



Organizzazione  
sociopsichiatrica cantonale

**Clinica psichiatrica cantonale**  
**Via Ag. Maspoli 6**  
**6850 Mendrisio**



# Rapporto sulla qualità 2011 (V5.0)

# Colophon

## Editore



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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/qualita\\_e\\_sicurezza\\_per\\_i\\_pazienti/rapporto\\_sulla\\_qualita](http://www.hplus.ch/it/qualita_e_sicurezza_per_i_pazienti/rapporto_sulla_qualita)



I simboli utilizzati in questo rapporto per le categorie ospedaliere "**Cure somatiche acute**", "**Psichiatria**", "**Riabilitazione**" e "**Cure per lungodegenti**" sono stati utilizzati solo se i moduli concernono soltanto singole categorie. In assenza di simboli la raccomandazione vale per tutte le categorie.

## Cantoni e gruppi partecipanti



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 Somatica Acuta (FKQA) di H+, i singoli Cantoni e su proposta dei fornitori di prestazioni.

Si veda anche:

[www.hplus.ch/it/servicenav/associazione\\_h/commissioni\\_di\\_specialisti](http://www.hplus.ch/it/servicenav/associazione_h/commissioni_di_specialisti)



Il modello del rapporto qualità rappresenta lo schema da seguire per i Cantoni di Argovia, Berna e Basilea Città. I fornitori di prestazioni di questi cantoni sono obbligati a compilare le parti del rapporto qualità 2011 contrassegnati nel manuale (V5.0) con i loghi e gli stemmi dei cantoni.

## Partner



Sono state recepite le raccomandazioni dell'ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; it: **Associazione nazionale** per lo sviluppo della **qualità** negli ospedali e nelle cliniche) e sono descritte nel capitolo D2 "Indicatori ANQ".

Si veda anche: [www.anq.ch/it](http://www.anq.ch/it)

## Sommario

<b>A</b>	Introduzione .....	1
<b>B</b>	Strategia della qualità .....	2
	B1 Strategia e obiettivi della qualità .....	2
	B2 2 - 3 punti principali nell'ambito della qualità nell'anno di esercizio 2011 .....	2
	B3 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2011 .....	3
	B4 Sviluppo della qualità nei prossimi anni .....	3
	B5 Organizzazione della gestione della qualità.....	3
	B6 Informazioni relative alle persone di contatto della gestione della qualità .....	3
<b>C</b>	Dati di riferimento dell'istituto e sua offerta .....	4
	C1 Panoramica dell'offerta.....	4
	C3 Dati di riferimento psichiatria 2011 .....	4
<b>D</b>	Misure della qualità .....	5
	D1 Misure della soddisfazione .....	5
	D1-1 Soddisfazione dei pazienti o dei residenti .....	5
	D1-2 Soddisfazione dei familiari .....	6
	D1-3 Soddisfazione dei collaboratori.....	7
	D1-4 Soddisfazione dei medici invianti.....	8
	D2 Indicatori ANQ .....	9
	D2-1 Riammissioni potenzialmente evitabili con SQLape® .....	9
	D2-2 Reinterventi potenzialmente evitabili con SQLape® .....	10
	D2-3 Infezioni postoperatorie del sito chirurgico con SwissNOSO .....	11
	D2-4 Misura della prevalenza di cadute e lesioni da pressioni secondo il metodo LPZ .....	12
	D2-5 Inchiesta nazionale soddisfazione pazienti 2011 con il questionario breve ANQ .....	15
	D3 Altre misure di qualità nell'anno di esercizio 2011 .....	17
	D3-4 Misure restrittive della libertà .....	17
	D3-6 Altro tema di misura .....	18
<b>E</b>	Attività e progetti di miglioramento.....	19
	E1 Certificazioni e norme / standard applicati .....	19
	E2 Panoramica sui progetti in corso concernenti la qualità.....	19
	E3 Progetti di promozione della qualità selezionati .....	20
<b>F</b>	Conclusione e prospettive .....	21

**Per migliorare la leggibilità del rapporto sulla qualità è utilizzata soltanto la forma maschile. I termini come "paziente", "medico", "specialista", ecc. si intendono tuttavia sempre riferiti ai due sessi.**

# A

## Introduzione

Il presente rapporto prende in considerazione la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) che è luogo specialistico di cura intensa e stazionaria con sede a Mendrisio. La CPC fa parte dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale, ente statale del Canton Ticino che ingloba tutte le strutture ospedaliere e ambulatoriali pubbliche predisposte alla presa a carico dell'utente psichiatrico.

Alla CPC sono riconosciuti 140 posti letto per pazienti psichiatrici e psicogeriatrici acuti la cui cura non è possibile con un intervento ambulatoriale o semi-stazionario. Si tratta di persone prevalentemente con scompensi psicotici acuti, gravi neurosi e disturbi di personalità, stati di agitazione e di dipendenza da alcool o altre sostanze, sindromi psico-organiche scompensate, depressioni con pericolo suicidale. Il trattamento terapeutico, attraverso la presa a carico da parte di specifiche figure professionali, può comprendere interventi individuali o di gruppo di tipo relazionale, farmacologico, di medicina generale, psicologico, psicoterapeutico, di sostegno, di presa a carico psicocorporea, socioterapeutico e occupazionale.

Il modello organizzativo è di tipo settoriale - Sottoceneri e Sopraceneri - ad eccezione dei reparti di psicogeriatrica e di cura delle dipendenze.

Fra i mandati della Clinica psichiatrica cantonale vi è anche quello della formazione rivolta a diverse figure professionali.

Link al sito dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale: <http://www.ti.ch/osc>

# B

## Strategia della qualità

### B1 *Strategia e obiettivi della qualità*

Scopo della Clinica psichiatrica cantonale è mettere a disposizione dei diversi utenti, interni ed esterni, le risorse umane e tecnologiche necessarie per poter erogare il servizio offerto, caratterizzato da una presa a carico multidisciplinare dei pazienti psichiatrici e psicogeriatrici acuti. Ai suoi utenti sono garantiti la continuità della terapia e di interventi riabilitativi atti ad evitare l'assuefazione alla vita stazionaria dell'istituto.

Le cure erogate hanno le seguenti funzioni:

- sostenere e supplire l'utente nelle attività della vita quotidiana;
- accompagnarlo nelle situazioni di crisi;
- partecipare attivamente alle misure preventive, diagnostiche e terapeutiche offerte dal territorio;
- partecipare alle azioni di prevenzione delle malattie e degli incidenti, di salvaguardia e promozione della salute. Partecipare ad azioni di riadattamento funzionale e di reinserimento sociale;
- contribuire al miglioramento della qualità e dell'efficacia delle cure ed allo sviluppo delle competenze professionali.

