

Associated Institute
of the University of Zurich



University of
Zurich^{UZH}



CARDIOCENTROTICINO

Rapporto sulla qualità 2018

secondo il modello di H+

Approvazione in data:
Tramite:

29.10.2019
Marco Boneff, Resp. Servizio Qualità

Versione 2



Cardiocentro Ticino

www.cardiocentro.org



somatica acuta

Colophon

Il presente rapporto sulla qualità è stato allestito secondo il modello di H+ Gli Ospedali Svizzeri. Il modello del rapporto sulla qualità rappresenta il resoconto unico per i settori specialistici somatica acuta, psichiatria e riabilitazione per l'anno di riferimento 2018.

Il rapporto qualità permette di ottenere una panoramica sistematica sulle attività concernenti la qualità di un ospedale o di una clinica in Svizzera. Tale panoramica indica la strutturazione della gestione interna della qualità come pure gli obiettivi principali di qualità e comprende informazioni relative a indagini di soddisfazione, partecipazione a misurazioni, a registri e certificazioni. Sono inoltre esaminati indicatori di qualità e azioni di miglioramento, programmi e progetti relativi alla promozione della qualità.

Al fine di aumentare la confrontabilità dei rapporti sulla qualità, indice e numerazione dei capitoli sono stati uniformati. Nell'indice, sono ora visibili tutti i capitoli del modello, anche quelli che non riguardano direttamente l'ospedale. Qualora un capitolo non sia rilevante per l'ospedale, il testo appare in grigio e viene fornita una breve motivazione. Nel resto del rapporto, tuttavia, tali capitoli non appaiono.

Per poter interpretare e confrontare correttamente i risultati della misurazione della qualità occorre prendere in considerazione le informazioni relative all'offerta e ai dati di riferimento delle singole specialità. È inoltre necessario considerare le differenze tra la struttura dei pazienti e i loro fattori di rischio così come i cambiamenti negli stessi. Per ogni misurazione, vengono pubblicati solo i risultati più recenti disponibili. Di conseguenza, quelli riportati nel presente rapporto non risalgono tutti allo stesso anno.

Pubblico

Il rapporto sulla qualità si rivolge agli specialisti del settore sanitario (gestori di ospedali e collaboratori del settore sanitario, commissioni nell'ambito della sanità e della politica sanitaria, assicuratori, ecc.) e al pubblico interessato.

Persona di contatto Rapporto sulla qualità 2018

Sig.
Marco Boneff
Resp. Servizio Qualità
091/8053302
marco.boneff@cardiocentro.org

Prefazione di H+ Gli Ospedali Svizzeri

Gli ospedali e le cliniche in Svizzera dimostrano grande disponibilità a illustrare in modo trasparente le misure di salvaguardia della qualità adottate e ricorrono a metodi affermati per il miglioramento interno della qualità. Nel 2018, i membri di H+ hanno acconsentito alla pubblicazione dei risultati nazionali delle misurazioni specifiche nella riabilitazione. Questi risultati fungono anche da indicatori interni per individuare per tempo eventuali anomalie e, all'occorrenza, adottare provvedimenti. Le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità sono un altro strumento consolidato per individuare potenziale di miglioramento nel processo di cura. In tale ottica, vengono elaborate retrospettivamente e analizzate complicanze, decorsi inusuali e decessi inaspettati.

Nel 2018, Sicurezza dei pazienti Svizzera ha fornito, in collaborazione con diversi gruppi di interesse, ospedali e specialisti del settore sanitario, vari contributi alla promozione della sicurezza dei pazienti. Insieme a Swissnoso, su mandato della Confederazione la Fondazione ha portato a termine il terzo programma pilota nazionale progress!, dedicato alla sicurezza nel cateterismo vescicale. Gli ospedali pilota hanno testato l'efficacia di un pacchetto di interventi volto a evitare cateterizzazioni inutili e a ridurre al minimo indispensabile il tempo di permanenza dei cateteri.

I doppi controlli di farmaci ad alto rischio servono invece a garantire una corretta farmacoterapia nei nosocomi. L'efficacia di questa misura non è sempre attestata e la sua attuazione è onerosa in termini di risorse. Sono pertanto essenziali una pianificazione e un'organizzazione ottimali dei controlli. Sicurezza dei pazienti Svizzera ha approfondito il tema e redatto per la prima volta una raccomandazione all'attenzione degli ospedali svizzeri con consigli su come procedere a verifiche ottimali dei farmaci ad alto rischio.

Analizzando gli errori in campo medico, emergono regolarmente situazioni in cui una parte in causa individua un rischio, ma non esprime la propria preoccupazione oppure non viene ascoltata.

Comunicare i propri dubbi non è sempre facile, ragione per la quale Sicurezza dei pazienti Svizzera ha pubblicato la linea guida «Quando tacere è pericoloso – «Speak-up» per più sicurezza nella cura dei pazienti».

Il modello di H+ consente ai membri di redigere il rapporto di qualità in modo unitario e trasparente.

I risultati delle misurazioni della qualità pubblicati in tale rapporto si riferiscono ai singoli ospedali e alle singole cliniche. Confrontando i risultati delle misurazioni tra gli istituti occorre considerare determinate limitazioni. Da una parte, l'offerta di prestazioni (cfr. [annesso 1](#)) dovrebbe essere simile. Un ospedale di cure di base ad esempio tratta casi diversi rispetto a un ospedale universitario, ragione per cui anche i relativi risultati delle misurazioni dovranno essere valutati diversamente. Dall'altra, gli ospedali e le cliniche dispongono di strumenti di misurazione diversi, che possono distinguersi nella struttura, nell'organizzazione, nel metodo di rilevamento e nella pubblicazione.

Confronti puntuali sono possibili in caso di misurazioni uniformi a livello nazionale, i cui risultati per clinica e ospedale, rispettivamente sede vengono aggiustati di conseguenza. Queste pubblicazioni si trovano al sito www.anq.ch.

Con i migliori saluti



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Indice

Colophon	2
Prefazione di H+ Gli Ospedali Svizzeri	3
1 Introduzione	6
2 Organizzazione della gestione della qualità	7
2.1 Organigramma	7
2.2 Persone di contatto della gestione della qualità	8
3 Strategia della qualità	9
3.1 2 - 3 punti principali nell'ambito della qualità nell'anno di esercizio 2018	9
3.2 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2018	10
3.3 Sviluppo della qualità nei prossimi anni	10
4 Panoramica delle attività nell'ambito della qualità	11
4.1 Partecipazione a misurazioni nazionali	11
4.2 Svolgimento di misurazioni prescritte a livello cantonale	
Il Cantone non prescrive misurazioni della qualità per il nostro istituto.	
4.3 Svolgimento di altre misurazioni interne	
Nell'anno in esame, il nostro istituto non ha svolto alcuna altra misurazione.	
4.4 Attività e progetti nell'ambito della qualità	12
4.4.1 CIRS – imparare dagli errori	15
4.5 Panoramica dei registri	16
4.6 Panoramica delle certificazioni	
Per il settore di attività del nostro istituto, non è stata individuata alcuna certificazione adeguata.	
MISURAZIONI DELLA QUALITÀ	18
Sondaggi	19
5 Soddisfazione dei pazienti	19
5.1 Inchiesta nazionale soddisfazione pazienti	19
5.2 Gestione dei reclami	20
6 Soddisfazione dei familiari	
Nell'anno in esame, il nostro istituto non ha svolto alcun sondaggio.	
7 Soddisfazione dei collaboratori	21
7.1 Sondaggi propri	21
7.1.1 Swiss Arbeitgeber Award	21
8 Soddisfazione dei medici invianti	
Nell'anno in esame, il nostro istituto non ha svolto alcun sondaggio.	
Qualità delle cure	23
9 Riammissioni	23
9.1 Analisi nazionale delle riammissioni potenzialmente evitabili	23
10 Interventi chirurgici	
l'algoritmo SQLape, usato fino a quest'anno, è stato indicato da ANQ come "non affidabile".	
Siamo attualmente in attesa di una soluzione alternativa.	
11 Infezioni	24
11.1 Rilevamento nazionale delle infezioni del sito chirurgico	24
12 Caduta	27
12.1 Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta	27
13 Lesioni da pressione	29
13.1 Misurazione dell'indicatore di prevalenza decubito tra bambini e adolescenti	29
14 Misure restrittive della libertà	
Una misurazione in questo ambito non è rilevante per il nostro istituto.	
15 Peso dei sintomi psichici	
Una misurazione in questo ambito non è rilevante per il nostro istituto.	
16 Raggiungimento degli obiettivi e stato di salute fisica	
Una misurazione in questo ambito non è rilevante per il nostro istituto.	

17	Altre misurazioni	
	Nell'anno in esame, il nostro istituto non ha svolto alcuna altra misurazione.	
18	I progetti in dettaglio.....	31
18.1	Progetti in corso	31
18.1.1	Pacchetto di misure specifiche per la riduzione delle infezioni del sito chirurgico	31
18.1.2	Sistema per la gestione delle informazioni documentate del Cardiocentro Ticino.....	33
18.2	Progetti conclusi nel 2018	35
18.2.1	Progetto pilota "prevenzione infezioni del sito chirurgico" (Swissnoso)	35
18.2.2	Revisione e miglioramento del sistema di vigilanza dei dispositivi medici	36
18.2.3	Settimana d'azione per la sicurezza dei pazienti	39
18.3	Progetti di certificazione in corso	40
18.3.1	Non sono al momento in corso attività di certificazione	40
19	Conclusione e prospettive	41
	Annesso 1: panoramica dell'offerta dell'istituto	42
	Somatica acuta.....	42
	Editore	43

1 Introduzione

Gestita da una fondazione privata ma profondamente integrata nel servizio sanitario cantonale, il Cardiocentro Ticino è una clinica altamente specializzata in Cardiologia, Cardiochirurgia e Cardioanestesia. Si tratta essenzialmente di un ospedale acuto, concepito per garantire cure di primissimo intervento e un efficiente servizio di Day Hospital. La fondazione no profit che gestisce la clinica è stata espressamente costituita nel 1995 a fini di pubblica utilità. All'origine della sua nascita vi fu la generosa donazione da parte del medico tedesco Eduard Zwick, fermamente convinto dell'importanza per il Cantone di poter disporre di un centro all'avanguardia specializzato in cardiologia e cardiochirurgia. Fino alla fine degli anni 90, infatti, il Ticino era ancora fondamentalmente sprovvisto di strutture adeguate in grado di far fronte alla crescente importanza delle malattie cardiache. Nonostante un servizio di cardiologia invasiva esistesse già dal 1965 presso l'Ospedale Civico di Lugano, infatti, il Cantone era ancora completamente sprovvisto di un servizio di Cardiochirurgia in grado di rispondere in modo adeguato alle esigenze della popolazione. Questa lacuna rappresentava per i pazienti ticinesi e i loro familiari un rischio per la salute e un grande disagio, poiché ogni paziente necessitante di prestazioni cardiochirurgiche era costretto a rivolgersi ad ospedali e cliniche della Svizzera interna. Le ospedalizzazioni fuori cantone e i trasferimenti oltre Gottardo rappresentavano inoltre una pesante voce di spesa a carico dell'ente pubblico. Il problema venne risolto con l'apertura nel 1999 della nostra clinica, costruita in meno di tre anni e dotata delle più avanguardistiche attrezzature per la cardiologia invasiva e la cardiochirurgia.

