uno per rilevare la job satisfaction, ossia la McCloskey/Mueller Satisfaction Scale. Seguirà poi un evento formativo sul passaggio di consegne e sullo strumento SBAR. L' utilizzo del modello SBAR sarà poi applicato nell'U.O.C. Trascorsi tre mesi, sarà risomministrato il questionario per rilevare la soddisfazione dei professionisti per la consegna e a cinque mesi, il questionario per rilevare la job satisfaction. Per rilevare la soddisfazione del paziente verrà utilizzato il customer satisfaction. I questionari permetteranno di ricavare dati da mettere a confronto tra il pre-intervento e il post- intervento.

Risultati attesi

Ci si aspetta che l'adozione della metodologia SBAR per le consegne, permettendo di erogare un'assistenza globale e personalizzata, dovrebbe offrire l'opportunità ai professionisti sanitari di essere soddisfatti del passaggio di consegne, di migliorare la comunicazione ed aumentare la loro job satisfaction e di migliorare la sicurezza e soddisfazione degli utenti ricoverati.

Conclusioni

Crediamo che la SBAR possa migliorare la comunicazione all'interno dell'ospedale, nonché potrà rappresentare un valido strumento per la continuità assistenziale ospedale – territorio per gli infermieri di famiglia nell'ambito del management indicato nel D.M. 77/2022.

Bibliografia

1. Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H. & Day, S. Nurse handover: patient and staff experiences. *Observational Study. Br J Nurs* 2016; 14-27;25(7):386-90, 392-3.
2. Burgess, A., Diggele, C., Roberts, C. & Mellis C. Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Med Educ* 2020; 3;20(Suppl 2):459.
3. Timmerman, J., Sitzer, V., Eusebio, R., Reavis, K. & Marder, L. Nursing Handover: A Content Analysis of Nurses' Handwritten Notes. *West J Nurs Res* 2021; 43(7):631-639.
4. Riesenber, L.A., Leitzsch, J.& Little, B.W. 'Systematic review of handoff mnemonics literature'. *Am J Med Qual* 2009; 24:196-204.
5. Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., E Hautz, W. & Stock, S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 2018 23;8(8):e022202.
6. Ghosh, S., Ramamoorthy, L. & Pottakat, B. Impact of Structured Clinical Handover Protocol on Communication and Patient Satisfaction. *J Patient Exp* 2021; 3;8:2374373521997733.
7. Hovenkamp, G.T., Olgers, T.J., Wortel, R.R., Noltes, M.E., Dercksen, B. & Maaten, J.C.T. The satisfaction regarding handovers between ambulance and emergency department nurses: an observational study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2018; 10;26(1):78.
8. Wang, B., Zou, G., Zheng, M., Chen, C., Teng, W. & Lu, Q. Correlation between the quality of nursing handover, job satisfaction, and group cohesion among psychiatric nurses. *BMC Nurs* 2022; 11;21(1):86.
9. Meissner, A., Hasselhorn, H., Estryn-Behar, M., Nézet O., Pokorski, J. & Gould, D. 'Nurses' perception of shift handovers in Europe: results from the European Nurses' Early Exit Study'. *J Adv Nurs* 2007; 57(5):535-42.





**IL FAST-TRACK NEL PRONTO SOCCORSO DEL P.O.
«MONS. DIMICCOLI» DI BARLETTA: STRATEGIA PER OTTIMIZZARE
LE RISORSE E RIDURRE I TEMPI DI PERMANENZA OSPEDALIERA**



Ilaria Papeo*, Giuseppe Di Paola°, Gianluigi Piazzolla°, Tiziana Dimatteo^, Alessandro Scelzi^^, Pierangela Nardella**

*Laureanda CdL Infermieristica UniFg, °Direttore MeCAU P.O. Barletta, °°CPS infermiere MeCAU P.O. Barletta, ^Direzioe Strategica ASL BT,

**Dirigente Responsabile UOSVD Direzione Medica P.O. Bisceglie

Introduction

L'ASL BT è stata la prima ASL della Puglia ad implementare il percorso Fast-Track nel Pronto Soccorso del P.O. di Barletta. Tale modello organizzativo di qualità rappresenta una risposta assistenziale alle urgenze minori di pertinenza monospecialistica in area ostetrico/ginecologica, oculistica, pediatrica, otorinolaringoiatrica e ortopedica, in cui l'infermiere triagista, verificata la presenza di segni/sintomi rientranti tra i criteri di inclusione e l'assenza dei criteri di esclusione, invia il paziente allo specialista di pertinenza, bypassando la fase di inquadramento e valutazione clinica del medico di P.S. Lo scopo dello studio è verificare l'efficacia del protocollo attraverso l'analisi dei dati in fase pre e post introduzione del Fast-Track (maggio 2017-maggio 2022).



Methodology

I dati dello studio sono stati ricavati dal Sistema Regionale Edotto, successivamente raccolti su Excel ed analizzati con analisi statistica descrittiva. È stato analizzato il periodo che va dal 1° Agosto 2021 al 31 Luglio 2022, valutando tutti gli accessi in regime Fast-Track (codici a bassa priorità d'urgenza). Inoltre, è stata effettuata una comparazione tra le prestazioni erogate a maggio 2017 e quelle erogate a maggio 2022, a seguito dell'attivazione del percorso Fast-Track.

Results

Tra il 01/08/2021 e il 31/07/2022 nel P.S. di Barletta sono stati attivati 1730 percorsi Fast-Track (4,55% degli accessi totali) nelle 5 aree specialistiche. Nel maggio 2017, per le branche specialistiche di maggior affluenza quali oculistica e otorinolaringoiatria, il tempo di permanenza medio dell'utente nel P.O è rispettivamente h 3:34 e h 3:09, con i rispettivi tempi di attesa pari a h 3:04 e h 2:45. Pertanto, nel 2017 i tempi di attesa in P.S. costituiscono l'86% del tempo di permanenza totale dell'utente nel P.O. Nel maggio 2022, il tempo medio di permanenza dell'utente in Fast-Track per l'oculistica è pari a 46 minuti e per l'otorinolaringoiatria a 1 ora. Inoltre, i risultati ottenuti rilevano che nel maggio 2017, 344 utenti hanno abbandonato il P.S., mentre, con l'attivazione del Fast-Track non vi sono stati abbandoni bensì, 3 casi di rientro in P.S., con miglioramento della qualità delle prestazioni erogate.

