

Rapporto sulla qualità 2013

Secondo il modello di H+



Psichiatria



Organizzazione
sociopsichiatrica cantonale

Clinica psichiatrica cantonale

Via Ag. Maspoli 6

6850 Mendrisio

<http://www.ti.ch/osc>

Emesso il: 15.05.2014

Da parte di: Salvini Michele, Direttore OSC

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 le categorie medicina somatica acuta, psichiatria, riabilitazione e cura di pazienti lungodegenti per l'anno di riferimento 2013.

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 .

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.

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**.

Definizioni

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.

Sommario

| | | |
|----------|---|-----------|
| A | Introduzione | 1 |
| 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 2013 | 2 |
| | B3 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2013 | 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 |
| C | Dati di riferimento dell'istituto e offerta | 4 |
| | C1 Panoramica sull'offerta | 4 |
| | C2 Dati di riferimento 2013 | 4 |
| | C3 Dati di riferimento psichiatria 2013 | 5 |
| D | Misure della soddisfazione | 6 |
| | D1 Soddisfazione dei pazienti o dei residenti | 6 |
| | D2 Soddisfazione dei familiari | 8 |
| | D3 Soddisfazione dei collaboratori | 8 |
| | D4 Soddisfazione dei medici invianti | 9 |
| E | Misurazioni della qualità ANQ | 10 |
| | E2 Misurazioni nazionali della qualità in psichiatria | 10 |
| | E2-1 Psichiatria per adulti | 11 |
| F | Altre misure di qualità 2013 | 13 |
| | F4 Misure restrittive della libertà | 13 |
| | F6 Altro tema di misura | 14 |
| H | Attività e progetti di miglioramento | 15 |
| | H1 Certificazioni e norme / standard applicati | 15 |
| | H2 Panoramica sui progetti in corso concernenti la qualità | 15 |
| | H3 Progetti di promozione della qualità selezionati | 16 |
| I | Conclusione e prospettive | 17 |
| | Editore | 18 |

A

Introduzione

Prefazione di H+ Gli Ospedali Svizzeri

Gli ospedali e le cliniche in Svizzera prestano molto attenzione alla qualità. Oltre a organizzare numerose attività interne relative alla qualità, essi partecipano a diverse misurazioni nazionali. Durante l'anno di riferimento 2013, nella medicina somatica acuta e nella psichiatria gli ospedali e le cliniche hanno già rilevato per la terza rispettivamente la seconda volta gli indicatori della qualità secondo il piano di misurazione dell'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità negli ospedali e nelle cliniche (ANQ). Nella riabilitazione le misurazioni a livello nazionale sono state avviate il 1° gennaio 2013. Nel 2013 sono inoltre state effettuate per la prima volta misurazioni relative a bambini e adolescenti nella medicina somatica acuta e nella psichiatria.

La sicurezza dei pazienti è un criterio essenziale della qualità delle cure. Nel 2013 la Fondazione sicurezza dei pazienti svizzera ha lanciato i programmi pilota nazionali "progress! Sicurezza dei pazienti Svizzera". Questi ultimi sono parte integrante della strategia della qualità per l'ambito sanitario svizzero della Confederazione e sono finanziati dall'Ufficio federale della sanità pubblica. I primi due programmi si concentrano sulla sicurezza in chirurgia e sulla sicurezza farmacologica nei punti di interfaccia.

In ambito sanitario la trasparenza e la possibilità di effettuare confronti costituiscono le basi essenziali per un incremento della qualità. La pubblicazione dei rapporti sulla qualità raccomandata da H+ e da alcuni Cantoni è utile. Con il rapporto sulla qualità 2013 della Clinica psichiatrica cantonale speriamo di potervi fornire informazioni preziose.

Il presente rapporto prende in considerazione la Clinica psichiatrica cantonale (CPC), 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 destinate 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 da altre sostanze, sindromi psico-organiche scompensate, depressioni con pericolo suicidale. Il trattamento terapeutico, che si avvale 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 destinati alla psicogeriatría, alla cura delle dipendenze e agli esordi psicotici.

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 degli 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 2013

- audit interni svolti regolarmente nel corso dell'anno; verifica annuale del Sistema gestione qualità (audit esterno);
- redazione di linee guida interne alla CPC sui seguenti temi: disturbi cognitivi, depressione, gestione dell'aggressività, abuso d'alcol, suicidalità, tossicodipendenza, disturbo bipolare e episodio maniaco;

- analisi dei rischi applicata ai principali processi della CPC.