Queste specialità possono oggi avvalersi di due sale operatorie, una sala operatoria ibrida tecnologicamente avanzata e tre sale di cateterismo cardiaco recentemente aggiornate. Dal 2015, inoltre, è stata inaugurata la nuova "Radial Lounge", una nuova ala della clinica interamente dedicata ai pazienti sottoposti ad interventi di cateterismo radiale.

Perseguendo l'obiettivo della massima qualità e di un'offerta di prestazioni medico-chirurgiche di assoluta eccellenza, la Fondazione decise sin dai suoi primi giorni di investire importanti risorse per l'aggiornamento tecnologico, per la formazione dei propri collaboratori e per la partecipazione in prima linea alla ricerca, una strategia che avrebbe permesso alla clinica di dotarsi con maggiore rapidità delle più recenti terapie e trattamenti per la cura delle malattie cardiache. Grazie anche agli importanti investimenti ottenuti da fondazioni private e numerosi entusiasti cittadini, ad oggi sono molte le pietre miliari che hanno caratterizzato la storia del Cardiocentro Ticino: primo trapianto in Svizzera di cellule staminali in un paziente infartuato (2004), primo centro in Svizzera dotato di Cell Factory autorizzata da Swissmedic per la manipolazione delle cellule staminali (2008), primo centro in Svizzera ad utilizzare la tecnica della Mitra Clip per la riparazione transcateretere della valvola mitrale (2009), primo centro ad eseguire sperimentalmente un impianto di pacemaker senza fili (2013).

Questi traguardi, che hanno permesso al Centro di farsi conoscere su scala nazionale ed internazionale, gli hanno permesso di diventare un punto di riferimento nella ricerca medica e biomedica del Cantone Ticino, un ruolo rafforzato e riconosciuto anche dall'Università di Zurigo della quale, da febbraio 2012, la clinica è ufficialmente un "istituto associato". Il nuovo status della clinica ha conferito al centro numerosi nuovi compiti in materia di ricerca e di formazione, elementi oggi essenziali per poter garantire ai pazienti ticinesi e non solo una medicina di qualità e all'avanguardia.

L'allegato 1 riporta informazioni dettagliate sull'offerta di prestazioni. [Annesso 1](#).

2 Organizzazione della gestione della qualità

2.1 Organigramma



Con lo scopo di rendere il Servizio Qualità più efficace e capillare nella sua azione, nel corso 2018 la sua struttura organizzativa è stata interamente rivista. Oggi il servizio è configurato come un gruppo di lavoro multidisciplinare, composto da tutti i principali stakeholder della struttura. Al vertice, un "gruppo strategico" formato dalla direzione amministrativa, dalla direzione sanitaria, dai quattro Primari e dal responsabile del servizio infermieristico, supervisiona, definisce, approva e valida il lavoro eseguito da un "gruppo operativo", incaricato di pianificare, programmare e coordinare la messa in atto di progetti per il miglioramento della qualità. Il gruppo operativo, composto dal responsabile del servizio (dal 2018, impiegato al 100% in questa funzione), un referente medico (al 20%) e un referente tecnico al (40%), identifica i settori necessitanti miglioramento e sviluppa dei progetti di intervento mirati. Al contempo, il gruppo operativo si occupa di sviluppare e mantenere il sistema di gestione della qualità della struttura. Per rendere più capillare l'azione del servizio qualità, è stato deciso di nominare all'interno di ogni reparto dei referenti infermieristici e dei referenti amministrativi del servizio qualità, ciascuno dei quali, all'interno della propria unità organizzativa, è responsabile di supervisionare l'attività e i progetti inerenti la propria unità, di seguirne gli sviluppi e di proporre progetti di miglioramento al gruppo operativo. I progetti di miglioramento, una volta valutati e approvati dal gruppo strategico, vengono realizzati costituendo équipe di progetto ad hoc, la cui composizione viene definita di volta in volta, a seconda delle esigenze, della tipologia, dell'ampiezza e dell'interdisciplinarietà della proposta.

La gestione della qualità è una funzione di linea alle dirette dipendenze della Direzione.

Il servizio qualità è inoltre governato da un comitato multidisciplinare, comprendente tutti gli stakeholder e i principali decision maker della struttura

Complessivamente una percentuale lavorativa del **160 %** è destinata alla gestione della qualità.

2.2 Persone di contatto della gestione della qualità

Sig. Marco Boneff
Responsabile del Servizio Qualità
+41918053302
marco.boneff@cardiocentro.org

3 Strategia della qualità

Garantire cure cardiologiche e cardiocirurgiche di qualità ineccepibile è da sempre uno dei principali obiettivi del Cardiocentro Ticino e del suo Consiglio di Fondazione. Questo obiettivo è sempre stato perseguito attraverso un costante impegno per l'innovazione tecnologica, la formazione del personale e la ricerca, mantenendo al contempo lo sguardo ben fisso alle necessità del paziente, alla sua sicurezza e soddisfazione prendendosi carico qualunque sua esigenza sia a livello clinico che umano.

Questo lavoro, svolto quotidianamente dal nostro personale curante e dai servizi amministrativi del Cardiocentro Ticino, è coadiuvato dal Servizio Qualità, un team interdisciplinare che supporta, promuove, armonizza e facilita i processi di miglioramento della qualità all'interno dell'istituto e sviluppa e perfeziona progressivamente il sistema di gestione della qualità del Cardiocentro Ticino. In conformità alle normative cantonali, federali e internazionali in materia di qualità e sicurezza dei pazienti, il Servizio agisce all'interno della struttura effettuando dei rilevamenti periodici sulla qualità e, in base ai risultati e ai feedback ricevuti da collaboratori, pazienti e le autorità regolatorie cantonali e federali, elabora insieme ai responsabili di riferimento all'interno dell'istituto delle soluzioni correttive, che possono avere un impatto sui singoli servizi o a livello dell'intero ospedale. In generale, il gruppo agisce come un incubatore di innovazione, volto a migliorare in maniera progressiva le prestazioni e i servizi del Cardiocentro Ticino, lavorando trasversalmente, a stretto contatto con i responsabili dei servizi, il corpo infermieristico e i medici del Centro e ricercando in uno spirito costruttivo, soluzioni concordate, praticabili e pragmatiche al servizio dell'organizzazione e dei pazienti del Cardiocentro.

Valori

- **Centralità del paziente:** Il Servizio qualità del Cardiocentro Ticino affronta i problemi con buon senso e rapidità, adottando soluzioni pragmatiche che vanno direttamente a beneficio dei nostri pazienti.
- **Lavoro di squadra:** Il Servizio qualità sviluppa e implementa soluzioni in collaborazione con i reparti, i servizi amministrativi e di tutto il personale, in uno spirito costruttivo e di cooperazione interdisciplinare.
- **Valorizzazione delle iniziative:** il Servizio qualità sostiene e incoraggia le iniziative e le proposte di miglioramento nate all'interno dei servizi o reparti e si impegna affinché i progetti nati all'interno di questi ultimi possano raggiungere, con l'aiuto del Servizio, il loro più ampio potenziale.
- **Pragmatismo:** il Servizio persegue obiettivi realistici, sostenibili finanziariamente e perseguibili nel breve periodo, coscienti che i grandi cambiamenti sono fatti di piccoli traguardi e vanno conquistati un passo alla volta.

3.1 2 - 3 punti principali nell'ambito della qualità nell'anno di esercizio 2018

- **Riorganizzazione del Servizio Qualità**
 - maggiore coinvolgimento dei quadri nell'attività del servizio qualità
 - definizione dei ruoli chiave
 - referente tecnico per la supervisione della vigilanza sui dispositivi medici
 - estensione del raggio d'azione del servizio
- **Sviluppo e implementazione di un nuovo sistema documentale e standardizzazione dei protocolli clinici**
 - definizione delle tipologie standard di informazioni documentate
 - definizione di formati, luoghi di archiviazione e di consultazione dei documenti
 - definizione di regole standard per la formattazione dei documenti, la loro numerazione e la

tracciabilità delle modifiche

- definizione di processi standard per la creazione, l'approvazione e la pubblicazione dei documenti
- definizione di ruoli e responsabilità per la redazione, la manutenzione e l'approvazione dei documenti
- sviluppo di un applicativo informatico per la gestione automatizzata del processo di creazione, approvazione e pubblicazione dei documenti
- sviluppo di una piattaforma di pubblicazione dei documenti integrata nel sistema intranet del cardiocentro
- formazione del personale addetto alla gestione della manutenzione in ogni reparto
- trasferimento al nuovo sistema della documentazione esistente

▪ **Revisione delle procedure di materiovigilanza e sviluppo di un nuovo QMS per la gestione dei dispositivi medici.**

- Ridefinizione di ruoli e responsabilità nell'ambito della materiovigilanza
- Revisione dei processi di notifica degli incidenti gravi
- Miglioramento dei sistemi di tracciabilità delle decisioni inerenti gli incidenti da segnalare
- Nuove direttive, metodologie e processi per l'analisi sistematica dei rischi relativi all'uso dei dispositivi medici
- Formazione di tutto il personale clinico

3.2 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2018

- **Riorganizzazione e rafforzamento del Servizio Qualità (nuovi collaboratori)**
- **Nuovo sistema documentale unificato per l'intero cardiocentro**
- **Vigilanza dei dispositivi medici totalmente rivista e migliorata.**
- **Riduzione significativa del tasso di infezioni del sito chirurgico**
- **Cardiocentro riconosciuto come Leading Hospital da Swissnoso nell'ambito della prevenzione delle infezioni del sito chirurgico**

3.3 Sviluppo della qualità nei prossimi anni

- **Ulteriore rafforzamento del servizio qualità:** formazione, competenze cliniche, personale.
- **Migrazione di tutti i documenti al nuovo sistema documentale** (amministrazione, servizi di supporto, medici)
- **Materiovigilanza:** notifiche a swissmedic puntuali e corrette. Ottimizzazione dei processi esistenti.
- **Prevenzione infezioni:** introdurre un progetto di auditing e coaching d'igiene in sala operatoria, consolidamento del tasso di infezioni.
- **Cultura della sicurezza:** sviluppare e introdurre delle conferenze di mortalità e morbidità, simulazioni interattive per sensibilizzare il personale sui temi della sicurezza.
- **Sistema di gestione della qualità:** revisione e miglioramento della gestione delle segnalazioni CIRS, dotazione nuovi programmi e strumenti di internal auditing, sviluppo di indicatori di qualità specifici per ogni settore clinico
- **Integrazione all'interno dell'EOC:** definizione di una strategia comune e sviluppo di sinergie con direzione area supporto

4 Panoramica delle attività nell'ambito della qualità

4.1 Partecipazione a misurazioni nazionali

All'interno dell'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) sono rappresentati l'associazione H+ Gli Ospedali Svizzeri, i Cantoni, la Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), l'associazione degli assicuratori malattia santésuisse e gli assicuratori sociali federali. Gli scopi dell'ANQ sono il coordinamento dell'attuazione unitaria di misurazioni della qualità in ospedali e cliniche con l'obiettivo di documentare e migliorare la qualità. La metodologia di svolgimento e di analisi sono gli stessi per tutti gli istituti.

