UPMC | IRCCS ISMETT In partenariato con la Regione Siciliana
Palermo



2025
RELAZIONE QUALITÀ

A CURA DEL DIPARTIMENTO QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO

INTRODUZIONE

Il Programma Qualità ha lo scopo di definire l'approccio utilizzato per valutare la qualità dei processi e degli esiti e per definire con cadenza annuale le priorità di miglioramento della qualità, tramite il monitoraggio di KPI specifici e l'attuazione del ciclo metodologico *Plan-Do-Study-Act*.

In particolare, il sistema qualità presente in ISMETT si regge su:

- Le attività di monitoraggio della qualità tramite raccolta di KPI e conduzione di audit, con conseguente tempestiva individuazione di aree critiche, coordinate dal Dipartimento Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico e supportate da una struttura di Comitati Specialistici.
- La partecipazione attiva della Direzione Sanitaria, Clinica, delle Professioni Sanitarie e di tutti i responsabili di area, riuniti nel comitato Qualità e Sicurezza del Paziente (QPS), organo preposto all'individuazione di aree di miglioramento.
- Formalizzazione degli interventi di miglioramento da parte dei responsabili individuati, con il coinvolgimento ed il supporto dei *quality specialist*, figure competenti nella metodologia PDSA e Lean.
- Coinvolgimento del personale tramite condivisione regolare e capillare dei dati qualità e interventi formativi mirati.
- Rendicontazione trimestrale dei risultati alla Direzione di Istituto e al Consiglio d'Amministrazione.

Il Programma Qualità definisce annualmente la roadmap strategica di ISMETT per il mantenimento dell'eccellenza clinica e la mitigazione del rischio.

Scopo della presente relazione è rendicontare l'attività svolta relativamente al mantenimento degli standard di qualità nonché condividere i risultati degli indicatori di qualità monitorati in ISMETT.

I risultati del programma Rischio Clinico sono relazionati nella Relazione Annuale Risk Management (PARM) disponibile sul sito www.ismett.edu alla sezione Qualità.

I risultati della misurazione della Patient Experience sono contenuti nella relazione sull'esperienza del paziente disponibile sul sito www.ismett.edu alla sezione Qualità.

ACCREDITAMENTO E CERTIFICAZIONI QUALITÀ

Accreditamento Joint Commission International (JCI)

Il Dip. Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico ha coordinato, durante tutto l'anno, le seguenti attività propedeutiche alla ricertificazione JCI prevista a fine 2027 nell'ambito del piano definito "*ISMETT JCI Readiness Plan*":

1. *Conduzione di audit interni* volti ad assicurare il mantenimento degli standard strutturali, qualitativi e di sicurezza nei processi di cura richiesti da JCI e dalle procedure aziendali, su cui è stato dato approfondito aggiornamento durante le riunioni JCI. Si segnala che particolare attenzione è stata posta sul processo di prescrizione farmacologica verbale e sulle consegne infermieristiche.
2. *Aggiornamento e monitoraggio del JCI Action Plan* in particolare in relazione alle osservazioni contenute nel report dell'ultima survey ufficiale JCI ricevuta in ISMETT a novembre 2024.
3. *Monitoraggio Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente (IPSG – International Patient Safety Goals):* mensilmente viene predisposto un report per il monitoraggio degli indicatori di processo e di outcome legati alla conoscenza e applicazione degli IPSG.
4. *Monitoraggio della documentazione clinica presente in cartella e organizzazione incontri del comitato MRR (Medical Record Review):* nel corso dell'anno, il comitato multidisciplinare MRR si è riunito su base mensile per verificare la presenza e la qualità della documentazione presente nelle cartelle cliniche dei pazienti. La revisione puntuale e routinaria delle cartelle permette di identificare le principali criticità nella documentazione clinica, sia in area medica che infermieristica, e di definire azioni di miglioramento mirate ed efficaci, responsabilizzando nell'implementazione i *process owner*.
5. *Gap Analysis 7ª vs 8ª Edizione del Manuale degli Standard JCI:* nel corso dell'anno sono stati svolti 16 incontri tematici con i relativi *process owner*, allo scopo di confrontare le attuali pratiche del nostro ospedale con i nuovi standard dell'8ª Edizione del Manuale JCI per individuare eventuali discrepanze (gap) e identificare le azioni di miglioramento per colmare tali lacune in vista della verifica per l'accreditamento. Dall'attività di verifica sono state individuate le procedure interne che è necessario aggiornare per assicurare che siano contenute le previsioni dei nuovi standard JCI.
6. *Audit interni:* l'osservazione sul campo e le interviste al personale hanno consentito di individuare interventi formativi mirati per favorire la conoscenza degli standard JCI e delle procedure interne.

Certificazione secondo la norma ISO 9001:2015

Il dipartimento Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico ha lavorato con i 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 2025, 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 2024, definizione nuovi indicatori/obiettivi di miglioramento e definizione HVA (marzo 2025)
- Follow-up su monitoraggio indicatori 2025 (su base almeno trimestrale)
- Revisione e aggiornamento Piani di Gestione e Istruzioni Operative (ove necessario)
- Conduzione audit interni (settembre/ottobre)
- Riesami interni del SGQ (Sistema Gestione Qualità) e monitoraggio andamento indicatori (ottobre 2025)
- Riesame del SGQ da parte della Direzione aziendale (ottobre 2025)

A novembre si è svolto l'audit ufficiale annuale di mantenimento a cura di DNV GL (ente certificatore), che non ha riscontrato alcuna non conformità rispetto ai requisiti previsti dalla norma, bensì osservazioni e opportunità di miglioramento.

Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale

A partire dal secondo semestre 2025 sono state avviate le attività di predisposizione di tutta la documentazione richiesta per il rinnovo dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale della struttura ai sensi del D.A. 9 gennaio 2025 n. 20, per cui è stata presentata richiesta al Dipartimento per la Programmazione Strategica ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'apertura della sesta sala operatoria.

Formazione obbligatoria

Per quanto attiene alla formazione obbligatoria, è stata avviata la formazione a distanza (FAD) sul Protocollo Ministeriale sugli eventi sentinella rivolta ai coordinatori clinici.

INDAGINE CULTURA DELLA SICUREZZA

A marzo 2025 è stata condotta in tutte le sedi UPMC l'indagine per la cultura della sicurezza che ha registrato:

- **Tasso di Partecipazione:** ISMETT ha registrato un tasso di partecipazione del **46%** nel 2025, in calo rispetto al 62% del 2023 e inferiore alla media UPMC Italy del 51% nel 2025. Questo rappresenta un'area di miglioramento per garantire una rappresentatività più ampia delle opinioni del personale.
- **Patient Safety Score Complessivo:** ISMETT ha ottenuto un punteggio del **94%** nel 2025, in miglioramento rispetto al 90% del 2023 e superiore alla media UPMC Italy del 92% nel 2025. Questo dato è significativamente al di sopra del benchmark dell'80% e indica una percezione molto positiva della sicurezza dei pazienti.
- **Punteggio Complessivo (Overall Score):** Il punteggio complessivo di ISMETT è del **68%** nel 2025, in linea con la media UPMC Italy (68%).

Punti di Forza di ISMETT

- **Elevato Patient Safety Score Complessivo:** ISMETT eccelle nella percezione generale della sicurezza dei pazienti, posizionandosi al di sopra della media UPMC Italy e migliorando rispetto al 2023.
- **Forte Cultura della Sicurezza:** L'indice "Cultura della Sicurezza dei Pazienti" è molto alto, indicando che il personale considera la sicurezza una parte fondamentale del proprio lavoro.
- **Buona Percezione della Possibilità di Parlare:** I punteggi relativi alla "Possibilità di Parlare Apertamente" e "Disponibilità a Parlare Apertamente" sono solidi, suggerendo un ambiente in cui il personale si sente relativamente a suo agio nel discutere di questioni di sicurezza.

Aree di Miglioramento per ISMETT

- **Tasso di Partecipazione:** È necessario indagare le cause del calo e implementare strategie per aumentare la partecipazione alla survey.
- **Impegno della Leadership:** Il divario rispetto alla media 2023 e il punteggio assoluto indicano la necessità di rafforzare la comunicazione e le azioni visibili della leadership in materia di sicurezza.
- **Impegno a Parlare Apertamente:** Migliorare la percezione che i suggerimenti per la sicurezza siano apprezzati e che chi mette la sicurezza al primo posto venga apprezzato e riconosciuto per questo.
- **Gestione dell'Alarm Fatigue:** Affrontare le problematiche legate agli allarmi clinici, potenzialmente attraverso la revisione dei protocolli e la gestione del rumore.
- **Supporto alla Second Victim:** Implementare o rafforzare programmi di supporto per il personale coinvolto in eventi avversi.
- **Gestione della Compassion Fatigue:** Questa è l'area più critica. Richiede interventi mirati per supportare il personale nella gestione dello stress emotivo legato alla cura di pazienti critici/fine vita.

I dati sono stati discussi con la Leadership dell'ospedale e il management del reparto interessato.

A partire dal mese di luglio 2025, inoltre, ISMETT ha aderito al progetto di ricerca promosso dal Laboratorio 4 dell'AGENAS - "La cultura della sicurezza e l'esperienza dei pazienti" nell'ambito della Ricerca Corrente 2022-2024 "Sviluppo di un sistema di valutazione delle performance degli IRCCS, per la promozione della qualità assistenziale e il rafforzamento delle reti di collegamento territoriale". Nell'ambito di questo progetto è stato approvato l'utilizzo del questionario AHRQ che è stato somministrato a tutto il personale degli IRCCS partecipanti nel periodo compreso tra il 3 novembre e il 7 dicembre 2025.

CAMPAGNE SICUREZZA E PROGRAMMA GOOD CATCH

Nel corso del 2025 ISMETT ha aderito a diverse iniziative e campagne promosse da organismi nazionali ed internazionali come l'IHI (Institute for Health Improvement), OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) e il Ministero della Salute, finalizzate ad aumentare la consapevolezza dell'importanza di attività e procedure messe in atto per garantire la sicurezza dei pazienti e migliorare la qualità delle cure in diversi ambiti. Nel dettaglio:

- 9-15 Marzo: Settimana per la sicurezza del paziente (*Patient Safety Awareness Week)*
- 5 Maggio: Giornata mondiale per l'igiene delle mani
- 17 Settembre: Giornata mondiale per la sicurezza del paziente
- 18-24 Novembre: Settimana sull'uso consapevole degli antibiotici

Nell'ambito del programma **Good Catch**, volto alla valorizzazione delle segnalazioni di eventi potenzialmente avversi intercettati dal personale e all'adozione di un approccio proattivo per la riduzione degli errori e il mantenimento di un ambiente sicuro per i pazienti, nel 2025 sono stati premiati 8 Good Catch.

