



Premio Qualità 2024

Joint Commission Italian Network

VI Edizione



Indice

Categoria Accreditati	4
APSP Residenza Valle Dei Laghi - Cavedine, APSP Opera Romani - Nomi	5
Fondazione CNAO	7
Fondazione Poliambulanza	9
Fondazione Toscana Gabriele Monasterio	11
Humanitas Gavazzeni e Castelli	13
Humanitas Research Hospital	15
IRCCS Istituto Giannina Gaslini-Genova.....	17
Istituto Europeo di Oncologia.....	19
Istituto Fiorentino di Cura e Assistenza - IFCA Gruppo GIOMI	21
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù	23
Ospedale Santa Chiara di Trento - APSS	25
Categoria non accreditati	27
ASL Alessandria	28
ASL Alessandria	30
ASL 2 Savonese	32
ASL TO5	34
ASL TO5 Di.P.Sa - Dipartimento di Emergenza Urgenza - SC Anestesia Rianimazione Carmagnola/Moncalieri	36
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	38
ASST Ovest Milanese	40
ASST Papa Giovanni XXIII	42
ASST Rhodense	44
ASST Valtellina e Alto Lario	46
AUSL di Piacenza - Unità Operativa Complessa (UOC) di Emergenza Urgenza Psichiatrica, Dipartimento di Salute Mentale e Dipende Patologiche.....	48
Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata.....	50
Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo.....	52
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento	54



Azienda Unità Sanitaria Locale e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	56
Casa di Cura San Francesco	58
Clinica di Riabilitazione Toscana Spa	60
Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori.....	62
Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori.....	64
Humanitas San Pio X.....	66
IRCCS AO di Bologna Policlinico di Sant'Orsola	68
IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" Bari	70
IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" Bari	72
Istituti Clinici Scientifici Maugeri Spa SB - IRCCS.....	74
Ospedale "Monsignor Dimiccoli" Barletta – ASL BAT	76
Ospedale "Monsignor Dimiccoli" Barletta – ASL BAT	78



Categoria Accreditati

Organizzazione

APSP Residenza Valle Dei Laghi - Cavedine, APSP Opera Romani - Nomi

Autore/i

Ruolo

Livio Dal Bosco

Direttore generale

Contatti

E-mail: direttore@residenzavalledeilaghi.it

Titolo

PROGETTO 4.0: IL FUTURO È ADESSO

“Introduzione di tecnologie AI per migliorare sicurezza e qualità dei servizi sanitari e assistenziali, aumentando l'efficienza e riducendo i costi.”

Abstract

L'implementazione di tecnologie AI in ambito sanitario sta rivoluzionando la pratica medica, migliorando diagnosi, trattamento e gestione delle risorse. Tuttavia, la mancanza di progetti integrati che utilizzino AI, specialmente in Italia, richiede un approccio completo e innovativo. Il nostro progetto si basa sull'analisi delle esigenze degli utenti, sulla valutazione delle risorse e sullo sviluppo di soluzioni su misura per integrare l'AI nelle attività sanitarie. Utilizzando algoritmi di apprendimento automatico e monitoraggio intelligente, miriamo a ottimizzare la gestione delle risorse, migliorare la sicurezza, personalizzare l'assistenza e supportare le decisioni del personale sanitario.

Il nostro obiettivo principale è quello di creare un sistema integrato che possa rispondere alle sfide attuali del settore sanitario. L'utilizzo di algoritmi avanzati permetterà di analizzare grandi quantità di dati in tempo reale, identificando pattern e anomalie che possono sfuggire all'occhio umano. In questo modo, sarà possibile prevenire incidenti, effettuare un monitoraggio continuo dei pazienti e rispondere rapidamente alle emergenze, migliorando così la qualità dell'assistenza fornita.

Inoltre, il nostro progetto prevede un approccio multidisciplinare che coinvolge non solo esperti di AI, ma anche medici, infermieri, tecnici e altri professionisti del settore sanitario. Questo team eterogeneo lavorerà insieme per sviluppare soluzioni che siano non solo efficaci, ma anche etiche e sicure. La personalizzazione dell'assistenza sarà un altro pilastro fondamentale, permettendo di adattare i trattamenti alle specifiche esigenze di ogni paziente.

Per garantire il successo del progetto, è essenziale anche considerare l'aspetto formativo. Pertanto, organizzeremo corsi di formazione specifici per il personale sanitario, al fine di massimizzare le competenze necessarie per utilizzare queste nuove tecnologie. Collaboreremo con università e centri di ricerca per mantenere il progetto all'avanguardia e promuovere un continuo scambio di conoscenze.

I risultati attesi includono una riduzione significativa degli errori medici, un miglioramento della gestione delle risorse e una maggiore soddisfazione dei pazienti. Promuovendo la medicina preventiva e predittiva, il nostro progetto mira a creare un sistema sanitario più efficiente, efficace e sostenibile. In definitiva, crediamo che l'integrazione dell'AI nella sanità possa rappresentare un cambiamento positivo e duraturo, capace di migliorare la vita di milioni di persone.



Organizzazione

Fondazione CNAO

Autore/i

Arianna Serra

Ruolo

Referente Ufficio Qualità

Contatti

E-mail: qualita@cnao.it

Titolo

Time-out pre-trattamento in adroterapia.

Abstract

Background: L'adroterapia è una tecnica di radioterapia ad altissima complessità, che impiega particelle cariche e dotate di massa (adroni, più precisamente protoni e ioni carbonio) per danneggiare in maniera selettiva e irreversibile le cellule tumorali. L'attività di radioterapia oncologica è un sistema complesso, esposto sia a errori latenti sia ad errori attivi.

Problema locale: La particolare complessità tecnologica e di gestione che permette l'irraggiamento con adroni ha imposto la necessità di mappare in maniera dettagliata le attività suscettibili di errore e di inserire diverse barriere prima del *delivery* sul paziente.

Metodi: Tali verifiche pre-trattamento sono state implementate adattando al flusso di lavoro in adroterapia la checklist preoperatoria del Ministero della Salute, ossia individuando un *SIGN-IN*, un *TIME-OUT* e un *SIGN-OUT*. Tutte le operazioni di verifica sono eseguite dallo staff TSRM (Tecnici di Radiologia Medica) prima dell'erogazione del fascio e sono registrate sul Diario di trattamento.

Interventi: Prima dell'ingresso del paziente in sala, il giorno della prima seduta, due TSRM effettuano il *Sign-in*, verificando la documentazione di trattamento, la coerenza delle attività programmate con la prescrizione, la corretta associazione dei sistemi di immobilizzazione al paziente tramite *barcode*, l'eventuale preparazione pre-procedura con l'infermiere, la consistenza delle coordinate (doppio *check* indipendente con il fisico medico). Ad ogni accesso del paziente, prima di erogare fascio, due TSRM effettuano il *Time-out*, verificando che il paziente sia quello corretto, il sito (*set-up* di trattamento) sia corretto (verifica presidi di immobilizzazione tramite *barcode*, corrispondenza dell'isocentro definitivo con quello di sala, *imaging in-room*) e che in generale la procedura sia quella corretta. Al termine di ogni seduta si verifica che tutti i campi di terapia siano stati erogati e correttamente registrati a sistema (*Sign-out*).

Risultati: Tale *workflow* è stato strettamente monitorato attraverso tre strumenti: *incident reporting*, revisione delle cartelle chiuse, *audit* osservazionali. L'analisi complessiva degli indicatori selezionati ha permesso di valutare l'ergonomia e l'efficacia dell'intervento.

Conclusioni: I dati dimostrano che il *TIME-OUT*, nei suoi principi di base è un metodo versatile, che può essere adeguato a processi diversi dalla pratica chirurgica e che permette di contenere notevolmente il rischio clinico.



Organizzazione

Fondazione Poliambulanza

Autore/i

Ruolo

Sonia Tosoni

Referente Qualità e Certificazioni

Maria Lorena Bazzani

Contatti

E-mail: sonia.tosoni@poliambulanza.it

Titolo

“Assist comunicativo: Handover Anestesiologico per la degenza”.

Abstract

La dimissione dalla sala operatoria/recovery room verso i reparti di degenza ha sempre rappresentato una criticità, in particolare per le dimissioni a ridosso delle ore serali, dove il personale medico è reperibile telefonicamente. La necessità di semplificare le informazioni già declinate nei documenti relativi alla cartella anestesologica e verbale operatorio, e di condividere un'univoca valutazione tra gli operatori presenti nei diversi setting di cura, ha richiesto di elaborare un processo comunicativo efficace e non frammentato. La standardizzazione e l'informatizzazione dei contenuti da trasmettere tra i sanitari può migliorare gli esiti e garantire la continuità delle cure. Da un'analisi puntuale delle segnalazioni near miss annuali inviate al servizio Risk Management è stato possibile rilevare un aspetto significativo sollevato, in particolare dai colleghi dei reparti di degenza. Il peso delle segnalazioni è stato considerato non solo in termini quantitativi, piuttosto si è voluto ricostruire l'impatto assistenziale derivato da una comunicazione frammentata, integrata da ripetute telefonate, nella delicata fase post-operatoria. È stato realizzato un modulo integrato all'interno della piattaforma clinica informatizzata, denominato Handover Anestesologico, destinato all'immediata interpretazione della condizione clinica, con cui il paziente viene dimesso dalla recovery room. Lo strumento importa in un unico documento **"segnalazioni rilevanti"** relative al decorso postoperatorio, provenienti da diverse fonti: cartella anestesologica, grafico dei parametri vitali, scheda Aldrete's scoring system e verbale operatorio. Il processo è stato costruito attraverso la condivisione tra le varie figure sanitarie anestesisti, nurse della recovery e personale infermieristico delle degenze dei reparti di Ortopedia e Chirurgia Vascolare, oltre che dal servizio Health Technology Aziendale ICT, con l'intento di testare l'approccio nei due contesti che più di altri avevano segnalato disguidi comunicativi. A distanza di 4 mesi circa dall'introduzione della scheda di Handover anestesologica si è condotto un audit interno. L'approccio modificato ha portato a un miglioramento rispetto agli indicatori che il progetto aveva identificato. Gli elementi misurabili considerati hanno preso di riferimento:

- **Numero di Near miss** Handover 2022 prima dell'introduzione dello strumento, vs le analoghe segnalazioni nel 2023 con l'utilizzo dello handover anestesologico;
- Il **numero di telefonate** registrate fra i reparti interessati ed il blocco operatorio dall'inserimento Handover Anestesologico si è sensibilmente ridotto;
- Il **gradimento da parte degli operatori** dei reparti coinvolti raccolto attraverso un questionario strutturato ha permesso nella fase iniziale di cogliere le criticità su cui bisogna focalizzarsi. Sottoposto allo stesso gruppo successivamente alle indicazioni recepite si è rilevato un netto miglioramento del contesto comunicativo.
- **I risultati ottenuti derivati dall'implementazione dello strumento hanno portato:**
 - ✓ una riduzione del 6% delle segnalazioni near miss in generale relative alla comunicazione dei soli settori che hanno attivato la sperimentazione;
 - ✓ un abbattimento significativo del flusso di chiamate da reparto a blocco operatorio, pari al 50% dell'introduzione dello Handover Anestesologico;
 - ✓ il gradito riconoscimento degli operatori rispetto alla fruibilità delle informazioni raccolte, utilizzate e armonizzate nell'ottica della continuità delle cure.

Organizzazione

Fondazione Toscana Gabriele Monasterio

Autore/i

Ruolo

Elisabetta Volpi

Farmacista dirigente - UOC Farmacia Ospedaliera

Contatti

E-mail: farmacisti@ftgm.it

Titolo

La valutazione multidisciplinare delle prescrizioni delle terapie farmacologiche alla dimissione e il processo di ricognizione e riconciliazione: un'opportunità per evitare errori di terapia e promuovere l'utilizzo sicuro dei farmaci nella continuità ospedale territorio.

Abstract

Background: L'uso sicuro dei farmaci è una delle priorità dell'assistenza sanitaria condivisa a livello internazionale e gli errori terapeutici sono una delle principali cause di lesioni e danni evitabili nei sistemi sanitari.

Problema locale: Nel 2014 è stato avviato presso il nostro ospedale uno studio retrospettivo per valutare il percorso di medication reconciliation dall'ingresso alla dimissione ed ha evidenziato come il momento in cui porre maggior attenzione, in quanto a maggior rischio di discrepanze non intenzionali, era l'interfaccia ospedale/territorio. Alla luce di questo studio è stato attivato dal 2016 un percorso di revisione condivisa delle prescrizioni alla dimissione al domicilio da parte del team medico-farmacista e viene inoltre effettuato un rinforzo delle informazioni fornite alla dimissione anche da parte dell'infermiere, soprattutto nei casi in cui si riscontrano difficoltà nella comunicazione o per problemi linguistici, di apprendimento o sociali.

Metodi: Sono state registrate in maniera consecutiva dal 2016 al 2023 il numero e la tipologia di discrepanze non intenzionali, rilevate dal farmacista e corrette dal medico prima della dimissione per tutti i pazienti ricoverati e dimessi al domicilio.

Interventi: Ogni mattina un team multidisciplinare verifica e valida le prescrizioni per i pazienti dimessi al domicilio attraverso la riconciliazione sia con le terapie svolte dal paziente prima del ricovero ospedaliero o al trasferimento da altro presidio ospedaliero, sia con le nuove terapie prescritte a seguito del ricovero. Una volta confermata la lista definitiva delle prescrizioni il farmacista effettua la consegna delle nuove terapie e insieme all'infermiere verifica che il paziente abbia compreso tutte le informazioni necessarie a garanzia dell'efficacia dell'intervento terapeutico. Sono stati fatti diversi incontri con i clinici per la condivisione degli esiti analizzati annualmente per questo progetto, accompagnati da una formazione puntuale. Infine, sempre con l'obiettivo comune di rilevare e correggere le discrepanze non intenzionali, sono state proposte e implementate modifiche al sistema di prescrizione (es. alert per duplicazioni di terapia, strutturato il campo nessuna terapia domiciliare).

