



Gruppo Ospedaliero Ars Medica



CLINICA SANT'ANNA
Via Sant'Anna
6924 Sorengo



Somatica acuta

Rapporto sulla qualità 2009

Seguendo le direttive di H+ qualité® e dei cantoni di Berna e Basilea-Città



Rapporto sulla qualità 2009

A	Introduzione	3
B	Strategia della qualità.....	4
B1	Strategia della qualità e obiettivi.....	4
B2	2-3 punti principali nell'ambito della qualità per il periodo di riferimento 2009.....	5
B3	Obbiettivi raggiunti nel 2009 nell'ambito della qualità	5
B4	Sviluppo nell'ambito della qualità per i prossimi anni	6
B5	Collocazione organizzativa della gestione della qualità	6
B6	Informazioni relative alle persone di contatto della gestione della qualità	6
C	Dati di riferimento per la promozione della qualità	7
C1	Dati di riferimento somatica acuta	7
C2	Dati di riferimento psichiatria	7
C3	Dati di riferimento riabilitazione	7
C4	Dati di riferimento lungodegenza.....	7
D	Modalità di confronto esterno nell'ambito della promozione della qualità	8
D1	Misura della soddisfazione	8
D1-1	Soddisfazione dei pazienti o dei pensionanti.....	8
D1-2	Soddisfazione sistematica dei famigliari	9
D1-3	Soddisfazione dei collaboratori.....	10
D1-4	Soddisfazione di chi dispone il ricovero.....	11
D2	Indicatori ANQ	12
D2-1	Riammissioni potenzialmente evitabili	12
D2-2	Reinterventi potenzialmente evitabili	12
D2-3	Infezioni del sito chirurgico secondo SwissNOSO.....	13
D2-4	Partecipazione ad altri programmi di misura delle infezioni	13
D3	Altri indicatori di qualità.....	14
D4	Altre modalità di confronto esterno nell'ambito della promozione della qualità	15
D5	Progetto pilota CIQ	16
D5-1	Progetto pilota CIQ per la psichiatria per adulti	16
D5-2	Progetto pilota CIQ per la riabilitazione	16
E	Modalità interne di promozione della qualità (monitoraggio)	17
E1	Indicatori infermieristici	17
E1-1	Cadute.....	17
E1-2	Decubito (lesioni da pressione).....	17
E2	Altri indicatori di qualità utilizzati	18
E2-1	Complemento per la lungodegenza	18
E2-2	Indicatori di qualità o monitoraggi interni propri	18
F	Attività di miglioramento	19
F1	Certificazioni e norme / standard utilizzati	19
F2	Panoramica sulle attività in corso	19
F3	Panoramica sui progetti in corso concernenti la qualità	19
F4	Progetti di promozione della qualità selezionati.....	20
G	Conclusione e prospettive	21
H	Impressum	22
I	Allegati.....	23

La Clinica Sant'Anna: rinascere ogni giorno

Sant'Anna, la “Clinica dove si nasce”, è nel cuore della popolazione ticinese: dal giorno della sua fondazione nel 1934 da parte delle Suore della Gemeinschaft der St. Anna Schwestern, ha visto venire alla luce – con gli 875 neonati del 2009 – più di 53'000 bambini. Tra di essi, i più anziani hanno – come la Clinica stessa – appena compiuto 75 anni, mentre i più giovani non contano che qualche ora di vita. Il legame affettivo tra la Clinica e la popolazione è chiaro, reciproco, solido; un legame che, al contempo, conferisce al suo personale orgoglio, passione e dedizione e, ai pazienti, conforto, sicurezza e fiducia. Con la sua vocazione, la Clinica Sant'Anna rivolge una naturale e costante attenzione alla salute femminile tramite le specializzazioni nei campi della ginecologia, senologia, chirurgia plastica e ricostruttiva e, dal 2006, della salute riproduttiva.

Fedele alla sua missione a favore della salute pubblica, la Clinica s'impegna a garantire alla popolazione ticinese un'offerta medica adeguata, efficace ed economica, dotandosi costantemente di nuovi strumenti diagnostico-terapeutici, di competenze e risorse medico-tecniche, e stringendo collaborazioni attive con altri istituti cantonali ed internazionali, favorendo così la ricerca di complementarità e lo scambio di competenze tra le strutture ospedaliere: è l'esempio dell'Oncologia, dove sono state strette proficue collaborazioni a livello scientifico e tecnologico. Con una forte attività chirurgica (ginecologica, senologica, ricostruttiva, vascolare, viscerale, ORL, della mano e in ambito della traumatologia dello sport) e di medicina interna, Sant'Anna ha gestito nel 2009 circa 3'800 casi stazionari e 1'500 casi ambulatoriali. Dopo gli importanti sforzi ed investimenti effettuati negli anni 2000 per rafforzare e modernizzare le infrastrutture, sono stati pianificati ed approvati per il 2010 importanti lavori di ristrutturazione e di ampliamento della struttura ricettiva, lavori che vedranno la realizzazione di 11 nuove camere private, di un nuovo ambulatorio, di nuovi spazi per le visite mediche e per l'ammissione, nonché il rifacimento della zona di accoglienza, dell'entrata e della facciata nord.

B

Strategia della qualità

B1 Strategia della qualità e obiettivi

Missione

Affianchiamo i nostri pazienti nella gestione della propria salute, offrendo loro prestazioni mediche specializzate con la massima competenza e con l'ausilio delle tecnologie più avanzate. Il nostro impegno è costantemente rivolto ad onorare i nostri mandati di prestazione sul territorio ticinese nel modo più efficiente possibile e a promuovere l'offerta delle nostre Cliniche all'interno di una realtà sanitaria più ampia, accogliendo pazienti provenienti non solo dalla Svizzera ma anche dall'estero.

