



2024

Report Qualità

A cura del dipartimento Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico

PREMESSA

La presente relazione descrive le attività condotte nel corso del 2024 ed in particolare quelle rivolte al raggiungimento degli obiettivi per il miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente, approvati dal CdA ISMETT.

Il Report è articolato secondo i principali ambiti gestiti dal Programma QPS, che è quindi strutturato nei seguenti punti:

1. Monitoraggio Indicatori Qualità
2. Programma Rischio Clinico
3. Programma Hand Hygiene
4. Programma Gestione Allarmi Clinici
5. Programma Patient Experience
6. Programma Verifiche Interne e Certificazioni Qualità
7. Formazione Qualità
8. Introduzione/Aggiornamento Procedure
9. Programmi di Monitoraggio Esterni (STS e PNE)

In un'ottica di trasparente condivisione dei nostri risultati sono inclusi

I risultati della performance saranno oggetto di analisi durante i primi mesi del 2025 per individuare le opportunità di miglioramento relative le aree di focus del programma qualità, di seguito riportate:

- **QUALITÀ DELLE CURE**
- **SICUREZZA DEL PAZIENTE**
- **ESPERIENZA DEL PAZIENTE**
- **PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA**

Inoltre, nel 2025 gran parte delle attività si concentrerà sulla implementazione dei piani di adeguamento JCI, continuando a valorizzare il coinvolgimento attivo del personale.

HIGHLIGHTS 2024

I principali risultati raggiunti nel 2024 nell'ambito delle attività del Programma Qualità e Sicurezza del paziente sono:



La conferma della certificazione JCI dell'ISMETT, che per la sesta volta, ha superato la rigorosa valutazione da parte dei surveyors internazionali confermando il continuo impegno per la sicurezza del paziente e il miglioramento della qualità dei servizi erogati.



La conferma della Certificazione ISO 9001:2018 dei servizi diagnostico-Terapeutici, della Farmacia e delle attività formative



I risultati raggiunti nel programma di *Patient Experience*, sulla base di circa 3000 questionari analizzati, che confermano che la percentuale dei giudizi positivi dei pazienti gestiti in ISMETT si colloca al di sopra del 95° percentile.



Il mantenimento di un tasso medio di Infezioni correlate all'assistenza inferiore all'anno precedente (tasso medio annuo 5.3 *1000 vs 5.4*1000) e la riduzione delle Infezioni del tratto urinario associate al catetere vescicale (CAUTI)



L'implementazione di un programma di Alarm Management finalizzato a ridurre gli allarmi non necessari che contribuisce al fenomeno dell'*Alarm Fatigue* rilevante sia per il benessere degli operatori che per la sicurezza dei pazienti



L'attiva partecipazione a tre eventi annuali focalizzati sul miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure: la Settimana per la Sicurezza dei Pazienti, la Giornata Mondiale della Sicurezza del Paziente e la Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani durante le quali sono state condotte attività di sensibilizzazione, formazione e engagement del personale

MONITORAGGIO INDICATORI QUALITÀ



In ISMETT è presente un sistema di monitoraggio della qualità che utilizza indicatori di processo e di esito desunti dalle seguenti fonti: cartella clinica elettronica, SDO, software Incident Reporting, database rilevazione *Patient Experience*, altri moduli e applicativi.

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 poi il raffronto con gruppi di pazienti omogenei comparabili per presenza di fattori di rischio, età, malattie associate, etc.

I report trimestrali vengono presentati ed analizzati da parte del Comitato Qualità e Sicurezza del Paziente (QPS) che, nel 2024, si è riunito in data: 5 marzo, 21 maggio, 25 luglio e 30 ottobre.

Il monitoraggio consente di apprezzare buoni risultati in tutte le aree. Tutti gli indicatori di Patient Safety hanno registrato risultati migliorativi rispetto il 2023 ed in linea con il target definito tenendo conto di benchmark nazionali ed internazionali disponibili, o quando non presenti prevedendo una riduzione del 5%-10% sui dati per periodo precedente.

Per quanto riguarda le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) si registrano risultati che confermano il trend in progressiva diminuzione osservato negli ultimi anni per quanto riguarda il tasso complessivo (5.3) ed il tasso di Infezioni Correlate all'Utilizzo di Catetere Urinario (CAUTI-1.3).

Particolare attenzione deve essere invece dedicata alle Infezioni Correlate al Ventilatore (VAE, 2.9 vs 2.3) e al tasso di Neocolonizzazione di Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (Neo-CRE 17.3% vs 12.4%); il tasso medio di aderenza all'igiene delle mani da parte del personale che si è attestato all' 84% (target 90%).

Ottimi i risultati sul programma di Patient Experience con un tasso di soddisfazione complessiva dell'89% e miglioramenti su tutte le aree monitorate. In particolare, i questionari ambulatoriali hanno visto un incremento del tasso di risposte degli utenti. Le opportunità di miglioramento per l'esperienza del paziente riguardano: il processo di condivisione delle informazioni sulla prevenzione del rischio di caduta con i pazienti, che si attesta intorno al 73% (Target 90%); la tempestività di risposta del personale alla chiamata del paziente è stata del 80,5% (Target 85%).

Nel corso del 2024 è stato realizzato un nuovo Dashboard Qualità (allegato 1) che consente la visualizzazione in un'unica pagina di 48 indicatori relativi a:

- a) *Clinical Outcome*
- b) *Patient Safety*
- c) *Patient Experience*
- d) *Hand Hygiene*
- e) *Hospital Acquired Infections*

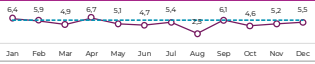
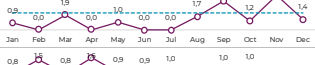
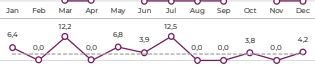
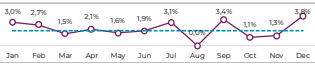
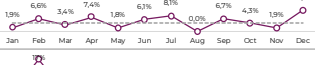
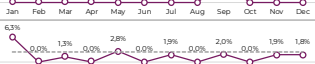
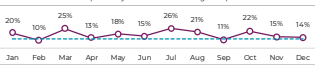
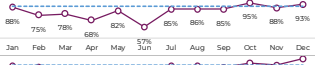
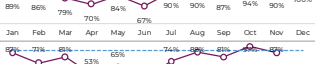
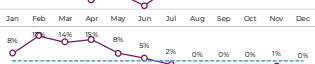
Achieved
Not Achieved
At Risk (±5% from target)

Quality
Improvement
Goal

QUALITY METRICS	2023	2024	Num	Den	Target	Monthly Trend vs. Goal / Target*
CLINICAL OUTCOMES						
HOSPITAL MORTALITY (Covid excluded)						
Num: No. Deaths	2,6%	1,8%	63	3.434	-	
Den: No. Inpatients						
MORTALITY - MED Spec						
Num: No. Med. Deaths	2,2%	1,1%	13	1.193	-	
Den: No. Med. Inpatients						
MORTALITY - SURG Spec						
Num: No. Surg. Deaths	2,8%	2,2%	50	2.241	-	
Den: No. Surg. Inpatients						
24h POST-OP MORTALITY						
Num: No. Post-Op deaths 24h	0,2%	0,1%	2	1.834	≤0,4%	
Den: No. Surgeries						
ALOS						
Num: Hospitalized Pt. Days	9,3	9,1	31.366	3.434	-	
Den: No. Inpatients						
READMISSIONS 30 DAYS						
Num: No. Readmissions 30 days	10,3%	8,6%	296	3.434	≤10%	
Den: No. Inpatients						
ICU READMISSIONS						
Num: No. ICU Readmissions	-	0,7%	8	1.080	-	
Den: No. ICU accesses						
PATIENT SAFETY & INTERNATIONAL PATIENT SAFETY GOALS (IPSG)						
INCIDENT REPORT	149	89	89	-	-	
HARM EVENTS	14	5	5	-	-	
SENTINEL EVENTS (MERP G-H-I)	1	1	1	-	0	
No. Other sentinel Events						
(IPSG.1) PATIENT IDENTIF. ADVERSE EVENTS						
Num: No. Pat. Identif. Adverse events	0,0%	0,0%	0	3.434	0,0%	
Den: No. Inpatients						
MED ERRORS (%)						
Num: No. Med Errors	0,9	0,3	8	31.366	≤0,6	
Den: Patient Days						
MED ERRORS HARM (%)						
Num: No. Med Errors w/ harm (NCC MERP E or more)	0,0	0,0	1	31.366	≤0,1	
Den: Patient Days						
(IPSG.3) MED EVENTS ON HIGH RISK MEDS						
Num: No. Incident Reports referred to HRM	0,3	0,2	6	31.366	<1	
Den: Patient Days						
(IPSG.6) FALLS RATE %						
Num: No. Falls	0,7	0,6	20	31.366	≤0,8	
Den: Patient Days						
(IPSG.6) FALLS WITH HARM RATE %						
Num: No. Falls with harm (NCC MERP E or more)	0,2	0,1	3	31.366	≤0,3	
Den: Patient Days						
HAPI ≥ 3 %						
Num: no. Hosp. Acquired Pressure Injuries ≥ 3	0,3	0,4	12	31.366	≤0,65	
Den: Patient Days						
CONDITION C %						
Num: No. Condition C	2,6	1,9	61	31.366	≤2	
Den: Patient Days						
POST-OP PAIN (24h)						
Num: No. Pain detected <=3 after 24h form surg	95,6%	98,3%	1.776	1.806	≥95%	
Den: No. Surgical Patients						
POST-OP PAIN (72h)						
Num: No. Pain detected <=3 after 72h form surg	95,9%	98,8%	1.489	1.507	≥95%	
Den: No. Surgical Patients						
OR COUNT DISCREPANCIES						
Num: No. Instruments count discrepancies	0,3%	0,1%	2	1.922	<1%	
Den: No. Surgeries						
PATIENT REPORTED (PX SURVEY OUTCOMES)						
PATIENT IDENTIFICATION (PX Survey)						
Num: No. Positive answers	89,6%	89,7%	903	1.007	90,0%	
Den: No. Surveys received						
CORRECT TIME OUT EXECUTION (PX Survey)						
Num: No. Positive answers	90,5%	91,7%	737	804	90,0%	
Den: No. Surveys received						
HAND HYGIENE MONITORING (PX Survey)						
Num: No. Positive answers	86,9%	89,5%	898	1.003	≥90%	
Den: No. Surveys received						
FALLS PREVENTION INSTRUCTIONS (PX Survey)						
Num: No. Positive answers	72,9%	72,8%	727	998	≥90%	
Den: No. Surveys received						
PAIN MANAGEMENT (PX Survey)						
Num: No. Positive answers	-	84,9%	790	930	90,0%	
Den: No. Surveys received						

