

**RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA  
SUGLI EVENTI AVVERSI, SULLE CAUSE  
IDENTIFICATE E SULLE INIZIATIVE  
MESSE IN ATTO**

AI SENSI DELL'ART 2, COMMA 5 DELLA LEGGE 8 MARZO 2017, N.24  
"DISPOSIZIONI IN MATERIA DI SICUREZZA DELLE CURE E DELLA PERSONA  
ASSISTITA, NONCHÉ IN MATERIA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE  
DEGLI ESERCENI LE PROFESSIONI SANITARIE

**2018**

## INDICE

1 Premessa .....	3
2 La strategia aziendale di gestione del rischio clinico.....	4
3 Report segnalazioni volontarie, analisi cause e azioni avviate .....	10
4 Relazione su monitoraggio di indicatori di outcome e processo .....	20
5 Obiettivi per la Qualità e Sicurezza del Paziente per il 2019 .....	22
6 Programma di Umanizzazione delle Cure.....	24

**INFORMAZIONI E DATI ELABORATI A CURA DEL  
DIPARTIMENTO ACCREDITAMENTO E QUALITÀ  
ISMETT-UPMC ITALY**

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 novembre 2018, 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 2018, l'Ospedale ha ottenuto il rinnovo della certificazione con la norma ISO 9001:2015 per i sistemi di gestione della qualità dei servizi diagnostici e terapeutici della Radiologia, Endoscopia, Dialisi, Emodinamica, Anatomia Patologica, il Laboratorio di Microbiologia e Patologia Clinica e il Servizio di Farmacia. Anche le Attività Formative di ISMETT sono inoltre certificate dal 2009 secondo la norma ISO 9001:2015.

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. Tale obbligo viene oggi richiamato ed integrato dall'art 2, comma 5 della legge 8 marzo 2017, n.24 “disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” che prevede che le aziende sanitarie pubblichino una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause identificate e sulle iniziative messe in atto.

## 2 LA STRATEGIA AZIENDALE DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

La sicurezza dei pazienti è uno degli obiettivi prioritari che l'Ospedale si pone.

Tuttavia nel suo funzionamento giornaliero ogni ospedale fronteggia continuamente con la possibilità che eventi incerti producono effetti negativi. Questi sono definiti “*rischio*”.

E' stato stimato che ogni anno negli Stati Uniti avvengono tra i 44.000 e i 98.000 decessi a causa di errori nell'assistenza sanitaria. La maggior parte di questi errori possono essere prevenuti se riconosciuti tempestivamente.

Organizzazioni come la Joint Commission International, il Ministero della Salute e l'Assessorato Regionale alla Sanità, incoraggiano gli ospedali a creare processi che mirino al miglioramento della sicurezza del paziente.

La prevenzione è particolarmente importante per evitare eventi avversi legati a:

- Errata gestione dei farmaci
- Errata gestione di materiali, strumentazione, scorte o rifiuti
- Problemi di sicurezza in Sala Operatoria
- Controllo delle infezioni
- Corretta identificazione del paziente
- Corretta comunicazione tra operatori

Il nostro Ospedale vuole garantire la Sicurezza dei Pazienti attraverso l'adozione di pratiche di governo clinico e gestione dei rischi, che consentono di porre al centro della programmazione delle attività i bisogni del cittadino e la sua sicurezza.

Con la politica di gestione del rischio, ISMETT incoraggia tutti i dipendenti a segnalare gli eventi avversi, facendo in modo che ogni dipendente si possa sentire parte integrante del processo di miglioramento dell'assistenza ai pazienti.

Questo richiede una cultura della Sicurezza che consenta di superare le paure degli errori per promuovere l'analisi degli eventi avversi al fine di identificare le cause che maggiormente vi hanno contribuito. Lo scopo è imparare dagli errori e, dall'analisi degli stessi, sapere raccogliere gli insegnamenti per attuare un cambiamento dei processi. Gli ospedali, se vogliono migliorare, devono dichiarare quali sono i loro risultati e devono analizzarli per trovare i loro punti forti e i loro punti deboli, devono confrontare i loro risultati con quelli degli altri ospedali, devono pubblicizzare non solo i loro successi, ma anche i loro errori.

L'Istituto si pone l'obiettivo di mettere il paziente al centro del proprio percorso di cura e al fine di garantire la massima sicurezza possibile supporta e promuove il diretto coinvolgimento di pazienti, familiari ed operatori sanitari. Lo scopo è creare un ospedale più umano, più sicuro, dove il ruolo di tutti può fare la differenza.