Valori e principi

L'**attenzione all'individuo**: il paziente è la persona più importante per tutti i collaboratori del Gruppo Ospedaliero Ars Medica. Viene riconosciuta e rispettata la sua individualità, la sua cultura e le sue credenze, senza discriminazioni di razza, etnia o religione.

La **serietà**: l'orientamento alla qualità sta alla base dell'attività del Gruppo così come sta alla base del progresso medico. Strettamente dipendente dalla specializzazione delle sue Cliniche e quindi anche dalla quantità di interventi svolti, la qualità va ricercata a tutti i livelli. La massima professionalità è quindi un'esigenza fondamentale nello svolgimento di tutti i mestieri e di tutte le funzioni interne. Il Gruppo poggia su competenze solide e riconosciute, ed è consapevole che la propria reputazione ne è strettamente dipendente. La concentrazione di tali competenze in determinati campi della medicina consente la specializzazione che caratterizza le sue Cliniche. La Direzione del Gruppo s'impegna a garantire ai suoi collaboratori rispetto e riconoscimento, così come s'impegna a sanzionare ogni atteggiamento irrispettoso dei suoi principi.

Lo **spirito imprenditoriale**: il Gruppo Ospedaliero Ars Medica è un'impresa privata, tra i cui obiettivi a lungo termine vi è anche la ricerca di una costante crescita. Consapevole dell'importanza del suo contributo all'economia ticinese e della sua responsabilità sociale – sia in qualità di attore fondamentale nella sanità pubblica che in qualità di importante datore di lavoro – il Gruppo investe ed adegua le sue strutture e le sue risorse umane, i suoi metodi di management e la sua piattaforma tecnologica, e si avvale della collaborazione di medici che condividono i suoi principi, per onorare i suoi mandati di prestazione in modo economicamente sostenibile.

Nella strategia aziendale, la qualità è esplicitamente connessa agli obiettivi aziendali.

B2 2-3 punti principali nell'ambito della qualità per il periodo di riferimento 2009

A luglio 2009 a seguito della riorganizzazione della Direzione, decisa dal Consiglio di Amministrazione è stato costituito il **Consiglio di Direzione (CdD)**.

Il CdD è subordinato al CEO del Gruppo. Il Consiglio di Amministrazione viene tenuto informato regolarmente sui lavori svolti.

Compiti e competenze

Il CdD opera quale organo direzionale delle Cliniche ai sensi della Legge Sanitaria cantonale.

Esso assicura collegialmente l'esercizio complessivo della struttura, sia per quanto attiene la sua attività stazionaria sia quella ambulatoriale. In particolare, gli competono la messa a disposizione e l'impiego del personale e delle infrastrutture necessarie, la coordinazione del corpo medico e **il controllo del livello qualitativo delle differenti attività svolte**.

Esso è pertanto responsabile perché le attrezzature e le apparecchiature specifiche per la cura e per il trattamento dei pazienti siano costantemente al livello di prontezza, nel pieno rispetto delle normative legali e qualitative in vigore.

Delega delle competenze

Il CdD attribuisce ad ognuno dei suoi membri una precisa delega di competenze e responsabilità, così da permettere una razionale e giudiziosa preparazione del lavoro e delle sedute ed una tempestiva presa di decisione da parte del Consiglio stesso.

Il mansionario di ogni singolo membro del CdD precisa queste deleghe..

Membri di diritto

Membri di diritto del Consiglio sono il Direttore Operativo, i Direttori Sanitari delle due le Cliniche (Clinica Sant'Anna e Ars Medica Clinic), la Responsabile del Servizio Infermieristico, il Responsabile dei Servizi tecnici e tecnico-medicali, la Responsabile Qualità e la Segretaria di Direzione. Il Consiglio è libero, a dipendenza delle trattande previste, di invitare alle singole riunioni anche altri Capiservizio o persone esterne alle Cliniche.

B3 Obiettivi raggiunti nel 2009 nell'ambito della qualità

- Controllo continuo delle infezioni del sito chirurgico per i tagli cesarei, colecistectomie e cura dell'ernia – SwissNOSO - da giugno 2009
- Utilizzo del questionario PEQ per la rilevazione della soddisfazione pazienti – Outcome – (dal 09.3.2009 al 31.5.2009)
- Rinnovo certificazione in base alla normativa ISO 9001:2008

B4 Sviluppo nell'ambito della qualità per i prossimi anni

- Introduzione di un sistema di monitoraggio sistematico delle cadute dei pazienti
- Introduzione di una procedura per il trattamento e prevenzione dell'insorgenza delle lesioni da decubito
- Implementazione di alcuni Obiettivi internazionali per la sicurezza dei pazienti previsti dal modello di accreditamento all'eccellenza Joint Commission International e sostenuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- Definizione di un set di indicatori, della periodicità di rilevamento e d'analisi
- Aquisizione di un programma informatico per la gestione degli eventi avversi
- Mantenimento certificazione normativa ISO 9001:2008
- Implementazione sistema ambientale secondo la normativa ISO 14001:2004
- Esecuzione periodica di misurazioni attraverso società esterne per il confronto con altri ospedali