Più in generale, l'OSC (di cui fa parte la CPC) con l'implementazione del proprio Sistema Qualità, conforme alla norma ISO 9001: 2008 vuole perseguire i seguenti obiettivi:

- direzione e management: fornire le cure tenendo in considerazione criteri determinanti di efficacia, appropriatezza ed economicità (EAE); assicurare che vengano eseguite le attività nell'ambito del mandato di prestazione quadriennale stabilito dal Consiglio di Stato e con quello annuale del Dipartimento della sanità e della socialità; migliorare la trasparenza verso l'interno e l'esterno dell'organizzazione; migliorare il coordinamento all'interno dell'organizzazione; mantenere e rinforzare verso l'esterno (pubblico e partners) l'immagine di un importante centro di riferimento a livello cantonale per le attività svolte; mantenere il livello quantitativo e qualitativo della formazione delle diverse figure professionali che operano nelle strutture OSC
- erogazione delle prestazioni: verificare regolarmente le modalità di presa a carico dei pazienti, la validità delle procedure operative e la loro applicazione; adottare specifici strumenti per il controllo costante delle attività (indicatori, non conformità, audit); dotarsi di un sistema di prevenzione e correzione delle disfunzioni rilevate; mettere in risalto gli aspetti della presa a carico che meritano di essere maggiormente valorizzati
- risorse umane: garantire al proprio personale una formazione adeguata e continua; responsabilizzare i singoli operatori migliorando la chiarezza sull'attribuzione delle responsabilità; assicurare massima trasparenza nei rapporti interni ed esterni; motivare il personale attraverso una completa informazione e la condivisione degli obiettivi posti; facilitare l'inserimento del nuovo personale
- miglioramento continuo: assicurare il funzionamento del Sistema Qualità sia all'interno dell'OSC sia nei confronti dei partners interni ed esterni all'OSC

La qualità è un elemento ancorato esplicitamente nella strategia, rispettivamente negli obiettivi aziendali.

### B2 *2 - 3 punti principali nell'ambito della qualità nell'anno di esercizio 2011*

audit interni svolti regolarmente nel corso dell'anno  
verifica annuale del Sistema gestione qualità (audit esterno)

### **B3 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2011**

- équipe mobile: l'obiettivo è quello di intervenire nelle situazioni a rischio al fine di evitare, nella misura del possibile, il ricorso a misure di contenzione.  
I risultati ottenuti dall'inizio del progetto sono più che soddisfacenti, in modo particolare riguardo alla diminuzione dell'uso della contenzione fisica. Ciò significa che l'équipe mobile sta lavorando per il raggiungimento degli obiettivi come da mandato e nel rispetto dei principi della LASP (Legge sull'assistenza sociopsichiatrica cantonale).
- équipe casi complessi: l'obiettivo è quello di prendere a carico in modo più integrato i pazienti ricoverati presso la CPC che presentano delle problematiche cliniche e sociali complesse al fine di migliorare l'autonomia e la gestione della propria vita (recovery).  
I risultati, a più di un anno dall'inizio, sono più che soddisfacenti, soprattutto per quanto riguarda la definizione di un metodo di presa in carico di pazienti complessi, con una conseguente diminuzione dell'uso della contenzione fisica e della loro permanenza in reparto. La presa a carico più specifica dei pazienti problematici, il trasferimento di questi ultimi in uno spazio a loro dedicato, sono attività svolte dall'équipe casi complessi nel 2011. Ciò ha permesso di sgravare le équipes dei reparti di psichiatria acuta, con una conseguente migliore gestione dei pazienti di questi reparti.
- verifica allontanamenti/mancati rientri: l'obiettivo è quello di quantificare il fenomeno tramite una raccolta dati differenziata, definire quali sono i pazienti coinvolti, elaborare -se possibile- specifiche proposte operative.  
E' stata effettuata un'analisi dei dati relativi agli allontanamenti/mancati rientri avvenuti nel 2010. E' stato inoltre organizzato un Convegno sul tema dell'aggressività nei luoghi della crisi ed il ruolo degli enti di primo intervento e degli specialisti di fronte al disagio psichico; sono state formulate delle proposte operative, volte a rafforzare la collaborazione con gli enti di primo intervento

### **B4 Sviluppo della qualità nei prossimi anni**

Per quanto riguarda la CPC, nel 2012 verranno implementati gli indicatori ANQ che saranno misurati dal 1 luglio 2012 a livello nazionale.  
Più in generale, gli ambiti nei quali si opererà in futuro saranno definiti nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2013-2016 (in elaborazione) sulla base di un'approfondita analisi dei bisogni emergenti.

### **B5 Organizzazione della gestione della qualità**

L'organigramma OSC si trova al seguente link: <http://www.ti.ch/osc>

<input type="checkbox"/>	La gestione della qualità è rappresentata nella Direzione.
<input checked="" type="checkbox"/>	La gestione della qualità è una funzione di staff alle dirette dipendenze della Direzione.
<input type="checkbox"/>	La gestione della qualità è una funzione di linea alle dirette dipendenze della Direzione.
<input type="checkbox"/>	Altra forma organizzativa, precisamente:
Risorse umane	90% % sono a disposizione dell'unità operativa che si occupa di gestione della qualità.

### **B6 Informazioni relative alle persone di contatto della gestione della qualità**

Titolo, nome, COGNOME	Tel. (diretto)	E-mail	Posizione / Funzione
Direttore OSC Michele Salvini	091/816.55.00	michele.salvini@ti.ch	Direttore OSC
Nathalie Clerici*	091/816.56.10	nathalie.clerici@ti.ch	Responsabile qualità

## C

## Dati di riferimento dell'istituto e sua offerta

Le informazioni relative alla struttura e alle prestazioni dell'ospedale servono a fornire una **panoramica** sulle dimensioni dell'ospedale e la sua offerta. Potete trovare maggiori informazioni sulla nostra offerta di prestazioni mediche, terapeutiche e specializzate nel sito:

[www.info-ospedali.ch](http://www.info-ospedali.ch) → Ricerca ospedaliera → Ricerca regionale → Nome della clinica  
 → Organizzazione sociopsichiatrica cantonale → Capitolo "Prestazioni" → "Settori specifici", "Dotazione in apparecchiature" o "Comfort & Servizio"

### C1 Panoramica dell'offerta

Discipline mediche offerte	Collaborazione nella rete di assistenza (con altri ospedali / istituti, medici convenzionati, ecc.)
Medicina interna generale con le seguenti <b>specializzazioni</b> (medici specialisti, personale infermieristico specializzato):	ricorso a consulenti esterni di medicina interna (Ospedale regionale di Mendrisio Beata Vergine)
<input checked="" type="checkbox"/> Geriatria (Cura delle malattie degli anziani)	attività di psicogeriatrica (26 posti letto di cui 9 destinati a pazienti con disturbi cognitivi); attività in rete con i servizi territoriali che operano nel medesimo ambito
Psichiatria e psicoterapia	La CPC fa parte di un'organizzazione più ampia, l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale, che include anche strutture ambulatoriali per adulti (Servizi psico-sociali, Servizio di psichiatria e psicologia medica per la psichiatria di liaison) e strutture per minori (Servizi medico-psicologici per la cura ambulatoriale e Centri psico-educativi per la cura semi-stazionaria), il Centro abitativo ricreativo e di lavoro per la cura di utenti psichiatrici adulti e anziani, i Centri diurni per adulti. Si dispone inoltre di un Laboratorio di psicopatologia del lavoro. Vi sono collaborazioni puntuali con la psichiatria privata ambulatoriale e ospedaliera

I processi di guarigione sono complessi e richiedono numerose prestazioni terapeutiche che integrano in modo ottimale l'operato dei medici e degli infermieri.

