

Rapporto sulla qualità 2019

secondo il modello di H+

Approvazione in data:
Tramite:

27.05.2020
Michela, Pfyffer, Direttrice

Versione 1



Clinica Sant'Anna

www.clinicasantanna.ch



somatica acuta

Colophon

Il presente rapporto sulla qualità è stato allestito secondo il modello di H+ Gli Ospedali Svizzeri. Il modello del rapporto sulla qualità rappresenta il resoconto unico per i settori specialistici somatica acuta, psichiatria e riabilitazione per l'anno di riferimento 2019.

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

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

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

Pubblico

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

Persona di contatto Rapporto sulla qualità 2019

Signora
Stefania Zoccatelli
Capo Servizio Qualità
+41 91 985 1278
szoccatelli@clnicasantanna.ch

Prefazione di H+ Gli Ospedali Svizzeri

Gli ospedali e le cliniche in Svizzera ci tengono a sviluppare costantemente le misure per la promozione della qualità e di documentarle in maniera trasparente. Grazie ai rapporti sulla qualità, tutti gli interessati ottengono una panoramica sulla situazione.

Tutti gli ospedali e le cliniche svizzeri partecipano oggi a misurazioni della qualità dell'ANQ, vincolanti e unitarie a livello nazionale con pubblicazione trasparente dei risultati. Dopo la somatica acuta e la psichiatria ora pure i risultati della misurazione specifica al settore della riabilitazione sono stati pubblicati in maniera trasparente a livello svizzero. Nel 2019 l'ANQ, le cui misurazioni nel frattempo sono unanimemente riconosciute, ha potuto festeggiare i suoi 10 anni di esistenza.

Mediante dei certificati, gli ospedali e le cliniche documentano le proprie attività in materia di qualità e confermano il rispetto di determinati requisiti di qualità e norme. Oggi vi sono oltre 100 certificazioni e procedure di riconoscimento a scelta. Alcune, in base a disposizioni di legge, sono obbligatorie, la maggior parte però si basa sull'impegno volontario. La scelta spazia da certificazioni per i sistemi di gestione della qualità (QMS) – secondo ISO 9001, EFQM, JCI oppure sanaCERT – a certificazioni di programmi della qualità specifiche per reparti clinici, ad esempio in centri di senologia o laboratori del sonno. Sono gli ospedali, infine, a scegliere quali sono le certificazioni che da un lato adempiono le condizioni quadro giuridiche e dall'altro lato si adattano meglio ai loro pazienti.

Tramite conferenze sulla morbilità e sulla mortalità (M&M) vengono rielaborati complicazioni medico-sanitarie, percorsi insoliti e decessi inattesi di pazienti. A tale riguardo, la Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera ha sviluppato una guida con materiali per la pratica e ha effettuato test e ottimizzato la guida in ospedali scelti. Per ulteriori informazioni e la guida gratuita rinviamo all'indirizzo: www.securitedespatients.ch/rmm.

Con il modello di rapporto sulla qualità, H+ permette ai propri membri di presentare un resoconto unitario e trasparente sulle attività che ospedali e cliniche svolgono in materia di qualità.

I risultati delle misurazioni della qualità pubblicati in tale rapporto si riferiscono ai singoli ospedali e alle singole cliniche. Confrontando i risultati delle misurazioni tra gli istituti occorre considerare determinate limitazioni. Da una parte, l'offerta di prestazioni (cfr. [annesso 1](#)) dovrebbe essere simile. Un ospedale di cure di base ad esempio tratta casi diversi rispetto a un ospedale universitario, ragione per cui anche i relativi risultati delle misurazioni dovranno essere valutati diversamente. Dall'altra, gli ospedali e le cliniche dispongono di strumenti di misurazione diversi, che possono distinguersi nella struttura, nell'organizzazione, nel metodo di rilevamento e nella pubblicazione. Confronti puntuali sono possibili in caso di misurazioni uniformi a livello nazionale, i cui risultati per clinica e ospedale, rispettivamente sede vengono aggiustati di conseguenza. Queste pubblicazioni si trovano al sito www.anq.ch/it.

Con i migliori saluti



Anne-Geneviève Bütikofer
Direttrice H+

Indice

Colophon	2
Prefazione di H+ Gli Ospedali Svizzeri	3
1 Introduzione	6
2 Organizzazione della gestione della qualità	7
2.1 Organigramma	7
2.2 Persone di contatto della gestione della qualità	7
3 Strategia della qualità	8
3.1 2 - 3 punti principali nell'ambito della qualità nell'anno di esercizio 2019	8
3.2 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2019.....	9
3.3 Sviluppo della qualità nei prossimi anni	9
4 Panoramica delle attività nell'ambito della qualità	10
4.1 Partecipazione a misurazioni nazionali	10
4.2 Svolgimento di misurazioni prescritte a livello cantonale Il Cantone non prescrive misurazioni della qualità per il nostro istituto.	
4.3 Svolgimento di altre misurazioni interne	11
4.4 Attività e progetti nell'ambito della qualità	12
4.4.1 CIRS – imparare dagli errori	14
4.5 Panoramica dei registri	15
4.6 Panoramica delle certificazioni.....	16
MISURAZIONI DELLA QUALITÀ	17
Sondaggi	18
5 Soddisfazione dei pazienti	18
5.1 Inchiesta nazionale soddisfazione pazienti	18
5.2 Sondaggi propri.....	20
5.2.1 Soddisfazione pazienti - Misurazione interna.....	20
5.2.2 Soddisfazione pazienti - MECON measure & consult GmbH	22
5.3 Gestione dei reclami	23
6 Soddisfazione dei familiari Nell'anno in esame, il nostro istituto non ha svolto alcun sondaggio.	
7 Soddisfazione dei collaboratori Nell'anno in esame, il nostro istituto non ha svolto alcun sondaggio.	
8 Soddisfazione dei medici invianti Nell'anno in esame, il nostro istituto non ha svolto alcun sondaggio.	
Qualità delle cure	24
9 Riammissioni	24
9.1 Analisi nazionale delle riammissioni potenzialmente evitabili	24
10 Interventi chirurgici	25
10.1 Misurazione propria.....	25
10.1.1 Monitoraggio continuo	25
11 Infezioni	26
11.1 Rilevamento nazionale delle infezioni del sito chirurgico	26
12 Caduta	28
12.1 Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta	28
13 Lesioni da pressione	30
13.1 Misurazione dell'indicatore di prevalenza decubito tra bambini e adolescenti.....	30
14 Misure restrittive della libertà Una misurazione in questo ambito non è rilevante per un ospedale acuto.	
15 Peso dei sintomi psichici Una misurazione in questo ambito non è rilevante per un ospedale acuto.	
16 Raggiungimento degli obiettivi e stato di salute fisica Una misurazione in questo ambito non è rilevante per un ospedale acuto.	
17 Altre misurazioni	32

