

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 **Febbraio 2021** 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.



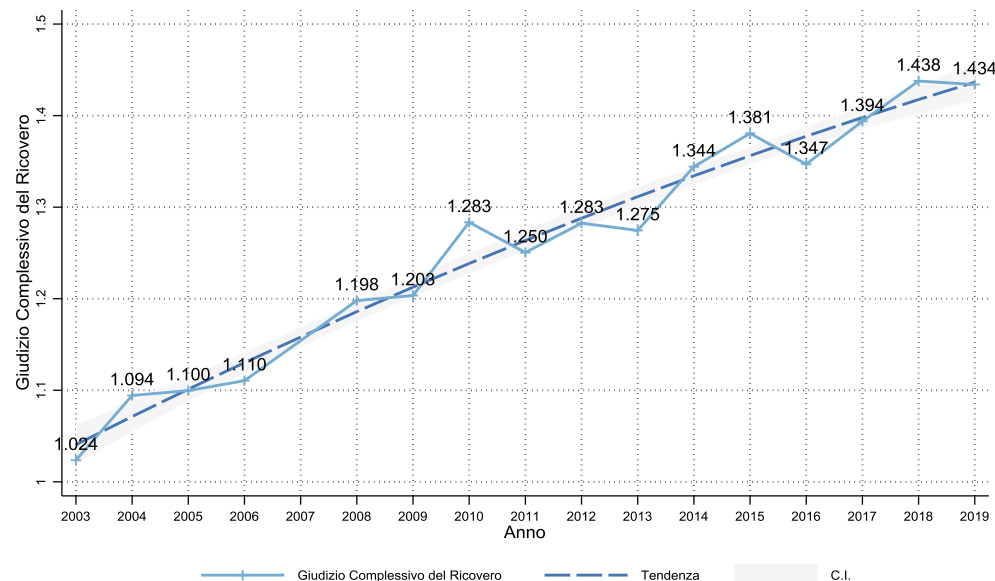
Dal 2003 al 2020:

Oltre **52.000** 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 **Febbraio 2021** Approvato: **Direzione**



AREA


SODDISFAZIONE / SUGGERIMENTI PAZIENTI - QUALITA'

PIANI DI MIGLIORAMENTO IMPEGNI	RESPONSABILI COINVOLTI	INDICATORE	INDICATORI	INDICATORI	OUTPUT
			Valore attuale 2020	Valore atteso 2021	
<p>Nel documento della “Politica della qualità” delle UO/Processi dell’Ospedale:</p> <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 	<p>Nr. Politiche della Qualità con specifici obiettivi/ Impegni su customer satisfaction</p>	10/10	Mantenere	<p>Attuazione Azioni di miglioramento specifiche su es.:</p> <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>
<p>Aggiornamento materiale informativo a disposizione utenza con il contributo e le indicazioni fornite dai pazienti/ famigliari/ associazioni di tutela dei cittadini:</p> <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 	<p>Nr. UU.OO con utilizzo “Scheda di valutazione Carta Servizi”</p>	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, famigliari e/o associazioni.</i>
<p>Riproporre sistematicamente le indagini di soddisfazione (CS) pazienti/utenti:</p> <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 	<p>Nr. UU.OO sottoposte a indagine CS</p>	100%	Mantenere	<p><i>Report di Analisi Indagini Customer Satisfaction pubblicati sul Sito Web Ospedale</i></p>

Aggiornamento **Febbraio 2021** Approvato: **Direzione**



AREA
URP - SEGNALAZIONI PAZIENTI

	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
Nr. Segnalazioni/ Nr. Prestazioni Sanitarie:	528/1.379.645	834/1.442.837	752/1.485.499	816/1.450.000
Nr. Segnalazioni/Reclami su prestazioni sanitarie:	0,03%	0,05%	0,05%	0,06%

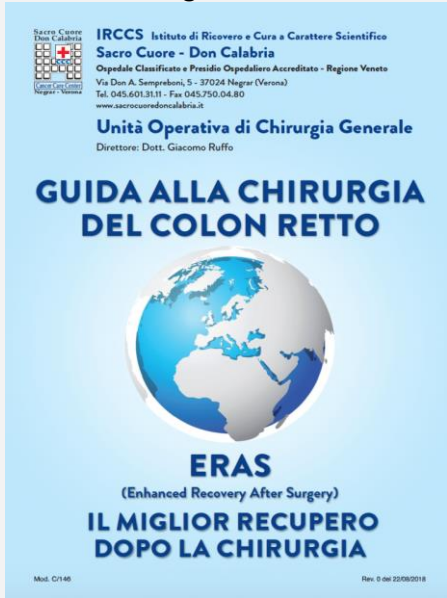
PIANI DI MIGLIORAMENTO IMPEGNI	RESPONSABILI COINVOLTI	INDICATORE	INDICATORI	INDICATORI	OUTPUT
			Valore attuale 2020	Valore atteso 2021	
 URP Nel documento della “ Politica della qualità ” delle UO/Processi Ospedale: - Mantenimento di “ Obiettivi specifici di contenimento dei disservizi ” e relativo monitoraggio sistematico “ indicatori e impegni ”	- URP - Team RQ /Personale di ogni UO	<i>Nr. Politiche della Qualità con specifici obiettivi/ Impegni su segnalazioni/ reclami pazienti/utenti</i>	10/10	Mantenere	Attuazione Azioni di miglioramento specifiche es.: - <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 **Febbraio 2021** Approvato: **Direzione**