Offerte di specialità terapeutiche
Fisioterapia
Psicologia
Psicoterapia
Socioterapia, arteterapia, terapia occupazionale

### C3 Dati di riferimento psichiatria 2011

Dati di riferimento ambulatorio				
	Numero di trattamenti effettuati (casi)	Numero di posti di cura offerti	Durata media dei trattamenti, in ore	
Ambulatoriale	---	---	---	---
Day Hospital	6 casi	attribuiti secondo il bisogno	69 giorni (in media 11.50 giorni)	---
Dati di riferimento degenza				
	Media dei letti gestiti	Numero di pazienti trattati	Durata media della degenza, in giorni	Giornate di degenza prestate
Degenza	140 letti in totale, occupazione media 99.9%	1218 dimissioni (1359 casi)	degenza media per utente: 52,7 giorni	51'027

# D

## Misure della qualità

### D1 Misure della soddisfazione

Nel fare confronti del grado di soddisfazione dei diversi ospedali bisogna essere cauti. Si possono confrontare fra loro soltanto gli ospedali che misurano la soddisfazione con la stessa metodologia (strumento di misura, modo di procedere; si vedano al riguardo le informazioni per il pubblico specializzato) e hanno una struttura simile (dimensioni, offerta; si veda al riguardo il capitolo C "Dati di riferimento dell'istituto e sua offerta").

#### D1-1 Soddisfazione dei pazienti o dei residenti

La misura della soddisfazione dei pazienti o dei residenti fornisce agli istituti preziose informazioni sull'impressione che l'ospedale (rispettivamente l'istituto) ha fatto ai pazienti (rispettivamente ai residenti).

Nella struttura si misura la soddisfazione dei pazienti?			
<input type="checkbox"/>	<b>No</b> , il nostro istituto <b>non misura</b> la soddisfazione dei pazienti.	Motivazione:	
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sì</b> , il nostro istituto <b>misura</b> la soddisfazione dei pazienti.		
<input type="checkbox"/>	<b>Tuttavia nell'anno di esercizio 2011</b> non è stata eseguita <b>nessuna misura</b> .	Ultimo rilevamento:	Prossimo rilevamento:
<input checked="" type="checkbox"/>	Sì. Nell'anno di <b>esercizio 2011</b> è stata eseguita una misura.		

In quali sedi / in quali settori specialistici è stato eseguito l'ultimo sondaggio?			
<input type="checkbox"/>	In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti sedi:
<input checked="" type="checkbox"/>	In tutte le discipline / settori specialistici / reparti oppure... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti discipline / settori specialistici / reparti:

Risultati dell'ultimo sondaggio		
	Grado di soddisfazione	Valutazione dei risultati / Osservazioni
<b>Struttura complessiva</b>	77.2% (valutazione semestrale marzo-agosto 2011)	Il livello di soddisfazione dei pazienti CPC presenta delle lievi oscillazioni da un semestre all'altro, con ¾ delle persone soddisfatte. Nelle prossime rilevazioni, si presterà particolare attenzione agli items riguardanti la preparazione alle dimissioni e la prevenzione delle ricadute. Questi aspetti sono quelli che abitualmente indicano una minore soddisfazione e sono legati all'integrazione fra CPC e servizi territoriali
<b>Risultati per settore</b>	<b>Grado di soddisfazione</b>	<b>Valutazione dei risultati / Osservazioni</b>
<input type="checkbox"/>	La misura <b>non è ancora conclusa</b> . Non sono ancora disponibili i risultati.	
<input checked="" type="checkbox"/>	L'istituto <b>rinuncia alla pubblicazione</b> dei risultati.	
<input type="checkbox"/>	I <b>risultati</b> vengono <b>confrontati</b> con quelli di altri ospedali (benchmark).	

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura utilizzato per l'ultimo sondaggio			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Altro strumento di misura esterno		
<input type="checkbox"/> Picker	Nome dello strumento		Nome dell'istituto di misurazione
<input type="checkbox"/> PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input checked="" type="checkbox"/> POC(-18)			

<input type="checkbox"/> PZ Benchmark			
<input type="checkbox"/> Strumento interno proprio			
Descrizione dello strumento	Questionario di autovalutazione composto da 18 domande con risposte a scelta multipla e due domande a risposta libera. Temi: soddisfazione complessiva, soddisfazione riguardo a qualità dell'informazione e della comunicazione, ai rapporti interpersonali e alla continuità dell'assistenza post-ospedaliera		

Informazioni per il pubblico specializzato: Informazioni sul collettivo considerato			
Totalità dei pazienti da considerare	Criteri d'inclusione	Pazienti ricoverati in CPC con un ricovero superiore alle 24 ore	
	Criteri di esclusione	Il rilevamento non è indicato per pazienti affetti da demenza, giovani al di sotto dei 14 anni, pazienti che costituiscono un grave pericolo per il prossimo e per pazienti affetti da paranoia in fase acuta	
Numero di questionari compilati e validi		Valutazione semestrale marzo-agosto 2011: 440 questionari compilati, di cui 405 validi	
Tasso di risposta (in %)		-	Lettere di richiamo? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì

Le critiche e le lodi dei pazienti forniscono agli istituti - insieme alle misure della soddisfazione dei pazienti - indicazioni concrete dei punti dove possono ulteriormente migliorare. Per questo motivo molti ospedali hanno istituito una gestione dei reclami o un ombudsman.

Il vostro istituto dispone di una gestione dei reclami o di un ombudsman per i pazienti?	
<input type="checkbox"/>	<b>No</b> , il nostro istituto <b>non dispone</b> di una gestione dei reclami / un ombudsman.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sì</b> , il nostro istituto <b>dispone di una gestione dei reclami / un ombudsman</b> .
	Denominazione del servizio
	Nome dell'interlocutore
	Funzione
	Raggiungibile (telefono, e-mail, orari)
	Osservazioni
	a livello di Sistema gestione qualità i reclami sono inoltrati al responsabile qualità tramite apposito modulo a disposizione in tutti i reparti, in Socioterapia e negli spazi comuni

Attività di miglioramento			
Titolo	Obiettivo	Settore	Durata (dal ... al)
In seguito alle segnalazioni da parte dei pazienti (e del personale) sono stati creati degli appositi spazi fumatori nei reparti della CPC			

## D1-2 Soddisfazione dei familiari

La misura della soddisfazione dei familiari fornisce agli istituti preziose informazioni sull'impressione che l'ospedale e le cure hanno fatto ai familiari dei pazienti. La misura della soddisfazione dei familiari è consigliabile nel caso dei bambini e dei pazienti, il cui stato di salute non consente di misurare direttamente la loro soddisfazione.

