

AREA
SODDISFAZIONE / SUGGERIMENTI PAZIENTI - QUALITA'

La sistematica distribuzione dei questionari di soddisfazione dal 2003 ad oggi e la successiva analisi con l'attivazione di puntuali azioni di miglioramento sulla base dei risultati e dei suggerimenti dei pazienti, conferma l'impegno costante sia della Direzione, che di tutto il personale dell'IRCCS Ospedale "Sacro Cuore –Don Calabria". L'Ospedale ripropone nel tempo la rilevazione, riconoscendo al paziente, anche in un'ottica di *empowerment*, la capacità di esprimere un'opinione significativa e indispensabile di cui tener conto per migliorare le prestazioni erogate.

Il monitoraggio sistematico nel tempo della soddisfazione e delle aspettative del paziente consente all'Ospedale:

- ◆ di mettere a disposizione della Direzione e delle Unità Operative dati attendibili (analizzati su campioni statisticamente significativi) sulla qualità percepita e attesa dei pazienti/utenti, che relazionati anche con altri indicatori (non conformità, segnalazioni, reclami, ecc.), consentono di identificare oggettivamente aree di miglioramento in merito alle quali intervenire puntualmente;
- ◆ di attivare uno strumento che risulta indispensabile nella definizione di specifici *standard di prodotto/servizio*, oltre che nella gestione delle politiche di qualità dei processi nell'ambito dei percorsi di certificazione;
- ◆ di incrociare i risultati delle indagini sul clima organizzativo con le indagini di soddisfazione dei pazienti. È interessante confrontare cosa i dipendenti pensano abbiamo risposto i pazienti rispetto al modo di porsi nei loro confronti, con quanto effettivamente dichiarato dai pazienti. Il confronto sulle indagini effettuate fino ad oggi ha evidenziato che il degente dà un giudizio più alto rispetto a quello che si dà il personale e questo ha fatto riflettere su possibili margini di miglioramento.

Aggiornamento del: **Gennaio 2020** Approvato: **Direzione**

◆ di rappresentare in modo oggettivo la “qualità” dell’IRCCS Ospedale “Sacro Cuore –Don Calabria” anche verso l’esterno, mettendo a disposizione sistematicamente con trasparenza i risultati e i piani di miglioramento sul sito *web*.

Sulla base dei risultati delle indagini riproposte negli anni (pubblicate sul sito *web*), dei suggerimenti e delle segnalazioni sono di seguito riportate in sintesi gli impegni e le azioni di miglioramento attuate ed in corso.



Dal 2003 al 2019:

Oltre **35.000** questionari di soddisfazione del paziente/utente raccolti ed analizzati.

**GIUDIZIO
 COMPLESSIVO**
*per le Dimensioni
 della Qualità
 indagate:*

**“Più che
 soddisfatto”**
(punteggio 1)

VALUTAZIONE NEGLI ANNI: GIUDIZIO COMPLESSIVO RISPETTO AL RICOVERO:



Aggiornamento del: **Gennaio 2020** Approvato: **Direzione**




AREA
SODDISFAZIONE / SUGGERIMENTI PAZIENTI - QUALITA'

PIANI DI MIGLIORAMENTO IMPEGNI	RESPONSABILI COINVOLTI	INDICATORE	INDICATORI	INDICATORI	OUTPUT
			Valore attuale 2019	Valore atteso 2020	
Nel documento della “ Politica della qualità ” delle UO/Processi dell’Ospedale: <ul style="list-style-type: none"> - Mantenimento di “Obiettivi specifici di miglioramento sulla soddisfazione pz” - Monitoraggio sistematico “indicatori e impegni di customer satisfaction” 	<ul style="list-style-type: none"> - U.O. / Processi - Direzione - Uff. Qualità 	<i>Nr. Politiche della Qualità con specifici obiettivi/ Impegni su customer satisfaction</i>	10/10	Mantenere	Attuazione Azioni di miglioramento specifiche su es.: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Rispetto del Silenzio in UO</i> - <i>Monitoraggio tempistica per ottenere posto letto</i> - <i>Aumentata disponibilità dei Servizi Aggiuntivi “distributori automatici” presso Sale Attesa UO</i> - <i>Attuazione percorsi per pazienti disabili</i> <i>Ecc.</i>
Aggiornamento materiale informativo a disposizione utenza con il contributo e le indicazioni fornite dai pazienti/ familiari/ associazioni di tutela dei cittadini: <ul style="list-style-type: none"> - distribuzione e analisi “Scheda di valutazione Carta dei Servizi” per materiale informativo (ritenuto più rilevante). 	<ul style="list-style-type: none"> - Team RQ /Personale di ogni UO 	<i>Nr. UU.OO con utilizzo “Scheda di valutazione Carta Servizi”</i>	100%	Mantenere	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Presenza di materiale informativo presso ogni UO redatto con il contributo, oltre che del personale di UO, anche di pazienti, familiari e/o associazioni.</i>
Riproporre sistematicamente le indagini di soddisfazione (CS) pazienti/utenti: <ul style="list-style-type: none"> - Presso Degenze con frequenza annuale - Presso Servizi con frequenza annuale/biennale 	<ul style="list-style-type: none"> - Personale / Team RQ di ogni UO - Uff. Qualità 	<i>Nr. UU.OO sottoposte a indagine CS</i>	100%	Mantenere	<i>Report di Analisi Indagini Customer Satisfaction pubblicati sul Sito Web Ospedale</i>