Achieved
Not Achieved
At Risk (±5% from target)

Quality
Improvement
Goal

INFECTIONS							
HAI (%) Num: No. Hospital Acquired Infections Den: Patient Days	5,4	5,3	166	31.366	≤6,1	★	
CAUTI (%) Num: No. Catheter-Associated Urinary Tract Infection Den: Foley Days	2,8	1,3	14	10.716	<2,2	★	
CLABSI (%) Num: No. Central Line-associat. Bloodstream Infection Den: Central Line Days	0,8	0,8	11	13.100	≤0,7	★	
VAE (%) Num: No. Ventilator-Associated Events. Den: Ventilation Days	3,2	2,9	4	1.364	<2,3	★	
C.DIFF Num: No. Clostridium Difficile Den: Patient Days *10.000	1,5	4,5	14	31.366	≤3,2		
SURGICAL SITE INFECTIONS (SSI) Num: No. Surgical Site Infections Den: No. Surgeries	1,3%	2,1%	41	1.922	≤1,9%	★	
SSI - ABDOMINAL Num: No. SSI Abdominal Den: No. Abdominal Surgeries	3,2%	4,8%	28	579	≤4,4%		
SSI - PEDIATRIC Num: No. SSI Pediatric Den: No. Pediatric Surgeries	0,0%	1,0%	1	100	≤1,6%		
SSI - THORACIC Num: No. SSI Thoracic Den: No. Thoracic Surgeries	0,7%	0,4%	1	245	≤1%		
SWI - STERNAL WOUND INFECTIONS Num: No. SWI Den: No. Cardiac Surgeries	0,6%	1,5%	11	749	≤2,6%		
NEO - CRE Num: No. Neo Carbapenem-resist. Enterobact. coloniz. Den: No. Patients with at least 2 swabs, negative at admiss.	16,7%	17,3%	132	763	≤12,4%	★	
MRSA Num: No.methicillin-resistant Staphylococcus aureus Den: Patient Days	0,1	0,10	3	31.366	≤0,1		
HAND HYGIENE							
HAND HYGIENE (HOSPITAL) Num: No. Compliant HH observations Den: Total blind observations	90,1%	84,3%	2.288	2.714	≥90%	★	
HAND HYGIENE (NURSES) Num: No. Compliant HH observations - Nurses Den: Total blind observations	90,1%	86,8%	1.127	1.298	≥90%	★	
HAND HYGIENE (PHYSICIANS) Num: No. Compliant HH observations - Physicians Den: Total blind observations	86,5%	80,4%	365	454	≥90%	★	
HAND HYGIENE - GLOVES NON CONFORMITIES Num: No. Gloves non conformities Den: Total blind observations	5,5%	4,8%	129	2.714	≤4%	★	

Achieved
Not Achieved
At Risk (±5% from target)

Quality
Improvement
Goal

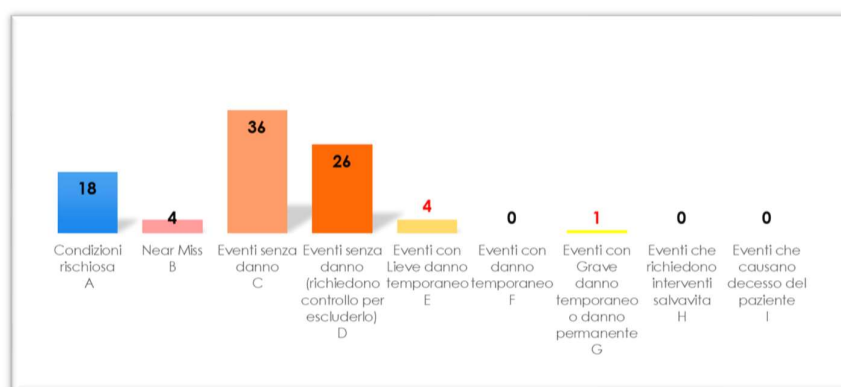
PATIENT EXPERIENCE						
INPATIENT						
SURVEY RETURN RATE						
Num: No. Surveys returned	30,1%	29,6%	1.017	3.434	33,0%	★
Den: No. Inpatients						
CAHPS RATE 0-10						
Num: No. Max rates	87,2%	88,8%	901	1.015	85,0%	★
Den: No. Surveys returned						
CAHPS LTR						
Num: No. Max rates	93,6%	94,7%	958	1.012	85,0%	
Den: No. Surveys returned						
RESPONSE HOSP STAFF						
Num: No. Max rates	77,1%	80,5%	749	930	85,0%	
Den: No. Surveys returned						
MEDICAL PRACTICE						
SURVEY RETURN RATE						
Num: No. Surveys returned	5,2%	7,6%	1.196	15.753	6,0%	★
Den: No. Medical visits						
PG OVERALL						
Num: No. Max rates	29,5%	51,4%	615	1.196	32,0%	★
Den: No. Surveys returned						
PG LTR						
Num: No. Max rates	34,8%	61,9%	740	1.196	32,0%	
Den: No. Surveys returned						
EASE SCHEDULING APPOINTMENTS						
Num: No. Max rates	-	44,6%	509	1.140	32,0%	
Den: No. Surveys returned						
RADIOLOGY						
SURVEY RETURN RATE						
Num: No. Surveys returned	6,3%	8,8%	787	8.952	7,0%	★
Den: No. Radiology examinations						
PG OVERALL						
Num: No. Max rates	29,6%	51,9%	408	787	33,0%	★
Den: No. Surveys returned						
PG LTR						
Num: No. Max rates	38,0%	64,5%	508	787	33,0%	
Den: No. Surveys returned						
CONCERN TO PRIVACY						
Num: No. Max rates	-	48,9%	370	757	33,0%	
Den: No. Surveys returned						
ENDOSCOPY						
SURVEY RETURN RATE						
Num: No. Surveys returned	6,0%	4,8%	44	922	7,0%	★
Den: No. Endoscopy examinations						
CAHPS RATE 0-10						
Num: No. Max rates	86,9%	86,4%	38	44	85,0%	★
Den: No. Surveys returned						
MEDICAL ONCOLOGY						
SURVEY RETURN RATE						
Num: No. Surveys returned	11,4%	12,7%	23	181	10,0%	★
Den: No. Med Onc Visits						
PG OVERALL						
Num: No. Max rates	74,0%	71,6%	16	23	85,0%	★
Den: No. Surveys returned						



Nel 2024 tramite il sistema di Incident Reporting sono state segnalati 89 *incidenti* o *nearmiss*, con la distribuzione mensile riportata al grafico di seguito.



Il 71% delle segnalazioni è stata effettuato da personale infermieristico, il 13% dal personale medico e il restante 14% da altro personale (tecnici, OSS, terapeuti). Tutti gli eventi segnalati vengono analizzati per gravità utilizzando il sistema MERP (*Medication Error Reporting And Prevention*). Il 94% (84/89) degli eventi segnalati non ha causato un danno al paziente.



LEGENDA MERP:

- **CONDIZIONE PERICOLOSA:** situazione che aumenta la probabilità di evento avverso
- **NEAR MISS:** evento che non ha raggiunto il paziente (→ Good Catch)
- **EVENTO SENZA DANNO:** evento che ha raggiunto il paziente ma non ha arrecato danno
- **EVENTO CON DANNO:** evento che ha raggiunto il paziente ed ha arrecato danno
- **EVENTO SENTINELLA:** evento che colpisce il paziente risultando in:
 - a. Morte
 - b. Danno permanente
 - c. Grave danno temporaneo

Tutti gli eventi segnalati sono stati analizzati dal Comitato Incident Reporting su base mensile che determina la necessità di apportare correttivi attraverso attività di sensibilizzazione e formazione, ovvero attraverso la revisione di processi e procedure. Nel periodo di riferimento è stato segnalato **un evento sentinella** che ha riguardato un paziente trapiantato di rene che è stato ricoverato in urgenza, per un inatteso peggioramento severo della funzione renale dell'organo trapiantato (graft). Un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da Risk Manager, Facilitatore per le RCA, Direzione Sanitaria, Responsabile della Nefrologia, responsabile del CUPI, Coordinatori trapianti e psicologo clinico si è incontrato il 3, 4, 5 e 27 giugno per analizzare l'evento ed il 9 e 16 luglio per definire i piani correttivi circa la criticità individuate tramite la *Root Cause Analysis*, secondo il protocollo ministeriale. La causa radice che è stata identificata è relativa alla comunicazione interna. Diversi correttivi sono stati attuati per rispondere alla criticità identificata.