Risultati: Il numero di pazienti in cui è stato necessario effettuare un intervento di correzione delle prescrizioni per la presenza di discrepanze non intenzionali dal 2016 al 2023 si è sempre mantenuto intorno al 20% sul totale dei pazienti dimessi, a dimostrazione della necessità della revisione condivisa e del coinvolgimento di più operatori nel processo di riconciliazione terapeutica. In particolare, nel setting adulto nel periodo 2016-2023 sono state necessarie complessivamente correzioni alla terapia alla dimissione per 1.585 pazienti su 7.324 pazienti dimessi al domicilio con consegna dei farmaci da parte del farmacista e per questo scopo sono state revisionate più di 50.000 prescrizioni.

Conclusioni: Il presente progetto dimostra che la valutazione multidisciplinare delle prescrizioni alla dimissione è di fondamentale importanza per intercettare le discrepanze non intenzionali per ridurre gli errori in terapia e promuovere l'utilizzo sicuro ed efficace dei farmaci nella continuità ospedale territorio dove il paziente non è più in un setting assistenziale protetto. La nostra esperienza si inserisce nell'ambito dell'appropriatezza terapeutica e si propone come spunto di partenza per poter essere esteso ad altri setting e ad altre realtà ospedaliere italiane.



Organizzazione

Humanitas Gavazzeni e Castelli

Autore/i

Erik Perego

Ruolo

Risk Manager

Contatti

E-mail: erik.perego@gavazzeni.it

Titolo

Sistemi di prevenzione delle cadute in ospedale mediante Intelligenza Artificiale.

Abstract

L'intelligenza artificiale applicata in ambito assistenziale permette un miglioramento degli outcome dei pazienti ospedalizzati. Nel caso specifico la possibilità di prevenire le cadute accidentali, attraverso un allarme precoce, permette di ridurre gli eventi avversi e le conseguenze negative per i degenti. Il sistema, infatti, grazie all'intelligenza artificiale, è in grado di monitorare i pazienti e allertare il personale infermieristico in caso di possibili movimenti a rischio (quali per esempio irrequietezza a letto, tentativo di uscita dal letto, uscita dalla toilette ritardata, uscita dal letto, uscita dalla camera e caduta del paziente). Lo studio di fattibilità ha visto l'applicazione del sistema dotato di intelligenza artificiale per 20 posti letto, per un totale di tre mesi. Durante lo stesso periodo sono state analizzate tutte le cadute accidentali avvenute nelle camere dotate di intelligenza artificiale e nelle camere senza intelligenza artificiale. I dati dimostrano una riduzione importante delle cadute accidentali nelle stanze dotate del sistema di intelligenza artificiale. Dall'analisi dei dati, relativamente alle cadute nelle stanze con Intelligenza Artificiale, è emerso che alcune di queste sarebbero state evitabili se gli allarmi fossero stati più stringenti. Questo ha permesso una riflessione attenta rispetto alla valutazione infermieristica dei pazienti, definendo alcune regole rispetto alle impostazioni degli allarmi. È stata fornita anche una prima valutazione da parte degli sviluppatori che confermano un'aumentata confidenza nello strumento da parte del personale infermieristico e un miglior utilizzo degli allarmi, soprattutto quelli più stringenti (tentativo di uscita dal letto/uscita dal letto). Durante lo studio di fattibilità il numero degli allarmi è diminuito nel corso del tempo, mentre la percentuale di utilizzo è aumentata. L'applicazione del sistema in altri contesti permetterà di ottenere dati ancora più significativi dal punto di vista statistico.



Organizzazione

Humanitas Research Hospital

Autore/i

Veronica Ciorba

Ruolo

Vicedirettore Sanitario

Contatti

E-mail: veronica.ciorba@humanitas.it

Titolo

La telemedicina come mezzo di comunicazione della diagnosi di HIV.

Abstract

La diagnosi di HIV, secondo la L. n. 135/1990 e smi., deve essere comunicata da parte di un medico al solo soggetto che si è sottoposto ad un esame di laboratorio diretto o indiretto volto all'inquadramento. La pandemia ha comportato la necessità di implementare misure alternative di gestione dei consulti medici, al fine di contrastare il fenomeno di riduzione delle prestazioni sanitarie, soprattutto quelle di screening nelle popolazioni a rischio. L'esecuzione del test per la diagnosi di HIV come prestazione ambulatoriale, non preceduta da prescrizione ed anamnesi medica, ha comportato per gli specialisti di Medicina di Laboratorio e di Malattie Infettive una sfida durante la pandemia nella comunicazione dei casi di esito positivo per la necessità di effettuare una visita in presenza, al fine di informare sulla diagnosi e dare indicazioni sul successivo percorso diagnostico-terapeutico. La disponibilità di un percorso che, nel rispetto della normativa vigente, preveda la possibilità di comunicare la diagnosi tramite una visita in telemedicina con lo specialista in Malattie Infettive può accelerare la presa in carico e la gestione clinica del paziente.

La sua implementazione nel nostro Istituto ha richiesto la definizione di un Gruppo di Lavoro che ha visto coinvolte le seguenti figure professionali:

- Legali: per la revisione della normativa sulla comunicazione della diagnosi di HIV e sulle visite in telemedicina;
- DPO (Data Protection Officer): a garanzia del rispetto del trattamento dei dati sanitari dell'utenza;
- Infettivologi: per aggiornamento del percorso di gestione clinica, a seguito di diagnosi, nel rispetto delle Linee Guida Nazionali di settore;
- Personale di Laboratorio Analisi: per definire il percorso dei referti degli esami diagnostici in forma cartacea ed informatizzata;
- Farmacisti: per definire quantità, tipologia e modalità di richiesta dei farmaci antiretrovirali;
- Gestione Operativa e Direzione Medico-Sanitaria: come supporto organizzativo ed igienico-sanitario, rispettivamente.

La comunicazione della diagnosi di HIV attraverso una visita in telemedicina, nel rispetto della normativa vigente, rappresenta un'alternativa utile per la rapida gestione dei nuovi casi di sieropositività.



Organizzazione

IRCCS Istituto Giannina Gaslini-Genova

Autore/i

Giuseppe Spiga

Ruolo

Direttore UOC Governo Clinico - Servizio Qualità
Risk Manager dell'Istituto

Contatti

E-mail: giuseppespiga@gaslini.org -
governoclinico@gaslini.org

Titolo

Livelli uniformi di assistenza: condivisione di politiche e procedure per la sicurezza dei pazienti in età pediatrica su tutto il territorio regionale.

Abstract

Allo scopo di uniformare l'offerta di servizi di neonatologia, pediatria e di tutta l'età evolutiva, la programmazione regionale ha previsto di affidare, a partire dal 1° luglio 2022, la Governance clinica in ambito pediatrico all'Istituto di riferimento regionale in area materno-infantile. L'Istituto dispone di tutte le specialità di area medica e chirurgica, è l'unico polo pediatrico per l'area metropolitana in cui insiste nonché hub regionale e riferimento nazionale (oltre il 45% dei pazienti risiede fuori regione). Il progetto ha avuto quali obiettivi la facilitazione di accesso alle cure, la condivisione dei percorsi di cura sulla base delle evidenze e delle best practices, nonché il rafforzamento dell'offerta di servizi specialistici pediatrici su tutto il territorio regionale. Si è posta quindi la necessità prioritaria di condividere politiche e procedure per guidare i comportamenti di medici e infermieri nel rispetto dei parametri di qualità e sicurezza adottati dall'Istituto. La scelta organizzativa è stata quella di assumere in una prima fase di condivisione, gli standard JCI con l'obiettivo di includere in una prossima survey le diverse unità operative regionali che saranno aggregate in un successivo step. La criticità principale è stata quella di contestualizzare le politiche e procedure del sistema qualità dell'Istituto a quattro unità operative strutturalmente allocate in ospedali diversi dall'Istituto situati in diverse province regionali. È stata data priorità al rispetto degli obiettivi internazionali di sicurezza dei pazienti IPSG 1, 2, 3, 5, 6 (non vengono erogate prestazioni chirurgiche ed in sedazione per pazienti pediatrici). Si è quindi proceduto alla definizione delle modalità di tenuta della documentazione sanitaria in considerazione delle diverse modalità di strutturazione ed organizzazione della cartella clinica nelle diverse sedi, informatizzata o cartacea. Sono state definite le modalità di condivisione circa la gestione dei farmaci, l'implementazione di azioni finalizzate alla prevenzione e controllo infezioni, l'assegnazione delle job description e dei privilegi per i medici. È stata attivata una rete per l'assistenza pediatrica in telemedicina e teleconsulto, con lo sviluppo di una piattaforma regionale. Si è avviata la standardizzazione dei protocolli assistenziali. Sono stati attivati ambulatori specialistici sul territorio per il management di patologie croniche con lo sviluppo di modelli operativi originali per diabetologia e celiachia che hanno consentito la riduzione significativa della mobilitazione dei pazienti e delle loro famiglie per i controlli periodici operati prima in via esclusiva presso l'Istituto. I risultati preliminari sono molto incoraggianti ed evidenziano che il modello può effettivamente favorire l'uniformità e la qualità dell'assistenza pediatrica e neonatale, riducendo le liste di attesa, aumentando l'attrattività dei servizi e migliorando la fiducia delle famiglie nel SSR. L'approccio secondo la metodologia JCI ha consentito di ottenere il coinvolgimento e l'adesione sia del personale medico che infermieristico che si è sentito protagonista del processo di cambiamento con reale approccio bottom up. L'adozione di un approccio collaborativo e multidisciplinare è essenziale per raggiungere questi obiettivi per garantire un futuro sostenibile per l'assistenza sanitaria pediatrica in Regione.



Organizzazione

Istituto Europeo di Oncologia

Autore/i

Donatella Gritti

Ruolo

Biologa Assistente Senior

Contatti

E-mail: donatella.gritti@ieo.it

Titolo

La sicurezza al letto del paziente: studio pilota sull'utilizzo di un sistema elettronico di identificazione del paziente al momento della trasfusione.

Abstract

Background: Lo strumento più idoneo per la gestione sicura della trasfusione è la messa a disposizione di procedure specifiche per l'identificazione dei pazienti, compreso l'utilizzo di dispositivi di identificazione elettronici. Il nostro Servizio Trasfusionale utilizza una frigo emoteca interfacciata con EmoNet tramite un software che permette di assegnare e consegnare emazie concentrate compatibili ad un operatore abilitato identificabile tramite ID e password, in possesso di una richiesta di sangue valida. Si è implementato il sistema con palmari che permettono di monitorare le trasfusioni al letto del paziente mediante registrazione degli operatori, orario di inizio e fine trasfusione, segni vitali e reazioni avverse, allo scopo di garantire tracciabilità ed emovigilanza.

Metodi: Il sistema è costituito da palmari elettronici interfacciati con un gestionale in grado di identificare il personale autorizzato e incrociare i dati tra le sacche di sangue assegnate e i codici identificativi dei pazienti riportati sui braccialetti di riconoscimento. Il progetto si è articolato in tre fasi: sviluppo dei braccialetti (apr-2022/mar 2023); identificazione del reparto pilota e addestramento del personale (mar 2023); utilizzo dei palmari per testare l'affidabilità del sistema e la facilità d'uso dei dispositivi (apr 2023 ad oggi).

Risultati: Da aprile 2023 il sistema è stato testato su 189 trasfusioni con esito positivo.

Conclusioni: Il link tra QRcode del braccialetto e anagrafica del paziente è risultato sempre corretto, sicuro e affidabile al fine del riconoscimento del paziente; Il link tra braccialetto e sacche assegnate è risultato sempre corretto, sicuro e affidabile al fine della corretta trasfusione.

A seguito dei risultati ottenuti, in accordo con la direzione Sanitaria, l'uso dei palmari sarà esteso entro la fine del 2024 a tutti i reparti di degenza.



Organizzazione

Istituto Fiorentino di Cura e Assistenza - IFCA Gruppo GIOMI

Autore/i

Ruolo

Silvia Podetti

Responsabile U.O. Performance Aziendale e Analisi
Organizzativa | Survey Coordinator Programma JCI

Contatti

E-mail: s.podetti@giomi.com

Titolo

Mitigating the variability of Hand Hygiene Compliance Rate to improve quality and patient safety in hospital setting: A mixed method study.

Abstract

La difficoltà delle organizzazioni sanitarie a mantenere nel tempo livelli di compliance alla pratica di igiene delle mani in linea con lo standard dell'80% stabilito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) resta un problema aperto. La percentuale di aderenza alla corretta esecuzione di questa pratica continua a presentare un elevato grado di variabilità nel tempo, nei diversi setting assistenziali, per figura professionale e per singola indicazione WHO con ricadute significative sulla sicurezza di pazienti e operatori sanitari. "Strategie multimodali" di intervento che prevedano azioni diversificate e multidisciplinari da parte delle organizzazioni sanitarie sono state identificate come best practices nel cercare di mitigare questa variabilità. Benché alcuni interventi per migliorare la compliance alla pratica abbiano dimostrato la loro efficacia nel breve periodo, nessuno di questi è stato in grado di dimostrarne un miglioramento duraturo nel tempo. Questo studio mixed methods di tipo sequenziale-esplorativo QUAL/QUAN si propone di descrivere le fasi che hanno portato allo sviluppo di un Sistema a Supporto delle Decisioni (DSS) per il monitoraggio dell'indicatore Hand Hygiene Compliance Rate con l'obiettivo di dimostrare che, oggi, questa tipologia di strumenti, i DSS, sembrano essere appropriati nella mitigazione della variabilità associata a questo indicatore. A differenza del passato, i DSS possono, infatti, consentire all'Azienda di intervenire sul "fattore tempo", ovvero sulla tempestività delle azioni di miglioramento da avviare per correggere eventuali deviazioni dallo standard WHO. Coerentemente con le linee di indirizzo stabilite dall'Agenda 2023-2030 di WHO sull'igiene delle mani in ambito ospedaliero sarà possibile iniziare ad esplorare se e in che modo questi strumenti a supporto della Governance Clinica possono giocare effettivamente un ruolo nel ridurre le infezioni correlate all'assistenza nei setting ospedalieri, ma non solo.