B5 Collocazione organizzativa della gestione della qualità

<input type="checkbox"/>	La gestione della qualità è rappresentata nella direzione aziendale.
<input checked="" type="checkbox"/>	La gestione della qualità è una funzione di staff direttamente subordinata alla direzione aziendale.
<input type="checkbox"/>	La gestione della qualità è una funzione di linea direttamente subordinata alla gestione aziendale.
<input type="checkbox"/>	Altra forma organizzativa, ovvero:
Risorse umane Responsabile qualità	50 % è attribuito all'unità operativa che si occupa di gestione della qualità

B6 Informazioni relative alle persone di contatto della gestione della qualità

Titolo, Nome, COGNOME	Telefono (diretto)	e-mail	Posizione / Funzione
Fabio CASGNOLA	091 985 15 73	fabio.casgnola@arsmedica.ch	<u>Direttore Operativo / Rappresentante della Direzione per la qualità</u>
Stefania ZOCCATELLI	091 985 15 91	stefania.zoccatelli@arsmedica.ch	Responsabile Qualità
Elvia BUZELLI	091 985 16 94	elvia.buzelli@arsmedica.ch	Collaboratrice ufficio qualità
Maria RICARDI	091 985 16 72	maria.ricardi@arsmedica.ch	Infermiera collaboratrice ufficio qualità

C

Dati di riferimento per la promozione della qualità

C1 *Dati di riferimento somatica acuta*

Dati di riferimento	Valori	Osservazioni
Numero di casi ambulatoriali	1'929	Interventistica + pronto soccorso ostetricia
di cui n° neonati sani ambulatoriali	0	
Numero di pazienti degenti	4'000	Pazienti extra LAMal Neonati esclusi
di cui n° neonati sani degenti	875	
Totale giornate di degenza	22'027	Casi extra LAMal
Totale letti al 31.12.	80	
Durata media della degenza	5.62	
Occupazione media dei letti	73%	
Gruppi ospedalieri: citare le sedi di somatica acuta		

C2 *Dati di riferimento psichiatria*

Dati di riferimento				
	Totale trattamenti	Totale posti	Ø durata del trattamento	
Ambulatoriale		---	---	---
Day Hospital				---
	Totale letti	Totale casi	Ø degenza	Totale giorni di degenza
Degenza				
La struttura ha l'obbligo di presa a carico		<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> in parte
Gruppi ospedalieri: citare le sedi psichiatriche				

C3 *Dati di riferimento riabilitazione*

Dati di riferimento	Valori	Osservazioni
Totale pazienti degenti		
Totale giornate di degenza		
Totale letti al 31.12.		
Durata media della degenza		
Occupazione media dei letti		
Gruppi ospedalieri: citare le sedi riabilitative		

C4 *Dati di riferimento lungodegenza*

Dati di riferimento	Valori	Osservazioni
Totale pensionanti al 31.12.		
Totale giornate di degenza		
Totale letti al 31.12.		
Durata media di permanenza		
Occupazione media		
Gruppi ospedalieri: citare le sedi di lungodegenza		

D

Modalità di confronto esterno nell'ambito della promozione della qualità

D1 Misura della soddisfazione

D1-1 Soddisfazione dei pazienti o dei pensionanti

Nella struttura viene misurata la soddisfazione dei pazienti?		
<input type="checkbox"/>	No, nella nostra istituzione non viene misurata la soddisfazione dei pazienti.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Sì, nella nostra istituzione viene misurata la soddisfazione dei pazienti.	
<input type="checkbox"/>	Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009.	Ultimo rilevamento: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Sì, nell'anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.	
		Prossimo rilevamento: <input type="text"/>

In quali sedi / settori è stato eseguito il sondaggio nell'anno di riferimento 2009?		
<input checked="" type="checkbox"/>	In tutta la struttura / in tutte le sedi, o... →	<input type="checkbox"/> ...solo nelle seguenti sedi: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	In tutte le specialità / settori specialistici, o... →	<input type="checkbox"/> ...solo nelle seguenti specialità / settori specialistici: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	In tutte le unità / reparti, o... →	<input type="checkbox"/> ...solo nelle seguenti unità/ reparti: <input type="text"/>
		Periodo di rilevamento: 09.03.2009-31.05.2009

Misurazione PEQ generale

Risultati	Valore	Valutazione dei risultati / Osservazioni
Struttura complessiva (tutti i pazienti degenti tranne le partorienti)	95.5%	La misurazione di qualità PEQ non fornisce un dato complessivo della struttura. Viene presa in considerazione quindi la sola domanda: Consiglierebbe questo ospedale al suo/a migliore amico/a? Sono considerate le risposte 4-5-6 su una scala da 1 a 6 (1= per niente/6= senza dubbio)
Risultati per settore	Risultati	Valutazione dei risultati / Osservazioni
Assistenza medica	95.8%	
Cure infermieristiche e assistenza	93.7%	
Organizzazione, gestione e servizio	95.4%	

Misurazione PEQ Parto

Risultati	Valore	Valutazione dei risultati / Osservazioni
Struttura complessiva(tutte le partorienti)	96.7%	Risposta alla domanda: Come giudica l'aver partorito in questo ospedale nel complesso? Sono considerate le risposte 4-5-6 su una scala da 1 a 6 (1= per niente/6= senza dubbio)
Risultati per settore	Risultati	Valutazione dei risultati / Osservazioni
Assistenza medica	96%	
Cure infermieristiche e assistenza	93.2%	Personale di sala parto, del reparto di degenza e della nurserie
Organizzazione, gestione e servizio	93%	