Nella struttura si misura la soddisfazione dei familiari?	
<input checked="" type="checkbox"/>	<p><b>No*</b>, il nostro istituto <b>non misura</b> la soddisfazione dei familiari.</p> <p>* il POC18 prevede una domanda riguardante il coinvolgimento dei familiari nella terapia</p>
	<p>Motivazione:</p> <p>in CPC i famigliari possono esprimere la loro opinione tramite l'apposito modulo di segnalazione "Aiutateci a migliorare", disponibile nei reparti e negli spazi comuni. Al momento non riteniamo necessario proporre altre modalità di misura della soddisfazione dei famigliari</p>

### D1-3 Soddisfazione dei collaboratori

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

Nella struttura si misura la soddisfazione dei collaboratori?			
<input type="checkbox"/>	<b>No</b> , il nostro istituto <b>non misura</b> la soddisfazione dei collaboratori.	Motivazione:	
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sì</b> , il nostro istituto <b>misura</b> la soddisfazione dei collaboratori.		
<input type="checkbox"/>	<b>Tuttavia nell'anno di esercizio 2011</b> non è stata eseguita <b>nessuna misura</b> .	Ultimo rilevamento:	Prossimo rilevamento:
<input checked="" type="checkbox"/>	Sì. Nell'anno di <b>esercizio 2011</b> è stata eseguita una misura.		

In quali sedi / in quali settori specialistici è stato eseguito l'ultimo sondaggio?			
<input type="checkbox"/>	In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti sedi:
<input checked="" type="checkbox"/>	In tutte le discipline / settori specialistici / reparti oppure... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti discipline / settori specialistici / reparti:

Risultati dell'ultimo sondaggio		
	Grado di soddisfazione	Valutazione dei risultati / Osservazioni
<b>Struttura complessiva</b>	(valore medio) personale di cura medico: 7.1 personale di cura non medico: 5.9 personale amministr., alberghiero, cucina: 7	L'inchiesta ha permesso di evidenziare degli aspetti giudicati problematici dal personale e di intervenire, dove possibile, con gli opportuni correttivi (vedi "attività di miglioramento"). Il grado di soddisfazione è stato valutato con una scala da 0 (per niente soddisfatto) a 10 (molto soddisfatto)
<b>Risultati per settore</b>	<b>Risultati</b>	<b>Valutazione dei risultati / Osservazioni</b>
<input type="checkbox"/>	La misura <b>non è ancora conclusa</b> . Non sono ancora disponibili i risultati.	
<input checked="" type="checkbox"/>	L'istituto <b>rinuncia alla pubblicazione</b> dei risultati.	
<input type="checkbox"/>	I <b>risultati</b> vengono <b>confrontati</b> con quelli di altri ospedali (benchmark).	

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura utilizzato per l'ultimo sondaggio	
<input type="checkbox"/>	Strumento di misura esterno
	Nome dello strumento: _____ Nome dell'istituto di misura: _____
<input checked="" type="checkbox"/>	Strumento interno proprio
Descrizione dello strumento	il questionario si basa su una scala di misura esistente ( <i>Nursing Stress Scale</i> di Gray-Toft e Anderson 1981) ed è stato adattato alla realtà lavorativa del personale

Informazioni per il pubblico specializzato: Informazioni sul collettivo considerato			
Totalità dei collaboratori da considerare	Criteri d'inclusione	Personale di cura medico e non medico, personale amministrativo, alberghiero e di cucina	
	Criteri d'esclusione	-	
Numero di questionari compilati e validi	personale di cura: 118, personale amministrativo, alberghiero e di cucina: 76		
Tasso di risposta (in %)	personale di cura: 69.8% personale amministr., alberghiero, di cucina: 53.9%	Lettere di richiamo?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì

Attività di miglioramento			
Titolo	Obiettivo	Settore	Durata (dal ... al)
<p>In seguito a quanto emerso dall'analisi dei dati, è stato effettuato un cambiamento nei turni del personale di cura. Si è inoltre lavorato al miglioramento della sicurezza per il personale della CPC, segnatamente tramite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un nuovo contratto con la Securitas che permette di ampliare la presenza dei loro agenti all'interno della CPC negli orari in cui si presentano i maggiori rischi di aggressione;</li> <li>- l'implementazione di un nuovo sistema di allarme tramite telefono che permette di meglio individuare il luogo in cui si verificano situazioni pericolose;</li> <li>- si stanno implementando dei protocolli d'intervento nelle situazioni di crisi/aggressività</li> </ul>			

#### D1-4 Soddisfazione dei medici inviati

Nella scelta dell'ospedale svolgono un ruolo importante anche le persone che dispongono il ricovero (medici di famiglia, specialisti con studio privato). Molti pazienti si fanno curare nell'ospedale consigliato dal loro medico. La misura di questo grado di soddisfazione fornisce agli istituti preziose informazioni sull'impressione che la struttura e le cure prestate ai pazienti fatti ricoverare hanno fatto su chi ha disposto il ricovero.

Nella struttura si misura la soddisfazione di chi ha disposto il ricovero?	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>No</b> , il nostro istituto <b>non misura</b> la soddisfazione di chi ha disposto il ricovero.	<b>Motivazione:</b> al momento non si ritiene necessario effettuare tale misura

## D2 Indicatori ANQ

Nell'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità negli ospedali e nelle cliniche (ANQ) sono rappresentati l'associazione H+, i Cantoni, la federazione della casse malati santésuisse e le assicurazioni sociali federali. Scopo dell'ANQ è il coordinamento e l'attuazione di misure per lo sviluppo della qualità a livello nazionale, in particolare la realizzazione uniforme delle misure della qualità negli ospedali e nelle cliniche al fine di documentare, perfezionare e migliorare la qualità. Per maggiori informazioni: [www.anq.ch/it](http://www.anq.ch/it)  
Maggiori informazioni per il pubblico specializzato: [www.anq.ch/it](http://www.anq.ch/it)

### Cure somatiche acute:

Per il 2010 l'ANQ ha raccomandato di effettuare le seguenti misure di qualità:

- Misura delle riammissioni potenzialmente evitabili con SQLape®
- Misura dei reinterventi potenzialmente evitabili con SQLape®
- Misura dei tassi di infezione del sito chirurgico secondo SwissNOSO
- Misura della prevalenza di cadute e lesioni da pressioni secondo il metodo LPZ
- Inchiesta nazionale soddisfazione pazienti 2011 con il questionario breve ANQ

### Psichiatria e riabilitazione:

Nel 2011 l'ANQ non ha raccomandato nessun indicatore di qualità specifico per queste due tipologie.

Un **indicatore** non è una misura esatta, bensì un "segnale" che rende attenti su un possibile problema di qualità. Per accertare se poi il problema sussista effettivamente, spesso bisogna ricorrere a un'analisi dettagliata.