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 9001:2015 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.
- 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 e JCI
  - 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 e sono:

### **1. Comitato Total Council on Quality and Patient Safety:**

Assicura il mantenimento di elevati standard qualitativi e di sicurezza nei processi di cura e promuovere un ambiente in cui le attività per migliorare le prestazioni sono integrate nelle attività quotidiane dell'ospedale, attraverso 1) l'analisi dei dati che consentono di valutare le dimensioni della qualità e delle attività condotte dai comitati operativi del Piano Qualità e Sicurezza del paziente 2) la verifica dei piani d'azione e dei risultati conseguiti, 3) la definizione delle priorità per il miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente su base annuale, e 4) il riesame periodico del Sistema Gestione Qualità presenti in azienda (JCI e ISO).

### **2. Comitato Revisione delle Cartelle Cliniche**

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

### **3. Comitato Revisione Incident Report-Gestione del Rischio Clinico**

Analizza gli eventi e le situazioni potenzialmente rischiose che vengono segnalate dai dipendenti attraverso il sistema di segnalazione interna, allo scopo di identificarne le cause e definire strategie di

gestione del rischio clinico.

#### **4. Comitato per l'Umanizzazione delle Cure (Human Care).**

Definisce e attua il piano per l'Umanizzazione delle cure sulla base degli standard emanati dall'AGENAS, dei dati della customer satisfaction, dei reclami e degli elogi. Supervisiona le iniziative volte a migliorare il rispetto della centralità del paziente

#### **5. 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.

#### **6. 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.

#### **7. 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.

#### **8. 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.

#### **9. 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 personal e dei visitatori.

#### **10. Comitato Compliance JCI**

Valuta e assicurare la conformità di reparti e servizi agli standard di qualità previsti dal Manuale JCI utilizzando la "tracer methodology" che si svolge sul campo (nei reparti/servizi) e si compone essenzialmente di tre fasi: valutazione della documentazione clinica del paziente, interviste al personale ed osservazione di pratiche e comportamenti.

#### **11. 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.

## 12. Comitato Compliance ISO 9001

Valuta e assicura il mantenimento della conformità al Sistema di Gestione della Qualità dei Servizi certificati secondo la norma ISO 9001:2015.

### 2.3 IL MONITORAGGIO DEGLI INDICATORI DI QUALITÀ

---

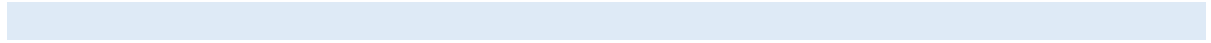
L'ISMETT utilizza diversi strumenti per la raccolta di dati utili a valutare la qualità dei processi e al monitoraggio sistematico della qualità, quali:

- **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 100 indicatori.
- **Attività di Benchmarking:** gli indicatori del programma Qualità e Sicurezza del Paziente sono confrontati con gli Ospedali UPMC e con il registro STS (*Society of Thoracic Surgery*), per la cardiocirurgia.
- **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 (per i dettagli, si veda l'allegato 2).
- **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 corso del 2018 in particolare sono state condotte tre indagini conoscitive relative a Gestione del fine-vita, Uso appropriato degli antibiotici e Gestione delle emergenze cliniche al fine di colmare eventi gap conoscitivi ed implementare azioni di miglioramento.
- **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.

- **Valutazione dei dati dei sinistri in ottica di prevenzione dei rischi:** l'Ufficio Qualità riceve una sintesi dei sinistri dall'Ufficio Legale e sulla base di attività di analisi e di aggregazione dei dati, identifica le aree di azione prioritarie. Il Risk Manager è inoltre componente del Comitato di Gestione dei Sinistri.



### 3. REPORT SEGNALAZIONI VOLONTARIE, ANALISI CAUSE E AZIONI AVVIATE

Secondo la procedura aziendale adottata in ISMETT dal 2004, tutti gli operatori coinvolti o a conoscenza di un accadimento che ha causato danno, o ne aveva la potenzialità, nei riguardi dei pazienti, visitatori od operatore, ovvero ogni evento che potrebbe dar luogo a contenzioso sono tenuti a segnalare l'evento tramite la scheda di segnalazione eventi informatizzata, accessibile da qualunque pc dell'Istituto. Tutti i neo assunti ricevono formazione sul programma di segnalazione degli eventi avversi e, periodicamente, vengono organizzati eventi formativi per tutto il personale sanitario.