Maggiori informazioni sulle singole misurazioni della qualità sono presenti nei sottocapitoli «Inchieste nazionali» e «Misurazioni nazionali», nonché sul sito dell'ANQ (www.anq.ch).

Nell'anno in esame, il nostro istituto ha partecipato al piano di misurazione nazionale come segue:	
<i>somatica acuta</i>	
▪	Inchiesta nazionale soddisfazione pazienti
▪	Analisi nazionale delle riammissioni potenzialmente evitabili
▪	Misurazione nazionale delle infezioni postoperatorie del sito chirurgico
▪	Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta
▪	Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza decubito

4.4 Attività e progetti nell'ambito della qualità

Di seguito potete trovare un elenco delle attività permanenti e dei progetti di qualità in corso.

Partecipazione al progetto pilota "prevenzione infezioni del sito chirurgico" SWISSNOSO

Obiettivo	Ridurre il tasso di infezioni globale svizzero del 10%
Settore nel quale si svolge l'attività o il progetto	Cardiochirurgia
Durata Durata (dal ... al)	Novembre 2016, in corso...
Motivazione	Migliorare l'aderenza a 3 protocolli di prevenzione infezioni per ridurre il rischio di infezioni nosocomiali
Metodo	SWISSNOSO
Gruppi professionali coinvolti	Infermieri reparto degenti, infermieri del blocco operatorio, infermieri di cure intensive, medici
Valutazione attività/progetto	Il Cardiocentro ha aderito insieme ad altri 8 centri svizzeri al progetto pilota promosso da SWISSNOSO, che mira ad abbattere il tasso di infezioni globale svizzero migliorando l'aderenza degli ospedali partecipanti a 3 protocolli d'igiene che in letteratura sarebbero fortemente correlati all'insorgenza di infezioni del sito chirurgico: la tricotomia preoperatoria, l'antibioprofilassi e la disinfezione cutanea. Il progetto uscirà dalla sua fase pilota nel 2019.

Implementazione di un pacchetto di misure di prevenzione specifiche per ridurre le infezioni del sito chirurgico

Obiettivo	Ridurre ulteriormente il tasso di infezioni del sito chirurgico
Settore nel quale si svolge l'attività o il progetto	Cardiochirurgia, blocco operatorio
Durata Durata (dal ... al)	2018-2019
Tipo di attività/di progetto	Si tratta di un progetto interno ..
Motivazione	Volontà di ridurre ulteriormente il tasso di infezioni del sito chirurgico
Gruppi professionali coinvolti	Medici, infermieri, pazienti
Valutazione attività/progetto	Nell'ambito dell'offensiva iniziata nel 2016 per abbattere il tasso di infezioni del sito chirurgico, il Gruppo Interdisciplinare per la prevenzione delle Infezioni e delle contaminazioni nosocomiali del Cardiocentro ha sviluppato una serie di misure che sono state progressivamente implementate nel corso del 2018. Il processo di implementazione si concluderà nel 2019. Le nuove misure dovrebbero contribuire nei prossimi anni a ridurre ulteriormente il tasso di infezioni (già fortemente ridotto nel 2018)

Settimana d'azione per la sicurezza dei pazienti

Obiettivo	Sensibilizzare pazienti e personale sul tema dell'informatizzazione in sanità
Settore nel quale si svolge l'attività o il progetto	Intero istituto
Durata Durata (dal ... al)	18-22 settembre 2018
Metodo	Campagna di informazione, esposizione di poster, evento pubblico
Gruppi professionali coinvolti	Amministrazione, Direzione
Valutazione attività/progetto	La settimana d'azione 2018 era dedicata all'informatizzazione in sanità: un tema particolarmente interessante e d'attualità. Durante la settimana, il personale CCT è stato coinvolto in attività di formazione riguardanti la nuova cartella clinica di recente introduzione. Al grande pubblico è stata invece dedicata un'esposizione di progetti innovativi e una serata pubblica sulla Cartella informatizzata del paziente, evento (di grande successo) co-organizzato con l'EOC e l'associazione eHealth Ticino.

Elaborazione e implementazione di un nuovo sistema di gestione della base documentale del Cardiocentro

Obiettivo	Unificare, standardizzare e migliorare l'accessibilità delle informazioni documentate
Settore nel quale si svolge l'attività o il progetto	Reparti infermieristici e servizio tecnico
Durata Durata (dal ... al)	Gennaio 2018-Gennaio 2019
Tipo di attività/di progetto	Si tratta di un progetto interno ..
Gruppi professionali coinvolti	Responsabili dei servizi infermieristici e del servizio tecnico, servizio ICT
Valutazione attività/progetto	Dopo il pilota del 2017, il nuovo sistema documentale è stato perfezionato ed esteso a tutta l'organizzazione. Il sistema definisce tipologia e proprietà dei documenti, responsabilità per la loro gestione e procedure per la loro produzione e l'approvazione che è interamente mediata da un software creato ad hoc. I reparti infermieristici e il Servizio tecnico hanno completato la migrazione dei propri documenti già nel 2018. La migrazione proseguirà nei prossimi anni in tutti i reparti.

Revisione delle procedure di materiovigilanza e di analisi dei rischi relativamente all'utilizzo dei dispositivi medici

Obiettivo	Migliorare i processi di segnalazione interni ed esterni in caso di incidenti gravi relativi all'uso di dispositivi medici
Settore nel quale si svolge l'attività o il progetto	Intero istituto
Durata Durata (dal ... al)	Gennaio 2018-Dicembre 2018
Tipo di attività/di progetto	Si tratta di un progetto interno ..
Gruppi professionali coinvolti	Personale clinico, servizio tecnico, servizio acquisti, direzione
Valutazione attività/progetto	Il progetto, che prevedeva una vasta revisione di tutta l'organizzazione e di tutti i processi di sorveglianza dei dispositivi medici ha introdotto nuovi metodi per l'analisi dei rischi, per la segnalazione degli eventi, e nuovi sistemi di controllo che oggi ci permettono di essere più efficaci e precisi con le nostre segnalazioni. Un nuovo metodo di segnalazione interna, permette inoltre di garantire migliori flussi informativi dai servizi alla direzione e di garantire un monitoraggio ottimale.

Riorganizzazione del Servizio Qualità

Obiettivo	Estendere il raggio d'azione del servizio, coinvolgere maggiormente la direzione nell'attività del servizio.
Settore nel quale si svolge l'attività o il progetto	Servizio Qualità
Durata Durata (dal ... al)	Novembre 2018-Marzo 2019
Tipo di attività/di progetto	Si tratta di un progetto interno ..
Gruppi professionali coinvolti	Servizio qualità, Direzione
Valutazione attività/progetto	Il nuovo assetto del servizio qualità, che ora prevede un maggior coinvolgimento della Direzione amministrativa e sanitaria nella definizione strategica degli obiettivi del Servizio e un nuovo referente per le questioni di natura tecnica e di manutenzione, ha permesso grazie anche ad un aumento di percentuale lavorativa del responsabile qualità, di estendere notevolmente l'attività del servizio e la sua efficacia.

4.4.1 CIRS – imparare dagli errori

Il CIRS (Critical Incident Reporting System) è un sistema di segnalazione di errori tramite il quale i collaboratori possono annunciare eventi avversi o quasi eventi accaduti nello svolgimento dell'attività quotidiana e che hanno generato (o rischiato di generare) un danno alla salute del paziente. L'obiettivo di tale segnalazione è quello di analizzare l'accaduto e di migliorare la cultura della sicurezza individuando eventuali lacune organizzative e/o nelle procedure di lavoro (lacune di sistema) e permettendo in questo modo di adottare le necessarie misure di miglioramento.

Il nostro istituto ha introdotto il sistema CIRS nel 2013 .

È stata definita una procedura standard per l'avvio e l'attuazione di misure di miglioramento.

Sono state create le strutture e gli organi, e definite le responsabilità per l'elaborazione delle notifiche CIRS.

Le notifiche CIRS e gli errori vengono elaborati mediante un'analisi sistematica.

Osservazioni

Il controllo del CIRS è attualmente delegato dalla Direzione alla Direzione sanitaria e al Responsabile del Servizio Infermieristico.

4.5 Panoramica dei registri

Registri e monitoraggi possono contribuire allo sviluppo della qualità e ad assicurare la qualità a lungo termine. I dati anonimizzati su diagnosi e procedure (p.es. interventi chirurgici) di numerosi istituti vengono raccolti sull'arco di più anni a livello nazionale e successivamente analizzati per potere identificare le tendenze a lungo termine e interregionali.

I registri e gli studi elencati sono ufficialmente notificati alla FMH: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Nell'anno in esame, il nostro istituto ha partecipato ai registri seguenti:			
Descrizione	Disciplina / area	Gestore	Dal
A-QUA MONITORING DER ANÄSTHESIEQUALITÄT IN DER SCHWEIZ	Anestesia	SGAR Società svizzera per anestesiologia e rianimazione sgar-ssar.ch/a-qua/	1999
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Medicina interna generale, cardiologia, medicina intensiva	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2003
CHPACE WEB Banca dati dei pacemaker e dei defibrillatori impiantati, nonché delle ablazioni	Cardiologia	Fondazione per la stimolazione cardiaca ed elettrofisiologia www.pacemaker-stiftung.ch	2012
SMDi Minimal Data Set della Società svizzera di medicina intensiva SSMI	Medicina intensiva	Società Svizzera di Medicina Intensiva - SSMI www.sgi-ssmi.ch	2008
Med. Stat. Statistica medica degli ospedali	Tutti	Ufficio federale di statistica www.bfs.admin.ch	1999
MitraSwiss Register Rilevamento di tutti i pazienti con una valvola mitralica percutanea con il sistema MitraClip.	Cardiologia	Cardiocentro Ticino Lugano on behalf of the MitraSwiss Investigators www.mitra-swiss.ch	2010
SSCC Registro della Società svizzera di chirurgia del cuore e dei vasi toracici	Cardiochirurgia, chirurgia toracica e chirurgia vascolare	hcir AG www.sghe-sscc.ch/ www.hcric.ch/dienstleistungen/herzchirurgie	2012
Swiss TAVI Registry Registro nazionale per il rilevamento dei pazienti adulti con impianto valvolare aortico transcatetere	Cardiochirurgia chirurgia toracica e chirurgia vascolare, cardiologia	Ospedale universitario di Berna, Cardiologie www.swisstaviregistry.ch	2011

MISURAZIONI DELLA QUALITÀ

Inchieste

5 Soddisfazione dei pazienti

Le inchieste a tappeto tra i pazienti costituiscono un elemento importante della gestione della qualità, poiché forniscono riscontri relativi alla soddisfazione dei pazienti e stimoli per potenziali di miglioramento.