QUALITY METRICS

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). Gli indicatori monitorati in ISMETT sono organizzati nelle seguenti sezioni:

1. Clinical Outcomes
2. Patient Safety
3. OR & Anesthesia
4. Infections & Antibiotic Resistances
5. Hand Hygiene
6. Patient Experience
7. Servizi e TAT

Per ciascuna area sono riportati:

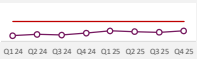
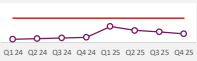
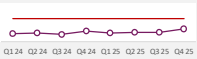
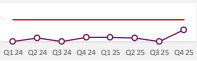
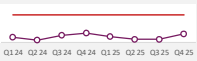
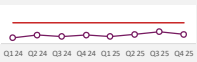
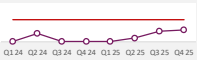
- Il risultato YTD (Year to Date) del 2025
- Il target di riferimento
- I risultati complessivi dei due anni precedenti
- Il trend trimestrale a partire dal Q1 2024 e i limiti di controllo *(Control Chart)*
- Ove disponibili, i risultati di ciascuna unità.

Il codice colore e le frecce utilizzate fanno riferimento alla seguente legenda:

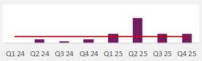
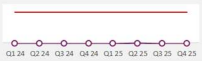
RISULTATO COMPLESSIVO ISMETT	**RISULTATO DIPARTIMENTALE**
Achieved	↑ Migliore rispetto all'outcome ospedaliero
Not achieved	↓ Peggiore rispetto all'outcome ospedaliero
At risk (±5% from target)	

Per ciascun indicatore sono stati definiti numeratore/denominatore, modalità di raccolta del dato, criteri di inclusione o esclusione, fonte.

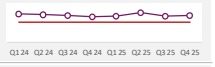
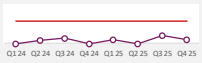
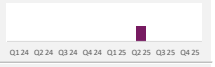
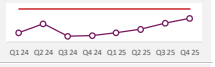
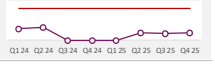
1. Clinical Outcomes

INDICATORE	2025 (Hosp)	*Num*	Target	2023 (Hosp)	2024 (Hosp)	Quarterly Trend vs Control Limits	Cardio	Thoracic	Abdominal	Pediatric	ICU
Clinical Outcomes											
Mortality - Hospital	**2,7%**	*90*	2,4%	2,6%	1,8%		3,2% ↑	2,6% ↓	2,6% ↓	0,4% ↓	-
Mortality - Medical DRG	**3,0%**	*34*	2,2%	2,2%	1,1%		3,8% ↑	2,6% ↓	3,7% ↑	0,6% ↓	-
Mortality - Surgical DRG	**2,6%**	*57*	2,6%	2,8%	2,2%		3,1% ↑	2,5% ↓	1,7% ↓	0,0% ↓	-
24h Post-op Mortality	**0,3%**	*5*	≤0,4%	0,2%	0,1%		0,4% ↑	0,0% ↓	0,2% ↓	0,0% ↓	-
ALOS	**9,4**	*31.403*	≤10	9,3	9,1		10,2 ↑	6,9 ↓	10,0 ↑	7,7 ↓	5,2 ↓
30 Days Readmissions	**8,9%**	*298*	≤10%	10,3%	8,9%		3,6% ↓	9,4% ↑	13,0% ↑	18,3% ↑	-
ICU Readmissions	**0,7%**	*7*	0,8%	-	0,7%		-	-	-	-	-
Condition C	**2,4**	*76*	≤2	2,6	1,94		1,28 ↓	1,73 ↓	2,82 ↑	2,52 ↑	-
Mortality post Conditon C (24h)	**9,2%**	*7*	≤3%	2,3%	3,3%		5,3% ↓	14,3% ↑	6,5% ↓	0,0% ↓	-

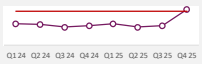
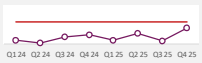
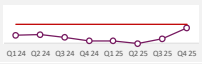
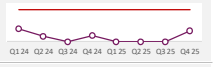
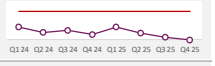
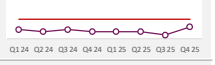
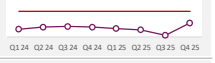
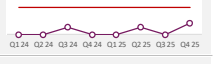
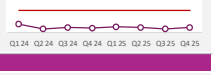
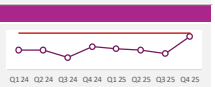
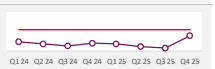
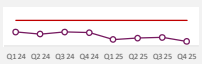
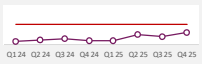
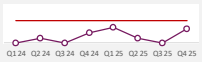
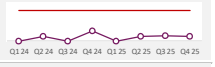
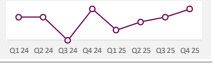
2. Patient Safety

INDICATORE	2025 (Hosp)	*Num*	Target	2023 (Hosp)	2024 (Hosp)	Quarterly Trend vs Control Limits	Cardio	Thoracic	Abdominal	Pediatric	ICU
Patient Safety - IR, IPSG, QPS.03.04											
Incident Report	**136**		-		89		29	3	30	3	9
Harm Events	**28**		-		5		6	0	5	1	2
Sentinel Events	**5**		-		1		0	0	1	1	1
Med Errors	**0,57**	*18*	≤0,6	0,89	0,26		0,2	0,2	0,6	1,0	0,4
Med Errors Harm	**0,13**	*4*	≤0,1	0,03	0,03		0,0	0,0	0,0	1,0	0,2
HAPI ≥3	**0,4**	*14*	≤0,65	0,33	0,38		0,3	0,0	0,0	0,0	1,8
Patient Identification Adverse Events	**0,03%**	*1*	0%	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%
PX Survey - Patient Identification	**90,1%**	*957*	≥90%	89,6%	89,7%		89,6%	87,8%	92,0%	92,5%	-
Verbal Orders compliance (emergency situation)	**2,9%**	*3*	≥90%	-	-		2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Medication Events on HRM	**0,22**	*7*	<1	0,27	0,19		0,1	0,0	0,2	1,0	0,0
Surgical Time Out	**82,4%**	*70*	90%	100,0%	100,0%		-	-	-	-	-
PX Survey - Surgical Time Out	**91,8%**	*891*	≥90%	90,5%	91,7%		92,2%	91,0%	90,6%	95,5%	-
Falls	**1,1**	*34*	≤0,8	0,74	0,64		1,3	0,0	1,5	0,0	-
Falls with Harm	**0,4**	*13*	≤0,3	0,18	0,10		0,4	0,0	0,6	0,0	-
PX Survey - Falls prevention instructions	**76,1%**	*802*	≥90%	72,9%	72,8%		76,9%	74,7%	76,9%	67,9%	-
Serious blood transfusion reactions	**0,0%**	*0*	0%	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-
Diagnosis discrepancies	**0,4%**	*3*	0%	0,0%	1,1%		0,4%	0,0%	0,0%	2,7%	-
Serious ADR	**0,6**	*18*	0	0,39	0,26		-	-	-	-	-