Organizzazione

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Autore/i

Ruolo

Marcello De Santis (1)

Marco Roberti (2)

Ilaria Pannacci (2)

Federica Cancani (2)

Tommaso Renzetti (2)

Alessandra Corvaja (2)

Italo Ciaralli (2)

Responsabile SITRA (1)

Coordinatori Infermieristici di Area Clinica (2)

Contatti

E-mail: marcello.desantis@opbg.net

Titolo

Verifica del corretto posizionamento del sondino nasogastrico pediatrico e neonatale: un programma di miglioramento della qualità.

Abstract

Background: Diversi studi hanno dimostrato che un numero significativo di bambini ospedalizzati necessita del posizionamento di un sondino nasogastrico (SNG) per la somministrazione di nutrizione enterale (NE). Nel 2014, uno studio effettuato su 255.140 dimissioni ospedaliere negli Stati Uniti ha rivelato che il 25% dei pazienti sottoposti a NE erano bambini e, di questi, il 6% aveva meno di 12 mesi di età. Un altro studio del 2016 ha riportato che circa il 25% dei pazienti pediatrici ospedalizzati necessita di un SNG per alimentazione temporanea. Ogni SNG può potenzialmente essere mal posizionato, anche quando la procedura viene eseguita da un operatore sanitario esperto. Sono stati pubblicati diversi case-report pediatrici che hanno descritto mal posizionamenti di SNG nell'esofago, nel piloro, nella mucosa faringea e nel tratto respiratorio.

Problema locale: Il posizionamento del SNG è una pratica comune nei neonati, nei lattanti e nei bambini ricoverati. Ad ogni inserimento esiste un rischio potenziale di posizionamento errato del SNG. Un SNG mal posizionato compromette la sicurezza del paziente, aumentando il rischio di complicazioni gravi e persino fatali. La misurazione del pH dell'aspirato gastrico è il metodo raccomandato per verificare il posizionamento del SNG.

Metodi: È stato condotto un progetto di quality-improvement presso un ospedale pediatrico accademico che ha incluso tutti i pazienti ricoverati con posizionamenti di SNG nel periodo gennaio 2022-dicembre 2023. Il trend mensile della proporzione di sondini nasogastrici con documentazione della verifica di corretto posizionamento come da protocollo di ospedale nel periodo in studio è stato valutato con il test di Cochrane-Armitage.

Interventi: Un gruppo multiprofessionale ha implementato un protocollo ospedaliero sul posizionamento del SNG (maggio 2021), nel quale è indicata la verifica del corretto posizionamento attraverso la misurazione del pH dell'aspirato gastrico o, se impossibilitati, attraverso la radiografia del torace. Il protocollo è stato reso fruibile sulla Intranet dell'ospedale. Inoltre, sono stati condotti audit clinici nelle Unità Operative di tutto l'ospedale.

Risultati: Durante il periodo in studio, sono stati posizionati 6.426 SNG e per 4.264 (66%) di questi è stato documentato il corretto posizionamento. Nel 2022, la proporzione media di ospedale di sondini con documentazione del corretto posizionamento è stata pari al 52,3% versus il 77,2% nel 2023 ($p < 0,001$). La percentuale di SNG con documentazione del corretto posizionamento è aumentata dal 16% nel gennaio 2022 all'84% a dicembre 2023 ($p \text{ trend} < 0,001$).

Conclusioni: La conduzione di audit clinici ha migliorato significativamente la documentazione in cartella clinica dell'avvenuta verifica del corretto posizionamento del SNG.

Organizzazione

Ospedale Santa Chiara di Trento - APSS

Autore/i

Ruolo

Mariagrazia Allegretti (1)

Elisabetta Bortolotti (2)

Annalisa Campomori (3)

Alberto Carli (2)

Lucia Collini (4)

Lorenzo Di Spazio (3)

Ewa Urszula Kowalska (2)

Marika Russo (2)

Claudio Scarparo (4)

Michele Sommovilla (2)

Servizio Governance Clinica (1)

Direzione Medica (2)

Farmacia Ospedaliera Nord (3)

Microbiologia e Virologia (4)

Contatti

E-mail: prevenzione.infezioni@apss.tn.it

Titolo

Approccio multimodale per l'aderenza all'igiene delle mani: efficacia sul campo in ospedale del Nord Italia.

Abstract

Background: L'aderenza all'igiene delle mani rappresenta uno standard di sicurezza delle cure ed è una priorità per la riduzione dell'infezioni correlate all'assistenza. L'igiene delle mani negli operatori sanitari rappresenta un punto cardine delle buone pratiche, l'osservazione è un elemento fondamentale nei programmi di prevenzione delle infezioni previsti dagli standard JCI. L'approccio multimodale rappresenta una strategia sostenuta dall'OMS per il miglioramento dell'aderenza da parte degli operatori sanitari. Nel corso delle rilevazioni negli ultimi tre anni si è registrato un plateau dell'aderenza al 78%.

Metodo: Sulla base della valutazione del framework OMS sulla struttura ospedaliera sono valutate le strategie multimodali per aumentare l'aderenza negli operatori sanitari nel 2023 rispetto al 2022. Le modalità di intervento evidenziate dalla letteratura disponibile sono state presentate e adottate dal Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO). La scelta delle strategie è stata effettuata attraverso l'analisi del framework e sulle risorse professionali e organizzative. Interventi: Valutazione del livello di motivazione degli osservatori attraverso un questionario, utilizzo di strumenti visivi come la coltura della flora batterica delle mani, incontri di restituzione dati con le UUOO, realizzazione di poster, valorizzazione delle buone pratiche tra pari con le UUOO ad alta performance e giornate aperte di feedback.

Risultati: I metodi multimodali coordinati sono stati efficaci; si è registrato un incremento della percentuale di aderenza dal 78% rilevato 2022 all' 80% dell'anno 2023. Inoltre, è aumentato il numero delle osservazioni dal 13.700 anno 2022 ad oltre 18.000 osservazioni rilevate nell'anno 2023.

Conclusioni: Le strategie multimodali adottate in modo congiunto hanno comportato un grande impegno dal punto di vista delle risorse personali e organizzative impiegate, dimostrando l'efficacia sul campo con misurata con un incremento nell'aderenza all'igiene delle mani.



Categoria non accreditati

Organizzazione

ASL Alessandria

Autore/i

Marialuisa D'Orsi;
Valentina Santosuosso

Ruolo

Direttore SC Farmacia;
Farmacista Dirigente SC Farmacia Ospedaliera

Contatti

E-mail: mdorsi@aslal.it

Titolo

Informatizzazione dell'attività degli sportelli della distribuzione diretta.

Abstract

L'informatizzazione, se ben progettata e supportata nell'implementazione, si conferma essere un potente strumento per rendere il lavoro qualitativamente migliore. Questo progetto si prefigge di applicare tale approccio all'attività di dispensazione dei farmaci presso i sei sportelli della Distribuzione Diretta aziendali. Sperimentati nel concreto i vantaggi ottenuti negli anni precedenti grazie alla informatizzazione della gestione della terapia farmacologica nei reparti di degenza ospedaliera, l'Azienda ha scelto di perseguire analoghi vantaggi sul fronte della Distribuzione Diretta.

Il progetto prevedeva di implementare tale informatizzazione nel corso dell'anno 2023, optando per lo sviluppo di un modulo ad hoc all'interno dell'applicativo di prescrizione e somministrazione già in uso in Azienda. Quindi nell'anno 2023 vi è stata una prima fase progettuale in cui un gruppo di lavoro multidisciplinare ha analizzato, attraverso incontri periodici, sia gli aspetti procedurali per la realizzazione del modulo specifico da parte del fornitore, sia le integrazioni informatiche con gli altri applicativi aziendali; seguita da una fase operativa, con l'avvio progressivo di tre dei sei punti DD. Altri due punti sono stati avviati nel primo trimestre del 2024.

Il buon esito del progetto presenta però alcuni limiti, tra cui il vincolo alla disponibilità di un gruppo di lavoro interno all'Azienda dinamico e proattivo; di uno strumento informatico dalle potenzialità adeguate e di un attore/partner tecnico parimenti competente.

Le caratteristiche di innovatività del progetto, e il suo potenziale impatto positivo in termini di: a) qualità del lavoro quotidiano allo sportello DD (sicurezza e tracciabilità), b) monitoraggio dell'aderenza terapeutica dei pazienti, c) automatizzazione del flusso dati FileF e d) ottimizzazione dei carichi di lavoro del personale, sono stati confermati fin dai primi mesi di operatività nel 2023. È stato inoltre avviato con il fornitore dell'applicativo anche il percorso per la costruzione di un DataWareHouse dedicato che sarà lo strumento privilegiato per l'elaborazione di indicatori di processo e analisi correlate.

Una volta conclusa e consolidata questa fase dedicata ai pazienti cronici, che è comunque quella di gran lunga più rilevante in termini di volume economico per paziente assistito, si valuterà l'eventuale estensione alla porzione di DD legata al primo ciclo di terapia post dimissione, questa volta con il coinvolgimento del personale medico ospedaliero fin dalla fase di prescrizione.

Organizzazione

ASL Alessandria

Autore/i

Ruolo

Sara Marchisio;
Guglielmo Pacileo;
Marialuisa D'Orsi

Direttore Sanitario Aziendale;
Responsabile "SSA Governo Clinico - Qualità -
Accreditamento";
Direttore SC Farmacia

Contatti

E-mail: saramarchisio@aslal.it
seg.farmaceutico@aslal.it

Titolo

Monitoraggio aspetti di sicurezza legati alla terapia farmacologica presso i reparti di degenza ospedaliera.

Abstract

Il miglioramento ed il mantenimento di alti standard qualitativi nell'operatività quotidiana è un obiettivo importante per tutti gli operatori sanitari. E diventa ancora più significativo nel momento in cui tali standard riguardano la sicurezza e la salute del paziente. L'Azienda utilizza da anni un sistema innovativo per la gestione informatizzata del farmaco in ospedale, che ha implicato la condivisione di nuove procedure a garanzia di alti standard qualitativi, impattanti sulle modalità di lavoro quotidiano per tutte le figure sanitarie coinvolte. A distanza di qualche anno dal consolidamento dello strumento, si è voluto riprendere un percorso di rafforzamento e sensibilizzazione degli utenti sanitari sull'opportunità di mantenere la piena adesione a questi standard procedurali. Il processo di miglioramento è tanto più efficace quanto più gli operatori coinvolti sono messi in condizione di "auto gestire" il processo stesso, avendo a disposizione strumenti utili per la valutazione del proprio andamento. In tale ottica è stata approntata e realizzata nel 2023 la Scheda Relativa alla Sicurezza della Terapia Farmacologica dedicata alle Degenze Ospedaliere. Essa si compone di dieci indicatori, che rappresentano aspetti significativi per una gestione sicura e controllata della terapia farmacologica, abbracciando nel complesso sia l'ambito medico che l'ambito infermieristico. Questi parametri, che supportano fortemente, nel loro insieme, l'appropriatezza prescrittiva, la tracciabilità delle somministrazioni e la riduzione dei rischi di errore, sono requisiti irrinunciabili del corretto percorso di cura del paziente. La Scheda analizza aspetti diversi, individuati attraverso una selezione studiata. Allo stesso tempo, è di semplice lettura, in modo da permetterne un utilizzo pratico ed immediato da parte degli operatori sanitari. Per l'anno 2023, lo scopo principale è stato quello di sensibilizzare le UU.OO. rispetto all'importanza degli aspetti monitorati, diffondere lo strumento e dare consapevolezza riguardo a metodi e organizzazioni attraverso i quali auto-migliorarsi.

Organizzazione

ASL 2 Savonese

Autore/i

Ruolo

Roberto Lerza;	Direttore S.C. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza;
Grazia Guido;	Dirigente medico PS Ospedale San Paolo SAVONA, Responsabile SS "Sale Visita e OBI";
Dario Padrone;	Direttore S.C. Sistemi Informativi ASL 2 Savonese;
Alessandro Cavaliere;	Dirigente Sistemi Informativi ASL2 Savonese;
Virna Frumento	Direttore S.C. Igiene ASL 2 Savonese

Contatti

E-mail: r.lerza@asl2.liguria.it

Titolo

Impatto gestionale della visualizzazione automatica dello scudo vaccinale dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso.

Abstract

Il progetto si propone l'obiettivo di ridurre e se possibile minimizzare in Pronto Soccorso il rischio ed i costi di somministrazione impropria di derivati ematici come le IG antitetaniche consentendo al medico di guardia di utilizzare un minor numero di test diagnostici ed effettuare in maniera più appropriata richiami o vaccinazioni antitetaniche ex novo. È noto che le IG antitetaniche, essendo derivati ematici, hanno un potenziale rischio di trasmissione di malattie e vanno somministrate previo consenso del paziente. Inoltre, in tempi recenti, vi sono state difficoltà nell'approvvigionamento da parte delle farmacie ospedaliere sia per problemi legati alla produzione, ma anche alla fornitura. Anche per questo motivo, oltre che per ragioni di sicurezza e costi è raccomandabile limitarne l'utilizzo. Tutto questo, nel nostro progetto, è reso possibile integrando, tramite i sistemi informativi, il programma di gestione della scheda di Pronto Soccorso con la anagrafe vaccinale dei cittadini residenti nella provincia resa disponibile dalla Struttura Complessa di Igiene. Potendo accedere alla anagrafe vaccinale il medico del PS, di fronte a pazienti con ferite a rischio, è immediatamente informato sullo scudo vaccinale del paziente e può, di conseguenza, evitare di effettuare molti test diagnostici o somministrare immunoglobuline se il caso non lo richiede. Allo stesso tempo, qualora fosse necessario eseguire una vaccinazione antitetanica o un richiamo, l'anagrafe vaccinale del paziente potrà essere aggiornata contestualmente online direttamente dal medico del PS. La procedura, quindi, riflette sia un vantaggio economico (riduzione dell'esecuzione dei test diagnostici e riduzione dell'utilizzo di Immunoglobuline) che clinico e inoltre facilita il percorso di molti pazienti che, quasi sempre, non sono in grado di riferire con precisione il loro stato vaccinale.