17.1	Altre misurazioni interne	32
17.1.1	Cadute (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ)	32
17.1.2	Lesioni da pressione (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ).....	32
17.1.3	Infezioni nosocomiali (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ)	33
18	I progetti in dettaglio.....	34
18.1	Progetti in corso	34
18.1.1	Formazione continua urgenze ostetriche	34
18.1.2	Progetto di gruppo-Incontri periodici-Area Qualità	34
18.1.3	Progetto di gruppo-Incontri periodici-Area Sicurezza.....	34
18.1.4	Progetto di gruppo-Incontri periodici-Area Infermieristica	34
18.2	Progetti conclusi nel 2019	35
18.2.1	Macro area medico-chirurgica	35
18.2.2	Safetly climate and SSI rates	35
18.3	Progetti di certificazione in corso	35
18.3.1	ISO 9001:2015	35
18.3.2	The Swiss Leading Hospitals	35
19	Conclusione e prospettive	36
Annexo 1: panoramica dell'offerta dell'istituto		37
Somatica acuta.....		37
Editore		38

1 Introduzione

Nota fin dalla fondazione per la sua maternità, la Clinica Sant'Anna dispone di un'ampia offerta sanitaria: discipline legate alla salute femminile, oncologia, medicina interna, chirurgia generale, chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica ed un Centro di Medicina Preventiva Nescens.

La Clinica Sant'Anna fondata nel 1934, è conosciuta come la culla del Ticino: il suo reparto di maternità è il più importante del Cantone con quasi 900 parti all'anno e tra i maggiori in Svizzera nel settore privato, contando un importante servizio di neonatologia. Il prestigio della struttura, la competenza e professionalità del personale medico ed infermieristico, le tecnologie all'avanguardia, il trattamento alberghiero e l'attenzione personalizzata per soddisfare le esigenze dei pazienti ne rappresentano i principali punti di forza. I nostri collaboratori e dipendenti specializzati sono impegnati ogni giorno a rispondere con empatia alle esigenze di tutti i nostri pazienti. Il nostro team di medici e specialisti, con esperienze tra loro complementari e multidisciplinari, è in grado di seguire ogni paziente per tutte le sue esigenze di cura, informandolo e consigliandolo al meglio.

La Clinica Sant'Anna offre trattamenti che coprono un ampio spettro di specialità. Accoglie i pazienti in confortevoli suite, junior suite, camere private, semiprivati e comuni.

Dispone inoltre di un Pronto Soccorso di ginecologia e ostetricia, gestito da personale ostetrico e medico altamente qualificato e supportato da una piattaforma tecnica altamente performante.

La Clinica dispone inoltre di un servizio di radiologia interno, con circa 20'000 accertamenti ambulatoriali annui, dotato delle tecnologie più avanzate. Il personale è continuamente aggiornato sulle nuove procedure, sulle nuove tecnologie e sui sistemi informatici più all'avanguardia.

Dal 2018 è disponibile all'interno della Clinica Sant'Anna l'Ambulatorio Visite Urgenti che prende a carico i pazienti dai 16 anni compiuti con un problema urgente di salute, senza appuntamento.

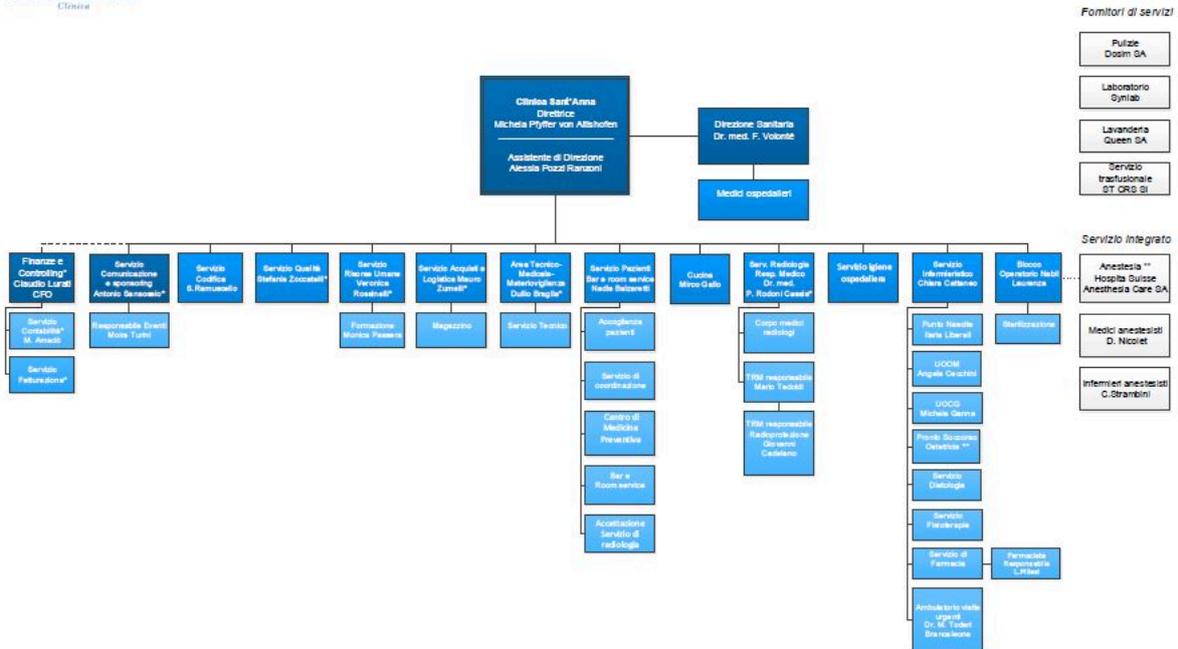
Pionieri nelle patologie del mondo femminile, la nostra ambizione è quella di sviluppare e realizzare il concetto di "Clinica della Donna". Entrata nel 2012 a far parte del gruppo Svizzero di cliniche private Swiss Medical Network unitamente alla Clinica Ars Medica di Gravesano, la nostra clinica ha acquisito ulteriore forza nel sistema sanitario ticinese e può vantare un'alleanza strategica con un gruppo a respiro nazionale, dandoci la possibilità di affrontare con maggiore sicurezza e competenza le importanti sfide future.

Citazione: "La salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia". (Concetto dell'OMS-1998)

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

2 Organizzazione della gestione della qualità

2.1 Organigramma



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

Complessivamente una percentuale lavorativa del **50 %** è destinata alla gestione della qualità.