5.1 Inchiesta nazionale soddisfazione pazienti

La valutazione da parte dei pazienti della qualità delle prestazioni di un ospedale è un indicatore di qualità importante e riconosciuto (soddisfazione dei pazienti). Il questionario breve per l'inchiesta nazionale di soddisfazione dei pazienti, costituito da una scala di risposta asimmetrica a cinque livelli, è stato sviluppato dall'ANQ in collaborazione con un gruppo di esperti. Nel 2016, ne è stata utilizzata per la prima volta la versione breve.

Il questionario breve è composto da sei domande centrali e può essere combinato bene con inchieste differenziate fra i pazienti. Oltre alle sei domande sulla degenza, vengono rilevati età, sesso, tipo di assicurazione e valutazione soggettiva dello stato di salute.

Risultati

Domande	Valore dell'anno precedente 2016	Grado di soddisfazione aggiustato, media 2017 (IC* = 95%)
Cardiocentro Ticino		
Come valuta la qualità delle cure (dei medici e del personale infermieristico)?	4.17	4.35 (4.22 - 4.47)
Ha avuto la possibilità di porre delle domande?	4.37	4.43 (4.31 - 4.35)
Ha ricevuto risposte comprensibili alle Sue domande?	4.66	4.64 (4.52 - 4.76)
Le è stato spiegato in maniera comprensibile lo scopo dei farmaci da assumere a domicilio?	4.61	4.49 (4.40 - 4.66)
Com'era l'organizzazione della Sua dimissione dall'ospedale?	4.02	3.92 (4.02 - 3.88)
Come ha trovato la durata del Suo soggiorno in ospedale?	93.40	91.00 %
Numero dei pazienti contattati 2017		238
Numero di questionari ritornati	134	Tasso di risposta 56 %

Valutazione dei risultati: Domanda 1 – 5: 1 = valore peggiore; 5 = valore migliore. Domanda 6: il risultato riportato in questa colonna corrisponde alla quota di persone che hanno risposto «Adeguate».

* IC sta per intervallo di confidenza. L'intervallo di confidenza del 95% indica la banda in cui si trova il valore vero, con una probabilità di errore del 5%. Grosso modo questo significa che le intersezioni tra gli intervalli di confidenza possono essere interpretate solo limitatamente come differenze effettive.

Poiché le misurazioni dell'ANQ sono state concepite per confronti tra ospedali e cliniche, i risultati specifici degli ospedali o delle cliniche, come pure i confronti con l'anno precedente sono soltanto in parte significativi. L'ANQ pubblica i risultati delle misurazioni sul proprio sito web www.anq.ch/it/settori/medicina-somatica-acuta/risultati-misurazioni-medicina-somatica-acuta/ utilizzando una raffigurazione che permette il confronto.

Informazioni relative alla misurazione		
Istituto nazionale di analisi		ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
Informazioni per il pubblico specializzato:		
Informazioni sul collettivo considerato	Criteri d'inclusione	L'inchiesta ha coinvolto tutti i pazienti degenti (≥ 18 anni) dimessi dall'ospedale nel mese di settembre 2017.
	Criteri d'esclusione	▪ Pazienti deceduti in ospedale. ▪ Pazienti senza domicilio fisso in Svizzera. ▪ I pazienti ricoverati più volte sono stati intervistati solamente una volta.

5.2 Gestione dei reclami

Il nostro istituto dispone di una gestione dei reclami / un ombudsman.

Cardiocentro Ticino

Direzione

April Rusconi

Assistente di direzione

+41918053113

april.rusconi@cardiocentro.org

Lu-Ve; 8.30-17.30

7 Soddisfazione dei collaboratori

La misurazione della soddisfazione dei collaboratori fornisce agli istituti preziose informazioni sull'impressione che i collaboratori hanno dell'ospedale e della propria situazione lavorativa.

7.1 Sondaggi propri

7.1.1 Swiss Arbeitgeber Award

Ogni anno, lo Swiss Arbeitgeber Award premia alcune tra le più importanti aziende in Svizzera con più di 100 dipendenti.

Il premio, istituito dall'Unione svizzera degli imprenditori, l'associazione svizzera per la gestione delle risorse umane *HR Swiss*, la *GfK Switzerland AG* e la rivista economica *Bilanz*, viene attribuito sulla base dei risultati di un'inchiesta indipendente commissionata alla società di consulenza specializzata in sondaggi tra il personale *icommit*, incaricata di esaminare in modo scientifico e assolutamente anonimo il grado di soddisfazione tra i collaboratori di tutte le imprese partecipanti.

Il metodo di misura adottato da *icommit* prevede un'analisi per aree tematiche che risultano particolarmente significative per il successo dell'istituzione o dell'impresa oggetto dell'indagine, ovvero:

Struttura

- Valutazione del contenuto del lavoro
- Rapporto Lavoro e tempo libero
- Rapporto Posto di lavoro / Strumenti di lavoro
- Valutazione delle strutture e dei processi

Cultura aziendale

- Collaborazione all'interno dell'azienda
- Gestione dei cambiamenti
- Orientamento al cliente / paziente
- Strategia aziendale
- Coinvolgimento dei collaboratori

Gestione

- Valutazione del superiore diretto
- Valutazione della Direzione

Incentivi

- Accordo sugli obiettivi
- Opportunità di sviluppo professionale
- Retribuzione

Trasferimento delle conoscenze

- Gestione delle conoscenze
- Team

L'obiettivo di questo metodo è offrire alle istituzioni partecipanti informazioni utili che permettano di

capire se hanno creato un quadro organizzativo ottimale, in grado cioè di favorire e correttamente orientare l'attività dei propri collaboratori agli obiettivi dell'impresa.

Lo strumento di valutazione viene adeguato ogni anno ai più recenti sviluppi e alla situazione dei datori di lavoro svizzeri, garantendo tuttavia una comparabilità con i sondaggi degli anni precedenti.

La/L' inchiesta tra i collaboratori è stata svolta nel 2015 .

La prossima Inchiesta tra i collaboratori è prevista nel 2021.

Tutti i reparti

Informazioni relative alla misurazione	
Istituto nazionale di analisi	iCommit
Metodo / strumento	Swiss Arbeitgeber Award

Qualità delle cure

9 Riammissioni

9.1 Analisi nazionale delle riammissioni potenzialmente evitabili

Nell'ambito della misurazione nazionale dell'ANQ una riammissione è considerata evitabile quando ha luogo entro 30 giorni dalla dimissione e non era pianificata, e la diagnosi correlata era già presente in occasione della degenza ospedaliera precedente. Per il rapporto, vengono impiegati i dati della statistica medica ospedaliera dell'anno precedente (analisi dei dati).

Perciò le visite di follow up pianificate e i ricoveri ripetuti pianificati, p.es. nell'ambito di un trattamento contro il cancro, non vengono conteggiati.

Mediante i calcoli delle percentuali di riammissione è possibile riconoscere e analizzare delle riammissioni anomale. In tal modo è possibile ottenere informazioni su come ottimizzare la preparazione delle dimissioni.

Maggiori informazioni: www.anq.ch/it e www.sqlape.com

Risultati

Analisi dei dati (UST)	2014	2015	2016	2017
Cardiocentro Ticino				
Tasso di riammissioni externe	-	3.90%	69.40%	52.00%
Rapporto tra i tassi*	0.93	1.1	0.96	1.02
Numero di dimissioni analizzabili:				

* Il rapporto tra i tassi è calcolato con i tassi osservati/attesi dell'ospedale o della clinica. Un rapporto inferiore a 1 significa che sono stati osservati meno casi potenzialmente evitabili di quanti fossero attesi. Un rapporto superiore a 1 significa che sono stati osservati più casi potenzialmente evitabili di quanti fossero attesi.

Poiché le misurazioni dell'ANQ sono state concepite per confronti tra ospedali e cliniche, i risultati specifici degli ospedali o delle cliniche, come pure i confronti con l'anno precedente sono soltanto in parte significativi. L'ANQ pubblica i risultati delle misurazioni sul proprio sito web www.anq.ch/it/settori/medicina-somatica-acuta/risultati-misurazioni-medicina-somatica-acuta/ utilizzando una raffigurazione che permette il confronto.

Informazioni relative alla misurazione	
Istituto nazionale di analisi	SQLape GmbH
Metodo / strumento	SQLape®, metodo sviluppato scientificamente che calcola i valori corrispondenti basandosi sui dati statistici degli ospedali.

Informazioni per il pubblico specializzato:		
Informazioni sul collettivo considerato	Criteri d'inclusione	Tutti i pazienti degenti (bambini compresi).
	Criteri d'esclusione	Pazienti deceduti, neonati sani, pazienti trasferiti in altri ospedali e pazienti con domicilio all'estero.

11 Infezioni

11.1 Rilevamento nazionale delle infezioni del sito chirurgico

Durante un intervento chirurgico viene coscientemente interrotta la barriera protettiva della cute. Agenti patogeni che si annidano nella ferita possono generare infezioni del sito chirurgico. Le infezioni postoperatorie del sito chirurgico possono essere correlate a gravi pregiudizi del benessere del paziente e portare a un protrarsi della degenza ospedaliera.

Swissnoso effettua su mandato dell'ANQ misurazioni delle infezioni del sito chirurgico dopo determinati interventi (si vedano le tabelle seguenti). Di principio, gli ospedali possono scegliere quali tipi d'intervento includere. Devono comunque essere inclusi nel programma di misurazione almeno tre fra i diversi tipi d'intervento menzionati a prescindere dal numero di casi per genere d'intervento. Le aziende che nel proprio elenco delle prestazioni offrono la chirurgia del colon e le appendicectomie in bambini e adolescenti (<16 anni), sono obbligate a rilevare le infezioni del sito chirurgico dopo tali interventi chirurgici***.

