

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

ANNO 2019

*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 ESERCENTI LE PROFESSIONI
SANITARIE*

SOMMARIO

Premessa _____	1
La strategia aziendale di gestione del rischio clinico _____	2
Report segnalazioni volontarie, analisi delle cause e azioni avviate _____	7
Relazione su Monitoraggio di Indicatori di outcome e processo _____	14
Obiettivi per la Qualità e Sicurezza del Paziente per il 2020 _____	16
Il Programma di Umanizzazione delle Cure _____	18
Informazioni e contatti _____	20

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 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.

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.

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.

In considerazione della tipologia di attività clinica preminente, le strategie di prevenzione degli eventi avversi sono particolarmente orientate alle seguenti aree:

- Sicurezza in Sala Operatoria
- Gestione di apparecchiature, materiali e strumentazione e relative scorte
- Controllo delle infezioni
- Gestione dei farmaci
- Corretta identificazione del paziente
- Corretta comunicazione tra operatori
- Gestione dei rifiuti

La leadership di ISMETT utilizza inoltre strumenti di identificazione e analisi dei rischi, come la *Hazard and Vulnerability Analysis* (HVA) con l'obiettivo di prioritizzare le aree su cui concentrare gli sforzi di miglioramento, implementando misure di prevenzione finalizzate a ridurre il verificarsi di eventi che possono incidere negativamente sulla gestione aziendale e comportare, di conseguenza, un deterioramento della qualità dei servizi erogati e della sicurezza del paziente e degli Operatori.

Da sempre, inoltre, la politica di gestione del rischio implementata ad 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, traendone 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.

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.

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 assicura 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.

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.
- **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 periodica 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.
- **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.

Report segnalazioni volontarie, analisi delle cause e azioni avviate

SEGNALAZIONI VOLONTARIE: LA PROCEDURA

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.

SEGNALAZIONI VOLONTARIE: I NUMERI

Nel 2019 sono stati segnalati **229** 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 229 eventi avversi riguardano:

DESCRIZIONE	NUM. SEGNALAZIONI	% EVENTI CON DANNO	% EVENTI SENZA DANNO
ASPETTI MEDICI	79	10%	90%
ASPETTI INFERMIERISTICI	150	14%	86%

Per classificare la gravità dei 229 eventi, anche ai fini della prioritizzazione degli interventi, è stato utilizzato l'indice di classificazione sotto riportato (Figura 1), elaborato dal *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCC MERP) e l'algoritmo riportato alla pagina seguente (Figura 2), di cui è stata data piena diffusione attraverso la Quality Newsletter (periodico di informazione e condivisione dei risultati) e gli incontri settimanali del Comitato *Incident Report Review*.

