

2015

RELAZIONE SISTEMA QUALITÀ E
SICUREZZA DEL PAZIENTE



INDICE

INDICE	3
1 Premessa.....	4
2 La strategia aziendale di gestione del rischio clinico	6
3 Azioni di miglioramento condotte nel 2015	12
4 Dati Trapianti.....	18
5 Confronto indicatori di performance 2014-2015	19
5.2.1 AREA MEDICA-INDICATORI GENERALI.....	22
5.2.2. AREA MEDICA -LINEE GUIDA CLINICHE.....	23
5.2.3. AREA MEDICA-DIPARTIMENTO ADDOMINALE	24
5.2.4. AREA MEDICA –DIPARTIMENTO CARDIOTORACICO.....	25
5.2.5. AREA MEDICA- PEDIATRIA.....	26
5.2.6. AREA MEDICA- ANESTESIA E RIANIMAZIONE	27
5.2.7. AREA INFERMIERISTICA.....	28
5.2.8 INDICATORI TRASVERSALI-CONTROLLO INFEZIONI	29
5.2.9 INDICATORI TRASVERSALI-SICUREZZA E SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE.....	30
6 Tabella di sintesi sugli obiettivi qualità 2015.....	31
7 Report segnalazioni volontarie (<i>Incident Reports</i>).....	32
8 Rilevazione Eventi Avversi con il <i>Global Trigger Tool</i>	37
9 Rilevazione qualità percepita	39
10 Verifica completezza cartella clinica.....	47
11 Procedure Approvate dal Comitato per le Politiche Aziendali	56
11 Obiettivi per la Qualità e Sicurezza del Paziente per il 2016-2017	63

Informazioni e dati elaborati a cura del Dipartimento Accreditamento e Qualità

ISMETT-UPMC Italy

1 PREMESSA

L'ISMETT (Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione) è un centro di trapianti di organi solidi che gestisce pazienti affetti da insufficienze terminali d'organi vitali. Con decreto del 12 settembre 2014 firmato dal Ministro della Salute, ISMETT ha ottenuto il riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nella disciplina “Cura e ricerca delle insufficienze terminali d'organo”. Nato dalla partnership internazionale fra la Regione Siciliana, attraverso l'ARNAS Civico di Palermo, e l'UPMC (*University of Pittsburgh Medical Center*), l'Istituto è un esempio di gestione sanitaria innovativa ed efficiente. La collaborazione col Centro medico dell'Università di Pittsburgh, leader nel settore dei trapianti, ha portato a Palermo esperienze e professionalità maturate in ospedali, centri di ricerca e università di riferimento internazionali.

L'ISMETT è il primo ospedale del Meridione ad aver ricevuto, per la prima volta nel 2009, l'accreditamento da parte della Joint Commission International (JCI), fra i più avanzati sistemi di accreditamento per valutare la qualità delle strutture sanitarie. L'accreditamento JCI è stato riconfermato a ottobre 2015, e dimostra il continuo impegno dell'ISMETT per il miglioramento continuo delle performance sul fronte dei risultati clinici, dell'assistenza infermieristica, della gestione, dell'accoglienza, dell'umanizzazione e dei programmi di formazione. Sempre nel 2015, l'Ospedale ha ottenuto il rinnovo della certificazione con la norma ISO 9001:2008 per i sistemi di gestione della qualità dei servizi diagnostici e terapeutici della Radiologia, Endoscopia, Dialisi, Emodinamica, Anatomia Patologica e Laboratorio di Microbiologia e Patologia Clinica.

Inoltre, anche le attività formative hanno ottenuto la certificazione con la norma ISO e il Sistema di Gestione della Sicurezza e dell'Ambiente è stato riconosciuto conforme alle norme ISO 14001 e alla norma OHSAS 18001.

Ai sensi del DA. 23 dicembre 2009 concernente la “Istituzione del flusso informativo SIMES e l'individuazione dei referenti aziendali per il rischio clinico”, ogni azienda sanitaria del SSR è tenuta a predisporre ed attuare il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Clinico e a relazionare sul raggiungimento degli obiettivi fissati con cadenza annuale.

Per la definizione degli obiettivi annuali, ogni ospedale deve prendere in considerazione:

- Dati disponibili come segnalazioni di eventi avversi e quasi eventi (*nearmiss*), eventi sentinella, reclami, questionari della qualità percepita, e altri indicatori di processo e di esito, che, sistematizzati costituiscono la base per le iniziative da intraprendere e per elaborare piani di intervento
- Processi identificati dagli standard JCI adottati dalla Regione Siciliana e dalle raccomandazioni del ministero della salute.
- Processi organizzativi e/o assistenziali percepiti dai professionisti come critici per l'impatto in termini di variabilità per la pratica clinica, morbidità/mortalità, impegno di risorse.

La presente relazione riporta le attività condotte nel corso del 2015 ed in particolare quelle rivolte al raggiungimento degli obiettivi per il miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente approvati dal CdA ISMETT.

Nel rispetto delle linee guida per la redazione del Piano Aziendale per la qualità e il rischio clinico sono, inoltre, riportati i dati del 2015 e il confronto degli stessi con il 2014, che costituiscono la base per la definizione degli obiettivi di miglioramento per il 2016.

2 LA STRATEGIA AZIENDALE DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il Sistema Qualità e Sicurezza dell'ISMETT coinvolge l'intera organizzazione e prende in considerazione:

- Gli esiti clinici attraverso un robusto sistema di monitoraggio degli outcome clinici, che comprende il programma di Trapianto di organo, la chirurgia cardiotoracica, la chirurgia addominale e l'anestesia e rianimazione.
- La Sicurezza del paziente attraverso l'analisi degli incident reports e il monitoraggio degli eventi avversi prevenibili.
- Gli standard e le norme di diversi modelli di certificazione volontaria, tra cui Joint Commission International, norma ISO 9001:2008 e sistema di gestione integrato Sicurezza e Ambiente secondo la norma UNI EN ISO 14001:2004 e BS OHSAS 18001:2007.
- L'esperienza del paziente attraverso il monitoraggio della soddisfazione del paziente, l'analisi dei reclami e la valutazione dei sinistri;

2.1 STRUMENTI E METODOLOGIA

Gli strumenti utilizzati per promuovere il Governo Clinico in ISMETT comprendono la valutazione sistematica degli indicatori di processo e di esito raccolti attraverso i sistemi informativi, quali la cartella clinica elettronica, la predisposizione di protocolli clinici basati sulle prove di efficacia, la formazione continua e il programma di miglioramento della qualità e gestione del rischio clinico. Il Programma di Miglioramento della Qualità e Gestione del Rischio Clinico prevede:

- L'istituzione della funzione permanentemente dedicata alla Gestione del Rischio Clinico e alla sicurezza dei pazienti, ai sensi del Decreto Assessoriale 23 dicembre 2009.
- Il ricorso a verifiche periodiche esterne quali ispezioni JCI, ISO e altre verifiche volontarie;
- La definizione e l'utilizzo di politiche e procedure interne: ISMETT ha elaborato un manuale contenente circa 300 procedure rispondenti agli standard JCI, norme ISO e OHSAS, che sono sottoposte a verifica e aggiornamento periodici e approvate collegialmente dal Comitato per le Politiche Aziendali. Una volta

approvate, sono rese note a tutto il personale tramite la infonet aziendale e il rispetto delle stesse è oggetto di costante monitoraggio.

- La formazione sulla qualità e il rischio clinico: periodicamente vengono erogate sessioni formative, con programmi differenziati, a tutti i coordinatori clinici, ai responsabili di area e alla dirigenza dell'organizzazione sui principi e i metodi del miglioramento della qualità. Inoltre, a ottobre 2015 la Dirigenza clinica ha partecipato al corso sulla Cultura della Sicurezza (*Just Culture*).
- Le attività di verifica interna condotte per valutare il rispetto delle procedure adottate per rispondere agli standard e alle norme degli enti certificatori. In particolare, sono attivi i seguenti Team di Verifica Ispettiva Interna:
 - Il gruppo di verifica sulla gestione dei farmaci
 - Il gruppo di verifica del sistema sicurezza e ambiente
 - Il gruppo di verifica qualità
 - Il gruppo di verifica sulla cartella clinica
 - Il gruppo di verifica *Infection Control*
- La definizione di linee guida diagnostiche-terapeutiche e lo sviluppo di set di ordini in cartella clinica elettronica e il monitoraggio della corretta applicazione.

2.2 ATTIVITÀ DEI COMITATI STRATEGICI E OPERATIVI DELL'OSPEDALE

I comitati del Programma Qualità e Sicurezza sono rappresentati nella Figura 1, e sono:

1. Comitato Revisione delle Cartelle Cliniche

Esamina la cartella clinica per uniformare la documentazione ai requisiti previsti dalla JCI.

2. Comitato Revisione Incident Report-Gestione del Rischio Clinico

Analizza gli eventi e le situazioni potenzialmente rischiose che vengono segnalati dai dipendenti attraverso il sistema di segnalazione interna, allo scopo per identificarne le cause e definire strategie di gestione del rischio clinico.

3. Comitato Terapie e Appropriatezza Clinica

Definisce la necessità di elaborare e aggiornare le linee guida cliniche secondo le raccomandazioni delle

società scientifiche per assicurare sempre il massimo livello di appropriatezza nelle cure erogate e nell'utilizzo di farmaci.

4. Comitato Controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO)

Definisce i programmi finalizzati alla prevenzione delle infezioni ospedaliere, ne coordina l'attuazione e controlla la corretta applicazione delle misure preventive da parte del personale clinico.

5. Rianimazione Cardiopolmonare

Elabora strategie per gestire le emergenze mediche e chirurgiche in ospedale. Definisce le procedure interne per il controllo delle urgenze, le necessità formative del personale sanitario, realizza un monitoraggio continuo della gestione delle crisi intraospedaliere.

6. Comitato Terapeutico Ospedaliero

Si occupa della sicurezza nella fornitura di farmaci. Sviluppa politiche e regolamenti per l'uso dei farmaci e la gestione del Prontuario Ospedaliero, valutando gli effetti indesiderati.

7. Comitato per l'Ospedale senza Dolore

Assicura l'integrazione delle attività di gestione del dolore nel processo di cura del paziente, attraverso la redazione di linee guida e di un programma di formazione e di sorveglianza.

8. Comitato Salute, Sicurezza e Ambiente

Supervisiona la conformità ai programmi ospedalieri nella gestione delle aree inerenti la sicurezza delle infrastrutture formulando proposte di miglioramento per garantire la salute dei pazienti, del personale e dei visitatori.

9. Comitato HTA (Health Technology Assessment)

Selezionare le priorità degli investimenti e promuove la tempestiva adozione delle nuove tecnologie intese ad ampio spettro (apparecchiature, dispositivi medici, farmaci, test diagnostici, programmi clinici), con un approccio basato sulle evidenze.

10. Comitato Buon Uso del Sangue

Approvano le procedure di gestione degli emocomponenti al fine di riservarne l'utilizzo a quelle situazioni cliniche in cui la trasfusione sia effettivamente necessaria ed il rischio giustificato dal miglioramento delle condizioni cliniche del paziente.

11. Comitato Valutazione Sinistri

Analizza i sinistri e determina le strategie da seguire per la gestione degli stessi

Nel 2016 sarà inoltre istituito il **Comitato per l'Umanizzazione delle Cure (Human Care)**.

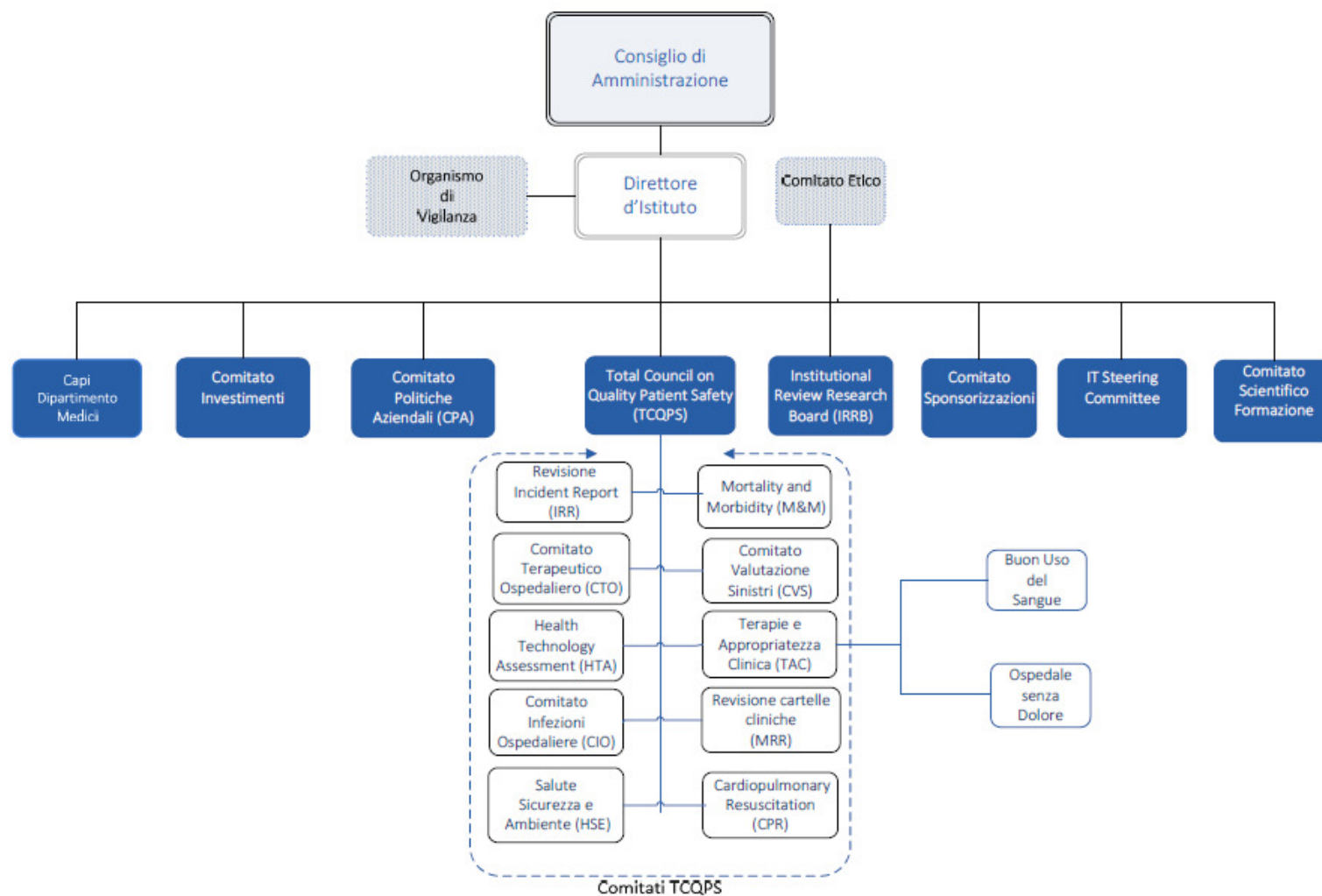


Figura 1-Organigramma Comitati ISMETT

2.3 IL MONITORAGGIO DEGLI INDICATORI DI QUALITÀ

L'ISMETT utilizza diversi strumenti per la raccolta di dati utili a valutare la qualità dei processi e al monitoraggio sistematico della qualità, quali:

- **Dash Board degli indicatori di outcome e di processo:** beneficiando della forte componente informatica dell'organizzazione, e in particolare della Cartella Clinica Elettronica, mensilmente vengono monitorati circa 200 indicatori.
- **Attività di Benchmarking:** gli indicatori del programma Qualità e Sicurezza del Paziente sono confrontati con il *Presbyterian Hospital* di UPMC e con l'*Asian American Hospital* di Singapore.
- **Rilevazione della soddisfazione del paziente:** tutti i pazienti ricevono un modulo che consente di esprimere il grado di qualità percepita relativamente a diverse dimensioni che influenzano la sua soddisfazione e il giudizio relativo all'episodio di ricovero, quali ambiente di cura, assistenza infermieristica, gestione del dolore, qualità delle informazioni ricevute e cure mediche.
- **Audit Clinico utilizzando la Metodologia IHI Global Triggers Tool:** l'ISMETT ha adottato la metodologia dei Triggers che prevede l'analisi retrospettiva di un campione di cartelle cliniche su base mensile finalizzata all'identificazione di eventi avversi.
- **Questionari per il personale clinico:** l'utilizzo di questionari rivolti al personale e l'analisi dei risultati, permette all'organizzazione di conoscere le percezioni degli operatori in prima linea e di acquisire anche suggerimenti e proposte migliorative. Nel 2015 è stata condotta un'indagine sul rispetto delle norme per la corretta igiene delle mani al fine di identificare eventuali vincoli e azioni da implementare.
- **Programma di revisione della cartelle cliniche:** processo condotto da gruppi multidisciplinari allo scopo di verificare il rispetto degli standard JCI relativi alla documentazione clinica.
- **Il software di Incident Report:** consente ai dipendenti di segnalare eventi effettivi o potenziali che possono causare un danno al paziente facilitando la trasmissione delle informazioni in tempo reale alla Direzione Sanitaria, Infermieristica e al Risk Manager aziendale.

2.4 ADESIONE AL REGISTRO INTERNAZIONALE DELLA SOCIETY OF THORACIC SURGEONS (STS)

La grande attenzione che ISMETT attribuisce alla valutazione delle proprie performance, che si traduce in un impegno costante per il miglioramento della qualità, ha spinto l'Istituto ad aderire al Registro Internazionale della Society of Thoracic Surgeons (STS).

Il registro STS (<http://www.sts.org/national-database>) è stato istituito nel 1989 in U.S.A. per confrontare le performance dei team di cardiocirurgia, che aderiscono al programma. Da allora è cresciuto in modo esponenziale, sia in termini di partecipazione che di dimensioni, ed è diventato lo standard di riferimento per i registri clinici, con oltre 5 milioni di procedure di chirurgia cardiaca e più di 3000 chirurghi partecipanti. L'adesione al progetto, di recente, è stata estesa anche ad altri ospedali al di fuori del territorio nord americano.