2.2 Persone di contatto della gestione della qualità

Signora Michela Pfyffer
Direttrice/supervisione qualità
+41 91 985 12 11
mpfyffer@clnicasantanna.ch

Signor Stefan Keller
Responsabile progetti d'igiene
+41 91 985 15 73
skeller@clnicasantanna.ch

Dottor Francesco Volonté
Direttore Sanitario
+41 91 993 06 69
info@dr-volonte.ch

Signora Elvia Buzelli
Collaboratrice servizio qualità
+41 91 985 16 94
ebuzellii@clnicasantanna.ch

Signora Stefania Zoccatelli
Capo servizio qualità
+41 91 985 12 78
zsoccatelli@clnicasantanna.ch

Signora Chiara Cattaneo
Capo servizio Area Infermieristica
+41 91 985 13 00
CCattaneo@clnicasantanna.ch

3 Strategia della qualità

I processi della Qualità della nostra Clinica, membro di Swiss Medical Network, fanno parte della strategia del gruppo che mira all'eccellenza delle prestazioni per i suoi pazienti e per i suoi medici.

Linee direttive:

1. Affianchiamo i pazienti nella gestione della propria salute in un ambiente di alto livello.
2. Teniamo in considerazione i bisogni e le scelte di ogni paziente e instauriamo una relazione di fiducia nel rispetto dei diritti e dei doveri di ciascuno.
3. Ci assicuriamo che la comunicazione sia contestualizzata e che avvenga nel momento giusto con i giusti interlocutori.
4. Accrediamo dei medici riconosciuti per la loro esperienza e mettiamo a loro disposizione una piattaforma tecnica di ultima generazione, performante e innovativa.
5. Promuoviamo la formazione continua dei nostri collaboratori con lo scopo di mantenere costantemente aggiornate le loro conoscenze per garantire una presa a carico sempre sicura ed efficace.
6. Promuoviamo i principi della Soluzione Settoriale H+ per la Sicurezza sul lavoro e la tutela della salute dei collaboratori, diffondendo un'informazione a tutti i livelli in materia di sicurezza e salute, poiché considera questi due aspetti una parte fondamentale nello svolgimento del proprio lavoro.
7. Adottiamo le misure necessarie per evitare rischi, promuoviamo il miglioramento continuo allo scopo di aumentare la qualità e la sicurezza delle nostre prestazioni, così come la soddisfazione dei nostri pazienti, medici e collaboratori.
8. Prestiamo particolare attenzione alla sostenibilità ambientale e ci impegniamo a ridurre il consumo energetico portandoci sulle energie rinnovabili
9. Agiamo nel rispetto delle disposizioni di legge, delle normative vigenti e delle ulteriori regolamentazioni e raccomandazioni.

Ci aspettiamo che ogni collaboratore garantisca i principi sopra elencati e che partecipi al miglioramento continuo della qualità.

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

3.1 2 - 3 punti principali nell'ambito della qualità nell'anno di esercizio 2019

L'anno 2019 è stato caratterizzato dall'ottenimento del riconoscimento "The Swiss Leading Hospitals" (SLH) che include criteri di qualità relativi a: la soddisfazione, le competenze professionali, la medicina e le cure, i servizi alberghieri e la sicurezza dei pazienti.

E' stato inoltre migliorato il processo di audit. Lo scopo dell'audit è di valutare il sistema di gestione su diversi piani: conformità ai criteri di esigenza, attitudine di chi utilizza il sistema di gestione ed efficacia del sistema di gestione adottato. Nessun sistema è perfetto e ci sono sempre punti deboli che potrebbero essere eliminati e migliorati. A questo proposito è stata effettuata una pianificazione degli audit interni annuale, sono stati formati 19 capi servizi/reparto della clinica Ars Medica e Sant'Anna quali "auditor interni" con l'obiettivo di interscambio degli audit tra le due cliniche e sono state create apposite check-list d'audit di processo. Durante l'anno sono stati organizzati diversi audit interni, effettuati in un'atmosfera aperta in cui tutti gli argomenti potevano essere discussi apertamente. Le azioni correttive scaturite dagli audit sono state evase nell'ottica del miglioramento continuo.

Implementazione cure-intermedie: a livello strutturale sono stati rinnovati gli spazi della pre-esistente area day-hospital, su una superficie complessiva di 135m2 con 4 postazioni indipendenti di unità paziente e una centrale di monitoraggio pazienti, posta al centro del locale, che assicura il controllo simultaneo, per parametri clinici delle 4 unità di cura.

Sono stati inoltre predisposti i seguenti locali: infermeria, bagno pazienti, bagno disabili, vuotatoio, locale sporco, locale pulito, spogliatoio collaboratori, sala riunioni; sala d'attesa visitatori ubicata immediatamente fuori dall'unità.

Sono state inoltre ristrutturate 11 camere comuni al 5° e 6° piano.

3.2 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2019

- Revisione dei processi in funzione dei criteri Swiss Leading Hospitals (SLH).
- Introduzione processo d'audit interni.
- Continuazione del processo di miglioramento continuo basato sulle segnalazioni dei collaboratori, dei pazienti e dei visitatori (questionario soddisfazione, reclami, CIRS, audit interni).
- Miglioramento della campagna vaccinale antinfluenzale sostenuta sia mediante ripetute azioni di informazioni settimanali sia attraverso contatti diretti tra i collaboratori e l'incaricato alle somministrazioni. Da confronto con i dati della precedente stagione 2018-19 si è osservato un incremento delle adesioni complessive dei collaboratori alla campagna vaccinale antinfluenzale volontaria, come raccomandato dalle indicazioni in materia.
- Proseguimento del miglioramento relativo alla continuità cure nell'area punto nascite attraverso incontri semestrali tra team punto nascite, levatrici indipendenti ed infermiere pediatriche dei consultori. Tali attività sono finalizzate a discutere ed analizzare situazioni critiche organizzative e di presa in carico assistenziale di casi specifici mamma-bambino sul post-parto nell'ottica di un miglioramento continuo. Redazione di un rapporto di uscita ostetrico dove sono sintetizzate le informazioni medico-assistenziali-ostetriche di rilevanza per la successiva presa in carico di mamma e bambino da parte del team cure sul territorio.

3.3 Sviluppo della qualità nei prossimi anni

- Migliorare la sicurezza del paziente chirurgico attraverso l'autovalutazione. Adesione al programma pilota nazionale «progress! COM-Check – chirurgia sicura» della Fondazione Svizzera per la sicurezza dei pazienti. Formazione team di osservazione interprofessionali interni i quali imparano a rilevare l'adesione alla check list chirurgica e a migliorarla continuamente fornendo all'équipe chirurgica riscontri volti all'apprendimento.
- Migliorare la rilevazione e la presa a carico del dolore finalizzata a sostenere la filosofia "Un ospedale senza dolore".
- Consolidare le responsabilità sulla tracciabilità documentale della cartella sanitaria.
- Introduzione di una procedura al fine di valutare l'efficacia del protocollo di decolonizzazione per pazienti con MRSA.
- Migliorare ulteriormente le competenze dei referenti della pratica per la formazione OSS, perfezionare la selezione dei candidati apprendisti e sensibilizzare ulteriormente gli apprendisti sulla prevenzione mobbing, molestie ed alcolismo.
- Implementare progetti relativi al rilevamento degli esiti riferiti dal paziente basati sulla percezione di una malattia e del suo trattamento.
- Certificazione centro senologia.
- Implementare prenatal board con la partecipazione di neonatologo, ginecologo, direzione, responsabile dipartimento materno-infantile e specialista esterno.
- Implementare un questionario di soddisfazione per il bonding.
- Introdurre no strumento per la tracciabilità di un intervento chirurgico.