Conclusion

Lo studio effettuato evidenzia quanto l'attivazione del protocollo Fast-Track nel P.S. di Barletta abbia inciso positivamente sull'organizzazione interna grazie all'ottimizzazione delle risorse disponibili (tempo, personale, materiale, costi), alla riduzione dei tempi di permanenza dell'utente nel P.O all'elevazione del tasso di Customer Satisfaction, all'azzeramento dei casi di abbandono e all'empowerment del ruolo dell'infermiere. Tuttavia, si evidenziano alcuni punti di criticità, tra cui le ristrette branche specialistiche di applicabilità, la fascia oraria di applicazione del protocollo secondo gli orari delle attività ambulatoriali e i possibili errori di valutazione dell'infermiere di triage. Tale problematica può essere arginata attraverso la formazione professionale e l'introduzione di corsi di aggiornamento.





ASL NUORO

Implementazione del sistema degli indicatori per la valutazione PDTA

C. Cadoni, R. Corona, D. Deiana, C. Manca, G. Piredda, A. Polimene, P. Cannas



obiettivo sanità salute

CANTIERE SANITÀ

INTRODUZIONE

L'azienda di Nuoro nel promuovere lo stato di salute del singolo cittadino e della collettività attraverso la soddisfazione dei bisogni socio sanitari del proprio territorio è orientata alla valorizzazione del patrimonio informativo relativo alle proprie attività quale asset fondamentale per la creazione di valore.

Dal punto di vista organizzativo l'Azienda si pone l'obiettivo di implementare operativamente i PDTA attraverso ambiti organizzativi specificatamente attivati come Piattaforme Operative Aziendali, strumenti gestionali direttamente responsabili dell'efficace funzionamento dei processi.

Il monitoraggio dei PDTA attraverso indicatori specifici permette di analizzare azioni e snodi assistenziali messi in atto in ogni singolo percorso. Tale valutazione sintetica di fenomeni complessi aiutano a orientare le decisioni aziendali.

La valorizzazione del patrimonio informativo riguarda:

1. le informazioni disponibili nei sistemi aziendali e raccolte nell'ambito delle attività diagnostico e clinico-assistenziali;
2. le informazioni disponibili dalle altre fonti ufficiali pubblico;
3. le informazioni raccolte ad hoc dall'azienda attraverso sistemi di monitoraggio condivisi con le UU.OO. interessate.

RISULTATI

- A. Miglioramento dei processi in termini di appropriatezza, efficienza ed efficacia, accessibilità, sicurezza e abbattimento liste di attesa.
- B. Miglioramento degli esiti con risultati di tipo clinici, umanistici ed economici.

A livello progettuale saranno individuati gli standard di riferimento attraverso la definizione di uno o più indicatori di struttura, di processo ed esito contenuti negli specifici PDTA definiti dalle Comunità di Pratica. Verrà creato un cruscotto direzionale contenente un set di indicatori necessari al monitoraggio rispetto agli STD e le soglie di tolleranza definite dalla Comunità di Pratica.

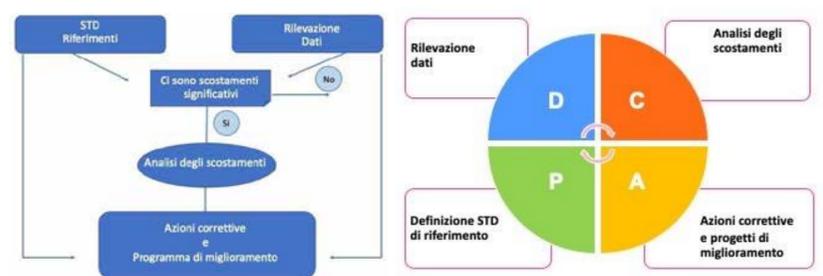
Il processo sarà graduale attraverso step a breve, medio e lungo termine.

METODOLOGIA

L'analisi della situazione attuale mediante le metodologie del Lean Thinking ha consentito di individuare le principali criticità nella gestione dei flussi informativi riferiti al PDTA:

- Mancanza di pianificazione di procedure omogenee ospedale-territorio;
- Indicatori non standardizzati e attivazione di sistemi interni definiti in autonomia;
- Resistenza al cambiamento;

Di seguito schema modello dei processi:



CONCLUSIONI

Il progetto si svilupperà secondo il seguente piano che richiederà competenze professionali di tipo sanitario e tecnico

AZIONE	CHI	COSA	STRUMENTI	QUANDO
Definizione STD di riferimento	Ciascuna Comunità di Pratica a cui è affidata la responsabilità di definire il PDTA	Individuazione degli indicatori di struttura, processo, esito, necessari per il monitoraggio dei PDTA	Linee Guida, letteratura scientifica e medicina basata sull'evidenza	E' prevista la formalizzazione dei primi 6 PDTA Aziendali entro la fine del 2022
Rilevazione dati	Controllo di Gestione e/o l'istituzione di una funzione di governo clinico	Individuazione dei possibili punti di rilevazione; Elaborazione dei dati e produzione di report periodici	Data base Aziendali, Cartella clinica e creazione di Database ad hoc	A partire da marzo 2023 e con cadenza trimestrale e/o semestrale
Analisi degli scostamenti	Funzione di governo clinico, con il coinvolgimento delle Unità Operative a cui afferisce ciascun PDTA, anche attraverso audit periodici	Analisi dei dati rilevati, degli eventuali scostamenti dagli STD e delle cause che li hanno determinati	Da definire	Con cadenza trimestrale e/o semestrale
Azioni correttive e progetti di miglioramento	Funzione di governo clinico con le Unità Operative		Elaborazioni e presentazione di progetti di miglioramento	Con cadenza semestrale

BIBLIOGRAFIA

- Brunetti M., Cicchetti A. a cura di Innovazione e Organizzazione nel Sistema Sanitario, Ed. Il Sistema Scientifico, 2009. Roma
- Allegato 1 del DM del 12/03/2019
- MST, Una breve introduzione alla TPK, la filosofia manageriale di W. E. Deming, www.mst-toc.it. Ricci, A., Total Quality management nella scuola, Armando ed., 2000





L'Internal Audit dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta – una funzione di controllo indipendente

Alessandro Caltagirone – Direttore Generale, Adriana Sgarlata – Internal Audit, Bartoluccio Giacomo – PUA Distretto Sanitario Gela, Francesca Baia – Psicoterapeuta, Giuseppe Iacona – Dirigente Professioni Sanitarie, Alfonso Cirrone Cipolla – Dirigente Staff Direzione Sanitaria

Introduzione

L'Internal Auditing è una funzione di controllo indipendente preposta alla verifica dell'adeguatezza dei sistemi di controllo aziendali ed una delle componenti del Sistema di Controllo Interno e gestione dei rischi, potenziato nei più generali assetti organizzativi e di governo dai modelli standard di riferimento imposti con la definizione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC). Assume centralità nell'ambito del sistema di gestione dei rischi e di controllo interno, supporta la Direzione Generale e rafforza i presidi di garanzia a tutela degli stakeholders dell'Azienda. Svolge un controllo di terzo livello presidiando i controlli di secondo livello svolti dalle altre funzioni aziendali (Controllo di gestione, Collegio dei Revisori Risk management, Qualità, Anticorruzione, etc.) e quelli di primo livello attuati dai dirigenti responsabili dei processi aziendali. È una funzione volta ad una corretta corporate Governance, funzione di management (approccio valutativo) e non di controllo, nell'ottica di un equilibrio tra gli obiettivi che l'Azienda si dà, i rischi che possono compromettere la realizzazione di tali obiettivi e i controlli chiamati a presidiare il rispetto delle procedure attivate in risposta ai vari rischi.