Tramite indicatori di processo, il Registro analizza e valuta nel dettaglio le performance cliniche degli ospedali partecipanti, raccogliendone i dati relativi ai trattamenti cardiocirurgici eseguiti sui pazienti, quali ad esempio l'incidenza delle complicanze, il rispetto degli standard di cura, la sopravvivenza, etc. L'obiettivo è duplice: da un lato individuare le aree di possibile miglioramento, così da garantire ai pazienti il miglior risultato, e dall'altro mettere a confronto le diverse realtà ospedaliere. L'elevato livello di accuratezza scientifica dei dati forniti dal Registro e il confronto tra popolazioni omogenee di pazienti trattati presso gli ospedali aderenti, permettono infatti la sistematica valutazione della qualità dei risultati clinici, anche in chiave comparativa. Tutto questo consentirà ad ISMETT di identificare tempestivamente eventuali aree di miglioramento a beneficio dei pazienti.

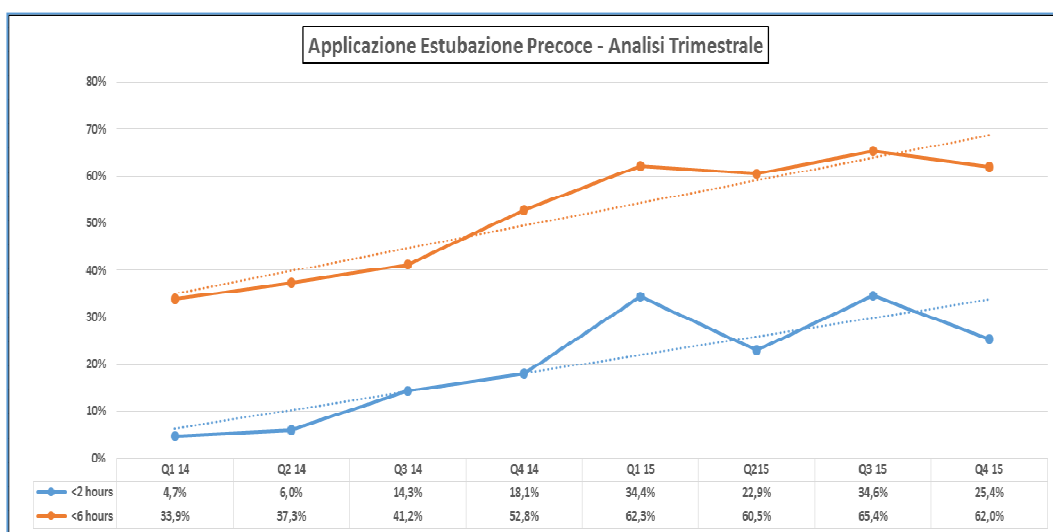
3. AZIONI DI MIGLIORAMENTO CONDOTTE NEL 2015

Il monitoraggio degli indicatori di qualità ha l'obiettivo di identificare aree di miglioramento nell'area dell'assistenza clinica ai nostri pazienti. Sulla base delle informazioni ottenute dal monitoraggio nell'anno precedente, nel 2015 sono state identificate quattro aree di intervento: la riduzione di complicanze, il controllo delle infezioni, l'umanizzazione delle cure e la cultura della sicurezza.

3.1. PROGETTI PER MIGLIORARE GLI OUTCOME CLINICI E RIDURRE LE COMPLICANZE

- Implementazione del protocollo di Fast Track (estubazione precoce <6 ore) e di Ultra Fast Track (estubazione ultra precoce <2 ore) in cardiocirurgia.

Il progetto, finalizzato alla riduzione delle complicanze nei pazienti sottoposti a intervento di cardiocirurgia, è stato condotto dal Dipartimento di Anestesia e *Critical Care Medicine*. In particolare, gli interventi di cardiocirurgia possono essere associati a lento recupero respiratorio in relazione alla condotta perioperatoria e ai farmaci/anestetici utilizzati. La prolungata ventilazione aumenta il rischio di complicanze respiratorie e la degenza in terapia intensiva. Il protocollo di Ultra Fast Track è applicabile nei pazienti rispondenti a specifici criteri di inclusione e programmati per interventi cardiocirurgici in elezione sia standard che miniinvasivi. I dati di letteratura dimostrano che l'applicazione del protocollo di Fast Track riduce significativamente la degenza in terapia intensiva, le complicanze respiratorie e di conseguenza i costi relativi al ricovero. Nel 2015 il progetto di miglioramento ha ottenuto il risultato di aumentare il tasso di applicazione del protocollo di Fast Track dal 33% al 62% e di Ultra Fast Track da 4,7% a 25,4%.



- **Uso sistematico dell'approccio trans-radiale nelle procedure di emodinamica**

Il progetto, finalizzato alla riduzione delle complicanze, è stato condotto dall'U.O di Emodinamica. L'accesso arterioso tradizionale, per via femorale, necessita di riposo a letto per 24 ore dopo l'esecuzione dell'esame ed aumenta i rischi di ematoma e complicanze vascolari, con relativo aumento delle giornate di degenza. Il progetto ha previsto l'utilizzo sistematico dell'accesso radiale che permette, invece, la mobilitazione immediata del paziente e un maggior comfort per il paziente stesso permettendogli una maggiore autonomia nelle sue funzioni fisiologiche ed un impatto psicologico ed emotivo minore. Il progetto ha avuto dei risultati anche nell'efficienza organizzativa, consentendo un minor utilizzo dei posti letto per l'osservazione del paziente post procedura e pertanto un maggior turn over di detti posti letto. Nel 2015 è stato utilizzato l'accesso radiale nel 70% dei pazienti (nel 2013 solo nel 30% dei pazienti) riducendo le complicanze legate all'utilizzo dell'accesso femorale del 60% circa.

- **Riduzione dell'incidenza di insufficienza renale acuta (*Acute Kidney Injury*) nei pazienti ospedalizzati**

Il Progetto è stato condotto da un gruppo multidisciplinare coordinato dall'U.O di nefrologia allo scopo di identificare i fattori di rischio per l'insorgenza insufficienza renale acuta nei pazienti ospedalizzati e definire le misure di prevenzione. In particolare a ogni paziente all'ammissione viene attribuito uno score di rischio basato sulla rilevazione di dati anamnestici e clinici correlati con l'insorgenza di insufficienza renale acuta durante l'ospedalizzazione. Per i pazienti con uno score di rischio elevato è prevista l'istituzione delle misure appropriate per la prevenzione dell'insorgenza della complicanza. Il monitoraggio dei risultati della valutazione del rischio ha permesso di identificare alcuni problemi nel modello utilizzato: in particolare, tale modello si è rilevato molto sensibile ma troppo poco specifico. Infatti il 68% dei pazienti ammessi in ospedale nel periodo di osservazione venivano classificati con questo modello ad alto rischio di insufficienza renale acuta. In atto è in corso una revisione del modello utilizzato, allo scopo di aumentarne la specificità ed il valore predittivo.

- **Adozione di un sistema per la sorveglianza e l'identificazione precoce dei segni di deterioramento clinico (*Early Warning System*)**

I pazienti possono andare incontro ad un progressivo deterioramento clinico, fino all'arresto cardiaco imprevisto. I segni del deterioramento clinico possono essere precocemente individuati e trattati a partire dal monitoraggio di un insieme di parametri fisiologici. A questo scopo, l'ISMETT ha adottato l'Early Warning System sviluppato dal *Royal College of Physicians*, un sistema di sorveglianza

che, sulla base del monitoraggio di sei parametri fisiologici, consente di intercettare precocemente i segni del deterioramento clinico e di valutare l'eventuale grado di instabilità in maniera efficace. A partire dalla documentazione dei parametri vitali rilevati periodicamente dal personale infermieristico, la cartella clinica elettronica calcola automaticamente un punteggio (score) di allerta dello stato clinico del paziente che consente di attivare l'intervento più appropriato (medico o Team delle emergenze).

3.2. PROGETTI PER IL CONTROLLO E LA RIDUZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)

- **Riduzione delle tromboflebiti**

Il progetto, condotto dal Gruppo per il controllo delle infezioni, ha avuto l'obiettivo di ridurre l'incidenza di tromboflebiti da catetere venoso periferico (CVP). Il progetto ha previsto un audit sulla gestione infermieristica degli accessi venosi periferici, la definizione di una dettagliata procedura infermieristica e la rimozione precoce del CVP se un catetere venoso centrale era in situ. I risultati sono stati positivi nel reparto di terapia intensiva dove si è osservata una diminuzione del tasso di tromboflebiti da 0.6‰ a 0.4 ‰. Le attività continueranno anche nel 2016.

- **Garantire la sicurezza dei pazienti sottoposti a procedure endoscopiche**

Il progetto, coordinato dal Comitato per le Infezioni Ospedaliere (CIO), ha avviato un dettagliato programma di campionamento di alcuni strumenti endoscopici (duodenoscopi) per assicurare che le procedure di sanificazione e alta disinfezione siano sempre accurate ed efficaci. Inoltre, è stato avviato un programma di formazione e sensibilizzazione rivolto al personale del servizio di endoscopia digestiva per istituire un team di professionisti altamente specializzati.

- **Controllo e prevenzione della diffusione di *Acinetobacter baumannii* in Terapia Intensiva**

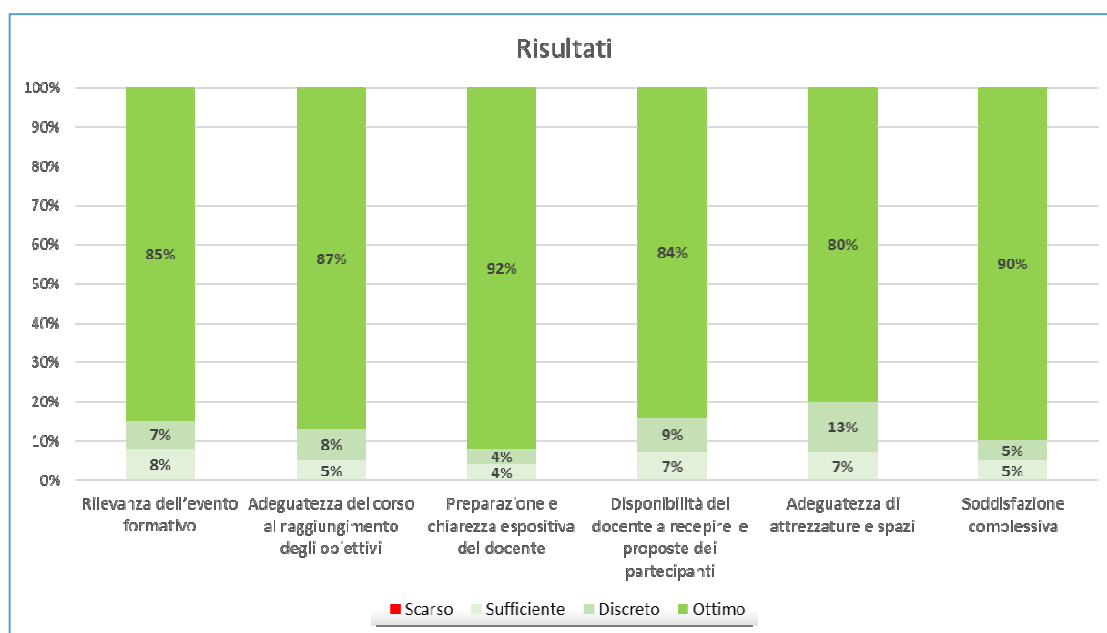
L'ISMETT accoglie una popolazione di pazienti che, per la gravità delle patologie di base (insufficienza terminale d'organo) e la complessità delle procedure a cui vengono sottoposti (trapianti d'organo), necessitano di ricoveri frequenti anche in altre strutture ospedaliere e sono pertanto maggiormente esposti ad essere portatori di germi multi farmaco resistenti quali *Acinetobacter baumannii* e germi produttori di carbapenemasi. Per tale motivo, al fine di eliminare ogni possibile fonte di crescita e moltiplicazione dei germi (*reservoir* ambientale) si è reso necessario intensificare le già esistenti procedure di sanificazione ambientale e in particolar modo all'interno della terapia Intensiva. Da un'analisi dei dati di sorveglianza delle infezioni è emersa la necessità di incrementare il numero delle risorse umane adeguatamente formate da destinare a questa attività. E' stata osservata una

riduzione dell'incidenza delle infezioni da 0.8, registrato nel 3 trimestre dell'anno a 0.1 nell'ultimo trimestre.

3.3. PROGETTI PER MIGLIORARE L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE E L'EMPOWERMENT DEL PAZIENTE

- **Avvio di corsi di educazione sanitaria per pazienti in attesa di trapianto di fegato e i loro familiari**

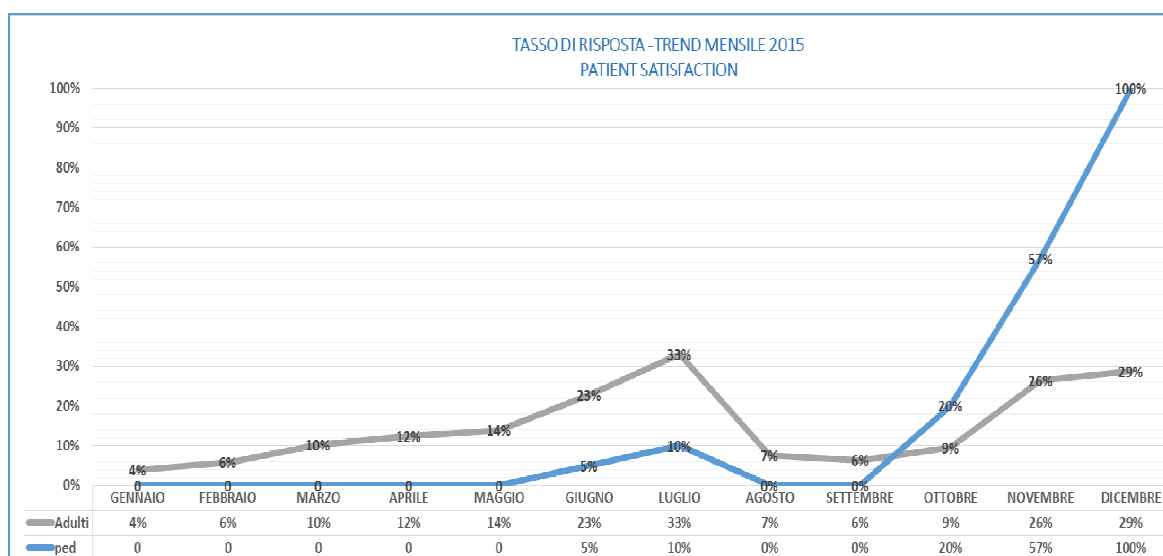
Il progetto, finalizzato all'*empowerment* del paziente, è stato curato dall'U.O di Epatologia ed ha riguardato l'effettuazione di corsi rivolti al paziente ed ai familiari. Il progetto ha previsto una fase pilota conclusasi a Marzo 2015 durante la quale sono state identificate tutte le necessarie azioni migliorative con l'obiettivo di trasferire ai pazienti ed ai familiari tutte le informazioni ritenute utili per raggiungere il grado di *empowerment* del paziente in lista d'attesa per il trapianto. Tra le azioni implementate dopo la fase pilota: la riduzione del numero di partecipanti per corso e la suddivisione degli argomenti trattati nel corso in due giornate formative. Di seguito viene riportato il tasso di soddisfazioni dei 74 partecipanti (pazienti e familiari) che hanno partecipato alla fase pilota del progetto:



- **Aumento del tasso di risposta alle indagini di patient satisfaction:**

Il progetto è stato condotto dall'Ufficio Qualità per rispondere alla diminuzione del tasso di risposta ai pazienti alle indagini di *Patient Satisfaction*. L'aspetto cruciale in un sistema efficace di rilevazione di *Patient Satisfaction* è la partecipazione dei pazienti. Una buona percentuale di ritorno assicura un campione di giudizi valido e rappresentativo dell'intera popolazione di pazienti, evitando così di

sottostimare aree di debolezza o sovrastimare aree di forza. Sensibilizzando il paziente sugli scopi e l'importanza di un suo feedback sulla qualità dell'assistenza il tasso di risposta aumenta. L'output del progetto è stato quello di creare una infrastruttura idonea per sensibilizzare, motivare e facilitare i pazienti alla compilazione del questionario e identificare le figure professionali idonee per continuare il lavoro avviato. Con il progetto il tasso di risposta dei pazienti adulti è passato dal **6.6%** nel 1 trimestre del 2015 al **21.3%** nell'ultimo trimestre dell'anno. Inoltre, è stato creato un flusso di distribuzione e analisi dei risultati anche per i pazienti pediatrici, il cui tasso di risposta ha raggiunto il **100%** nel mese di dicembre 2015.