4 Panoramica delle attività nell'ambito della qualità

4.1 Partecipazione a misurazioni nazionali

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

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

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

4.3 Svolgimento di altre misurazioni interne

Il nostro istituto ha svolto altre misurazioni della qualità oltre a quelle prescritte a livello nazionale e cantonale.

Il nostro istituto ha svolto le seguenti inchieste di soddisfazione interne:
<i>Soddisfazione dei pazienti</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Soddisfazione pazienti - Misurazione interna▪ Soddisfazione pazienti - MECON measure & consult GmbH
Il nostro istituto ha svolto le seguenti misurazioni interne:
<i>Interventi chirurgici</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Monitoraggio continuo
<i>Altre misurazioni</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Cadute (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ)▪ Lesioni da pressione (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ)▪ Infezioni nosocomiali (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ)

4.4 Attività e progetti nell'ambito della qualità

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

GESTIONE DEI RECLAMI

Obiettivo	Monitoraggio ed analisi dei reclami
Settore nel quale si svolge l'attività o il progetto	Intero istituto
Durata Durata (dal ... al)	01.01.2019-31.12.2019
Tipo di attività/di progetto	Si tratta di un progetto interno ..
Motivazione	Miglioramento continuo

PROCESSO AUDIT

Obiettivo	Formazione "auditor interni" e implementazione processo
Settore nel quale si svolge l'attività o il progetto	Intero istituto
Durata Durata (dal ... al)	01.01.2019-31.12.2019
Tipo di attività/di progetto	Si tratta di un progetto interno ..
Motivazione	Miglioramento continuo
Metodo	Formazione interna, pianificazione annuale audit, creazione check-list
Gruppi professionali coinvolti	Tutti

CULTURA DELLA QUALITA'

Obiettivo	Rafforzare ulteriormente la cultura di miglioramento continuo della qualità
Settore nel quale si svolge l'attività o il progetto	Intero istituto
Durata Durata (dal ... al)	dal 01.01 al 31.12.2019
Tipo di attività/di progetto	Si tratta di un progetto interno ..
Motivazione	Certificazione SLH, audit di sorveglianza ISO 9001 :2015

SAFETLY CLIMATE AND SSI RATES

Obiettivo	Adesione allo studio Watussi
Settore nel quale si svolge l'attività o il progetto	Blocco operatorio
Durata Durata (dal ... al)	Quarto trimestre 2019
Motivazione	Rilevamento del clima di sicurezza tra il personale del blocco operatorio
Metodo	Questionario da compilare anonimamente dal personale del blocco operatorio

COM-CHECK-LIST CHIRURGIA SICURA

Obiettivo	Adesione al programma pilota della Fondazione Svizzera Sicurezza pazienti
Settore nel quale si svolge l'attività o il progetto	Chirurgia sicura
Durata Durata (dal ... al)	Iscrizione al progetto 2019 – Durata 2020-2021
Motivazione	Migliorare la sicurezza della chirurgia sicura attraverso l'autovalutazione

MACRO AREA MEDICO-CHIRURGICA

Obiettivo	Creazione unico macro area medico-chirurgica
Settore nel quale si svolge l'attività o il progetto	Chirurgia-medicina-oncologia
Durata Durata (dal ... al)	Terzo trimestre 2019
Tipo di attività/di progetto	Si tratta di un progetto interno ..

FORMAZIONE CONTINUA URGENZE OSTETRICHE

Obiettivo	Formazione continua urgenze ostetriche
Settore nel quale si svolge l'attività o il progetto	Ostetricia
Durata Durata (dal ... al)	Marzo 2019
Tipo di attività/di progetto	Si tratta di un progetto interno ..
Motivazione	Consolidare le conoscenze teorico-pratiche su alcuni temi di rilevanza clinico-assistenziale

PROGETTO DI GRUPPO-INCONTRI PERIODICI

Obiettivo	Incontri periodici di tutti i responsabili a livello di gruppo
Settore nel quale si svolge l'attività o il progetto	Diversi settori
Durata Durata (dal ... al)	Tutto l'anno
Tipo di attività/di progetto	Si tratta di un progetto interno ..

4.4.1 CIRS – imparare dagli errori

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

Il nostro istituto ha introdotto il sistema CIRS nel 2015 .

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

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

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

4.5 Panoramica dei registri

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

I registri e gli studi elencati sono ufficialmente notificati alla FMH: www.fmh.ch/it/temi/qualita-asqm/registri.cfm

Nell'anno in esame, il nostro istituto ha partecipato ai registri seguenti:			
Descrizione	Disciplina / area	Gestore	Dal
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anestesia	SGAR Società svizzera per anestesiologia e rianimazione sgar-ssar.ch/a-qua/	2018
AQC Gruppo di lavoro per la garanzia della qualità in chirurgia	Chirurgia, ginecologia e ostetricia, chirurgia pediatrica, neurochirurgia, chirurgia ortopedica, chirurgia plastica, urologia, cardiocirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, gastroenterologia, chirurgia della mano, medicina intensiva, senologia, chirurgia bariatrica, medicina del lavoro	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2016
Infreporting Sistema di dichiarazione delle malattie trasmissibili con obbligo di dichiarazione	Infeziologia, epidemiologia	Ufficio federale della sanità, sezione sistemi di dichiarazione www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html	Dall'introduzione
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anestesiologia, chirurgia, Ginecologia e ostetricia, chirurgia ortopedica, prevenzione e salute pubblica, cardiocirurgia chirurgia toracica e chirurgia vascolare, infectiologia, cardiologia, medicina intensiva	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	Dall'introduzione
RTT Ticino Registro dei tumori del Canton Ticino	Tutti	www.ti.ch/tumori	Dall'introduzione

4.6 Panoramica delle certificazioni

Il nostro istituto è titolare delle certificazioni seguenti:				
Norma applicata	Settore, che lavora con la norma / lo standard	Anno della prima certificazione valida	Anno dell'ultima ricertificazione	Commenti
ISO 9001:2015	Intero istituto	2019	2019	Audit eseguito ottobre 2018, certificato ottenuto gennaio 2019
The Swiss Leading Hospitals	Intero istituto	2019	2019	Prima certificazione 2019