1.1. Monitoraggio Raccomandazioni per la Prevenzione degli eventi sentinella

Con nota del 8.5.2024, prot. 16588, il Servizio 8 dell'Assessorato Regionale alla Salute, ha comunicato la riapertura del Monitoraggio delle Raccomandazioni per la Prevenzione degli Eventi Sentinella chiedendo l'inserimento del risultato delle valutazioni a opera del Risk Manager sulla piattaforma dedicata. La valutazione è stata effettuata sulle 19 Raccomandazioni e i dati inseriti nel sistema, in data 15.6.2024.

1.2. Programma Good Catch

Al fine di valorizzare le migliori segnalazioni che non hanno causato un danno al paziente, ma che con il loro ripetersi potrebbero cagionarlo, in UPMC è stato avviato il programma Good Catch. La selezione e premiazione delle migliori segnalazioni avviene in occasione di due appuntamenti annuali dedicati alla patient Safety, cui UPMC Italy aderisce:

La *National Patient Safety Week* (iniziativa nata negli USA che si celebra la terza settimana di marzo) e la Giornata Mondiale per la Sicurezza del paziente promossa dall'OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità (celebrata annualmente il 17 settembre).

In allegato i good catch premiati nel corso del 2024 (**allegato 2**)

2.2. Analisi Risultati Indagine Cultura della Sicurezza

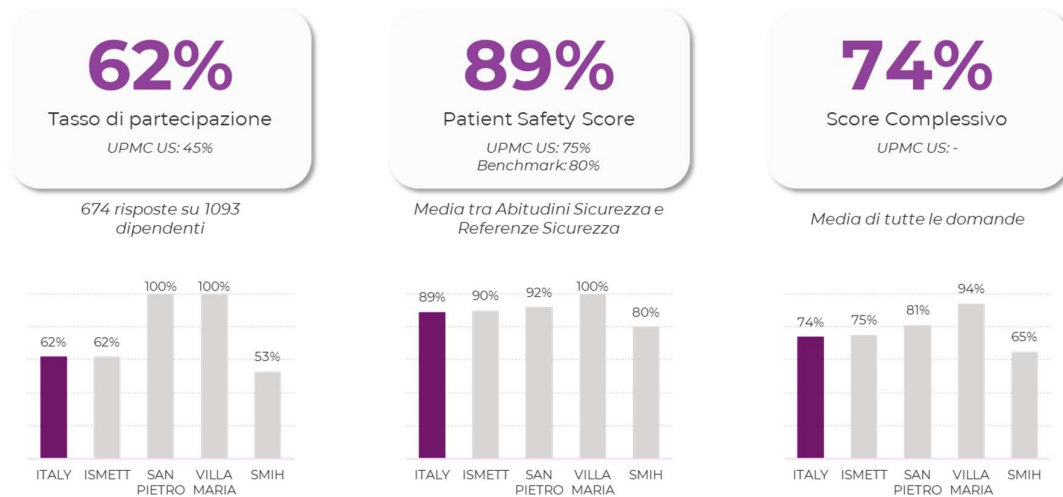
L'indagine sulla Cultura della Sicurezza (CoS), richiesta dalle principali organizzazioni che si occupano di sicurezza delle cure, tra cui Joint Commission International (JCI) e l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), viene somministrata ogni due anni in tutti i centri UPMC, per misurare la percezione dei dipendenti su quanto la sicurezza dei pazienti sia radicata nella nostra cultura.

Le domande, basate sul questionario dell'AHRQ, permettono di valutare in che misura lo staff viene incoraggiato e supportato dalla Leadership nel parlare apertamente della sicurezza dei pazienti.

I risultati specifici di ogni reparto/dipartimento sono stati condivisi durante incontri mirati con i coordinatori e lo staff delle singole unità. Complessivamente sono stati organizzati 11 focus group. Gli incontri si sono tenuti in modalità Focus Group, strutturati come segue:

- i. Introduzione alla Cultura della Sicurezza e alla struttura della Survey
- ii. Presentazione dei dati del reparto e confronto con i dati ISMETT
- iii. Dialogo e confronto sulle aree più critiche
- iv. Discussione azioni di miglioramento

Di seguito vengono riportati i risultati complessivi dell'Istituto che confermano, anche rispetto il benchmark americano degli eccellenti risultati.



I risultati per singola area e domanda consentono di identificare le principali aree di forza, ovvero la cultura della sicurezza, l'impegno della direzione per la sicurezza dei pazienti e l'impegno per il miglioramento continuo. Le aree che registrano dei punteggi inferiori sono invece la capacità di parlare apertamente, con particolare riguardo allo "scambio di informazioni tra i reparti" e l'Impegno a parlare apertamente nello specifico legato all'apprezzamento percepito rispetto i suggerimenti per migliorare la sicurezza dei pazienti.

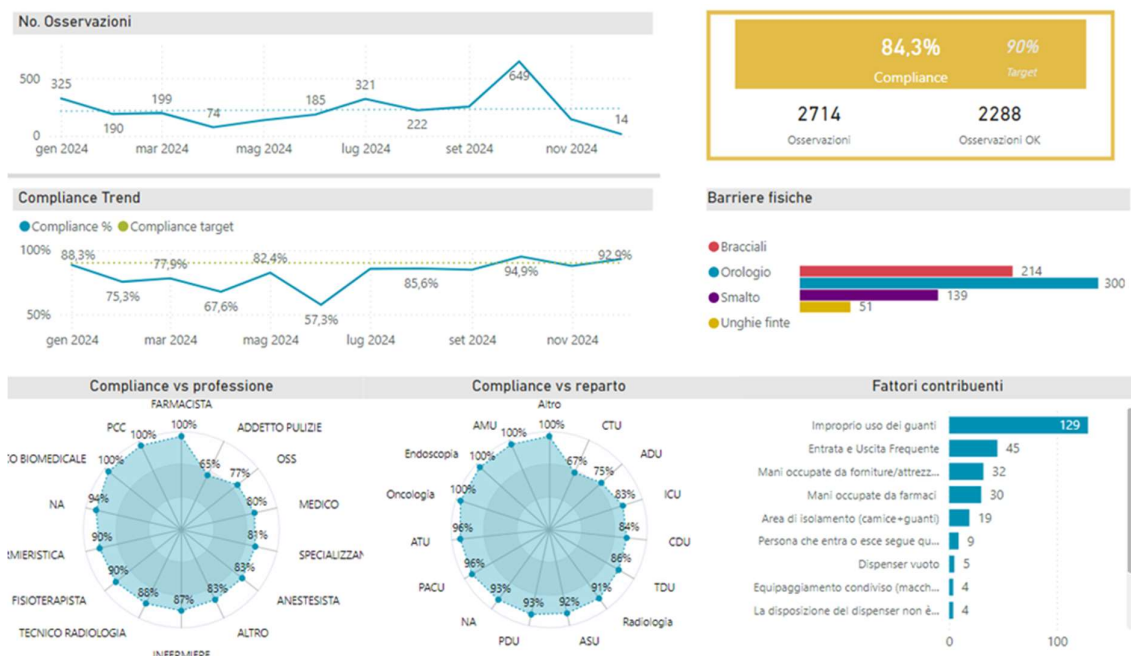
90% CULTURA DELLA SICUREZZA UPMC ITALY 89% 88% (COS15) Garantire la sicurezza dei pazienti è parte integrante del nostro lavoro in questo centro. 91% (COS16) Raccomanderei questa organizzazione come un luogo sicuro dove ricevere assistenza	70% IMPEGNO A PARLARE APERTAMENTE UPMC ITALY 70% 81% (COS11) Mi sento in grado e ho la possibilità di correggere potenziali rischi per la sicurezza dei pazienti. 58% (COS12) I miei suggerimenti per migliorare la sicurezza dei pazienti sono apprezzati in questo centro. 71% (COS14) I dipendenti che mettono la sicurezza dei pazienti al primo posto sono apprezzati in questo centro.
69% CAPACITÀ DI PARLARE APERTAMENTE UPMC ITALY 68% 42% (COS7) Lo scambio di informazioni tra i reparti avviene senza problemi. 75% (COS8) Abbiamo tutte le risorse necessarie per gestire i nostri pazienti in sicurezza. 76% (COS10) Ci sosteniamo a vicenda per gestire i pazienti in sicurezza. 82% (COS17) Come dipendente sento di potere lavorare in sicurezza in questo centro.	74% MIGLIORAMENTO CONTINUO UPMC ITALY 74% 64% (COS3) In questa organizzazione, cerchiamo di risolvere i problemi in modo permanente piuttosto che limitarci a trovare una soluzione 80% (COS4) Discutiamo dei modi per evitare che gli errori relativi alla sicurezza dei pazienti si ripetano. 75% (COS5) A seguito delle segnalazioni di eventi che mettono a rischio la sicurezza dei pazienti sono state intraprese attività che hanno 79% (COS9) La formazione che ricevo in ambito di sicurezza dei pazienti è efficace.
73% VOLONTÀ DI PARLARE APERTAMENTE UPMC ITALY 72% 72% (COS6) In questo centro esiste un processo equo e giusto per la gestione degli errori relativi alla sicurezza dei pazienti. 74% (COS13) Posso parlare apertamente di problemi relativi alla sicurezza dei pazienti senza timore di conseguenze negative.	79% IMPEGNO DELLA LEADERSHIP UPMC ITALY 79% 82% (COS1) Le azioni della leadership dimostrano che la sicurezza dei pazienti è una priorità assoluta. 75% (COS2) C'è una buona comunicazione tra leadership e dipendenti in materia di sicurezza dei pazienti in questo centro.