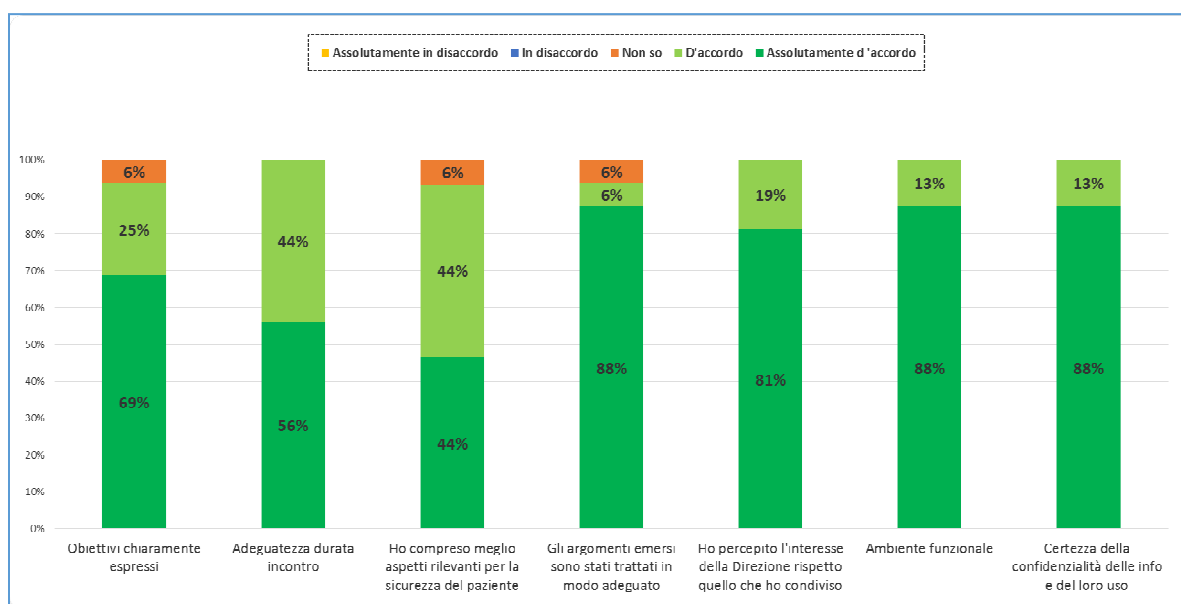
- **Indagine sulla qualità del sonno dei pazienti ricoverati**

Nel 2015 l'Istituto ha condotto una valutazione della qualità del sonno dei pazienti ospedalizzati. Il progetto condotto dall'Ufficio Qualità e dalla Direzione Infermieristica, ha previsto l'elaborazione di un questionario che è stato somministrato a 200 pazienti nei mesi di marzo e aprile. I risultati hanno evidenziato ampi margini di miglioramento ed è stato sviluppato un progetto, che sarà completato nel 2016, per migliorare la qualità del sonno dei pazienti ricoverati. Il progetto ha già previsto alcuni investimenti quali, la sostituzione dei materassi e dei cuscini, la cui qualità è stata ritenuta dai pazienti che hanno partecipato all'indagine non più adeguata. Sono inoltre in programma l'introduzione di materiale per proteggere i pazienti dai rumori; l'adozione di linee guida per la gestione e il trattamento dell'insonnia; la modifica di alcuni processi organizzativi ed un'intensa e capillare attività di sensibilizzazione rivolta agli operatori sanitari per garantire il rispetto del riposo notturno dei pazienti ricoverati.

3.4. PROGETTI PER MIGLIORARE LA CULTURA DELLA SICUREZZA

- **Avvio dei Giri della Leadership per la Sicurezza (Safety Leadership Walkarounds)**

Nel 2015 sono stati avviati all'ISMETT i **Safety Leadership Walkarounds** (SLW), una tecnica di *risk assessment* che prevede visite ed interviste strutturate da parte di esponenti della dirigenza agli operatori e dirigenti di unità operative e servizi sui temi della sicurezza e sulle cause che possono determinare eventi avversi o situazioni di criticità. Le interviste sono finalizzate ad identificare i rischi attuali o potenziali che possono portare ad eventi avversi per i pazienti e le misure che potrebbero essere utilmente introdotte per prevenirne l'accadimento e garantire la sicurezza del paziente. Questo approccio consente alla Leadership di conoscere e valutare le vulnerabilità del sistema e favorisce il reciproco impegno degli operatori e dei dirigenti nell'attuare miglioramenti per lo sviluppo di una cultura della sicurezza responsabile. Di seguito sono riportate le percentuali di soddisfazione degli operatori che hanno preso parte ai SLW:



4 DATI TRAPIANTI

I dati della qualità dei trapianti (risultati clinici) sono pubblici e sono consultabili sul sito del Centro Nazionale Trapianti (CNT). Dati di rilievo: L'ISMETT ha eseguito un totale di 1668 trapianti di organo (dati al 31.12.2015). Le sopravvivenze dopo trapianto ad 1 e 5 anni sono tra le migliori in campo nazionale (ed internazionale).

Trapianto	Numero casi al 31.12.2015	Sopravvivenza 1 anno	Sopravvivenza 5 anni
Fegato (Totale)	1000	89.8%	75.6%
Fegato da cadavere adulto	864	86.3% (86.0)	75.2% (74.0)
Fegato da vivente (adulto e pediatrico)	116	89.8%	77.4%
Fegato pediatrico (da donatore cadavere e vivente)	160	84.5%	79.2%
Rene da cadavere (11 con pancreas)	223	92.7% (97.2)	87.1% (92.2)
Rene da vivente	177	98%	97.2%
Polmone	133	78.3% (65.4)	65.4% (45.6)
Cuore	135	83.4% (83.5)	81% (74.8)

Nota: La tabella riporta i dati ISMETT. In parentesi, la media nazionale della sopravvivenza (dati CNT, ultimo aggiornamento 2000-2011).

Si noti inoltre che, per un accordo con il centro regionale trapianti (CNT), ad ISMETT è stata attribuita la responsabilità di eseguire i trapianti più complessi, ed in particolare quelli combinati con il trapianto di altri organi.

5. CONFRONTO INDICATORI DI PERFORMANCE 2014-2015

L'utilizzo degli indicatori per monitorare la performance ospedaliera consente l'individuazione precoce di eventuali aree d'intervento e l'identificazione di aree che richiedono ulteriori analisi e/o azioni migliorative. Le analisi di dettaglio - necessarie per valutare fenomeni molto complessi, quali la mortalità ospedaliera - prevedono il raffronto con gruppi di pazienti omogenei comparabili per presenza di fattori di rischio, età, malattie associate, etc. Gli indicatori monitorati riguardano le seguenti aree:

- Area Medica: Indicatori Generali e Linee Guida Cliniche
 - Dipartimento Medico Chirurgico Addominale
 - Dipartimento Medico Chirurgico Cardiotoracico
 - Pazienti Pediatrici
 - Dipartimento Anestesia e Rianimazione
- Area Infermieristica: Indicatori Generali
- Indicatori Trasversali:
 - Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)
 - Sicurezza del Paziente/ Opinioni dei Pazienti/Sicurezza Operatori

Diversi indicatori sono condivisi con l'*University of Pittsburgh Medical Center* ai fini di una comparazione dei trend su base mensile e trimestrale. Le attività di raccolta, monitoraggio e analisi dei dati hanno consentito di verificare l'efficacia dei miglioramenti e l'identificazione delle aree di miglioramento per il 2016.

5.1 METODOLOGIA

I risultati del 2015 sono stati messi a confronto con quelli del 2014. Per ciascun indicatore è stata condotta un'analisi volta a verificare se le differenze osservate possano considerarsi statisticamente significative. A tale scopo è stato condotto un test bidirezionale, ed è stato fissato un livello di significatività $\alpha = 0.05$.

Il livello di significatività (p-value) è indicato nella tabella di confronto ogni qualvolta sia stata individuata una significatività statistica.

LEGENDA	*	la differenza è statisticamente significativa e indica una performance peggiorativa
	*	La differenza è statisticamente significativa e indica un performance migliorativa
	NS	La differenza non è statisticamente significativa

5.2 RISULTATI

Dal confronto dei dati del 2015 con quelli dell'anno precedente è emersa una stabilità nell'andamento della performance in quasi tutti i processi osservati. In 13 casi le variazioni nei trend si sono rivelate statisticamente significative. Miglioramenti statisticamente significativi sono stati individuati in 11 casi. In particolare:

- Una significativa diminuzione del tasso di Embolie Polmonari da 0,4% a 0% (p-value 0.010);
- Una significativa diminuzione del tasso di Trombosi Venose Profonde da 0,4% a 0,1% (p-value 0.031);
- Un significativo aumento dell'aderenza alle linee guida sulla gestione del dolore, misurato attraverso la percentuale di pazienti che hanno un dolore documentato <3 nelle 24 h post op da 87,8% a 90,6% (p-value 0.028)
- Un significativo aumento dell'aderenza al protocollo di Ultra Fast Track in cardio chirurgia (estubazione precoce del paziente) dal 10,5% al 28,9% (p-value 0.000)
- Un significativo aumento dell'aderenza da parte del Dipartimento Medico Chirurgico Addominale alle linee guida che prevedono la verifica quotidiana della necessità di mantenere sul paziente eventuali dispositivi invasivi (catetere venoso centrale e catetere urinario) dal 91% al 93,3% (p-value 0.000)
- Un significativo aumento dell'aderenza da parte del Dipartimento Medico Cardiotoracico alle linee guida che prevedono la verifica quotidiana della necessità di mantenere sul paziente eventuali dispositivi invasivi (catetere venoso centrale e catetere urinario) dall'85,3% all'89,5% (p-value 0.046)
- Un significativo aumento dell'aderenza alle linee guida che prevedono il controllo e il mantenimento della normotermia intraoperatoria nei pazienti chirurgici dal 59% al 65% (p-value 0.004)

- Una significativa riduzione delle infezioni nosocomiali sostenute da ESBL (*Extended Spectrum Beta-Lactamases*) da 1.5% a 0.6% (p-value 0.019);
- Una significativa riduzione delle infezioni delle vie urinarie catetere correlate in Terapia Intensiva da 1,5 (*1000 giornate di degenza) a 0 (p-value 0.006);
- Un significativa aumento del tasso di soddisfazione del paziente (calcolato come la percentuale di risposte più alte alla domanda sulla soddisfazione complessiva sul totale dei questionari compilati) dal 72,3% al 82,7% (p-value 0.000);

Le aree di monitoraggio che richiedono ulteriori analisi per determinare eventuali correttivi riguardano invece:

- L'aumento del tasso di Insufficienza Renale Acuta (criteri KDIGO, stage 2 e 3) nei pazienti trapiantati dal 14,3 % al 33,8% (p-value 0.000)
- La riduzione dell'aderenza alle linee guida relative alla prescrizione di terapia antitrombotica dal 87,9% all'84,2% (p-value 0.005)
- L'aumento di infezioni nosocomiali sostenute da *Acinetobacter baumannii* dallo 0,3% allo 0,8% (p-value 0.011).

5.2.1 AREA MEDICA-INDICATORI GENERALI

AREA MEDICA: INDICATORI GENERALI									
INDICATORE	2014			2015			p-value	NUMERATORE	DENOMINATORE
	Num	Den	Rate	Num	Den	Rate			
MORTALITÀ	71	2778	2,6%	66	2524	2,6%	NS	Numero di pazienti deceduti	Totale pazienti dimessi
RIAMMISSIONI	235	2777	8,5%	179	2524	7,1%	NS	Numero di pazienti riammessi entro 30 gg dalla dimissione	Totale ammissioni in regime di ricovero ordinario
DURATA MEDIA DEGENZA (espressa in giorni)*	26582	2778	9,6	25950	2524	10,3	NS	Totale delle giornate di degenza erogate ai pazienti dimessi	Totale pazienti dimessi
MORTALITÀ 24 ORE POST-INTERVENTO	11	1439	0,8%	8	1264	0,6%	NS	Numero di pazienti deceduti entro 24 ore dall'intervento	Totale dei casi chirurgici in ricovero ordinario**
MORTALITÀ 30 GIORNI POST-INTERVENTO	28	1439	1,9%	22	1264	1,7%	NS	Numero di pazienti deceduti entro 30 gg dall'intervento	Totale dei casi chirurgici in ricovero ordinario**
RIAMMISSIONI IN SALA OPERATORIA	23	1439	1,6%	22	1264	1,7%	NS	Numero di riammissioni non previste in S. O. entro 48 ore dall'intervento	Totale dei casi chirurgici in ricovero ordinario**
EMBOLIE POLMONARI (EP)	10	2778	0,4%	1	2524	0,0%	* .0104	Numero di EP acquisite in ospedale	Totale pazienti dimessi
TROMBOSI VENOSA PROFONDA (TVP)	10	2778	0,4%	2	2524	0,1%	* .0316	Numero di TVP acquisite in ospedale	Totale pazienti dimessi
INSUFFICIENZA RENALE ACUTA (AKI)-complessivo	169	2778	6,1%	163	2524	6,5%	NS	N. pazienti con Insufficienza renale (criteri Stage 2 e 3 KDIGO)***	Numero di pazienti dimessi
INSUFFICIENZA RENALE ACUTA (AKI)- esclusi i trapianti	154	2673	5,8%	122	2396	5,1%	NS	N. pazienti con Insufficienza renale (criteri Stage 2 e 3 KDIGO)*** No Tx	Numero di pazienti dimessi (esclusi i Trapianti)
INSUFFICIENZA RENALE ACUTA (AKI)- trapianti	15	105	14,3%	41	128	32,0%	* .0005	N. pazienti con Insufficienza renale (criteri Stage 2 e 3 KDIGO)***	Numero di pazienti trapiantati dimessi

* Il valore si riferisce alla media

* escluse le procedure di urologia e la chirurgia da banco

***stage 2: aumento della creatinina 2-2.9 volte il livello di base. Stage 3: aumento della creatinina 3 volte il livello base; creatinina > 4; inizio di trattamento dialitico

5.2.2. AREA MEDICA -LINEE GLUIDA CLINICHE

LINEE GUIDA CLINICHE									
INDICATORE	2014			2015			p-value	NUMERATORE	DENOMINATORE
	Num	Den	Rate	Num	Den	Rate			
ORDINI DI INSULINA	327	406	80,5%	420	514	81,7%	NS	Totale pazienti con ordine di insulina	Tot. pazienti con due valori di glicemia > 150 entro le 24h dall'ammissione
PRESCRIZIONE TERAPIA ANTITROMBOTICA (VTE-1)	1349	1535	87,9%	1107	1314	84,2%	*.0050	Numero di pazienti che ricevono la profilassi per la VTE o non ne necessitano	Tot pazienti adulti non ammessi direttamente in ICU (degenza >2 gg)
PRESCRIZIONE TERAPIA ANTITROMBOTICA (VTE-2)	646	666	97,0%	686	707	97,0%	NS	Numero di pazienti che ricevono la profilassi per la VTE o non ne necessitano	Pazienti ammessi o trasferiti in T.I.
CONTROLLO DOLORE EVOCATO 24H POST OP	990	1179	84,0%	1001	1198	83,6%	NS	Numero di pazienti senza dolore evocato (pain scaile value ≤ 3)	Tot. pazienti chirurgici adulti per i quali è stata compilata l'apposita documentazione
CONTROLLO DOLORE A RIPOSO 24H POST OP	1036	1180	87,8%	1088	1201	90,6%	*.0280	Numero di pazienti senza dolore a riposo (pain scaile value ≤ 3)	Tot. pazienti chirurgici adulti per i quali è stata compilata l'apposita documentazione
CONTROLLO DOLORE EVOCATO 72H POST OP	980	1069	91,7%	978	1056	92,6%	NS	Numero di pazienti senza dolore evocato (pain scaile value ≤ 3)	Tot. pazienti chirurgici adulti per i quali è stata compilata l'apposita documentazione
CONTROLLO DOLORE A RIPOSO 72H POST OP	997	1066	93,5%	990	1056	93,8%	NS	Numero di pazienti senza dolore a riposo (pain scaile value ≤ 3)	Tot. pazienti chirurgici adulti per i quali vi è documentazione
GESTIONE CVC- Controllo appropriatezza	20956	23927	87,6%	21321	23523	90,6%	NS	Valutazione Giornaliera necessità CVC e Foley	N. giornate di CVC e foley
PREVENZIONE AKI	NA*			98	1716	5,7%	NS	Numero richieste consulto nefrologico	Numero pazienti con score> 3 alla valutazione del rischio AKI all'ammissione
MALATTIE INFETTIVE: MONITORAGGIO POST TRAPIANTO	12	2637	0,5%	24	3007	0,8%	NS	Numero di CMV-DNA ≥ 300000 post trapianto	Totale dosaggi di CMV-DNA (pazienti trapiantati)
ULTRA FAST TRACK CARDIO CHIRURGIA	56	566	10,5%	161	557	28,9%	*.0000	Numero di pazienti estubati entro 2 ore dalla fine dell'intervento	Totale procedure principali di cardiocirurgia
HAND WASHING	243	255	95,3%	495	517	95,7%	NS	Numero di conformità osservate	Totale osservazioni effettuate (personale medico)
*Score introdotto nel 2015									

5.2.3. AREA MEDICA-DIPARTIMENTO ADDOMINALE

DIPARTIMENTO MEDICO - CHIRURGICO ADDOMINALE									
INDICATORE	2014			2015			p-value	NUMERATORE	DENOMINATORE
	Num	Den	Rate	Num	Den	Rate			
MORTALITÀ	28	1280	2,2%	35	1220	2,9%	NS	Numero di pazienti deceduti	Totale pazienti dimessi
DURATA MEDIA DEGENZA (espressa in giorni)	9923	1280	7,8 *	10458	1220	8,6	NS	Totale delle giornate di degenza erogate	Totale pazienti dimessi
MORTALITÀ 24 ORE POST-INTERVENTO	3	537	0,6%	1	454	0,2%	NS	Numero di pazienti deceduti entro 24 ore dall'intervento	Totale dei casi di chirurgia addominale in ricovero ordinario**
MORTALITÀ 30 GIORNI POST-INTERVENTO	7	537	1,3%	4	454	0,9%	NS	Numero di pazienti deceduti entro 30 giorni dall'intervento	Totale dei casi di chirurgia addominale in ricovero ordinario**
RIAMMISSIONI IN SALA OPERATORIA	1	537	0,2%	1	454	0,2%	NS	Numero di riammissioni non previste in S. O. entro 48 ore dall'intervento	Totale dei casi di chirurgia addominale in ricovero ordinario**
INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (Chirurgia addominale)	20	555	3,6%	20	485	4,1%	NS	Numero di infezioni della ferita del sito chirurgico addominale	Numero di procedure chirurgiche addominali
CONTROLLO APPROPRIATEZZA DISPOSITIVI INVASIVI (CVC e Foley)	8770	9640	91,0%	8697	9415	92,4%	* .0004	Valutazione Giornaliera necessità CVC e Foley	numero pazienti ricoverati dipartimento addominale
INSUFFICIENZA RENALE ACUTA (AKI)-complessivo	67	1378	4,7%	65	1310	5,0%	NS	N. pazienti con Insufficienza renale (criteri Stage 2 e 3 KDIGO)***	pazienti dimessi addominale
INSUFFICIENZA RENALE ACUTA (AKI)- esclusi i trapianti	61	1292	4,7%	39	1220	3,2%	NS	N. pazienti con Insufficienza renale (criteri Stage 2 e 3 KDIGO)***	pazienti dimessi addominale (esclusi trapianti)
INSUFFICIENZA RENALE ACUTA (AKI)- solo trapianti	6	86	7,0%	26	90	28,9%	* .0001	N. pazienti con Insufficienza renale (criteri Stage 2 e 3 KDIGO)**-solo trapianti	Numero di pazienti dimessi cardiocirurgia (solo trapianti)
CONTROLLO DOLORE POST OPERATORIO (evocato)	383	462	82,9%	346	402	86,1%	NS	N. Pazienti con dolore evocato <3 a 24h post op	Pazienti chirurgia addominale per i quali è stato documentato il dolore
CONTROLLO DOLORE POST OPERATORIO (a riposo)	400	462	86,9%	358	402	89,1%	NS	N. Pazienti con dolore a riposo <3 a 24h post op	Pazienti chirurgia addominale per i quali è stato documentato il dolore