### D2-1 Riammissioni potenzialmente evitabili con SQLape®

Questo indicatore misura la qualità della preparazione di una dimissione dall'ospedale. Con il metodo SQLape® una riammissione viene considerata potenzialmente evitabile se è in relazione a una diagnosi che era già stata formulata nel corso del precedente ricovero, se non era prevedibile (non pianificata) e se avviene **entro 30 giorni** dalla dimissione. Perciò le visite di follow up pianificate e i ricoveri ripetuti pianificati, p.es. nel quadro di un trattamento contro il cancro, non vengono conteggiati.

Maggiori informazioni per il pubblico specializzato: [www.anq.ch/it](http://www.anq.ch/it) e [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com).

Nella struttura il tasso di riammissioni potenzialmente evitabili viene misurato con SQLape®?		
<input type="checkbox"/>	No, il nostro istituto <b>non misura</b> il tasso di riammissioni potenzialmente evitabili con SQLape®.	Motivazione:
<input type="checkbox"/>	<b>Sì</b> , il nostro istituto <b>misura</b> il tasso di riammissioni potenzialmente evitabili con SQLape®.	
<input type="checkbox"/>	<b>Tuttavia nell'anno di esercizio 2011</b> non è stata eseguita <b>nessuna misura</b> .	Ultimo rilevamento:
<input type="checkbox"/>	Sì. Nell'anno di <b>esercizio 2011</b> è stata eseguita una misura.	Prossimo rilevamento:
In quali sedi / in quali settori specialistici è stata eseguita l'ultima misura?		
<input type="checkbox"/>	In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	<input type="checkbox"/> ...solo nelle seguenti sedi:
<input type="checkbox"/>	In tutte le discipline / settori specialistici / reparti oppure... →	<input type="checkbox"/> ...solo nelle seguenti discipline / settori specialistici / reparti:
Risultati		
I tassi di riammissione potenzialmente evitabili dell'esercizio 2011 sono pubblicati in forma pseudonimizzata, poiché i valori calcolati non sono ancora sufficientemente affidabili e al momento del rilevamento dei dati il Contratto nazionale di qualità non era ancora in vigore. I valori sono pubblicati sul portale internet dell'ANQ.		
Informazioni per il pubblico specializzato:		
Istanza d'analisi	Ufficio federale di statistica <sup>1</sup>	

<sup>1</sup> La convalida e la messa a disposizione dei dati da parte dell'Ufficio federale di statistica (UST) è un processo relativamente lungo e di regola richiede oltre un anno. Per questo motivo i calcoli vengono fatti sempre con i dati dell'anno precedente. Le analisi effettuate nell'anno di esercizio del rapporto 2011 concernono le prestazioni dell'anno civile 2009.

Attività di miglioramento			
Titolo	Obiettivo	Settore	Durata (dal ... al)

## D2-2 Reinterventi potenzialmente evitabili con SQLape®

Con il metodo SQLape® un secondo intervento è considerato potenzialmente evitabile se viene effettuato sulla medesima parte del corpo e non era prevedibile o se appare piuttosto come manifestazione di un insuccesso o di una complicazione postoperatoria che non come un peggioramento della malattia di base. Gli interventi puramente diagnostici (p.es. una puntazione) non sono inclusi nell'analisi. Maggiori informazioni per il pubblico specializzato: [www.anq.ch/it](http://www.anq.ch/it) e [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

Nella struttura il tasso di reinterventi potenzialmente evitabili viene misurato con SQLape®?			
<input type="checkbox"/>	<b>No</b> , il nostro istituto <b>non misura</b> il tasso di reinterventi potenzialmente evitabili con SQLape®.	Motivazione:	
<input type="checkbox"/>	Nel nostro istituto non si eseguono interventi chirurgici (si veda anche il capitolo C "Dati di riferimento dell'istituto e sua offerta")		
<input type="checkbox"/>	<b>Si</b> , il nostro istituto <b>misura</b> il tasso di reinterventi potenzialmente evitabili con SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	<b>Tuttavia nell'anno di esercizio 2011</b> non è stata eseguita <b>nessuna misura</b> .	Ultimo rilevamento:	Prossimo rilevamento:
<input type="checkbox"/>	Si. <b>Nell' anno di esercizio 2011</b> è stata eseguita <b>una misura</b>		

In quali sedi / in quali settori specialistici è stata eseguita l'ultima misura?			
<input type="checkbox"/>	In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti sedi:
<input type="checkbox"/>	In tutte le discipline / settori specialistici / reparti oppure... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti discipline / settori specialistici / reparti:

Risultati
L'ANQ ha deciso di non pubblicare il tasso di reinterventi potenzialmente evitabili relativi all'anno di esercizio considerato dal rapporto 2011 a causa della qualità ancora molto lacunosa dei dati. Inoltre fino alla fine del 2009 i fornitori di prestazioni non erano ancora obbligati a rilevare i reinterventi per la statistica medico-ospedaliera dell'Ufficio federale di statistica.

Informazioni per il pubblico specializzato	
Istanza d'analisi	Ufficio federale di statistica <sup>2</sup>

Attività di miglioramento			
Titolo	Obiettivo	Settore	Durata (dal ... al)

<sup>2</sup> La convalida e la messa a disposizione dei dati da parte dell'Ufficio federale di statistica (UST) è un processo relativamente lungo e di regola richiede oltre un anno. Per questo motivo i calcoli vengono fatti sempre con i dati dell'anno precedente. Le analisi effettuate nell'anno di esercizio del rapporto 2011 concernono le prestazioni dell'anno civile 2009.

## D2-3 Infezioni postoperatorie del sito chirurgico con SwissNOSO

A volte le infezioni del sito chirurgico sono una grave complicazione postoperatoria. Di regola rendono necessario prolungare la degenza in ospedale.

Il tasso d'infezione dipende fra l'altro dalla gravità delle malattie dei pazienti trattati (classificazioni ASA), dalla tecnica operatoria, dalla somministrazione di antibiotici prima dell'intervento, dalla disinfezione delle mani del personale sanitario e dalla disinfezione del sito chirurgico.

SwissNOSO effettua su mandato dell'ANQ misure 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 misura almeno tre fra i diversi tipi d'intervento menzionati a prescindere dal numero di casi per genere d'intervento. Vengono misurate tutte le infezioni che si manifestano **entro 30 giorni** dall'intervento.

Maggiori informazioni per il pubblico specializzato: [www.anq.ch/it](http://www.anq.ch/it) e [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

Nella struttura il tasso d'infezioni postoperatorie del sito chirurgico viene misurato con SwissNOSO?			
<input type="checkbox"/>	<b>No</b> , il nostro istituto <b>non misura</b> il tasso d'infezioni postoperatorie del sito chirurgico con SwissNOSO.	Motivazione:	
<input type="checkbox"/>	Nel nostro istituto non si eseguono interventi chirurgici (si veda anche il capitolo C "Dati di riferimento dell'istituto e sua offerta")		
<input type="checkbox"/>	<b>Si</b> , il nostro istituto <b>misura</b> il tasso d'infezioni postoperatorie del sito chirurgico con SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	<b>Tuttavia nell'anno di esercizio 2011</b> (giugno 2010 - settembre 2011) non è stata eseguita <b>nessuna misura</b> .	Ultimo rilevamento:	Prossimo rilevamento:
<input type="checkbox"/>	Sì. Nell'anno di <b>esercizio 2011</b> (giugno 2010 - settembre 2011) sono state eseguite misure.		