Aggiornamento del: **Gennaio 2020** Approvato: **Direzione**



AREA
URP - SEGNALAZIONI PAZIENTI

	Anno 2017	Anno 2018
Nr. Segnalazioni/ Nr. Prestazioni Sanitarie:	528/1.379.645	834/1.442.837
Nr. Segnalazioni/Reclami su prestazioni sanitarie:	0,03%	0,05%

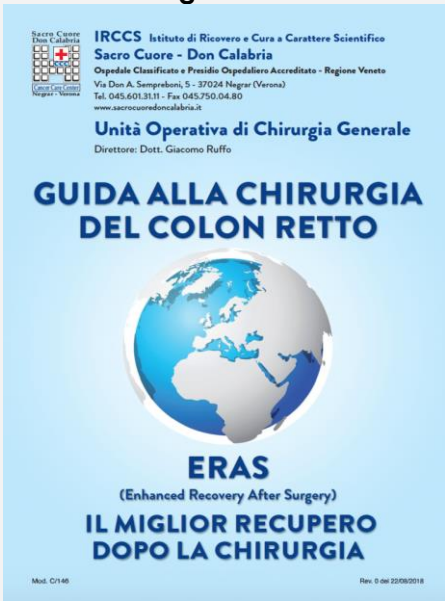
PIANI DI MIGLIORAMENTO IMPEGNI	RESPONSABILI COINVOLTI	INDICATORE	INDICATORI	INDICATORI	OUTPUT
			Valore attuale 2019	Valore atteso 2020	
<div style="text-align: center;">  URP </div> <p>Nel documento della “Politica della qualità” delle UO/Processi Ospedale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantenimento di “Obiettivi specifici di contenimento dei disservizi” e relativo monitoraggio sistematico “indicatori e impegni” 	<ul style="list-style-type: none"> - URP - Team RQ /Personale di ogni UO 	<p><i>Nr. Politiche della Qualità con specifici obiettivi/ Impegni su segnalazioni/ reclami pazienti/utenti</i></p>	10/10	Mantenere	<p>Attuazione Azioni di miglioramento specifiche es.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Formazione personale front line, eventi formativi su aspetti relazionali e umanizzazione</i> - <i>Attivazione prenotazione diretta pazienti visite in libera professione sul sito web</i> - <i>sostituzione centralino telefonico</i>

Aggiornamento del: **Gennaio 2020** Approvato: **Direzione**

AREA
SICUREZZA PAZIENTE

PIANI DI MIGLIORAMENTO IMPEGNI	RESPONSABILI COINVOLTI	INDICATORE	INDICATORI	INDICATORI	OUTPUT
			Valore attuale 2019	Valore atteso 2020	
 Monitoraggio costante delle Infezioni correlate alle Pratiche Assistenziali e coinvolgimento pazienti e famigliari	<ul style="list-style-type: none"> - U.O. / Processi - Direzione Sanitaria / Uff. Igiene Ospedaliera 	<i>Sorveglianza attiva: 2 Indagini di prevalenza/anno</i>	<i>Tasso ICPA 4,5%</i>	Mantenere <i>Benchmark Dato Europeo range da 2,3% a 10,8%</i>	<i>Informativa al paziente al momento del ricovero</i>
 Igiene delle mani Garantire la corretta igiene delle mani e coinvolgimento pazienti e famigliari	<ul style="list-style-type: none"> - U.O. / Processi - Direzione Sanitaria / Uff. Igiene Ospedaliera 	<i>Audit presso tutte le UU.OO</i>	- 100%	- Mantenere	<ul style="list-style-type: none"> - Coinvolgimento attivo dei pazienti, familiari anche attraverso filmati, poster, etc. - AUDIT specifici sul campo per Consolidare l'applicazione della procedura per la corretta igiene delle mani - Informativa al paziente al momento del ricovero