MISURAZIONI DELLA QUALITÀ

Inchieste

5 Soddisfazione dei pazienti

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

5.1 Inchiesta nazionale soddisfazione pazienti

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

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

Risultati

Domande	Valore dell'anno precedente		Grado di soddisfazione aggiustato, media 2018 (IC* = 95%)
	2016	2017	
Clinica Sant'Anna			
Come valuta la qualità delle cure (dei medici e del personale infermieristico)?	4.18	4.25	4.10 (3.94 - 4.26)
Ha avuto la possibilità di porre delle domande?	4.53	4.43	4.35 (4.17 - 4.52)
Ha ricevuto risposte comprensibili alle Sue domande?	4.73	4.64	4.63 (4.47 - 4.79)
Le è stato spiegato in maniera comprensibile lo scopo dei farmaci da assumere a domicilio?	4.69	4.54	4.70 (4.47 - 4.93)
Com'era l'organizzazione della Sua dimissione dall'ospedale?	4.02	4.12	4.00 (3.80 - 4.20)
Come ha trovato la durata del Suo soggiorno in ospedale?	93.90 %	90.00 %	91.00 %
Numero dei pazienti contattati 2018			197
Numero di questionari ritornati	78	Tasso di risposta	40 %

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

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

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

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

Per quanto in linea con la media nazionale, cosa che dimostra il rispetto degli standard qualitativi attesi, stiamo lavorando per sempre migliorare il livello di soddisfazione dei pazienti e contrastare le oscillazioni di gradimento periodiche.

Informazioni relative alla misurazione

Istituto nazionale di analisi	ESOPE, Unisanté, Lausanne
-------------------------------	---------------------------

Informazioni per il pubblico specializzato:

Informazioni sul collettivo considerato	Criteri d'inclusione	L'inchiesta ha coinvolto tutti i pazienti degenti (≥ 18 anni) dimessi dall'ospedale nel mese di settembre 2018.
	Criteri d'esclusione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pazienti deceduti in ospedale. ▪ Pazienti senza domicilio fisso in Svizzera. ▪ I pazienti ricoverati più volte sono stati intervistati solamente una volta.

5.2 Sondaggi propri

5.2.1 Soddisfazione pazienti - Misurazione interna

La valutazione della qualità del servizio sanitario deve tener conto della qualità percepita dai pazienti. I sistemi di rilevamento della soddisfazione del paziente fanno emergere la possibile discrepanza dalla qualità fornita alla qualità percepita. La qualità del servizio viene raggiunta quando lo scostamento tra percezioni e aspettative sul servizio è nullo, quando cioè la struttura eroga un servizio in linea con i desideri dell'utente. La valutazione da parte del paziente della qualità delle prestazioni è un importante e riconosciuto indicatore di qualità. Tutte le Cliniche del gruppo Swiss Medical Network utilizzano lo stesso questionario di soddisfazione paziente. Nel questionario sono contenute anche le 6 domande che ANQ pone nei sondaggi annuali. Le risposte possibili sono 1 2 3 4 5 in una scala di valutazione crescente (non soddisfatto a molto soddisfatto)

Metodo di compilazione

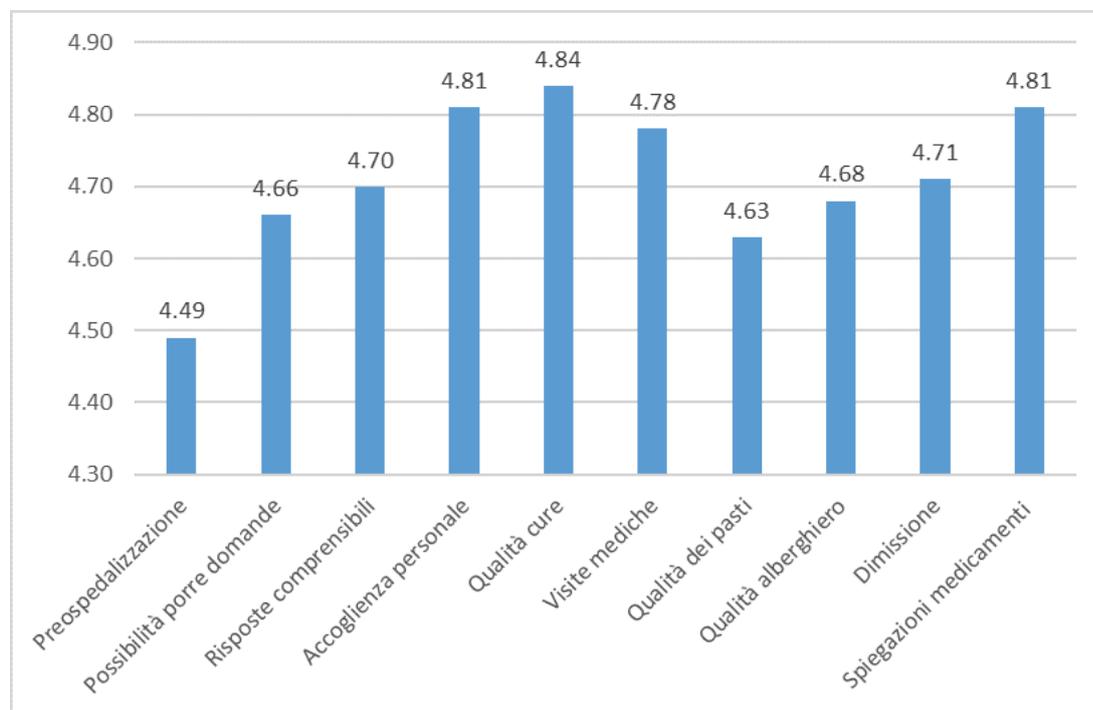
- Inserimento dal paziente tramite I PAD alla dimissione oppure
- Invio questionario tramite e-mail oppure
- Compilazione cartacea (Inserimento nell'IPad successivamente)

La/L' inchiesta tra i pazienti è stata svolta nel 2019 .

Intero istituto

Tutti i pazienti degenti.

Percentuale di ritorno	40.1
Media generale	4.72



Valutazione dei risultati e attività di miglioramento

Nella nostra cultura aziendale di miglioramento continuo sono costantemente analizzati i dati e prese azioni correttive.

Per quanto riguarda la pre-ospedalizzazione (valutazione delle informazioni ricevute prima del ricovero presso il suo domicilio) le difficoltà di comunicazione sono legate all'alta percentuale di ricoveri in urgenza.

Rispetto al gradimento dei pasti stiamo implementando un concetto di presa a carico differente per tipologia di intervento/ricovero con l'obiettivo di rendere più personalizzato e appetibile lo schema dietetico previsto.

