

AREA
SODDISFAZIONE / SUGGERIMENTI PAZIENTI - QUALITÀ

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.

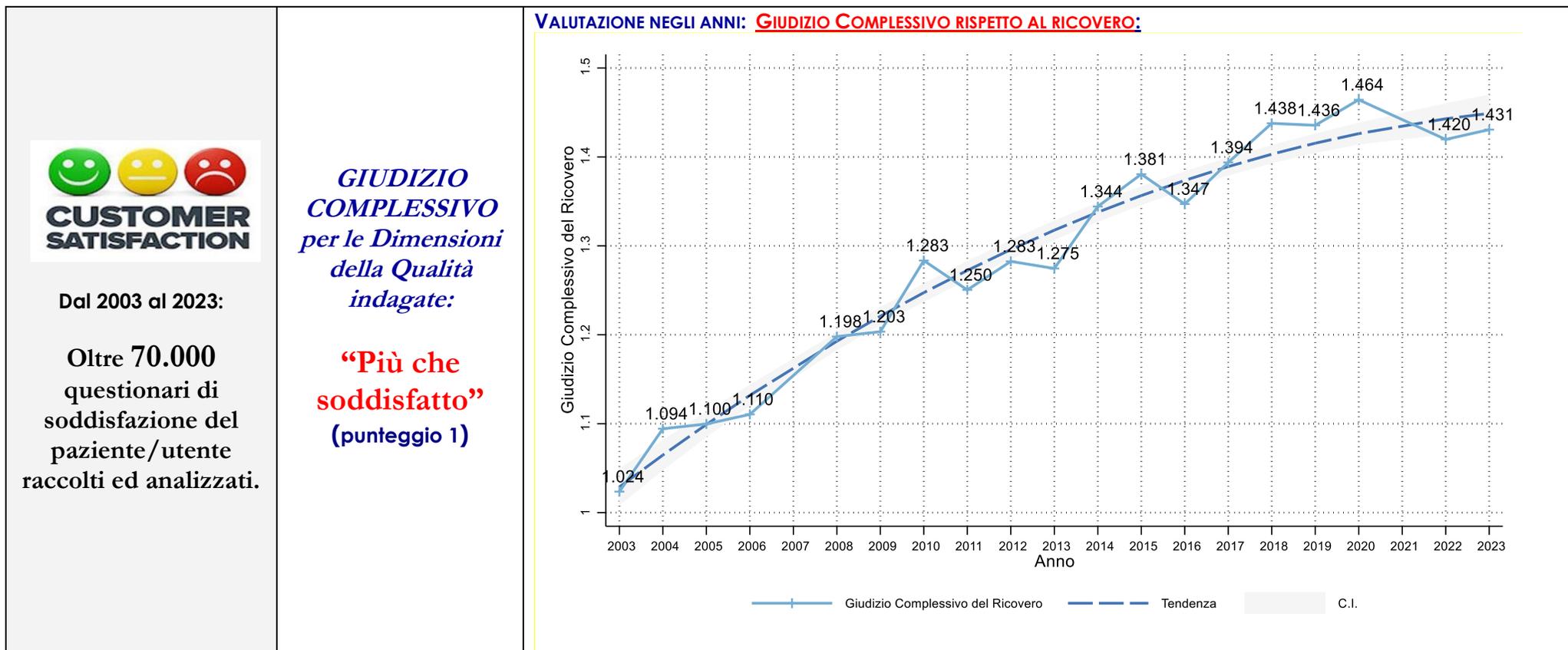
Il monitoraggio sistematico nel tempo della soddisfazione e delle aspettative del paziente consente all'Ospedale:

- ◆ 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 **Aprile 2024** Approvato dalla: **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.



Aggiornamento **Aprile 2024** Approvato dalla: **Direzione**



AREA
SODDISFAZIONE / SUGGERIMENTI PAZIENTI - QUALITÀ

PIANI DI MIGLIORAMENTO IMPEGNI	RESPONSABILI COINVOLTI	INDICATORE	INDICATORI	INDICATORI	OUTPUT
			Valore attuale 2023	Valore atteso 2024	
<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 (di UO/Aree-Processi) con specifici obiettivi/ Impegni su customer satisfaction</p>	16	Mantenere	<p>Attuazione Azioni di miglioramento specifiche su es.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio tempistica per ottenere posto letto - Aumentata disponibilità dei Servizi Aggiuntivi “distributori automatici” presso Sale Attesa UO - Attuazione percorsi per pazienti disabili - Rispetto del Silenzio in UO Ecc.
<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"> - Presenza di materiale informativo presso ogni UO redatto con il contributo, oltre che del personale di UO, anche di pazienti, famigliari e/o associazioni.
<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>Report di Analisi Indagini Customer Satisfaction pubblicati sul Sito Web Ospedale</p>

Aggiornamento **Aprile 2024** Approvato dalla: **Direzione**

AREA
URP - SEGNALAZIONI PAZIENTI

	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Nr. Segnalazioni/ Nr. Prestazioni Sanitarie:	816/1.450.000	986/1.580.600	1503/ 1.611.255	1092/1.661.934
Nr. Segnalazioni/Reclami su prestazioni sanitarie:	0,06%	0.06%	0.09%	0.07%