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009				
<input type="checkbox"/> Mecon <input type="checkbox"/> Picker <input checked="" type="checkbox"/> VO: PEQ <input type="checkbox"/> MüPF (-27) <input type="checkbox"/> POC (-18)	<input type="checkbox"/> Altro strumento di misura esterno Nome dello strumento	Questionario sul soggiorno in ospedale-Patient's Experience Questionnaire (PEQ)	Nome dell'istituto di misurazione	Verein Outcome
<input type="checkbox"/> Strumento interno proprio				
Descrizione dello strumento		Spedizione di un questionario di soddisfazione (diverso per le mamme e gli altri degenti) in 3 date prestabilite da 2 a 6 settimane dalla dimissione		
Criteri di inclusione		Tutti i pazienti degenti		
Criteri di esclusione		<ul style="list-style-type: none"> ▪ età inferiore a 18 anni ▪ domiciliati all'estero ▪ trasferiti ▪ riospedalizzati entro 30 giorni ▪ deceduti in ospedale ▪ gestanti con morte intrauterina/mamme con bebé morto durante/dopo il parto (per il PEQ parto) ▪ deceduti a casa (se a conoscenza) 		
Tasso di risposta (in %)		64%		
Lettere di richiamo?		<input type="checkbox"/> No.	<input checked="" type="checkbox"/> Sì, impiegate come segue:	Inviato lettera di richiamo con ulteriore questionario secondo lista Outcome

D1-2 Soddisfazione sistematica dei famigliari

Nella struttura viene misurata la soddisfazione dei famigliari?			
<input checked="" type="checkbox"/>	No , nella nostra struttura non viene misurata sistematicamente la soddisfazione dei famigliari.		
<input type="checkbox"/>	Sì , nella nostra struttura viene misurata sistematicamente la soddisfazione dei famigliari.		
	<input type="checkbox"/> Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009	Ultimo rilevamento:	Prossimo rilevamento:
	<input type="checkbox"/> Sì, nell'anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.		

In quali sedi / settori è stato eseguito il sondaggio nell'anno di riferimento 2009?			
<input type="checkbox"/>	In tutta la struttura / in tutte le sedi, o... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti sedi:
<input type="checkbox"/>	In tutte le specialità / settori specialistici, o... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti specialità / settori specialistici:
<input type="checkbox"/>	In tutte le unità/ reparti, o... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti unità / reparti:

Risultati	Valore	Valutazione dei risultati / Osservazioni
Struttura complessiva		
Risultati per settore	Risultati	Valutazione dei risultati / Osservazioni
<input type="checkbox"/> La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.		
<input type="checkbox"/> L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.		

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009			
<input type="checkbox"/>	Strumento di misura esterno		
	Nome dello strumento		Nome dell'istituto di misurazione
<input type="checkbox"/>	Strumento interno proprio		
Descrizione dello strumento			
Criteri di inclusione			
Criteri di esclusione			
Tasso di risposta (in %)			
Lettere di richiamo?		<input type="checkbox"/> No.	<input type="checkbox"/> Sì, impiegate come segue:

D1-3 Soddisfazione dei collaboratori

Nella struttura viene misurata la soddisfazione dei collaboratori?	
<input checked="" type="checkbox"/>	No , nella nostra struttura non viene misurata la soddisfazione dei collaboratori.
<input type="checkbox"/>	Sì , nella nostra struttura viene misurata la soddisfazione dei collaboratori.
<input type="checkbox"/>	Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009 Ultimo rilevamento: Prossimo rilevamento:
<input type="checkbox"/>	Sì, nell'anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.

In quali sedi / settori è stato eseguito il sondaggio nell'anno di riferimento 2009?				
<input type="checkbox"/>	In tutta la struttura / in tutte le sedi, o... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti sedi:	
<input type="checkbox"/>	In tutte le specialità / settori specialistici, o... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti specialità / settori specialistici:	
<input type="checkbox"/>	In tutte le unità/ reparti, o... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti unità / reparti:	

Risultati	Valore	Valutazione dei risultati / Osservazioni
Struttura complessiva		
Risultati per settore	Risultati	Valutazione dei risultati / Osservazioni
<input type="checkbox"/> La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.		
<input type="checkbox"/> L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.		

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009			
<input type="checkbox"/>	Strumento di misura esterno		
	Nome dello strumento		Nome dell'istituto di misurazione
<input type="checkbox"/>	Strumento interno proprio		
Descrizione dello strumento			
Criteri di inclusione			
Criteri di esclusione			
Tasso di risposta (in %)			
Lettere di richiamo?		<input type="checkbox"/> No.	<input type="checkbox"/> Sì, impiegate come segue:

D1-4 Soddisfazione di chi dispone il ricovero

Nella struttura viene misurata la soddisfazione di chi dispone il ricovero?			
<input checked="" type="checkbox"/>	No , nella nostra struttura non viene misurata la soddisfazione di chi dispone il ricovero.		
<input type="checkbox"/>	Sì , nella nostra struttura viene misurata la soddisfazione di chi dispone il ricovero.		
	<input type="checkbox"/> Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009	Ultimo rilevamento:	Prossimo rilevamento:
<input type="checkbox"/>	Sì, nell'anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.		

In quali sedi / settori è stato eseguito il sondaggio nell'anno di rapporto 2009?			
<input type="checkbox"/>	In tutta la struttura / in tutte le sedi, o... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti sedi:
<input type="checkbox"/>	In tutte le specialità / settori specialistici, o... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti specialità / settori specialistici:
<input type="checkbox"/>	In tutte le unità/ reparti, o... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti unità / reparti:

Risultati	Valore	Valutazione dei risultati / Osservazioni
Struttura complessiva		
Risultati per settore	Risultati	Valutazione dei risultati / Osservazioni
<input type="checkbox"/>	La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.	
<input type="checkbox"/>	L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.	