* il valore si riferisce alla media

* *esclusa la chirurgia da banco

***stage 2: aumento della creatinina 2-2.9 volte il livello di base, Stage 3: aumento della creatinina 3 volte il livello base; creatinina > 4; inizio di trattamento dialitico

5.2.4. AREA MEDICA –DIPARTIMENTO CARDIOTORACICO

DIPARTIMENTO MEDICO - CHIRURGICO CARDIO TORACICO									
INDICATORE	2014			2015			p-value	NUMERATORE	DENOMINATORE
	Num	Den	Rate	Num	Den	Rate			
MORTALITÀ	43	1387	3,1%	47	1304	3,6%	NS	Numero di pazienti deceduti	Totale pazienti dimessi
DURATA MEDIA DEGENZA (espressa in giorni)	15299	1387	11,0	15490	1304	11,9	NS	Totale delle giornate di degenza erogate	Totale pazienti dimessi
MORTALITÀ 24 ORE POST-INTERVENTO	8	871	0,9%	7	828	0,8%	NS	Numero di pazienti deceduti entro 24 ore dall'intervento	Tot dei casi di chirurgia cardiotoracica in ricovero ordinario*
MORTALITÀ 30 GIORNI POST-INTERVENTO	21	871	2,4%	19	828	2,3%	NS	Numero di pazienti deceduti entro 30 giorni dall'intervento	Tot dei casi di chirurgia cardiotoracica in ricovero ordinario*
RIAMMISSIONI IN SALA OPERATORIA	21	871	2,4%	21	828	2,5%	NS	Numero di riammissioni non previste in S.O. entro 48 ore dall'intervento	Tot dei casi di chirurgia cardiotoracica in ricovero ordinario*
INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (CT)	29	659	4,4%	23	621	3,7%	NS	Numero di infezioni del sito chirurgico sternale	Numero di procedure di cardiocirurgia
CONTROLLO APPROPRIATEZZA DISPOSITIVI INVASIVI (CVC e Foley)	12186	14287	85,3%	12920	14375	89,9%	* .0463	Valutazione Giornaliera necessità CVC e Foley	N. giornate di degenza
INSUFFICIENZA RENALE ACUTA (AKI)-complessivo	102	1400	7,3%	98	1417	6,9%	NS	N. pazienti con Insufficienza renale (criteri Stage 2 e 3 KDIGO)**	Numero di pazienti dimessi cardiocirurgia
INSUFFICIENZA RENALE ACUTA (AKI)- esclusi i trapianti	93	1381	6,7%	83	1379	6,0%	NS	N. pazienti con Insufficienza renale (criteri Stage 2 e 3 KDIGO)**-esclusi i trapianti	Numero di pazienti dimessi cardiocirurgia (esclusi i trapianti)
INSUFFICIENZA RENALE ACUTA (AKI)- solo trapianti	9	19	47,4%	15	38	39,5%	NS	N. pazienti con Insufficienza renale (criteri Stage 2 e 3 KDIGO)**-solo trapianti	Numero di pazienti dimessi cardiocirurgia (solo trapianti)
CONTROLLO DOLORE POST OPERATORIO (evocato)	579	667	86,8%	514	582	88,3%	NS	N. Pazienti con dolore evocato <3 a 24h post op	Pazienti chirurgia cardiotoracica per i quali è stata documentato il dolore
CONTROLLO DOLORE POST OPERATORIO (a riposo)	600	667	90,0%	532	582	91,4%	NS	N. Pazienti con dolore a riposo <3 a 24h post op	Pazienti chirurgia cardiotoracica per i quali è stato documentato il dolore

* il valore si riferisce alla media

**stage 2: aumento della creatinina 2-2.9 volte il livello di base. Stage 3: aumento della creatinina 3 volte il livello base; creatinina > 4; inizio di trattamento dialitico

5.2.5. AREA MEDICA- PEDIATRIA

PAZIENTI PEDIATRICI									
INDICATORE	2014			2015			p-value	NUMERATORE	DENOMINATORE
	Num	Den	Rate	Num	Den	Rate			
MORTALITÀ	0	111	0,0%	0	114	0,0%	NS	Numero di pazienti deceduti	Totale pazienti pediatrici dimessi
DURATA MEDIA DEGENZA (espressa in giorni)	756	79	9,6	1267	114	11,1	NS	Totale delle giornate di degenza erogate	Totale pazienti pediatrici dimessi (solo pazienti con specialità di dimissione "pediatria")
MORTALITÀ 24 ORE POST-INTERVENTO	0	31	0,0%	0	20	0,0%	NS	Numero di pazienti deceduti entro 24 ore dall'intervento	Tot dei casi di chirurgia addominale ped in ricovero ordinario
MORTALITÀ 30 GIORNI POST-INTERVENTO	0	31	0,0%	0	20	0,0%	NS	Numero di pazienti deceduti entro 30 giorni dall'intervento	Tot dei casi di chirurgia addominale ped in ricovero ordinario
RIAMMISSIONI IN SALA OPERATORIA	0	31	0,0%	0	20	0,0%	NS	Numero di riammissioni non previste in S. O. entro 48 ore dall'intervento	Tot dei casi di chirurgia addominale ped in ricovero ordinario
DISLOCAZIONI ACCIDENTALI CVC (catetere venoso centrale)	6	594	10.1	3	899	3,3	NS	Numero dislocazioni pazienti <12 anni	Numero dei giorni di linea centrale (tasso per 1000)
CONTROLLO APPROPRIATEZZA DISPOSITIVI INVASIVI (CVC e Foley)	1093	1128	96,9%	1280	1312	97,6%	NS	Valutazione Giornaliera necessità CVC e Foley	N. giornate di degenza
BATTERIEMIE ASSOCIATE AL CATETERE VENOSO CENTRALE (CLAB)	0	688	0,0%	2	899	0,2%	NS	Numero di infezioni della linea centrale	Numero dei giorni di linea centrale (tasso per 1000)
CADUTE	1	1360	0.7	0	1267	0,0	NS	Numero di cadute segnalate	Numero dei giorni di degenza (tasso per 1000)

* Pazienti con specialità di dimissione "Pediatria" e tutti i pazienti con età < 18 anni appartenenti ad altre specialità

5.2.6. AREA MEDICA- ANESTESIA E RIANIMAZIONE

DIPARTIMENTO ANESTESIA E RIANIMAZIONE									
INDICATORE	2014			2015			p-value	NUMERATORE	DENOMINATORE
	Num	Den	Rate	Num	Den	Rate			
USO DI AGENTE ANTAGONISTA DOPO ANESTESIA	38	2139	1,8%	45	2035	2,2%	NS	Numero di somministrazione di agente antagonista	Numero di anestesi e
ULTRA FAST TRACK CARDIO CHIRURGIA	56	566	10,5%	161	557	28,9%	* .0000	Numero di pazienti estubati entro 2 ore dalla fine dell'intervento	Totale procedure principali di cardiocirurgia
REINTUBATION	31	826	3,8%	29	734	3,9%	NS	Numero di pazienti reintubati entro le 24h dall'estubazione	Totale pazienti estubati
RIAMMISSIONI IN TERAPIA INTENSIVA (48h)	14	975	1,4%	28	946	3,0%	NS	Totale riammissioni in T.I. entro le 48h dall'ultima dimissione	Totale ammissioni in T.I
BATTERIEMIE ASSOCIATE AL CATETERE VENOSO CENTRALE (CLAB) IN TERAPIA INTENSIVA	3	4178	0,7	6	4462	1,3	NS	Numero di infezioni della linea centrale in T.I.	Numero dei giorni di linea centrale in T.I (tasso per 1000)
EVENTI ASSOCIATI AL VENTILATORE (<i>Ventilator Associated Events</i> -VAE)	5	2471	2,0	11	2476	4,4	NS	Numero di nuovi casi di polmoniti associate alla ventilazione meccanica (VAE) in Terapia Intensiva	Totale giorni di ventilazione (tasso per 1000)
PRESCRIZIONE TERAPIA ANTITROMBOTICA (VTE-2)	646	666	97,0%	686	707	97,0%	NS	Numero di pazienti che ricevono la profilassi per la VTE o non ne necessitano	Pazienti ammessi o trasferiti in T.I.
CONTROLLO NORMOTERMIA INTRAOPERATORIA	654	1107	59,0%	686	1055	65,0%	* .0044	N. Pazienti con almeno 1 rilevazione $\geq 36^{\circ}\text{C}$ entro 30 min prima o 15 min dopo la fine dell'anestesia	pazienti chirurgia addominale (esclusi trapianti fegato)

5.2.7. AREA INFERMIERISTICA

AREA INFERMIERISTICA									
INDICATORE	2014			2015			p-value	NUMERATORE	DENOMINATORE
	Num	Den	Rate	Num	Den	Rate			
ULCERE DA DECUBITO	7	2777	0,3%	8	2240	0,4%	NS	Numero di ulcere da decubito (grado ≥ 2) acquisite in ospedale	Totale ammissioni in regime di ricovero ordinario
CADUTE	13	26669	0,5	14	26274	0,5	NS	Numero di cadute segnalate	Numero dei giorni di degenza (tasso per 1000)
CADUTE CON DANNO	3	26669	0,1	4	26274	0,2	NS	Numero di Cadute con danno al paziente segnalate	Numero dei giorni di degenza (tasso per 1000)
TROMBOFLEBITI IN CTU	10	11433	0,87	10	11206	0,9	NS	N. Tromboflebiti (SST)	N. Pt days (tasso per 1000)
DISLOCAZIONI ACCIDENTALI CVC (catetere venoso centrale)	6	594	10,1	3	899	3,3	NS	Numero dislocazioni pazienti <12 anni	Numero dei giorni di linea centrale (tasso per 1000)
TROMBOFLEBITI IN ICU	3	4773	0,63	2	4919	0,40	NS	N. Tromboflebiti (SST) in ICU	N. Pt days in ICU (tasso per 1000)
HAND WASHING	479	523	92,5%	1034	1092	94,7%	NS	Numero di Hand Washing osservate	Totale osservazioni sul personale infermieristico

5.2.8 INDICATORI TRASVERSALI-CONTROLLO INFEZIONI

CONTROLLO DELLE INFEZIONI									
INDICATORE	2014			2015			p-value	NUMERATORE	DENOMINATORE
	Num	Den	Rate	Num	Den	Rate			
INFEZIONI NOSOCOMIALI	262	26669	9,9	225	26274	8,5	NS	Numero di infezioni nosocomiali	Numero dei giorni di degenza (tasso per 1000)
INFEZIONI DA MDRO (<i>Multi Drug -Resistant Organism</i>)	70	26669	2,6	71	26274	2,7	NS	Numero di infezioni nosocomiali MDRO	Numero dei giorni di degenza (tasso per 1000)
INFEZIONI DA CRKP (<i>Carbapenem-Resistant Klebsiella Pneumoniae</i>)	19	26669	0,7	23	26274	0,9	NS	Numero di nuove infezioni da CRKP nosocomiali	Numero dei giorni di degenza (tasso per 1000)
INFEZIONI DA ESBL (<i>Extended Spectrum Beta-Lactamases</i>)	41	26669	1,5	17	26274	0,6	* .0019	Numero di nuove infezioni da ESBL nosocomiali	Numero dei giorni di degenza (tasso per 1000)
INFEZIONI DA ACINETO (<i>Acinetobacter Baumannii</i>)	7	26669	0,3	20	26274	0,8	* .0110	Numero di nuove infezioni da acinetobacter nosocomiali	Numero dei giorni di degenza (tasso per 1000)
INFEZIONI DA MRSA (<i>Meticillin- Resistant Staphylococcus Aureus</i>)	3	26669	0,1	6	26274	0,2	NS	Numero di infezioni da MRSA identificate dopo più di 3 gg dal ricovero	Numero dei giorni di degenza (tasso per 1000)
INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (Complessivo)	58	1392	4,2%	41	1297	3,2%	NS	Numero di infezioni del sito chirurgico identificate durante il ricovero (30 gg o 365 gg se con dispositivo)	Tot dei casi chirurgici in ricovero ordinario (escluse le procedure di urologia e la chirurgia da banco)
INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (Chirurgia addominale)	20	555	3,6%	20	485	4,1%	NS	Numero di infezioni della ferita del sito chirurgico addominale	Numero di procedure chirurgiche addominali
INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (Cardiochirurgia)	29	659	4,4%	23	621	4%	NS	Numero di infezioni del sito chirurgico sternale	Numero di procedure di cardiochirurgia
INFEZIONI DA C. DIFF (<i>Clostridium difficile</i>)	5	26669	1,9	3	26274	1,1	NS	Numero di infezioni da Clostridium difficile	Totale giorni di degenza (tasso per 10000)
CLAB -BATTERIEMIE ASSOCIATE AL CATETERE VENOSO CENTRALE	16	9298	1,7	15	9742	1,5	NS	Numero di infezioni della linea centrale	Numero dei giorni di linea centrale (tasso per 1000)
CLAB ICU -BATTERIEMIE ASSOCIATE AL CATETERE VENOSO CENTRALE in Terapia Intensiva	3	4178	0,7	6	4462	1,3	NS	Numero di infezioni della linea centrale in T.I.	Numero dei giorni di linea centrale in T.I. (tasso per 1000)
VAE - EVENTI ASSOCIATI AL VENTILATORE	5	2471	2,0	11	2476	4,4	NS	Numero di nuovi casi di polmoniti associate alla ventilazione meccanica (VAE)	Totale giorni di ventilazione (tasso per 1000)
UTI ICU-INFEZIONI DELLE VIE URINARIE CATETERE CORRELATE in Terapia Intensiva	7	4645	1,5	0	4892	0,0	* .0066	Numero di UTI collegate all'uso di catetere foley	Numero di giorni di utilizzo del catetere foley (tasso per 1000)
HAND WASHING	1037	1104	93,9%	2213	2341	94,5%	NS	Numero di HW osservate	Totale osservazioni

5.2.9 INDICATORI TRASVERSALI-SICUREZZA E SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

SICUREZZA PAZIENTE-SODDISFAZIONE PAZIENTE E SICUREZZA OPERATORI										
INDICATORE		2014			2015			p-value	NUMERATORE	DENOMINATORE
		Num	Den	Rate	Num	Den	Rate			
INDICATORI RELATIVI ALLA SICUREZZA DEL PAZIENTE	DANNO DA ERRORE FARMACOLOGICO	4	26669	0,1	2	26274	0,1	NS	Numero di errori farmacologici che causano danno al paziente (livelli E-G MERP)	Numero dei giorni di degenza (tasso per 1000)
	MEDICATION ERRORS NEARMISSES	33	26669	1,2	47	26274	1,8	NS	Numero di errori che non hanno causano un danno al paziente (C e D of NCC MERP)	Totale giorni di degenza (tasso per 1000)
	CONDITION	63	26669	2,4	81	26274	3,1	NS	Numero di Conditions Cattivate per pazienti ricoverati	Numero dei giorni di degenza (tasso per 1000)
	EVENTI AVVERSI (TRIGGERS)	85	1799	47	68	1642	41	NS	Numero di eventi awersi individuati tramite Triggers	Totale giorni di degenza campione (tasso per 1000)
	EVENTI SENTINELLA		2			2		NS	Eventi sentinella segnalati	
OPINIONI E BISOGNI DEI PAZIENTI	SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE	365	505	72,3%	320	387	82,7%	NS	Numero di risposte circa la soddisfazione generale con i due piu' alti livelli di soddisfazione (A e B)	Numero di questionari compilati
	SINISTRI	22	26669	0,8	14	26274	0,5	NS	Numero di sinistri	Numero dei giorni di degenza (tasso per 1000)
	RECLAMI URP	14	26669	0,5	22	26274	0,8	NS	Numero di reclami presentati all'URP	Numero dei giorni di degenza (tasso per 1000)
SICUREZZA	INFORTUNI BIOLOGICI	48	681	7,1%	56	681	8,2%	NS	Numero Infortuni biologici dipendenti	Media operatori clinici in attivo

6. TABELLA DI SINTESI SUGLI OBIETTIVI QUALITÀ 2015

Di seguito sono riportate le valutazioni sugli obiettivi di miglioramento della qualità identificati nel 2014. La valutazione è stata condotta, laddove appropriato, attraverso la raccolta dati, per la cui analisi si rimanda al paragrafo 5 “Confronto performance 2014-2015”.