Nel 2018 sono stati segnalati **210** eventi tramite il software per la segnalazione degli incidenti (Incident Report Software). Le segnalazioni, tutte con impatto sulla sicurezza del paziente, sono state distinte tra eventi che hanno provocato danno Vs eventi che non hanno procurato alcun danno al paziente. Tra questi ultimi sono inclusi anche i *nearmiss* che, secondo i casi, sono stati oggetto di approfondite analisi.

I 210 eventi avversi riguardano:

**40 aspetti medici di cui il 15% con danno, 85% senza danno**

**170 aspetti infermieristici di cui 16% con danno, 84 % senza danno**

Per classificare la gravità dei 210 eventi, anche ai fini della prioritizzazione degli interventi, è stato utilizzato l'indice di classificazione sotto riportato, elaborato dal *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCC MERP) e l'algoritmo riportato alla pagina seguente, di cui è stata data piena diffusione attraverso la Quality Newsletter e gli incontri settimanali del Comitato *Incident Report Review*.

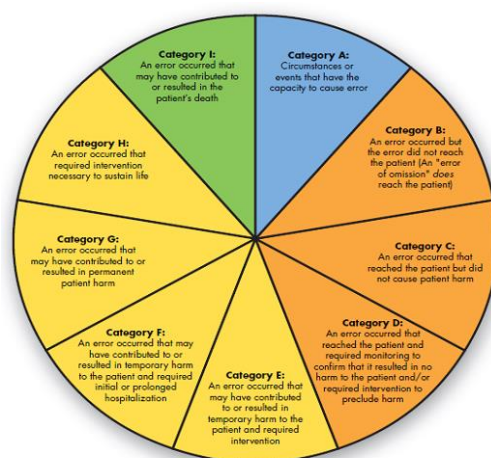


Figura 1: National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention Index

# NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors Algorithm

**Harm**

Impairment of the physical, emotional, or psychological function or structure of the body and/or pain resulting therefrom.

**Monitoring**

To observe or record relevant physiological or psychological signs.