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009			
<input type="checkbox"/>	Strumento di misura esterno		
	Nome dello strumento	Nome dell'istituto di misurazione	
<input type="checkbox"/>	Strumento interno proprio		
Descrizione dello strumento			
Criteri di inclusione			
Criteri di esclusione			
Tasso di risposta (in %)			
Lettere di richiamo?		<input type="checkbox"/> No.	<input type="checkbox"/> Sì, impiegate come segue:

D2 Indicatori ANQ

D2-1 Riammissioni potenzialmente evitabili



Nella struttura viene misurato il tasso di riammissioni potenzialmente evitabili?				
<input checked="" type="checkbox"/> No , nella nostra struttura non viene misurato il tasso di riammissioni potenzialmente evitabili.				
<input type="checkbox"/> Sì , nella nostra struttura viene misurato il tasso di riammissioni potenzialmente evitabili.				
<input type="checkbox"/> Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009 Ultimo rilevamento: <input type="text"/> Prossimo rilevamento: <input type="text"/>				
<input type="checkbox"/> Sì , nell'anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.				
Gruppi ospedalieri: in quali sedi? <input type="text"/>				
Numero delle dimissioni nel 2009	Numero delle riammissioni nel 2009	Tasso di riammissione: risultato [%]	Periodo di osservazione (numero di giorni)	Istanza di analisi
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Valutazione dei risultati / Osservazioni				
<input type="checkbox"/> La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.				
<input type="checkbox"/> L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.				
<input type="checkbox"/> Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.				

D2-2 Reinterventi potenzialmente evitabili



Nella struttura viene misurato il tasso di reinterventi potenzialmente evitabili?			
<input checked="" type="checkbox"/> No , nella nostra struttura non viene misurato il tasso di reinterventi potenzialmente evitabili.			
<input type="checkbox"/> Sì , nella nostra struttura viene misurato il tasso di reinterventi potenzialmente evitabili.			
<input type="checkbox"/> Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009 Ultimo rilevamento: <input type="text"/> Prossimo rilevamento: <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Sì , nell'anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.			
Gruppi ospedalieri: in quali sedi? <input type="text"/>			
Numero degli interventi nel 2009	Numero di interventi ripetuti nel 2009	Tasso di reintervento: risultato [%]	Istanza di analisi
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Valutazione dei risultati / Osservazioni			
<input type="checkbox"/> La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.			
<input type="checkbox"/> L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.			
<input type="checkbox"/> Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.			

D2-3 Infezioni del sito chirurgico secondo SwissNOSO



Nella struttura viene misurato il tasso di infezioni del sito chirurgico secondo SwissNOSO?		
<input type="checkbox"/>	No , nella nostra struttura non viene misurato il tasso di infezioni del sito chirurgico.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Sì , nella nostra struttura viene misurato il tasso di infezioni del sito chirurgico secondo SwissNOSO.	
<input type="checkbox"/>	Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009	Ultimo rilevamento: <input type="text"/> Prossimo rilevamento: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Sì , nell'anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.	
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?		<input type="text"/>
Temi 2009	Valori	Osservazioni
<input checked="" type="checkbox"/> Colecistectomia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Appendicectomia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Interventi di ernia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Interventi al colon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Taglio cesareo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cardiochirurgia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Protesi dell'anca	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Protesi del ginocchio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.	
<input type="checkbox"/>	L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.	
<input type="checkbox"/>	Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.	

D2-4 Partecipazione ad altri programmi di misura delle infezioni



Nella struttura vengono misurate le infezioni con programmi diversi da SwissNOSO?		
<input checked="" type="checkbox"/>	No , nella nostra struttura non vengono misurate le infezioni.	
<input type="checkbox"/>	Sì , nella nostra struttura vengono misurate le infezioni, ma non con SwissNOSO.	
<input type="checkbox"/>	Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009	Ultimo rilevamento: <input type="text"/> Prossimo rilevamento: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Sì , nell'anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.	
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?		<input type="text"/>
Tema di misura delle infezioni		
<input type="text"/>		
Misure nell'anno di riferimento 2009		
Reparti sottoposti a misura:	<input type="text"/>	Risultato: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.	
<input type="checkbox"/>	L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.	
<input type="checkbox"/>	Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.	
Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009		
<input type="checkbox"/> Strumento interno	Nome dello strumento:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Strumento esterno	Nome fornitore / Istanza di valutazione:	<input type="text"/>

D3 Altri indicatori di qualità

Tema della misura	PARTO/TAGLIO CESAREO
--------------------------	-----------------------------

Misure nell'anno di riferimento 2009			
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?			
Reparti sottoposti a misura:	Ostetricia	Risultato:	vedi sotto
<input type="checkbox"/> La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati. <input type="checkbox"/> L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. <input type="checkbox"/> Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.			