Organizzazione

ASL TO5

Autore/i

Gerardina Tartaglia;
Michaela Centofanti

Ruolo

Dirigente Di.P.Sa Area Ospedaliera;
Ostetrica SC Ostetricia e Ginecologia PO Moncalieri

Contatti

E-mail: Tartaglia.gerardina@aslto5.piemonte.it

Titolo

Assistenza domiciliare ostetrica in continuità tra ospedale e territorio.

Abstract

Introduzione: Tutelare l'area materno-infantile è una priorità chiave della salute pubblica. La pandemia ha aperto l'opportunità di attivare il progetto di assistenza ostetrica domiciliare nel periodo postnatale anticipando la dimissione, di norma tra la 3 e 4 giornata, che oltre agli obiettivi correlati al covid, affiancava quelli propri di un modello teso a promuovere la fisiologia favorendo un miglior adattamento postnatale e il benessere del nuovo nucleo familiare, come previsto da POMI e Ministero della Salute. L'ostetrica, sia per profilo professionale che per studi, è la figura individuata per promuovere la salute nel puerperio, sorvegliando e fornendo informazioni utili alla tutela del benessere materno-neonatale.

Obiettivo: Descrivere l'assistenza ostetrica domiciliare in continuità alle madri e ai neonati dimessi dal Punto Nascita Aziendale, offerta al fine di ridurre il rischio di contagio in fase pandemica, rispondere alle raccomandazioni nazionali/regionali circa la necessità di sorveglianza e follow up materno -neonatale dopo la dimissione e colmare il gap assistenziale che intercorre fra la dimissione ospedaliera dal Punto Nascita e la prima presa incarico della diade/triade presso i consultori di riferimento e/o dal pediatra di libera scelta.

Materiali e Metodi: Raccolta dati di attività, questionario di gradimento da parte delle donne reclutate, focus group delle ostetriche coinvolte.

Risultati: Delle donne eleggibili l'83% ha aderito al progetto e ha fruito di 2 visite domiciliari (IQR 2-3), al termine del percorso il 93% delle diadi è stato collegato al consultorio. A fine ADOC il 76,9% dei neonati era alimentato con latte materno. La ri-ospedalizzazione è stata necessaria per lo 0,1% delle donne e lo 0,4% dei neonati. È stato connesso alla rete perinatale per il disagio psichico l'1,5% dei casi. Il 98% delle famiglie rispondenti al questionario ha espresso piena soddisfazione dell'assistenza ADOC, ritenuta utile per affrontare in sicurezza e con più competenza i bisogni di cura. Dal focus group sono emersi collegamenti più fluidi nel percorso nascita, a garanzia di continuità assistenziale e il miglioramento delle competenze sia ostetriche sia genitoriali.

Conclusioni: Il progetto ha risposto alle esigenze dettate dalla pandemia di facilitare la dimissione dai contesti ospedalieri garantendo una continuità assistenziale a domicilio e di collegamento con i servizi territoriali, adottando un modello di fisiologia raccomandato dalle EBO che garantisce il supporto alla genitorialità e l'intercettazione precoce di situazioni a rischio clinico e psicosociale.



Organizzazione

ASL TO5 Di.P.Sa - Dipartimento di Emergenza Urgenza - SC Anestesia Rianimazione
Carmagnola/Moncalieri

Autore/i

Stefano Benso

Ruolo

Responsabile Assistenziale Dipartimento
Emergenza Urgenza

Contatti

E-mail: benso.stefano@aslto5.piemonte.it

Titolo

Progetto di implementazione dell'inserimento della cannula lunga periferica power injectable nei DEA/PS dell'Asl TO5. Valutazione di efficacia.

Abstract

Introduzione: I cateteri venosi periferici sono il dispositivo di accesso vascolare più utilizzato, circa nel 90% dei pazienti ricoverati¹. La DiPSa dell'Asl TO5, a seguito di uno studio di prevalenza effettuato nel 2022 in relazione all'utilizzo delle cannule venose periferiche, ha avviato una fase preanalitica sul Dipartimento dell'Urgenza Emergenza (DEU) finalizzata ad approfondire il tema dal quale è emersa la necessità di implementare l'utilizzo dei device (cannule lunghe power injectable) al fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'intero percorso di cura del paziente.

Obiettivo: Valutazione dell'efficacia clinico/organizzativa dell'utilizzo della cannula lunga periferica power injectable per i pazienti presi in carico nei DEA/Pronto Soccorso dell'ASL.

Materiali e Metodi: A seguito dell'analisi della letteratura scientifica sull'efficacia dei posizionamenti delle cannule periferiche lunghe nei DEA/PS è stato:

- progettato l'evento formativo;
- revisionata e aggiornata la letteratura al fine di elaborare l'istruzione operativa che uniformi, secondo gli standard previsti, il posizionamento e la gestione della cannula periferica lunga power injectable;
- sviluppato il sistema documentale per raccolta dati finalizzata al monitoraggio dell'inserimento dispositivo.

Risultati:

- a) Erogazione formazione specifica al personale infermieristico dei Pronto Soccorso per il posizionamento della cannula periferica lunga;
- b) Elaborazione di istruzione operativa finalizzata alla gestione della cannula periferica lunga;
- c) Predisposizione di sistema documentale finalizzato all'analisi sistematica dei dati raccolti.

Conclusioni: Per il raggiungimento dei risultati sopra esposti (a-b) sono state coinvolte figure professionali aziendali e non. Tale sforzo organizzativo e didattico è finalizzato a produrre un approccio sistemico e scientifico. La valutazione dell'efficacia clinico/organizzativa ed economica delle cannule venose lunghe nei DEA/Pronto Soccorso verrà eseguita in seguito alla raccolta dati.

Organizzazione

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

Autore/i

Laura Zoppini

Ruolo

Direttore S.C. DAPSS

Contatti

E-mail: laura.zoppini@ospedaleniguarda.it

Titolo

Implementazione delle Job Description per livelli di competenza in un grande ospedale.

Abstract

Introduzione: All'interno dell'ospedale, si è inteso realizzare job Description per livelli di competenza per tutte le professioni sanitarie e socio sanitarie afferenti alla DAPSS. L'idea principale è quella di promuovere la cultura delle differenti competenze di ogni singola professione: per tale ragione si è partiti dalla stratificazione e riconoscimento delle competenze, al fine di creare percorsi di crescita e favorire il passaggio da uno stadio di competenza all'altro così da implementare modelli organizzativi orientati alla competenza che consentano una presa in carico responsabile ed appropriata delle persone assistite.

Obiettivo:

1. Elaborare Job Description differenziate per livelli di competenza, macroaree e per qualifica;
2. definire le modalità di assegnazione e gestione delle Job Description, attraverso l'implementazione di una procedura specifica;
3. utilizzare le Job Description prodotte all'interno dell'organizzazione, favorendo il riconoscimento e lo sviluppo della competenza avanzata.

Intervento: Sono state identificate 16 aree omogenee e la prima fase del lavoro ha previsto il coinvolgimento dei coordinatori di UO/servizio e dei referenti della SC DAPSS, mediante gruppi di lavoro Macro, che avevano l'obiettivo di individuare le caratteristiche, le competenze professionali e organizzative dei professionisti facenti parte di un determinato livello. Al termine di questa fase e sulla scorta dei risultati emersi, sono state prodotte due sintesi (una generale e una specifica di area), che hanno rappresentato la base per l'avvio dei lavori della seconda fase, che ha invece coinvolto i singoli professionisti mediante gruppi di lavoro professional. L'obiettivo del gruppo di lavoro "professional" ha previsto la stesura delle Job Description per ogni livello e per ogni profilo professionale afferente all'area, a cui è stato fornito un format specifico. La terza fase ha previsto la revisione di tutte le Job da parte dei coordinatori di tutte le UO/Servizi.

Risultati: sono state elaborate n. 202 job ed è stata sviluppata una procedura dedicata per garantire la corretta gestione dell'intero processo di implementazione delle job Description nell'organizzazione.

Conclusione: Le job Description saranno utilizzate a livello organizzativo per definire le competenze di ognuno e per favorire il processo di cura nell'ottica del miglioramento della qualità, assegnare ruoli e funzioni sulla scorta del livello di competenza posseduto. Saranno inoltre utilizzate come strumento utile a predisporre piani di carriera e supportare il processo di ricerca e di selezione dei professionisti relativi a quella posizione.



Organizzazione

ASST Ovest Milanese

Autore/i

Annalisa Bodina;
Cuppari Irene

Ruolo

Risk Manager;
Direttore Centro Trasfusionale

Contatti

E-mail: qualita@asst-ovestmi.it

irene.cuppari@asst-ovestmi.it

Titolo

Tracciabilità integrale del percorso trasfusionale: Frigoemoteca a controllo remoto per la gestione del sangue just in time in un presidio periferico.

Abstract

Background: Il Servizio Trasfusionale dell'ASST è una struttura complessa trasversale sui quattro ospedali aziendali ed è costituita da due sedi Hub, H1 e H2, e due sedi Spoke, S1e S2. Nelle 2 sedi spoke è presente la sola scorta emergenziale di Globuli rossi filtrati O RhD negativi ed è stato istituito un servizio di trasporto tra H1 e S1 e H2 e S2 che garantisca la processazione delle richieste ed il trasporto degli emocomponenti.

Problema locale: Questo tipo di organizzazione presenta dei limiti in termini di sicurezza e tracciabilità del processo in quanto:

- non permette l'evasione di richieste urgenti entro 60 minuti;
- implica la necessità di mantenere in Emoteca in S2 unità di sangue già assegnato in particolare per i "pazienti chirurgici" (con la conseguente possibilità di scambio paziente e la necessità di stornare gli emocomponenti non utilizzati);
- in casi selezionati ha portato all'utilizzo inappropriato della scorta emergenziale.
- l'accesso alla scorta emergenziale è effettuato senza la possibilità di identificazione dell'operatore.

Intervento: Implementazione di un sistema completamente informatizzato di gestione del sangue, dalla richiesta all'assegnazione e consegna delle unità di globuli rossi filtrati. Acquisizione del software "Blood Track Manager", della "Frigoemoteca a controllo remoto Blood Track Haemobank20" (installata in S2, ospedale con maggiore attività trasfusionali) e di un sistema "Blood Track Kiosk" che permette il governo e la tracciabilità della scorta emergenziale. (installata in S1, ospedale minima attività trasfusionale).

Risultati: Lo sviluppo del progetto ha previsto varie fasi con un coinvolgimento multidisciplinare. L'analisi dei rischi è stata effettuata con metodica FMEA ed ha evidenziato delle criticità prevalentemente legate all'insorgenza di eventuali problemi informatici per le quali sono state previste azioni mitiganti. L'implementazione è stata affiancata da puntuale formazione (sono stati formati 73 operatori). La valutazione degli indicatori scelti ha mostrato l'utilizzo della frigoemoteca nel 97% degli episodi trasfusionali osservati, la mancata rilevazione di Non Conformità, la netta riduzione dei tempi di evasione delle richieste e l'abbattimento delle unità stornate a fronte di quelle consegnate, a garanzia di una migliore conservazione degli emocomponenti.

Conclusioni: L'implementazione delle frigoemoteche a controllo remoto ha avuto un forte impatto organizzativo, garantendo la tracciabilità integrale dell'intero processo. Inoltre, fornisce un valido contributo all'ottimizzazione dell'utilizzo della risorsa sangue, implementando la sicurezza del paziente e affiancandosi ai programmi di Patient Blood Management.



Organizzazione

ASST Papa Giovanni XXIII

Autore/i

Patrizia Ghilardi

Ruolo

Responsabile per la Direzione Aziendale
Professioni Sanitarie e Sociali, Dipartimento
Materno Infantile Pediatrico e Percorso Nascita

Contatti

E-mail: pghilardi@asst-pg23.it

Titolo

Triage Ostetrico Telefonico: Una linea diretta tra i professionisti e le future mamme nelle fasi iniziali dell'evento nascita.

Abstract

Background: le donne scelgono per la maggior parte dei casi l'ospedale come luogo per la nascita del loro bambino. Spesso si rivolgono al Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico del Punto Nascita scelto durante la fase dei prodromi di travaglio, perché sentono la necessità di confrontarsi ed essere accolte da professionisti sanitari competenti. La letteratura riporta che le donne che vengono ricoverate in fase latente del travaglio hanno una maggiore probabilità di essere sottoposte ad interventi intrapartum rispetto alle donne che vengono ricoverate in fase attiva. La linea guida britannica *Intrapartum Care for healthy women and babies* (Nice,2022) raccomanda alle Ostetriche di prendere in considerazione un'iniziale valutazione del travaglio per tutte le donne attraverso una procedura di triage ostetrico svolta telefonicamente da un'Ostetrica.

Problema locale: l'ospedale non rappresenta il setting più idoneo per la gestione della fase prodromica del travaglio, in quanto spesso ne consegue un ricovero inappropriato in fase prodromica, per richiesta della donna stessa o per decisione dei professionisti sanitari. Un'ospedalizzazione precoce della donna, ossia in fase latente del travaglio, porta a una maggior probabilità di subire interventi non necessari. È necessario implementare l'assistenza ostetrica in fase latente del travaglio e un corretto timing del ricovero alle donne che si rivolgono al punto nascita durante questa fase, in modo da cercare di garantire una presa in carico in continuità e un'assistenza ostetrica appropriata in base al profilo di rischio.