In quali sedi / in quali settori specialistici è stata eseguita l'ultima misura?			
<input type="checkbox"/>	In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti sedi:
<input type="checkbox"/>	In tutte le discipline / settori specialistici / reparti oppure... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti discipline / settori specialistici / reparti:

Nel 2010 il nostro istituto ha partecipato alle misure delle infezioni dopo gli interventi seguenti:	Numero d'interventi esaminati	Numero d'infezioni accertate dopo questi interventi	Tasso d'infezione (%) ospedale / clinica 2011 (intervallo di confidenza <sup>3</sup> CI = 95%)	Tasso d'infezione (%) ospedale / clinica 2010 (intervallo di confidenza CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Colectomia			% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Appendicectomia			% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Intervento di ernia			% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Intervento al colon			% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Taglio cesareo			% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Cardiochirurgia			% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Primo impianto di protesi dell'anca			% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Primo impianto di protesi del ginocchio			% ( )	% ( )

<sup>3</sup> L'intervallo di confidenza del 95% indica la banda in cui si trova il valore vero, con una probabilità di errore del 5%. Su tali misure influiscono sempre anche fattori casuali, come p.es. il numero di pazienti presenti durante il periodo di misura, le fluttuazioni stagionali, gli errori di misura, ecc. Perciò i valori misurati sono soltanto un'approssimazione del valore vero. Tale valore rientra nell'intervallo di confidenza 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.

Valutazione dei risultati / Osservazioni
<input type="checkbox"/> L'istituto <b>rinuncia alla pubblicazione</b> dei risultati. L'ANQ ha deciso di pubblicare i risultati della misurazione 2011 delle infezioni dei siti chirurgici in forma pseudonimizzata, dato che l'affidabilità dei valori calcolati non è ancora sufficiente. Inoltre fino ad oggi SwissNOSO non ha potuto procedere alla convalida dei dati 2010/2011. I valori vengono pubblicati sul portale internet dell'ANQ.  La Commissione qualità somatica acuta (FKQA) raccomanda agli ospedali e alle cliniche di rinunciare alla pubblicazione dei tassi di infezione dei siti chirurgici 2010/2011.

Attività di miglioramento			
Titolo	Obiettivo	Settore	Durata (dal ... al)

## D2-4 Misura della prevalenza di cadute e lesioni da pressioni secondo il metodo LPZ

Il rilevamento europeo della qualità delle cure (LPZ) è una misura che offre la possibilità di avere una conoscenza approfondita sulla frequenza, la prevenzione e il trattamento di diversi fenomeni di cura. Questo rilevamento è in atto da alcuni anni nei Paesi Bassi e dal 2009 anche in Svizzera.

La misura della prevalenza avviene in una data prestabilita. In tale data vengono esaminati tutti i pazienti<sup>4</sup>, che hanno acconsentito al rilevamento. All'interno della misura si verifica se i pazienti soffrono di lesioni da decubito in uno o più punti di compressione e se negli ultimi 30 giorni prima della data di riferimento sono caduti.

Maggiori informazioni: [www.anq.ch/it](http://www.anq.ch/it) e [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

Informazioni per il pubblico specializzato	
Istituto di misura	Scuola universitaria professionale di Berna

### Caduta

Una caduta è un evento, nel corso del quale il paziente durante il ricovero in ospedale cade involontariamente al suolo o verso il basso.

Nell'istituto la misura della prevalenza delle cadute viene eseguita con il metodo LPZ?	
<input type="checkbox"/> <b>No</b> , il nostro istituto l'8 novembre 2011 non ha eseguito la misura della prevalenza delle cadute con il metodo LPZ.	Motivazione:
<input type="checkbox"/> <b>Sì</b> , il nostro istituto l'8 novembre 2011 ha eseguito la misura della prevalenza delle cadute con il metodo LPZ.	

In quali sedi / in quali settori specialistici è stata eseguita l'ultima misura?	
<input type="checkbox"/> In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	<input type="checkbox"/> ...solo nelle seguenti sedi:
<input type="checkbox"/> In tutte le discipline / settori specialistici / reparti oppure... →	<input type="checkbox"/> ...solo nelle seguenti discipline / settori specialistici / reparti:

Numero di pazienti ospedalizzati che alla data di riferimento o nei 30 giorni precedenti sono caduti.	Valutazione dei risultati / osservazioni
In percentuale:	
<input type="checkbox"/> L'istituto <b>rinuncia alla pubblicazione</b> dei risultati.	

<sup>4</sup> L'inclusione delle puerpere era facoltativa. Nel rilevamento della prevalenza 2011 i bambini sono stati esclusi.

La Commissione qualità somatica acuta (FKQA) raccomanda agli ospedali e alle cliniche di rinunciare alla pubblicazione del tasso di cadute 2011 come indicatore di qualità di un singolo ospedale, e questo per due motivi: Innanzi tutto la Scuola universitaria professionale di Berna non può procedere all'aggiustamento del rischio dei dati fino alla fine di maggio 2012, in secondo luogo la FKQA ritiene che non sussistono i presupposti metodologici per una pubblicazione dei risultati suddivisi per singolo ospedale.

#### Informazioni per il pubblico specializzato: Informazioni sul collettivo considerato

Totalità dei pazienti da considerare	Criteri d'inclusione		
	Criteri d'esclusione		
Numero dei pazienti effettivamente considerati		Quota percentuale	
Osservazioni			

#### Attività di miglioramento

Titolo	Obiettivo	Settore	Durata (dal ... al)

### Decubito (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. Per compressione s'intendono le forze che agiscono verticalmente sulla cute. Le forze di taglio sono quelle forze che agiscono orizzontalmente sulla cute (per es. sulla cute dell'osso sacro e delle natiche quando si passa dalla posizione seduta a quella coricata nel letto).

Maggiori informazioni per il pubblico specializzato: [che.lpz-um.eu/ita/lpz-misurazione/fenomeni-di-cura/decubito](http://che.lpz-um.eu/ita/lpz-misurazione/fenomeni-di-cura/decubito)

#### Nell'istituto la misura della prevalenza delle lesioni da pressione viene eseguita con il metodo LPZ?

<input type="checkbox"/>	<b>No, il nostro istituto l'8 novembre 2011 non ha eseguito la misura della prevalenza delle lesioni da pressione con il metodo LPZ.</b>	Motivazione:
<input type="checkbox"/>	<b>Sì, il nostro istituto l'8 novembre 2011 ha eseguito la misura della prevalenza delle lesioni da pressione con il metodo LPZ.</b>	

#### In quali sedi / in quali settori specialistici è stata eseguita l'ultima misura?

<input type="checkbox"/>	In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti sedi:
<input type="checkbox"/>	In tutte le discipline / settori specialistici / reparti oppure... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti discipline / settori specialistici / reparti:

Numero di pazienti con piaghe da decubito all'ammissione	Numero di pazienti con piaghe da decubito formatesi durante la degenza	Valutazione dei risultati / Osservazioni
In percentuale:	In percentuale:	
<input type="checkbox"/> L'istituto <b>rinuncia alla pubblicazione</b> dei risultati.		
La Commissione qualità somatica acuta (FKQA) raccomanda agli ospedali e alle cliniche di rinunciare alla pubblicazione del tasso prevalenza del decubito 2011 come indicatore di qualità di un singolo ospedale, e questo per due motivi: Innanzi tutto la Scuola universitaria professionale di Berna (BFH) non può procedere all'aggiustamento del rischio dei dati fino alla fine di maggio 2012, in secondo luogo la FKQA ritiene che non sussistono i presupposti metodologici per una pubblicazione dei risultati suddivisi per singolo ospedale.		