Risultati	Valore	Valutazione dei risultati / Osservazioni
	99%	La valutazione complessiva viene tratta dal risultato della domanda: "In generale, si reputa soddisfatta dell'assistenza e della cura?" Nota: Sono considerate le risposte 1-2 su una scala di 4 (1. Assolutamente sì- 2. Più sì che no- 3. Più no che sì- 4. Assolutamente no)

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009		
<input type="checkbox"/> Strumento interno	Nome dello strumento:	Scheda di rilevamento T07 e Questionario paziente
<input checked="" type="checkbox"/> Strumento esterno	Nome fornitore / Istanza di valutazione:	Verein Outcome

Tema della misura	
--------------------------	--

Misure nell'anno di riferimento 2009			
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?			
Reparti sottoposti a misura:		Risultato:	
<input type="checkbox"/> La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati. <input type="checkbox"/> L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. <input type="checkbox"/> Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.			

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009		
<input type="checkbox"/> Strumento interno	Nome dello strumento:	
<input type="checkbox"/> Strumento esterno	Nome fornitore / Istanza di valutazione:	

Tema della misura	
--------------------------	--

Misure nell'anno di riferimento 2009			
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?			
Reparti sottoposti a misura:		Risultato:	
<input type="checkbox"/> La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati. <input type="checkbox"/> L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. <input type="checkbox"/> Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.			

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009		
<input type="checkbox"/> Strumento interno	Nome dello strumento:	
<input type="checkbox"/> Strumento esterno	Nome fornitore / Istanza di valutazione:	

D4 Altre modalità di confronto esterno nell'ambito della promozione della qualità

Sorveglianza e registri

Codifica/designazione	Settore ¹	Motivo del rilevamento ²	Stato ³
Osservazioni			

Spiegazione:

¹ A = Struttura complessiva

B = Disciplina specialistica, ad esempio fisioterapia, servizio medico, pronto soccorso, ecc.

C = Singolo reparto

² A = Società specialistiche

B = Riconosciuta da altre istituzioni diverse da società specialistiche, ad esempio QABE

C = Sistema interno alla struttura

³ A = Attuazione / partecipazione da oltre un anno

B = Attuazione / partecipazione nell'anno di riferimento 2009

C = Introduzione nell'anno di riferimento 2009

Il progetto nazionale CIQ in ambito psichiatrico, diretto da H+, santésuisse e dalla CTM, e sostenuto dal Servizio "qualità e processi" dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e dalla Conferenza dei direttori della sanità (CDS), ha specificato - per la psichiatria e per i settori della riabilitazione muscoloscheletrica e neurologica- gli sforzi messi in atto in materia di qualità coerentemente alla LAMal e all'OAMal. Questo progetto pilota, svoltosi sull'arco di due anni, tramite misure interne attuate dalle strutture - sia dal punto di vista del paziente (autovalutazione) sia da quello del trattamento (valutazione esterna) - tramite uno scambio regolare e l'organizzazione di una rete tra tutte le cliniche pilota, così come tramite un confronto sistematico dei risultati delle misure condotte in queste cliniche, ha promosso la qualità e la riflessione sulle misure di miglioramento.

Nel marzo del 2009 la società nazionale per la promozione della qualità (CIQ) e l'associazione intercantonale per la garanzia e la promozione della qualità (IVQ) hanno fuso e formato l'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità negli ospedali e nelle cliniche (ANQ). Per questo motivo, nel rapporto 2009 sarà ancora utilizzata la designazione CIQ.

D5-1 Progetto pilota CIQ per la psichiatria per adulti



Partecipazione al progetto pilota CIQ	
<input type="checkbox"/> sì	Variante di misura scelta: <input type="checkbox"/> Sintomi, qualità di vita, misure obbligatorie <input type="checkbox"/> Sintomi, qualità di vita <input type="checkbox"/> Sintomi, misure obbligatorie
<input type="checkbox"/> no	

D5-2 Progetto pilota CIQ per la riabilitazione



Partecipazione al progetto pilota CIQ	
<input type="checkbox"/> sì: riabilitazione muscolo-scheletrica	Regioni del corpo selezionate: <input type="checkbox"/> Colonna vertebrale lombare (ted. LWS) <input type="checkbox"/> Colonna vertebrale cervicale (ted. HWS) <input type="checkbox"/> Arti inferiori (ted. UEX) <input type="checkbox"/> Arti superiori (ted. OEX) <input type="checkbox"/> Tutto il corpo (ted. SYS)
<input type="checkbox"/> sì: riabilitazione neurologica: partecipazione alla documentazione degli obiettivi	
<input type="checkbox"/> no	

E

Modalità interne di promozione della qualità (monitoraggio)

E1 Indicatori infermieristici

E1-1 Cadute



Definizione del tema di misura "cadute"	L'evento in cui il paziente viene trovato seduto o giacente al suolo o riferisce di essere caduto e di essere riuscito ad alzarsi
--	---

Misure nell'anno di riferimento 2009			
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?			
Reparti sottoposti a misura:		Reparti di degenza - dal 1.1.2009 al 15.10.2009	
Risultato complessivo:	39	Casi con conseguenze per il trattamento: 14 (con lesioni)	Casi senza conseguenze per il trattamento: 25 (senza lesioni)
<input type="checkbox"/> La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati. <input type="checkbox"/> L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. <input type="checkbox"/> Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.			

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009	
<input checked="" type="checkbox"/> Strumento interno	Nome dello strumento:
<input type="checkbox"/> Strumento esterno	Nome fornitore / Istanza di valutazione:

E1-2 Decubito (lesioni da pressione)



Misure nell'anno di riferimento 2009	
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?	
Reparti sottoposti a misura:	Tutti i reparti di degenza
Risultato complessivo:	24
<input type="checkbox"/> La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati. <input type="checkbox"/> L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. <input type="checkbox"/> Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.	