B3 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2013

Obiettivo: incrementare le attività atte a ridurre la contenzione.

La percentuale di persone contenute, già in netta diminuzione dal 2011, si è ridotta ulteriormente e in modo importante nel 2013 (2011: 6.6%, 2012: 6.9%, 2013: 2.9%), ponendosi per la prima volta al di sotto del valore limite stabilito (<5% del numero complessivo degli utenti ammessi in un anno).

Obiettivo: ridurre le degenze lunghe (superiori a 3 mesi).

Negli ultimi 3 anni si assiste ad una diminuzione costante della percentuale di ammissioni con una degenza superiore a 3 mesi. Anche la degenza media per ammissione è costantemente diminuita negli ultimi anni, passando da 44.26 giorni nel 2010 a 36.32 giorni nel 2013 (-7.94 giorni).

I risultati ottenuti indicano che i due obiettivi sono stati raggiunti.

B4 Sviluppo della qualità nei prossimi anni

Gli ambiti nei quali si opererà in futuro sono definiti nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014-2017 (attualmente al vaglio delle istanze competenti), 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 offerta

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

Tramite questo link è possibile scaricare il rapporto annuale attuale:

Potete trovare maggiori informazioni sulla nostra offerta di prestazioni mediche, terapeutiche e specializzate anche sul portale degli ospedali nel sito: www.info-ospedali.ch → Ricerca ospedaliera → Ricerca regionale → Nome della clinica → Organizzazione sociopsichiatrica cantonale → Capitolo "Prestazioni".

C1 Panoramica sull'offerta

| Discipline mediche offerte | Collaborazione nella rete di assistenza (con altri ospedali / istituti, medici convenzionati, ecc.) |
|--|--|
| Medicina interna generale con le seguenti specializzazioni (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 psicogeriatrics (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 |

C2 Dati di riferimento 2013

I dati di riferimento 2013 sono disponibili nel rapporto annuale, scaricabile tramite il seguente link:

Osservazioni

C3 Dati di riferimento psichiatria 2013

| Dati di riferimento ambulatoriale | | | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------------|---|-----|
| | Numero di trattamenti effettuati (casi) | Numero di posti di cura offerti | Durata media dei trattamenti, in giorni | |
| Ambulatoriale | --- | --- | --- | --- |
| Day Hospital | Ospedale di giorno: 5 casi | attribuiti secondo il bisogno | Ospedale di giorno: 45 giorni (in media 9 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 giornaliera 2013: 88.1% | 1262 dimissioni | 32.3 giorni (degenza media per dimissione) | 45'005 |
| Ricovero a scopo di assistenza (ricovero coatto) | --- | 514 ammissioni coatte | 28.7 giorni (degenza media per ammissione) | pazienti coatti: 14'747 |

| Diagnosi principale di dimissione | | | |
|-----------------------------------|---|-----------------|-------------|
| No ICD | Diagnosi | Numero pazienti | In % |
| F0 | Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici | 47 | 3.7 |
| F1 | Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive | 307 | 24.3 |
| F2 | Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti | 333 | 26.3 |
| F3 | Disturbi dell'umore | 223 | 17.7 |
| F4 | Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi | 78 | 6.2 |
| F5 | Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici | 7 | 0.6 |
| F6 | Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto | 198 | 15.7 |
| F7 | Ritardo mentale | 30 | 2.4 |
| F8 | Disturbi dello sviluppo psicologico | 1 | 0.1 |
| F9 | Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza Altro | 6 | 0.5 |
| | Altro (F99, altre condizioni spesso associate con le sindromi e i disturbi psichici e comportamentali) | 32 | 2.5 |
| | Totale | 1262 | 100% |

D

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 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"/> | No , il nostro istituto non misura la soddisfazione dei pazienti. | | |
| | Motivazione | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Si , il nostro istituto misura la soddisfazione dei pazienti. | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Nell'anno di esercizio 2013 è stata eseguita una misura. | |
| | <input type="checkbox"/> | Tuttavia nell'anno di esercizio 2013 non è stata eseguita nessuna misura . | |
| | Ultimo rilevamento: settembre 2013- febbraio 2014 | | Prossimo rilevamento: marzo – agosto 2014 |
| 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 | | | |
| | Struttura complessiva | Grado di soddisfazione | Valutazione dei risultati / Osservazioni |
| | | 75.0% (valutazione semestrale settembre 2013-febbraio 2014) | Il livello di soddisfazione dei pazienti CPC presenta delle lievi oscillazioni da un semestre all'altro, con ¾ delle persone soddisfatte. Si continuerà a prestare 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. |
| | Risultati per settore | Grado di soddisfazione | Valutazione dei risultati / Osservazioni |
| | | | |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> | I risultati sono già stati pubblicati nei seguenti rapporti sulla qualità. | | |
| <input type="checkbox"/> | La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. | | |
| | Motivazione | Non riteniamo necessario pubblicare i risultati. L'analisi dei dati serve a livello interno per evidenziare eventuali criticità e per definire, se necessario, delle azioni di miglioramento. | |
| <input type="checkbox"/> | I risultati vengono confrontati 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 | Nome dell'istituto di |

| Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura utilizzato per l'ultimo sondaggio | | | | |
|---|---------------------------|--|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> | PEQ | strumento | | misurazione |
| <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 | Criteria d'inclusione | Pazienti ricoverati in CPC con un ricovero superiore alle 24 ore | | |
| | Criteria 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 settembre 2013 - febbraio 2014: 471 questionari compilati, di cui 412 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"/> | No, il nostro istituto non dispone di una gestione dei reclami / un ombudsman. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Sì, il nostro istituto dispone di una gestione dei reclami / un ombudsman. |
| 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) |
| | | | |
| | | | |

D2 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"/> | No , il nostro istituto non misura la soddisfazione dei familiari. Motivazione: 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. |

D3 Soddisfazione dei collaboratori

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

| Nella struttura si misura la soddisfazione dei collaboratori? | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> | No , il nostro istituto non misura la soddisfazione dei collaboratori. Motivazione: |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Sì , il nostro istituto misura la soddisfazione dei collaboratori. <input type="checkbox"/> Nell'anno di esercizio 2013 è stata eseguita una misura. <input checked="" type="checkbox"/> Tuttavia nell'anno di esercizio 2013 non è stata eseguita nessuna misura . Ultimo rilevamento: 2011 Prossimo rilevamento: da definire |

| 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 |
| Struttura complessiva | (valore medio) personale 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). |
| Risultati per settore | Grado di soddisfazione | Valutazione dei risultati / Osservazioni |
| <input type="checkbox"/> | I risultati sono già stati pubblicati nei seguenti rapporti sulla qualità. | |
| <input type="checkbox"/> | La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati. | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. Motivazione: non si ritiene necessario pubblicare i risultati. L'analisi dei dati serve, a livello interno, a evidenziare eventuali aspetti problematici e ad avviare, se necessario, delle azioni di miglioramento. | |
| <input type="checkbox"/> | I risultati vengono confrontati 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 |

| Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura utilizzato per l'ultimo sondaggio | | | |
|---|--|--|--|
| 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 pazienti da considerare | Criteri d'inclusione | Personale di cura medico e non medico, personale amministrativo, alberghiero e di cucina | |
| | Criteri di 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 e alle discussioni effettuate con le equipe curanti, è stato effettuato un cambiamento nei turni del personale di cura e sono stati sviluppati dei diagrammi di flusso per la gestione dei pazienti aggressivi e per la presa a carico dell'operatore che ha subito un evento traumatico.</p> <p>Si è inoltre lavorato al miglioramento della sicurezza per il personale della CPC, tramite:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; - l'implementazione di un nuovo sistema di allarme tramite telefono che permette di meglio individuare il luogo in cui si verificano situazioni pericolose. | | | |

D4 Soddisfazione dei medici invianti

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"/> | No , il nostro istituto non misura la soddisfazione dei medici invianti |
| Motivazione | al momento non si ritiene necessario effettuare tale misura. |

E

Misurazioni della qualità 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.

Le misurazioni della qualità vengono effettuate nei reparti di degenza dei settori specialistici di medicina somatica acuta, psichiatria e riabilitazione.

Attualmente l' ANQ pubblica determinati risultati delle misurazioni ancora in forma anonimizzata, poiché la qualità dei dati non ha ancora raggiunto un livello sufficiente. Compete quindi agli ospedali e alle cliniche stessi decidere se desiderano pubblicare o meno i risultati nel presente rapporto sulla qualità. Con questo tipo di misure, esiste ancora la possibilità di rinunciare a una pubblicazione.

E2 Misurazioni nazionali della qualità in psichiatria

Il 1° luglio 2012 sono state avviate le misurazioni nazionali della qualità nelle cliniche psichiatriche. Le direttive dell'ANQ sulle misurazioni valgono per tutti i settori delle cure stazionarie (compresi i reparti psichiatrici di un ospedale per cure somatiche acute, psicosomatica, cliniche specializzate per le dipendenze e gerontopsichiatria), ma non sono valide per gli ospedali di giorno e le offerte ambulatoriali.