Legenda valutazione: * = Raggiunto – * = Non raggiunto – NM = Non misurabile (per mancanza del dato storico o non ancora rilevato)

OBIETTIVO MIGLIORAMENTO	INDICATORE	VALORE 2014	VALORE 2015	Valutazione
Riduzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)	Tasso infezioni nosocomiali	9.9‰	8.5‰	*
	Tasso Infezioni MDRO (KPC-MRSA-Acineto-ESBL)	2.6‰	2.7‰	*
	Tasso Batteriemie da Linea centrale (CLAB)	1.7‰	1.5‰	*
	Tasso Infezioni Sito Chirurgico	4.2%	3.2%	*
Riduzione degli EA prevenibili, con particolare attenzione all'incidenza di insufficienza renale acuta in ospedale (AKI)	Tasso eventi avversi (Trigger Tool)	47‰	41‰	*
	Tasso Incidenza AKI (criteri Stage 2 e 3 KDIGO)	6.1%	6.5%	*
Rispetto del riposo notturno per i pazienti ospedalizzati	Tasso soddisfazione pazienti sulla qualità del sonno in ospedale	32%	-	NM ¹
Aumento della percentuale di risposta alle indagini di soddisfazione del paziente	Tasso di risposta degenza (Adulti)	19.4%	16%	*
Ottenimento Certificazione Triennale JCI e ISO	Superamento delle verifiche ispettive ISO e JCI senza visite di follow up	-	-	*
Aumento Produzione Ricerca	Impact Factor Normalizzato	250		NM
	Aumento Numero pubblicazioni	70	-	NM

¹ Progetto in corso nel 2016

7. REPORT SEGNALAZIONI VOLONTARIE (*INCIDENT REPORTS*)

Nel 2015 sono stati segnalati 200 eventi tramite il software per la segnalazione degli incidenti (Incident Report Software). Le segnalazioni sono state distinte in eventi con impatto - potenziale o effettivo - sulla sicurezza del paziente (***Patient Safety Event***) e disfunzioni organizzative senza nessun impatto, anche potenziale, sulla sicurezza del paziente (***Organizational Events***).

Nel 2015 sono stati segnalati:

- **30 *Organizational Events*** (15%)
- **170 *Patient Safety Event*** (85%).

Per classificare la gravità dei 170 eventi *Patient Safety*, anche ai fini della prioritizzazione degli interventi, è stato utilizzato l'indice di classificazione sottoriportato, elaborato dal *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCC MERP) e l'algoritmo riportato alla pagina seguente.

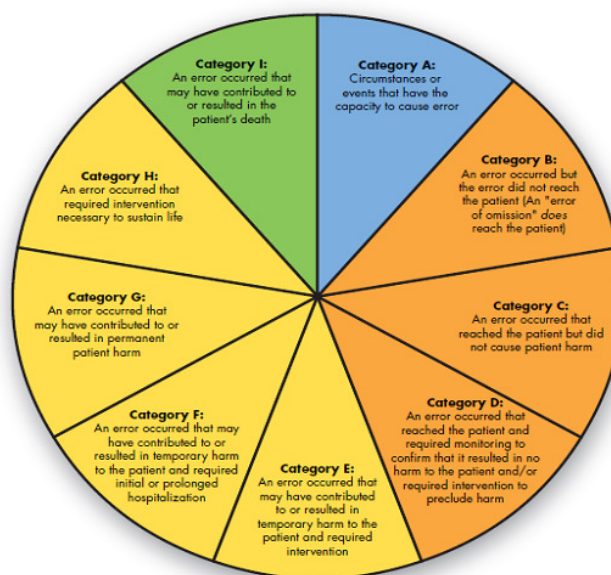
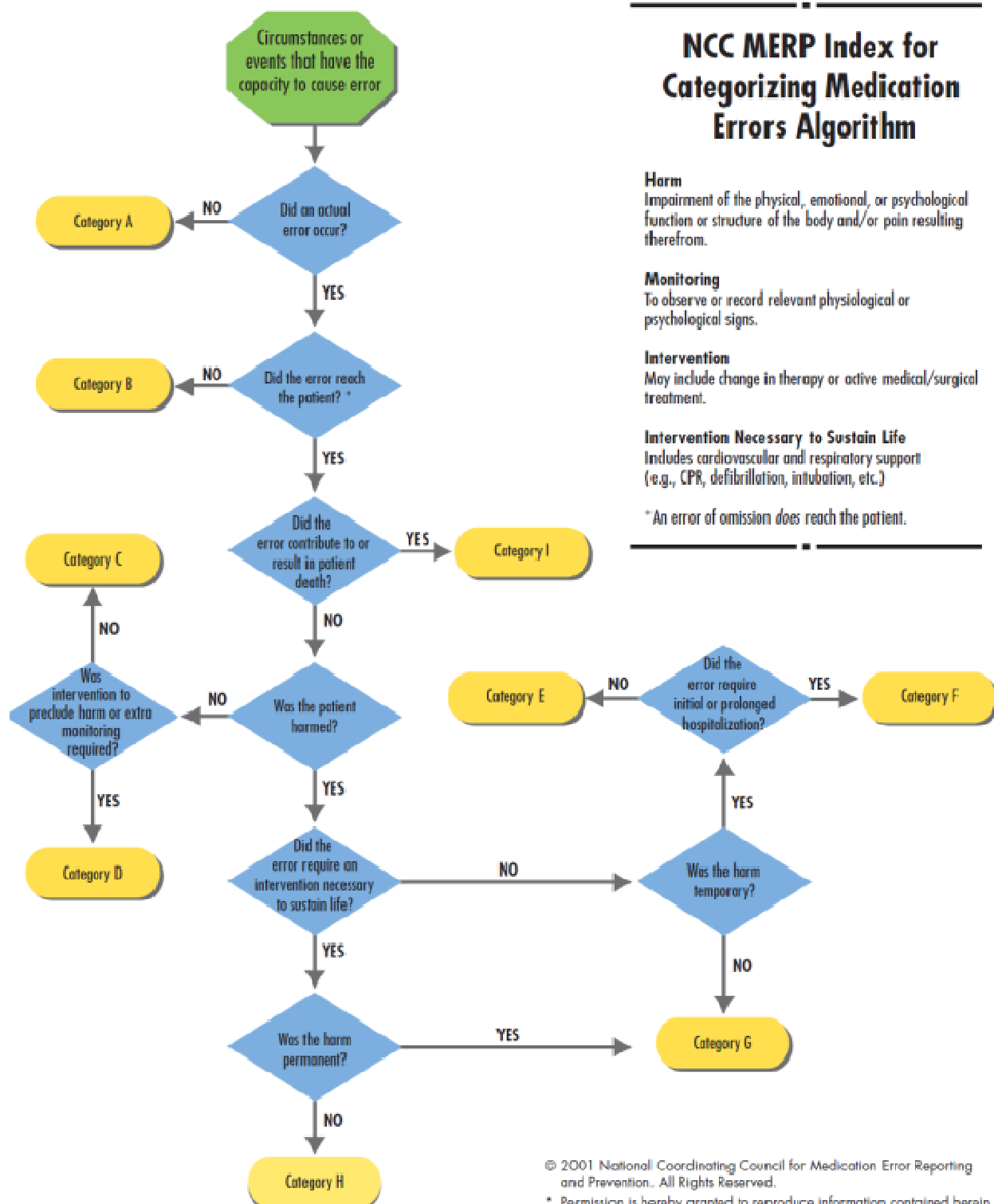


Figura 2: *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention Index*



© 2001 National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. All Rights Reserved.

* Permission is hereby granted to reproduce information contained herein provided that such reproduction shall not modify the text and shall include the copyright notice appearing on the pages from which it was copied.

PSF0306

Degli eventi *Patient Safety*, il 9.5% (n. 19) ha causato un danno al paziente. Pertanto, il tasso di incidenza di eventi avversi, rapportato alle giornate di degenza (x 1000) è dello 0.7.

Si noti che dei 19 eventi che hanno causato un danno, 16 hanno avuto un livello di gravità **E** del MERP (*danno temporaneo che ha richiesto un intervento*), tra cui si registrano 4 cadute con danno minore. Gli eventi classificati con un livello di gravità maggiore (3), comprendono:

- n. 1 di livello F: *evento che ha richiesto un intervento o il prolungamento della degenza del paziente;*
- n. 2 di livello H: *eventi che hanno richiesto un intervento salva-vita.*

Per gli eventi che hanno causato un danno maggiore (eventi sentinella) è stata condotta una *Root Cause Analysis* (Analisi delle Cause Radice) atte a identificare i fattori contribuenti e le cause sistemiche che hanno concorso alla genesi dell'evento allo scopo di mettere in atto delle misure correttive e garantire che eventi analoghi non si verifichino più.

Di seguito viene riportata la distribuzione del livello di gravità di eventi segnalati nel I e nel II semestre del 2015.

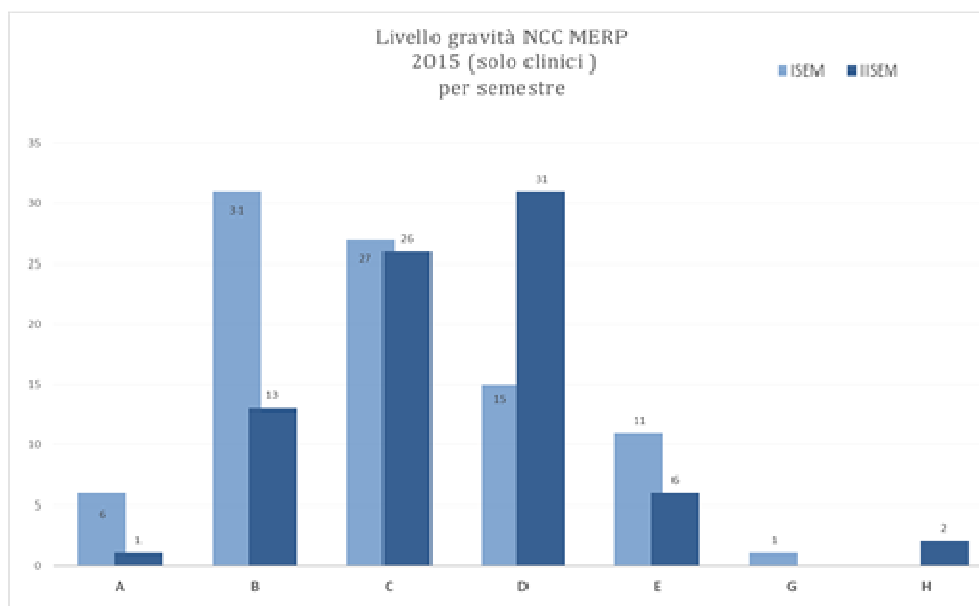


Figura 3: distribuzione del livello di gravità delle segnalazioni 2015

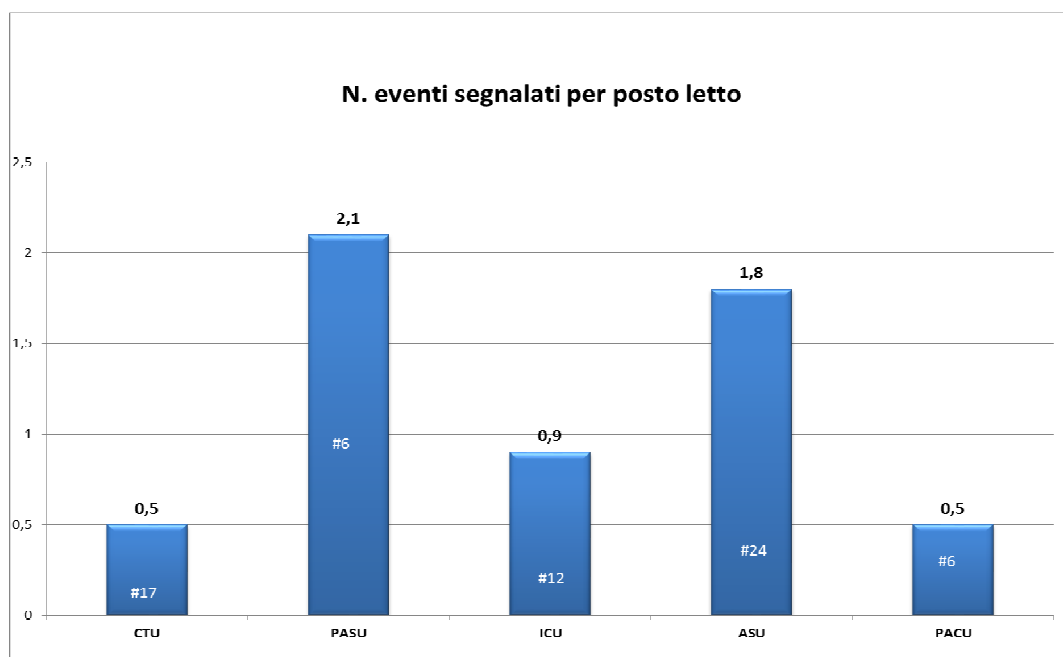


Figura 4: numero eventi per posto letto nei diversi reparti

Gli eventi *Patient Safety*, distinti in eventi con danno ed eventi senza danno, sono stati suddivisi in 12 classi di tipologia come rappresentato nel grafico alla pagina seguente, dal quale si evince che le segnalazioni più ricorrenti riguardano eventi legati alle procedure chirurgiche e interventistiche (n. 39/200).

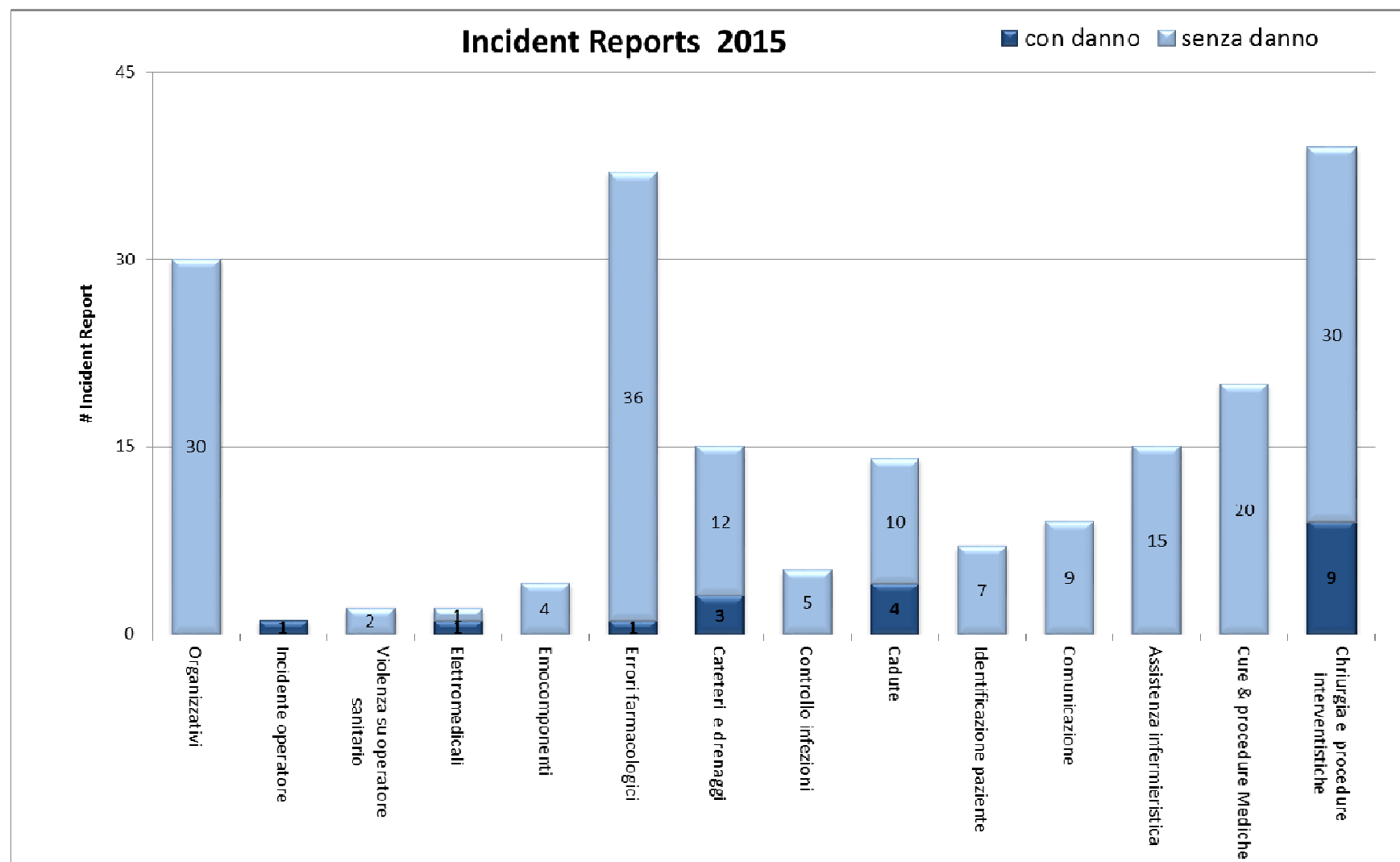


Figura 5: Distribuzione degli eventi per tipologia

8 Rilevazione Eventi Avversi con il *Global Trigger Tool*

ISMETT ha adottato la metodologia *Global Trigger Tool* (GTT) elaborata dall'Institute for Healthcare Improvement (IHI) che, attraverso la revisione retrospettiva su base mensile di un campione di cartelle cliniche di pazienti dimessi (n. 20), consente l'identificazione del tasso di eventi avversi della struttura in maniera più accurata rispetto la segnalazione volontaria di eventi. Il metodo identifica gli eventi considerati "trigger" (indizi) che vengono poi valutati dal personale clinico per determinare se effettivamente si tratta di un danno arrecato al paziente. Grazie alla semplicità della metodologia, l'ospedale può effettuare il monitoraggio del tasso di eventi avversi nel tempo e determinare le aree prioritarie di intervento. Di seguito sono riportati i livelli di gravità dei 68 eventi avversi identificati nel 2015, secondo la classificazione NCC MERP (allegato 1)

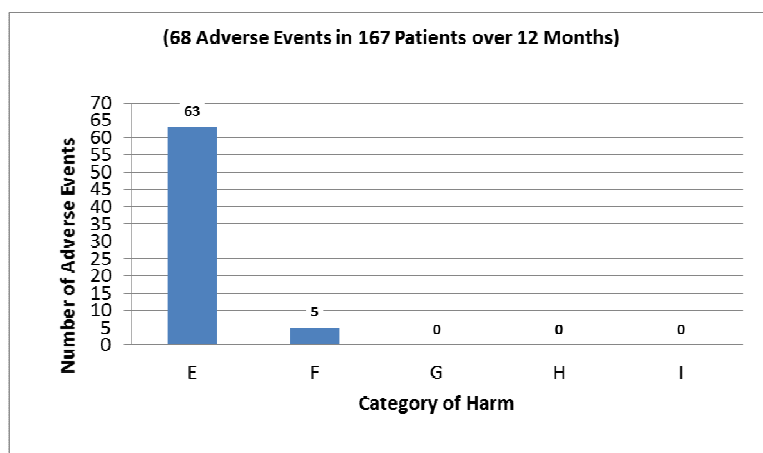


Figura 6: livello di gravità eventi identificati con il GTT

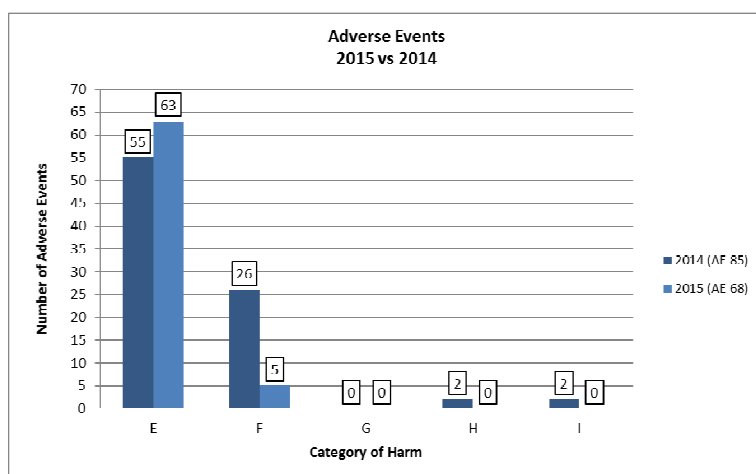


Figura 7: Confronto 2014-2015 livello di gravità eventi identificati con il GTT

L'andamento mensile del tasso, che nel 2015 è stato complessivamente del 41 per 1000, è riportato al grafico seguente.

