

Rapporto sulla qualità 2018

Versione 1

Clinica Santa Chiara SA Locarno

[www.Clinicasanta](http://www.Clinicasanta.ch)chiara.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 2018.

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

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

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

Pubblico

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

Persona di contatto Rapporto sulla qualità 2018

Signor

Antonio Cataldi

Responsabile Qualità tel: 091 756 48 83

a.cataldi@Clinicasantachiara.ch

Prefazione di H+ Gli Ospedali Svizzeri

Gli ospedali e le cliniche in Svizzera dimostrano grande disponibilità a illustrare in modo trasparente le misure di salvaguardia della qualità adottate e ricorrono a metodi affermati per il miglioramento interno della qualità. Nel 2017, i membri di H+ hanno acconsentito alla pubblicazione dei risultati nazionali delle misurazioni specifiche nella riabilitazione. Questi risultati fungono anche da indicatori interni per individuare per tempo eventuali anomalie e, all'occorrenza, adottare provvedimenti. Le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità sono un altro strumento consolidato per individuare il potenziale di miglioramento nel processo di cura. In tale ottica, vengono elaborate retrospettivamente e analizzate complicità, decorsi inusuali e decessi inaspettati.

Nel 2017, Sicurezza dei pazienti Svizzera ha fornito, in collaborazione con diversi gruppi di interesse, ospedali e specialisti del settore sanitario, vari contributi alla promozione della sicurezza dei pazienti. Insieme a Swissnoso, su mandato della Confederazione la Fondazione ha portato a termine il terzo programma pilota nazionale progress!, dedicato alla sicurezza nel cateterismo vescicale. Gli ospedali pilota hanno testato l'efficacia di un pacchetto di interventi volto a evitare cateterizzazioni inutili e a ridurre al minimo indispensabile il tempo di permanenza dei cateteri.

I doppi controlli di farmaci ad alto rischio servono invece a garantire una corretta farmacoterapia nei nosocomi. L'efficacia di questa misura non è sempre attestata e la sua attuazione è onerosa in termini di risorse. Sono pertanto essenziali una pianificazione e un'organizzazione ottimali dei controlli.

Sicurezza dei pazienti Svizzera ha approfondito il tema e redatto per la prima volta una raccomandazione all'attenzione degli ospedali svizzeri con consigli su come procedere a verifiche ottimali dei farmaci ad alto rischio.

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

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

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

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

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

Con i migliori saluti



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Indice

Colophon	2
Prefazione di H+ Gli Ospedali Svizzeri	3
1 Introduzione	6
2 Organizzazione della gestione della qualità	7
2.1 Organigramma	7
2.2 Persone di contatto della gestione della qualità	8
3 Strategia della qualità	9
3.1 2-3 punti principali nell'ambito della qualità nell'anno di esercizio 2018	9
3.2 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2018	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	10
4.4 Attività e progetti nell'ambito della qualità	11
4.4.1 CIRS – imparare dagli errori	12
4.5 Panoramica dei registri	13
4.6 Panoramica delle certificazioni	14
MISURAZIONI DELLA QUALITÀ	15
Sondaggi	16
5 Soddisfazione dei pazienti	16
5.1 Inchiesta nazionale soddisfazione pazienti	16
5.2 Gestione dei reclami	17
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	18
9 Riammissioni	18
9.1 Analisi nazionale delle riammissioni potenzialmente evitabili	18
10 Interventi chirurgici	
Il nostro istituto conduce periodicamente una misurazione.	
11 Infezioni	19
11.1 Rilevamento nazionale delle infezioni del sito chirurgico	19
12 Caduta	22
12.1 Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta	22
13 Lesioni da pressione	24
13.1 Misurazione dell'indicatore di prevalenza decubito	24
14 Misure restrittive della libertà	
-	
15 Peso dei sintomi psichici	
Il nostro istituto non offre prestazioni in questo settore.	
16 Raggiungimento degli obiettivi e stato di salute fisica	
Il nostro istituto non offre prestazioni in questo settore.	
17 Altre misurazioni	26
17.1 Altre misurazioni interne	26
17.1.1 Cadute (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ)	26
17.1.2 Infezioni nosocomiali	26
18 I progetti in dettaglio	27