Informazioni per il pubblico specializzato: Informazioni sul collettivo considerato			
Totalità dei pazienti da considerare	Criteria d'inclusione		
	Criteria d'esclusione		
Numero dei pazienti effettivamente considerati		Quota percentuale	
Osservazioni			

Attività di miglioramento			
Titolo	Obiettivo	Settore	Durata (dal ... al)

Poiché la misura della prevalenza per cadute e lesioni da pressione avviene solo alla data di riferimento, il gruppo di pazienti osservati in ogni ospedale è molto piccolo. A ciò bisogna aggiungere che gli eventi considerati (cadute avvenute e piaghe da decubito presenti) sono piuttosto rari. Le cadute, come pure il decubito, sono dovuti all'influsso di una vasta gamma di fattori. I pazienti disponibili alla data di riferimento, la loro momentanea situazione clinica e lo stato di salute sono inoltre un elemento importante per predire i risultati. Questo fa sì che i tassi misurati subiscano un forte influsso da parte di fattori casuali e solo in misura limitata possano essere utilizzati per stabilire la qualità dell'ospedale. Eventualmente i confronti lineari sull'arco di più anni consentono di dire qualcosa sulle tendenze della qualità di un singolo ospedale rispetto agli altri. I risultati sono invece idonei per seguire lo sviluppo in Svizzera, perché in questo caso l'osservazione si basa su un collettivo sufficientemente grande (tutti i pazienti della Svizzera).

## D2-5 Inchiesta nazionale soddisfazione pazienti 2011 con il questionario breve ANQ

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 dei pazienti è stato sviluppato dall'ANQ in collaborazione con un gruppo di esperti e dal 2011 costituisce un aspetto obbligatorio del piano di misura ANQ 2011. Il questionario breve è stato spedito a casa, dopo 2 - 4 settimane, a tutti i pazienti ( $\geq 18$  anni), che nel **novembre 2011** sono stati dimessi dall'ospedale.

Il questionario breve è composto da **cinque domande centrali** e può essere combinato bene con sondaggi differenziati fra i pazienti. Nel modulo D1-1 figurano altre misure della soddisfazione dei pazienti.

Maggiori informazioni: [www.anq.ch/it](http://www.anq.ch/it)

Nel 2011 la soddisfazione dei pazienti è stata rilevata con il questionario breve?	
<input type="checkbox"/> <b>No</b> , il nostro istituto <b>non ha misurato</b> la soddisfazione dei pazienti con il questionario breve ANQ.	Motivazione:
<input type="checkbox"/> <b>Sì</b> , il nostro istituto <b>ha misurato</b> la soddisfazione dei pazienti con il questionario breve ANQ.	

In quali sedi / in quali settori specialistici è stato eseguito l'ultimo sondaggio?	
<input type="checkbox"/> In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	<input type="checkbox"/> ...solo nelle seguenti sedi:
<input type="checkbox"/> In tutte le discipline / settori specialistici / reparti oppure... →	<input type="checkbox"/> ...solo nelle seguenti discipline / settori specialistici / reparti:

Risultati dell'ultimo sondaggio		
Struttura complessiva	Grado di soddisfazione (Media)	Valutazione dei risultati
Ritornerebbe nel nostro ospedale per lo stesso tipo di trattamento?		0 = no, assolutamente 10 = sì, certamente
Come valuta la qualità delle cure ricevute?		0 = pessima 10 = ottima
Quando ha rivolto domande ad un medico, ha ottenuto risposte comprensibili?		0 = mai 10 = sempre
Quando ha rivolto domande ad una infermiera o ad un infermiere, ha ottenuto risposte comprensibili?		0 = mai 10 = sempre
Durante la sua degenza è stata/o trattata/o con rispetto e la sua dignità è stata preservata?		0 = mai 10 = sempre
<input type="checkbox"/> L'istituto <b>rinuncia alla pubblicazione</b> dei risultati.		

Osservazioni

Informazioni per il pubblico specializzato: Istituti scelti per l'ultimo sondaggio	
Istituto centrale di rilevamento <input type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH	Istituti decentralizzati <input type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> ESOPE <input type="checkbox"/> MECON measure & consult <input type="checkbox"/> NPO PLUS <input type="checkbox"/> Stevemarco sagl

Informazioni per il pubblico specializzato: Informazioni sul collettivo considerato		
Totalità dei pazienti da considerare	Criteri d'inclusione	L'inchiesta ha coinvolto tutti i pazienti che sono stati dimessi dall'ospedale nel mese di novembre 2011.
	Criteri d'esclusione	Pazienti deceduti

Numero totale dei pazienti contattati			
Numero dei pazienti che hanno effettivamente partecipato		Tasso di risposta (in %)	
Osservazioni			

Attività di miglioramento			
Titolo	Obiettivo	Settore	Durata (dal ... al)

Nei sondaggi sulla soddisfazione dei pazienti si nota chiaramente che sussiste una forte correlazione negativa fra le dimensioni dell'ospedale e la soddisfazione, ossia quanto più piccolo è l'ospedale, tanto più soddisfatto è il paziente. Vari studi scientifici confermano che l'influsso maggiore sui risultati è esercitato dal successo medico. Poiché un ospedale universitario cura pazienti più gravi, la sua valutazione risulta anche peggiore. I risultati migliori vengono ottenuti dalle cliniche specializzate. Dopo questi fattori "duri", la cortesia delle cure e la bontà dell'informazione sono i fattori che più influenzano i risultati. Nell'ottica degli obiettivi da raggiungere è quindi senz'altro opportuno misurare la soddisfazione dei pazienti. I risultati dovrebbero essere confrontati principalmente nell'ottica temporale, poiché le possibilità di confrontare istituti differenti sono limitate.