AREA
SICUREZZA PAZIENTE


PIANI DI MIGLIORAMENTO IMPEGNI	RESPONSABILI COINVOLTI	INDICATORE	INDICATORI	INDICATORI	OUTPUT
			Valore attuale 2020	Valore atteso 2021	
 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 	Sorveglianza attiva: 2 Indagini di prevalenza/anno	Tasso ICPA 4,8%	Mantenere <i>Benchmark</i> <i>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>	- 98%	- 100%	<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 Febbraio 2021 Approvato: Direzione

PIANI DI MIGLIORAMENTO IMPEGNI	RESPONSABILI COINVOLTI	INDICATORE	INDICATORI	INDICATORI	OUTPUT
			Valore attuale 2020	Valore atteso 2021	
<p>Progetto ERAS</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - U.O. Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione - Nutrizionisti, Farmacia, Gruppo Operatorio - Direzione Sanitaria 	<p><i>Riduzione delle complicanze post Operatorie e della durata della degenza post intervento</i></p> <p><i>[Fonte protocollo ERAS Update novembre 2019]</i></p>	<p><i>Complicanze post-operatorie:</i> < 50%</p> <p><i>Durata della degenza post intervento:</i> Riduzione 4 giorni</p>	<p><i>Mantenimento della performance ed estensione del protocollo ad ulteriori 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). - Riconoscimento centro qualificato ERAS entro febbraio 2022 - Riconoscimento certificazione europea ERAS society entro febbraio 2023 - ad oggi protocollo applicato a chirurgia coloretale e bariatrica. Impegno di estendere il protocollo a ulteriori interventi e discipline.

Aggiornamento **Febbraio 2021** Approvato: **Direzione**

AREA
EVENTI AVVERSI E EVENTI EVITATI SIGNIFICATIVI

PIANI DI MIGLIORAMENTO IMPEGNI	RESPONSABILI COINVOLTI	INDICATORE	Valore 2020	Valore atteso 2021
 Utilizzare le segnalazioni di eventi avversi/ eventi evitati 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) / totale ricoveri	16/30.000 0.05%	< 5, 17% (Tartaglia 2012)
	<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 IR	35/267 13%	≥15% azioni di miglioramento attivate a seguito segnalazioni di eventi avversi e eventi evitati

*Il dettaglio dei dati riferiti agli eventi avversi registrati nell'anno 2020 è riportato nella seguente tabella e nella “Relazione consuntiva eventi avversi IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria” pubblicata sul sito web.

TIPOLOGIA DI EVENTI AVVERSI	CAUSE IDENTIFICATE	AMBITI DI INTERVENTO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO	MONITORAGGIO EFFICACIA
<p style="text-align: center;">Procedura diagnostica/ terapeutica /assistenziale (mancata /inadeguata) (N.7)</p>	<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 • Organizzazione centralizzata del servizio di pre ospedalizzazione • 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
<p style="text-align: center;">Prescrizione / somministrazione di farmaci (N.3)</p>	<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"> • Valutazione dell'applicazione a regime presso i singoli Reparti • Verifica attivazione miglioramenti delle specifiche procedure • Monitoraggio egli eventi avversi/ eventi evitati specifici
<p style="text-align: center;">Cadute (N. 6)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fattori ambientali • Fattori legati al paziente 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione sistema informativo per la gestione delle cadute secondo il nuovo modello proposto dagli indirizzi regionali • Predisposizione materiale informativo specifico per i pazienti • Formazione sulla prevenzione delle cadute in ospedale 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione numero cadute accidentali x 1.000 giornate di degenza ordinarie • Monitoraggio egli eventi avversi/ eventi evitati specifici

AREA
SINISTRI

Indicatori	2016	2017	2018	2019	2020
Prestazioni sanitarie	1.330.223	1.379.645	1.442.837	1.485.499	1.450.000
Richiesta risarcimenti	29	45	34	39	43
% Richieste risarcimenti sul totale prestazioni	0,002	0,003	0,002	0,003	0,003

Aggiornamento **Febbraio 2021** Approvato: **Direzione**

AREA

APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI

Percentuale dei ricoveri con DRG 389 sul totale dei ricoveri

Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
0,44%	0,33%	0,00%	0,31%	0,09%

Percentuale dei ricoveri con DRG 468 sul totale dei ricoveri

Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
0,21%	0,03%	0,00%	0,01%)	0,09%

Percentuale dei ricoveri con DRG 477 sul totale dei ricoveri

Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
0,05%	0,01%	0,00%	0,01%	0,01%

Percentuale dei ricoveri ripetuti sul totale delle dimissioni

Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
9.96%	10%	10.17%	9,95%	9,25%

Percentuale dei DRG complicati sul totale delle SDO ordinarie

Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
10,93%	12,14%	12,79%	14,27%	14,88%