Per tutti i pazienti viene rilevato il peso dei sintomi (numero e gravità dei sintomi di un disturbo psichico presenti) al momento dell'ammissione e della dimissione. Il risultato del trattamento in seguito sarà valutato quale cambiamento del peso dei sintomi (come delta tra ammissione e dimissione). In aggiunta vengono rilevate le misure restrittive della libertà, per quanto una clinica ne fa uso.

Maggiori informazioni: www.anq.ch/it/psychiatrie

| Partecipazione alle misurazioni | | | |
|--|--|-------------------------------------|--------------------------|
| Il piano di misura 2013 dell'ANQ comprende le seguenti misurazioni e analisi della qualità per la psichiatria stazionaria: | La nostra azienda ha partecipato ai seguenti argomenti di misurazione: | | |
| | Si | No | Dispensa |
| Psichiatria per adulti | | | |
| Peso dei sintomi mediante HoNOS Adults | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Peso dei sintomi mediante BSCL | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Misure restrittive della libertà mediante EFM | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psichiatria infantile e adolescenziale | | | |
| Peso dei sintomi mediante HoNOSCA | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Peso dei sintomi mediante HoNOSCA-SR | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osservazioni | | | |

Maggiori informazioni per il pubblico specializzato

| | |
|-------------------|--|
| Istanza d'analisi | Cliniche psichiatriche universitarie (UPK) Basilea |
|-------------------|--|

Poiché le cliniche psichiatriche hanno gruppi di pazienti molto diversi, i risultati delle misurazioni individuali delle cliniche possono essere confrontati solamente in modo puntuale. I valori comparativi nazionali tra cliniche sono contenuti nel rapporto comparativo nazionale degli Outcome dell' ANQ.

Risultati delle misurazioni con confronti a livello nazionale

Il rapporto comparativo nazionale sugli Outcome (misurazioni 2013) sarà pubblicato sul sito web di ANQ nell'autunno del 2014: www.anq.ch/it/psychiatrie

E2-1 Psichiatria per adulti

Le misurazioni nazionali della qualità nella psichiatria ospedaliera per adulti vengono eseguite dal 1° luglio 2013.

| Informazioni per il pubblico specializzato: Informazioni sul collettivo considerato | | |
|---|----------------------|--|
| Totalità dei pazienti da considerare | Criteri d'inclusione | Tutti i pazienti ospedalieri della psichiatria per adulti (rilevamento totale) |
| | Criteri d'esclusione | Pazienti della psichiatria infantile e adolescenziale |
| Osservazioni | | |

| 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: |

Peso dei sintomi mediante HoNOS Adults

HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) misura il cambiamento del peso dei sintomi di un paziente mediante 12 item. La misurazione si basa sul rilevamento della diagnosi effettuato da parte di chi gestisce il caso (valutazione da parte del personale curante).

| Risultati individuali della clinica | | | |
|--|---|--|---------------------------------|
| HoNOS Risultato della cura (Media del cambiamento dall'ammissione alla dimissione) | Deviazione standard (+/-) | Peggioramento massimo possibile ¹ | Miglioramento massimo possibile |
| Periodo luglio-dicembre 2012: 6.30 | Periodo luglio-dicembre 2012: 7.28 | - 48 punti | + 48 punti |
| Valutazione dei risultati / Osservazioni | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. | | | |
| Motivazione | non si ritiene necessario pubblicare i risultati. L'analisi di questi dati permette, a livello interno, di approfondire la riflessione circa l'efficacia dell'intervento terapeutico. | | |

¹ Un possibile peggioramento rispettivamente miglioramento in HoNOS si riferisce sul confronto tra il rilevamento delle ammissioni e delle dimissioni, dal punto di vista del/dei curante/curanti. Se si presenta un miglioramento tra ammissione e dimissione, il numero di punti aumenta, in caso di peggioramento il numero di punti diminuisce. "- 48 punti" si verifica quando un curante al momento dell'ammissione valuta il paziente completamente privo di sintomi e al momento della dimissione in tutte e 12 le domande HoNOS riferite ai sintomi valuta un peggioramento totale. "+ 48 punti" si verifica quando un curante considera il paziente gravato del massimo di sintomi al momento dell'ammissione in clinica, e al momento della dimissione valuta che il paziente sia completamente privo di sintomi.