Il Programma *Hand Hygiene* dell'ISMETT è un programma stabile che ha come riferimento la Strategia Multimodale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che prevede azioni costanti sui seguenti ambiti: Gestione dell'Infrastruttura, Formazione, Valutazione e Feedback, Reminders e Clima Istituzionale. Il Programma è gestito operativamente da un Comitato che si incontra su base mensile per valutare i dati e pianificare le necessarie attività finalizzate alla regolare attuazione del programma.

Questo programma riveste un ruolo cruciale nel rafforzare le strategie di prevenzione e controllo delle infezioni all'interno dell'istituto. Attraverso l'adozione di processi ottimizzati, la formazione specifica del personale e il monitoraggio continuo, il programma contribuisce a prevenire la trasmissione intraospedaliera delle infezioni. Nel 2024 sono state eseguite +2250 osservazioni sull'igiene delle mani.

Un report dedicato, aggiornato in tempo reale, consente di tenere sotto monitoraggio i tassi di aderenza del personale sanitario e di valutare la performance di ogni reparto/servizio in questo ambito:



Dati Hand Hygiene gennaio-dicembre 2024

Gli obiettivi che il programma si è posto per il 2024 sono:

1. Assicurare almeno 210 osservazioni al mese
2. Erogare la formazione sull'igiene delle mani revisionando i contenuti
3. Assicurare che si svolgano regolarmente gli incontri del Comitato
4. Partecipare alla giornata mondiale per l'igiene delle mani del 5 maggio 2024
5. Rivedere i reminders presenti nei reparti e servizi e aggiornarli

Resoconto completamento attività annuali Programma HH.

N.	OBIETTIVI GENERALI	RAGGIUNTO (SI/NO)	NOTE
1	Assicurare almeno 210 osservazioni al mese	SI	Effettuate 2520 osservazioni totali
2	Erogare la formazione sull'igiene delle mani revisionando i contenuti	SI	Formazione erogata e contenuti aggiornati
3	Assicurare che si svolgano regolarmente gli incontri del Comitato	SI	6 Incontri svolti durante il 2024
4	Partecipare alla giornata mondiale per l'igiene delle mani del 5 maggio 2024	SI	Effettuate attività in linea con quanto suggerito dall'OMS
5	Aggiornamento Poster Igiene Mani	SI	Nuovi poster realizzati e affissi

New Hand Hygiene posters



Principali risultati conseguiti:

- Ottimizzazione flusso delle osservazioni tramite una scheda di raccolta dati personalizzata per il monitoraggio HH ed automatizzata.
- Revisione della formazione, arricchita con nuovi contenuti e introdotta con una modalità formativa innovativa.

- Incremento significativo della compliance degli Housekeepers, passata dal 35% al 65%, probabilmente grazie alle sessioni formative dedicate.
- Riduzione delle non conformità legate all'utilizzo improprio dei guanti. Nel secondo semestre si sono registrate tali non conformità si sono dimezzate (*vedi figura riportata di seguito*).

Aspetti migliorabili:

- Numero di osservazioni incostanti; il nuovo gruppo sembra essere meno costante rispetto al precedente gruppo di osservatori.
- Alcune aree (CDU, TDU, ICU, ADU) risultano avere una compliance al di sotto al 90%.
- E' necessario continuare a lavorare sulla cultura della sicurezza per garantire maggiore *accountability* del middle management.

2. L'analisi dei rischi che ha preso in considerazione i feedback di 106 operatori sanitari tra medici e infermieri e ci ha permesso di individuare le apparecchiature che affaticano maggiormente gli infermieri di area critica secondo un ordine decrescente:

- Monitor multiparametrico
- Centrale di monitoraggio
- CRRT
- Pompa siringa
- Ventilatore

3. L'introduzione delle nuove buone pratiche in accordo con le migliori evidenze scientifiche disponibili, sintetizzate in una Quick Reference del Sistema Qualità accessibile a tutto il personale e affisso nei reparti.

BEST PRACTICES ALLARMI MONITOR

PER RIDURRE L'AFFATICAMENTO D'ALLARME
NEI REPARTI DI AREA CRITICA

REGOLA GENERALE

GLI INFERMIERI POSSONO MODIFICARE AUTONOMAMENTE SOLO I LIMITI DEI PARAMETRI DI ALLARME COME SPECIFICATO NELL'ALLEGATO DELLA PROCEDURA COP. 33

⚠ NB: Non silenziosare l'allarme da remoto senza aver prima valutato il paziente al letto!

01 A INIZIO TURNO

- ✓ Assicurarsi che tutti i pazienti che necessitano di monitoraggio continuo siano correttamente collegati al monitor e alla centrale di monitoraggio.
- ✓ Controllare i limiti di allarme entro un'ora dall'inizio del turno e customizzarli in base alle condizioni cliniche del paziente, alle prescrizioni mediche e in accordo con i protocolli approvati.
- ✓ Verificare la corretta posizione degli elettrodi ed del saturimetro.

3 DERIVAZIONI

5 DERIVAZIONI

SIGNALE ONDA SINCRIZZABILE

SIGNALE ONDA SPICCI POCHI AFFIDABILI CONTROLLARE IL PAZIENTE

- ✓ Educare il paziente sull'importanza del corretto posizionamento dei dispositivi di monitoraggio.

02 DURANTE LE PROCEDURE AL LETTO DEL PAZIENTE

- ✓ Sostituire gli elettrodi ogni 24 ore (durante l'igiene del paziente) o più spesso se non ben aderenti alla cute.
- ✓ Silenziare l'allarme quando effettui attività al letto del paziente che possono generare falsi allarmi (emogasanalisi, aspirazione tracheobronchiale, cure igieniche, ecc.).

03 QUANDO IL PAZIENTE LASCIA TEMPORANEAMENTE IL REPARTO

- ✓ Assicurarsi che il monitor di reparto sia in modalità standby quando il paziente viene trasportato al di fuori dell'unità per eventuali procedure.

ECCO DERIVAZIONI STACCATE IN

04 IN CASO DI ALLARME

- ✓ Controllare sempre le condizioni cliniche a letto del paziente.

REFERENCES

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6039679/>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.icn.2016.01.001>
Bianchi M, Zuccato G, Bazzani A, et al. Computerized nursing decision support system in intensive care. Int J Nurs Qual. 2016;12(1):1-10.
Muller J, Zuccato G, Bazzani A, et al. Computerized nursing decision support system in intensive care. Int J Nurs Qual. 2016;12(1):1-10.
Kleinman S, et al. Computerized nursing decision support system in intensive care. Int J Nurs Qual. 2016;12(1):1-10.

HCMC
UPMC | IMETT
Palermo

4. Definizione della Formazione via FAD sulla corretta Gestione degli Allarmi Clinici, destinato a tutto il personale clinico al fine di migliorare la conoscenza sulle procedure di gestione degli allarmi e le best practices.