Per ottenere un'informazione affidabile relativa alle percentuali di infezione, dopo l'operazione è effettuato un rilevamento dell'infezione dopo la dimissione dall'ospedale del paziente. Per gli interventi eseguiti senza impianto di materiale estraneo, la situazione a livello di infezione e il processo di guarigione è rilevata a 30 giorni dall'intervento, tramite interviste telefoniche. Per gli interventi con impianto di materiale estraneo (protesi dell'anca e del ginocchio, chirurgia della colonna vertebrale e interventi di chirurgia cardiaca) un'ulteriore intervista telefonica verrà effettuata a dodici mesi dall'intervento (il cosiddetto "follow-up").

Maggiori informazioni: www.anq.ch/it e swissnoso.ch

Il nostro istituto ha partecipato alla misurazione delle infezioni postoperatorie per gli interventi seguenti:

- Cardiochirurgia
- Pontaggio (i) coronarico (i)
- Sostituzione valvolare

Risultati

Risultati delle misurazioni del periodo: 1° ottobre 2016 – 30 settembre 2017

Risultati della misurazione del periodo: 1° ottobre 2016 - 30 settembre 2017						
interventi chirurgici	Numero d'interventi valutati 2017 (Total)	Numero d'infezioni accertate dopo questi interventi 2017 (N)	Tasso di infezioni aggiustato dell'anno precedente %			Tasso di infezioni aggiustato % 2017 (IC*)
			2014	2015	2016	
Cardiocentro Ticino						
Cardiochirurgia	295	9	0.00%	7.80%	6.90%	2.90% (1.40% - 5.70%)
Pontaggio (i) coronarico (i)	166	6	0.00%	8.50%	10.50%	3.60% (0.30% - 3.80%)
Sostituzione valvolare	86	3	0.00%	4.90%	0.00%	3.20% (0.00% - 7.00%)

* IC sta per intervallo di confidenza. L'intervallo di confidenza del 95% indica la banda in cui si trova il valore vero, con una probabilità di errore del 5%. Grosso modo questo significa che le intersezioni tra gli intervalli di confidenza possono essere interpretate solo limitatamente come differenze effettive.

Poiché le misurazioni dell'ANQ sono state concepite per confronti tra ospedali e cliniche, i risultati specifici degli ospedali o delle cliniche, come pure i confronti con l'anno precedente sono soltanto in parte significativi. L'ANQ pubblica i risultati delle misurazioni sul proprio sito web www.anq.ch/it/settori/medicina-somatica-acuta/risultati-misurazioni-medicina-somatica-acuta/ utilizzando una raffigurazione che permette il confronto.

Commento relativo allo sviluppo dei risultati delle misurazioni, delle misure di prevenzione e/o delle attività di miglioramento

Questi dati, documentano il grande lavoro svolto negli ultimi anni dal Cardiocentro Ticino, dove a fronte di alcune criticità emerse nel 2014, è stata intrapresa una vera e propria offensiva contro le infezioni del sito chirurgico. In soli 4 anni, il tasso di infezioni è difatti crollato dal 7.8% al 2.9%, evidenziando un miglioramento netto, pari a 4.9 punti percentuali.

Per quanto riguarda il tasso di infezione negli interventi di bypass aortocoronarico, si evidenzia un ulteriore netto miglioramento rispetto al dato 2016. In due anni, il tasso è difatti calato dal 10.5% al 3,6%. Un tale miglioramento delle performance del Cardiocentro è inoltre corroborato da uno dei tassi di follow-up più elevati in Svizzera (99.6%, contro una media nazionale dell'88.1%). Quest'ultimo dato è particolarmente importante perché dimostra come il tasso qui presentato sia estremamente solido.

Per quanto positivi, questi risultati non mostrano ancora tutti i frutti del progetto di lotta alle infezioni attualmente in corso. Nel corso del 2018, in particolare, il gruppo di lavoro interdisciplinare che coordina la strategia del Cardiocentro per la lotta alle contaminazioni e alle infezioni nosocomiali ha iniziato ad implementare un nuovo pacchetto di misure "anti infezione" che finirà di essere completamente applicato nel corso del 2019.

Informazioni relative alla misurazione

Istituto nazionale di analisi	Swissnoso
-------------------------------	-----------

Informazioni per il pubblico specializzato:		
Informazioni sul collettivo considerato	Criteri d'inclusione adulti	Tutti i pazienti degenti (≥ 16 anni), sottoposti ai rispettivi interventi chirurgici (vedi tabelle con i risultati delle misure).
	Criteri d'inclusione di bambini e adolescenti	Tutti i pazienti degenti (≤ 16 anni), sottoposti ad intervento di appendicectomia.
	Criteri d'esclusione	Pazienti che hanno negato (verbalmente) il loro consenso alla partecipazione.

12 Caduta

12.1 Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta

La misurazione nazionale della prevalenza delle cadute e dei decubiti permette una visione sulla frequenza, sulla prevenzione e sul trattamento di diversi fenomeni correlati alle cure infermieristiche. La misurazione della prevalenza avviene in una data prestabilita. Nell'ambito della misurazione si verifica se i pazienti siano caduti 30 giorni prima del giorno di riferimento. Di conseguenza, si tratta di una misurazione periodica e non di un rilevamento completo.

Maggiori informazioni:

che.lpz-um.eu/ita/lpz-misurazione/fenomeni-di-cura/cadute

Risultati

	2015	2016	2017	2018
Cardiocentro Ticino				
Numero di cadute avvenute in ospedale	0	0	0	0
In percentuale	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Residuo* (IC** = 95%)	-0.05 (-0.59 - 0.49)	-0.17 (-1.15 - 0.81)	-0.02 (-0.43 - 0.39)	-0.04 (-0.47 - 0.39)
Numero dei pazienti effettivamente considerati 2018	33	Quota percentuale (percentuale di risposte)		94.30%

* Un residuo pari a zero indica un numero atteso di cadute. I valori positivi indicano un numero più alto di cadute, quelli negativi un numero più basso di cadute rispetto alla media di tutti gli ospedali.

** IC sta per intervallo di confidenza. L'intervallo di confidenza del 95% indica la banda in cui si trova il valore vero, con una probabilità di errore del 5%. Grosso modo questo significa che le intersezioni tra gli intervalli di confidenza possono essere interpretate solo limitatamente come differenze effettive.

Per quanto riguarda i numeri e le percentuali pubblicati, si tratta di risultati descrittivi e non aggiustati secondo il rischio.

Poiché le misurazioni dell'ANQ sono state concepite per confronti tra ospedali e cliniche, i risultati specifici degli ospedali o delle cliniche, come pure i confronti con l'anno precedente sono soltanto in parte significativi. L'ANQ pubblica i risultati delle misurazioni sul proprio sito web www.anq.ch/it/settori/medicina-somatica-acuta/risultati-misurazioni-medicina-somatica-acuta/ utilizzando una raffigurazione che permette il confronto.

Informazioni relative alla misurazione	
Istituto nazionale di analisi	Berner Fachhochschule
Metodo / strumento	LPZ 2.0

Fino al 2015, tra gli adulti si è fatto ricorso al metodo LPZ International (International Prevalence Measurement of Care Problems), dal 2016 al metodo LPZ 2.0. Tra i bambini e gli adolescenti, dal 2017 ci si avvale di un metodo ampliato. Il perfezionamento del metodo non ha alcun influsso sul confronto longitudinale dei risultati.

Informazioni per il pubblico specializzato:		
Informazioni sul collettivo considerato	Criteri d'inclusione	▪ Pazienti degenti ≥ 18 anni (incluse cure intense, cure continue), pazienti dai 16 ai 18 anni possono essere inclusi solo su base volontaria) ▪ Dichiarazione di consenso orale del paziente/del rappresentante legale
	Criteri d'esclusione	▪ Pazienti degenti che non hanno rilasciato la dichiarazione di consenso. ▪ Puerpere e neonati sani nel reparto di maternità. ▪ Bambini ricoverati in un reparto somatico acuto per adulti. ▪ Pronto soccorso, cliniche diurne e settore ambulatoriale, sala risveglio.

13 Lesioni da pressione

Il decubito si può descrivere, secondo un'indicazione dell'Istituto olandese per la qualità nelle cure sanitarie (CBO, 2002), come la necrosi di un tessuto a seguito degli effetti di compressione, attrito e forza di taglio, ovvero di una combinazione di queste forze sul corpo.

13.1 Misurazione dell'indicatore di prevalenza decubito tra bambini e adolescenti

La misurazione nazionale della prevalenza delle cadute e dei decubiti permette una visione sulla frequenza, sulla prevenzione e sul trattamento di diversi fenomeni correlati alle cure infermieristiche. La misurazione della prevalenza avviene in una data prestabilita. Nell'ambito della misura si verifica se i pazienti prima della data di riferimento hanno sviluppato in una o più sedi una lesione da pressione. La misurazione si tiene in un giorno di riferimento (prevalenza puntuale) e non si tratta di un rilevamento completo.

Gli ospedali e le cliniche con un reparto di pediatria eseguono la misurazione della prevalenza di decubito anche presso i bambini e gli adolescenti, poiché il decubito è un indicatore importante della qualità anche nel settore della pediatria e un problema delle cure spesso sottovalutato. Il decubito nei bambini è strettamente legato a mezzi ausiliari impiegati come ad esempio stecche, sensori, sonde ecc. Un ulteriore fattore di rischio è la possibilità di comunicazione verbale limitata, legata allo stadio di sviluppo nei lattanti e bambini, come pure le cellule epidermiche sottosviluppate nei bambini prematuri e neonati.

Maggiori informazioni:

che.lpz-um.eu/ita/lpz-misurazione/fenomeni-di-cura/decubito

Risultati

Adulti

		Valore dell'anno precedente			2018	In percentuale
		2015	2016	2017		
Cardiocentro Ticino						
Prevalenza di decubito nosocomiale	Nel proprio ospedale, categoria 2-4	0	1	2	1	3.00%
	Residuo*, categoria 2-4 (IC** = 95%)	-0.08 (-1.00 - 0.84)	0.24 (-0.86 - 1.34)	0.09 (-0.94 - 1.12)	0.01 (-0.29 - 0.31)	-
Numero di adulti effettivamente considerati 2018			Quota percentuale (relativa a tutti i pazienti degenti il giorno della misura)			-

* Un residuo pari a zero indica un numero atteso di cadute. I valori positivi indicano un numero più alto di decubiti, quelli negativi un numero più basso di decubiti rispetto alla media di tutti gli ospedali.

** IC sta per intervallo di confidenza. L'intervallo di confidenza del 95% indica la banda in cui si trova il valore vero, con una probabilità di errore del 5%. Grosso modo questo significa che le intersezioni tra gli intervalli di confidenza possono essere interpretate solo limitatamente come differenze effettive.

Poiché le misurazioni dell'ANQ sono state concepite per confronti tra ospedali e cliniche, i risultati specifici degli ospedali o delle cliniche, come pure i confronti con l'anno precedente sono soltanto in parte significativi. L'ANQ pubblica i risultati delle misurazioni sul proprio sito web www.anq.ch/it/settori/medicina-somatica-acuta/risultati-misurazioni-medicina-somatica-acuta/ utilizzando una raffigurazione che permette il confronto.