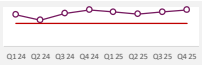
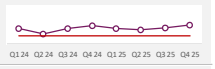
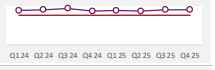
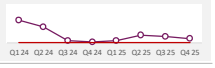
3. OR & Anesthesia

INDICATORE	2025 (Hosp)	*Num*	Target	2023 (Hosp)	2024 (Hosp)	Quarterly Trend vs Control Limits	Cardio	Thoracic	Abdominal	Pediatric	ICU
OR & Anesthesia											
Post-op Pain 24h	**100,0%**	*1689*	≥95%	95,6%	98,3%		100,0% –	100,0% –	100,0% –	100,0% –	-
Post-op Pain 72h	**100,0%**	*1434*	≥95%	95,9%	98,8%		100,0% –	100,0% –	100,0% –	100,0% –	-
Intra-surgery normothermia	**88,4%**	*1171*	≥90%	89,8%	88,4%		92,6% ↑	76,6% ↓	86,7% ↓	91,7% ↑	-
OR Count discrepancies	**0,2%**	*4*	<1%	0,3%	0,1%		-	-	-	-	-
Foreign body	**2**		-		0		-	-	-	-	-
OR Blood transfusions	**22,4%**	*433*	<25%	-	22,8%		-	-	-	-	-
OR Readmissions (7 days)	**2,4%**	*12*	-	-	-		-	-	-	-	-
Reversal agent after anesthesia	**4,2%**	*127*	≤3%	2,8%	2,7%		1,3% ↓	4,3% ↑	8,7% ↑	3,4% ↓	-
Reversal agent after sedation	**0,1%**	*3*	≤0,2%	0,0%	0,2%		0,0% ↓	0,0% ↓	0,2% ↑	0,5% ↑	-

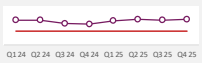
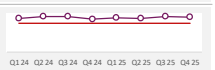
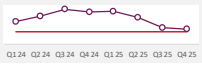
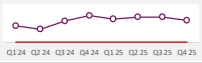
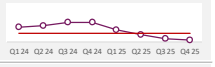
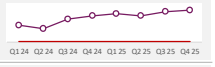
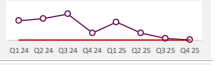
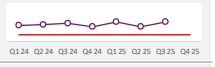
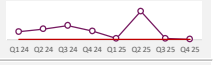
4. Infections & Antibiotic Resistances

INDICATORE	2025 (Hosp)	*Num*	Target	2023 (Hosp)	2024 (Hosp)	Quarterly Trend vs Control Limits	Cardio	Thoracic	Abdominal	Pediatric	ICU
INFECTIONS											
HAI	**6,21**	*195*	≤6,1	5,42	5,29		5,2↓	2,0↓	5,8↓	3,0↓	6,9↑
CAUTI	**2,2**	*24*	≤2,2	2,83	1,31		5,6↑	0,0↓	2,9↑	0,0↓	0,6↓
CLABSI	**0,7**	*10*	≤0,7	0,82	0,84		1,2↑	0,0↓	0,8↑	58,8↑	0,2↓
VAE	**1,5**	*2*	≤2,3	3,19	2,93		0,0↓	0,0↓	0,0↓	-	1,5–
C.DIFF	**2,9**	*9*	≤3,2	1,49	4,46		3,5↑	0,0↓	2,7↓	0,0↓	1,8↓
SSI	**1,9%**	*38*	≤1,9%	1,3%	2,1%		-	-	-	-	-
SSI - Abdominal	**4,2%**	*22*	≤4,4%	3,2%	4,8%		-	-	-		-
SSI - Pediatric	**0,0%**	*0*	≤1,6%	0,0%	1,0%		-	-	-	-	-
SSI - Thoracic	**1,2%**	*3*	≤1%	0,7%	0,4%		-	-	-	-	-
SWI	**1,3%**	*11*	≤2,6%	0,6%	1,5%		-	-	-	-	-
RESISTANCES											
MDRO	**2,9**	*92*	≤3,4	2,44	2,42		2,4↓	0,2↓	2,7↓	1,0↓	4,1↑
CRE	**1,0**	*31*	≤1,5	1,28	0,99		0,7↓	0,0↓	1,4↑	0,5↓	1,2↑
NEO-CRE	**9,0%**	*97*	≤12,4%	16,7%	17,3%		10,2%↑	10,6%↑	7,7%↓	11,7%↑	6,4%↓
ESBL	**1,1**	*35*	≤1,0	0,77	0,57		-	-	-	-	-
ACINETO	**0,2**	*7*	≤0,3	0,09	0,10		-	-	-	-	-
MRSA	**0,1**	*3*	≤0,1	0,12	0,10		-	-	-	-	-
MBL	**0,3**	*8*	-	-	0,29		-	-	-	-	-