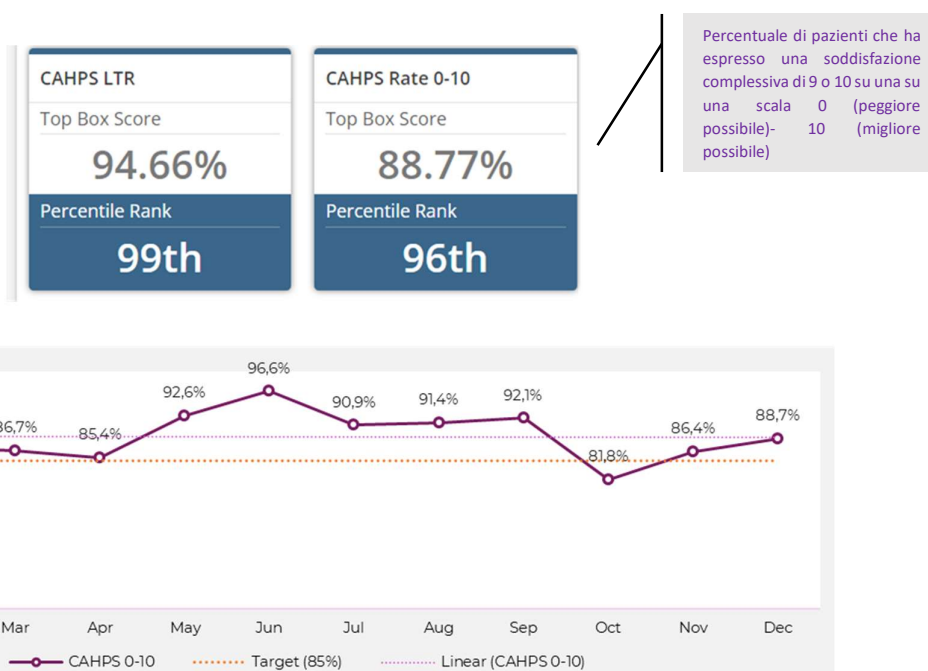


PROGRAMMA PATIENT EXPERIENCE

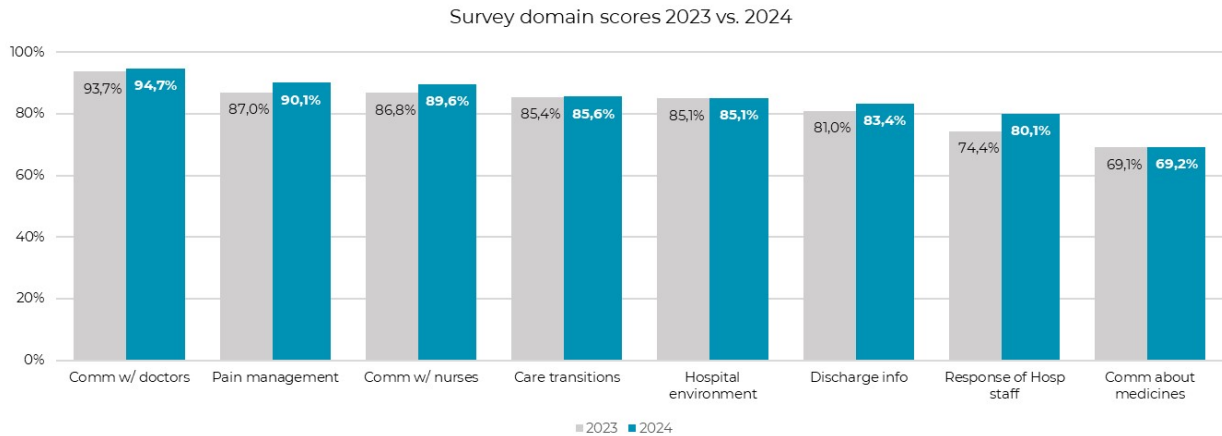


Per la valutazione dei propri risultati relativi all'esperienza del paziente, ISMETT aderisce al registro internazionale Press Ganey che utilizza il modello di indagine CAHPS (*Consumer Assessment of Hospitals, Providers and System*). Press Ganey, leader nel mondo per lo sviluppo e la distribuzione di sondaggi sulla soddisfazione dei pazienti, che raccoglie i feedback di più 40 milioni di pazienti di 2.000 organizzazioni sanitarie soprattutto negli USA. Anche nel periodo di riferimento, i livelli di soddisfazione complessivi dei pazienti di ISMETT sono tra i più alti tra quelli di tutti gli ospedali del database PGFusion, ponendosi tra il 96° (soddisfazione complessiva da 0 a 10) e il 99° percentile (probabilità con cui raccomanderebbe ISMETT).

In ISMETT è presente un Comitato *Patient Experience* che si incontra regolarmente per analizzare e valutare i risultati conseguiti e definire eventuali azioni e strategie migliorative. In particolare, nel 2024, il Comitato si è riunito in data: 23 febbraio, 22 marzo, 30 aprile, 28 giugno, 23 agosto, 22 novembre.



Come riportato al grafico successivo, in tutte le aree si registra un miglioramento rispetto al 2023:



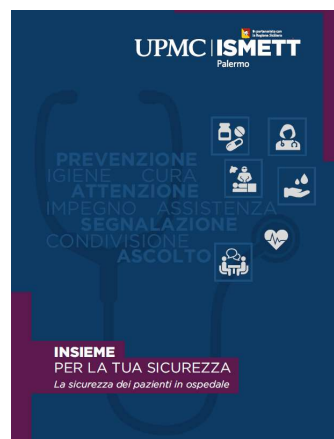
Le aree che registrano i risultati migliori sono:

- La comunicazione con il personale infermieristico (89,6%)
- La comunicazione con il personale medico (94,7%)
- La gestione del dolore (90,1%)

Le aree su cui è necessario continuare a lavorare riguardano:

- La comunicazione sui farmaci prescritti (69,2%)
- Le istruzioni ricevute per prevenire le cadute (72,8%)
- La tempestività della risposta al campanello (80,1%)

Si noti, inoltre, che dal 2024 i pazienti ricevono al momento del ricovero una brochure formativa che descrive i processi adottati per garantire la sicurezza del paziente con riferimento all'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari, all'identificazione del paziente prima della somministrazione di farmaci e trattamenti, e alle procedure per garantire la sicurezza in chirurgia.



Con delle domande specifiche inserite nel questionario di *Patient Experience*, viene valuta poi la frequenza con cui i pazienti hanno osservato gli operatori rispettare tali procedure. I risultati analizzati confermano che queste procedure sono seguite correttamente e regolarmente il 90% delle volte.

Nel report che segue, i dati sono stati messi a confronto con il target fissato per ciascuna delle aree monitorate sia in ambito di degenza ordinaria che di prestazioni ambulatoriali.

5.1 REPORT PATIENT EXPERIENCE DEGENZA- GENNAIO -DICEMBRE 2024

Item		2023	2024	Percentile Rank	Num	Den	Target	Quality Improvement Goal	Q1	Q2	Q3	Q4	Quarterly Trend
INPATIENT	(KPI) CAHPS RATE 0-10	87,2%	88,8%	96	901	1.015	85%	★	87%	91%	91%	85%	
	(KPI) CAHPS LTR	93,6%	94,7%	99	958	1.012	85%		94%	97%	96%	92%	
	SURVEY RETURN RATE	30,1%	29,6%	-	1.017	3.434	33%	★	32%	32%	28%	26%	
	(Domain) COMM W/ NURSES	86,8%	89,6%	96	-	-	85%		90%	90%	92%	87%	
	(Domain) RESP HOSP STAFF	74,4%	80,1%	95	-	-	85%		76%	86%	89%	80%	
	(Domain) COMM W/ DOCTORS	93,7%	94,7%	99	-	-	85%		94%	95%	96%	94%	
	(Domain) HOSP ENVIRONMENT	85,1%	85,1%	98	-	-	85%		84%	86%	86%	85%	
	(Domain) PAIN MANAGEMENT	87,0%	90,1%	-	-	-	85%		88%	93%	91%	88%	
	(Domain) COMM ABOUT MEDS	69,1%	69,2%	87	-	-	85%		70%	69%	68%	71%	
	(Domain) DISCHARGE INFO	81,0%	83,4%	20	-	-	85%		83%	82%	85%	83%	
	(Domain) CARE TRANSITION	85,4%	85,6%	99	-	-	85%		85%	85%	88%	86%	
	(Question) Correct Patient Identification	89,6%	89,7%	72	903	1.007	90%		90%	92%	90%	87%	
	(Question) Hand Hygiene compliance	86,9%	89,5%	99	898	1.003	90%		88%	90%	94%	88%	
	(Question) Time Out execution	90,5%	91,7%	99	737	804	90%		92%	91%	95%	89%	
	(Question) Falls prevention instructions	72,9%	72,8%	-	727	998	90%		70%	74%	77%	72%	
	(Question) Response Call Button	77,1%	80,5%	95	749	930	85%		72%	84%	89%	80%	

5.2.REPORT PATIENT EXPERIENCE AMBULATORIO e RADIOLOGIA- GENNAIO -DICEMBRE 2024

		2023	2024	Percentile Rank	Num	Den	Target	Quality Improvement Goal	Q1	Q2	Q3	Q4	Quarterly Trend
MEDICAL VISIT	(KPI) PG OVERALL	29,5%	51,4%	1	615	1.196	32%	★	43%	34%	54%	69%	
	(KPI) PG LTR	34,8%	61,9%	1	740	1.196	32%		53%	44%	63%	83%	
	SURVEY RETURN RATE	5,2%	7,6%	-	1.196	15.753	6%	★	6%	7%	9%	8%	
	(Domain) ACCESS	25,5%	44,2%	1	-	-	32%		40%	29%	46%	59%	
	(Domain) MOVING THROUGH VISIT	17,8%	33,5%	1	-	-	32%		28%	23%	36%	45%	
	(Domain) NURSE/ASSISTANT	31,5%	56,4%	1	-	-	32%		48%	36%	60%	77%	
	(Domain) CARE PROVIDER	34,6%	57,9%	1	-	-	32%		47%	40%	61%	79%	
	(Domain) PERSONAL ISSUES	27,3%	48,9%	1	-	-	32%		40%	31%	53%	67%	
	(Domain) OVERALL ASSESSMENT	32,1%	56,5%	1	-	-	32%		48%	40%	58%	75%	
	(Question) Ease scheduling appointments	26,9%	44,7%	1	509	1.140	32%		41%	28%	47%	59%	
RADIOLOGY	(KPI) PG OVERALL	29,6%	51,9%	1	408	787	33%	★	43%	34%	59%	67%	
	(KPI) PG LTR	38,0%	64,5%	1	508	787	33%		55%	48%	70%	81%	
	SURVEY RETURN RATE	6,3%	8,8%	-	787	8.952	7%	★	7%	8%	10%	10%	
	(Domain) REGISTRATION	27,3%	49,4%	1	-	-	33%		38%	31%	59%	66%	
	(Domain) YOUR CARE	29,3%	50,8%	1	-	-	33%		44%	31%	58%	66%	
	(Domain) OVERALL ASSESSMENT	34,8%	60,2%	1	-	-	33%		52%	45%	65%	75%	
	(Question) Staff concern for privacy	28,1%	48,9%	-	370	757	33%		37%	28%	58%	67%	

CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ



ACCREDITAMENTO JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI)

Durante tutto l'anno, il Comitato JCI, sotto il coordinamento del Dip. Accreditemento e Qualità e della Direzione Sanitaria, si è incontrato su base mensile, per supervisionare le attività atte a mantenere gli standard, di cura e strutturali richiesti dal Manuale JCI, in vista della audit ufficiale di ri-accreditamento prevista per la fine dell'anno.