Informazioni relative alla misurazione

Metodo/strumento sviluppato internamente	
--	--

5.2.2 Soddisfazione pazienti - MECON measure & consult GmbH

Avere un questionario di soddisfazione come strumento di benchmark esterno è il requisito nr. 1.1. dei criteri di SLH (Swiss Leading Hospitals). La ditta scelta da SLH è la ditta MECON measure & consult GmbH-Zürich

La/L' inchiesta tra i pazienti è stata svolta dal Luglio 2019 al Dicembre 2019 .

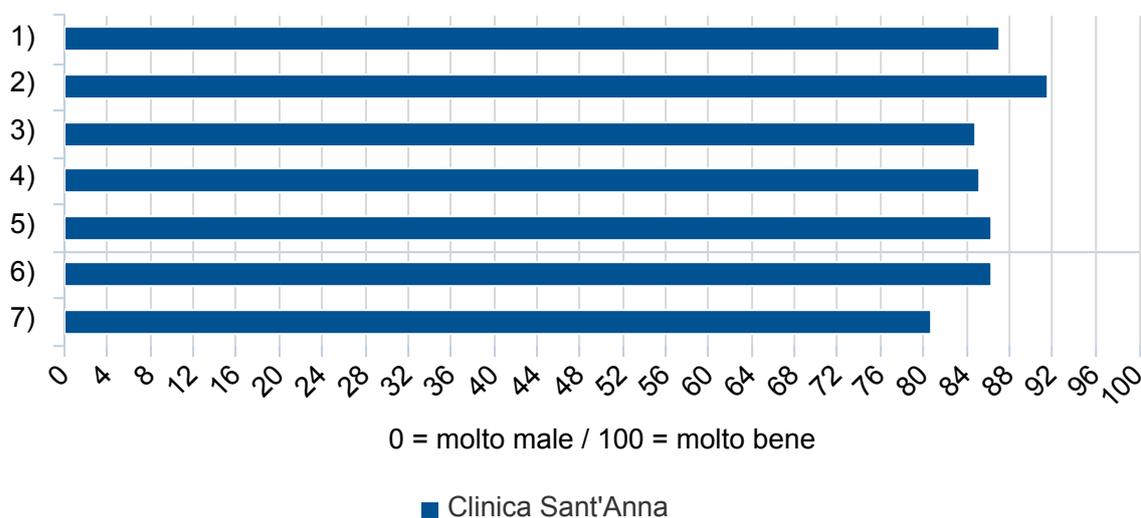
Intero istituto

Questionario inviato a 500 pazienti degenti nel periodo indicato

Non è stato inviato alcun sollecito.

Temî di misurazione

- 1) Soddisfazione globale
- 2) Medici
- 3) Personale di cura
- 4) Organizzazione
- 5) Cibo
- 6) Alloggio
- 7) Infrastrutture



Risultati della misurazione in cifre					
	Valori medi per Temî di misurazione				
	1)	2)	3)	4)	5)
Clinica Sant'Anna	87.00	91.50	84.90	85.20	86.40

Risultati della misurazione in cifre				
	Valori medi per Temî di misurazione		Numero questionari validi	Tasso di risposta %
	6)	7)		
Clinica Sant'Anna	86.30	80.80	141	28.00 %

I risultati delle misurazioni vengono confrontati con quelli di altri istituti (benchmark).

Informazioni relative alla misurazione	
Istituto nazionale di analisi	Mecon
Metodo / strumento	Standardfragebogen

5.3 Gestione dei reclami

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

Clinica Sant'Anna

Direzione

Alessia Pozzi

Assistente di Direzione

091 985 15 92

apozzi@clnicasantanna.ch

Qualità delle cure

9 Riammissioni

9.1 Analisi nazionale delle riammissioni potenzialmente evitabili

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

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

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

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

Risultati

Analisi dei dati (UST)	2014	2015	2016	2017
Clinica Sant'Anna				
Tasso di riammissioni esterne	-	32.80%	18.20%	17.20%
Rapporto tra i tassi*	1.32	1.07	1.2	1.07
Numero di dimissioni analizzabili 2017:				2224

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

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

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

Il rapporto tra tassi (1.07) è inferiore al limite di significatività del 5%. ANQ valuta quindi il dato positivamente

Informazioni relative alla misurazione

Istituto nazionale di analisi	SQLape GmbH
Metodo / strumento	SQLape®, metodo sviluppato scientificamente che calcola i valori corrispondenti basandosi sui dati statistici (BFS MedStat) degli ospedali.

Informazioni per il pubblico specializzato:

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

10 Interventi chirurgici

10.1 Misurazione propria

10.1.1 Monitoraggio continuo

Viene effettuato un monitoraggio continuo di tutti i reinterventi segnalati tramite il sistema CIRS. La Direzione Sanitaria effettua una valutazione per ogni singolo caso e per caso particolare può convocare un technical board di discussione.

La/L' misurazione è stata svolta nel 2019 .
Intero istituto

Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.

I casi vengono analizzati singolarmente per tanto la pubblicazione generale di questi risulterebbe forviante.

11 Infezioni

11.1 Rilevamento nazionale delle infezioni del sito chirurgico

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

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

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

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

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

- Appendicectomia
- Taglio cesareo
- Interventi colon-rettali

Risultati

Risultati delle misurazioni del periodo: 1° ottobre 2018 – 30 settembre 2019

interventi chirurgici	Numero d'interventi valutati 2019 (Total)	Numero d'infezioni accertate dopo questi interventi 2019 (N)	Tasso di infezioni aggiustato dell'anno precedente %			Tasso di infezioni aggiustato % 2019 (IC*)
			2016	2017	2018	
Clinica Sant'Anna						
Appendicectomia	9	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 33.60%)
Taglio cesareo	261	2	2.70%	0.80%	1.26%	0.77% (0.10% - 2.70%)
Interventi colon-rettali	16	0	0.00%	20.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 20.60%)

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

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

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

Le cifre presentate dimostrano la qualità della presa a carico globale del paziente corrispondente alla filosofia della clinica.

Informazioni relative alla misurazione

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

Informazioni per il pubblico specializzato:

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

12 Caduta

12.1 Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta

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

Maggiori informazioni:

www.anq.ch/it et www.lpz-um.eu

Risultati

	2016	2017	2018	2019
Clinica Sant'Anna				
Numero di cadute avvenute in ospedale	0	0	1	1
In percentuale	0.00%	0.00%	5.30%	6.60%
Residuo* (IC** = 95%)	-0.13 (-1.13 - 0.87)	-0.02 (-0.43 - 0.39)	0.01 (-0.42 - 0.44)	0.04 (-0.49 - 0.57)
Numero dei pazienti effettivamente considerati 2019	15	Quota percentuale (percentuale di risposte)		83.30%

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

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

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

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

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

Informazioni per il pubblico specializzato:		
Informazioni sul collettivo considerato	Criteri d'inclusione	<ul style="list-style-type: none">▪ Pazienti degenti ≥ 18 anni (incluse cure intense, cure continue), pazienti dai 16 ai 18 anni possono essere inclusi solo su base volontaria)▪ Dichiarazione di consenso orale del paziente/del rappresentante legale
	Criteri d'esclusione	<ul style="list-style-type: none">▪ Pazienti degenti che non hanno rilasciato la dichiarazione di consenso.▪ Puerpere e neonati sani nel reparto di maternità.▪ Bambini ricoverati in un reparto somatico acuto per adulti.▪ Pronto soccorso, cliniche diurne e settore ambulatoriale, sala risveglio.