5. Hand Hygiene

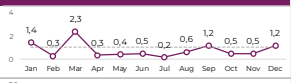
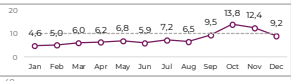
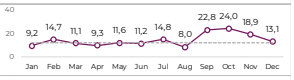
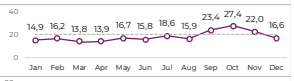
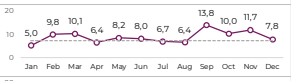
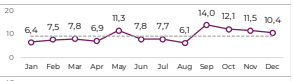
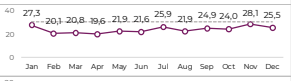
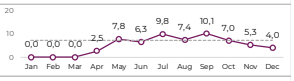
INDICATORE	2025 (Hosp)	*Num*	Target	2023 (Hosp)	2024 (Hosp)	Quarterly Trend vs Control Limits	Cardio	Thoracic	Abdominal	Pediatric	ICU
Hand Hygiene											
Hand Hygiene - Hospital	**88,6%**	*2521*	≥90%	90,1%	84,3%		72,5% ↓	90,2% ↑	87,4% ↓	99,4% ↑	92,2% ↑
Hand Hygiene - Nurse	**91,8%**	*1436*	≥90%	90,1%	86,8%		76,1% ↓	95,5% ↑	90,5% ↓	100,0% ↑	93,6% ↑
Hand Hygiene - Phys	**87,5%**	*295*	≥90%	86,5%	80,4%		76,8% ↓	92,3% ↑	90,5% ↑	94,7% ↑	80,0% ↓
PX Survey - Hand Hygiene	**89,1%**	*939*	≥90%	86,9%	89,5%		88,8% ↓	86,7% ↓	91,5% ↑	86,8% ↓	-
Gloves non conformities	**3,0%**	*85*	≤4%	5,5%	4,8%		9,3% ↑	2,4% ↓	1,2% ↓	0,0% ↓	2,2% ↓

6. Patient Experience

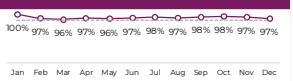
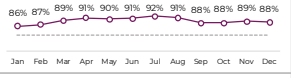
INDICATORE	2025 (Hosp)	*Num*	Target	2023 (Hosp)	2024 (Hosp)	Quarterly Trend vs Control Limits	Cardio	Thoracic	Abdominal	Pediatric	ICU
Patient Experience											
IP - Return Rate	**32,0%**	*1072*	30%	30,1%	29,6%		36,2% ↑	33,7% ↑	26,0% ↓	20,6% ↓	-
IP - CAHPS 0-10	**89,1%**	*952*	85%	87,2%	88,8%		89,5% ↑	85,8% ↓	91,6% ↑	88,7% ↓	-
OPC Med Visits - Return Rate	**6,1%**	*691*	6%	5,2%	7,6%		-	-	-	-	-
OPC Med Visits - Overall	**62,3%**	*431*	50%	29,5%	51,4%		-	-	-	-	-
OPC Radiology - Return Rate	**3,0%**	*268*	7%	6,3%	8,8%		-	-	-	-	-
OPC Radiology - Overall	**72,3%**	*194*	50%	29,6%	51,9%		-	-	-	-	-
OPC Endoscopy - Return Rate	**1,7%**	*15*	10%	6,0%	4,8%		-	-	-	-	-
OPC Endoscopy - CAHPS 0-10	**93,3%**	*14*	85%	86,9%	86,4%		-	-	-	-	-
OPC Med Oncology - Return Rate	**8,7%**	*238*	10%	11,4%	12,7%		-	-	-	-	-
OPC Med Oncology - Overall	**65,7%**	*156*	80%	74,0%	71,6%		-	-	-	-	-

7. Dashboard Servizi

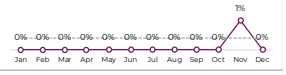
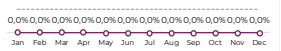
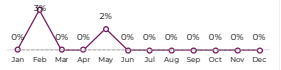
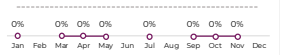
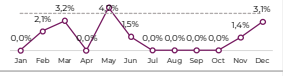
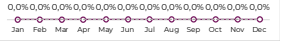
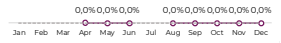
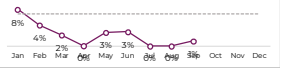
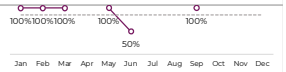
7.1 Anatomia Patologica

QUALITY METRICS	Description	2024	2025 YTD	Num	Den	Target	Monthly Trend vs. Target
TAT biopsie STAT	tempo medio esami refertati entro 24 ore dalla consegna del campione	<24h	**0,79**	*100*	-	1 g	
TAT biopsie (dati aggregati senza distinzione per priorità)	tempo medio esami refertati entro dieci giorni lavorativi dalla consegna del campione	-	**7,86**	*1.809*	-	≤10 gg	
TAT pezzo operatorio semplice	tempo medio esami refertati entro dodici giorni lavorativi dalla consegna del campione	-	**14,75**	*178*	-	≤12 gg	
TAT pezzo operatorio complesso	tempo medio esami refertati entro venti giorni lavorativi dalla consegna del campione	-	**17,83**	*851*	-	≤20 gg	
TAT citologici	tempo medio esami refertati entro sette giorni lavorativi dalla consegna del campione	11 gg	**8,73**	*116*	-	≤7 gg	
TAT citologici da agoaspirazione	tempo medio esami refertati entro nove giorni lavorativi dalla consegna del campione	-	**9,20**	*354*	-	≤9 gg	
TAT estemporanea al congelatore	tempo medio esami refertati entro 30 minuti dalla consegna del campione	-	**23,37**	*402*	-	≤30 min	
Valutazione fattori prognostico-predittivi	tempo medio esami refertati entro sette giorni lavorativi dalla consegna del campione	-	**6,73**	*153*	-	≤7 gg	
Culture of Safety (CoS) - Patient Safety Score	% Valutazioni positive alle domande su Safety Habits e Safety Referral	90,0%	**100,0%**	-	-	≥80%	