Le attività preparatorie alla audit di fine anno, coordinate dal Dip. Accreditemento e Qualità, si sono concentrate su:

- **Conduzione di audit interni trimestrali** volte ad assicurare il mantenimento degli standard strutturali, qualitativi e di sicurezza nei processi di cura richiesti da JCI e dalle procedure aziendali.
- **Mock Survey JCI**: dal 15 al 17 aprile, due consulenti, per tre giornate, hanno valutato lo stato di *compliance* della nostra struttura e dei nostri processi clinici e organizzativi agli standard JCI.
- **Aggiornamento e monitoraggio del JCI Action Plan** sulla base di quanto emerso dalle due attività precedenti e alle attività di routine da completare per mantenere la conformità agli standard di processi e procedure in uso (es.: monitoraggio della documentazione clinica presente in cartella o aggiornamento delle politiche e procedure aziendali).
- **Monitoraggio Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente (IPSG – International Patient Safety Goals)**: il Dip. Accreditemento e Qualità si è occupato mensilmente di analisi e monitoraggio degli indicatori di processo e di outcome legati alla conoscenza e applicazione da parte dello staff degli IPSG.
- **Monitoraggio della documentazione clinica presente in cartella e organizzazione incontri del comitato MRR (Medical Record Review)**: nel corso dell'anno, sono state verificate circa 250 cartelle cliniche delle diverse specialità. Il comitato multidisciplinare MRR si è riunito almeno su base mensile (gli incontri sono stati intensificati nel bimestre precedente alla survey JCI). La revisione puntuale delle cartelle ha permesso di identificare le principali criticità nella documentazione clinica, sia in area medica che infermieristica.

Per implementare azioni di miglioramento mirate, sono state intraprese le seguenti azioni:

1. Alcuni campi che risultavano scarsamente compilati sono stati resi obbligatori in cartella clinica elettronica
 2. Miglioramento delle modalità di documentazione della informazione clinica (menu a tendina Vs campo in testo libero)
 3. Erogazione della formazione sulla cartella clinica a tutto il personale, con particolare focus sulla corretta tempistica di documentazione delle varie informazioni (in particolare in relazione alla valutazione del paziente).
- **Aggiornamento delle politiche e procedure richieste da JCI** per assicurare che rispecchiassero effettivamente i processi in vigore e che fossero pienamente aderenti agli standard JCI

- **Aggiornamento Formazione sul sistema JCI** per assicurare che il personale, in modo particolare i neoassunti fossero consapevoli del sistema JCI e dei comportamenti attesi

La survey, condotta da tre surveyors (un medico, un infermiere ed un amministrativo), si è svolta, in 5 giornate, durante le quali gli auditor hanno valutato tutti gli aspetti e i processi correlati agli standard JCI: il corretto coordinamento dei servizi, il rispetto dei diritti dei pazienti, tra cui quello alla privacy e all'informazione, la corretta compilazione della cartella clinica, l'osservanza delle norme di igiene e di prevenzione delle infezioni, l'efficacia dei processi di comunicazione, l'applicazione delle procedure, la gestione del personale e dei programmi formativi, le strategie implementate dalla Leadership per garantire il miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente, la gestione degli eventi avversi, nonché lo stato della struttura e del sistema di gestione per la sicurezza dei lavoratori. La verifica è stata espletata attraverso visite ai reparti, interviste al personale, l'esame della documentazione, l'osservazione delle pratiche e diversi incontri di gruppo su tematiche trasversali.

La survey si è conclusa con esito favorevole, **L'accreditamento, con validità triennale, è stato riconfermato per la sesta volta.**

La certificazione JCI rappresenta il riconoscimento del continuo impegno di ISMETT per il miglioramento continuo delle performance sul fronte dei risultati clinici, dell'assistenza infermieristica, delle attività gestionali, dell'accoglienza, della centralità del paziente e dei programmi formativi e di sviluppo delle competenze del personale.

La struttura si è impegnata a rispondere, entro il 2 febbraio 2025, su tre aree per le quali è stata richiesta la definizione di Piani Strategici di Miglioramento (SIP), relativamente al programma di prevenzione e controllo delle infezioni (PCI 6 ME1), il Programma di Gestione della Struttura e della Sicurezza (FMS 8.1 ME1) e aspetti ambientali in Risonanza Magnetica (AOP 6.2. ME.5).



CERTIFICAZIONE SECONDO LA NORMA ISO 9001:2015

Durante tutto l'anno, il Dip. Qualità e Accreditamento ha lavorato con Referenti Qualità dei Servizi per assicurare la conformità agli standard previsti dalla norma ISO 9001:2015. In particolare, si è lavorato sul monitoraggio degli obiettivi di miglioramento della qualità (misurati tramite specifici indicatori) identificati per l'anno 2021, sull'aggiornamento della documentazione richiesta dalla norma e sulla definizione, tramite la metodologia Hazard & Vulnerability Analysis (HVA), di analisi dei rischi e delle opportunità specifici per ciascun servizio certificato, da usare come base per accrescere l'efficacia del sistema di gestione e migliorare costantemente il livello di performance globale. Un'analisi dettagliata dei pericoli e dei rischi consente, infatti, di progettare e implementare misure di prevenzione e mitigazione finalizzate a ridurre il verificarsi di eventi che possono incidere negativamente sulla qualità dei servizi erogati e sulla sicurezza del paziente e degli Operatori. Sintesi delle principali attività svolte durante l'anno:

- Riesame dei risultati degli indicatori monitorati nel 2023, definizione nuovi indicatori/obiettivi di miglioramento e definizione HVA (marzo 2024)
- Follow-up su monitoraggio indicatori 2024 (su base mensile)
- Revisione e aggiornamento Piani di Gestione e Istruzioni Operative (aprile/novembre)
- Conduzione audit interni (settembre/ottobre)
- Riesami interni del SGQ (Sistema Gestione Qualità) e monitoraggio andamento indicatori (ottobre 2024)
- Riesame del SGQ da parte della Direzione aziendale (ottobre 2024)

A dicembre, come illustrato nella relazione relativa al terzo quadrimestre 2024, si è svolto l'audit ufficiale triennale di ri-certificazione a cura di DNV GL (ente certificatore) per i Servizi certificati (Radiologia, Endoscopia, Emodinamica, Dialisi, Farmacia, Laboratorio di Patologia Clinica, Virologia e Microbiologia, Anatomia Patologica e le Attività Formative) non riscontrando alcuna non conformità rispetto ai requisiti previsti dalla norma.

FORMAZIONE QUALITA



Nel periodo di riferimento sono stati organizzati numerosi eventi formativi per diffondere la conoscenza delle procedure interne, sistema JCI e programma qualità e rischio clinico: In particolare sono state erogate 3 sessioni di Orientation e 5 sessioni di formazione JCI rivolta al personale medico come riportato alla sottostante tabella.

- Contenuti Formazione -	Data	Erogazione	#Partecipanti	Totale
1 ISMETT Quality Orientation 2024 - Formazione iniziale su qualità e rischio clinico	05/04/2024	Webinar	23	57
2 ISMETT Quality Orientation 2024 - Formazione iniziale su qualità e rischio clinico	11/04/2024	Webinar	13	
3 ISMETT Quality Orientation 2024 - Formazione iniziale su qualità e rischio clinico	11/07/2024	Webinar	21	
1 Formazione Medici JCI 2024 -	03/07/2024	Aula	8	61
2 Formazione Medici JCI 2024 -	09/07/2024	Aula	13	
3 Formazione Medici JCI 2024 -	10/07/2024	Aula	8	
4 Formazione Medici JCI 2024 -	24/07/2024	Aula	12	
5 Formazione Medici JCI 2024 -	17/07/2024	Aula	20	

Sono inoltre state organizzate 2 FAD (Hand Hygiene e Alarm Management, attualmente ancora in corso, cui ha partecipato più del 70% del personale destinatario della formazione

FORMAZIONE DEDICATA AL PROGRAMMA HAND HYGIENE

N.	ATTIVITÀ	STATO	DATA
1	Formazione Housekeepers (addetti alle pulizie)	Completata	7, 14 e 26 Marzo 2024
2	Formazione Nuovi Osservatori HH	Completata	7 e 9 Maggio 2024
3	Partecipazione alla Giornata Mondiale per l'Igiene delle Mani: Sensibilizzazione nei reparti e servizi con il box pedagogico. Gioco educativo: Hand Hygiene Star (quiz a squadre)	Completata	Maggio 2024

Formazione a Distanza HH (I Pilastri del Rischio Infettivo)

Contenuti:

- I 5 momenti igiene mani
- Wash-In e Wash-Out

- Utilizzo corretto della soluzione idroalcolica e acqua e sapone
- Corretto utilizzo dei guanti monouso come dispositivi protezione individuale quando indossarli e quando non indossarli
- La piramide WHO sul corretto utilizzo dei guanti
- Precauzioni standard e aggiuntive d'isolamento.
- Cartellonistica, indicazioni presenti in Istituto.
- Video contaminazione mancata igiene delle mani con i scenari più frequenti.