Materiali e metodi - Il Sistema di Controllo interno

Il sistema di controllo interno e di gestione dei rischi è costituito dall'insieme delle regole, delle procedure e delle strutture organizzative adottate dall'ASP di Caltanissetta per il raggiungimento degli obiettivi aziendali, quali l'attendibilità dell'informativa economico-finanziaria, l'efficacia e l'efficienza della gestione ed il rispetto della normativa applicabile al settore in cui opera l'Ente. Il sistema di controllo interno e gestione dei rischi è strutturato per consentire l'identificazione, la misurazione, la gestione e il monitoraggio dei principali rischi. Tale sistema è integrato nei più generali assetti organizzativi e di governo adottati dall'Ente e tiene in adeguata considerazione i modelli di riferimento previsti dal PAC. Il sistema di controllo interno e di gestione dei rischi consente la conduzione dell'Ente in modo coerente con gli obiettivi aziendali definiti dalla Direzione Generale in risposta alle richieste del SSR e del SSN. Esso concorre ad assicurare la salvaguardia del patrimonio sociale, l'efficienza e l'efficacia dei processi aziendali, l'affidabilità delle informazioni fornite ai diversi operatori del sistema ed ai vari soggetti che hanno interesse nelle attività dell'Ente, il rispetto di leggi e regolamenti nonché delle procedure interne.

Rappresentazione del controllo interno:



Ognuna di queste componenti ha delle implicazioni funzionali sulle unità e sulle attività dell'organizzazione aziendale, sulle attività di *business* (Operations), sui documenti che sintetizzano le performance (Financial Reporting) e sulle strutture aziendali dedicate al rispetto delle norme di legge, regolamenti esterni ed interni (Compliance).

Ruoli e responsabilità

Nell'ambito della sua struttura organizzativa, l'ASP di Caltanissetta assicura la funzionalità del sistema di controllo interno attraverso la definizione di attori, ruoli e responsabilità. I principali ruoli e responsabilità nell'ambito del SCI sono i seguenti:
 Direzione Generale
 Internal Audit
 Referente PAC
 Dirigenti e titolari di posizione organizzativa
 Controllo di Gestione
 Collegio Sindacale
 Responsabile della corruzione e della trasparenza
 Organismo Indipendente di valutazione della Performance.

Processo di Internal Audit



Il ciclo di Audit opera mediante una funzionalità circolare che prende avvio dalla analisi dei rischi e termina con il monitoraggio delle azioni. Lo schema tipo del processo funzionale del ciclo di Audit viene così rappresentato:

Il Risk Assessment è un processo sistematico di identificazione e valutazione dei rischi, ovvero delle aree critiche all'interno delle quali può sorgere un evento sfavorevole. L'identificazione delle aree critiche costituisce azione preliminare alla formulazione del Piano Annuale di Audit e delle attività pluriennali. L'obiettivo di questa fase consiste nell'individuare le aree (funzioni, processi, etc) maggiormente critiche, e quindi potenzialmente esposte a rischi che potrebbero pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali.

La funzione Internal Audit adotta un modello di valutazione dei rischi in termini di probabilità e di impatto.

Le componenti di rischio possono essere:

- rischio inerente/intrinseco
- rischio di controllo
- rischio di individuazione

BIBLIOGRAFIA

ANACLERIO M., MIGLIETTA A., SQUAIELLA S., Internal Audit: dalla teoria alla pratica, Wolters Kluwer, IPSOA, 2007 - ASSOCIAZIONE ITALIANA INTERNAL AUDITORS (AIIA), Approccio integrato al sistema di controllo interno: gli organi e le funzioni preposte al controllo interno aziendale e le loro relazioni, Corporate Governance Paper - DITTMER C., Internal Auditing: chiave per la corporate governance, EGEA, 2011 - MOELLER R., Brink's modern internal auditing: a common body of knowledge, John Wiley & Sons, 2016



L'identificazione delle aree critiche si articola nelle seguenti fasi:

Identificazione dei rischi;

Valutazione dei rischi (Risk Assessment).

Identificazione dei rischi

In fase di avvio dell'attività di I.A., l'individuazione delle aree critiche dell'Azienda avviene tramite l'analisi e la valutazione dell'insieme dei rilievi/ricieste/indicazioni provenienti da strutture interne/organismi esterni all'Azienda, dall'analisi di documenti/dati aziendali, dall'accadimento di fatti dai quali emergano aree di rischio non adeguatamente presidiate.

Le diverse tipologie di rischio che possono presentarsi sono le seguenti:

i rischi strategici, di natura generale, tra i quali si evidenziano i rischi economici, sociali, politici e tecnologici.

i rischi operativi, tra i quali emergono i rischi ambientali, commerciali, finanziari e reputazionali.

i rischi di reporting, legati, invece, ai fattori di rischio attinenti agli obiettivi di reporting che mirano all'attendibilità delle informazioni ed alla qualità della comunicazione.

i rischi di conformità, che attengono alla categoria di obiettivi di compliance, legati alla conformità alle leggi ed ai regolamenti.

Valutazione dei rischi

La Funzione di I.A. adotta un modello di valutazione dei rischi in termini di probabilità di accadimento e di impatto. Lo strumento metodologico adottato per valutare il rischio è la matrice di RACM (Risk Assessment Criteria Matrix) che permette di valutare il rischio in termini di probabilità di accadimento e di impatto, con una valutazione quindi di tipo qualitativo.

Risultati - Fasi dell'attività di Audit

Nello svolgimento delle attività di audit, gli interventi dell'I.A. vengono raggruppati nelle seguenti fasi:

Pianificazione programmazione dell'intervento di audit

Programmazione delle singole verifiche e definizione del relativo cronoprogramma, determinazione del livello di approfondimento delle verifiche e predisposizione degli strumenti da utilizzare, preparazione della documentazione necessaria, stima delle tempistiche ed organizzazione logistica dell'intervento, esame preliminare delle precedenti analisi, individuazione di campioni significativi per le verifiche.

Riunione di apertura

Chiarire all'auditato lo scopo e l'ambito dell'audit, nonché le metodologie che saranno seguite nella sua conduzione. Nel corso di tale riunione si definiscono le fasi operative del lavoro sul campo.