Rapporto sulla qualità 2018	
Progetti in corso	27
Progetto Supsi sulle violazioni	27
Progetti conclusi nel 2018	27
18.1	
Nessun progetto	27
18.1.1	
Progetti di certificazione in corso	28
18.2	
Nessun progetto	28
18.2.1	
18.3	
Conclusione e prospettive	29
18.3.1	
19	

Annesso 1: panoramica dell'offerta dell'istituto	30
Somatica acuta	30
Editore	32

1 Introduzione

La Clinica Santa Chiara é situata nella caratteristica città turistica di Locarno, nota per il clima mite dato dall'abbraccio delle vallate alpine e dall'influenza del suggestivo Lago Maggiore. Dista pochi minuti dalla famosa Piazza Grande sede di grandi avvenimenti e si trova a pochi passi dal rinomato Lago Maggiore con i suoi giardini molto apprezzati per la loro lussureggiante vegetazione mediterranea. La Clinica presente nella regione dal 1935 può vantare di un'ampia esperienza nei trattamenti acuti e rappresenta la piattaforma di lavoro dei 50 medici specialisti attivi, integrati al proprio interno o con un contratto di assunzione o secondo il modello del medico accreditato.

Dal 1° ottobre 2005 un gruppo di medici del Locarnese attivi in Clinica ha acquisito l'intero pacchetto azionario della CLINICA SANTA CHIARA SA tramite la FOPE Holding SA e provvede alla gestione della Clinica. La Clinica dispone di 100 posti letto con camere doppie o singole. Ogni camera è dotata di un televisore, telefono e possibilità d'accesso ad internet.

Il gruppo di medici che si è unito per rilevare questo istituto, rappresenta tutte le specialità della medicina moderna dal punto di vista professionale e condivide da molti anni gli stessi interessi ed i medesimi obiettivi.

La Clinica si avvale dei seguenti reparti e servizi, attrezzati secondo gli standard moderni della medicina e della diagnostica:

- Chirurgia generale e digestiva; Urologia,
- Ortopedia e Traumatologia, ORL, Oftalmologia, Ginecologia
- Medicina interna con Onco-Ematologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Epatologia, Dermatologia e Reumatologia
- Ostetricia con Neonatologia dalla 34° settimana
- Pronto Soccorso 24/24 365/36 con Continue
- Radiologia e Laboratorio 24/24 365/36

Completano la dotazione della struttura un eliporto, quattro sale operatorie, due sale parto, una sala travaglio con vasca per travaglio in acqua, la Nursery Barbara con cure in incubatrice, una sala allattamento che garantisce la privacy delle mamme ed il contemporaneo supporto delle infermiere pediatriche se necessario.