13 Lesioni da pressione

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

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

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

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

Maggiori informazioni:

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

Risultati

Adulti

		Valore dell'anno precedente			2019	In percentuale
		2016	2017	2018		
Clinica Sant'Anna						
Prevalenza di decubito nosocomiale	Nel proprio ospedale, categoria 2-4	0	0	0	0	0.00%
	Residuo*, categoria 2-4 (IC** = 95%)	0	0	0 (-0.31 - 0.30)	-0.02 (-0.80 - 0.77)	-
Numero di adulti effettivamente considerati 2019	15	Quota percentuale (relativa a tutti i pazienti degenti il giorno della misura)			83.30%	

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

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

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

che permette il confronto.

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

Informazioni per il pubblico specializzato:		
Informazioni sul collettivo considerato	Criteri d'inclusione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pazienti degenti ≥ 18 anni (incluse cure intense, cure continue), pazienti dai 16 ai 18 anni possono essere inclusi solo su base volontaria (tra gli adulti) ▪ Tutti i bambini e gli adolescenti tra gli 0 e i 16 anni che il giorno del rilevamento erano ricoverati in un reparto "esplicitamente" pediatrico di un ospedale per adulti o in una clinica pediatrica ▪ Dichiarazione di consenso orale del paziente/del rappresentante legale
	Criteri d'esclusione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pazienti degenti che non hanno rilasciato la dichiarazione di consenso. ▪ Puerpere e neonati sani nel reparto di maternità. ▪ Bambini ricoverati in un reparto somatico acuto per adulti. ▪ Pronto soccorso, cliniche diurne e settore ambulatoriale, sala risveglio.

17 Altre misurazioni

17.1 Altre misurazioni interne

17.1.1 Cadute (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ)

Rilevamento di tutte le cadute verificatesi nel corso dell'anno. Sono inclusi tutti i pazienti degenti. La valutazione sul rischio caduta, in fase di accertamento infermieristico è assicurata a tutti i pazienti maggiori di 60 anni o inferiore con rischio specifico evidente. Nel reparto medicina/oncologia la valutazione rischio caduta viene effettuata a tutti i pazienti.

La/L' misurazione è stata svolta nel 2019 .

Intero istituto

Sono inclusi tutti i pazienti degenti.

N.cadute adulti	29	pari allo 1.22% del totale dei pazienti dimessi nel 2019
N.cadute neonati	1	pari allo 0.14% del totale dei pazienti dimessi nel 2019 (in camera, fase di rooming-in)

Valutazione dei risultati e attività di miglioramento

Ogni singola caduta viene analizzata effettuando un'audit sulla cartella clinica. In base di questi risultati vengono intraprese tutte le azioni correttive necessarie al fine di ridurre al minimo questi eventi.

Vengono inoltre effettuati rapporti trimestrali discussi con la Direzione e Direzione Sanitaria in fase di comitato qualità.

Informazioni relative alla misurazione

Metodo/strumento sviluppato internamente

17.1.2 Lesioni da pressione (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ)

Rilevamento di tutte le lesioni da pressione verificatesi nel corso dell'anno 2019. In tutti i reparti di cura della Clinica Sant'Anna. Sono inclusi tutti i pazienti degenti. La valutazione sul rischio di lesione da pressione, in fase di accertamento infermieristico mediante scala è svolta ai tutti i pazienti maggiori di 60 anni o inferiore con rischio specifico evidente.

La/L' misurazione è stata svolta nel 2019 .

Intero istituto

Tutti i pazienti degenti

N° complessivo delle LDP/anno	1(*)
% LDP sul numero dei ricoveri/anno	0.002%

*Lesione da pressione sviluppata prima della degenza

Informazioni relative alla misurazione

Metodo/strumento sviluppato internamente

17.1.3 Infezioni nosocomiali (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ)

Nel corso dell'anno vengono monitorate le infezioni nosocomiali.

La/L' misurazione è stata svolta nel 2019 .

Sono inclusi tutti i pazienti degenti.

Il monitoraggio viene effettuato a tutti i pazienti annunciati come infetti dal medico inviante e ai casi con riscontro in corso di ricovero.

N° pazienti	3892	2400 degenti + 1492 DH + 700 bebè
N° Infezioni nosocomiali	23	0.96% dei soli pazienti degenti
N° pazienti con riscontro di MRSA	1	3.8%
N° esami batteriologici	889	di differente tipo
N° pazienti sottoposti a batteriologia	838	di differente tipo

Informazioni relative alla misurazione

Metodo/strumento sviluppato internamente	
--	--

Osservazioni

In base ai dati rilevati possiamo dire che il personale curante ha mostrato un ottimo rispetto delle Precauzioni Standard e delle Misure Addizionali predisposte in base all'agente infettivo.

Vi è un numero considerevole di pazienti sottoposti a controlli batteriologici proprio per la tipologia e provenienza dei pazienti curati, che in rispetto dell'istruzione operativa vigente sono sottoposti a esami microbiologici specifici pre ricovero.

In conclusione possiamo affermare che i dati sono buoni e che la situazione è pienamente sotto controllo.

18 I progetti in dettaglio

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

18.1 Progetti in corso

18.1.1 Formazione continua urgenze ostetriche

Scopo: Consolidare le conoscenze teorico-pratiche su alcuni temi di rilevanza clinico-assistenziale con l'ottica evidence-based della letteratura.

Presentazione e discussione di casi affrontando questioni che spaziano nei più diversi momenti temporali della gravidanza: dal possibile accesso della donna in Pronto Soccorso ostetrico per la comparsa di disturbi, fino alla conclusiva fase in sala parto per la nascita del bebè.

18.1.2 Progetto di gruppo-Incontri periodici-Area Qualità

Incontri periodici di tutti i responsabili qualità a livello di gruppo

Scopo:

- Presentazione risultati misurazioni ANQ
- Presentazione risultati misurazioni interne
- Discussione relativa all'implementazione di un programma informatizzato che gestisca la documentazione qualità.
- Discussione per migliorare le procedure ed il portale relativo all'annuncio eventi avversi (CIRS)
- Condivisione e scambio esperienze relative ad audit di certificazione ISO e SLH
- Condivisione e scambio esperienze di audit ricevuti da enti cantonali o nazionali (SwissMedic, ecc.)
- Implementazione programma di scambio audit tra le varie cliniche del gruppo.
- A livello di igiene, implementazione da parte degli infermieri igienisti del gruppo, un manuale d'igiene di gruppo.