Conduzione dell'audit

La conduzione dell'audit è la fase di svolgimento del lavoro sul campo nella quale la funzione I.A. analizza la normativa, le regole di funzionamento del processo, le procedure, l'organizzazione dell'attività, le risorse impegnate e qualsiasi ulteriore informazione che possa essere utile all'espletamento dell'audit. Gli ulteriori strumenti di valutazione, anche in combinazione tra di loro, possono essere, interviste, work-shop, questionari, azioni di re-performance, osservazione diretta, campionamento, raccolta di evidenze.

Rapporto di audit

Conclusa la fase di esecuzione dell'audit, vengono condivise le attività di analisi con i vari responsabili e nel corso di un incontro di chiusura (exit-meeting) vengono valutate le non conformità rilevate e vengono discusse le misure correttive necessarie da intraprendere per conseguire un livello accettabile di rischio. Il rapporto di audit tiene conto dei seguenti elementi, risultati dell'audit, rilievi, osservazioni del Responsabile della struttura auditata in sede di exit-meeting conclusioni e raccomandazioni formulate dalla funzione I.A., azioni di miglioramento e correzione individuale e suggerite rispetto alle azioni già esistenti.

Il Piano delle azioni correttive

È il piano dettagliato delle azioni previste per la mitigazione dei gap riscontrati nello svolgimento delle verifiche di audit.

Audit Executive Summary

Per ciascuno degli audit svolti nel corso dell'anno il Responsabile della U.O. I.A. predisponde un documento di sintesi, destinato alla Direzione Aziendale, e denominato *Audit Executive Summary*. Tutti gli *Audit Executive Summaries* sono trasmessi, con un'unica nota di accompagnamento complessiva, alla Direzione Aziendale, con cadenza semestrale, nell'anno nel quale gli audit sono stati svolti.

Conclusioni

ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO - FOLLOW-UP

È la fase in cui viene verificata l'esecuzione e l'effettiva funzionalità delle azioni di miglioramento e delle correzioni suggerite e contenute nel Rapporto finale di audit, nei casi di verifiche concluse con un giudizio negativo o con riserva della funzione I.A.

Il follow-up è indicato nel Rapporto finale di audit e programmato nei successivi Programmi di audit, definendo il livello di approfondimento e la tempistica del follow-up sulla base dei rilievi emersi in fase di audit e del tempo necessario per approntare le azioni di miglioramento previste dal Rapporto finale di audit.

I risultati del follow-up sono esplicitati in un rapporto riportante il livello di attuazione delle azioni correttive.

Attraverso questo strumento si dà continuità a quanto implementato nel piano delle azioni correttive, nell'intento di conseguire una risoluzione definitiva dei gap identificati.

A questo scopo la funzione può prevedere ulteriori verifiche in loco finalizzate al solo accertamento che le criticità individuate siano state superate o l'acquisizione di elementi utili ad accertare la rimozione delle criticità emerse.

ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DI AUDIT

Per ogni intervento di audit viene creato un fascicolo che raccoglie la documentazione utilizzata, i rapporti di audit, gli atti, la normativa, i documenti acquisiti dall'unità operativa oggetto di controllo, le informazioni/evidenze raccolte, le evidenze circa la corrispondenza interna connessa con lo svolgimento delle attività di verifica (mail, comunicazioni, ecc) e le risultanze finali.

La documentazione a corredo delle attività svolte dalla Funzione di I.A. deve consentire di:

- Verificarne la correttezza e pertinenza;
- Supportare il riesame dell'intervento e la pianificazione ed esecuzione delle future verifiche;
- Facilitare il riesame dell'intervento da parte di terze parti; I fascicoli restano agli atti dell'ufficio della Funzione di I.A.



**The perception of the quality and safety of care in the Frate Sole hospital:
mapping and proposals of improvement**

Pinzauti C - Medical Director, Frate Sole Hospital, Florence - Italy

Gorgeri S - Human Resources Department, Local Health Unit "Toscana Centro", Florence - Italy

Collini F - Tuscan Regional Health Agency, Florence - Italy

Introduction and aims

The safety of care is a constituent part of the Right to health and monitoring it within a health facility is necessary to defend the health and well-being of the patient to whom the facility offers assistance but also to protect the health and well-being of its workers. Monitoring the quality and safety of care means intercepting critical issues in advance, anticipating the occurrence of any adverse events, or managing risks and critical issues. It is possible to improve and advance an organization only through knowledge.

The aim of our work was to map the quality and safety system of the Frate Sole Hospital, verifying the state of the art regarding the risk culture and the use of good practices in order to propose any areas for improvement.

Methodology

To map the level of quality and safety of the Frate Sole Hospital, the following documents were consulted: the National Outcomes Program, the Outcome Observation Program of the Tuscany region, the Tuscany Healthcare Performance Evaluation System, the Quality and Safety Plan of the facility and the main protocols for the management of clinical risk.

Finally, a **questionnaire** was developed and administered to all staff to find out if the structure has the organizational tools typical of risk management and if they are adequate.

Results

The Frate Sole Hospital has 92 beds. It performs about 1,000 interventions a year including knee, hip, shoulder prostheses and knee arthroscopies, which it delivers privately and in agreement on behalf of the National Health Service. Important strengths and weaknesses emerge from the mapping and administration of the questionnaire, to which 77.4% of the staff responded voluntarily. Among the strengths there are a good integrated ortho-rehabilitation path and the establishment of a complex Quality and Safety Network, a weakness instead is the low number of Clinical Risk Facilitators.

Finally, the results were represented through the **SWOT matrix** that allowed us to synthesize, organize and reflect on the mapped results (Figure 1).

Figure 1 - SWOT matrix

<p>Strengths</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Integrated ortho-rehabilitation path (PDTA) with good volumes and outcomes 2. Good use of blood (Good Practice) with continuous improvement of performance and reduction of the use of transfusions (Management review report) 3. Expansion of outpatient and diagnostic services 4. Professional (surgeon) who performs a large number of operations (volume-outcome link). 5. Membership of a large company that provides a strong network of services and professionals for continuous comparison 6. Establishment of the Quality and Safety Network 	<p>Weaknesses</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Geographically decentralized structure 2. Number of trained facilitators 3. Communication and sharing between professionals 4. Communication and involvement in care between doctors and users 5. Lack of basic training for all other staff 6. High turnover (nurses and doctors) 7. Better contractual form of healthcare personnel (Korian employees) 8. Few audits / M&M's 9. Greater autonomy and empowerment of the facilitators and in general of the quality and safety group 10. Greater enhancement of all staff (to retain professionals, self-esteem Social Health Operator)
<p>Opportunities</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Outsourcing of some collateral or completely autonomous services (cleaning, concierge, etc.) 2. Employees ready to seize opportunities for improvement 3. Use of agreements with the user's private insurance companies 4. Purchase of robotics for prosthetic surgery 5. New public transport system to and from the structure 	<p>Threats</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discontinuity of the relationship with the Local Health Unit 2. Economic non-sustainability due to increases in energy costs to keep the hospital open 3. Competition between professionals