Destinatari:

Medici, Infermieri, Fisioterapisti, OSS, Perfusionisti, Biologi, Tecnici di laboratorio, Tecnici di radiologia, Farmacisti, Tecnici di farmacia, Dietisti, Psicologi, Assistenti sociali.

Tasso di Partecipazione:

Status al 31 Dicembre 2024: **70%** (584/836). La formazione è stata avviata il 21 ottobre ed è attualmente in corso.

Formazione: La corretta Gestione degli allarmi Clinici

Contenuti:

- Sezione 1: Comprendere gli Allarmi Clinici
- Sezione 2: Migliori Pratiche per la Gestione degli Allarmi Monitor
- Sezione 3: I Protocolli per la Gestione degli Allarmi Clinici
- Sezione 4: Rispondere ai Surveyor Joint Commission

Destinatari:

MEDICI - Anestesia e CCM - Cardiochirurgia e Tx di cuore - Cardiologia - Chirurgia Addominale e Tx Addominali - Chirurgia Toracica e Tx di polmone - Pediatria - Epatologia e Gastroenterologia - Nefrologia e Dialisi - Pneumologia - Medicina Generale (neurologia, pancreas, infettivologia, diabetologia, genetica medica) - Cardiologia Interventistica - Endoscopia Digestiva e Respiratoria - Oncologia Medica – Radiologia.

INFERMIERI/FISIOTERAPISTI/OSS - ICU Intensive Care Unit - CDU Cardiac Dpt Unit - TDU Thoracic Dpt Unit - ADU Abdominal Dpt Unit - ATU Abdominal Transitional Unit - PACU PeriAnesthesia Care Unit - PDU Pediatric Dpt Unit

Tasso di Partecipazione: Status al 31 Dicembre 2024: **73%** (327/449). In particolare la formazione è stata completata dall'83% dei medici che l'hanno ricevuta e dal 70 % degli infermieri.



Il sistema documentale dell'organizzazione rappresenta uno strumento di governo clinico e organizzativo, di gestione del rischio e di prevenzione degli errori dovuti ad eventuali *vacatio* procedurali e/o alla conseguente interpretazione soggettiva nella esecuzione delle attività.

Il sistema documentale di cui l'organizzazione si è dotata per assicurare un efficace governo dei processi e definire i principi e le regole che guidano le attività e i processi, che si ispirano a:

- Requisiti e standard emanati da enti regolatori in materia di autorizzazione e accreditamento applicabili,
- Linee Guida Scientifiche e Raccomandazioni applicabili
- Standard emanati dagli enti per le certificazioni volontarie adottate dall'Azienda (Joint Commission International, ISO UNI EN 9001:2015, ISO UNI 14001:2015 e ISO UNI EN 45001:2023)
- Modello di organizzazione, gestione e controllo ex D.lgs. n. 231/2001 ed il rispetto del Codice Etico e di Condotta adottato dal Gruppo UPMC in Italia.

Nel 2024 è stato avviato un programma di riorganizzazione del sistema documentale aziendale ai fini di una maggiore efficienza ed efficacia dello stesso, garantendo lo snellimento delle procedure e l'integrazione di procedure trasversali su tutte le sedi UPMC Italy. Nell'ambito di questo programma sono state sottoposte a revisione 119 procedure, di cui 112 per aggiornamento periodico. L'elenco delle procedure introdotte o aggiornate nel corso dell'anno è riportato **nell'allegato 3**.

Si noti che 45 procedure sono state abolite (perché integrate con procedure esistenti o assimilate in un'unica procedura a valenza trasversale).



REGISTRO STS (*SOCIETY OF THORACIC SURGERY*)

Il registro STS (*Society of Thoracic Surgeons*) è uno strumento di monitoraggio e valutazione delle performance in ambito cardiocirurgico. Viene utilizzato per raccogliere dati clinici relativi ai pazienti sottoposti a interventi di chirurgia cardiaca, al fine di analizzare i risultati, migliorare la qualità delle cure e fornire indicatori di performance per gli ospedali e i chirurghi. È particolarmente utile per confrontare gli esiti di interventi in diverse strutture, identificare trend e apportare modifiche al trattamento in base alle evidenze raccolte.

L'Istituto partecipa volontariamente al registro STS, che monitora e mette a confronto i dati della cardiocirurgia di oltre 1.000 centri. La maggior parte dei centri partecipanti è situata negli Stati Uniti, ma il registro ha un'espansione internazionale crescente. La partecipazione a questo registro permette ai centri di confrontare i risultati, migliorare le pratiche cliniche e contribuire al miglioramento globale della qualità delle cure in cardiocirurgia.

Il registro STS comprende informazioni dettagliate sui pazienti, inclusi dati demografici, condizioni pre-operatorie, tipo di intervento chirurgico, complicanze post-operatorie, mortalità e altre misure di outcome. Il sistema permette anche di analizzare i fattori di rischio per ciascun paziente e l'impatto che questi hanno sugli esiti chirurgici.

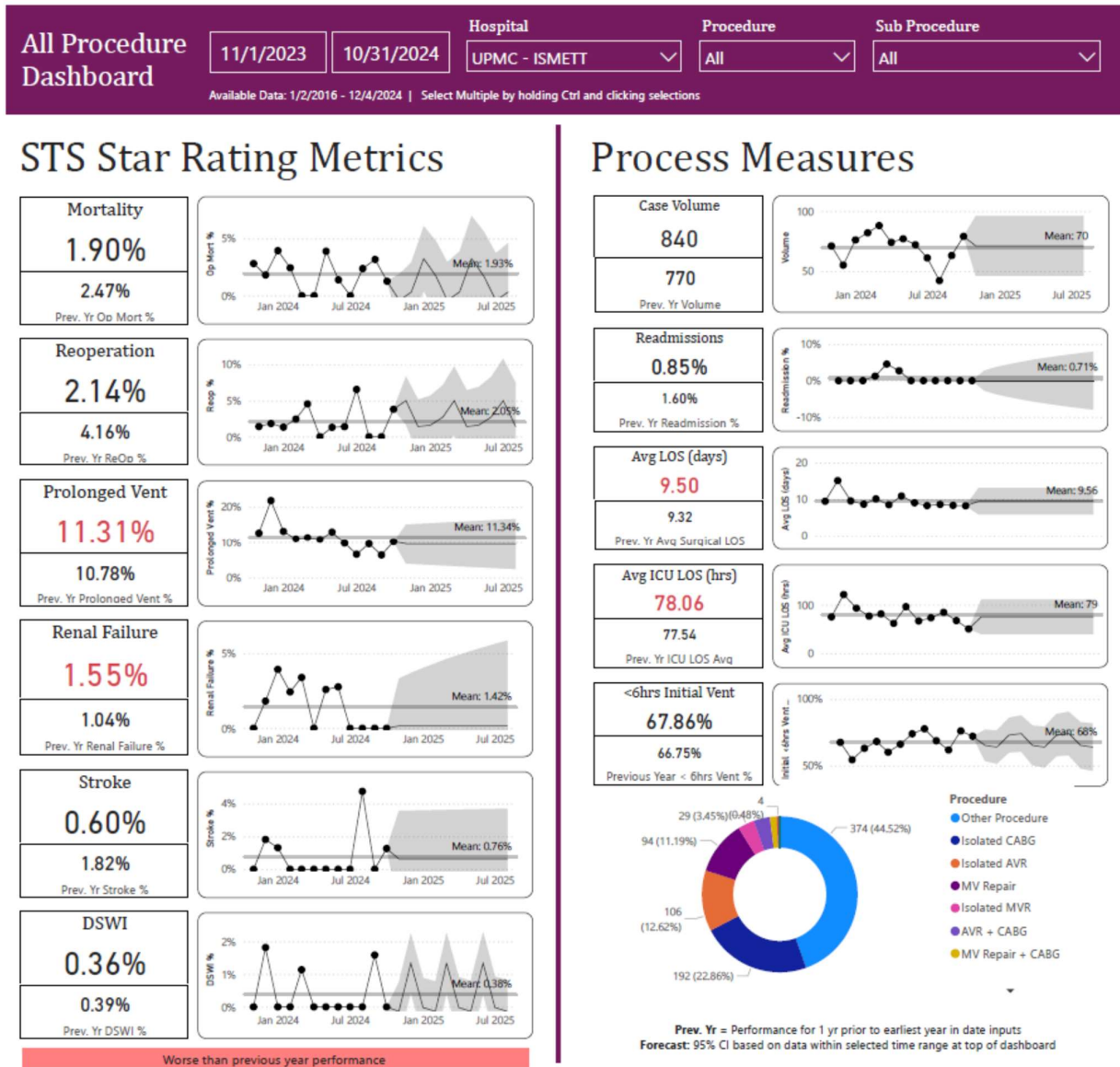
Gli ospedali sono valutati utilizzando modelli statistici di rischio aggiustato per confrontare i risultati attesi con quelli effettivi. Le metriche considerate includono:

- Tassi di mortalità (in ospedale e a 30 giorni).
- Complicazioni maggiori (come infezioni, ictus, insufficienza renale, ecc.).
- Qualità delle cure postoperatorie.
- Volume di interventi eseguiti.