Aggiornamento del: **Gennaio 2020** Approvato: **Direzione**

PIANI DI MIGLIORAMENTO IMPEGNI	RESPONSABILI COINVOLTI	INDICATORE	INDICATORI	INDICATORI	OUTPUT
			Valore attuale 2019	Valore atteso 2020	
<p style="text-align: center;">Progetto ERAS</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - U.O. Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione - Nutrizionisti, Farmacia, Gruppo Operatorio - Direzione Sanitaria 	<p style="text-align: center;"><i>Riduzione delle complicanze post Operatorie e della durata della degenza post intervento</i></p> <p style="text-align: center;"><i>[Fonte protocollo ERAS Update novembre 2019]</i></p>	<p style="text-align: center;">(*)</p> <p style="text-align: center;"><i>Complicanze post-operatorie: < 50%</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Durata della degenza post intervento: Riduzione 4 giorni</i></p>	<p style="text-align: center;"><i>Mantenimento della performance ed estensione del protocollo ad altri interventi e discipline</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Per ottimizzare l'adesione a questo protocollo da parte del paziente, la Chirurgia generale ha creato anche un'APP, una sorta di diario digitale scaricabile da gennaio 2020 sullo smartphone, tablet e computer (vedi articolo). - Impegno di estendere il protocollo ad altri interventi e altre discipline.


(*) Da ottobre 2018 ad aprile 2019 la chirurgia coloretale ha reclutato 98 pazienti, 45 dei quali hanno aderito al 75% delle "raccomandazioni" (item) del protocollo. In questi pazienti la percentuale di complicanze post operatorie è risultata inferiore della metà rispetto al gruppo di pazienti che ha rispettato meno del 75% degli item. Nei 45 pazienti si è inoltre registrata una riduzione della degenza post operatoria di 4 giorni.

Nell'ambito del 14° Forum Risk Management, promosso dal Governo del Rischio Clinico della Regione Toscana, è stata conferita all'IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria una **menzione speciale Premio Sham 2019**, per la prevenzione dei rischi sanitari. Il riconoscimento è andato al **protocollo ERAS** (Enhanced Recovery After Surgery) applicato da circa un anno all'Ospedale di Negrar nell'ambito della chirurgia coloretale.



Aggiornamento del: **Gennaio 2020** Approvato: **Direzione**

AREA
EVENTI AVVERSI E EVENTI EVITATI SIGNIFICATIVI

PIANI DI MIGLIORAMENTO IMPEGNI	RESPONSABILI COINVOLTI	INDICATORE	Valore 2019	Valore atteso 2020
 Utilizzare le segnalazioni di eventi avversi/ eventi evitati significativi per avviare azioni di contenimento del rischio	<ul style="list-style-type: none"> - Personale / Team RQ di ogni UO - Uff. Qualità - Direzione Sanitaria 	N. eventi avversi (incluse cadute) e eventi evitati significativi*/ totale ricoveri	242/31.000 0.8%	< 5,17% (Tartaglia 2012)
	<ul style="list-style-type: none"> - Personale / Team RQ di ogni UO - Uff. Qualità - Direzione Sanitaria 	N. audit effettuati per valutare le cause* che hanno generato eventi avversi ed eventi evitati significativi/ totale segnalazioni	12/12 (100% segnalazioni analizzate con audit)	<i>Mantenere</i> 100% segnalazioni analizzate con audit
	<ul style="list-style-type: none"> - Personale / Team RQ di ogni UO - Uff. Qualità - Direzione Sanitaria 	N. azioni di miglioramento* attivate a seguito segnalazione eventi avversi e eventi evitati/ totale segnalazioni	12/12 (100% azioni di miglioramento attivate a seguito segnalazioni)	<i>Mantenere</i> 100% azioni di miglioramento attivate a seguito segnalazioni

Aggiornamento del: **Gennaio 2020** Approvato: **Direzione**

*Il dettaglio dei dati riferiti all'anno 2019 è riportato nella seguente tabella.