Momento di comparsa del decubito	Valori (quantitativi)				
	totale	Livello I	Livello II	Livello III	Livello IV
Numero dei decubiti presenti al momento dell'ospedalizzazione e della riospedalizzazione	9		6	3	
Numero dei decubiti comparsi durante la permanenza nella struttura	15	9	6		
Descrizione del comportamento adottato in entrambe le situazioni					

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009	
<input checked="" type="checkbox"/> Strumento interno	Nome dello strumento:
<input type="checkbox"/> Strumento esterno	Nome fornitore / Istanza di valutazione:

E2 Altri indicatori di qualità utilizzati

E2-1 Complemento per la lungodegenza



Indicatore	Valori: [%] o quantitativi	Osservazioni
Misure limitanti la libertà: documentare la frequenza in rapporto ai casi totali e alle misure intraprese per singolo caso		
Numero di casi con catetere permanente		
Comportamento nei confronti dei pensionanti	<input type="checkbox"/> Direttive esistenti.	<input type="checkbox"/> Direttive non esistenti.

E2-2 Indicatori di qualità o monitoraggi interni propri

Tema di misura	
Misure nell'anno di riferimento 2009	
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?	
Reparti sottoposti a misura:	Risultato:
<input type="checkbox"/> La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati. <input type="checkbox"/> L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. <input type="checkbox"/> Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.	
Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009	
<input type="checkbox"/> Strumento interno	Nome dello strumento:
<input type="checkbox"/> Strumento esterno	Nome fornitore / Istanza di valutazione:

Tema di misura	
Misure nell'anno di riferimento 2009	
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?	
Reparti sottoposti a misura:	Risultato:
<input type="checkbox"/> La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati. <input type="checkbox"/> L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. <input type="checkbox"/> Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.	
Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009	
<input type="checkbox"/> Strumento interno	Nome dello strumento:
<input type="checkbox"/> Strumento esterno	Nome fornitore / Istanza di valutazione:

F

Attività di miglioramento

I contenuti di questo capitolo sono disponibili anche sul sito www.informazioneospedaliera.ch

F1 Certificazioni e norme / standard utilizzati

Settore (tutta la struttura o sede / reparto / disciplina)	Norma applicata	Anno di certificazione	Anno dell'ultima ricertificazione	Osservazioni
Il Sistema Qualità è applicabile a tutti i reparti/servizi della clinica. Esso non è invece applicato a terzi che hanno affittato locali presso la nostra struttura	ISO 9001	2000	2009	

F2 Panoramica sulle attività in corso

Elenco delle attività **permanenti**

Settore (tutta la struttura o sede / reparto / disciplina)	Progetto (Titolo)	Obiettivo	Stato alla fine del 2009

F3 Panoramica sui progetti in corso concernenti la qualità

Elenco dei **progetti** di qualità nell'anno di riferimento (in corso / terminato)

Settore (tutta la struttura o sede / reparto / disciplina)	Progetto (Titolo)	Obiettivo	Periodo di validità (dal...al...)
TUTTA LA CLINICA	CLINICAL RISK ASSESSMENT	Conoscenza dello stato di rischio dell'ospedale ed alle attuali strategie di gestione dello stesso, al fine di individuare il percorso di miglioramento che dovrà essere attuato in un'ottica di PATIENT SAFETY	Marzo 2009
TUTTA LA CLINICA	LEGAL COMPLIANCE AMBIENTALE	Analisi del quadro legale applicabile alla clinica e verifica del rispetto delle prescrizioni vigenti in materia ambientale.	Luglio 2009

F4 Progetti di promozione della qualità selezionati

Descrizione di 1-3 progetti di qualità **ultimati**

Titolo del progetto	CLINICAL RISK ASSESSMENT	
Settore	<input checked="" type="checkbox"/> Progetto interno	<input type="checkbox"/> Progetto esterno (ad es. assieme al Cantone)
Obiettivo del progetto	Conoscenza dello stato di rischio dell'ospedale ed alle attuali strategie di gestione dello stesso, al fine di individuare il percorso di miglioramento che dovrà essere attuato in un'ottica di PATIENT SAFETY (sicurezza del paziente)	
Spiegazione	Il Gruppo Ospedaliero Ars Medica ha dato mandato a professionisti esterni con appurata esperienza nel settore per l'esecuzione di tale progetto.	
Decorso del progetto / metodologia	<p>E' stato sviluppato un programma di valutazione dei rischi e delle vulnerabilità di sistema, articolato secondo le seguenti fasi operative:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La fase di <u>Risk Mapping</u> punta all'analisi dei processi sanitari e di supporto per individuare le vulnerabilità rispetto ai processi di gestione e prevenzione dei rischi e si svolge attraverso interviste strutturate al personale e alle funzioni chiave; revisione di alcune procedure e documenti organizzativi collegati alla gestione e prevenzione dei rischi; analisi di dati storici collegati alla gestione del rischio. - La fase di <u>Risk Evaluation</u> consiste nell'esprimere attraverso indici di rischiosità una connessione tra le analisi svolte e una prospettiva d'azione futura. - La fase di <u>Risk Strategy</u> è volta alla definizione di un piano per la gestione dei Rischi e per il miglioramento della sicurezza del paziente, personalizzato rispetto ai bisogni e alle valutazioni proprie del gruppo (fasi di Risk Mapping e di Risk Evaluation) e coerente con requisiti nazionali e internazionali di Patient Safety 	
Settore d'impiego	<input type="checkbox"/> Con altre istituzioni. Quali?	
	<input checked="" type="checkbox"/> Tutto il gruppo, risp. in tutta l'istituzione	
	<input type="checkbox"/> Singole sedi. In quali sedi?	
	<input type="checkbox"/> Singoli reparti. In quali reparti?	
Gruppi professionali coinvolti	Sono stati coinvolti tutti i gruppi professionisti facenti parte dei processi con impatto diretto sulle cure e sull'assistenza erogata e dei processi di supporto (area documentazione sanitario, sistemi di monitoraggio, sicurezza del personale).	
Valutazione del progetto / conseguenze	<p>I risultati di questa valutazione sono stati oggetto un'approfondita riflessione da parte del Management e del Consiglio di Amministrazione. In questa fase, essi sono stati coadiuvati dal team di consulenza.</p> <p>Fra le misure intraprese, ricordiamo in particolare quelle che hanno portato ad un maggior coinvolgimento del Corpo medico nella Direzione aziendale e nei lavori delle Commissioni di specialità, ciò che ha permesso di avvalersi ulteriormente delle sue conoscenze specifiche. Il neocostituito Consiglio di Direzione ha pure potuto utilizzare la relazione di audit per affinare la struttura gestionale ed evidenziare alcuni indicatori di rischio sanitario che saranno oggetto di specifico e continuo esame.</p>	
Documentazione ulteriore		