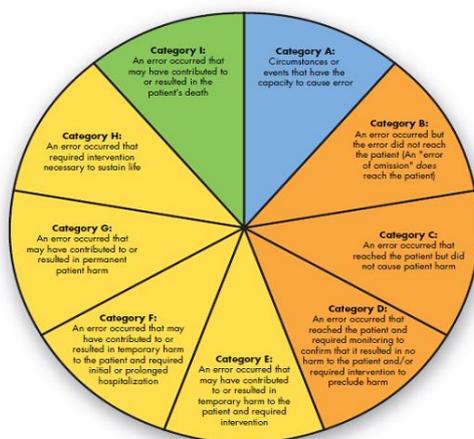


Figura 1: NCC MERP – Indice di classificazione eventi avversi

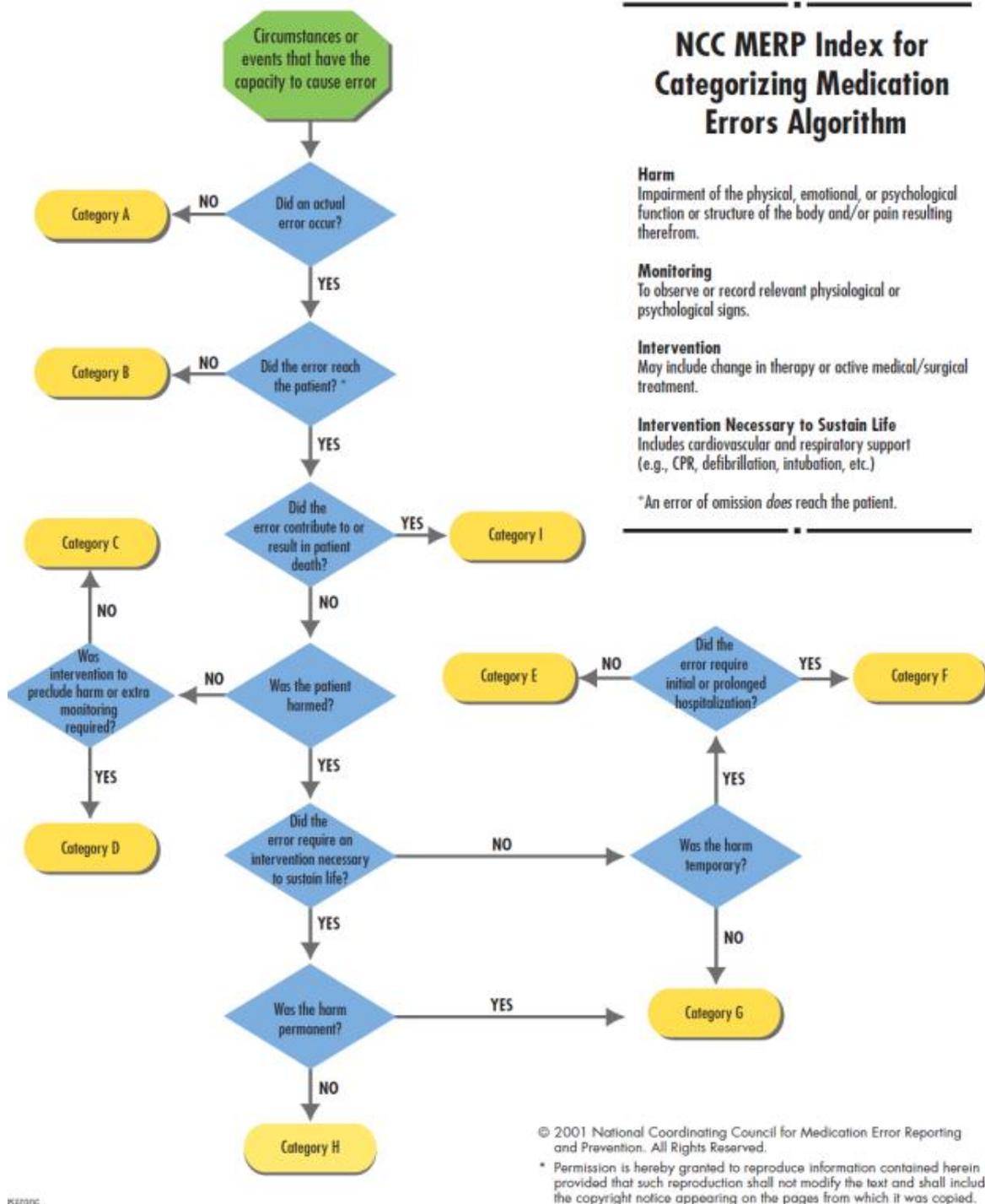


Figura 2: NCC MERP – Algoritmo esplicativo per classificazione eventi avversi

SEGNALAZIONI VOLONTARIE: FOCUS SU EVENTI CON DANNO

Tra gli eventi segnalati, **29** sono **con danno** (pari al 13%), con un tasso di incidenza, calcolato sulle giornate di degenza (*1000), dello **0.7‰**.

I 29 eventi che hanno causato danno sono così suddivisi:

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

Di seguito, alla Figura 3, viene riportata la distribuzione del livello di gravità di eventi:

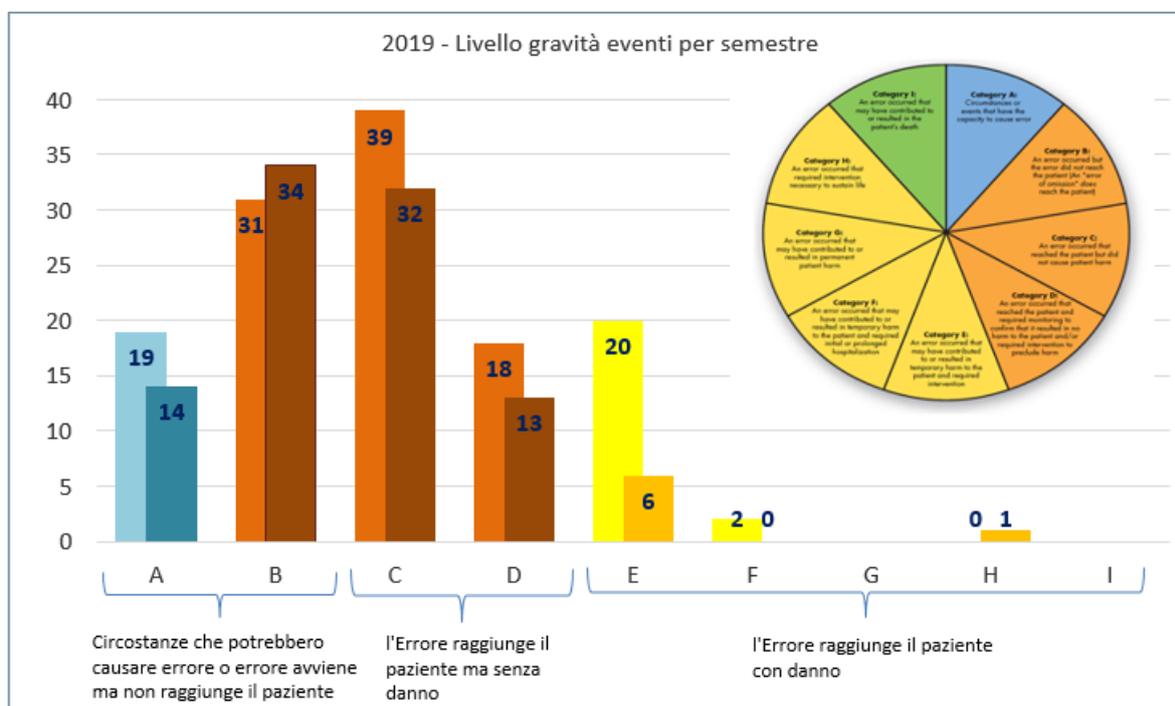


Figura 3: distribuzione del livello di gravità delle segnalazioni

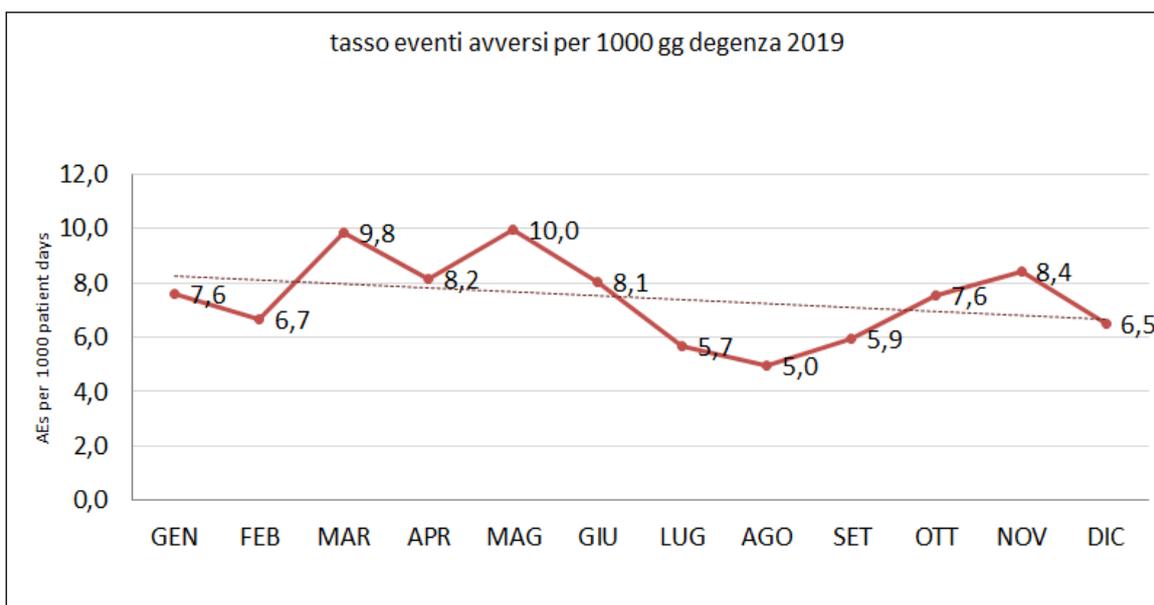


Figura 4: andamento mensile tasso eventi avversi notificati

SEGNALAZIONI VOLONTARIE: FOCUS SU EVENTI CON LIVELLO DI GRAVITA' PIU' ELEVATO

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:

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	DETTAGLIO
Revisione e/o integrazione di procedure/protocolli aziendali	Gestione Sondino Nasogastrico
	Protocollo ERAS (Enhanced recovery after surgery)
	Manutenzione dispositivi medici
	Gestione del dolore
Modifiche alla cartella clinica	Documentazione e controllo del posizionamento del sondino nasogastrico
	Documentazione test deglutizione
	Documentazione medica dell'anestesista
Integrazione nel referto di Endoscopia	Inserimento immagini

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

ALTRE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Durante il 2019 è continuato il **programma intensivo di audit** nei Reparti e Servizi volto a misurare in maniera sistematica e continuativa l'aderenza dell'ospedale ai requisiti previsti da JCI o definiti dalle nostre procedure interne.