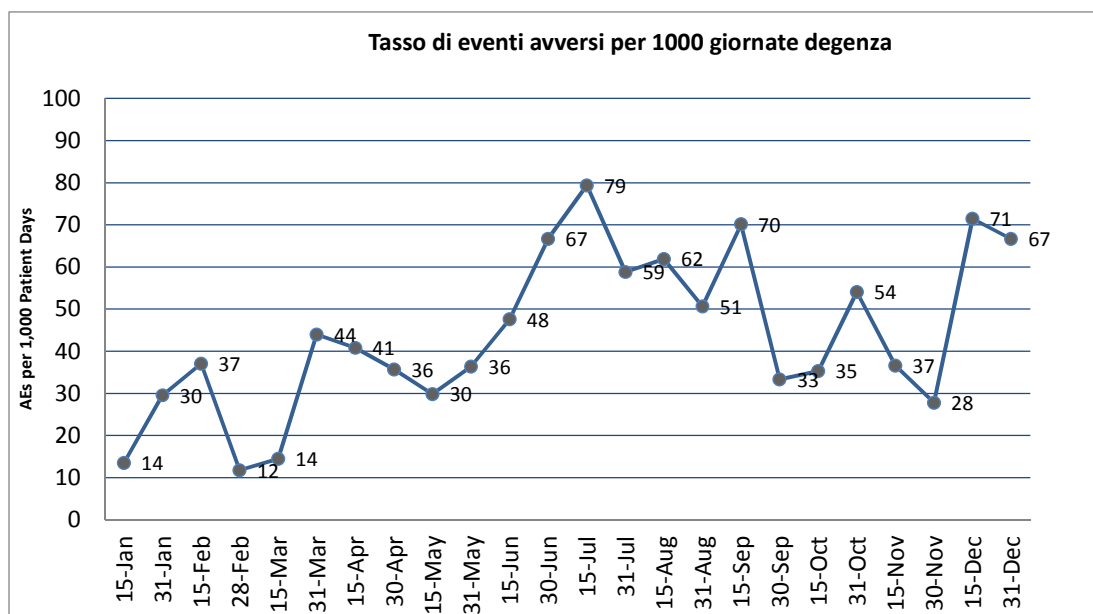


Figura 8: andamento mensile tasso eventi avversi identificati

9 RILEVAZIONE QUALITÀ PERCEPITA

Nel 2015 L'ISMETT ha adottato un nuovo questionario per rilevare la soddisfazione dei pazienti: un adattamento, semplificato, del modulo sviluppato negli USA, *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (HCAHPS).

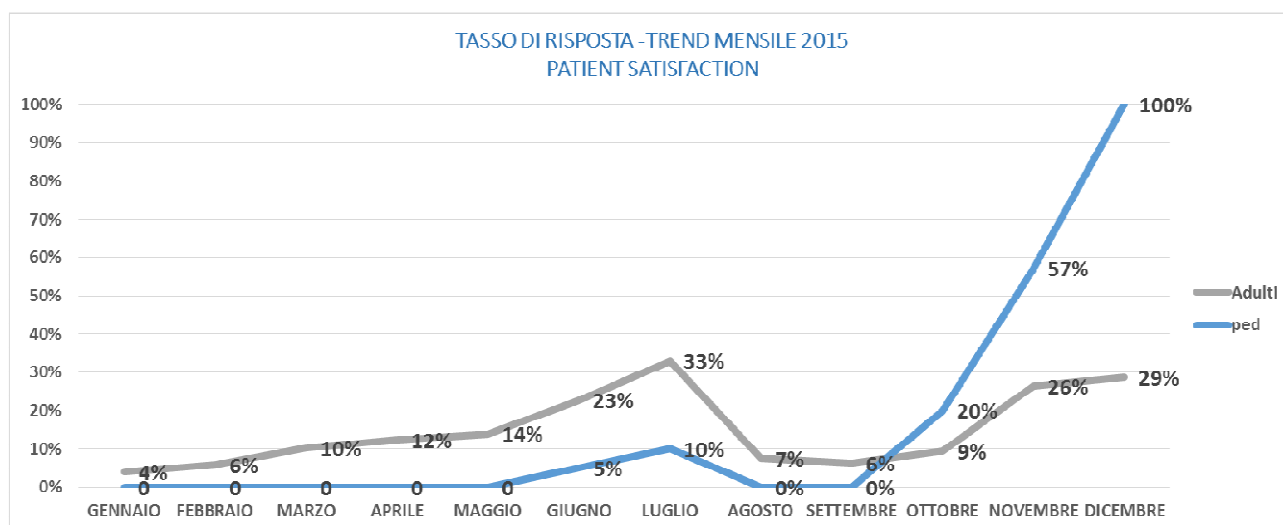
Il questionario contiene 26 domande riguardanti vari aspetti quali:

- La qualità dell'assistenza infermieristica
- La qualità delle cure mediche
- La qualità dell'ambiente di degenza
- La qualità della gestione del dolore
- La qualità delle informazioni ricevute relativamente alle terapie farmacologiche
- La qualità delle informazioni ricevute alla dimissione

I pazienti ricevono il questionario in degenza il giorno della dimissione, quindi al termine del percorso assistenziale.

9.1 TASSI DI RISPOSTA

Nel periodo compreso tra il 1° gennaio e il 31 dicembre 2015 sono stati analizzati 397 questionari (percentuale di ritorno -calcolata sui dimessi- del 15,7%). L'aumento della percentuale di ritorno dei questionari è stato uno degli obiettivi di miglioramento del 2015 e continuerà per il 2016 allo scopo di valutare un campione significativo per determinare i livelli di soddisfazione degli utenti. Di seguito è riportato il trend mensile del tasso di risposta dei pazienti, distinto in paesi adulti e pediatrici. Si noti che il processo di distribuzione dei questionari è stato modificato nel mese di ottobre, prevedendo che sia il personale infermieristico (le *Patient Care Coordinator*) a consegnare il questionario al paziente e a spiegare l'utilità dei giudizi resi.



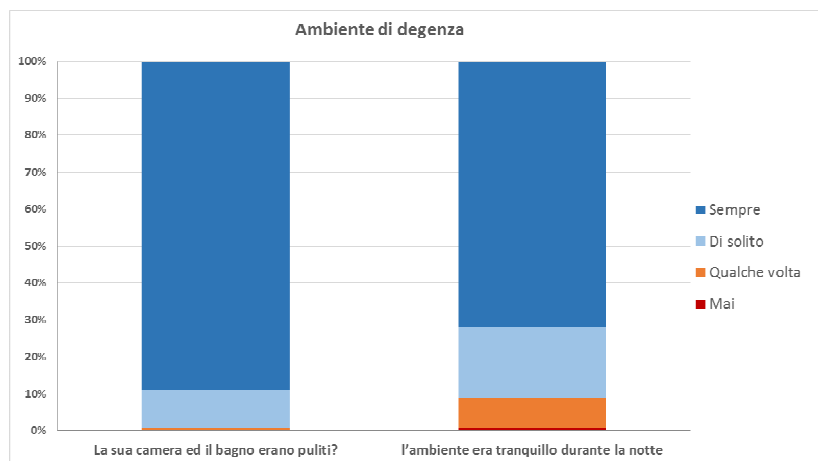
9.2 GIUDIZI COMPLESSIVI

I dati analizzati confermano un ottimo livello generale di soddisfazione del paziente. In particolare:

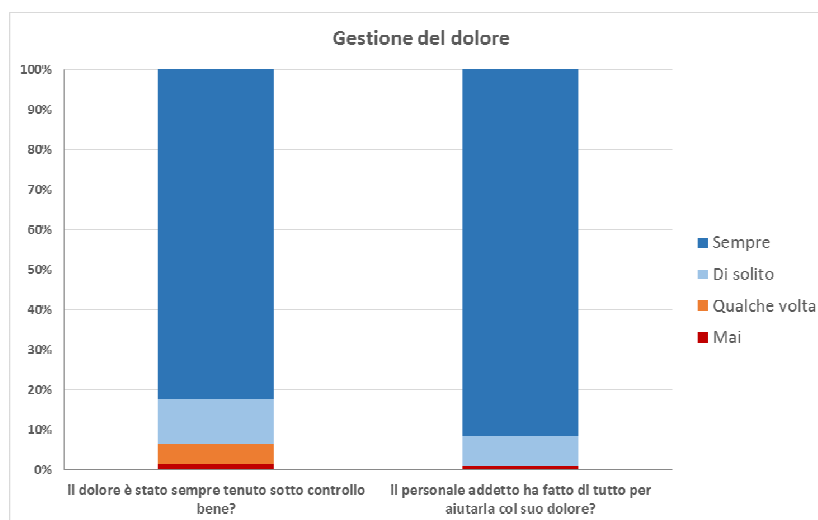
- Il 90% dei rispondenti ha espresso un giudizio eccellente sulle cure e sull'assistenza dell'ISMETT (indicando 9 o 10 da una scala da 0 a 10)
- L'85% dei rispondenti ha dichiarato che consiglierebbe l'ISMETT ad amici e parenti
- Il 58% dei rispondenti ha dichiarato che le cure e l'assistenza ricevute in ISMETT hanno superato le proprie aspettative.

Il questionario contiene delle domane a scelta multipla e il paziente può esprimere un giudizio su una scala di 4 valori (*sempre; di solito, qualche volta, mai*). Alla pagina seguente sono riportati i giudizi dei pazienti ai singoli campi di indagine.

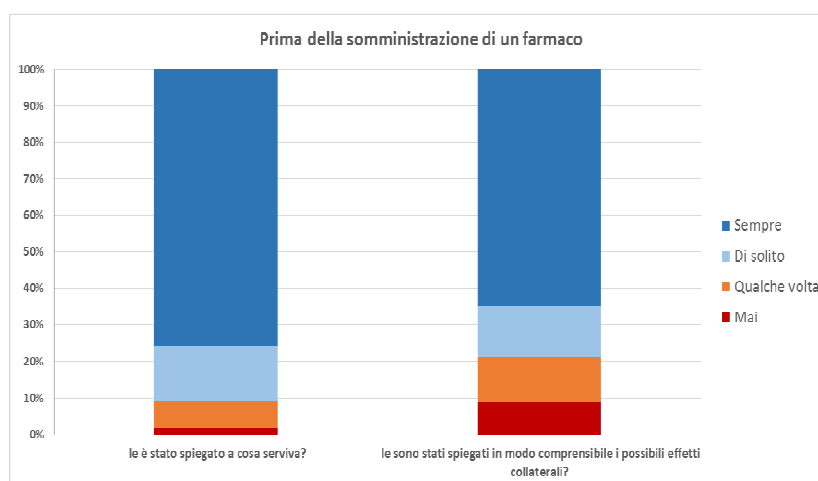
➤ Pulizia e tranquillità del reparto:



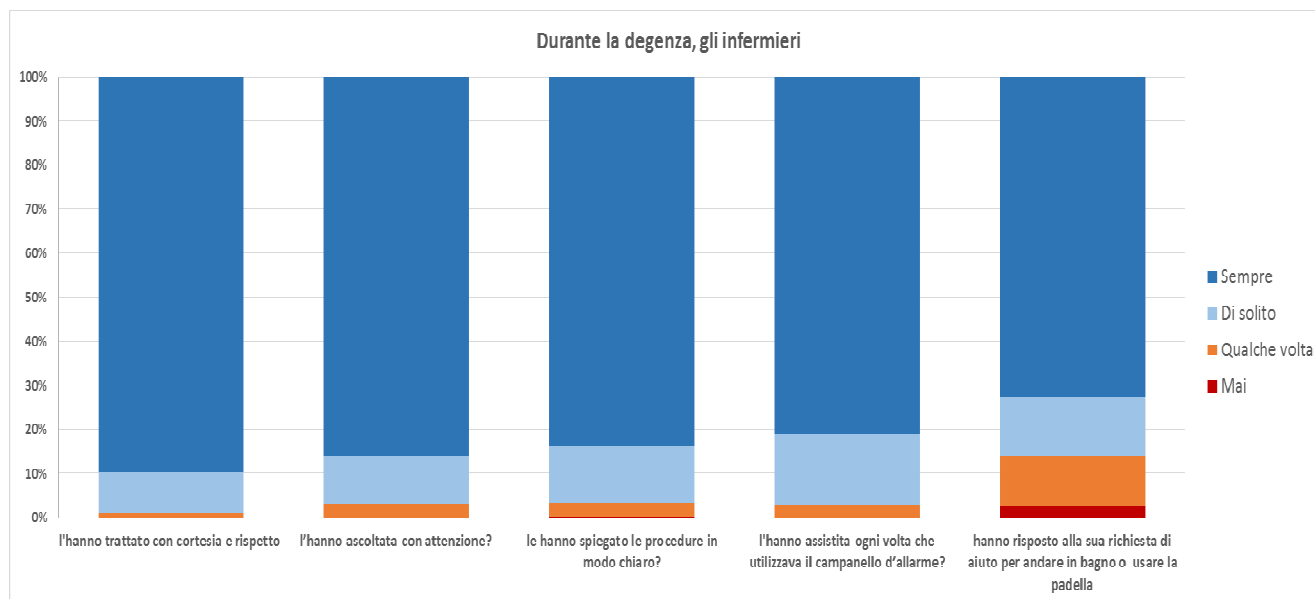
➤ Capacità di gestire il dolore:



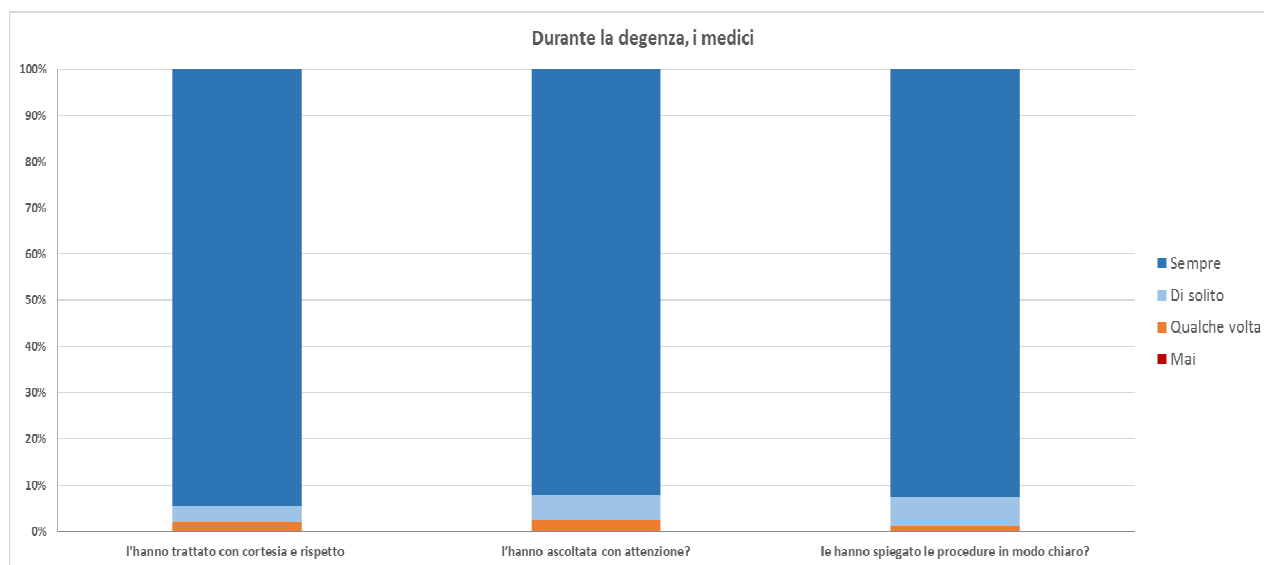
➤ Informazioni fornite sui farmaci prescritti:



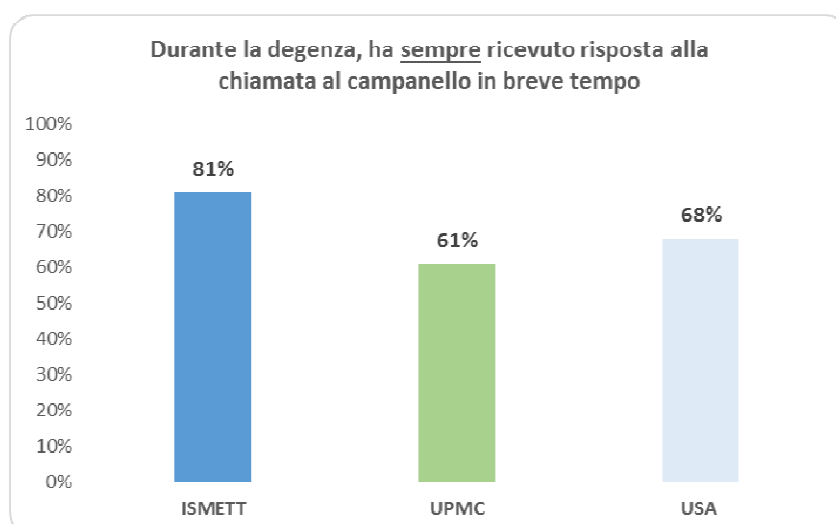
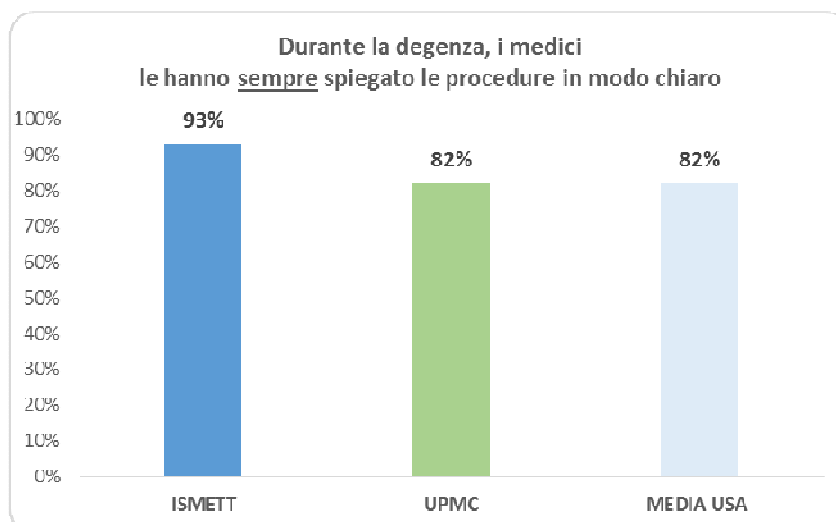
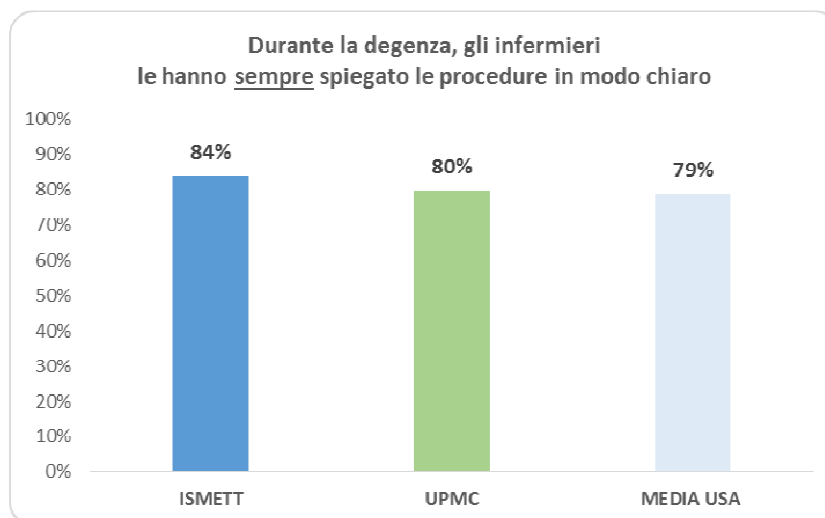
➤ Capacità di ascolto e di risposta nell'assistenza infermieristica

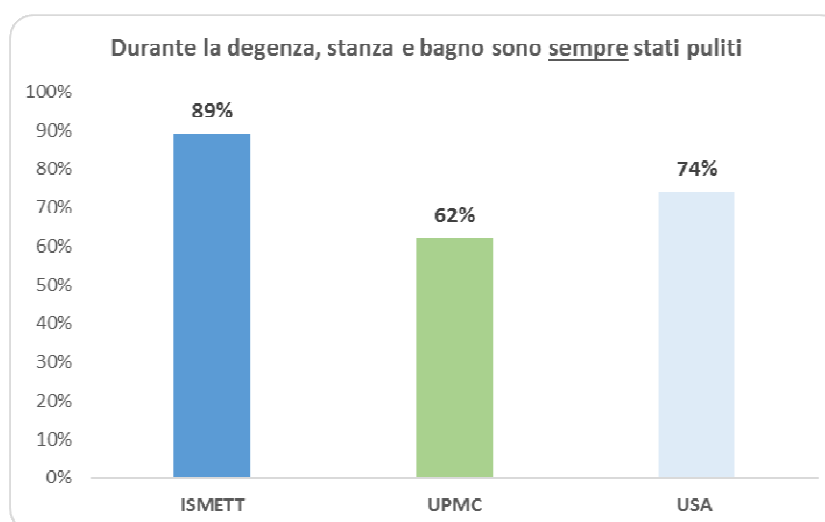
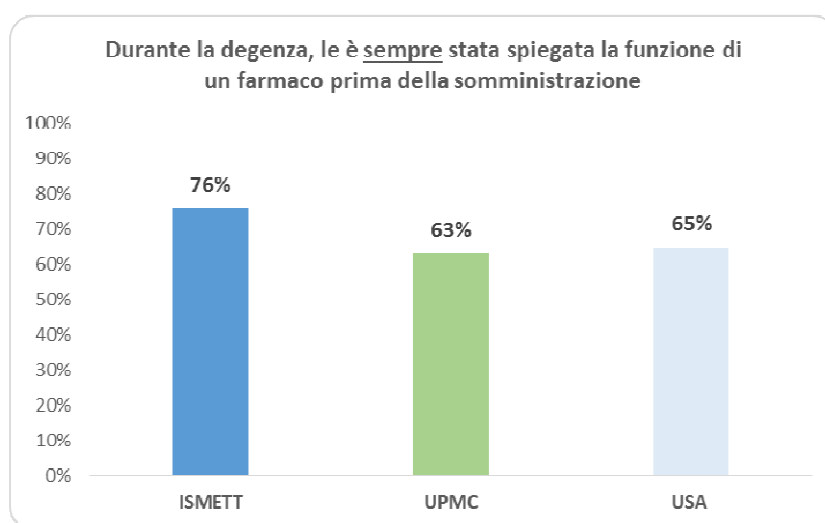
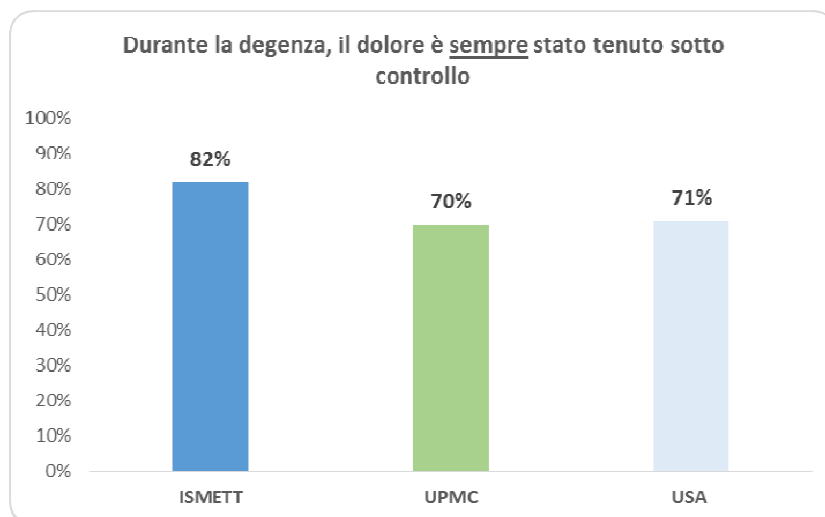


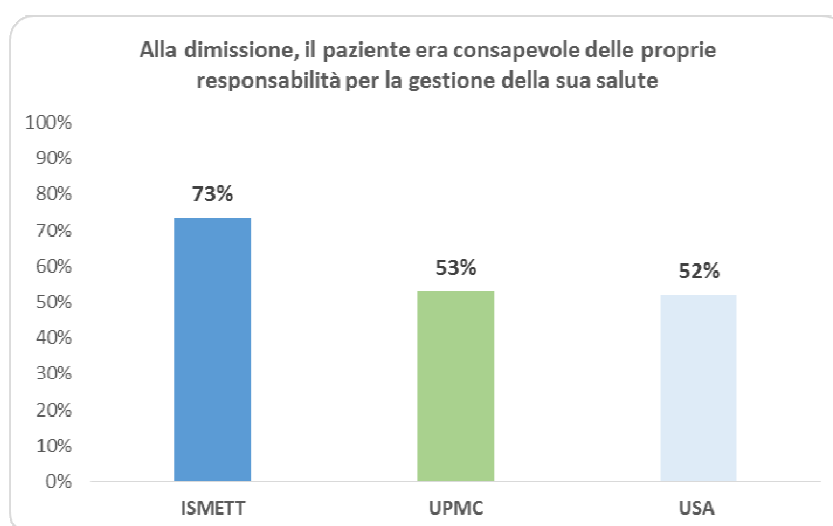
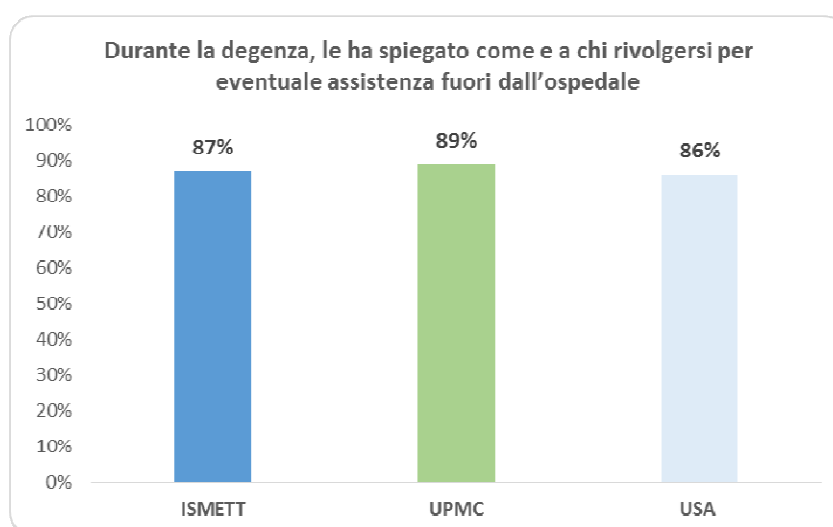
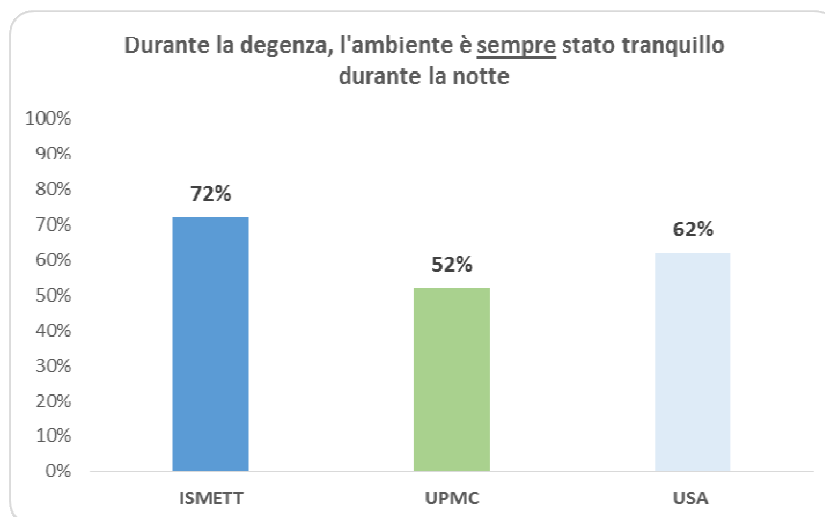
➤ Capacità di ascolto e informazioni fornite dal personale medico

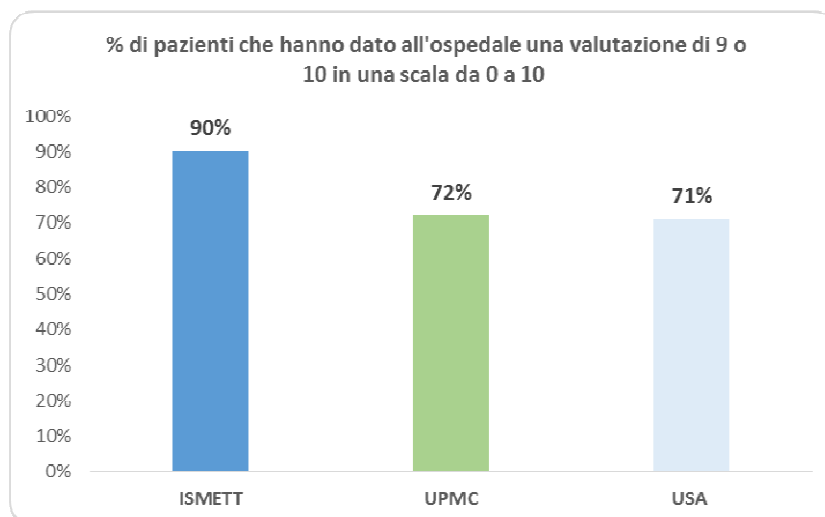


Inoltre i dati sono stati messi a confronto con i dati del Presbyterian Hospital UPMC e con la media degli ospedali USA (dato disponibile su www.medicare.gov/hospitalcompare)





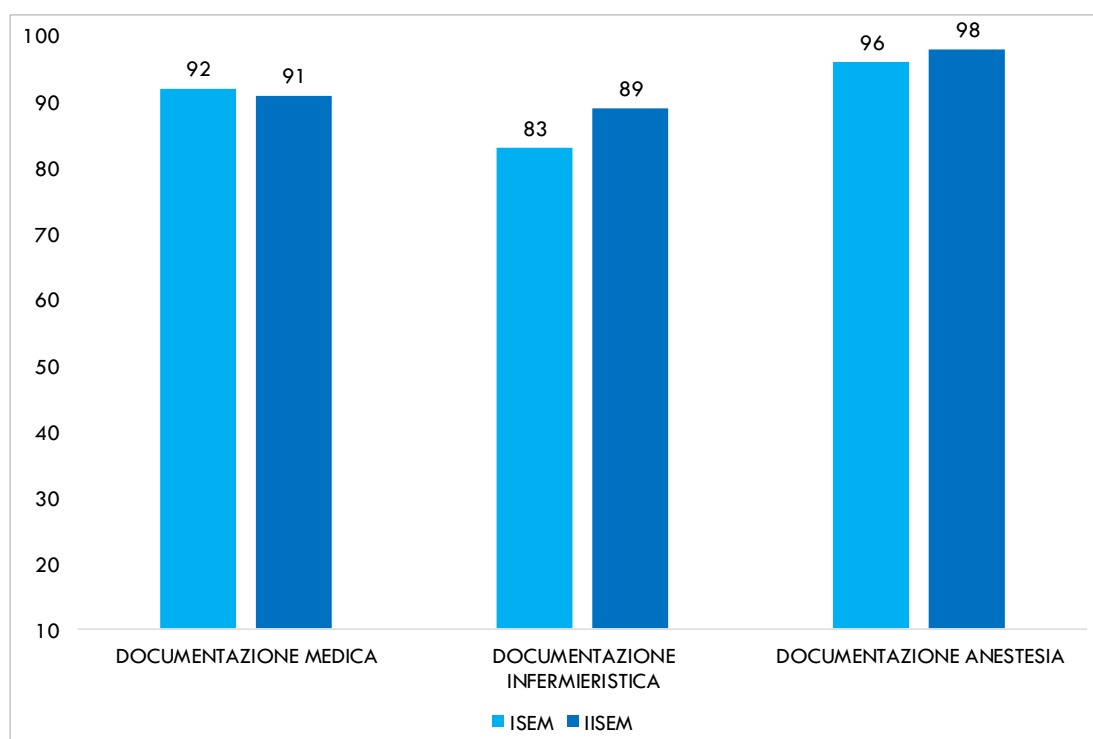




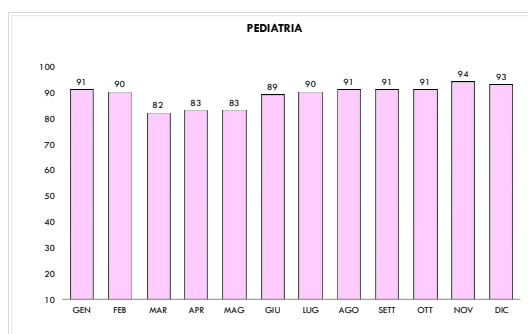
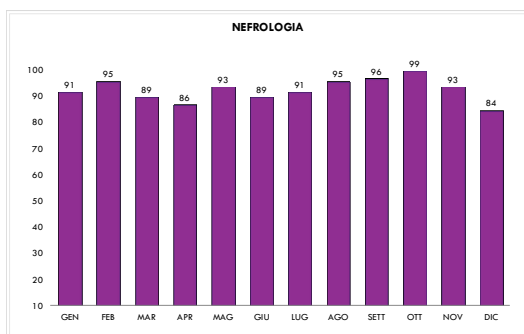
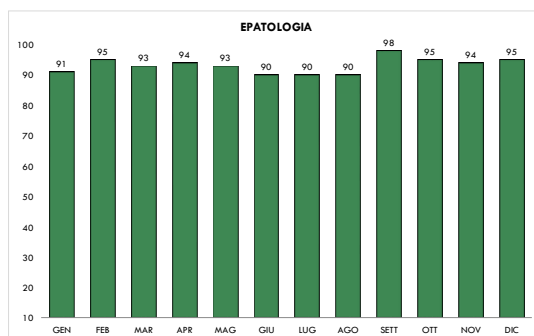
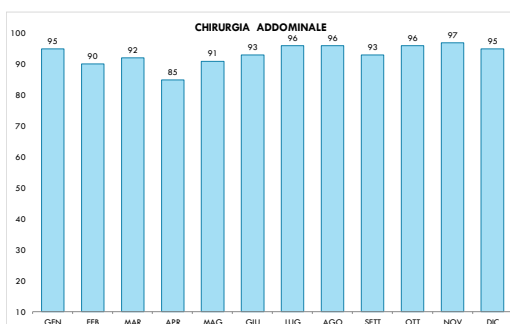
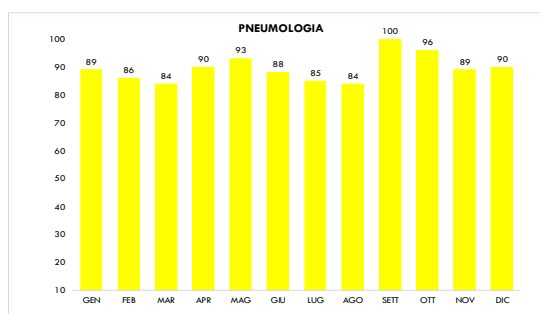
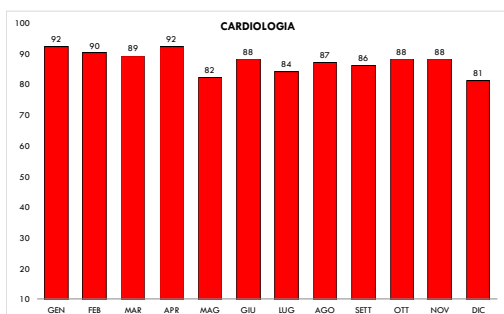
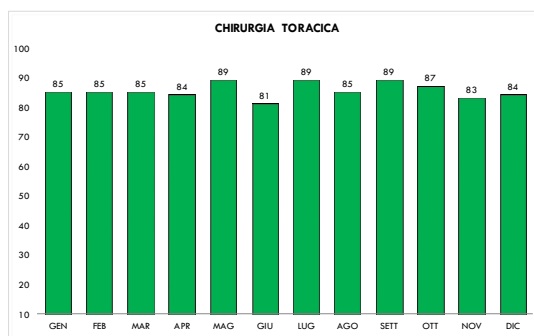
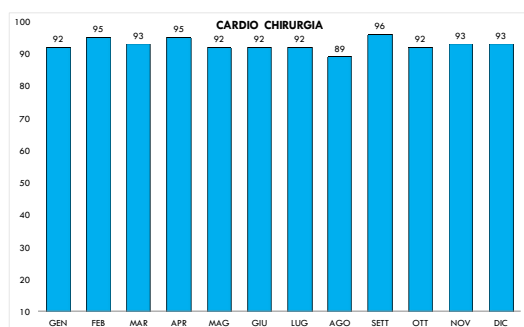
10. VERIFICA COMPLETEZZA CARTELLA CLINICA