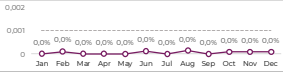
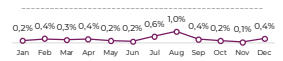
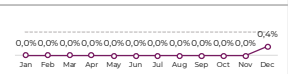
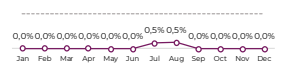
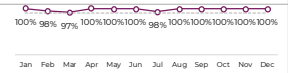
7.2 Emodinamica

QUALITY METRICS	Description	2024	2025	Num	Den	Target	Monthly Trend vs. Target
Quantità del mezzo di contrasto utilizzato nelle procedure TAVI	Num: n. TAVI in cui si utilizza tra 150 e 200 ml di m.d.c. Den: totale procedure di TAVI	97,7%	**97,3%**	*1.281*	*1.317*	≥95%	
TAVI con approccio percutaneo arterioso femorale singolo associato ad approccio arterioso radiale	Num: n. TAVI con approccio radiale e femorale singolo Den: totale di TAVI	86,6%	**89,3%**	*1.176*	*1.317*	≥80%	
Culture of Safety (CoS) - Patient Safety Score	% Valutazioni positive alle domande su Safety Habits e Safety Referral	90,0%	**100,0%**	-	-	≥80%	

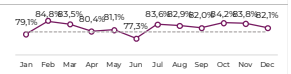
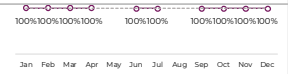
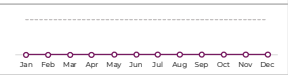
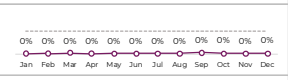
7.3 Endoscopia

QUALITY METRICS	Description	2024	2025	Num	Den	Target	Monthly Trend vs. Target
Complicanze EGDS	Num: n. complicanze (AEs) Den: Procedure totali eseguite	0,2%	**0,1%**	*1*	*997*	<0,5%	
Complicanze colonoscopia	Num: n. complicanze (AEs) Den: Procedure totali eseguite	0,2%	**0,0%**	*0*	*695*	<0,5%	
Complicanze EUS	Num: n. complicanze (AEs) Den: Procedure totali eseguite	1,0%	**0,4%**	*3*	*772*	≤2%	
Complicanze PEG	Num: n. complicanze (AEs) Den: Procedure totali eseguite	0,0%	**0,0%**	*0*	*14*	<2,5%	
Complicanze ERCP	Num: n. complicanze (AEs) Den: Procedure totali eseguite	1,2%	**1,3%**	*9*	*689*	<4%	
Near miss (RN)	Num: n. near miss segnalati Den: Procedure totali eseguite	0,0%	**0,0%**	*0*	*3.767*	0,0%	
Eventi avversi (RN)	Num: n. eventi avversi segnalati Den: Procedure totali eseguite	0,0%	**0,0%**	*0*	*3.767*	0,0%	
Compliance nella documentazione delle consegne infermieristiche (SBAR) per i pazienti che eseguono procedure in Endoscopia	Num: N° di procedure di Endoscopia con consegne correttamente compilate Den: N° totale di procedure in Endoscopia	-	**-**	-	-	0,0%	
Campionamento microbiologico degli endoscopi flessibili e delle lavastrumenti	Numero di microrganismi non patogeni presenti <10 CFU (unità formanti colonie) ed assenza di microrganismi patogeni	0,0%	**0,0%**	*0*	*54*	0,0%	
PX Survey - Tasso di risposta	Num: n. questionari rientrati Den: n. prestazioni di Endoscopia	4,8%	**1,7%**	*15*	*892*	≥10%	
PX Survey - CAHPS Rate 0 - 10	Num: n. valutazioni pari a 9 o 10 Den: n. questionari ricevuti	86,4%	**93,3%**	*14*	*15*	≥85%	
Culture of Safety (CoS) - Patient Safety Score	% Valutazioni positive alle domande su Safety Habits e Safety Referral	88,0%	**100,0%**	-	-	≥80%	

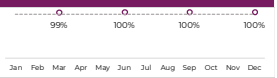
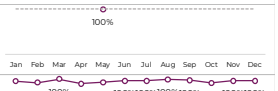
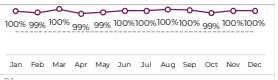
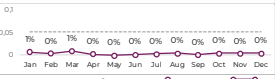
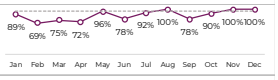
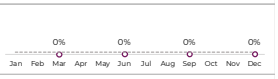
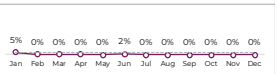
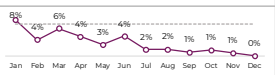
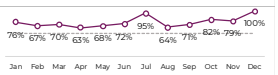
7.4 Farmacia