PIANI DI MIGLIORAMENTO IMPEGNI	RESPONSABILI COINVOLTI	INDICATORE	INDICATORI	INDICATORI	OUTPUT
			Valore attuale 2023	Valore atteso 2024	
 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 (di UO/Aree-Processi) con specifici obiettivi/ Impegni su segnalazioni/ reclami pazienti/utenti</i>	16	Mantenere	Attuazione Azioni di miglioramento specifiche es.: - <i>Formazione personale front office, eventi formativi su aspetti relazionali e umanizzazione</i> - <i>Attivazione prenotazione diretta pazienti visite in libera professione sul sito web</i>

Aggiornamento **Aprile 2024** Approvato dalla: **Direzione**

AREA
SICUREZZA PAZIENTE

PIANI DI MIGLIORAMENTO IMPEGNI	RESPONSABILI COINVOLTI	INDICATORE	INDICATORI	INDICATORI	OUTPUT
			Valore attuale 2023	Valore atteso 2024	
 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 5,7 % (Area Acuti)	Mantenere <i>Benchmark</i> <i>Dato Europeo range da 2,3% a 10,8%</i>	Informativa al paziente al momento del ricovero
 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 	Audit presso tutte le UU.OO	- 100 %	- 100% degli Audit programmati	<ul style="list-style-type: none"> - Coinvolgimento attivo dei pazienti, familiari anche attraverso video, 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

PIANI DI MIGLIORAMENTO IMPEGNI	RESPONSABILI COINVOLTI	INDICATORE	INDICATORI	INDICATORI	OUTPUT
			Valore storico e attuale	Valore atteso 2024	
<p 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 align="center">Riduzione delle complicanze post Operatorie e e della durata della degenza post intervento</p> <p align="center"><i>[Fonte protocollo ERAS Update novembre 2019]</i></p>	<p align="center">Complicanze post-operatorie globali 2017 (pre-ERAS): 40% 2022 (ERAS® Qualified Center): 17.9 % 2023 (ERAS® Qualified and Training Center): 20 %</p> <p align="center">Di cui complicanze severe 2017: 48% 2022: 4.7 % 2023: 6 %</p> <hr/> <p align="center">Durata della degenza media post-intervento: 2017: 11 giorni 2022: 4.4 giorni 2023: 4.7 giorni</p> <hr/> <p align="center">Readmission a 30 giorni</p> <p align="center">2017: 4.9% 2022: 1.5 % 2023: 3 %</p>	<p align="center">Mantenimento della performance ed estensione del protocollo ad ulteriori interventi e discipline</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 2022: Ottenuto il riconoscimento certificazione Centro Qualificato ERAS Society. - 2023: Certificazione internazionale di Centro formatore ERAS (Centro Trainer). - Entro 2025 l'obiettivo è di ottenere la certificazione come Centro di Eccellenza. - 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 sullo smartphone, tablet e computer (vedi articolo). - Ad oggi protocollo applicato a chirurgia coloretale e bariatrica. L'Impegno è di estendere il protocollo ad ulteriori interventi e discipline.

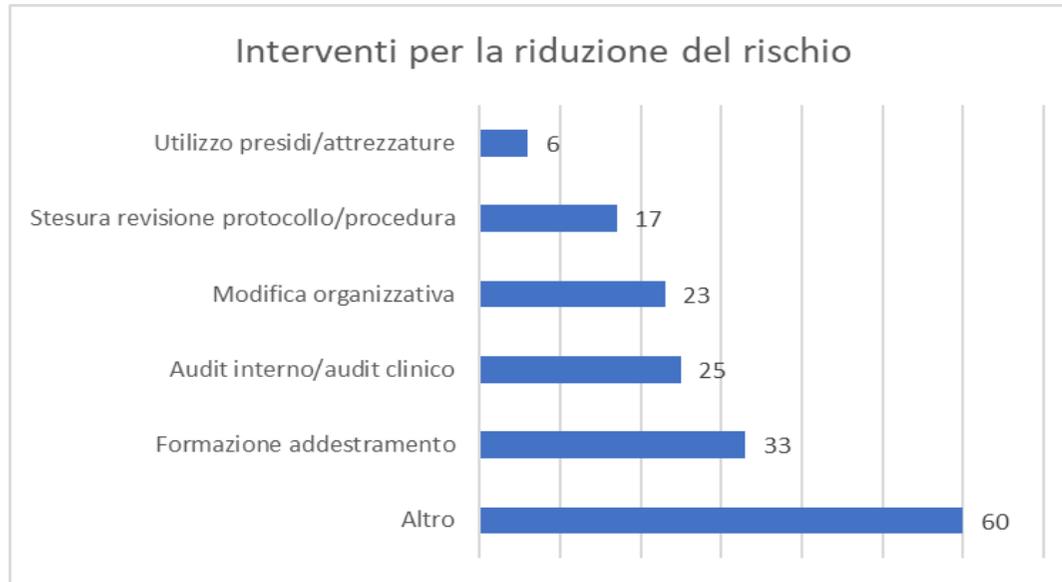
Aggiornamento **Aprile 2024** Approvato dalla: **Direzione**

...