Conclusion

The **priority improvement actions and indicators** that the structure could initiate have been identified:

1. **Increase the Internal Auditing activities** by favoring identification and reporting of risks. Indicator: at least 6 Audits in a year.
2. **Diversify the organization of work** based on the patient's needs. Indicator: review of at least 3 care protocols relating to good practices within the next 2 years.
3. **Draw up reports with the results achieved** in the various areas of the Q&S. Indicator Network: at least 2 reports a year.
4. **Organize meetings with all staff in which the results** described in the report are presented, new goals to be achieved. Indicator: at least 2 meetings a year.
5. **Reactivate weekly meetings** aimed at discharged patients and conducted by rehabilitation medical staff to facilitate the return home. Indicator: at least 15 attendance reports per year.
6. **Promote basic training on clinical risk** to all staff and specific training on clinical risk management to form a network of Facilitators. Indicators: 1. basic course for all staff by June 2023; 2. have at least 6 clinical risk facilitators within 2 years.
7. **Produce information for the dissemination of the safety culture** to professionals and users. Indicator: at least 2 new / renewed initiatives a year.

Bibliography

L.T. Kohn, J.M. Corrigan, and M.S. Donaldson. To Err is Human. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. ISBN-10: 0-309-06837-1.

J.Ovretveit, Il miglioramento del valore nei servizi sanitari, Il Mulino, 2012.

C. Vincent. La sicurezza del paziente. Edizione italiana a cura di R. Tartaglia, S. Albolino, T. Bellandi; Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente Regione Toscana, Firenze. Springer.

T. Hill, R. Westbrook. SWOT analysis: it's time for a product recall. Long Range Plann 1997;30(1):46-52 (www.repiev.ru/doc/SWOT-product-recall.pdf).

M. Castagna. Esercitazioni, casi e questionari. F. Angeli, 2001.

Piano Nazionale Esiti – Agenas. <https://pne.agenas.it/>

Programma di Osservazione degli Esiti – ARS Toscana. <https://www.ars.toscana.it/banche-dati/>

Sistema di Valutazione delle performance, Sant'Anna Pisa. <https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php>

Patient Reported Experience Measures – Laboratorio MeS. Ricoveri ospedalieri. <https://www.santannapisa.it/it/ricerca/progetti/premsricoveri>



**Sistema di Monitoraggio Implementazione Raccomandazioni Assistenziali
Si MIRA 2.0**

Rosaria Raffaelli², Antonino D'Angelo Pizzolo³, Elisa Rinaldini³, Marco Bracciotti³, Paolo Zoppi¹

1. Direttore Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica (DAIO), AUSL Toscana Centro
2. Direttore SOC Monitoraggio, Qualità e Accredimento, Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica, AUSL Toscana Centro
3. SOC Monitoraggio, Qualità e Accredimento, Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica, AUSL Toscana Centro

Introduzione

Nell'ottica del miglioramento continuo della Qualità e Sicurezza delle Cure, il DAIO implementa un sistema di monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali (RM) e delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente (PSP) della Regione Toscana basato su "approccio per processi clinico-assistenziali" e "autovalutazione". Attraverso il Si MIRA 2.0 è possibile stimare l'applicazione delle RM e PSP nell'Azienda USL Toscana Centro e di comprenderne la ricaduta in termini di salute pubblica e di pianificazione delle risorse. La diffusione dei risultati consolida la cultura dell'esito fornendo uno strumento standardizzato per individuare obiettivi di miglioramento della Qualità che favorisce lo sviluppo del modello a Rete deliberato dalla DG 1400/2020.

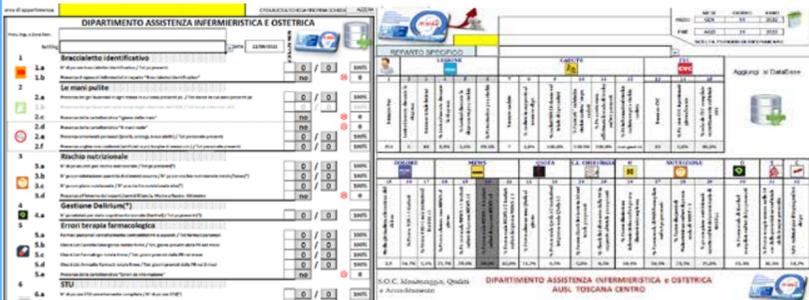
Materiali e Metodi

Dalla Reingegnerizzazione degli strumenti alla Standardizzazione del sistema Si MIRA 2.0

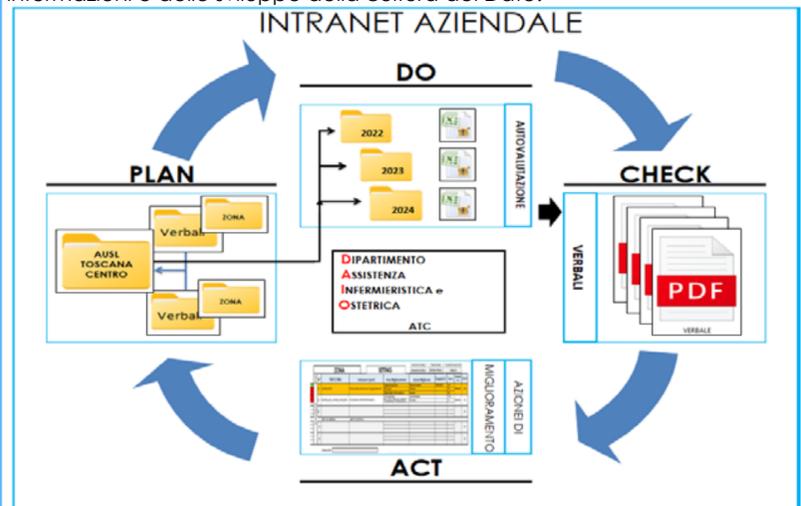
NO. PROGETTO	SI MIRA 2.0	RESPONSABILE DEL PROGETTO	Dr.ssa Rosaria Raffaelli		
1	Costruzione strumenti	08/03/2022	31/10/2022	38	100%
2	Formazione Incarichi Funzione	08/03/2022	31/10/2022	38	100%
3	Formazione Infermieri Coordinatori	08/03/2022	31/10/2022	38	100%
4	Installazione e verifica	08/03/2022	31/10/2022	38	100%
5	Sperimentazione per zona	08/03/2022	31/10/2022	38	100%
6	Standardizzazione del sistema	08/03/2022	31/10/2022	38	100%

1. Progetto Bottom-up per il miglioramento continuo: Autovalutazione Performance Infermieristiche supportata da dati corretti, di facile ed immediato utilizzo.