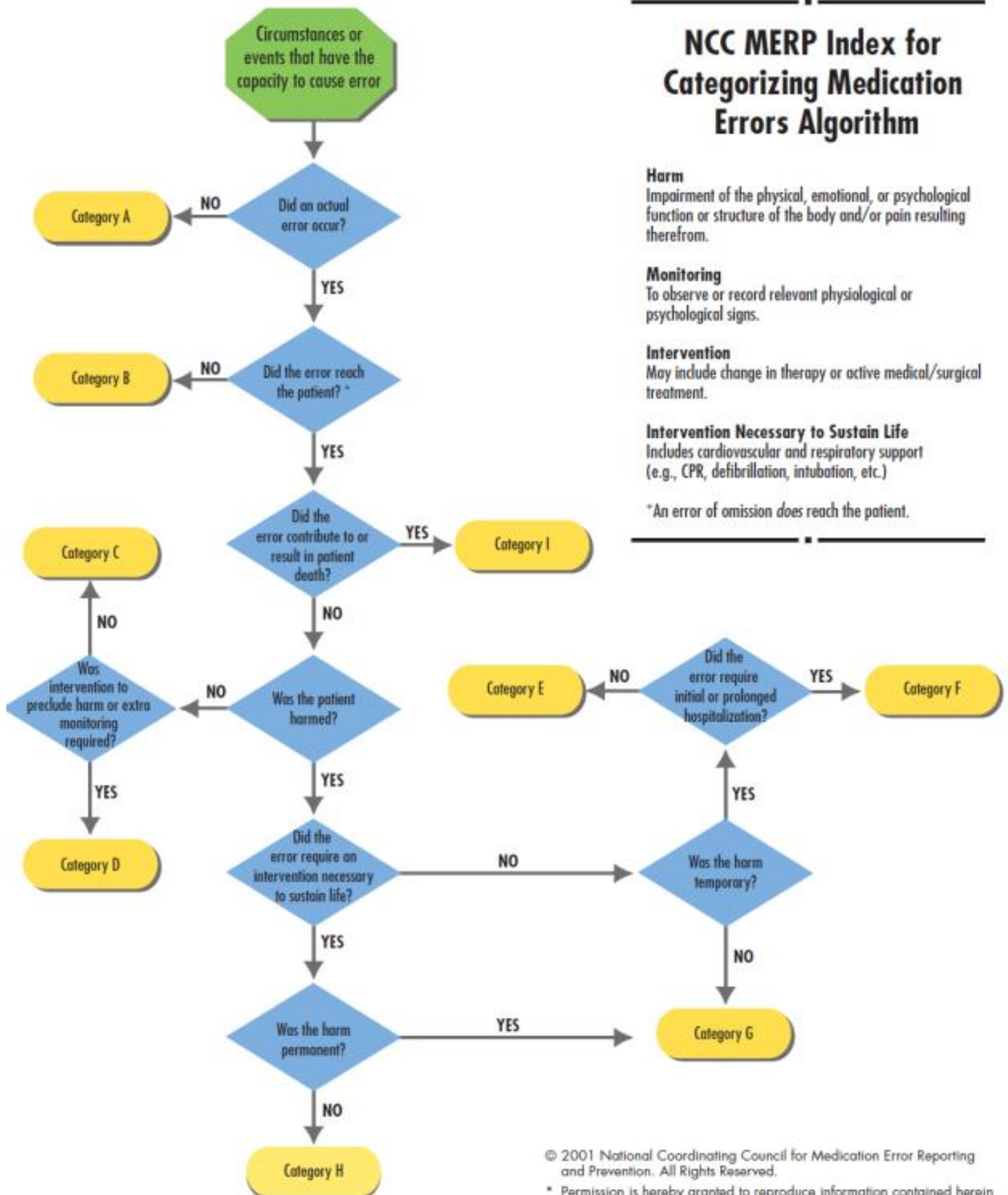
**Intervention**

May include change in therapy or active medical/surgical treatment.

**Intervention Necessary to Sustain Life**

Includes cardiovascular and respiratory support (e.g., CPR, defibrillation, intubation, etc.)

\*An error of omission does reach the patient.



© 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.

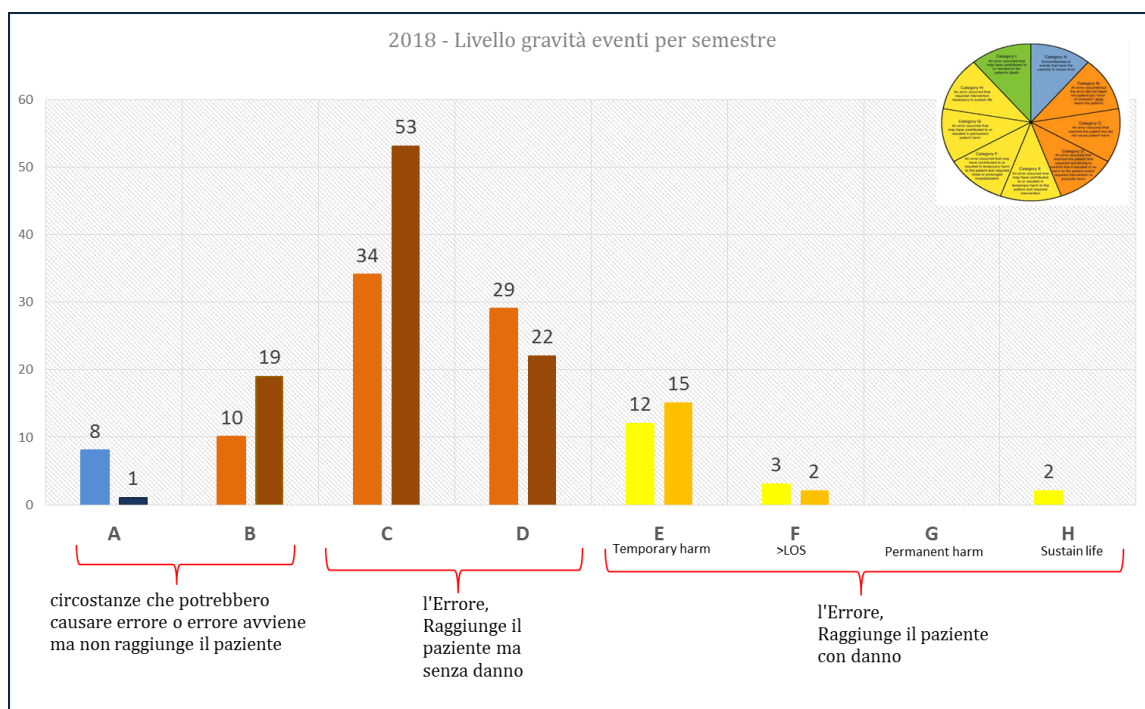
**Il numero complessivo di eventi con danno è di 34, pari al 16% degli eventi segnalati.**

Il tasso di incidenza di eventi avversi, rapportato alle giornate di degenza (\*1000) è dello 1.3%.