PIANI DI MIGLIORAMENTO IMPEGNI	RESPONSABILI COINVOLTI	INDICATORE	Valore 2023	Valore atteso 2024
 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	403/30789 1.3 %	$< 5,17\%$ <i>(Tartaglia 2012)</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Personale / Team RQ di ogni UO - Uff. Qualità - Direzione Sanitaria 	N. interventi di miglioramento attivati a seguito segnalazione eventi avversi e eventi evitati/totale segnalazioni IR	164/320 51%	$\geq 15\%$ interventi di miglioramento attivati a seguito segnalazioni di eventi avversi e eventi evitati

*Il dettaglio dei dati riferiti agli eventi avversi registrati nell'anno 2023 è riportato nella "Relazione consuntiva eventi avversi IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria" pubblicata sul sito web.

INTERVENTI PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO



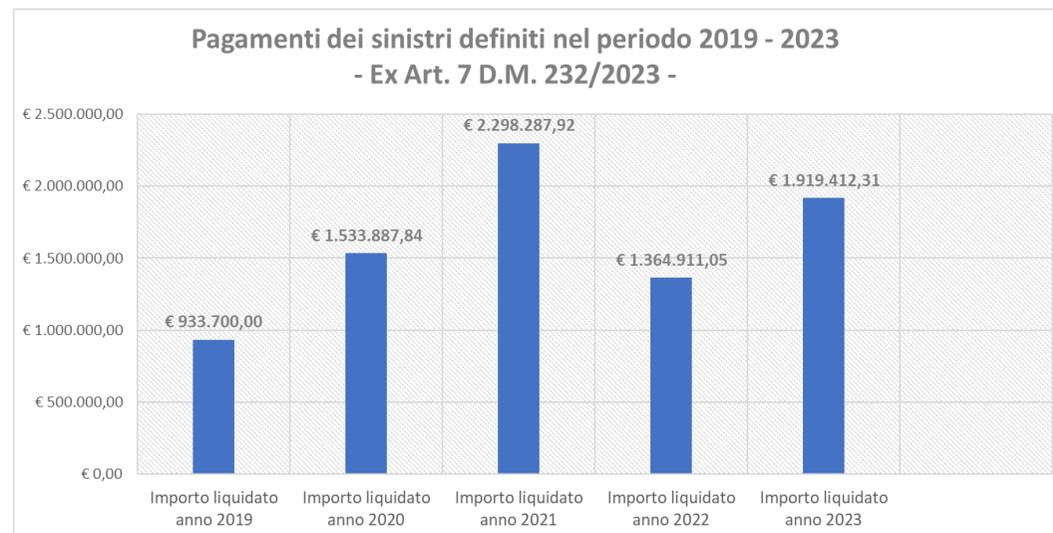
Nel 2023, a seguito della segnalazione di incident reporting sono stati attivati presso le Unità Operative 164 interventi per la riduzione dei rischi, vale a dire provvedimenti rivolti a prevenire il verificarsi di futuri incidenti.

Aggiornamento **Aprile 2024** Approvato dalla: **Direzione**

AREA
SINISTRI

ANDAMENTO DEI RISARCIMENTI PER ANNO DI ACCADIMENTO PAGAMENTI SINISTRI PERIODO 2019 - 2023

Legge 8 marzo 2017 n.24 (Legge Geli) - art. 4 c.3 Risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, riferiti ad eventi e richieste risarcitorie relative al periodo dal 2019 al 2013			
Anno liquidazione dei risarcimenti	N° risarcimenti liquidati	Importo dei risarcimenti/anno	Anno accadimento dei sinistri liquidati
2019	11	933.700,00	2013
			2014
			2016
			2017
			2018
2020	18	1.533.887,84	2013
			2014
			2016
			2017
			2019
2021	24	2.298.287,92	2013
			2014
			2016
			2017
			2018
2022	27	1.364.911,05	2013
			2014
			2016
			2017
			2018
2023	22	1.919.412,31	2013
			2017
			2018
			2019
			2020
			2021
			2022



Aggiornamento **Aprile 2024** Approvato dalla: **Direzione**

AREA
APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI

Percentuale dei ricoveri con DRG 389 sul totale dei ricoveri

Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
0,31%	0,09%	0,5 %	0,4%	0,25%

Percentuale dei ricoveri con DRG 468 sul totale dei ricoveri

Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
0,01%)	0,09%	0,03 %	0,09%	0,04%

Percentuale dei ricoveri con DRG 477 sul totale dei ricoveri

Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
0,01%	0,01%	0,01 %	0,01%	0,01%

Percentuale dei ricoveri ripetuti sul totale delle dimissioni

Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022(*)	Anno 2023(*)
9,95%	9,25%	8,9 %	10,93%	11,7%

Percentuale dei DRG complicati sul totale delle SDO ordinarie

Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
14,27%	14,88%	13,8 %	12,36%	13,1%

(*) considerati i ricoveri ripetuti entro 90 gg dalla dimissione.