Negli incontri del gruppo qualità è presente, oltre al capo progetto qualità, anche la direttrice cure del gruppo, al fine di coordinare gli incontri periodici effettuati con i responsabili infermieristici (vedi punto sotto)

18.1.3 Progetto di gruppo-Incontri periodici-Area Sicurezza

Incontri periodici dei Coordinatori per la sicurezza sul lavoro e protezione della salute a livello di gruppo

Scopo:

- Condivisione e confronto di esperienze specifiche che ogni clinica ha promosso nell'ambito della SLPS
- Scambio di informazioni
- Supporto da Coordinatori che hanno maggiore esperienza in ambiti specifici o che hanno già affrontato determinati casi

Gli incontri sono coordinati dal capo progetto qualità e i gruppi sono suddivisi a seconda dell'origine linguistica (D-F)

18.1.4 Progetto di gruppo-Incontri periodici-Area Infermieristica

Incontri periodici di tutti i responsabili infermieristici a livello di gruppo

Scopo:

- Condivisione e confronto di esperienze specifiche che ogni clinica ha promosso
- Migliorare le sinergie per l'implementazione degli obiettivi di gruppo
- Implementazione cartella informatizzata

18.2 Progetti conclusi nel 2019

18.2.1 Macro area medico-chirurgica

Obiettivo: Creazione unica macro area medico-chirurgica.

Scopo: Migliorare l'interazione delle competenze e la gestione delle risorse in funzione delle loro competenze specifiche

18.2.2 Safetly climate and SSI rates

La nostra clinica ha partecipato al rilevamento su scala nazionale del clima di sicurezza e infezioni del sito chirurgico tra il personale del blocco operatorio nell'ambito del progetto Watussi promosso dal FNS (Swiss National Science Foundation).

Lo studio, condotto dall'Inselspital di Berna, dalla Fondazione Sicurezza dei pazienti e da Swissnoso, persegue l'obiettivo di acquisire nuove conoscenze sulla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico. Lo studio offre un'opportunità unica a livello internazionale per permettere di correlare i tassi di infezione del sito chirurgico rilevati su scala nazionale con le valutazioni soggettive dei collaboratori, così da poter ricavare nuove conoscenze in merito alle cause e alla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.

Il questionario anonimo è stato consegnato a tutto il personale del blocco operatorio ed il riscontro è stato positivo.

18.3 Progetti di certificazione in corso

18.3.1 ISO 9001:2015

Audit di certificazione ottobre 2018 (certificato ottenuto gennaio 2019)

Audit di sorveglianza eseguito il 18.10.2019.

L'audit si è svolto in un'atmosfera rilassata e aperta, in cui tutti gli argomenti potevano essere discussi apertamente.

Il team di auditori ha particolarmente apprezzato i seguenti punti:

- Forte coinvolgimento di tutti i dipendenti nell miglioramento continuo del sistema.
- Documentazione aggiornata di continuo
- Audit interni fatti con cura
- Certificazione SLH per entrambi le cliniche

L'efficacia del sistema di management è dimostrata in particolare dalle seguenti osservazioni:

- Tutte le osservazioni del audit di certificazione sono state sistematicamente prese in considerazione
- Coinvolgimento di tutti i capi reparti nel miglioramento continuo
- Analisi del contesto allestita con cura

Durante l'audit, non sono state evidenziate nessuna non-conformità.

18.3.2 The Swiss Leading Hospitals

Audit di certificazione eseguito nel mese di marzo 2019

Tutti i criteri da soddisfare secondo lo standard SLH sono soddisfatti.

I 45 criteri alberghieri sono stati verificati e sono soddisfatti al 100%.

Grazie alla soddisfazione dei criteri la Clinica è stata insignita del riconoscimento BEST IN CLASS a maggio 2019.

19 Conclusione e prospettive

Molte volte ci chiediamo quale sia la definizione di «qualità» più affine alla nostra visione, al nostro modo di essere e di lavorare. Tra le molte definizioni e descrizioni del concetto di qualità, ve ne sono due che si addicono particolarmente bene al nostro modo di essere: *“qualcosa che riguarda le persone, i comportamenti, la cultura, cioè quegli elementi che non possono essere né copiati né certificati”* (anonimo); e quella del Professor Peter Senge (*) *“la qualità è una vera e propria trasformazione del modo in cui facciamo le cose, del modo in cui le pensiamo, del modo in cui lavoriamo insieme e dei nostri valori”*.

Queste definizioni ben rispecchiano il nostro modo di essere e di lavorare in quanto mettono in risalto l'importanza della persona, dei mezzi, dei metodi, dei materiali e dell'ambiente, tutti elementi indispensabili per assicurare la soddisfazione dei bisogni del cliente/paziente. E forse mai come in questo difficile momento di pandemia Covid-19 questi elementi, legati al concetto di qualità, hanno fatto la differenza e ci hanno permesso di affrontare con vigore una difficile e imprevedibile sfida sanitaria, garantendo sempre la massima qualità sia per i nostri collaboratori sia per i nostri pazienti. Doveroso è continuare su questa strada, doveroso è continuare a sviluppare e modificare i comportamenti delle persone e adattare i mezzi necessari al fine di assicurare sempre il massimo. Il continuo adeguamento delle attività e la costante evoluzione dei mezzi e degli approcci, sono garanzia di qualità.

() Peter Michael Senge (1947), è uno scienziato americano di sistemi, docente senior presso il MIT, Sloan School of Management, co-docente presso il New England Complex System Institute e fondatore della Society for Organizational Learning.*

Annesso 1: panoramica dell'offerta dell'istituto

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

Per maggiori informazioni sull'offerta dell'istituto, potete rivolgervi all'ospedale o alla clinica, o consultare l'attuale rapporto annuale.

Somatica acuta

Offerta seconda pianificazione ospedaliera / gruppi di prestazione
Basispaket
Pacchetto base per la chirurgia e la medicina interna
Ginecologia
Ginecologia
Centro di senologia riconosciuto e certificato
Ostetricia
Assistenza di base in ostetricia (dalla 35a settimana di gestazione e \geq 2000g)
Nascite
Assistenza di base ai neonati (dalla 35a settimana di gestazione e \geq 2000g)
Radioterapia (radio-oncologia)
Oncologia

Osservazioni

Centro di senologia verrà certificato nel 2020

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/qualita/rapportosullaqualita/



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

Gruppi partecipanti e partner



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

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

Si veda anche:

www.hplus.ch/it/chisiamo/commissionidispecialisti/



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

Altri partecipanti



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

Si veda anche: www.anq.ch/it



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

Si veda anche: www.patientensicherheit.ch



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