Informazioni relative alla misurazione	
Istituto nazionale di analisi	Berner Fachhochschule
Metodo / strumento	LPZ 2.0

Fino al 2015, tra gli adulti si è fatto ricorso al metodo LPZ International (International Prevalence Measurement of Care Problems), dal 2016 al metodo LPZ 2.0. Tra i bambini e gli adolescenti, dal 2017 ci si avvale di un metodo ampliato. Il perfezionamento del metodo non ha alcun influsso sul confronto longitudinale dei risultati.

Informazioni per il pubblico specializzato:		
Informazioni sul collettivo considerato	Criteri d'inclusione	▪ Pazienti degenti ≥ 18 anni (incluse cure intense, cure continue), pazienti dai 16 ai 18 anni possono essere inclusi solo su base volontaria (tra gli adulti) ▪ Tutti i bambini e gli adolescenti tra gli 0 e i 16 anni che il giorno del rilevamento erano ricoverati in un reparto "esplicitamente" pediatrico di un ospedale per adulti o in una clinica pediatrica ▪ Dichiarazione di consenso orale del paziente/del rappresentante legale
	Criteri d'esclusione	▪ Pazienti degenti che non hanno rilasciato la dichiarazione di consenso. ▪ Puerpere e neonati sani nel reparto di maternità. ▪ Bambini ricoverati in un reparto somatico acuto per adulti. ▪ Pronto soccorso, cliniche diurne e settore ambulatoriale, sala risveglio.

18 I progetti in dettaglio

In questo capitolo, sono descritti i principali progetti inerenti alla qualità.

18.1 Progetti in corso

18.1.1 Pacchetto di misure specifiche per la riduzione delle infezioni del sito chirurgico

Nell'ambito dell'offensiva iniziata nel 2016 contro le infezioni del sito chirurgico, il Gruppo Interdisciplinare per la prevenzione delle contaminazioni e delle infezioni nosocomiali (GIPCI), ha elaborato un pacchetto di misure di prevenzione, da introdurre gradualmente tra 2017 e il 2019. Le misure introdotte nel pacchetto si basano sulle raccomandazioni internazionali dell'organizzazione mondiale della sanità (OMS) e personalizzate in base a un'analisi approfondita dei risultati ottenuti dal programma di sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico negli anni 2013-2016, dai feedback ottenuti dall'audit in sala operatoria effettuato nel 2016 e dalle esperienze osservate durante una visita effettuata da una delegazione del GIPCI nel mese di gennaio presso l'Ospedale Universitario di Basilea, che ha permesso di ispirare alcune azioni mirate contenute nel pacchetto. Va sottolineata in tal senso una collaborazione fruttuosa con l'Universitätsspital Basel e con i quadri del progetto "prevenzione delle infezioni del sito chirurgico" dell'associazione Swissnoso, con i quali sono state discusse e formulate le ipotesi di azione che hanno poi trovato applicazione concreta all'interno del pacchetto.

Il pacchetto di misure, che va ad aggiungersi al bundle introdotto nell'ambito del progetto pilota "Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico" (si veda il capitolo "progetti conclusi nell'anno d'esercizio"), alimenta due assi d'azione dell'offensiva del Cardiocentro per la lotta alle infezioni del sito chirurgico, incentrata da una parte sul miglioramento / aggiornamento delle tecniche e dei materiali di lavoro e dall'altra sul miglioramento della compliance con le norme igieniche in sala operatoria, affrontando dunque la componente umana e comportamentale. Questa strategia si ispira alle raccomandazioni specifiche dell'OMS che sottolineano l'importanza di agire contemporaneamente su entrambe le dimensioni non solo per ottenere rapidamente un abbattimento del tasso di infezioni, ma anche per garantire una perennizzazione dei risultati positivi.

Elementi del pacchetto:

- **Misure di prevenzione contro le contaminazioni da Staphylococcus Aureus**

Un'analisi approfondita dei casi infetti nel periodo 2015-2016, ha permesso di identificare un'importante prevalenza delle infezioni causate dal battere S. Aureus. Combattere questo battere è pertanto stato identificato come un obiettivo particolarmente importante per l'ulteriore abbattimento del tasso di infezioni del sito chirurgico.

In collaborazione con Swissnoso e con l'Ospedale Universitario di Basilea, il GIPCI ha pertanto elaborato un protocollo di prevenzione mirato a cui sottoporre tutti i pazienti candidati ad un intervento cardiocirurgico nei 4 giorni immediatamente precedenti l'operazione. Il protocollo prevede un coinvolgimento attivo del paziente che è responsabile di eseguire a casa le seguenti azioni preventive:

- a) Disinfezione delle narici tramite tampone nasale con Muciporina al mattino e alla sera
- b) Gargarismi con una soluzione di clorexidina da effettuarsi 3 volte al giorno per 15 minuti prima di coricarsi.
- c) Doccia giornaliera con un prodotto disinfettante da usare al posto del sapone

- **Lavaggio dei pazienti in cure intense con soluzione di Clorexidina**

La pulizia a fondo della cute è un elemento fondamentale per combattere le infezioni, specialmente quelle superficiali, che sono risultate particolarmente elevate nelle analisi condotte dal GIPCI sui dati raccolti durante le osservazioni di Swissnoso. A tale scopo, il servizio infermieristico ha sostituito i Kit a base di acqua e sapone per il lavaggio dei pazienti in cure intense introducendo nel mese di luglio una variante che utilizza Clorexidina al posto del sapone.

▪ **Osservazione e coaching di igiene in sala operatoria**

Il progetto "Osservazione e coaching di igiene in sala operatoria" nasce inizialmente su ispirazione di un'esperienza dell'Ospedale Universitario di Basilea, che ha implementato da diversi anni un programma di sorveglianza (auditing interno) per migliorare l'aderenza con le principali disposizioni di igiene in sala operatoria. Il programma basilese, che è stato analizzato e adattato alla realtà specifica del Cardiocentro, prevede 1) l'osservazione (misurazione) sistematica delle pratiche di igiene in sala operatoria tramite una checklist standardizzata, 2) la restituzione dei risultati ai team di sala operatoria (medici ed infermieri), 3) la ricerca condivisa e l'implementazione di soluzioni, la cui efficacia viene continuamente verificata attraverso ulteriori osservazioni. L'obiettivo di questo esercizio, costruito sul modello del miglioramento continuo della qualità, è una progressiva sensibilizzazione del personale sulle norme igieniche e comportamentali da adottare in sala operatoria e una conseguente maggiore aderenza alle raccomandazioni e alle tecniche asettiche. Il progetto, inizialmente considerato come un programma d'osservazione di facile implementazione, si è rivelato in corso d'opera in tutta la sua complessità, richiedendo un'analisi approfondita e un fondamentale "reboot del progetto". Queste attività sono previste nel corso del 2019.

18.1.2 Sistema per la gestione delle informazioni documentate del Cardiocentro Ticino

Il progetto intende ridefinire, standardizzare e unificare le caratteristiche estetiche, di codifica, di produzione, di gestione e di fruizione di tutte le informazioni documentate prodotte all'interno del Cardiocentro Ticino, sino ad oggi non gestite in modo centralizzato. Grazie al progetto, il Cardiocentro intende migliorare la tracciabilità dei documenti, la sicurezza dell'archiviazione delle registrazioni, l'informazione interna tra lo staff medico e quello infermieristico, i quadri intermedi e la direzione, nonché definire competenze, responsabilità e modalità chiare per la creazione e la gestione di tali informazioni con l'obiettivo anche di migliorare la trasparenza tra i diversi servizi evitando la proliferazione di protocolli e direttive rindondanti. Il progetto serve anche a fare un po' di ordine, dopo oltre 20 anni di attività, nella documentazione esistente, razionalizzando, ripulendo e aggiornando documenti ormai obsoleti o eliminando le informazioni documentate non più utili o pertinenti.

Fase I: progetto pilota (2017-2018):

La prima parte del progetto, detta "fase pilota", si è tenuta nel 2017 durante la quale il servizio qualità e servizio anestesia hanno elaborato e testato alcune soluzioni, limitandone l'impatto ad un singolo reparto. In questa fase sono stati definiti

- a) La tipologia di documenti riconosciuti
- b) Il luogo di pubblicazione dei documenti approvati e luogo di conservazione dei sorgenti (documenti modificabili)
- c) Il layout e caratteristiche estetiche standard di ogni documento
- d) La codifica dei diversi documenti, gestione delle versioni e delle revisioni
- e) Le procedure standard per la creazione, l'approvazione e la pubblicazione delle informazioni
- f) I ruoli e le responsabilità a livello di organizzazione e di singolo reparto per la gestione e la manutenzione della documentazione.

Una volta definite, le direttive in oggetto sono poi state applicate internamente al Servizio di Anestesia, che ha iniziato un processo di revisione e attualizzazione dei documenti già creati in passato.

Per facilitare questo compito, è stato sviluppato e testato internamente un software in grado di gestire il processo di creazione e di collaborazione per la produzione dei documenti e in grado di gestire in modo automatizzato la codifica di ogni singolo documento e revisione. Nel corso della fase pilota, in collaborazione con il servizio ICT, è stato effettuato un corposo aggiornamento del sito intranet del Cardiocentro, che oggi permette ad ogni collaboratore di ricercare e di trovare rapidamente direttive e protocolli pubblicati grazie ad un nuovo motore di ricerca.

Fase II: Estensione del progetto a tutta la struttura (2018-2020):

Conclusa la fase pilota, nel corso del 2018 il Cardiocentro Ticino ha iniziato ad estendere il nuovo documentale all'intera struttura. Prima di iniziare, nel primo semestre del 2018, è stata pubblicata una nuova versione del software gestionale, in grado di supportare molteplici reparti, centinaia di utenti e migliaia di documenti. In seguito è iniziata la migrazione dei documenti esistenti al nuovo sistema, iniziando dai reparti infermieristici e dal servizio tecnico.

Questo ha comportato i seguenti step:

- a) Definizione di ruoli e responsabilità chiare per la gestione della documentazione in ogni reparto
- b) Inventario dei documenti esistenti, selezione dei documenti deprecati e da migrare e riclassificazione dei documenti nelle nuove tipologie
- c) Redazione e revisione della base documentale esistente, inserendola nel nuovo documentale
- d) Approvazione di tutti i documenti prodotti

e) Revisione formale dei documenti da parte del servizio qualità, indicizzazione e pubblicazione trasparente dei documenti nella nuova intranet

La migrazione di tutti i documenti infermieristici e tecnici si è conclusa nel 2019. Parallelamente è iniziata la migrazione dei documenti dei servizi amministrativi.