### D3 Altre misure di qualità nell'anno di esercizio 2011

#### D3-4 Misure restrittive della libertà

<b>Tema della misura</b>	<b>Misure restrittive della libertà</b>
<b>Cosa si misura?</b>	Documentazione della frequenza in rapporto ai casi totali e dei provvedimenti per singolo caso

<b>In quali sedi / in quali settori specialistici è stata eseguita la misura nell'anno di esercizio 2011?</b>	
<input type="checkbox"/> In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	<input type="checkbox"/> ...solo nelle seguenti sedi:
<input checked="" type="checkbox"/> In tutte le discipline / settori specialistici / reparti oppure... →	<input type="checkbox"/> ...solo nelle seguenti discipline / settori specialistici / reparti:

<b>Risultati</b>	<b>Valutazione dei risultati / Osservazioni</b>
<input type="checkbox"/> La misura <b>non è ancora conclusa</b> . Non sono ancora disponibili i risultati.	
<input checked="" type="checkbox"/> L'istituto <b>rinuncia alla pubblicazione</b> dei risultati.	
<input type="checkbox"/> I <b>risultati</b> vengono <b>confrontati</b> con quelli di altri ospedali (benchmark).	

<b>Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura utilizzato nell'anno di esercizio 2011</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Lo strumento è stato sviluppato all'interno della struttura	Nome dello strumento:	Banca dati ad hoc
<input checked="" type="checkbox"/> Lo strumento è stato sviluppato da un'istanza specializzata esterna.	Nome del fornitore / dell'istanza di analisi:	Commissione contenzione, delegata Pro Mente Sana

<b>Informazioni per il pubblico specializzato: Informazioni sul collettivo considerato</b>			
Totalità dei pazienti da considerare	Criteri d'inclusione	Si sono considerate le contenzioni effettuate nel corso dell'anno	
	Criteri d'esclusione	-	
Numero dei pazienti effettivamente considerati	Persone contenute nel 2011: 64	Quota percentuale	6.6% degli utenti ammessi nel 2011
Osservazioni			

<b>Attività di miglioramento</b>			
<b>Titolo</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Settore</b>	<b>Durata (dal ... al)</b>
Creazione équipe mobile e équipe casi complessi	intervenire nelle situazioni più a rischio al fine di evitare, nella misura del possibile, il ricorso a misure di contenzione	Intero istituto	dal 2010

D3-6 Altro tema di misura

<b>Tema della misura</b>	<b>Rilevamento incidenti con utenti</b>
<b>Cosa si misura?</b>	dati sugli incidenti avvenuti con gli utenti della CPC

<b>In quali sedi / in quali settori specialistici è stata eseguita la misura nell'anno di esercizio 2011?</b>	
<input type="checkbox"/> In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	<input type="checkbox"/> ...solo nelle seguenti sedi:
<input checked="" type="checkbox"/> In tutte le discipline / settori specialistici / reparti oppure... →	<input type="checkbox"/> ...solo nelle seguenti discipline / settori specialistici / reparti:

<b>Risultati</b>	<b>Valutazione dei risultati / Osservazioni</b>
<input type="checkbox"/> La misura <b>non è ancora conclusa</b> . Non sono ancora disponibili i risultati.	
<input checked="" type="checkbox"/> L'istituto <b>rinuncia alla pubblicazione</b> dei risultati.	
<input type="checkbox"/> I <b>risultati</b> vengono <b>confrontati</b> con quelli di altri ospedali (benchmark).	

<b>Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di esercizio 2011</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Lo strumento è stato sviluppato all'interno della struttura	Nome dello strumento:	documento Sistema gestione qualità
<input type="checkbox"/> Lo strumento è stato sviluppato da un'istanza specializzata esterna.	Nome del fornitore / dell'istanza di analisi:	

<b>Informazioni per il pubblico specializzato: Informazioni sul collettivo considerato</b>			
Totalità dei pazienti da considerare	Criteri d'inclusione	Si sono considerati gli incidenti avvenuti con pazienti ricoverati in CPC nel 2011	
	Criteri d'esclusione	-	
Numero dei pazienti effettivamente considerati	Incidenti avvenuti nel 2011: 92	Quota percentuale	-
Osservazioni			

<b>Attività di miglioramento</b>			
<b>Titolo</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Settore</b>	<b>Durata (dal ... al)</b>
Vedi "Attività di miglioramento" capitolo D1-3			

## **E** Attività e progetti di miglioramento

I contenuti di questo capitolo si possono trovare anche nel sito [www.info-ospedali.ch](http://www.info-ospedali.ch)

### **E1** *Certificazioni e norme / standard applicati*

Norma applicata	Settore, che lavora con la norma / lo standard	Anno della prima certificazione valida	Anno dell'ultima ricertificazione	Osservazioni
ISO 9001: 2008	Tutta la Clinica psichiatrica cantonale	2008	2012	
ISO 9001: 2008	Centro competenza formazione infermieristica	2008	2012	
ISO 9001: 2008	Direzione OSC, Servizi centrali	2008	2012	

### **E2** *Panoramica sui progetti in corso concernenti la qualità*

Qui potete trovare un elenco delle attività permanenti e dei progetti di qualità in corso, che non sono già stati descritti nei capitoli precedenti.

Attività o progetto (Titolo)	Obiettivo	Settore	Durata (dal ... al)
Progetto équipe mobile	intervenire in tutte quelle situazioni a rischio, al fine di evitare, nella misura del possibile, il ricorso a misure di contenzione	Intero istituto	da novembre 2010
Progetto casi complessi	prendere a carico in modo più integrato i pazienti ricoverati presso la CPC che presentano delle problematiche cliniche e sociali complesse al fine di migliorare l'autonomia e la gestione della propria vita (recovery)	Intero istituto	da ottobre 2010
Attività: misure di cui il Sistema gestione qualità prevede una raccolta di dati e un'analisi critica: rilevamento misure coercitive (dal 2005), rilevamento incidenti con utenti (dal 2005), registro non conformità/reclami (dal 2008), statistiche allontanamenti (dal 2010), revolving door e riospedalizzazioni entro 15/30 giorni (dal 2010)			

### E3 **Progetti di promozione della qualità selezionati**

In questo capitolo sono descritti più dettagliatamente i progetti di qualità **ultimati** del capitolo E2.

<b>Titolo del progetto</b>		
Settore	<input type="checkbox"/> Progetto interno	<input type="checkbox"/> Progetto esterno (p.es. con il Cantone)
Obiettivo del progetto		
Descrizione		
Svolgimento del progetto / Metodologia		
Campo di impiego	<input type="checkbox"/> con altre strutture. Quali strutture? .....	
	<input type="checkbox"/> Tutto il gruppo ospedaliero risp. in tutta la struttura	
	<input type="checkbox"/> Singole sedi. In quali sedi? .....	
	<input type="checkbox"/> Singoli reparti. In quali reparti? .....	
Gruppi professionali coinvolti		
Valutazione del progetto / conseguenze		
Documentazione complementare		

# F

## Conclusione e prospettive

Le attività intraprese e che intendiamo intraprendere in futuro fanno riferimento:

- alla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale, nella quale si definiscono - dopo l'analisi dei bisogni emergenti della società odierna - gli ambiti di intervento prioritari
- al Sistema gestione qualità che ha permesso, anche con l'apporto di audit esterni, di meglio sistematizzare gli aspetti della realtà ospedaliera che vanno tenuti sotto controllo