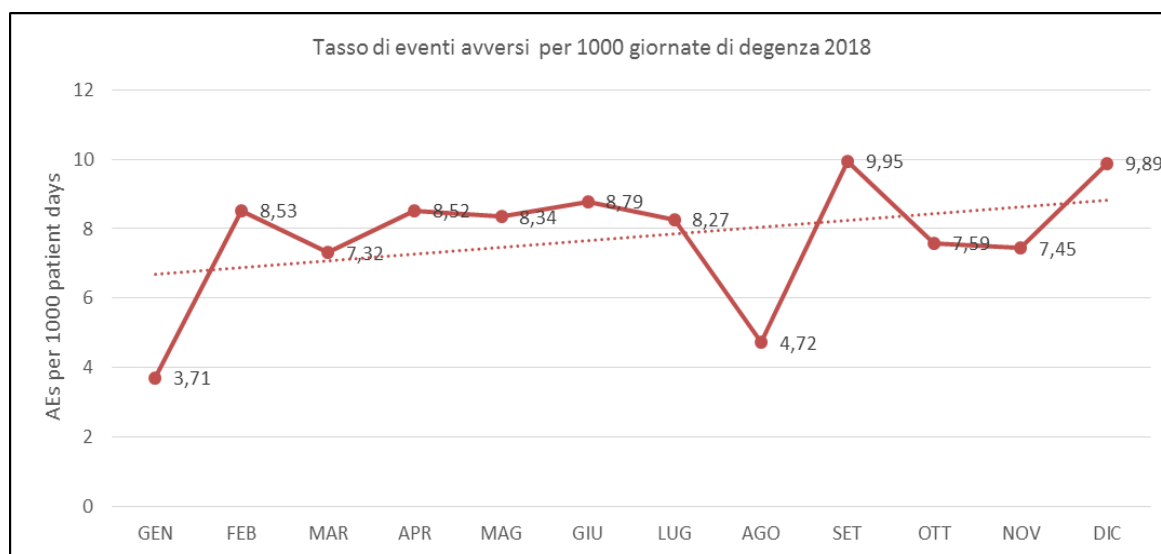
I 34 eventi che hanno causato danno sono così suddivisi:

- **27 di livello E:** danno temporaneo che ha richiesto un intervento;
- **5 di livello F:** eventi che hanno richiesto un intervento o il prolungamento della degenza del paziente;
- **2 di livello H:** eventi che hanno richiesto un intervento salva-vita.

Di seguito viene riportata la distribuzione del livello di gravità di eventi:



*Figura 2: distribuzione del livello di gravità delle segnalazioni*



*Figura 3: andamento mensile tasso eventi avversi notificati*

Gli eventi di livello F e H sono stati analizzati durante specifiche riunioni multidisciplinari al fine di individuare azioni di miglioramento volte ad evitare il ripetersi degli eventi avversi.

In particolare, le aree oggetto di miglioramento hanno riguardato:

- La revisione delle Linee-guida sul posizionamento e la gestione del Catetere Venoso Centrale e dei Drenaggi Toracici
- L'organizzazione di sessioni formative per personale medico ed infermieristico sulla corretta e completa documentazione in cartella clinica
- La revisione di alcune procedure aziendali, come:
  - Gestione delle emergenze
  - Comunicazione e gestione dei valori critici
  - Ordini verbali
  - Introduzione di Dispositivi Medici
- Modifiche alla cartella clinica in tema di:
  - Documentazione dei valori critici
  - Documentazione delle note mediche successiva alla gestione di una emergenza clinica
  - Prescrizione di terapia antitrombotica
  - Ordine di posizionamento di drenaggio toracico
- Revisione dei criteri di assegnazione dei pazienti pediatrici
- Revisione dei criteri di comunicazione di acquisizione di nuovi dispositivi medici

Su queste aree sono inoltre state effettuate specifiche sessioni formative al personale coinvolto nei processi.