- a. Strumento di Monitoraggio Continuo, Interno ai setting, sull'applicazione delle PSP e RM;
- b. Strumento di consultazione dati aggregati estratti da Cartella Clinica Integrata;



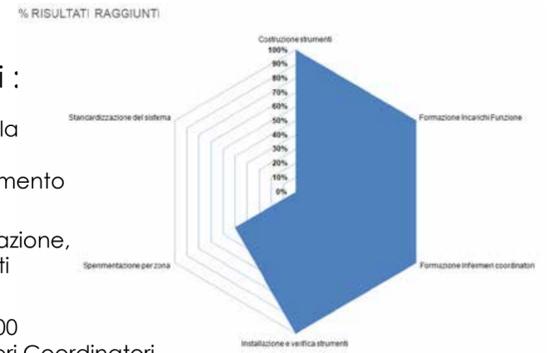
2. Sistema in Cloud Aziendale per l'ottimizzazione della diffusione delle informazioni e dello sviluppo della cultura del Dato.



Risultati raggiunti e attesi

Risultati Raggiunti :

1. Consolidamento della rete di professionisti impegnati nel miglioramento continuo;
2. Sviluppo, Implementazione, collaudo degli strumenti creati;
3. Formazione di oltre 300 professionisti fra Infermieri Coordinatori e Incarichi di Funzione sui concetti di "Rete di Professionisti", "Autovalutazione per il miglioramento", "sistemi innovativi di attuazione del PDCA" e strumenti sviluppati;



Risultati Attesi :

1. Crescita professionale:
 - a. Maggiore consapevolezza dei professionisti sulla gestione ed utilizzo dei dati;
 - b. Maggiore appropriatezza delle risposte assistenziali;
2. Standardizzazione del Sistema del monitoraggio delle Performance Infermieristiche Si MIRA 2.0;
3. Implementazione della cultura della condivisione e del meccanismo Feedback come asso portante dello sviluppo professionale.



Discussione e Conclusioni

Si MIRA rappresenta un progetto dinamico e flessibile che, attraverso la condivisione di Strumenti e di un linguaggio comune, favorisce lo sviluppo di competenze in ambito mono e multispecialistico, oltre che "contaminazioni" multiprofessionali.

Il professionista mette in campo una metodologia che prevede l'adozione di risposte coordinate e azioni finalizzate al miglioramento continuo.

Il progetto traduce, in un percorso strutturato e condiviso, quanto prevede la normativa, la lettura critica dello stato dell'arte relativamente alle EBP, in ambito di Monitoraggio della Qualità e Sicurezza delle Cure.

Bibliografia e Sitografia

- Pratiche per la Sicurezza dei Pazienti Regione Toscana <http://www.regione.toscana.it/pratiche-per-la-sicurezza>
- Raccomandazioni Ministero della Salute http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=250&area=qualita&menu=sicurezza
- Delibera del DG 1400_ del 2020 Definizione Rete Aziendale Qualità e Sicurezza delle Cure

PER CONTATTI:
monitoraggioequalita.dipartimentoinfermieristico@uslcentro.toscana.it



Conoscenze, atteggiamenti e barriere all'implementazione dell'Evidence-Based Practice: validazione del questionario EBPQ

Elsa Rinaldini¹, Loriana Molini², Genny Pasquini², Chiara Barchielli³, Marco Alaimo³, Paolo Zoppi⁴



1. SOC Monitoraggio, Qualità e Accredimento, Dipartimento di Assistenza Infermieristica e Ostetrica, AUSL Toscana Centro
2. SOC Empoli, Dipartimento di Assistenza Infermieristica e Ostetrica, AUSL Toscana Centro
3. SOS Laboratorio Innovazione Organizzativa, Dipartimento di Assistenza Infermieristica e Ostetrica, AUSL Toscana Centro
4. Direttore Dipartimento di Assistenza Infermieristica e Ostetrica (DAIO), AUSL Toscana Centro

Introduzione

La EBP (Evidence Best Practice) ha un impatto rilevante sul miglioramento dei servizi sanitari (learning organization), a livello di comportamenti clinici, organizzativi e di sicurezza. Gli operatori possono trasformare le loro pratiche di base in avanzate attraverso la leva del metodo decisionale basato sulla ricerca. L'integrazione tra le competenze cliniche già possedute e l'EBP, comunque, è fondamentale assieme alla contestualizzazione delle situazioni. Ciò porta ad evidenziare gli aspetti fondamentali dell'approccio EBP:

- Esperienza del professionista (unione tra competenze utilizzate per il processo decisionale);
- Migliori evidenze disponibili;
- Preferenze dell'assistito;
- Risorse disponibili.

Il processo EBP è sviluppato su quattro passi, con l'acronimo FIRE: **F**ormulate on answerable question, **I**nformation search, **R**eview of information and critical appraisal, **E**mploy the results in your clinical practice.

Materiali e Metodi

Studio di validazione nella fase confermativa, che indaga le "conoscenze", intese come comprensione, gli "atteggiamenti", intesi come l'interiorizzazione di una pratica o di un valore, le "barriere", concepite come ostacoli all'implementazione dell'EBP.

Questionario costituito da 20 domande divise in cinque parti e una sezione anagrafica: auto-valutazione delle conoscenze e auto-valutazione delle abilità possedute con punteggio in scala di Likert da 1 a 7; competenze agite con punteggio in scala di Likert da 1 a 7; barriera percepita del carico di lavoro approccio personale all'EBP le cui domande sono caratterizzate da coppie di informazioni.

Obiettivi:

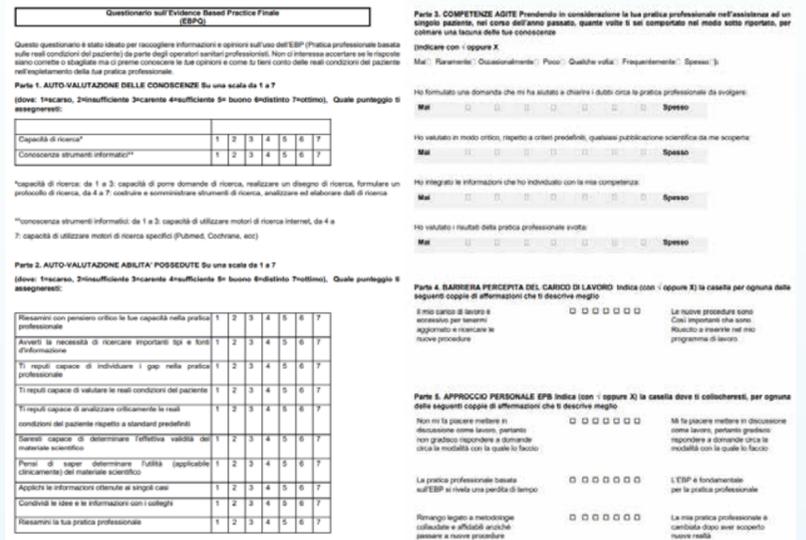
1. confermare la validità del Questionario sull'efficacia clinica e sulla pratica basata sull'evidenza;
2. indagare conoscenze, atteggiamenti e competenze degli infermieri rispetto all'EBP.