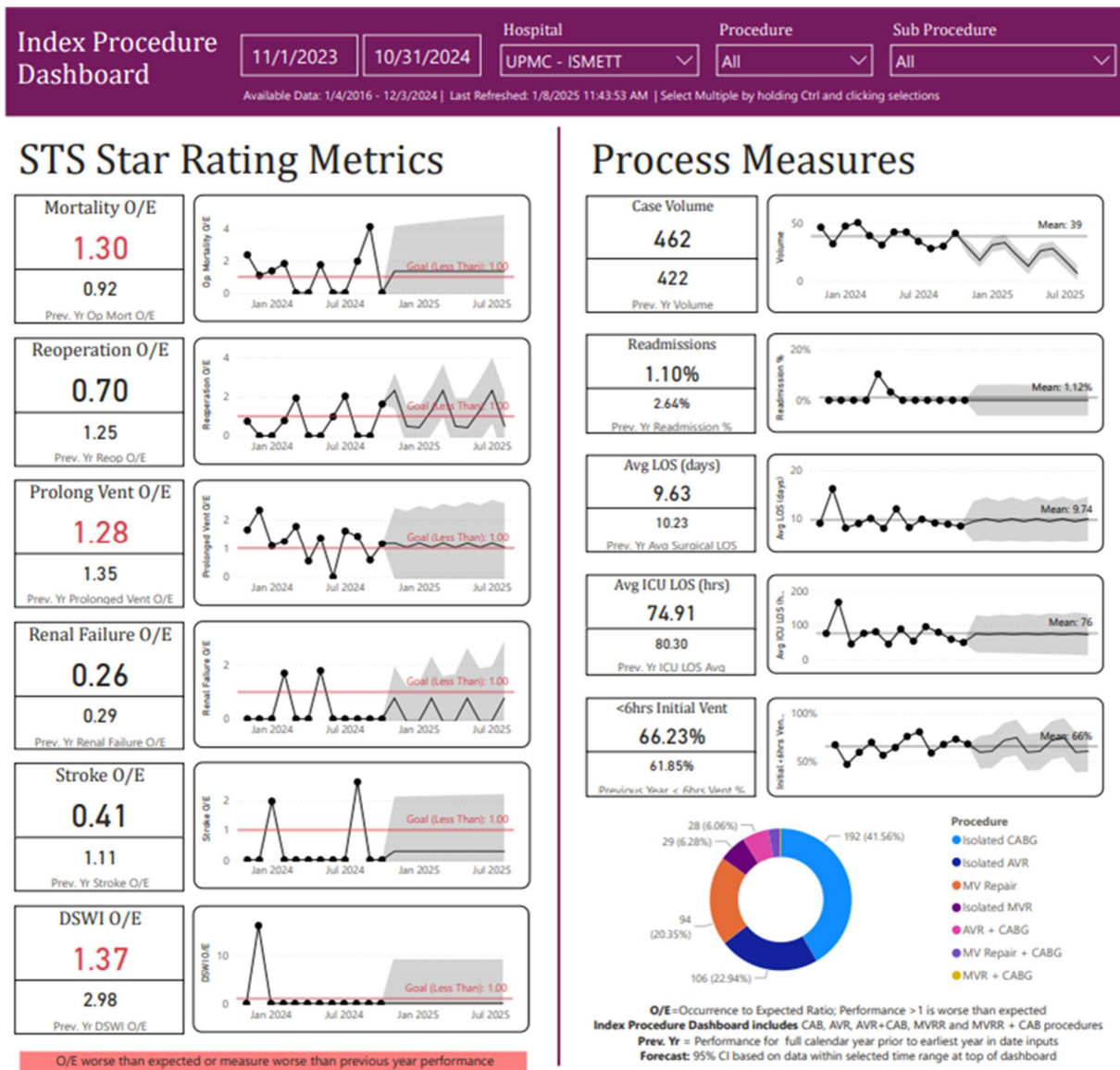
Di seguito sono riportati i risultati di ISMETT per i dodici mesi compresi nel periodo 1.11.2023-31.10.2024, per tutte le procedure e per le procedure *Star Rating*, che include:

- Bypass coronarico (CABG);
- Chirurgia combinata CABG + valvola;
- Chirurgia valvolare isolata (riparazione o sostituzione della valvola aortica e mitralica).

Tutte le procedure periodo 1.11.23-31.10.2024



Procedura Star Rating periodo 1.11.24-31.10.2024





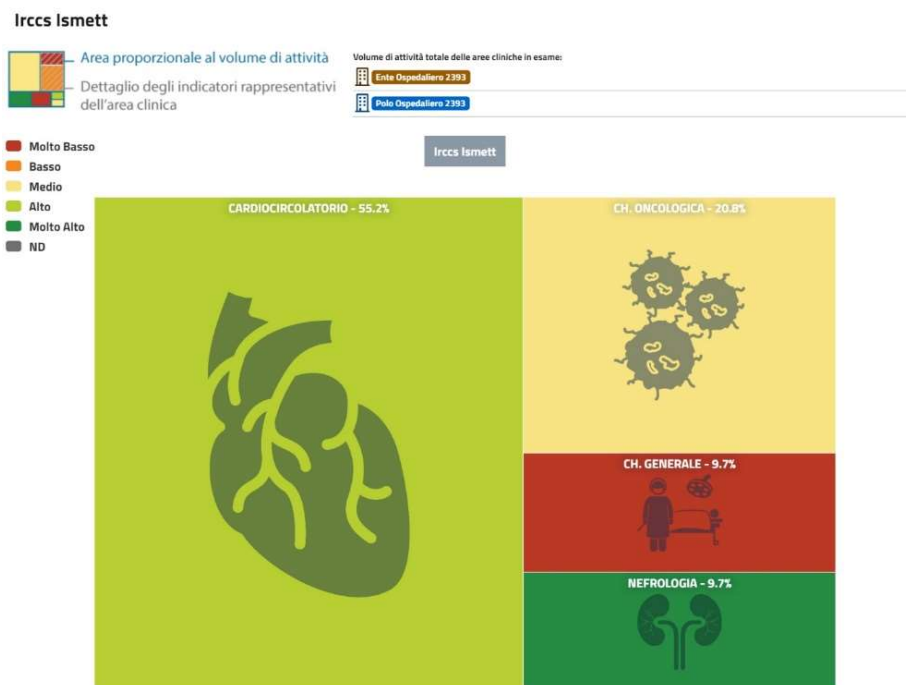
PROGRAMMA NAZIONALE ESITI-TREEMAP

L'edizione 2024 del PNE (Programma Nazionale Esiti), sviluppata sui dati di attività 2023, offre una panoramica nazionale sulla variabilità dei processi e degli esiti assistenziali tra soggetti erogatori e tra gruppi di popolazione. Come è noto, le valutazioni del PNE si basano sull'utilizzo dei flussi informativi correnti disponibili a livello nazionale. Le fonti sono, in particolare, le SDO relative agli istituti di ricovero italiani pubblici e privati accreditati, il Sistema informativo EMUR e l'Anagrafe Tributaria per la verifica dello stato in vita dei pazienti.

Con il nuovo strumento di valutazione sintetica, cosiddetta "Treemap", ogni struttura può essere valutata sia sulla base dei risultati ottenuti per ciascuno degli indicatori del PNE sia sulla base di un'analisi sintetica per area clinica, che considera il peso differente di ciascun indicatore, con 7 aree cliniche principali: cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare.

L'analisi è rappresentata graficamente da un rettangolo suddiviso al suo interno in piccoli rettangoli di dimensione e colori diversi che corrispondono alle aree cliniche applicabili all'interno della struttura. La grandezza dei rettangoli è proporzionale al volume di attività nell'area clinica di riferimento rispetto al totale dell'attività complessiva della struttura. Il colore corrisponde invece alla valutazione conseguita: punteggio molto alto = verde scuro, alto = verde chiaro, punteggio medio = giallo, basso = arancione, molto basso = rosso e dati non disponibili = grigio.

Di seguito viene riportato il Treemap per ISMETT



Da rilevare che le aree in rosso sono quelle che non hanno raggiunto il volume soglia fissato dal DM 20/2015, ovvero le colecistectomie laparoscopiche (n.90) e gli interventi per TM colon.(n.45)

Alla pagina successiva è disponibile il dettaglio del treemap per singolo intervento considerato.