Metodi: Numerosi studi olandesi ed americani e linee guida in letteratura sostengono l'implementazione all'interno dei servizi sanitari dedicati alla maternità del triage ostetrico telefonico nelle fasi iniziali del travaglio già da diversi anni, poiché può essere un valido strumento a supporto dell'assistenza ostetrica. Nasce quindi la proposta di una modalità di accertamento e assistenza ostetrica a distanza della fase latente del travaglio come soluzione alla necessità di supporto e assistenza manifestata dalle donne.

Interventi: l'azione di miglioramento proposta in questo progetto è quella di pianificare un servizio di Triage Ostetrico telefonico, secondo modalità e strumenti codificati e definiti. Il triage telefonico è infatti un metodo che viene utilizzato per determinare il livello di urgenza e il tipo di assistenza sanitaria necessaria.

Risultati: il progetto è stato presentato al personale ostetrico che presenta le caratteristiche raccomandate dalla letteratura: solide conoscenze ostetriche di base, esperienza in ambito lavorativo, eccellenti abilità di comunicazione, capacità di prendere decisioni, di dare priorità e di svolgere più attività contemporaneamente. Il progetto è stato introdotto nel mese di Marzo 2024, i risultati e gli indicatori sono in fase di raccolta.

Conclusioni: il progetto è sostenibile, ad una prima valutazione emergono elementi di soddisfazione sia per le donne che per il personale ostetrico, inoltre il progetto può risultare utile anche in altre realtà.



Organizzazione

ASST Rhodense

Autore/i

Ruolo

Renzo Guttadauro

Direttore Sanitario di Presidio

Contatti

E-mail: rguttadauro@asst-rhodense.it

Titolo

Sicurezza alimentare: monitoraggio dei Near Miss.

Abstract

Background: I Near Miss rappresentano degli indicatori di rischio che vanno presi in considerazione per un'efficace prevenzione: tramite un'opportuna analisi degli stessi, è infatti possibile mettere in atto delle misure per evitare che eventi simili si ripetano in futuro. Per garantire che il servizio di ristorazione consegua e mantenga elevati livelli di qualità nutrizionale e standard di sicurezza è stato implementato un sistema di sorveglianza che monitori le cause e l'incidenza dei Near Miss, al fine di ottenerne una graduale riduzione numerica, fino all'azzeramento.

Problema locale: Il 16 gennaio 2023 nella nostra Azienda Ospedaliera e Territoriale è cambiato il Gestore del servizio di ristorazione. Ciò ha portato all'introduzione di nuovi menù, costituiti da nuove preparazioni alimentari, oltre che alla revisione del protocollo HACCP.

Metodi e interventi: È stato condotto uno studio osservazionale multicentrico per valutare l'incidenza e la causa dei Near Miss in ambito alimentare nel periodo febbraio–dicembre 2023. Per ogni Near Miss rilevato il S.D.A. (Servizio Dietetico Aziendale), in condivisione con il gestore, ha approfondito nell'immediato l'evento sul campo per individuare le azioni correttive necessarie. Periodicamente, inoltre, si sono svolti formali tavoli tecnici volti a rivedere gli aspetti gestionali e organizzativi per evitare il ripetersi di circostanze avverse. Il S.D.A. ha quindi realizzato uno strumento informatizzato (file Excel) per la registrazione continua dei Near Miss.

Risultati: Nel periodo preso in esame sono stati conteggiati 184 Near Miss, media mensile 17 (DEV.ST±16) e se ne sono analizzate le principali cause. Nel periodo di osservazione non si sono registrati eventi avversi. Nell'ambito della programmazione degli interventi preventivi e correttivi, le cause sono state suddivise per le quattro strutture afferenti all'azienda.

Conclusioni: I picchi di Near Miss corrispondono al subentro del nuovo appalto (febbraio 22%-marzo 24%) e all'avvio del menù estivo (giugno 22%) ma non all'avvio di quello invernale (ottobre 4%). Si conferma come l'organizzazione di una rete aziendale efficiente e l'implementazione di un sistema di sorveglianza continua abbia consentito di intercettare i Near Miss permettendo tempestive azioni preventive e correttive, oltre che l'aumento della consapevolezza di tutto il personale aziendale.

Organizzazione

ASST Valtellina e Alto Lario

Autore/i

Ruolo

Alessandra Rossodivita (1)	Direttore SC Gestione Operativa-Next Generation EU Qualità e Risk Management- Risk Manager aziendale (1)
Catia Paganoni (2)	Responsabile - Incarico di Funzione Professionale Qualità e Risk Management - SC Gestione Operativa: Next Generation EU – Qualità e Risk Management. (2)
Federica Giossi (3)	Infermiere-Blocco Operatorio PO Sondrio (3)
Francesca Martinelli (3)	Coordinatore Infermieristico - Blocco Operatorio PO Sondrio (4)
Stefania Tognini (4)	Coordinatore infermieristico SC Pediatria e Neonatologia (5)
Daniela Paventi (5)	Direttore ff SC Pediatria e Neonatologia (6)
Emilio Palumbo (6)	Direttore Sanitario ASST Valtellina e Alto Lario (7)
Anna Maria Maestroni (7)	Direttore Generale ASST Valtellina e Alto Lario (8)
Monica Anna Fumagalli (8)	

Contatti

E-mail: gestionerischio@asst-val.it

Titolo

Il percorso assistenziale del bambino dalla S.C. di Pediatria al blocco operatorio.

Abstract

Tale progetto nasce allo scopo di ridurre e contrastare lo stress emotivo, del bambino e dei care-givers, correlato al ricovero e all'intervento chirurgico, in un'ottica di umanizzazione delle cure e di «patient engagement», quale priorità etica e pragmatica al fine di garantire un modello di sanità sostenibile e di qualità. Numerose evidenze dimostrano che, quando i pazienti sono trattati come partner nel processo di cura, si ottengono significativi vantaggi in termini di sicurezza, soddisfazione del paziente ed esiti di salute.

Il percorso dedicato al Paziente pediatrico, nel blocco operatorio del Presidio Ospedaliero di Sondrio, sede della SC Pediatria, è nato dall'esigenza di ridurre l'impatto emotivo dell'intervento chirurgico nel piccolo Paziente e nel suo care-giver. È stato quindi definito e strutturato un percorso dedicato all'accoglienza pediatrica già dalla fase di prericovero, sino al termine dell'intervento chirurgico in modo da rendere il processo assistenziale il più possibile personalizzato, sulla base delle esigenze del paziente e della sua famiglia, separando il percorso operatorio del paziente pediatrico dal percorso operatorio del paziente adulto, che fino all'inizio del progetto non erano differenziati. Il progetto si è posto l'obiettivo di:

- Migliorare la gestione del percorso assistenziale (medico, anestesiologicalo ed infermieristico) del bambino che verrà sottoposto ad intervento chirurgico, dal pre-ricovero alla dimissione;
- Utilizzare il gioco come vero e proprio atto terapeutico per gestire le paure del paziente pediatrico/chirurgico;
- Definire le modalità di accoglienza dell'utente pediatrico nel blocco operatorio garantendo la corretta identificazione del paziente, l'intervento chirurgico correlato e la completezza della documentazione che lo accompagna;
- Uniformare il linguaggio delle figure professionali che si relazionano con il piccolo paziente in tutte le fasi dell'ospedalizzazione;
- Uniformare il comportamento degli operatori, nell'esecuzione delle procedure assistenziali e delle manovre tecniche specifiche, al fine di garantire standard di qualità assistenziali specifici in base all'utente che accede al blocco operatorio.
- Garantire un processo virtuoso di umanizzazione delle cure e patient engagement.

Il processo di assistenza si basa sulla relazione di aiuto fondato sulla fiducia e sull'ascolto empatico, che coinvolge il bambino ed il suo nucleo familiare. Al prericovero viene illustrato tutto il percorso assistenziale personalizzato, descrivendo i luoghi e le esperienze che il piccolo paziente conoscerà, dall'arrivo sino all'uscita dalla sala operatoria. All'interno del Blocco Operatorio dell'Ospedale è stato creato un percorso ad hoc, con decorazioni sulle pareti, che arrivano fino all'area di preparazione, ove si trovano giochi ed attività diversificate per fascia d'età. Il care-giver segue il bambino lungo tutto il percorso, sino all'interno della sala operatoria stessa, essendo il suo ruolo centrale nel migliorare l'outcome per il Paziente.

Il progetto ha messo in evidenza come tale percorso assistenziale ed organizzativo abbia creato un circuito virtuoso di comunicazione ed interazione tra operatori sanitari, bambino e caregiver con un migliore outcome riguardante in particolare i cambiamenti relativi alla percezione del percorso sanitario da parte del Bambino e dei suoi familiari.

Tale modello viene proposto perchè facilmente replicabile anche in altre realtà ospedaliere come buona pratica clinico-assistenziale.



Organizzazione

AUSL di Piacenza - Unità Operativa Complessa (UOC) di Emergenza Urgenza Psichiatrica, Dipartimento di Salute Mentale e Dipende Patologiche

Autore/i

Ernesta Ester Pasetti

Ruolo

Direttrice UOC

Contatti

E-mail: e.pasetti@ausl.pc.it

Titolo

Progetto di miglioramento dell'assistenza sanitaria rivolta all'individuazione precoce e al trattamento di persone a rischio di suicidio: costruzione di un percorso personalizzato e flessibile fra buone pratiche ed umanizzazione delle cure.

Abstract

Background: ogni anno in Italia muoiono per **suicidio** circa 4000 persone con una media di circa 160 segnalazioni ogni anno al Ministero della Salute di eventi suicidio o tentativo di suicidio in **ospedale**.

Problema Locale: nel corso degli ultimi anni vi è stata una significativa variazione della tipologia di persone ricoverate nelle nostre due aree di degenza (ospedaliera e residenziale). L'utenza che accede ai ricoveri è infatti più giovane o molto anziana, presenta minore protezione sociale, maggiore vulnerabilità psicologica, impulsività e messa in atto di **comportamenti auto-eterolesivi**. Lo strumento gestionale vigente nella struttura dall'anno 2016 per l'individuazione precoce ed il trattamento di persone a rischio di suicidio, ha pertanto necessitato di una sostanziale revisione ed aggiornamento.

Metodi: all'interno della struttura, si è costituito un gruppo di lavoro multiprofessionale (psichiatri, psicologi, infermieri) con il compito di lavorare alla stesura di un protocollo aggiornato, alla luce della letteratura ora disponibile, delle esperienze maturate in questi ultimi 7 anni di lavoro e delle criticità emerse.

Interventi: i principali interventi sono stati:

- Aggiornamento della letteratura attraverso la banca dati PubMed relativamente all'arco temporale 2017-2024, utilizzando la stringa di ricerca "Suicide risk" in modo da includere nell'analisi una popolazione che fosse la più ampia e variegata possibile;
- Selezione dei contributi scientifici più rilevanti più pertinenti del panorama nazionale;
- Focus group per l'individuazione delle principali criticità e bisogni a cui fornire appropriate e tempestive risposte di cura.

Risultati: il nuovo documento, disponibile a partire dal mese di aprile 2024, sarà rapidamente implementato e reso operativo a partire da maggio 2024. In corso d'opera, una volta individuati alcuni aspetti maggiormente problematici, abbiamo già apportato dei correttivi. I testi prodotti (un protocollo e due procedure), basati sulle nuove evidenze scientifiche hanno l'ambizione di conciliare controllo ed umanità delle cure rispetto ai bisogni individuali degli utenti e sono tali da poter essere una guida valida anche per i tanti neo assunti.

Conclusioni: la gestione delle condotte suicidarie rappresenta una grande sfida per gli ospedali ed in particolare per i reparti di psichiatria. La conoscenza capillarmente diffusa e la condivisione di percorsi standardizzati, rappresenta ancora oggi l'unica possibilità di contenimento del rischio. L'attuale protocollo e le procedure che ne derivano ci appaiono maggiormente funzionali alla intercettazione precoce e al trattamento di persone a rischio di suicidio, nonché alla costruzione di percorsi di cura personalizzati e flessibili con la necessaria interconnessione fra buone pratiche ed umanizzazione delle cure.

Organizzazione

Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata

Autore/i

Ruolo

Leto Antonella;	AAPD Project Manager dei percorsi per la Disabilità e la Fragilità;
Caggianelli Gabriele;	RIFO D - Sviluppo Innovazione Modelli Organizzativi;
Bruno Eleonora;	RIFO Formazione;
Greco Laura	Prof Funz Infermiere Centro TOBIA

Gruppo di lavoro:

Fatato Tiziana (UOSD Gestione Operativa Percorsi Ambulatoriali), Fiorini Loredana (Prof Funz Infermiere Poliambulatori), Ledda Roberta (OM Governo Setting Dell'emergenza E Continuità Assistenziale), Mannicci Marzia (Prof Funz Infermiere Centrale Operativa Ospedaliera), Marchionni Claudia (RIFO D "Logistica, Decoro e Sicurezza ambienti, Comfort ospedaliero, Umanizzazione), Masala Paola (Direttore Direzione Medica dei presidi), Masone Francesca (RIFO Day Service e DH Medico), Minetti Andrea (Dirigente Professioni Sanitarie Area Riabilitativa), Pellini Pamela (Operation Manager del Percorso Chirurgico), Ruggeri M. Pia (Direttore UOC Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso), Tomasin Rita Patrizia (Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie).

Contatti

E-mail: aleto@hsangiovanni.roma.it

ebruno@hsangiovanni.roma.it

Titolo

Il valore della cura e della presa in carico: il progetto TOBIA

Abstract

Negli ultimi decenni è stato osservato un miglioramento dell'aspettativa di vita nella popolazione generale; tuttavia, questo andamento non è riscontrabile per le popolazioni più fragili o svantaggiate che, a causa delle difficoltà di accesso a percorsi di cura appropriati, hanno un'aspettativa di vita più bassa. Durante il periodo della pandemia, in cui l'accesso ai servizi sanitari era più complesso per tutti, la disparità per le popolazioni più fragili si è particolarmente accentuata.