Campione:

492 infermieri, 348 degli ospedali e 144 del territorio afferenti alla AUSL Toscana Centro.

Criteri di inclusione: infermieri operanti nei servizi territoriali e nei setting ospedalieri della AUSL TC area Empolese

Criteri di esclusione: infermieri che nel corso dello svolgimento dello studio hanno frequentato corsi di aggiornamento o eventi formativi sull'EBP e impiegati in regime di libera professione e interinali.



Risultati

Risultati obiettivo 1:

Alpha di Cronbach = 0,879 Analisi fattoriale: analisi delle componenti principali mediante rotazioni ortogonale secondo il metodo Varimax (con normalizzazione Kaiser). I cinque fattori individuati spiegano quasi il 67% della varianza

Risultati obiettivo 2:



Capacità di ricerca: Media 4,17 DS 1,46	Conoscenza strumenti informatici: Media 4,17 DS 1,46
Abilità possedute: Media 5,23 DS 0,95	Competenze agite: il 50% si posiziona tra «spesso» e «qualche volta» in tutte le domande
Barriera percepita del carico di lavoro: il 34% si posiziona verso le risposte a destra	Approccio personale all'EBP: oltre il 30% risponde positivamente

Conclusioni

La leadership e il middle Management delle Aziende Sanitarie hanno come asse strategico il sostegno e lo sviluppo della cultura EBP promuovendo attività di studio, formazione e implementazione all'EBP.

E' necessario superare le barriere organizzative (tempo, sostegno, conoscenza dell'inglese, competenze di ricerca e statistica) e dare priorità ai progetti di sviluppo e miglioramento.

Dallo studio emerge che è auspicabile intervenire sulle euristiche della prassi consolidata che rappresentano un ostacolo determinante rispetto allo sviluppo delle EBP nella pratica professionale.

Bibliografia essenziale

1. Li S., Cao M., Zhu X. (2019). "Evidence-based practice: Knowledge, attitudes, implementation, facilitators, and barriers among community nurses-systematic review". Medicine. 98(39).
2. Shayan S.J., Kiwanuka F., Nakaye Z. (2019). "Barriers Associated With Evidence- Based Practice Among Nurses in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review". Evidence-Based Nursing.16(1):12-20.
3. Romani S., Forni C. (2010). "Conoscenze, atteggiamenti a barriere all'implementazione dell'Evidence-based Practice: Indagine descrittiva nell'Azienda USL di Reggio Emilia". L'infermiere. 47(4):23-28.

per contatti:
innovazione.dipartimentoinfermieristico@uslcentro.toscana.it



Fast Track Oculistico : percorso “veloce” presso l’Azienda Ospedaliera di Perugia

M.Cristina De Lio,* I. Bernardini*, G. Castelletti**, M. Ceccarelli**, S. Gnazi**, G. De Filippis^
* Direzione Medica, ** SITRO, ^ Direttore Generale



Introduzione

Il sovraccarico del Pronto Soccorso è da tempo una tematica centrale nel dibattito sanitario e si rendono necessarie nuove soluzioni organizzative che consentano la riduzione dei tempi di attesa nel rispetto dell’appropriatezza clinica e che possano raggiungere una migliore soddisfazione dell’utenza. Il Fast track oculistico nella fattispecie rappresenta una procedura organizzativa attuata con lo scopo di ottimizzare il modello di risposta assistenziale ai pazienti, con sintomi/segni di chiara pertinenza oculistica a carattere di minore urgenza, che si presentano in Pronto Soccorso.

Materiali e metodi

Presso l’Azienda Ospedaliera di Perugia sono state identificate le branche specialistiche per cui attivare un percorso di Fast Track. L’Oculistica è stata la prima ad essere attivata. Il percorso organizzativo ha previsto:
Identificazione dei criteri specifici di inclusione ed esclusione per l’applicazione dei percorsi veloci a gestione infermieristica;
Definizione della scheda di triage fast track informatica;
Formazione del personale di triage;
Creazione di un sistema di monitoraggio del processo utilizzando gli indicatori specifici
La formazione del personale di competenza aziendale ha coinvolto personale di triage di esperienza consolidata con un adeguato periodo di formazione insieme ai Medici Oculisti per la condivisione dei criteri.

CONDIZIONI CLINICHE CON SINTOMI OCULARI CHE VANNO ESCLUSE DAL FAST - TRACK OCULISTICO E SOGGETTE A TRIAGE DEL PRONTO SOCCORSO GENERALE IN CUI L’OCULISTA VERRA EVENTUALMENTE COINVOLTO COME CONSULENTE :

CONDIZIONE ROSSA

- Alterazione di uno o più parametri vitali.

CODICE GIALLO

- Politrauma o trauma faciale e bulbare;
- Calo del visus associato a deficit Neurologico / Nausea / Vomito;
- Deficit neurologico 3° - 4° - 6° Nervo Cranico entro 24H associato o meno a calo del visus (anomalia di reazione pupillare o motilità oculare o palpebrale, ptosi);
- Calo visus in gravidanza (in specie nel 3° trimestre con fotopsie o scotomi);
- Amaurosi (improvvisa totale perdita di vista) / Amputazione del campo visivo entro 24H.

CONDIZIONE VERDE

Diplopia oltre 24H dall’insorgenza in assenza di altri deficit neurologici.

TRIAGE PER FAST TRACK DA PRONTO SOCCORSO GENERALE AD AMBULATORIO URGENZE OCULISTICA
Indicazioni per l’attribuzione del Codice Colore

CODICE GIALLO

- Ferita Palpebrale;
- Ferita Bulbare penetrante o perforante;
- Dolore e calo del visus entro 15 giorni da progressa chirurgia oculare (cataratta etc);
- Contatto con agenti chimici / ustioni / esposizione a radiazioni entro 24H;
- Contusione bulbare con calo del visus entro 24H;
- Calo del visus con anamnesi positiva per esposizione a schegge / corpi estranei / esplosioni;
- Calo del visus con dolore oculare (con o senza nausea e vomito / visione di aloni attorno alle luci).