Peso dei sintomi mediante BSCL

BSCL (Brief Symptom Checklist) misura il cambiamento del peso dei sintomi di un paziente mediante 53 item. Il rilevamento si basa sulla visione e la percezione personale dei pazienti.

| Risultati individuali della clinica | | | |
|--|---|--|---------------------------------|
| BSCL Risultato della cura (Media del cambiamento dall'ammissione alla dimissione) | Deviazione standard (+/-) | Peggioramento massimo possibile ² | Miglioramento massimo possibile |
| Periodo luglio-dicembre 2012: 17.85 | Periodo luglio-dicembre 2012: 33.00 | - 212 punti | + 212 punti |
| Valutazione dei risultati / Osservazioni | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. | | | |
| Motivazione | non si ritiene necessario pubblicare i risultati. L'analisi di questi dati permette, a livello interno, di approfondire la riflessione circa l'efficacia dell'intervento terapeutico. | | |

Misure restrittive della libertà mediante EFM

L'EFM (dal tedesco Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) rileva quale minimal data set l'impiego di misure restrittive della libertà, tematica eticamente molto sensibile e da trattare con la massima cura. Le misure restrittive della libertà dovrebbero essere attuate raramente e ben motivate e soprattutto impiegate unicamente nel rispetto delle disposizioni nazionali e cantonali vigenti. Chi gestisce i casi al momento dell'applicazione della restrizione rileva l'isolamento, le immobilizzazioni e le medicazioni coercitive come pure misure cautelari gerontotipiche quali sbarre davanti alla sedia, spondine per il letto, coperte ZEWI.

Maggiori informazioni: www.anq.ch/it/psychiatrie

| Risultati relativi alle misure restrittive della libertà |
|---|
| I risultati dei confronti nazionali sono disponibili nel rapporto comparativo nazionale sul sito web dell'ANQ: www.anq.ch/it/psychiatrie |
| Il capitolo F4 contiene indicazioni descrittive relative al rilevamento. |

Miglioramenti intrapresi nella psichiatria per adulti

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

² Un possibile peggioramento rispettivamente miglioramento in BSCL si riferisce al confronto tra il rilevamento delle ammissioni e delle dimissioni, dal punto di vista dei pazienti. Se si presenta un miglioramento tra ammissione e dimissione, il numero di punti aumenta, in caso di peggioramento il numero di punti diminuisce. "- 212 punti" si verifica quando un paziente al momento dell'ammissione si auto-valuta completamente privo di sintomi e al momento della dimissione in tutte e 53 le domande BSCL riferite ai sintomi valuta un peggioramento totale. "+ 212 punti" si verifica quando un paziente si considera gravato del massimo di sintomi al momento dell'ammissione in clinica, e al momento della dimissione si auto-valuta come completamente privo di sintomi.

F

Altre misure di qualità 2013

F4 Misure restrittive della libertà

| Tema della misura | Misure restrittive della libertà |
|-------------------|--|
| Cosa si misura? | La documentazione dell'intensità di isolamenti e immobilizzazioni (intensità = frequenza * durata per ogni caso) come pure la documentazione della frequenza di medicazioni forzate orali, medicazioni forzate per iniezione, misure di sicurezza sulla sedia e misure di sicurezza nel letto. |

In quali sedi / in quali settori specialistici è stato eseguito l'ultima misura?

| | | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------|--|
| <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

| Misure restrittive della libertà | Valutazione dei risultati / Osservazioni |
|---|---|
| Pazienti dimessi da gennaio a dicembre 2013: misure restrittive adottate= 318 | |
| <input type="checkbox"/> | L'analisi 2013 non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. |
| Motivazione | non si ritiene necessario pubblicare i risultati. L'analisi dei dati serve a evidenziare eventuali aspetti problematici e ad avviare, se necessario, delle azioni di miglioramento. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | I risultati vengono confrontati con quelli di altri ospedali (benchmark), nell'ambito delle analisi ANQ . |

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura utilizzato nell'anno di esercizio 2013

| | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Lo strumento è stato sviluppato all'interno della struttura. | Nome dello strumento: | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Lo strumento è stato impiegato nell'ambito della misurazione dell'ANQ. | Nome dello strumento: | <input checked="" type="checkbox"/> Rilevamento delle misure restrittive della libertà (EFM) <input type="checkbox"/> Modulo Misure limitative della libertà (LPZ) |
| <input type="checkbox"/> | Lo strumento è stato sviluppato da un'istanza specializzata esterna. | Nome del fornitore / dell'istanza di analisi: | |