In ISMETT è stato istituito un gruppo multidisciplinare che coinvolge 20 operatori tra medici, infermieri e terapisti, che mensilmente valutano la completezza della documentazione clinica a fronte dei requisiti di documentazione fissati dagli standard JCI. Di seguito i dati relativi alla percentuale di completezza della documentazione clinica rilevata nel 2015 suddivisa per specialità. La percentuale di completezza tiene conto della presenza in cartella clinica delle valutazioni mediche e infermieristiche, della completezza dei consensi e della documentazione relativa all'anestesia e sedazione.

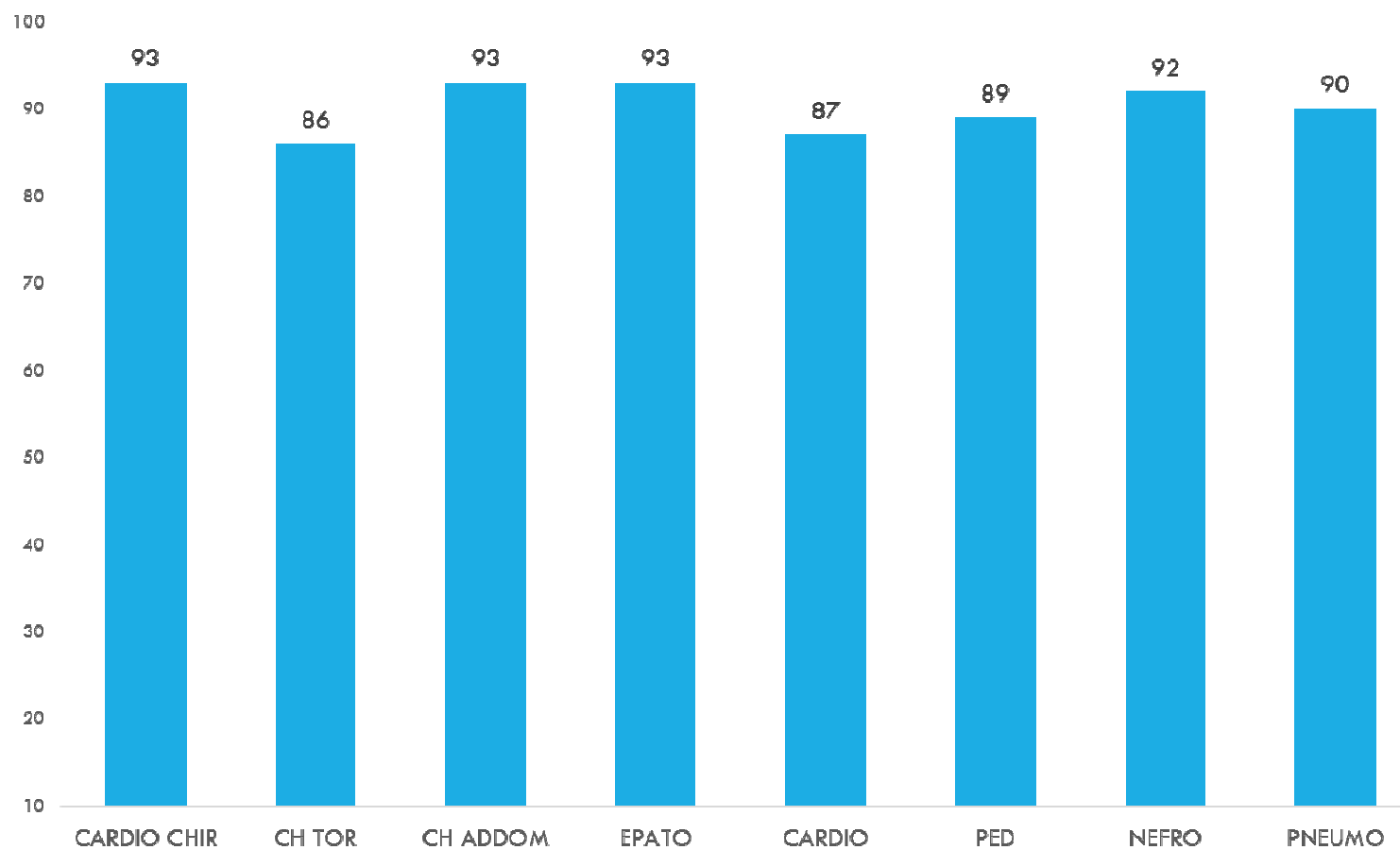
Di seguito viene riportata la media di completezza della documentazione clinica suddivisa in medica, infermieristica e relativa all'anestesia nel I e nel II semestre 2015.



Di seguito la completezza complessiva per specialità nei mesi del 2015:



10.1. PERCENTUALE MEDIA DI COMPLETEZZA DOCUMENTAZIONE CLINICA: CONFRONTO PER SPECIALITÀ



11 PROCEDURE APPROVATE DAL COMITATO PER LE POLITICHE AZIENDALI

Nel 2015 sono state approvate dal Comitato Politiche Aziendali (CPA) complessivamente 45 procedure, di cui 34 sottoposte a revisione periodica e 11 di nuova introduzione. Al contempo, altre 101 procedure sottoposte a revisione periodica sono state ratificate direttamente dal Direttore d'Istituto in quanto suscettibili di modifiche non sostanziali.

TITOLO	STATO
Accesso alla sede clinica di informatori scientifici e rappresentanti di Imprese fornitrici o interessate a fornire (231)	Revisione
Accettazione dei pazienti e accoglienza dei loro familiari all'arrivo in Ospedale	Revisione
Acquisti con carte di credito da parte dei funzionari muniti di procura speciale	Revisione
Alert Scadenze Contrattuali e Specifiche Tecniche in Genere	Revisione
Analgesia Epidurale tipo continua, controllata dal paziente, intermittente	Revisione
Analisi e gestione dei sinistri	Revisione
Applicazione procedure di sicurezza per l'esecuzione di intervento chirurgico e/o procedura invasiva corretta, nel paziente corretto, nella parte del corpo corretta.	Revisione
Aree Parcheggio	Revisione
Armi	Revisione
Assegnazione e riassegnazione dei privilegi per il personale medico	Revisione
Badge Controllo Accesso	Revisione
Badge rilevazione Presenze	Revisione
Bilancio (231)	Revisione
Ciclo Attivo (231)	Revisione
Ciclo Finanziario (231)	Nuova introduzione
Ciclo Fiscale	Nuova

Ciclo Passivo (231)	Revisione
Contributo per attività di formazione	Revisione
Controllo della diffusione dello Staphylococcus Aureus fra il personale dipendente	Revisione
Criteri per l'ammissione nelle aree di degenza ordinaria, semintensiva e terapia intensiva	Revisione
Denuncia e gestione di Infortunio Biologico	Revisione
Dimissioni	Revisione
Disposizioni di legge per il visto di ingresso in Italia di cittadini USA e non USA	Revisione
Distribuzione di campioni gratuiti di medicinali per uso umano	Revisione
Donazione organi e tessuti	Revisione
Early Warning System	Nuova introduzione
Educazione al paziente su interazioni farmaco/cibo	Revisione
Esami di radiologia diagnostica per i pazienti ambulatoriali	Revisione
Esami di radiologia diagnostica per i pazienti ricoverati.	Revisione
Farmaci Look-alike/Sound-alike (LASA)	Revisione
Farmaci scaduti	Revisione
Farmaci sperimentali	Revisione
Gestione degli obblighi in materia di salute e sicurezza connessi ai contratti d'appalto o d'opera o di somministrazione	Revisione
Gestione dei magazzini	Revisione
Gestione dei posti letto nelle situazioni critiche	Revisione
Gestione dei sinistri	Revisione
Gestione del Carrello delle Emergenze e del defibrillatore bifasico	Revisione

Gestione del carrello di anestesia	Revisione
Gestione del paziente sottoposto ad emodialisi	Revisione
Gestione del programma operatorio	Revisione
Gestione dell'accoglienza di pazienti e loro familiari all'arrivo in Ospedale	Revisione
Gestione della privacy nelle questioni inerenti le Risorse Umane	Nuova
Gestione delle comunicazione tra l'Ufficio Affari Generali e del Personale e il Personale Medico	Nuova
Gestione delle soluzioni elettrolitiche endovena	Revisione
Gestione di comportamenti violenti e aggressivi	Revisione
Gestione di sangue ed emocomponenti	Revisione
Gestione di situazioni critiche relative ai posti letto	Revisione
Gestione e smaltimento dei rifiuti speciali	Revisione
Gestione esami diagnostici inviati a Laboratori esterni	Revisione
Gestione pazienti ISMETT con problemi urgenti di salute	Revisione
Gestione reclami	Revisione
Giro visite medici	Revisione
Identificazione dei Pazienti	Revisione
Identificazione e comunicazione dei valori panico relativi ai risultati delle analisi di laboratorio	Revisione
Interruzione del sistema della cartella clinica elettronica	Revisione
Isolamento e smaltimento di rifiuti ospedalieri (+LISTA)	Revisione
Ispezioni delle aree dedicate alla conservazione dei farmaci	Revisione

Iter aziendale per la gestione dei piani terapeutici	Revisione
Linee guida sulla comunicazione tra operatori sanitari (consegne) durante i trasferimenti interni dei pazienti	Revisione
Linee-guida per la gestione del flusso informativo tra il Dip AGP e il personale medico	Nuova introduzione
Linee-guida per la pratica Clinica	Revisione
Linee-guida per le consegne tra operatori sanitari dopo un trasferimento interno di paziente	Revisione
Manuale Qualità	Revisione
Misure di Sicurezza relative a poteri di Firma, Assegni e ordini di pagamento	Revisione
Modalità di assegnazione e utilizzo di carte di credito "Corporate card personali"	Revisione
Modalità di Richiesta di acquisto di un nuovo Farmaco al di fuori del Prontuario Terapeutico ISMETT	Revisione
Nutrizione Parenterale Totale	Revisione
Oggetti smarriti	Revisione
Orario di Lavoro	Revisione
Ordini verbali e telefonici	Revisione
Partecipazione dello staff (infermieri e terapisti) ad eventi formativi esterni	Revisione
Pass per i Visitatori e non facenti parte dello Staff	Revisione
Pazienti Ambulatoriali	Revisione
Politiche aziendali di contrasto alle situazioni di conflitto di interessi e alle pratiche di favoritismo e di nepotismo	Revisione
Prassi di controllo delle infezioni/lavori edili/servizi tecnici	Revisione
Prescrizione, approvvigionamento, conservazione, controllo, distribuzione, somministrazione e monitoraggio di mezzi di contrasto radiografici	Revisione
Prevenzione della ritenzione accidentale di garze, strumenti ed altro materiale all'interno del sito chirurgico.	Revisione

Procedura di acquisto beni e servizi (231)	Revisione
Procedura di gestione dei farmaci antineoplastici e/o con proprietà cancerogene e mutagene	Revisione
Procedura di progettazione ed erogazione degli eventi formativi	Revisione
Procedura di segnalazione all'Organismo di Vigilanza	Nuova
Procedura per il trasporto in sicurezza di materiale biologico	Revisione
Procedura per l'Identificazione e la Gestione degli eventi sentinella	Revisione
Procedura per la denuncia di infortunio biologico	Revisione
Procedura per la gestione di sangue ed emocomponenti	Revisione
Procedura per le assunzioni a tempo determinato ISMETT (231)	Revisione
Procedura sul trattamento dei dati sanitari	Revisione
Procedure per il ricovero, la gestione interna e la dimissione dei pazienti chirurgici in elezione	Revisione
Processo di sviluppo, revisione e approvazione delle politiche sulla cura del paziente	Revisione
Programma di Miglioramento della Qualità e della Sicurezza del Paziente 2015	Revisione
Programma per il Controllo delle Infezioni (anno 2015)	Revisione
Prove di Dispositivi Medici registrati ed in commercio a titolo completamente gratuito.	Revisione
Redazione del registro operatorio	Revisione
Regolamento per la disciplina delle Sponsorizzazioni (ISMETT) (231)	Revisione
Regolamento per la disciplina delle Sponsorizzazioni (UPMC) (231)	Nuova introduzione
Revisione Cartella Clinica	Revisione
Rianimazione	Revisione

Riconciliazione della terapia farmacologica	Revisione
Ricovero dei Pazienti	Revisione
Ricovero in PACU	Revisione
Riesame del SGQ, Sicurezza e Ambiente	Revisione
Ruolo dei medici <i>attending</i> nella supervisione degli specializzandi (<i>residents</i>)	Nuova
Selezione di Personale Medico	Revisione
Selezione, Acquisizione e gestione dei Dispositivi Medici	Revisione
Selezioni di Personale medico	Revisione
Sistema automatico di distribuzione farmaci (Pyxis)	Revisione
Sistema di allerta precoce (Early Warning System)	Revisione
Sistema di valutazione del personale infermieristico delle competenze in base, intermedio e avanzato	Revisione
Sostanze Stupefacenti e Psicotrope (SSP)	Revisione
Standard per il livello di conoscenza della Lingua Inglese per il personale clinico e amministrativo	Revisione
Standard per il livello di conoscenza della Lingua Inglese per lo staff medico	Revisione
Test di screening e/o diagnostici preliminari all'intervento chirurgico o alla procedura invasiva programmata.	Revisione
Tirocini ed altre frequenze a scopo formativo	Revisione
Trasferimento di pazienti da e verso ISMETT	Revisione
Trattamento dei dati personali nell'ambito della gestione delle terze parti.	Nuova
Trattamento dei dati personali nell'ambito delle attività di ricerca	Nuova
Ufficio territoriale ISMETT	Revisione

Uso del telefono cellulare durante le ore di servizio	Revisione
Utilizzo da parte dei pazienti dei farmaci portati da casa	Revisione
Utilizzo degli Ascensori e dei Montalettighe	Revisione
Verifica prescrizione medica prima dose farmaco	Revisione
Visita ai pazienti	Revisione

11 OBIETTIVI PER LA QUALITÀ E SICUREZZA DEL PAZIENTE PER IL 2016-2017

Sulla base delle analisi condotte nel corso dell'anno, tramite il monitoraggio degli indicatori e l'analisi degli eventi avversi, nonché delle attività di audit contenute nella presente relazione annuale, sono stati identificati **gli Obiettivi Prioritari dell'Ospedale per la Qualità e Sicurezza del Paziente per il 2016 e il 2017** che riguardano le seguenti aree:

- La riduzione di eventi avversi prevenibili
- L'efficienza dei processi e la riduzione dei costi
- La soddisfazione e l'*empowerment* del paziente
- Il rispetto degli standard JCI

Gli obiettivi saranno declinati in sotto obiettivi per ciascun dipartimento e unità per consentire il coinvolgimento e l'adeguato supporto da parte di tutte le aree dell'ospedale. Per ciascun obiettivo sarà individuato un indicatore misurabile.

Inoltre, in conformità a quanto previsto dagli standard JCI, ciascun dipartimento selezionerà almeno un obiettivo di miglioramento specifico al proprio servizio.

Gli obiettivi saranno comunicati in riunioni multidisciplinari e tramite la pubblicazione degli stessi sulla intranet aziendale.

Aggiornamenti periodici sulle azioni intraprese e sui risultati raggiunti saranno relazionati al *Total Council on Quality and Patient Safety*.

RELAZIONE SISTEMA QUALITÀ E

2015

SICUREZZA DEL PAZIENTE

Informazioni e dati elaborati a cura del Dipartimento Accreditamento e Qualità
ISMETT-UPMC Italy