CODICE VERDE

- Abrasioni corneali, cherititi, corpi estranei corneali o congiuntivali;
- Miosipropia (visione di “mosche”, “ragno” associate a filofini entro 24H);
- Contatto con agenti chimici / ustioni / esposizione a radiazioni oltre 24H;
- Contusione Bulbare oltre 24H;
- Edema palpebrale entro 24H;

CODICE BIANCO

- Iperemia congiuntivale, secrezione;
- Calo del visus oltre 24H / difetti di vista;
- Epilepsia (accrissione);
- Miosipropia oltre 24H;
- Sensazione di corpo estraneo, bruciore, prurito;
- Emorragia sottocongiuntivale;
- Edema palpebrale oltre 24H;
- Controllo di progressi diagnostici già in terapia senza miglioramento

Fig. 1

Risultati

Il percorso Fast Track Oculistico è stato attivato il 1° Dicembre 2021. L’infermiere di triage del Pronto Soccorso dopo aver accertato il bisogno di salute dell’utente invia quest’ultimo direttamente all’ambulatorio di Oculistica qualora presenti un quadro riconducibile a patologia rientrante in un elenco di condizioni definite e concordate tra Pronto Soccorso e Clinica Oculistica (fig.1)

La responsabilità clinica viene assunta dal medico specialista erogante la visita che accede alla sola lista dei pazienti di quel percorso specifico e che chiude il referto utilizzando lo stesso applicativo del Pronto Soccorso.

È possibile la re-immissione del paziente nel percorso di Pronto Soccorso generale nel caso in cui, sulla base della lista di presentazioni cliniche concordata tra Pronto Soccorso e Clinica Oculistica, l’invio risulti inappropriato.

Il percorso di Fast Track Oculistico è garantito H12 (al di fuori di questa fascia oraria il paziente oculistico viene gestito dal medico del PS generale con le modalità ordinarie).

Al fine di facilitare l’espletamento della procedura sono state introdotte delle integrazioni all’applicativo di Pronto Soccorso “First Aid” attualmente in uso.

A completamento del percorso descritto, qualora ci fosse necessità di programmare accessi ulteriori del paziente, è stata attivata la funzione di follow-up, che consente di programmare, utilizzando il gestionale “First Aid”, i successivi controlli che lo specialista ritenga utili alla conclusione dell’iter diagnostico-terapeutico. (Fig.2)

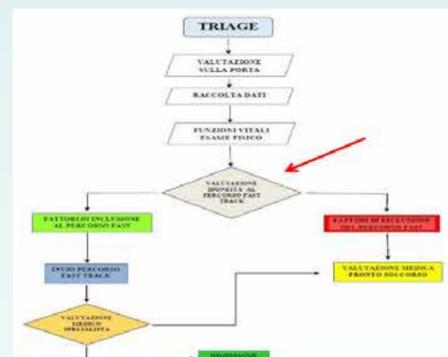


Fig.2

Conclusioni

L’attivazione del Fast Track con una prima valutazione al Triage per un’evidente competenza specialistica, si procede alla richiesta immediata di consulenza in reparto. Si elimina in tal modo la prima visita in ambulatorio di Pronto Soccorso che avrebbe potuto rivelarsi non risolutiva e si riduce il tempo di attesa necessario per accedere a visita specialistica. Si è assistito a:

- Riduzione dei tempi di attesa e del tempo complessivo di permanenza nel DEA;
- Riduzione dei tassi di allontanamento volontario;
- Aumento della soddisfazione dell’utenza



Sicurezza delle cure: il coinvolgimento dei volontari come modello strategico per l'empowerment dei pazienti

Autori: Francesco Paolo De Siena, Davide Perpentì, Maria Rosaria Giannotti, Sara Mondino, Romina Cazzaro

Affiliazioni: Azienda ULSS 8 Berica – Ospedale di Vicenza

INTRODUZIONE

In occasione della Giornata Mondiale della Sicurezza del Paziente 2022, l'UOS Rischio Clinico dell'Azienda ULSS 8 Berica ha promosso un evento informativo sul tema della sicurezza dell'uso dei farmaci, come indicato dall'OMS. L'iniziativa si è svolta con la partecipazione di 75 volontari in qualità di rappresentanti di 25 associazioni che operano nel contesto aziendale, con lo scopo di sensibilizzare e diffondere la cultura della sicurezza dei farmaci.

MATERIALI E METODI

L'organizzazione dell'evento ha richiesto un incontro propedeutico con i volontari per condividere gli obiettivi e i contenuti dell'iniziativa. Sulla base delle indicazioni regionali, sono stati definiti i principali temi da trattare, con particolare riferimento alla gestione della polifarmacoterapia e alla prevenzione degli eventi avversi legati alla terapia farmacologica. Al termine dell'evento sono stati distribuiti dei questionari volti a indagare il gradimento dei partecipanti e la loro esperienza personale in merito all'assunzione dei farmaci.

RISULTATI

Dall'analisi dei questionari emerge che la maggioranza dei partecipanti (n.63; 84%) considera molto utile l'iniziativa, a fronte di pochi che la valutano abbastanza utile (n.6; 8%), poco utile (n.4; 5%) e per niente utile (n.2; 3%). Quasi tutti (n.70; 93%) ritengono che i temi presentati siano stati illustrati in modo molto esaustivo, mentre 5 (7%) in modo abbastanza esaustivo. L'85% (n.64) reputa che gli argomenti trattati siano molto

rilevanti per la propria sicurezza e per quella della popolazione generale, al contrario solo 9 (12%) e 2 (3%) li reputano rispettivamente abbastanza e poco rilevanti. Per quanto riguarda la conoscenza dei temi esposti, il 59% (n.44) afferma di averne abbastanza, il 33% (n.25) poca, mentre l'8% (n.6) molta. Inoltre secondo il 49% (n.37) dei volontari, la popolazione generale ha poca conoscenza degli argomenti trattati, secondo il 35% (n.26) ne ha abbastanza, secondo l'11% (n.8) nessuna e secondo il 5% (n.4) molta. Infine quasi la totalità (n.73; 97%) sostiene che occorre aumentare la consapevolezza relativa ai danni causati dai farmaci.

CONCLUSIONI

Dai risultati dei questionari si evince che l'evento ha riscontrato il consenso e il gradimento dei partecipanti, favorendo l'acquisizione di contenuti non totalmente noti tra i volontari e meritevoli di essere ulteriormente divulgati tra la popolazione generale. In quest'ottica il coinvolgimento delle associazioni di volontariato risulta fondamentale per promuovere e rafforzare la partecipazione attiva dei pazienti nella gestione della terapia nei diversi setting assistenziali. Il potenziamento della partnership con i volontari rappresenta dunque un'azione strategica da perseguire a livello aziendale per favorire l'empowerment dei pazienti nel processo di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

BIBLIOGRAFIA

<https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2022>
<https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>