Fase III: Ottimizzazione dei documenti, degli strumenti e dei processi (2019-2020):

Nel 2019 e nel 2020, parallelamente al completamento della migrazione, potremo iniziare una fase di revisione "qualitativa" dei protocolli. Si cercherà di ottimizzare la base documentale da mantenere, eliminando i doppioni tra i singoli reparti e di migliorare a livello qualitativo i documenti prodotti, curando che siano sempre aggiornati e comprensibili.

18.2 Progetti conclusi nel 2018

18.2.1 Progetto pilota "prevenzione infezioni del sito chirurgico" (Swissnoso)

Secondo le stime ufficiali, in Svizzera circa un quarto delle infezioni nosocomiali registrate ogni anno è costituito da infezioni del sito chirurgico, complicanze postoperatorie che possono prolungare una degenza, fanno lievitare i costi e nella peggiore delle ipotesi possono aumentare la mortalità.

L'insorgenza di queste infezioni può dipendere in parte dalla gravità della patologia di base che ha motivato il ricovero e in parte dall'invasività degli interventi necessari a cui i pazienti devono essere sottoposti. Tuttavia, benché sia generalmente considerata una problematica complessa e di non semplice risoluzione, numerosi studi scientifici dimostrano che ridurre il tasso di infezioni associate a un trattamento chirurgico non solo è fondamentale ma anche possibile.

Un gruppo di nove ospedali pilota, tra cui anche il Cardiocentro Ticino, ha quindi deciso di contribuire con il proprio impegno a sviluppare un nuovo programma di prevenzione delle infezioni del sito chirurgico. Il progetto è sicuramente ambizioso: secondo l'associazione nazionale Swissnoso, promotrice del progetto, il programma dovrebbe consentire di abbattere del 10% il tasso di infezioni registrato a livello svizzero.

Il progetto si fonda sull'evidenza scientifica ed è focalizzato sul miglioramento di tre aspetti che in letteratura sono identificati come i più efficaci mezzi di prevenzione delle infezioni del sito chirurgico: la tricotomia preoperatoria, la disinfezione della cute e la profilassi antibiotica. Secondo gli esperti di Swissnoso, benché le procedure di prevenzione vengano continuamente perfezionate, solo il 76% degli ospedali svizzeri aderisce perfettamente a questi protocolli. Il progetto pilota prevede dunque per i centri partecipanti un adeguamento delle procedure ai più recenti standard e un monitoraggio (osservazione) regolare della compliance ai protocolli di prevenzione, con l'obiettivo di elevarne l'aderenza ad almeno oltre il 90%.

Nell'ambito di una più ampia offensiva per la prevenzione delle infezioni nosocomiali, il Gruppo interdisciplinare contaminazioni ed infezioni con il supporto della direzione medica e amministrativa del Cardiocentro ha aderito con entusiasmo all'iniziativa di Swissnoso, creando un team di progetto ad hoc formato da tre figure infermieristiche, un medico e coinvolgendo il servizio qualità del cardiocentro per il coordinamento amministrativo del team. I controlli sono eseguiti da un gruppo di infermieri appostamente formati che registrano i risultati delle loro osservazioni e li condividono in forma anonima in una banca dati gestita dall'associazione Swissnoso.

A intervalli trimestrali, i centri partecipanti ricevono delle statistiche e dei benchmark che permettono agli ospedali di confrontare le proprie performance con quelle degli altri istituti.

Il progetto ha concluso la sua fase pilota nel 2018 ed è divenuto un modulo ufficiale del programma Swiss Clean Care di Swissnoso denominato "SSI Prevention", al quale il Cardiocentro parteciperà a partire dal 2019.

18.2.2 Revisione e miglioramento del sistema di vigilanza dei dispositivi medici

In seguito ad un'ispezione di Swissmedic, che ha evidenziato alcune carenze nel sistema di sorveglianza e segnalazione degli incidenti legati al malfunzionamento dei dispositivi medici, il Cardiocentro ha deciso di rivedere in modo approfondito tutte le direttive e i processi interni che regolano la materiovigilanza all'interno dell'istituto. Questo ha prodotto un pacchetto di misure articolato che ha richiesto un lavoro assiduo per l'intero 2018.

Gli obiettivi prefissi per la definizione del nuovo sistema di materiovigilanza del Cardiocentro sono principalmente 5:

1) Ridefinizione dell'organizzazione e delle responsabilità in ambito di materiovigilanza

Al Cardiocentro Ticino, l'attività clinica prevede la collaborazione coordinata di tre servizi medici specializzati e con ampia autonomia, la cui attività è sostenuta da un importante carico tecnologico a tutti i livelli. Per questo motivo è stato deciso di continuare a mantenere un responsabile materiovigilanza per ogni reparto, ciascuno dei quali è incaricato di raccogliere le notifiche interne relative agli incidenti avvenuti nel proprio servizio, di valutarne l'effettiva gravità, prendere una decisione (segnalazioni da effettuare entro 2 giorni, 10 giorni o entro 30 giorni) e di inviarle all'autorità regolatoria (Swissmedic).

Per coadiuvare il lavoro di queste persone e semplificare gli scambi con Swissmedic, è stato tuttavia nominato quale coordinatore l'Ing. Antonino Tramonte, referente tecnico del Servizio Qualità, che ha assunto formalmente anche il ruolo di persona di contatto per Swissmedic ai sensi (cfr. Art. 15 cpv. 4 Odmed).

Tutto il processo è sorvegliato da una "Commissione per la Gestione del Rischio" che è composta dai membri della direzione amministrativa, dalla direzione sanitaria, i quattro Primari, il responsabile del servizio infermieristico, i responsabili dei servizi di supporto (Servizio Tecnico e Servizio Acquisti) e al segretario della commissione, ovvero la persona di Contatto per Swissmedic e che supervisiona l'intero processo.

Per chiarire ogni aspetto sull'organizzazione, sugli obblighi e le responsabilità di ogni figura coinvolta nel processo di segnalazione, è stata prodotta, approvata e pubblicata una direttiva dedicata

2) Revisione dei processi

Considerati i requisiti legali che impongono agli utilizzatori di Dispositivi medici di essere in grado di inviare le notifiche di incidente grave a Swissmedic in un intervallo di tempo compreso tra i 2 e i 30 giorni (a seconda della gravità dell'evento), il Servizio qualità ha elaborato un nuovo processo di segnalazione con l'obiettivo di eliminare gli imbuto decisionali e, attraverso una migliore collaborazione, sgravare il più possibile i responsabili di materiovigilanza nella raccolta delle informazioni necessarie per l'invio delle notifiche e nell'archiviazione della documentazione. Il nuovo processo è stato sintetizzato in un nuovo diagramma di flusso e quindi pubblicato quale procedura gestionale nel nuovo sistema documentale.

3) Sviluppo di strumenti di semplice utilizzo e "automatizzati" per la gestione dei processi di materiovigilanza

Per rendere più efficiente e veloce il processo di segnalazione, garantendo al contempo una completa tracciabilità delle notifiche interne, delle decisioni dei responsabili di materiovigilanza e delle persone contattate dai servizi di supporto, sono stati sviluppati dei moduli elettronici che gestiscono il flusso delle informazioni in modo "automatizzato".

Il formulario di segnalazione di incidente, ad esempio, è raggiungibile dalla homepage del sito intranet da tutti i collaboratori del Cardiocentro, e una volta compilato dalla persona che ha assistito all'incidente, viene automaticamente inviato al responsabile materiovigilanza competente e alla "persona di Contatto per Swissmedic", che sono così informati dell'apertura di un nuovo caso e dei fatti avvenuti. Lo stesso modulo, viene completato dal responsabile materiovigilanza, che è chiamato

a determinare se il caso oggetto della segnalazione è effettivamente un “incidente grave”. Quindi, il formulario viene automaticamente inviato ai membri della “Commissione per la Gestione del Rischio, che vengono così informati dell’evento e della decisione presa dal responsabile materiovigilanza che ha valutato la segnalazione.

Se la decisione del responsabile di materiovigilanza prevede effettivamente una notifica a Swissmedic, i Servizi di Supporto, già in possesso di tutte le informazioni necessarie, prendono contatto con i fornitori e tramite un secondo modulo inviano i dati di contatto al responsabile Materiovigilanza del reparto, che ha a questo punto tutte le informazioni per completare il modulo di notifica ufficiale di Swissmedic e procedere con la segnalazione. La segnalazione a Swissmedic, inviata tramite l’indirizzo email “materiovigilanza@cardiocentro.org” viene automaticamente inoltrata anche alla CGR, che è così informata della chiusura del caso.

Grazie a questi strumenti i flussi informativi verticali (verso la direzione e i quadri) vengono perfettamente assicurati, così come è reso possibile il controllo delle scadenze e la sorveglianza del processo di notifica da parte della persona di contatto Swissmedic. Ogni informazione prodotta e inviata tramite i moduli automatizzati descritti qui sopra, viene archiviata dal Segretario della CGR in ogni sua fase: all’apertura del caso, al momento della valutazione da parte del responsabile di Materiovigilanza e alla chiusura del caso. Il sistema di segnalazione permette inoltre di ricondurre ogni caso alle persone segnalanti e ogni decisione da parte delle persone responsabili per la materiovigilanza alle ragioni che hanno motivato una determinata scelta (ad esempio, la scelta di non procedere con una notifica a Swissmedic qualora il responsabile ritenesse che un incidente non abbia le caratteristiche di un “incidente grave”).

4) Formazione del personale

Grande importanza è stata rivolta anche alla formazione del personale. Dopo l’entrata in vigore del nuovo sistema e la pubblicazione di tutte le direttive che compongono il pacchetto, tutto il personale clinico del Cardiocentro è stato infatti convocato dalla Direzione per una formazione obbligatoria di 40 minuti, ripetuta in 5 sessioni differenti.

Durante la formazione sono state illustrate le novità e le motivazioni all’origine del nuovo pacchetto di misure sulla materiovigilanza, sono stati chiariti gli obblighi e le responsabilità di tutti gli utilizzatori DM e sono stati illustrati i processi per le segnalazioni di incidente grave e per effettuare le analisi del rischio, mostrando dove reperire le informazioni e i moduli di notifica. Infine, è stata effettuata una simulazione di segnalazione di incidente e di analisi del rischio utilizzando il modulo apposito. Tutto il materiale usato per la formazione è stato inoltre pubblicato sul nuovo sito intranet e reso disponibile per tutti i collaboratori.