Titolo del progetto	LEGAL COMPLIANCE AMBIENTALE	
Settore	<input checked="" type="checkbox"/> Progetto interno	<input type="checkbox"/> Progetto esterno (ad es. assieme al Cantone)
Obiettivo del progetto	Analisi del quadro legale applicabile alla clinica e verifica del rispetto delle prescrizioni vigenti in materia ambientale.	
Spiegazione	Il Gruppo Ospedaliero Ars Medica ha dato mandato a professionisti esterni con appurata esperienza nel settore per l'esecuzione di tale progetto.	
Decorso del progetto / metodologia	L'analisi è stata svolta sulla base degli aspetti ambientali rilevanti e della legislazione federale, comunale e cantonale	
Settore d'impiego	<input type="checkbox"/> Con altre istituzioni. Quali?	
	<input checked="" type="checkbox"/> Tutto il gruppo, risp. in tutta l'istituzione	
	<input type="checkbox"/> Singole sedi. In quali sedi?	
	<input type="checkbox"/> Singoli reparti. In quali reparti?	
Gruppi professionali coinvolti	Direzione, Servizio tecnico-medico, Servizio Alberghiero, Servizio Qualità.	
Valutazione del progetto / conseguenze	A seguito della verifica condotta, il Management ha deciso di implementare un Sistema di gestione ambientale secondo le norme ISO 14001:2004.	
Documentazione ulteriore		

G

Conclusione e prospettive

La qualità: una tradizione e un obiettivo continuo

Il Gruppo Ospedaliero Ars Medica ripone grande importanza nel criterio fondamentale della valutazione qualitativa continua delle proprie prestazioni e dei propri servizi.

Da molti anni ormai le Cliniche sono certificate secondo lo standard ISO 9001, dal 2006 partecipano alle misurazioni effettuate dall'Associazione Outcome di Zurigo e, dal 2008, hanno aderito alle raccomandazioni formulate dall'Associazione Nazionale per lo sviluppo della qualità negli Ospedali e nelle Cliniche (ANQ).

Il Gruppo Ospedaliero Ars Medica continuerà anche in futuro ad effettuare misurazioni esterne e a partecipare a programmi di prevenzioni esterne, impiegando strumenti di controllo altamente performanti e riconosciuti in ambito sanitario internazionale, così che il Management amministrativo e sanitario possano ottenere le informazioni necessarie per un'appropriata gestione delle strutture, consentendo la messa in atto, laddove indicato, delle dovute misure correttive.



Impressum

Editore / documentazione



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+ Gli ospedali svizzeri, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Berna
© H+ Gli ospedali svizzeri 2010

Vedere anche www.hplusqualite.ch



I simboli utilizzati in questo rapporto per le categorie ospedaliere di **somatica acuta, psichiatria, riabilitazione e lungodegenza** sono utilizzati solo laddove i moduli si riferiscono a singole categorie di cura. In assenza di simboli la raccomandazione è rivolta a tutte le categorie.

Per comprendere meglio alcune espressioni specifiche del nostro settore, H+ ha predisposto un **glossario** in tre lingue, messo a disposizione su:

- www.hplusqualite.ch → Rapporto sulla qualità per ogni ospedale
- www.hplusqualite.ch → Rapporto H+ sulla qualità del settore

Cantoni e gruppi associati



Questo modello di rapporto sulla qualità è stato elaborato in collaborazione con il gruppo guida "Sviluppo della qualità negli ospedali acuti del Canton di Berna" (QABE). Nel rapporto viene utilizzato lo stemma del Cantone invece di QABE ogni volta che il Cantone prescrive la documentazione.

Vedere anche http://www.gef.be.ch/site/fr/gef_spa_qabe



Il Cantone Basilea-Città si è accordato con H+ Gli ospedali svizzeri. I fornitori di prestazioni nel Cantone Basilea-Città sono tenuti a indicare le informazioni richieste nei moduli contrassegnati dallo stemma del Cantone. Le cliniche di lunga degenza del Canton di Basilea-Città sono esonerate da questo obbligo.

I partner



Le raccomandazioni espresse dall'ANQ (Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità negli ospedali e nelle cliniche) sono state integrate e sono contrassegnate dal logo ANQ.

Vedere anche la pagina www.anq.ch



Allegati