Il progetto **TOBIA** offre ai pazienti percorsi facilitati per accedere a visite specialistiche, esami diagnostici e terapie. Questi servizi mirano a prevenire e curare patologie non direttamente legate al disturbo principale da cui sono affetti i pazienti, migliorando così la loro qualità di vita complessiva.

Il nostro T.O.B.I.A, opera in modo trasversale ai reparti e servizi dipartimentali per progettare, attivare e attuare percorsi dedicati ambulatoriali, di Pronto Soccorso, di ricovero, di presa in carico dei pazienti e dei loro caregiver.

Risultati Attesi sono riduzione delle barriere che ostacolano l'accesso a cure mediche appropriate per i pazienti con difficoltà cognitive e relazionali. Identificazione precoce e trattamento efficace di patologie non direttamente correlate al disturbo principale dei pazienti. Creazione di una rete di supporto che garantisca un accompagnamento continuo e personalizzato per ogni paziente.

Il progetto TOBIA rappresenta un'innovazione significativa nel campo dell'assistenza sanitaria per persone con gravi difficoltà cognitive e relazionali. Grazie a percorsi facilitati e all'uso di tecnologie assistite, TOBIA mira a migliorare l'accesso alle cure mediche e la qualità della vita dei pazienti, garantendo un approccio olistico e inclusivo.



Organizzazione

Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo

Autore/i

Ruolo

Roberta Bellini;	Direttore SC area sviluppo strategico e innovazione organizzativa (ASSIO);
Massimo Corona;	Direttore Amministrativo;
Cristian Zanelli;	Controllo di Gestione (ASSIO);
Angelica Bollano	Gestione Operativa (ASSIO)

Contatti

E-mail: rbellini@ospedale.al.it

Titolo

Data driven Health Care: dati e Operations Management al servizio del miglioramento del percorso chirurgico.

Abstract

A seguito della riduzione del numero di prestazioni ospedaliere erogate durante il periodo Covid, le aziende hanno dovuto affrontare l'annoso problema della gestione delle liste di attesa, sia come volumi che come tempi.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria, ha revisionato il proprio modello organizzativo istituendo gruppi di lavoro ad hoc per la governance del percorso chirurgico (gruppo strategico, gruppo di programmazione e gruppo organizzativo) e ha implementato la figura del RUA, funzione a garanzia del corretto svolgimento del percorso, completando quello che in realtà è un percorso iniziato qualche anno prima volto alla centralizzazione di alcune funzioni all'interno del percorso per garantire un governo più strutturato e sistematico.

Inoltre, grazie al monitoraggio e all'analisi di dati per efficienza allocativa, efficienza operativa e ottimizzazione e incremento della capacità produttiva ha definito e implementato dei criteri di priorità per l'accesso e lo scorrimento delle liste secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali e coerenti con il Piano Nazionale Governo Liste di attesa (PNGLA); ha concretizzato una gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione e del tracciamento dei tempi di sala operatoria, oltre ad aver implementato report sul sistema di Business Intelligence aziendale volti al monitoraggio costante delle attività e al governo dei flussi. Elemento rilevante e indispensabile è stato proprio lavorare sull'aumento del livello informativo aziendale, ovvero dei dati e degli indicatori relativi all'intero percorso, generando un valore aggiunto rappresentato dalla possibilità di attingere alle informazioni in ogni momento e prendere decisioni data driven.

Questo nuovo modello ha favorito il superamento di numerose criticità in materia di liste di attesa nonché la delineazione di un percorso di complessiva digitalizzazione dei processi aziendali.



Organizzazione

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Autore/i

Ruolo

Daniela Zanolli

Giuseppina Gasperi

Anna Cristina Manco

Posizione Organizzativa Dipartimento Medico
Specialistico

Contatti

E-mail: daniela.zanolli@apss.tn.it

Titolo

Accessi Vascolari Avanzati: un progetto di miglioramento per standardizzare i processi e dare risposte appropriate e sicure ai bisogni dei pazienti.

Abstract

Introduzione: L'utilizzo di accessi vascolari permette la somministrazione di terapie per periodi prolungati, anche in setting diversi dall'ospedale, preservando il patrimonio venoso. Nella nostra organizzazione, l'analisi dei dati di consumo riferiti al triennio 2020-2022 ne ha evidenziato un progressivo aumento: nel primo semestre 2023 i consumi hanno raggiunto quelli dell'intero 2022. La maggior parte dei device vengono posizionati nei due ospedali principali dove sono presenti TAV strutturati. Nei contesti più piccoli la scelta sembra essere più influenzata dalle competenze disponibili più che da criteri di appropriatezza: questo porta l'aumento dei costi e il depauperamento del patrimonio venoso.

Metodi: è stata condotta un'analisi organizzativa attraverso la mappatura dei processi relativi al posizionamento e alla gestione degli accessi vascolari negli ambiti ospedalieri e territoriali dell'organizzazione. È stata, poi, effettuata un'indagine conoscitiva, attraverso sia un questionario somministrato agli infermieri posizionatori sia a incontri con le direzioni ospedaliere, i professionisti coinvolti nel posizionamento e i referenti degli ambiti territoriali.

Risultati: L'analisi organizzativa ha coinvolto 70 professionisti di diversi ambiti professionali (totale 16 incontri). L'indagine conoscitiva ha raggiunto 22 su 39 infermieri posizionatori (56,4%): nei contesti più piccoli gli infermieri posizionano maggiormente minimidline (84,6%), mentre in quelli grandi l'88,9% anche PICC e Midline. Questo è probabilmente dovuto alla formazione posseduta: il 66,6% nelle realtà centrali sono in possesso di un master mentre negli ospedali più piccoli il 57,2% ha frequentato un corso di perfezionamento/formazione aziendale e il 42,8% ha fatto solo un corso con lo specialist. Nelle realtà più piccole i posizionatori vengono attivati tramite contatto diretto (46,6%). Solo il 7,7% referta la prestazione nel sistema informatico ospedaliero. La frammentarietà ha portato ad una raccolta dati incompleta che non permette il monitoraggio delle attività e degli esiti sul paziente. Infine è emerso in tutti i setting ospedalieri e territoriali il bisogno di formare gli infermieri al corretto utilizzo dei device.

Conclusioni: Per garantire una risposta equa ai bisogni dei pazienti è stato costituito un TAV multiprofessionale in ogni ospedale. Sono state riviste le job description degli infermieri posizionatori e definiti i prerequisiti formativi. Per governare il processo in modo standardizzato è stato delineato il modello organizzativo/funzionale dei TAV: a livello centrale è stato nominato un Comitato la cui funzione è fornire linee di indirizzo; a livello intermedio è stato costituito il Network dei TAV, una comunità di pratica di professionisti esperti atta a favorire la condivisione di buone pratiche. La creazione di un'unica regia ha permesso di affrontare in modo sistematico aree critiche (acquisti, modalità di richiesta/refertazione consulenza, flussi comunicativi ospedale/territorio...). Sono stati tracciati percorsi formativi accreditati differenziati in base ai prerequisiti formativi posseduti dagli infermieri neo-posizionatori: questo ha regolamentato il numero di nuovi ingressi ai TAV correlandolo al numero posizionamenti/annui necessari per garantire il mantenimento delle competenze. Sono state riviste le procedure e progettata una Formazione (FAD) mirata a tutti i professionisti per uniformare i comportamenti nella gestione dei device e ridurre le complicità. A conclusione, la prossima impellente sfida risulta essere l'implementazione di un sistema di raccolta dati aziendale per monitorare gli esiti sul paziente.



Organizzazione

Azienda Unità Sanitaria Locale e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

Autore/i

Ruolo

Chiara Pastore

Referente assicurazione qualità del Servizio Unico di Ingegneria Clinica

Contatti

E-mail: pastore.chiara@aou.mo.it

Titolo

Qualità nel Servizio Unico di Ingegneria Clinica

Erogazione dei servizi: analisi del fabbisogno, acquisizione, collaudo, manutenzione, sicurezza, monitoraggio, implementazione, valutazione e sviluppo del parco tecnologico aziendale dei Dispositivi Medici, Dispositivi Diagnostici In Vitro, Hardware e Software medicali.

Abstract

Background e problema locale: Assetto organizzativo del servizio atto a garantire e ad affermare una gestione sempre più dinamica, sicura ed efficiente delle tecnologie biomediche installate. A fronte della peculiarità e singolarità di un Servizio Unico Interaziendale (in 2 aziende sanitarie distinte) in un contesto sanitario sia ospedaliero che territoriale si è incentrato in primis un fronte di dialogo attivo e di confronto con i professionisti (utenti) per analizzare gli aspetti critici e migliorare i servizi erogati; si è proceduto poi a sancire i processi del Servizio stesso analizzandone flusso operativo e definendo ruoli e responsabilità; il tutto per volgere ad un obiettivo di misurarsi, migliorarsi, essere un supporto organico ai vari livelli aziendali e per i processi di certificazione di parte terza.

Analisi e metodi: Analisi dei rischi sui processi del Servizio mediante tecnica FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) calata al proprio campo d'indagine; mappa dei processi del Servizio e sue correlazioni; analisi di inclusività con tutti i Referenti Assicurazione Qualità dei Dipartimenti.

Interventi: Azione correttiva sulla capillarità delle situazioni emergenti mediante un coinvolgimento attivo del personale a tutti i livelli, revisione massiva delle procedure, progettazione di indicatori qualitativi e sostenibili, integrazione gestionale verso applicativi regionali, standardizzazione dei format di progetto, pianificazione delle attività condivise nel Servizio.

Risultati e Conclusioni: Certificazione del sistema qualità del servizio unico interaziendale e diffusione della cultura del miglioramento sempre possibile mediante verifica dei risultati; Reingegnerizzazione della gestione complessiva dei processi del Servizio e parco attrezzature provinciale, attraverso un'univoca semplificazione dei singoli processi di gestione applicati a due diverse aziende sanitarie contemporaneamente.



Organizzazione

Casa di Cura San Francesco

Autore/i

Carlo Orlandi

Ruolo

Direttore Operativo

Contatti

E-mail: carlo.orlandi@cdcsanfrancesco.it

Titolo

Riorganizzazione del CUP della Casa di Cura San Francesco.

Abstract

Il progetto intende presentare il lavoro di riorganizzazione dei processi del CUP. Il progetto ha interessato le aree del personale del CUP (dotazione organica), della sua organizzazione, degli spazi, delle procedure e, infine, dei sistemi informativi a supporto, con gli obiettivi di migliorare la qualità del servizio offerto ai pazienti, l'esperienza del paziente, il clima organizzativo interno e, infine, di efficientare l'attività, aumentando il volume delle prenotazioni di prestazioni ambulatoriali offerte ai pazienti.

In particolare, è stato sperimentato con successo l'utilizzo dell'Intelligenza artificiale come assistente virtuale per la gestione delle chiamate telefoniche dei pazienti. L'assistente virtuale raccoglie le richieste dei pazienti, le trascrive in formato elettronico e genera dei *lead* su un pannello di controllo. Tutto questo rende il lavoro di richiamata del paziente più efficiente (l'operatore risparmia tempo perché sa già cosa vuole il paziente) e programmabile (l'operatore può richiamare quando è più comodo).

Il progetto si è concluso nel mese di marzo 2024 e si può affermare che abbia avuto successo perché:

- è aumentato il volume delle prenotazioni (anche se mancano dati di confronto con i mesi precedenti dell'avvio del progetto);
- è migliorato il clima lavorativo al CUP: il personale dimostra maggiore motivazione e partecipazione ai progetti aziendali (riscontri positivi dalle riunioni periodiche);
- sono diminuite le lamentele dei pazienti per la difficoltà di prenotazione da remoto (diminuzione oggettiva del numero dei reclami);
- si è verificato un risparmio di personale: sono state assegnate ad altro incarico 4 persone.



Organizzazione

Clinica di Riabilitazione Toscana Spa

Autore/i

Ruolo

Benedetta Valli;	Responsabile Qualità e Accreditamento;
Silvia Gabrielli;	Direttore Servizi Tecnici di Supporto;
Franco Paolucci;	Direttore Amministrativo;
Beatrice Calabassi;	Direttore HR;
Alessandro Nibi;	Referente Servizi di Reparto;
Alessandra Stocchi;	Servizio di supporto alle famiglie;
Laura Abbruzzese;	Referente Ricerca Scientifica;
Alessio Damora;	Referente Servizio Neuropsicologia;
Barbara Piluso;	Caposala Codice 75;
Francesca Cardini;	Supporto CS e Cartelle Cliniche;
Elena Aldinucci;	Direttore Riabilitazione;
Marco Lisci;	Referente riabilitazione Ospedaliera;
Marta Tofani;	Direttore Infermieristico;
Giulia Peppoloni;	Referente Progetto Speciale “Cartella Clinica Informatizzata”;
Marcella Gostinelli;	Consulente Organizzativo;
Cristiano Scarselli	Direttore Clinico

Contatti

E-mail: qualita@crtspa.it

Titolo

Organizzazione a flusso, ad alta funzionalità e a basso costo, orientata sulle esigenze del paziente, per un'organica presa in carico multidisciplinare in riabilitazione.

Abstract

Per “Grave Cerebrolesione Acquisita” (GCA) s’intende un danno cerebrale ad eziologia traumatica, vascolare, anossica, neoplastica, infettiva o tossico-metabolica in grado di determinare, in fase acuta, uno stato di coma con peggior punteggio alla Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 8 e di durata non inferiore alle 24 ore oltre a menomazioni senso-motorie, cognitive e/o comportamentali multiple e complesse che conducono a severa disabilità. Raggiunta la stabilità clinica, affidata alle unità di terapia intensiva e neurochirurgia, i pazienti necessitano di trattamenti neuroriabilitativi i cui obiettivi sono finalizzati alla massima riduzione della disabilità, al recupero della migliore qualità della vita e alla partecipazione sociale.