TIPOLOGIA DI EVENTI AVVERSI/EVENTI EVITATI SIGNIFICATIVI	CAUSE IDENTIFICATE	AMBITI DI INTERVENTO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO	MONITORAGGIO EFFICACIA
Identificazione paziente (N.3)	<ul style="list-style-type: none"> Mancata applicazione indicazioni presenti nella procedura di riferimento 	<ul style="list-style-type: none"> Attivazione sistema robotizzato per identificazione pazienti e campioni che accedono al centro prelievi e al servizio di pre ricovero Consolidamento corretta identificazione del paziente degente in fase di prelievo ematico attraverso bippatura del braccialetto 	<ul style="list-style-type: none"> Verificata attivazione miglioramenti delle specifiche procedure Monitoraggio egli eventi avversi/ eventi evitati significativi specifici
Ritardo di procedura diagnostica/ assistenziale/ chirurgica (N.4)	<ul style="list-style-type: none"> Inadeguata comunicazione 	<ul style="list-style-type: none"> Consolidamento percorsi per la presa in carico dei pazienti attraverso l'introduzione di strumenti informatici per la gestione della comunicazione tra UO (es. siti degli approfondimenti diagnostici, programmazione interventi, ecc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Verificata attivazione miglioramenti delle specifiche procedure Monitoraggio egli eventi avversi/ eventi evitati significativi specifici
Prescrizione / somministrazione di farmaci (N.3)	<ul style="list-style-type: none"> Inadeguata comunicazione Mancata applicazione indicazioni presenti nella procedura di riferimento 	<ul style="list-style-type: none"> Implementazione in tutti i Reparti di scheda unica terapeutica informatizzata e miglioramento dell'interfaccia con gli altri sistemi informativi Revisione / introduzione di protocolli specifici presso le UO 	<ul style="list-style-type: none"> Modello applicato e a regime nel 98% dei Reparti Verificata attivazione miglioramenti delle specifiche procedure Monitoraggio egli eventi avversi/ eventi evitati significativi specifici
Procedura assistenziale (mancata /inadeguata) (N.2)	<ul style="list-style-type: none"> Inadeguata comunicazione 	<ul style="list-style-type: none"> Revisione / introduzione di protocolli specifici presso le UO 	<ul style="list-style-type: none"> Verificata attivazione miglioramenti delle specifiche procedure Monitoraggio egli eventi avversi/ eventi evitati significativi specifici
Cadute (N. 230)	<ul style="list-style-type: none"> Fattori ambientali Fattori legati al paziente 	<ul style="list-style-type: none"> Analisi fattori di rischio ambientali Distribuzione guide informative del Ministero della Salute per pazienti e familiari Partecipazione alla sperimentazione regionale del nuovo modello di gestione delle cadute 	<ul style="list-style-type: none"> Interventi specifici di miglioramento nei singoli reparti Verificata diffusione delle guide Verificata implementazione del nuovo modello



Piani di Miglioramento – Impegni
Qualità – Sicurezza – Soddisfazione/Suggerimenti/Segnalazioni Pazienti –
Appropriatezza- Eventi Avversi / Eventi Evitati / Sinistri

Rev. 1
10/2019

Aggiornamento del: **Gennaio 2020** Approvato: **Direzione**

AREA
SINISTRI

Indicatori	2016	2017	2018	2019
Prestazioni sanitarie	1.330.223	1.379.645	1.442.837	1.485.499
Richiesta risarcimenti	29	45	34	39
% Richieste risarcimenti sul totale prestazioni	0,002	0,003	0,002	0,003

Aggiornamento del: **Gennaio 2020** Approvato: **Direzione**

AREA
APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI

Percentuale dei ricoveri con DRG 389 sul totale dei ricoveri		
Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
0,44%	0,33%	0,00%

Percentuale dei ricoveri con DRG 468 sul totale dei ricoveri		
Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
0,21%	0,03%	0,00%

Percentuale dei ricoveri con DRG 477 sul totale dei ricoveri		
Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
0,05%	0,01%	0,00%

Percentuale dei ricoveri ripetuti sul totale delle dimissioni		
Anno 2016	2017	2018
0,08%	0,02%	0,00%

Percentuale dei DRG complicati sul totale delle SDO ordinarie		
Anno 2016	2017	2018
10,93%	12,14%	12,79%