QUALITY METRICS	Description	2024	2025 YTD	Num	Den	Target	Monthly Trend vs. Target
Errori della verifica delle prescrizioni mediche da parte del farmacista	Num: n. verifiche errate da parte del farmacista (segnalate tramite IR o identificate tramite query) Den: n. prescrizioni verificate	0,0%	**0,01%**	*6*	*117.630*	<0,1%	
NC di mono-dosi prodotte in dose unitaria	Num: n. discrepanze di mono-dosi prodotte in dose unitaria (segnalate tramite chek-list) Den: totale di mono-dosi prodotte in dose unitaria	0,1%	**0,4%**	*810*	*225.645*	<3%	
NC maggiori delle chemioterapie allestite dal Civico rilevate dai controlli di qualità	Num: n. NC Magg rilevate dai controlli di qualità delle chemioterapie allestite dal Civico (check-list) Den: tot. chemioterapie allestite	0,1%	**0,0%**	*1*	*2.500*	<1%	
NC minori delle chemioterapie allestite dal Civico rilevate dai controlli di qualità	Num: n. NC Min rilevate dai controlli di qualità delle chemioterapie allestite dal Civico (check-list) Den: tot. chemioterapie allestite	0,3%	**0,1%**	*2*	*2.500*	<3%	
Aggiornamento delle liste dei farmaci HIGH RISK/LASA almeno una volta all'anno	Num: n. aggiornamenti delle liste previste nel periodo di riferimento/ Den: n. aggiornamenti effettuati	100,0%	**100,0%**	*2*	*2*	100%	
Soddisfazione del paziente relativa alla qualità del servizio (consegna della terapia)	Num: n.questionari con il massimo livello di soddisfazione (giudizio ottimo nel campo soddisfazione generale) Den: tot. questionari compilati	100,0%	**99,3%**	*576*	*580*	≥96%	
Culture of Safety (CoS) - Patient Safety Score	% Valutazioni positive alle domande su Safety Habits e Safety Referral	92,0%	**83,3%**	-	-	≥80%	

7.5 Laboratorio Analisi

QUALITY METRICS	Description	2024	2025 YTD	Num	Den	Target	Monthly Trend vs. Target
Tempi refertazione analisi pervenute in regime di <u>Urgenza</u> - etichetta barcode colore giallo	Num: n. campioni con TAT ≤ al tempo definito come limite per urgenza Den: tot. campioni urgenti esaminati	100,0%	**100,0%**	*109*	*109*	100,0%	
Screening batteriuria per valutazione appropriatezza urinocoltura	Num: n. urinocolture riscontrate positive (con 50000-10000 CFU/ml) - Den: Tot. Urinoc. escluse fuori policy ordinate dai reparti (ca 32%)	81,4%	**82,1%**	*1.516*	*1.846*	≥80%	
Tempi refertazione campioni richiesti in regime di convenzione con CRT	Num: n. richieste CRT con TAT ≤ 5 h Den: Tot. richieste per CRT	100,0%	**100,0%**	*6*	*6*	100%	
Tempi refertazione richieste per infortunio biologico (TAT ≤ 4h)	Num: tot. richieste per infortunio con TAT ≤ 4h Den: Tot. richieste per infortunio biologico	100,0%	**100,0%**	*36*	*36*	100%	
Performance inaccettabili negli schemi VEQ routine	Num: n. risultati fuori dai limiti definiti risultati VEQ	6,7%	*Non pervenute*	*0*	*0*	<3%	
Performance inaccettabili negli schemi QCI routine	Num: n. risultati fuori dai limiti definiti (≥ ± 3DS) Den: Tot. dei risultati QCI	0,2%	**0,3%**	*188*	*64.897*	<5%	
Culture of Safety (CoS) - Patient Safety Score	% Valutazioni positive alle domande su Safety Habits e Safety Referral	86,0%	**100,0%**	-	-	≥80%	

7.6 Radiologia

QUALITY METRICS	Description	2024	2025 YTD	Num	Den	Target	Monthly Trend vs. Target
Qualità dell'acquisizione TC eseguita su paziente adulto, tramite valutazione dell'Isocenter Shift	Num: n. TC all'isocentro / Den: n. TC eseguite *Ogni TC viene considerata con paziente all'isocentro se: Delta X shift ≤ 30 mm - Delta Y shift ≤ 30 mm	99,8%	**99,7%**	*5.120*	*5.134*	≥95%	
TAT - Urgenza	Num: esami richiesti in urgenza il cui TAT è ≤ 6 ore (tempo complessivo di esecuzione e refertazione) Den: esami richiesti in urgenza	100,0%	**100,0%**	*20*	*20*	≥99%	
TAT - Emergenza	Num: n. di richieste evase nei tempi previsti dalla policy Den:Tot. richieste	100,0%	**100,0%**	*1*	*1*	100,0%	
TAT - Ordinari	Num: n. di richieste evase nei tempi previsti dalla policy Den:Tot. richieste	-	**99,5%**	*21.991*	*22.095*	≥95%	
Stravaso del mezzo di contrasto	Num: N. esami Tc ed Rm con stravaso di mezzo di contrasto verificatosi durante la somministrazione per via endovenosa Den: N. esami Tc ed Rm eseguiti	-	**0,3%**	*25*	*7.392*	≤5%	
Compliance nella documentazione delle consegne infermieristiche (SBAR)	Num: n. procedure di Rad Interv con consegne correttamente compilate Den:Tot procedure di Rad Interv	71,1%	**85,9%**	*850*	*990*	≥95%	
Insorgenza danno cutaneo per i pazienti adulti e pediatrici sottoposti a procedure complesse di radiologia interventistica	Num: n. Alert e/o di superamento dei trigger levels (Alert quota) Den: n. procedure pediatriche eseguite	0,0%	**0,0%**	*0*	*503*	≤5%	
Riprogrammazione delle prestazioni scintigrafiche per cause specifiche (inefficienza dell'apparecchiatura/problemi tecnici)	Num: N. prestazioni differite per cause specifiche Den: N. di prestazioni programmate	100,0%	**0,5%**	*4*	*799*	≤5%	
Hand Hygiene	Num: n. operazioni effettuate correttamente Den: n. osservazioni effettuate (blind)	88,9%	**100,0%**	*13*	*13*	≥90%	
PX Survey - Tasso di risposta	Num: n. questionari rientrati Den: n. prestazioni di radiologia	8,8%	**3,0%**	*268*	*9.065*	≥7%	
PX Survey - PG Overall	% Valutazioni complessive molto positive("Very High") da parte dei pazienti	51,9%	**72,3%**	*194*	*268*	≥50%	
Culture of Safety (CoS) - Patient Safety Score	% Valutazioni positive alle domande su Safety Habits e Safety Referral	95,0%	**93,8%**	-	-	≥80%	