In associazione alle attività di *risk management*, il **Programma di Prevenzione e Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza** riveste un ruolo molto rilevante all'interno di ISMETT in considerazione della complessità clinica dei pazienti e delle procedure altamente specialistiche che vengono eseguite durante il ricovero (per esempio trapianti d'organo solido, interventi di cardiocirurgia e di chirurgia oncologica addominale) che, prevedendo l'utilizzo di dispositivi invasivi, pongono i pazienti ad elevato rischio di contrarre un Infezione Correlata all'Assistenza (ICA).

Per queste motivazioni, l'ISMETT si è dotato di molteplici procedure per prevenire la trasmissione intraospedaliera delle infezioni e ha avviato diversi interventi migliorativi nell'ambito del controllo e prevenzione delle infezioni.

Nel corso del 2018, i principali interventi migliorativi in questo ambito sono stati:

- L'avvio della seconda fase di un progetto di miglioramento dell'aderenza all'igiene delle mani e il corretto utilizzo dei guanti. Il progetto, partito nel 2017, ha coinvolto l'Ufficio Qualità, la Direzione Sanitaria, il Controllo delle Infezioni, la Direzione Infermieristica e il Comitato per le Infezioni Ospedaliere. Nel corso del 2018 sono state implementate le azioni di miglioramento identificate in seguito all'analisi delle osservazioni effettuate durante la prima fase del progetto. Alla verifica di efficacia è emerso che la conformità alla corretta igiene delle mani è aumentata notevolmente. L'area comunque continuerà ad essere oggetto di monitoraggio.
- La realizzazione piano di emergenza per le malattie trasmissibili per via aerea
- Per i pazienti trasferiti da altri ospedali, la definizione di uno screening volto ad individuare le malattie trasmissibili
- L'implementazione di campagne di informazione e formazione rivolte anche ai pazienti e ai visitatori sull'importanza dell'igiene delle mani per la prevenzione della trasmissione delle infezioni.
- Importanti investimenti per la dotazione di tutti i dispositivi necessarie per il controllo delle infezioni.
- La revisione, approvazione e formazione sulle linee guida per l'utilizzo appropriato degli antibiotici. La diffusione dei germi resistenti in tutto il mondo è il risultato di tanti anni di terapie antibiotiche inappropriate. Oggi questa problematica è diventata una vera e propria priorità di sanità pubblica a livello mondiale, non soltanto per le importanti implicazioni cliniche (aumento della morbilità, letalità, durata della malattia, possibilità di sviluppo di complicanze, possibilità di epidemie), ma anche per la ricaduta economica delle infezioni da batteri antibiotico-resistenti, dovuta al costo aggiuntivo

richiesto per l'impiego di farmaci e di procedure più costose e per l'allungamento delle degenze in ospedale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Unione Europea ha da tempo richiamato l'attenzione su questo ambito. Il Ministero della Salute ha di recente dichiarato che l'Italia è un paese “iperendemico” per incidenza di queste infezioni. I pazienti portatori di queste infezioni (acquisite in altri ospedali) che vengono ricoverati presso ISMETT rappresentano un rischio per la trasmissione delle infezioni ad altri pazienti sani ricoverati.

Durante il 2018 è stato inoltre introdotto un **programma intensivo di audit** nei Reparti e Servizi volto a preparare la struttura alla audit ufficiale per il ri-accreditamento JCI, previsto a fine anno.

**Obiettivi** specifici delle verifiche sono stati:

- Formare i valutatori ed, *in itinere*, il personale valutato, agli standard JCI e alle procedure aziendali di riferimento
- Correggere i comportamenti, ove necessario, motivando il cambiamento
- Valutare oggettivamente lo stato di conformità dei reparti/servizi

I verificatori, organizzati in piccoli gruppi e guidati dall'utilizzo di *checklist* di valutazione, hanno effettuato audit settimanali in reparto per valutarne la conformità ai requisiti previsti da ciascuna delle aree valutate (qualità dell'assistenza, gestione dei farmaci, documentazione clinica, aspetti di controllo delle infezioni e aspetti strutturali).

L'interazione tra i componenti del gruppo di verifica, la comunicazione aperta con il personale dei reparti, la condivisione delle informazioni per correggere i comportamenti, l'ascolto attivo delle problematiche, il feedback sul lavoro svolto, hanno favorito lo scambio di esperienze, di conoscenze e ha guidato tutti verso i risultati di miglioramento.