Informazioni per il pubblico specializzato: Informazioni sul collettivo considerato

| | | |
|--|----------------------|--|
| Totalità dei pazienti da considerare | Criteri d'inclusione | Pazienti dimessi dalla Clinica psichiatrica cantonale per i quali sono state adottate delle misure restrittive della libertà |
| | Criteri d'esclusione | - |
| Numero dei pazienti su cui è stata adottata almeno una misura restrittiva della libertà. | | |
| Osservazioni | | |

Attività di miglioramento

| Titolo | Obiettivo | Settore | Durata (dal ... al) |
|---|--|-----------------|---------------------|
| 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 |

F6 Altro tema di misura

| | |
|--------------------------|--|
| Tema della misura | Rilevamento incidenti con utenti |
| Cosa si misura? | dati sugli incidenti avvenuti con gli utenti della CPC |

In quali sedi / in quali settori specialistici è stato eseguito l'ultima misura?

| | | | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------|--|--|
| <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

| Altro tema di misura | Valutazione dei risultati / Osservazioni |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | L'analisi 2013 non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. |
| Motivazione | non si ritiene necessario pubblicare i risultati. L'analisi dei dati serve a evidenziare eventuali aspetti problematici e ad avviare, se necessario, delle azioni di miglioramento. |
| <input type="checkbox"/> | I risultati vengono confrontati con quelli di altri ospedali (benchmark). |

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura utilizzato nell'anno di esercizio 2013

| | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Lo strumento è stato sviluppato all'interno della struttura | Nome dello strumento: | modulo "Rilevamento incidenti avvenuti con utenti" (documento Sistema gestione qualità) |
| <input type="checkbox"/> | Lo strumento è stato sviluppato da un'istanza specializzata esterna. | Nome del fornitore / dell'istanza di analisi: | |

Informazioni per il pubblico specializzato: Informazioni sul collettivo considerato

| | | |
|--|----------------------|---|
| Totalità dei pazienti da considerare | Criteri d'inclusione | Si sono considerati gli incidenti avvenuti con pazienti ricoverati in CPC nel 2013. |
| | Criteri d'esclusione | - |
| Numero dei pazienti effettivamente considerati | | Incidenti avvenuti nel 2013: 57 |
| Osservazioni | | |

Attività di miglioramento

| Titolo | Obiettivo | Settore | Durata (dal ... al) |
|--|-----------|---------|---------------------|
| Vedi "Attività di miglioramento" capitolo D3 | | | |

H

Attività e progetti di miglioramento

I contenuti di questo capitolo si possono trovare anche nel sito www.info-ospedali.ch

H1 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 | |

H2 Panoramica sui progetti in corso concernenti la qualità

Qui potete trovare un elenco delle attività permanenti e dei progetti di qualità in corso (anche relativi alla sicurezza dei pazienti), 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), revolving door e riospedalizzazioni entro 15/30 giorni (dal 2010).

L'azienda ha introdotto un CIRS?

No, la nostra azienda non dispone di un CIRS.

Osservazione

H3 Progetti di promozione della qualità selezionati

In questo capitolo sono descritti più dettagliatamente i progetti di miglioramento della qualità **ultimati** del capitolo D – F (anche relativi alla sicurezza dei pazienti).

| | | |
|--|--|--|
| Titolo del progetto | | |
| 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 d'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? | |
| | | |
| Gruppi professionali coinvolti | <input type="checkbox"/> Singoli reparti. In quali reparti? | |
| | | |
| Valutazione del progetto / conseguenze | | |
| Documentazione complementare | | |

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.

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/qualità e sicurezza per i pazienti/rapporto o sulla qualità/](http://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", "Riabilitazione" e "Cure per lungodegenti" 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 Somatica Acuta (FKQA) di H+, i singoli Cantoni e su proposta dei fornitori di prestazioni.

Si veda anche:

[www.hplus.ch/it/servicenav/portrait/commissioni di specialisti/qualità somatica acuta fkqa/](http://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.



Sono state recepite le raccomandazioni dell'ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; it: **A**ssociazione **n**azionale per lo sviluppo della **q**ualità negli ospedali e nelle cliniche) e sono descritte nel capitolo E "Indicatori ANQ".

Si veda anche: <http://www.anq.ch/it/>



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). La commissione d'accompagnamento "Raccomandazioni sulla qualità" dell'ASSM esamina rapporti pubblicati sulla qualità e appoggia l'impiego del modello strutturato di H+.