CONSIDERAZIONI SUI RISULTATI

Le attività promosse nell'ambito del controllo delle infezioni correlate all'assistenza hanno consentito di registrare, nel corso del 2025, miglioramenti significativi in quasi tutte le aree di monitoraggio.
A seguito delle attività programmate nell'ambito del Comitato Hand Hygiene, nel corso del 2025 si è registrato un consolidamento del numero di osservazioni effettuate per il monitoraggio della compliance all'igiene delle mani, che ha superato le 2.800 rilevazioni. Contestualmente, si è osservato un incremento della compliance complessiva, passata dall'84% nel 2024 all'89% nel 2025, nonché una riduzione delle non conformità relative al non corretto utilizzo dei guanti, diminuite dal 5% nel 2024 al 3% nel 2025.

Per quanto riguarda la gestione degli ordini verbali, è stato ricordato al personale clinico che, in conformità alla politica aziendale di ISMETT, ai requisiti JCI e alla Raccomandazione n. 18 del Ministero della Salute, gli ordini verbali e telefonici relativi a farmaci o terapie sono accettati esclusivamente in situazioni di emergenza o quando non sia possibile per il medico effettuare l'ordine in forma scritta o elettronica.

Tutti gli eventi rientranti nella definizione di evento sentinella sono stati gestiti nel rispetto del protocollo ministeriale aggiornato a luglio 2024.
Per quanto concerne la prevenzione del rischio di caduta e la soddisfazione dei pazienti rispetto alle istruzioni ricevute, la tematica è stata esaminata durante le riunioni del Comitato PX. È emerso che, al momento dell'analisi, nei reparti non veniva fornita alcuna informazione o formazione strutturata ai pazienti: l'unico materiale disponibile era un'informativa inclusa nel Welcome Kit consegnato in accettazione esclusivamente al primo ricovero, peraltro non discusso con il personale infermieristico. A seguito di tale valutazione, è stato programmato un incontro dedicato con il gruppo infermieristico, durante il quale si è concordato di ripristinare gli incontri periodici tra il coordinatore e i pazienti, finalizzati a fornire indicazioni puntuali sugli accorgimenti da adottare per prevenire le cadute accidentali. L'intervento ha determinato un significativo miglioramento della soddisfazione dei pazienti nella seconda parte del 2025. Sebbene i risultati complessivi relativi al numero totale di cadute e alle cadute con danno risultino peggiorativi rispetto al 2024 e non pienamente in linea con gli obiettivi programmati, l'attività ha comunque contribuito a un trend migliorativo nella seconda metà del 2025.

Nel complesso, si rilevano progressi in diversi ambiti, tra cui la Patient Experience, l'igiene delle mani e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, con indicatori in miglioramento e, nella maggior parte dei casi, in linea con i target programmati. Alcune aree, come la prevenzione delle cadute, richiedono ulteriori interventi per raggiungere gli standard attesi, pur mostrando segnali di miglioramento nella seconda parte dell'anno. Anche le iniziative legate alla sicurezza dei pazienti testimoniano un avanzamento, sebbene permangano attività ancora in fase di consolidamento.
In sintesi, il lavoro svolto nel 2025 rappresenta una base solida per il proseguimento del percorso di miglioramento. Le evidenze raccolte costituiscono un supporto fondamentale per la pianificazione futura e per l'individuazione delle priorità strategiche del 2026.

INDIVIDUAZIONE AREE PRIORITARIE DI INTERVENTO 2026

Sulla base dell'analisi dei dati della dashboard multidimensionale — generale e per singolo reparto/servizio, che include indicatori relativi a esiti clinici, sicurezza del paziente, esperienza del paziente (Patient Experience), infezioni correlate all'assistenza e indicatori specifici per area/servizio — il Comitato QPS ha individuato interventi specifici relativi a:

- Riduzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza, con particolare focus su infezioni associate all'utilizzo di catetere vescicale (CAUTI) e catetere venoso centrale (CLABSI)
- Riduzione delle Cadute e delle Lesioni da Pressione
- Miglioramento compliance con gli IPSG JCI con focus specifico sugli Ordini Verbali, corretta documentazione checklist safe surgery e delle consegne infermieristiche.
- Miglioramento indicatori specifici selezionati dai servizi diagnostico-terapeutici

Le principali aree di intervento del Dipartimento Qualità riguarderanno:

1. Organizzazione e coordinamento delle riunioni trimestrali del Comitato Qualità e Sicurezza del Paziente
2. Condivisione regolare della dashboard qualità dell'ospedale e dei report di dettaglio per servizio/unità
3. La verifica delle procedure interne per adeguarle ai requisiti OTA e ai nuovi standard JCI.
4. Conduzione degli audit interni nei servizi certificati ISO
5. Conduzione di almeno un audit di sistema su un'area sensibile per la sicurezza del paziente di rilevanza trasversale a tutta l'organizzazione
6. Gestione delle attività preparatorie di una verifica simulata (mock survey) da parte di JCI a metà 2026.
7. Organizzazione campagne annuali qualità e sicurezza del paziente
8. Attuazione PARM
9. Coordinamento del programma di gestione allarmi clinici