La presenza di possibili comorbilità e il rischio di complicanze correlate allo stato di immobilizzazione, immunodepressione e alterazione del sensorio determinano, nella fase post-acuta precoce, uno stato di intrinseca fragilità che richiede uno stretto monitoraggio clinico multidisciplinare integrato al Progetto Riabilitativo Individuale.

La personalizzazione delle cure non può prescindere dalla codifica dell’identità culturale del paziente e la piena integrazione delle professionalità in un modello interdisciplinare costituisce, insieme all’esteso coinvolgimento del caregiver, il core del Progetto Riabilitativo.

In un contesto così articolato abbiamo sentito la necessità di convertire il modello organizzativo strutturato per compiti, in uno più evoluto, dinamico, flessibile e ad alta funzionalità, in grado di adattarsi alle esigenze complesse del paziente e di soggettivare i saperi, garantendo l’erogazione di servizi sanitari efficaci, efficienti, e volti alla relazionalità.

Il substrato logistico prevede l’allocazione del paziente in subset identificati secondo un criterio multidimensionale clinico-assistenziale-riabilitativo, ciascuno dei quali è dotato di skill-mix professionali ottimizzati sui bisogni dei pazienti.

La pianificazione delle attività è strutturata sul modello primary-nursing esteso a tutte le professionalità, in modo che le competenze interdisciplinari e multi professionali possano essere applicate in ambiti trasversali per rispondere a problematiche comuni.

Attraverso gli indicatori presi in esame abbiamo potuto dimostrare la bontà del progetto ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati.



Organizzazione

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

Autore/i

Ruolo

Rita Fiorito;
Lara Caloccia

Collaboratori S.C. Qualità e Risk Management

Contatti

E-mail: Rita.Fiorito@istitutotumori.mi.it

Lara.Caloccia@istitutotumori.mi.it

Titolo

Dashboard multidimensionale per l'analisi di indicatori clinico-assistenziali: percorsi di miglioramento e ottimizzazione della qualità attraverso un approccio multiprofessionale.

Abstract

Background: Negli ospedali viene prodotta giornalmente una mole di dati considerevole, registrati in CCE e sistemi informativi in uso alle strutture. L'utilizzo di questi dati apre alla prospettiva di avviare e monitorare azioni di miglioramento della qualità dell'assistenza.

Problema: L'obiettivo del lavoro è realizzare uno strumento che consenta di razionalizzare, organizzare sistematicamente e condividere i dati con gli stakeholder interni, al fine supportare le Direzioni nell'individuare ambiti di miglioramento.

Metodi: Strutturazione e implementazione di un cruscotto di indicatori clinico-assistenziali applicato alla realtà dipartimentale di Chirurgia, adottando un approccio multidisciplinare e coinvolgendo personale medico, sanitario, tecnico ed amministrativo per definire come integrare efficacemente flussi di dati interni provenienti da fonti dato disomogenee.

Intervento: Dopo una analisi della letteratura volta all'individuazione di esperienze precedenti ed essersi confrontati con i professionisti interessati dal progetto, si è proceduto all'identificazione degli indicatori; si è giunti alla determinazione di un framework composto da 6 aree cliniche e 6 aree assistenziali che possa portare alla realizzazione di cruscotti multi-dimensionali e multi-professionali.

Risultati: Gli indicatori clinico-assistenziali creati intercettano diversi flussi informativi e sono alimentati da dati provenienti dal Data Warehouse istituzionale, dalla Cartella Clinica Elettronica e dalle piattaforme in uso presso le varie Strutture. Il panel di indicatori risponde alle principali aree di interesse nell'ambito assistenziale e clinico del percorso chirurgico. Dopo una prima fase di sperimentazione dove lo strumento è stato applicato ad una singola Struttura di Chirurgia Generale, la parte assistenziale del cruscotto è stata applicata al Dipartimento di Chirurgia e messa a disposizione delle Strutture e delle Direzioni; la parte clinica è in fase di convalida.

Conclusioni: Il progetto ha individuato aree di miglioramento nel processo di raccolta dati, facilitando un monitoraggio continuo delle attività ospedaliere e fornendo informazioni mirate per raggiungere gli obiettivi aziendali comuni. Questo è stato reso possibile integrando prospettive sia infermieristiche che mediche, consentendo una visione completa della qualità dell'assistenza fornita.



Organizzazione

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

Autore/i

Ruolo

Elisabetta Mancini;

S.S Gestione Operativa;

Emanuela Zito;

S.C. Sistemi Informativi;

Marco Platania

Dirigente medico

Contatti

E-mail: Elisabetta.mancini@istitutotumori.mi.it

Titolo

Televisita in Oncologia: strumento di "trriage" per l'ottimizzazione della chemioterapia in ricovero ordinario.

Abstract

Background: L'erogazione di chemioterapia in regime di ricovero ordinario può rappresentare una sfida sia dal punto di vista dell'organizzazione della struttura ospedaliera sia per il paziente stesso, la cui valutazione del quadro clinico può rappresentare una discriminante impattante sull'appropriatezza e sulle tempistiche del ricovero.

Problema locale: La peculiarità del contesto oncologico porta al ripensamento delle modalità di gestione del percorso del paziente fragile. Lo snodo decisionale più critico riguarda le tempistiche della valutazione del quadro clinico e la validazione dello schema di chemioterapia. In quanto se l'esito degli esami non consente il trattamento, il paziente ha effettuato un viaggio a vuoto. I conseguenti costi sono di natura economica, sia per il paziente che per la struttura, oltre al costo opportunità derivante dall'annullo del ricovero. Se invece, l'esito degli esami permette di effettuare il trattamento ma arriva oltre il tempo utile stabilito per poter validare lo schema di terapia e la conseguente preparazione del farmaco, l'inizio di infusione slitta al giorno successivo. Questo comporta sia un disagio per il paziente che rimane ricoverato un giorno in più, sia risulta indice di inappropriatezza per l'ospedale.

Metodi: Introduzione della televisita 24/48 ore precedenti al ricovero, adottando la metodologia Lean per la riorganizzazione del processo e la riduzione degli sprechi con un approccio *patient-centered*.

Risultati: L'identificazione precoce delle condizioni cliniche che portano all'annullamento del ricovero, permette una riprogrammazione efficace delle risorse e un impatto positivo sul patient journey, evitando al paziente e ai caregivers spostamenti non necessari che, nella condizione di fragilità, potrebbero risultare un aggravante delle condizioni cliniche. Altro outcome è stata la riduzione dei tempi di degenza medi correlato ad una più tempestiva preparazione del farmaco chemioterapico, possibile grazie alla conferma dell'idoneità del paziente che avviene a distanza; questo permette al paziente di iniziare il trattamento in prima giornata di ricovero.

Conclusioni: L'intervento è risultato ottimale per prevenire sprechi di risorse e ottimizzare la gestione del ricovero. Una survey ha evidenziato la soddisfazione complessiva dei pazienti aderenti al percorso.



Organizzazione

Humanitas San Pio X

Autore/i

Fabrizio Ciralli;
Stefania Del Duca;
Francesca Bariselli;
Federico Zangrandi

Ruolo

Neonatologia;
Ostetricia, Servizi Assistenziali;
Comunicazione;
Servizio Qualità e Rischio Clinico

Contatti

E-mail: qualita.spiox@sanpiox.humanitas.it

Titolo

Rooming-In: qualità, sicurezza e comunicazione.

Abstract

Il Rooming-in è una pratica importante e con diversi benefici per la diade mamma-neonato, e diverse evidenze la raccomandano. Al tempo stesso presenta complessità e anche potenziali rischi:

- Coinvolge non un singolo paziente ma la diade madre-neonato e spesso anche la rete familiare;
- Richiede una continua valutazione del benessere materno e dei suoi bisogni, che coinvolge la sfera clinica, quella emotiva, la volontà e i benefici di vivere da subito a stretto contatto con il neonato, ma anche il bisogno di riposo e la protezione del consenso;
- Include la necessità di valutare il benessere neonatale in tutte le dimensioni fisiologiche, nei benefici e nelle modalità di riduzione di rischio (SUPC, cadute, etc.) per il neonato;
- Coinvolge diversi professionisti in tutte le sue fasi (medici, infermieri, personale ostetrico, etc.)

La progettualità ha mirato a migliorare la pratica del Rooming-in, con l'obiettivo di:

- adottare protocolli solidi e condivisi di indicazione, valutazione e ri-valutazione del benessere della diade;
- mettere in atto misure di prevenzione del rischio cadute e SUPC;
- favorire empowerment ed educazione delle madri e dei caregiver.

La progettualità è stata condotta da un gruppo multi-professionale ed è stata implementata nel corso del 2023, utilizzando in modo multi-fattoriale i diversi strumenti dell'ospedale: protocolli clinici, Cartella Clinica Elettronica, formazione e training dei professionisti, strumenti di informazione ed educazione, momenti di educazione in reparto dedicati alle mamme, adozione di monitoraggi e indicatori.

La progettualità è ad oggi completamente implementata. I risultati sono promettenti e ci invitano ad approfondirla ulteriormente e ad estenderne la metodologia in altre fasi del percorso nascita.

Organizzazione

IRCCS AOU di Bologna Policlinico di Sant'Orsola

Autore/i

Dorella Scarponi;
Maria Chiara Tullini;
Andrea Pasini

Ruolo

Dirigente Medico Psichiatra;
Infermiera;
Responsabile SSD Nefrologia Pediatrica

Contatti

E-mail: Dorella.scarponi@aosp.bo.it

Mariachiara.tullini@aosp.bo.it

Andrea.pasini@aosp.bo.it

Titolo

Il processo della transizione in nefrologia pediatrica. Un percorso educativo per il paziente e la famiglia.

Abstract

Il processo di transizione consiste nella definizione di percorsi clinico assistenziali multi-professionali che favoriscono il passaggio del ragazzo e della ragazza adolescente con patologie nefrologiche croniche dalla pediatria alla nefrologia dell'adulto, anche in previsione del trapianto di rene.

Team della nefrologia pediatrica e team della nefrologia dell'adulto incontrano il paziente e la sua famiglia in un ambulatorio dedicato.

I cardini del processo sono la valutazione psico-sociale e l'educazione terapeutica.

In linea con le indicazioni scientifiche, abbiamo identificato gli strumenti adatti a misurare lo stato dell'ansia lo stato dell'umore la qualità della vita percepita dal paziente e dalla famiglia il grado di soddisfazione di entrambi.

Questa valutazione viene ripetuta durante il percorso secondo un calendario strutturato.

Viene elaborato un piano che tenga conto della complessità della malattia, della fase evolutiva del paziente, della presenza della famiglia nel percorso assistenziale, delle differenze culturali e strutturali dei servizi coinvolti.

L'attenzione personalizzata, l'approccio multidisciplinare la gestione della complessità degli spazi di cura, consentono al ragazzo e alla ragazza di sviluppare una profonda consapevolezza di sé oltre che della malattia e della sua eventuale progressione. L'autonomia che il processo di transizione riconosce agli adolescenti motiva in loro e nelle famiglie la ricerca di risorse all'insegna della resilienza e della fattiva collaborazione terapeutica.

Questo percorso permette di contenere totalmente il rischio di discontinuità terapeutica e o drop out e migliorare il monitoraggio dell'andamento della malattia e la progressiva consapevolezza dello proprio stato di salute fino all'autonomia gestionale.

Organizzazione

IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" Bari

Autore/i

Ruolo

Raffaella Massafra (1)

Elsa Vitale (2)

Annarita Fanizzi (1)

Samantha Bove (1)

Comes Maria Colomba (1)

Francesco Giotta (3)

Agnese Carmela Latorre (3)

Rizzo Alessandro (3)

Laboratorio di Bioinformatica e Biostatistica (1)

Ricercatore Sanitario, Direzione Scientifica (2)

S.C. Oncologia Medica (3)

Contatti

E-mail: e.vitale@oncologico.bari.it

Titolo

Terapia con casco refrigerante nelle pazienti con carcinoma mammario: aspettative e tollerabilità.
Come le aspettative e la tollerabilità nelle pazienti con carcinoma mammario in trattamento con casco refrigerante possono rendere il servizio offerto efficiente ed equo nell'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Abstract

Background: Il raffreddamento del cuoio capelluto mediante caschi refrigeranti durante il trattamento è l'unico trattamento disponibile per la sua prevenzione.

Problema Locale: Considerando che non tutte le pazienti completano il ciclo di trattamento da casco refrigerante e che, coloro che terminano lo stesso potrebbero non aver raggiunto un livello di soddisfazione adeguato e, vista l'impossibilità di garantire a tutte le pazienti l'utilizzo del dispositivo refrigerante a causa della loro esigua presenza numerica rispetto al numero di pazienti, riteniamo che i dati che si vogliono raccogliere possano essere in futuro utilizzate per ottimizzare il livello di utilizzo dei caschi refrigeranti a disposizione di Codesto Istituto, attraverso una identificazione di un profilo "candidabile" rispetto alla personale 'predisposizione' all'utilizzo del casco, anche in funzione del livello di soddisfazione raggiungibile e del profilo psicologico pre-trattamento.

Obiettivi: Lo studio si propone di valutare l'associazione tra le aspettative del paziente e il profilo psicologico pre-trattamento dello stesso rispetto al livello di soddisfazione percepita dalla paziente a fine trattamento. Nello specifico, lo studio si propone di studiare l'associazione tra i diversi item rilevati con riferimento alle aspettative delle pazienti circa l'utilizzo del dispositivo rispetto a quelli che definiscono i diversi aspetti del profilo psicologico rilevati all'inizio del trattamento; l'associazione tra i diversi item utilizzati per rilevare la soddisfazione percepita al termine del trattamento sia rispetto alle diverse dimensioni riferite alle aspettative che al profilo psicologico rilevate all'inizio del trattamento. Obiettivi secondari valuteranno le associazioni esistenti tra le caratteristiche della patologia oncologica delle pazienti e l'aderenza al trattamento.