Obiettivi specifici delle verifiche sono:

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

Al fine di standardizzare i criteri di valutazione, gli auditor interni sono guidati dall'utilizzo di *checklist* che permettono di valutare la conformità in diverse aree: 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.

I risultati delle verifiche sono condivisi periodicamente con la leadership ospedaliera durante le riunioni del Comitato Compliance JCI e al TCQPS, insieme ad eventuali azioni di miglioramento implementate, oltre che comunicati periodicamente a tutto il personale tramite la Newsletter Qualità.

Sempre durante il 2019, è stato avviato il lavoro di una **task force per la riduzione delle cadute in ospedaliere**. Il gruppo di lavoro ha analizzato le cadute avvenute durante l'anno 2019, rilevando alcuni fattori che sembrano avere contribuito al verificarsi dell'evento. In particolare, in molti casi è stato rilevato che il paziente aveva preso l'iniziativa di movimentarsi in autonomia, contravvenendo a precise indicazioni ricevute dal personale sanitario.

Allo scopo di richiamare l'attenzione del paziente alla prevenzione della caduta, il gruppo di lavoro ha sviluppato del materiale visivo, da distribuire o da affiggere nei luoghi abitati dal paziente.

In particolare:

- Una brochure di supporto consegnata ai pazienti dopo il *teaching* specifico, effettuato al momento del ricovero, sui rischi legati alla caduta (Figura 5)
- Dei poster per richiamare l'attenzione dei pazienti e dei familiari su alcuni punti comportamentali che possono aiutare nella prevenzione (Figura 6)



Figura 5: brochure di supporto



Figura 6: poster per i luoghi comuni, le stanze e i bagni

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 2019, i principali interventi migliorativi in questo ambito sono stati:

- Monitoraggio dell'aderenza al protocollo di Igiene delle mani: sono continuate le attività di follow-up su un progetto di miglioramento dell'aderenza all'igiene delle mani e il corretto utilizzo dei guanti avviato nel 2017, con il coinvolgimento di Ufficio Qualità, Direzione Sanitaria, Controllo delle Infezioni, Direzione Infermieristica e Comitato per le Infezioni Ospedaliere. Nel corso del 2019 sono state effettuate più di 4000 osservazioni, con una doppia modalità: osservazioni palesi e *blind observations*. Il trend della conformità media è in aumento continuo.
- Il monitoraggio continuo del programma di *Antimicrobial Stewardship* avviato nel 2018, attraverso il monitoraggio delle DDD (*Defined Daily Dose*) di antibiotico prescritte
- L'avvio del lavoro di una *task force* composta da personale di ISMETT e di UPMC per la riduzione delle infezioni del sito sternale. Paragonando le modalità di gestione in ISMETT e presso l'ospedale UPMC Shadyside dei pazienti candidati ad interventi di cardio-chirurgia nelle fasi pre, intra e post-operatorie, si è provato a ricavare buone pratiche atte a ridurre l'incidenza in ISMETT delle infezioni del sito sternale.

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 2019 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 2019 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 di obiettivo raggiunto/obiettivo non raggiunto, tramite l'uso di codice colore/simbolo (rispettivamente ✓ e ✗) che è la base per la definizione degli obiettivi di miglioramento per il 2020.

Si rileva che, dal confronto dei dati del 2019 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 neo-colonizzazioni 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*

Obiettivi per la Qualità e Sicurezza del Paziente per il 2020

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 2020** che riguardano le seguenti aree:

AREA	Obiettivo	Indicatore
RIDUZIONE INFEZIONI	Ridurre il tasso delle infezioni nosocomiali	Tasso infezioni nosocomiali
	Ridurre le neo-colonizzazioni da CRE	Tasso neocolonizzazioni CRE
	Ridurre il tasso delle infezioni da CRE	Tasso infezioni da CRE
	Riduzione delle infezioni del sito chirurgico	Tasso infezioni del sito chirurgico
	Migliorare l'igiene mani e l'uso appropriato dei guanti	Tasso osservazioni conformi
UMANIZZAZIONE delle CURE E CENTRALITÀ PAZIENTE	Migliorare la qualità del sonno in ospedale	Tasso di risposte positive alla domanda presente nel questionario di <i>patient satisfaction</i>
	Migliorare la gestione del dolore post-operatorio	Tasso di pazienti in post-op con dolore correttamente gestito
	Implementare le raccomandazioni previste dal Comitato <i>Choosing Wisely</i>	N. di raccomandazioni implementate e monitorate/n. raccomandazioni da implementare
EFFICIENZA PROCESSI E QUALITÀ DELLE CURE	Implementare un programma formativo in tema di LEAN Management	Numero di progetti Lean proposti/avviati nell'anno
ADERENZA A LL. GG.	Migliorare la Gestione del CVC tramite controllo appropriatezza	Tasso controllo appropriatezza CVC
	Migliorare l'accuratezza e la puntualità della prescrizione terapia antitrombotica (VTE-1)	Tasso prescrizione terapia antitrombotica (VTE-1)
	Migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni di antibiotici (<i>Antimicrobial Stewardship</i>)	Implementazione di un programma di revisione delle prescrizioni di Meropenem/Ertapenem e Imipenem-cilastatina. N. di DDD (<i>Defined Daily Dose</i>) di antibiotico prescritte

AREA	Obiettivo	Indicatore
RIDUZIONE EVENTI AVVERSI PREVENIBILI	Riduzione delle cadute	Tasso cadute
	Migliorare l'aderenza alla procedura EWS (Early Warning System)	Tasso di aderenza alla procedura misurato come: N. volte in cui, per pazienti con score ≥ 5 , è stata modificata la frequenza della valutazione medica e infermieristica/n. di pazienti con EWS ≥ 5
	Ridurre le dislocazioni accidentali di CVC (pazienti pediatrici)	Tasso di dislocazioni 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:

- 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 vengono 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* e condivisi con tutto il personale tramite le Bacheche Qualità e la *Quality Newsletter*.

Il Programma di Umanizzazione delle Cure

Il **Comitato per l'Umanizzazione delle Cure in Ospedale**, istituito nel 2018, ha 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, lavorando in particolare su aspetti strutturali di adeguamento delle infrastrutture a porzioni "fragili" di pazienti (pazienti pediatrici, ipovedenti, con ridotta funzionalità motoria o di altre culture religiose) e su aspetti di condivisione di informazioni per facilitare o migliorare l'esperienza in Ospedale dei pazienti e dei loro familiari.

- 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 2019 sono stati analizzati 1615 questionari (la percentuale di ritorno -calcolata sui pazienti dimessi- è del 59%).

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

- Il **94%** 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 **99%** dei rispondenti ha dichiarato che consiglierebbe l'ISMETT ad amici e parenti
- Il **66%** 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 significati nel biennio 2018-2019 per l'alta percentuale di ritorno dei questionari.

Sempre nel 2019, su mandato della Direzione aziendale, il Comitato, sotto il coordinamento del Dip. Qualità, della Direzione Sanitaria e del Servizio di Nutrizione, ha avviato un progetto volto a migliorare la soddisfazione dei pazienti sulla qualità dei pasti, effettuando un'analisi approfondita delle cause di insoddisfazione. Seguendo la metodologia PDSA, tramite un questionario specifico, sono state identificate le cause di insoddisfazione ed implementate azioni mirate volte a mitigare le cause di insoddisfazione identificate. I risultati post-implementazione sono al momento in fase di rilevazione tramite l'utilizzo del medesimo questionario. Nel frattempo però i primi feedback dai pazienti risultano essere ampiamente positivi con una riduzione consistente delle lamentele, dirette o riportate, ricevute dal Servizio di Nutrizione ed un aumento importante della soddisfazione generale sulla qualità dei pasti espressa dai pazienti nel questionario di soddisfazione compilato alla dimissione.

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

Nel 2019, l'URP ha ricevuto in tutto 27 reclami. Le motivazioni dei reclami riguardano essenzialmente problemi di comunicazione col personale, lamentele su ritardi ed aspetti alberghieri.

Informazioni e contatti

Tutte le informazioni e i dati presenti nel report sono stati elaborati dal Dipartimento Accreditamento e Qualità di ISMETT-UPMC Italy.

Per informazioni o chiarimenti, è possibile scrivere all'indirizzo email quality@ismett.edu

Allegati:

Allegato 1: Dash Board degli indicatori di outcome e di processo. Confronto 2018-2019