5) Analisi del rischio

il Cardiocentro ha elaborato e integrato nel proprio sistema di Materiovigilanza anche un sistema di analisi dei rischi, che prevede la valutazione sistematica dei rischi legati all’uso dei Dispositivi Medici che si attiva ogni qual volta che una nuova informazione relative ad un DM in inventario diventa disponibile. Il sistema prevede che ad ogni nuova informazione (ad esempio a seguito di un incidente grave segnalato a Swissmedic, o ogni volta che un Alert di Swissmedic (recalls) o dei fabbricanti riguarda un dispositivo in inventario) i rischi da analizzare vengano assegnati dai Primari competenti a dei “proprietari del rischio” (PR), che sono responsabili di valutare il rischio legato all’uso dell’apparecchio o del DM. L’analisi viene effettuata compilando un apposito modulo (elettronico) che permette di tracciare un profilo di rischio legato all’uso dell’apparecchio tramite una matrice impatto-probabilità. In base al profilo di rischio individuato, il PR e il team di lavoro che prende a carico l’analisi del rischio, elaborano delle azioni correttive, che possono prevedere interventi di manutenzione straordinaria o altre azioni per evitare che il rischio esaminato possa ripetersi.

Le azioni di correzione e di prevenzione proposte, vengono rese esecutive dopo l’approvazione del

Primario responsabile del DM oggetto del rischio analizzato.

L'intero scambio di informazioni tra il Primario e il PR, è mediato elettronicamente dal modulo "Scheda di analisi del rischio" (Allegato 14) che dopo l'approvazione del Primario, viene automaticamente inviato anche alla Commissione per la Gestione del Rischio, che è così informata del rischio analizzato e delle misure in essere per contenerlo.

I processi di analisi del rischio verranno naturalmente testati ed eventualmente aggiornati nel corso degli anni a venire.

18.2.3 Settimana d'azione per la sicurezza dei pazienti

La "settimana d'azione per la sicurezza dei pazienti" è un evento promosso a livello nazionale dalla *Fondazione Sicurezza Pazienti Svizzera*, che nella penultima settimana del mese di settembre propone ogni anno un tema d'attualità rilevante per la salute dei pazienti invitando gli ospedali svizzeri che decidono di partecipare, a sviluppare delle attività di approfondimento, comunicazione e formazione sull'argomento in oggetto, coinvolgendo collaboratori, pazienti, visitatori e sensibilizzando l'opinione pubblica. In Ticino la "settimana d'azione" ha sempre riscosso un grande successo nelle istituzioni sanitarie presenti sul territorio. In modo particolare, sin dalla prima edizione, essa ha rappresentato un'occasione di confronto e dialogo tra professionisti di istituzioni diverse ma accomunate dagli stessi obiettivi e valori: offrire ai pazienti le migliori cure prestando particolare attenzione alla sicurezza di pazienti ed operatori. E' in questo senso che va interpretata la collaborazione tra Cardiocentro Ticino ed Ente Ospedaliero Cantonale, che dal 2015 co-organizzano attività di promozione e sensibilizzazione nell'ambito della settimana d'azione; un sodalizio virtuoso nell'interesse dei pazienti ticinesi e della loro sicurezza.

Il tema 2018: la "Digitalizzazione della sanità"

Oggi, l'informatica e le nuove tecnologie sono una componente importante delle cure medicali e infermieristiche. Esse permeano ormai ogni fase del percorso di cura partendo dal primo soccorso e alla diagnosi, fino al momento dell'intervento chirurgico, della degenza, della dimissione e infine anche a casa con l'assistenza domicilio. Quanto le nuove tecnologie abbiano migliorato la qualità e la sicurezza dei pazienti è sotto gli occhi di tutti, ma con l'avvento della digitalizzazione, della Rete e dello scambio di dati, sono nati anche nuovi rischi e nuove opportunità. La settimana d'azione per la sicurezza dei pazienti, si è dunque posta l'obiettivo di esplorare a 360° questo argomento, con azioni mirate a diversi pubblici sia interni che esterni.

Obiettivi:

Sensibilizzare l'opinione pubblica, i pazienti e i collaboratori delle strutture ospedaliere al tema della digitalizzazione in sanità attraverso azioni specifiche. Formare il personale curante all'uso di alcune tecnologie di e-health.

Azioni proposte:

Come in passato, le azioni proposte durante la settimana d'azione per la sicurezza dei pazienti si sono focalizzate su molteplici target sia interni che esterni:

I collaboratori del Cardiocentro, sono stati impegnati nel corso della settimana in formazioni interne riguardanti l'uso della nuova cartella informatizzata, di recente introduzione.

A questi ultimi, nonché ai visitatori circolanti nei corridoi dell'istituto, è stata inoltre dedicata un'esposizione di progetti innovativi, sviluppati dal Cardiocentro in collaborazione con partner istituzionali e industriali.

La settimana d'azione ha inoltre varcato i confini degli ospedali per raggiungere un pubblico più vasto: i pazienti e i loro familiari. A tale scopo sono state pubblicate sui quotidiani ticinesi delle pagine d'approfondimento dedicate al tema dell'informatizzazione e della nuova cartella informatizzata del paziente, la cui imminente introduzione sarà vettore di un profondo cambiamento del sistema sanitario svizzero e del ruolo del paziente.

Per approfondire ulteriormente quest'ultimo tema, il Cardiocentro, l'EOC e l'associazione eHealth ticino (ehi.ch) hanno organizzato e promosso presso il Lux Art House di Massagno una serata pubblica informativa (tavola rotonda) moderata da Giovanni Pellegrini con alcuni illustri ospiti: Paolo Attivissimo (divulgatore informatico), Giorgio Merlani (medico cantonale), Carlos Garcia (presidente Ehti), l'avv. Gianni Cattaneo (esperto in protezione dei dati) e Laura Regazzoni Meli (presidente ACSI).

18.3 Progetti di certificazione in corso

18.3.1 Non sono al momento in corso attività di certificazione

Non sono attualmente in corso attività di certificazione

19 Conclusione e prospettive

Da piccolo centro specialistico con circa 99 dipendenti e un numero di pazienti di circa 1200 unità, il Cardiocentro Ticino è evoluto in soli 18 anni in una clinica parauniversitaria con oltre 2700 pazienti all'anno, 385 dipendenti e che per numero di procedure è oggi paragonabile al reparto di cardiocirurgia e cardiologia dell'ospedale universitario di Losanna.

Ma il Cardiocentro non è solamente una clinica come tante altre nel nostro Paese. Esso è difatti l'unico centro cardiaco a sud delle Alpi e dunque espressamente rivolto ai pazienti ticinesi. Nonostante dunque la sua natura di fondazione privata e no-profit, il Centro svolge su mandato cantonale un servizio pubblico esclusivo che il Centro assolve sin dal primo giorno con serietà e dedizione. Il Servizio qualità del Cardiocentro Ticino, vuole contribuire nei prossimi anni ad accompagnare il processo globale di crescita dell'istituto, in modo che sia sempre possibile garantire ai nostri pazienti le migliori cure, conformemente ai più elevati standard di qualità e sicurezza. Questo percorso, che è fatto di piccoli passi concreti e tangibili, proseguirà nei prossimi anni grazie a numerose iniziative promosse dal servizio e dai dipendenti. Siamo convinti che la migliore qualità sia da perseguire con convinzione, responsabilità e serietà, e siamo altresì persuasi che non sia sufficiente introdurre procedure e protocolli per garantire la sicurezza dei nostri pazienti. La qualità passa da un processo di crescita culturale che riguarda ogni reparto, ogni specialità e ogni collaboratore dell'istituto; un percorso di crescita individuale e collettiva, che il Cardiocentro intende percorrere con convinzione e determinazione.

Annesso 1: panoramica dell'offerta dell'istituto

Le informazioni relative alla struttura e alle prestazioni dell'ospedale servono a fornire una panoramica sulle dimensioni dell'ospedale e della sua offerta.

Trovate maggiori informazioni sull'offerta dell'istituto sul portale info-ospedali.ch e nell'ultimo rapporto annuale.

Scaricabile dal link seguente: [Rapporto annuale](#)

Somatica acuta

Offerta seconda pianificazione ospedaliera / gruppi di prestazione
Cuore (cardiologia e cardiocirurgia)
Chirurgia cardiaca semplice
Chirurgia cardiaca e chirurgia vascolare con macchina cuore-polmone
Chirurgia coronarica (BPAC)
Cardiocirurgia congenita complessa
Cardiologia (stimolatore cardiaco compreso)
Cardiologia interventistica (interventi coronarici)
Cardiologia interventistica (interventi speciali)
Elettrofisiologia (ablazioni)
Defibrillatore impiantabile (ICD)
Chirurgia e interventi all'aorta toracica
Interventi aperti alla valvola aortica
Interventi aperti alla valvola mitrale

Editore



Il modello per questo rapporto sulla qualità è pubblicato da H+:
H+ Gli Ospedali Svizzeri
Lorrainestrasse 4A, 3013 Berna

Si veda anche:

www.hplus.ch/it/prestazioni_di_servizi/qualita_e_sicurezza_per_i_pazienti/rapporto_sulla_qualita/



I simboli utilizzati in questo rapporto per le categorie ospedaliere "Cure somatiche acute", "Psichiatria" e "Riabilitazione" sono stati utilizzati solo se i moduli concernono soltanto singole categorie.

Gruppi partecipanti e partner



Il modello di questo rapporto sulla qualità è stato elaborato in collaborazione con il gruppo guida del **QABE** (Sviluppo della qualità nelle cure acute degli ospedali del Canton Berna).

Il modello viene costantemente perfezionato in collaborazione con la Commissione di specialisti Qualità (**FKQ**) di H+, i singoli Cantoni e su proposta dei fornitori di prestazioni.

Si veda anche:

www.hplus.ch/it/servicenav/portrait/commissioni_di_specialisti/qualita_somatica_acuta_fkqa



La Conferenza svizzera dei direttori e delle direttrici cantonali della sanità (**CDS**) raccomanda ai Cantoni di obbligare gli ospedali a redigere rapporti sulla qualità delle cure e di raccomandare loro l'utilizzo del modello di rapporto di H+ e la pubblicazione del rapporto sulla piattaforma di H+ www.info-ospedali.ch.

Altri partecipanti



L'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità negli ospedali e nelle cliniche (**ANQ**) coordina e realizza misure della qualità nei settori della medicina somatica acuta, della riabilitazione e della psichiatria.

Si veda anche: www.anq.ch/it



La **fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera** è una piattaforma nazionale per lo sviluppo e la promozione della sicurezza dei pazienti in Svizzera. Si avvale di reti e collaborazioni, che hanno lo scopo di favorire l'apprendimento dagli errori e di incoraggiare la cultura della sicurezza presso gli istituti sanitari. Per questo motivo coopera in via partecipativa e collaborativa con i fautori del sistema sanitario.

Si veda anche: www.patientensicherheit.ch



Il modello per il rapporto sulla qualità si basa sulle raccomandazioni "Rilevamento, analisi e pubblicazione di dati sulla qualità delle cure mediche" dell'Accademia svizzera per le scienze mediche (**ASSM**) (disponibile solo in D e F).