Metodi: Lo studio è di tipo monocentrico osservazionale non farmacologico.

Interventi: A T0 si valuteranno l'auto-compassione, il livello di chiarezza ed esaustività delle comunicazioni ricevute sul trattamento da casco refrigerante da iniziare, il livello di soddisfazione percepita della paziente sul comfort ricevuto durante la presentazione del trattamento proposto, il livello di importanza percepita sulle modalità di informazioni chiare ed esaustive ricevute prima del trattamento, il livello di consapevolezza di tutti i vantaggi e gli svantaggi del trattamento proposto, il livello di importanza attribuito agli effetti collaterali connessi al trattamento, l'efficacia del trattamento proposto. Durante l'ultima seduta di trattamento (T1) verranno valutati: il livello di soddisfazione percepito della Paziente sul comfort vissuto durante la presentazione del trattamento proposto, il livello di gravità percepita sugli effetti collaterali percepiti, il livello di soddisfazione al trattamento ricevuto, il livello di soddisfazione dell'assistenza ricevuta, il livello di coerenza percepito sulle informazioni ricevute rispetto al trattamento refrigerante.

Conclusioni: Vista l'impossibilità di garantire a tutte le pazienti l'utilizzo del dispositivo refrigerante a causa della loro esigua presenza numerica rispetto al numero di pazienti, riteniamo che i dati che si vogliono raccogliere possano essere in futuro utilizzate per ottimizzare il livello di utilizzo dei caschi refrigeranti a disposizione di Codesto Istituto, attraverso una identificazione di un profilo "candidabile" rispetto alla personale 'predisposizione' all'utilizzo del casco, anche in funzione del livello di soddisfazione raggiungibile e del profilo psicologico pre-trattamento.

Organizzazione

IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" Bari

Autore/i

Ruolo

Raffaella Massafra (1)

Elsa Vitale (2)

Oronzo Brunetti (3)

Annarita Fanizzi (1)

Samantha Bove (1)

Comes Maria Colomba (1)

Claudia Cormio (4)

Fulvia Lagattolla (4)

Francesca Romito (4)

Laboratorio di Bioinformatica e Biostatistica (1)

Ricercatore Sanitario, Direzione Scientifica (2)

S.C. Oncologia Medica (3)

Servizio Di Psiconcologia (4)

Contatti

E-mail: e.vitale@oncologico.bari.it

Titolo

Stigma, resilienza e qualità percepita nei pazienti e caregivers afferenti al centro di orientamento oncologico (COro).

Come la qualità percepita nei pazienti e caregivers oncologici sul centro di orientamento oncologico (COro) può influenzare lo stigma e la resilienza alla patologia oncologica.

Abstract

Background: A partire da maggio 2023, presso il nostro Istituto, è stato istituito il Centro di Orientamento Oncologico (COro) che ha la funzione di accogliere, orientare, informare ed accompagnare attivamente il paziente oncologico in tutto il percorso assistenziale.

Problema Locale: La letteratura considera la resilienza come elemento chiave nel mantenimento della salute mentale e della Qualità di Vita (QoL) dei pazienti oncologici e dei loro caregivers.

Obiettivi: Lo studio si propone di effettuare una duplice valutazione, rispettivamente sul paziente e sul caregiver, ovvero sulla percezione di curabilità dalla patologia oncologica, di qualità della propria vita e della capacità di resilienza e della percezione della qualità del servizio ricevuto (paziente); sulla percezione di curabilità della patologia oncologica del proprio assistito, della propria qualità di vita, nonché del sovraccarico emotivo e sociale e della percezione della qualità del servizio ricevuto. Inoltre, sul paziente verrà valutata la qualità percepita dell'esperienza vissuta all'interno dei Servizi dell'Istituto durante il suo percorso di cura.

Metodi: Verranno raccolti dati sia sul paziente che sul caregiver durante la prima e l'ultima visita al COro e, sul paziente, verranno raccolti informazioni generali sulla qualità percepita dell'intero percorso di trattamento sull'intero Istituto.

Interventi: Tra la prima e l'ultima visita al COro, una brochure esplicativa di tutte le informazioni relative al percorso di cura, verrà fornita al paziente; mentre il caregiver verrà supportato nella programmazione di tutti gli esami indagativi per accertare la diagnosi oncologica del proprio assistito.

Conclusioni: Il progetto valuterà come il paziente e il suo caregiver vivono la loro esperienza con la patologia oncologica, indagando la loro percezione sulla curabilità della patologia, nonché la loro valutazione sulla qualità percepita del servizio di orientamento e di cura offerto dal COro. Inoltre, verrà eseguita anche l'ulteriore valutazione della qualità del servizio di diagnosi e cura complessivamente ricevuto da questo Istituto.



Organizzazione

Istituti Clinici Scientifici Maugeri Spa SB - IRCCS

Autore/i

Ruolo

Laura Nicola a nome della Direzione CSR & Quality Assurance

Quality Assurance Specialist

Contatti

E-mail: laura.nicola@icsmaugeri.it

Titolo

Sensibilizzare, formare ed informare quale strategia operativa per contrastare gli atti di violenza a danno di operatore.

Abstract

Episodi di violenza contro gli operatori sanitari sono considerati eventi sentinella in quanto segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori. Presso la nostra struttura il fenomeno è monitorato dal novembre 2017 quando, a seguito di una prima rilevazione del fenomeno, in ottemperanza alla Raccomandazione Ministeriale n. 8, è stata elaborata l'Istruzione Operativa "Prevenzione degli Atti di Violenza", con l'obiettivo di:

- Implementare le misure che consentono l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio (individuali, ambientali, organizzative) eventualmente presenti all'interno degli Istituti;
- Accrescere l'acquisizione di conoscenze e competenze da parte degli operatori per valutare, prevenire e gestire tali eventi;
- Incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e da suggerire le misure per ridurre il rischio;
- Monitorare gli episodi di atti di violenza a danno dell'operatore sanitario.

L'organizzazione prevede il monitoraggio continuo per presidiare il contenimento del fenomeno, identificare tempestivamente aree di rischio e attivare i relativi interventi di prevenzione. L'indagine condotta negli anni, ha consentito di misurare il fenomeno in misura significativa grazie alla numerosità dei questionari compilati dal 2018, primo anno di somministrazione. Nel 2023 il questionario utilizzato per la survey è stato rivisto ampliando i quesiti con lo scopo di:

- Identificare episodi di violenza di genere;
- Identificare episodi di molestie.

Tra i principali fattori ritenuti responsabili dell'aver innescato l'episodio di violenza, il 57% collega l'episodio a problematiche caratteriali dell'utente, il 10,4% ad una estemporanea disorganizzazione del servizio, il 7,8% a fattori clinici/stanchezza dell'utente, mentre **il 7,4% ritiene che l'episodio sia legato a fattori di genere**. Per il contenimento del fenomeno, il 50,7% ritiene necessaria una miglior organizzazione interna, il 27,2% la formazione del personale mentre il 12,5% l'intervento tempestivo dei colleghi a supporto. Il 38,7% dei rispondenti non conosce la possibilità di segnalare l'episodio di violenza attraverso l'apposita scheda di segnalazione, così come previsto dall'Istruzione Operativa dedicata al monitoraggio e prevenzione del fenomeno.

Organizzazione

Ospedale “Monsignor Dimiccoli” Barletta – ASL BAT

Autore/i

Ruolo

Lucia Federica Carpagnano;

Alessandro Scelzi;

Tiziana Dimatteo;

Emanuele Tatò

Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio P.O.
Barletta – Referente Gestione Processi Clinico –
Organizzativi ASL BT;

Direttore Sanitario Aziendale ASL BT;

Direttore Generale ASL BT;

Direttore Medico di Presidio P.O. Barletta

Contatti

E-mail: federica.carpagnano@aslb.it

Titolo

Il nuovo modello organizzativo di Sorveglianza, Prevenzione e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza.
Sperimentale applicazione di Change Management e Clinical Governance.

Abstract

Organizzazione Sanitaria, Innovazione Tecnologica, Sicurezza delle cure e gestione e prevenzione del rischio da infezioni correlate all'assistenza.

Temi cruciali, attività cardine delle Direzioni Sanitarie e una delle applicazioni concrete della Clinical Governance.

All'interno degli ospedali le ICA rappresentano il maggior numero di eventi avversi non evitabili del tutto ma sicuramente prevedibili e in quota parte prevenibili.

Il Presidio Ospedaliero di Barletta (ASL BAT) ha così avviato nel 2024 un processo di Clinical Governance applicato al percorso di Infection Control che, in relazione ai risultati, potrà rappresentare un modello organizzativo gestionale esportabile in altri contesti assistenziali locali, regionali e anche extra-regionali.

METODI: È stato predisposto un modello organizzativo che consente di snellire ed ottimizzare la tracciabilità dei flussi, il coinvolgimento dei diversi professionisti competenti in materia, garantendo un efficace, sicuro, appropriato e tempestivo percorso organizzativo, nonché un sensibile miglioramento della qualità assistenziale e della sicurezza delle cure.

RISULTATI: Il Progetto sperimentale prevede l'adeguamento dell'Organizzazione in tema di Infection Control in linea con i criteri di Sicurezza e Innovazione Organizzativa e Tecnologica, ripresi anche dalla normativa sull'Accreditamento Istituzionale e Certificazione di Eccellenza.

CONCLUSIONI: È stato implementato un Modello Organizzativo che sfrutta il digitale. Un Piano di Gestione Ordinaria e Straordinaria delle ICA, con la creazione di un database ove confluiscono tutti i dati relativi alle azioni preventive messe in atto e reattive a seguito di segnalazione/notifica del caso.

Organizzazione

Ospedale “Monsignor Dimiccoli” Barletta – ASL BAT

Autore

Ruolo

Lucia Federica Carpagnano;

Alessandro Scelzi;

Tiziana Dimatteo;

Emanuele Tatò

Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio P.O.
Barletta – Referente Gestione Processi Clinico –
Organizzativi ASL BT;

Direttore Sanitario Aziendale ASL BT;

Direttore Generale ASL BT;

Direttore Medico di Presidio P.O. Barletta

Contatti

E-mail: federica.carpagnano@aslb.it

Titolo

Il Nuovo Modello Organizzativo di Pronto Soccorso: piano di gestione overcrowding, cruscotto informatico rilevazione score nedocs, letti trend, dashboard turn over posto letto.

Abstract

I servizi di Pronto Soccorso (PS) rappresentano il principale punto di riferimento della popolazione per i bisogni sanitari urgenti: essi garantiscono accesso alle cure secondo criteri di priorità ed equità, risposte adeguate ai bisogni urgenti e non programmati di salute dei cittadini che vi afferiscono in modo non preordinato, con esigenze e priorità diverse.

Il sovraffollamento del Pronto Soccorso è una condizione che si determina quando il numero dei pazienti presenti supera la disponibilità di postazioni e/o le capacità assistenziali del personale, limitando la risposta e la qualità del servizio.

OBIETTIVI: L'obiettivo del progetto sperimentale avviato dal P.O. di Barletta è quello di definire un percorso condiviso di governance complessiva della risorsa posto letto e del flusso gestionale e clinico-assistenziale che, partendo dalla razionale modellizzazione del PS e attraverso la definizione di procedure interne allo stesso, consenta di snellire ed ottimizzare i tempi nelle fasi di "processo" e di "uscita" del paziente dal sistema di emergenza-urgenza, garantendo un efficace, sicuro, appropriato e tempestivo percorso di cura e di ricovero, nonché un sensibile miglioramento della qualità assistenziale e della qualità percepita dall'utente (PREMs).

METODI: È stata condotta dalla Direzione Medica del P.O. di Barletta con il Direttore del Pronto Soccorso una accurata analisi dei dati, dei documenti già deliberati a livello aziendale e delle criticità. Successivamente si è provveduto a redigere un piano di azioni migliorative sotto il profilo organizzativo che concorrono, non solo a perseguire tutti gli standard previsti di normativa, ma soprattutto a garantire un migliore percorso di cura al paziente.

RISULTATI: Il Progetto sperimentale prevede l'adeguamento di tutto il Sistema dell'Emergenza-Urgenza a quanto previsto dalle recenti Linee di Indirizzo su Triage, PS, OBI e in linea con i criteri di Sicurezza e Innovazione Organizzativa e Tecnologica. È stato implementato:

- un cruscotto informatico che rileva in tempo reale l'algoritmo NEDOCS;
- un sistema di governance della risorsa posto letto basata su un calcolo adeguato sul trend di ricovero effettuato nell'anno da PS verso Area Chirurgica e Medica;
- un sistema di gestione della riserva minima di posto letto, "Letti TREND", che ciascuna UOC deve garantire al PS in condizioni ordinarie;
- un Sistema di percorsi "Fast" che, in aderenza alle procedure e alle linee guida, consente di snellire i tempi di attesa in PS;
- dashboard di rilevazione in continuo di posti letto disponibili e occupati per Unità Operativa.

DISCUSSIONE: Innovazione tecnologica a supporto del Change Management. Innovazione organizzativa applicata ai processi dell'emergenza-urgenza. Un innovativo metodo per rispettare pedissequamente quanto previsto da normativa e dalle recenti linee guida ma soprattutto per apportare un cambiamento radicale nei processi organizzativi della Medicina di Urgenza.

CONCLUSIONE: Il P.O. di Barletta (ASL BT) contribuisce con questa progettualità a segnare il passo di un cambiamento epocale nella gestione della emergenza-urgenza. È stata introdotta una innovazione tecnologica in isorisorse, applicata alla Governance della risorsa posto letto e della gestione dei flussi del paziente in condizioni di emergenza-urgenza.