Le **strategie** utilizzate sono state:

- Il coinvolgimento di tutta la leadership (medica, infermieristica e tecnica) affinché divenisse parte attiva del cambiamento
- Il *Role-Playing* dei valutati che “hanno indossato le vesti di valutatori” dopo un intensivo programma formativo che ha permesso loro di conoscere gli standard di qualità richiesti ai reparti/Servizi.

I risultati delle verifiche sono stati condivisi con la leadership ospedaliera durante le riunioni del Comitato Compliance JCI e al TCQPS, insieme ad eventuali azioni di miglioramento implementate.

## 4 RELAZIONE SU MONITORAGGIO DI INDICATORI DI OUTCOME E PROCESSO

Mensilmente vengono monitorati circa 100 indicatori (**per il report si veda l'allegato 1**).

L'Ospedale identifica annualmente gli obiettivi di miglioramento sulla base dell'analisi degli indicatori di processo e di *outcome* monitorati, dell'analisi dei dati e degli obiettivi strategici aziendali.

La Direzione dell'Istituto e il Comitato deputato alla supervisione del Programma Qualità (*Total Council on Quality and Patient Safety*) analizzano periodicamente i dati e individuano le priorità annuali che vengono fissate sotto forma di obiettivi di miglioramento della qualità. Per ciascuno di essi viene fissato un Target, ossia il valore misurabile che si vuole raggiungere, in termini di miglioramento della qualità delle cure, riduzione di eventi avversi e complicanze prevenibili. Il processo interno di verifica prevede che, al termine dell'anno, e comunque entro il 31 marzo dell'anno successivo, il Comitato valuti i risultati per verificare che gli obiettivi fissati siano stati effettivamente raggiunti.

I risultati del 2018 sono stati valutati allo scopo di verificare il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento che l'Ospedale si era dato a inizio anno. Inoltre i risultati del 2017 sono stati messi a confronto con quelli del 2018. 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.

Per ogni indicatore viene espressa una valutazione tramite l'uso di codice colore/simbolo (↔ ↑ ↓) che è la base per la definizione degli obiettivi di miglioramento per il 2019.

Si rileva che, dal confronto dei dati del 2017 con quelli dell'anno precedente, è emersa in generale una stabilità nell'andamento della performance dei processi osservati.

Gli obiettivi di miglioramento della Qualità risultano raggiunti nei seguenti casi:

- aumento dei pazienti chirurgici che alla valutazione infermieristica effettuata a 24 e a 72 ore nel post-operatorio, risultano avere il dolore sotto controllo
- aumento del livello di conformità del personale alla corretta igiene delle mani
- riduzione delle infezioni da CRE (Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae)



- riduzione delle infezioni da MDRO (Multi Drug Resistant Organism)
- riduzione delle Batteriemie associate a catetere venoso centrale
- aumento dei pazienti con temperatura intra-operatoria sotto controllo
- aumento dei pazienti chirurgici ventilati secondo i criteri della ventilazione protettiva
- raggiungimento dell'obiettivo relativo alle giornate di degenza dei pazienti chirurgici inseriti nel protocollo di riabilitazione precoce ERAS (*enhanced recovery after surgery*) di area addominale.

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

- La necessità di ridurre le neo-colonizzazioni da CRE
- La necessità di ridurre il numero di cadute con e senza danno
- La necessità di ridurre il numero di dislocazioni accidentali di CVC (Catetere Venoso Centrale)
- La necessità di monitorare i *nearmisses* relativi a farmaci e terapie notificati tramite il software di *Incident Reporting*

## 5 OBIETTIVI PER LA QUALITÀ E SICUREZZA DEL PAZIENTE PER IL 2019

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, sono stati identificati **gli Obiettivi Prioritari dell'Ospedale per la Qualità e Sicurezza del Paziente per il 2019** che riguardano le seguenti aree:

AREA	Obiettivo
<b>RIDUZIONE INFEZIONI</b>	Ridurre il tasso delle infezioni nosocomiali
	Ridurre le neo-colonizzazioni da CRE
	Ridurre il tasso delle infezioni da ESBL
	Riduzione delle infezioni del sito chirurgico
	Migliorare l'igiene mani e appropriatezza uso guanti
<b>UMANIZZAZIONE CURE E CENTRALITÀ PAZIENTE</b>	Estendere a tutti i reparti il progetto sonno
	Completare l'adeguamento agli standard AGENAS di umanizzazione delle cure
	Implementare il programma Delirium Friendly Hospital
<b>EFFICIENZA PROCESSI E QUALITÀ DELLE CURE</b>	Migliorare la gestione del paziente ERAS
<b>ADERENZA LL. GG.</b>	Migliorare la Gestione del CVC tramite controllo appropriatezza
	Migliorare l'accuratezza e la puntualità della prescrizione terapia antitrombotica (VTE-1)
<b>RIDUZIONE EVENTI AVVERSI PREVENIBILI</b>	Riduzione delle discrepanze di conta
	Riduzione delle cadute
	Ridurre le dislocazioni accidentali CVC

Gli obiettivi sono stati 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.

Le linee Guida oggetto di monitoraggio per assicurare una maggiore adesione sono:

- Delirium *friendly* Hospital
- Gestione del dolore
- Terapia Anti Trombotica
- Controllo appropriatezza cateteri
- Appropriatezza trasfusioni

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

Gli obiettivi sono stati comunicati in riunioni multidisciplinari e tramite la pubblicazione degli stessi sulla intranet aziendale. Aggiornamenti trimestrali sulle azioni intraprese e sui risultati raggiunti vengono relazionati al comitato *Total Council on Quality and Patient Safety*.

## 6 IL PROGRAMMA DI UMANIZZAZIONE DELLE CURE

Nel 2018 è stato istituito il **Comitato per l'Umanizzazione delle Cure in Ospedale** con lo scopo di fungere da meccanismo di supervisione delle iniziative volte a garantire la centralità del paziente, il rispetto dei suoi bisogni, ed, in generale delle attività volte a migliorare l'ambiente di cura e l'esperienza dell'ospedalizzazione.

Le aree di azione del Comitato sono:

- Definire ed attuare il piano per l'Umanizzazione delle cure secondo gli standard di riferimento emanati dall'AGENAS nell'ambito del progetto di ricerca "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" che ha coinvolto più di 400 strutture nel biennio 2017-2018.

L'Ospedale ha definito, attuato e quasi completato il piano di adeguamento alle aree della specifica checklist in cui non aveva la piena conformità.

- Analizzare i dati della soddisfazione del paziente rilevati secondo i diversi sistemi adottati dall'Ospedale (questionario alla dimissione, questionario pazienti ambulatoriali e Day Hospital, interviste telefoniche).

Per rilevare la soddisfazione dei pazienti ammessi in regime di ricovero ordinario, l'ISMETT ha adottato dal 2015 una versione semplificata 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. Nel periodo compreso tra il 1° gennaio e il 31 dicembre 2018 sono stati analizzati 1420 questionari (la percentuale di ritorno -calcolata sui pazienti dimessi- è del 54%).

I dati analizzati confermano un ottimo livello generale di soddisfazione del paziente in tutte le aree del questionario. In particolare:

- Il **89%** 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)
- Il **100%** dei rispondenti ha dichiarato che consiglierebbe l'ISMETT ad amici e parenti
- Il **60%** dei rispondenti ha dichiarato che le cure e l'assistenza ricevute in ISMETT hanno superato le proprie aspettative.

Da un'analisi pluriennale dei risultati, è evidente che l'Ospedale mantiene costanti standard altissimi di qualità dell'assistenza apprezzati dai pazienti. I risultati risultano particolarmente significativi nel 2018 per l'alta percentuale di ritorno dei questionari.

- Valutare gli elogi e i reclami presentati all'URP e le azioni migliorative.

Nel 2018, il numero dei reclami è in diminuzione rispetto al 2017 (17 Vs 32). Le motivazioni dei reclami riguardano essenzialmente problemi di comunicazione col personale, lamentele su ritardi ed aspetti alberghieri.

- Attuazioni di programmi/progetti specifici di Umanizzazione delle Cure

È stato avviato nel 2018 il progetto *Delirium Friendly Hospital* con lo scopo di migliorare il benessere cognitivo, fisico ed emozionale dei pazienti ospedalizzati, prevenendo e gestendo lo stato confusionale del paziente (*Delirium*). Gli interventi che sono stati effettuati e che sono tuttora in corso, riguardano essenzialmente la formazione dello staff medico e l'adeguamento dell'ambiente ospedaliero alla prevenzione e la cura dello stato di *delirium*.

### **Allegati:**

Allegato 1: Dash Board degli indicatori di outcome e di processo. Confronto 2017-2018