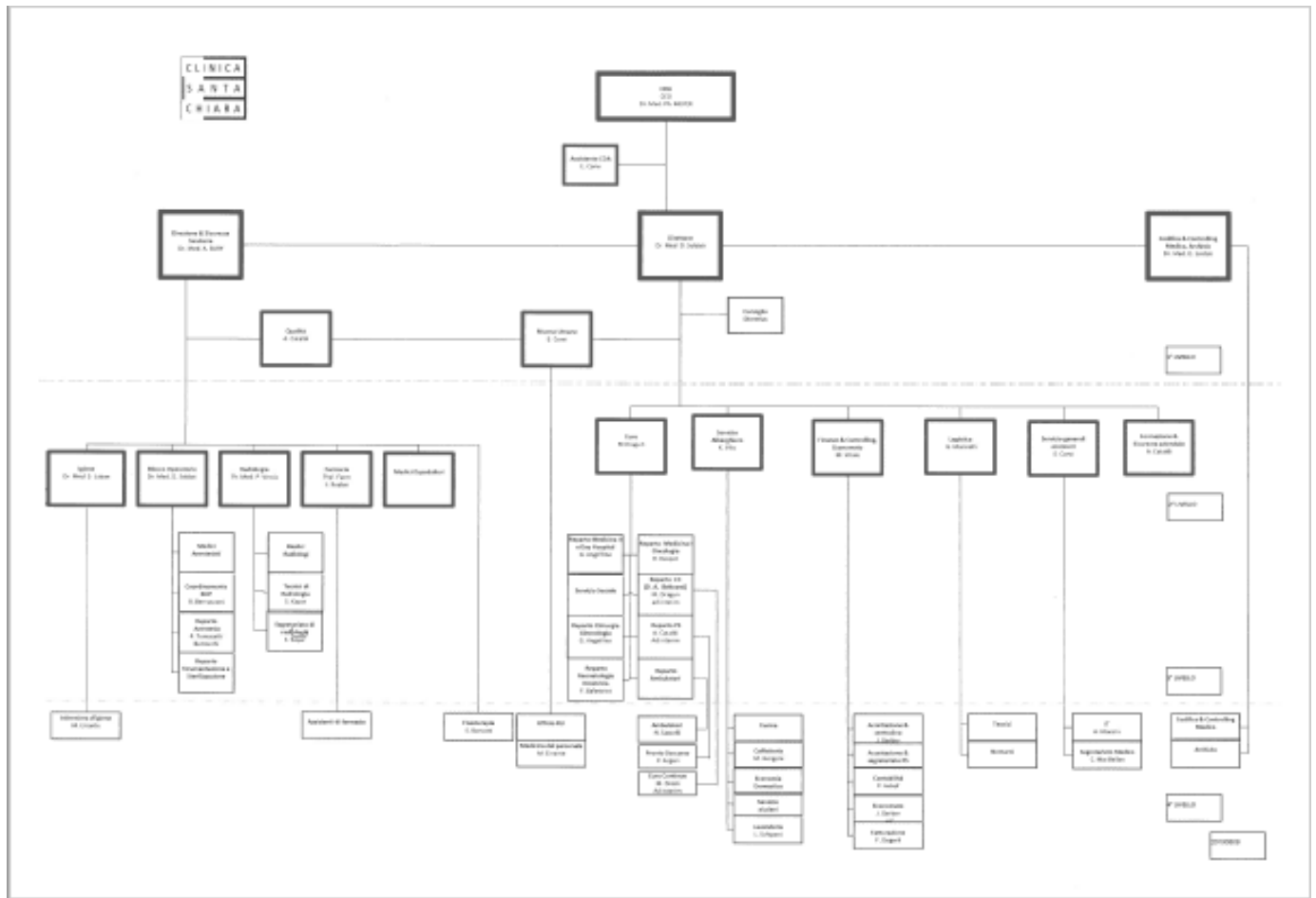
La Clinica Santa Chiara costituisce la concretizzazione di un concetto medico-sanitario del tutto originale, che esalta il lavoro d'équipe e la multi-disciplinarietà.

La Clinica è gestita secondo il principio dell'efficienza che ha permesso negli anni alla Clinica di continuare a finanziare con i propri mezzi il rinnovamento dell'infrastruttura e delle tecnologie. Il risultato di questa politica di re-investimento è stata la messa a disposizione della popolazione di una struttura ospedaliera in grado di garantire prestazioni sanitarie di ottimo livello.

Anche gli investimenti nel campo delle risorse umane hanno potuto essere garantiti nel tempo grazie all'ottimo andamento dell'attività sanitaria e al forte radicamento del principio dell'efficienza..

2 Organizzazione della gestione della qualità

2.1 Organigramma



La gestione della qualità è rappresentata nella Direzione. La gestione della qualità è una funzione di staff alle dirette dipendenze della Direzione.

La strategia di gestione della qualità serve a definire le tecniche e gli standard di qualità da applicare, nonché le varie responsabilità di raggiungimento dei livelli di qualità richiesti.

Complessivamente 1,5 UTP (3 persone) lavorano alla garanzia della qualità.

2.2 Persone di contatto della gestione della qualità

Dr. med. Daniela Soldati
Direttrice

Tel.: 091 756 48 13

d.soldati@Clinicasantachiara.ch

Signor Cataldi Antonio
Responsabile Qualità

Tel: 091 756 48 83

a.cataldi@Clinicasantachiara.ch

Signora Mara Dragun
Capo Cure

Tel: 091 756 48 01

m.dragun@Clinicasantachiara.ch

Signora Milena Errante
Infermiera/responsabile D'igiene ospedaliera

Tel: 091 756 48 06

m.errante@Clinicasantachiara.ch

3 Strategia della qualità

La strategia di gestione della qualità è una funzione di linea alle dirette dipendenze della Direzione (CdI); è preparata a partire dal lavoro simultaneo dei responsabili dei seguenti servizi: Risorse Umane, Cure, Formazione e Sicurezza aziendale/ Qualità, Controlling e Finanze, Alberghiero, Servizio Tecnico e il CdA della Clinica nel rispetto delle aspettative dei nostri stakeholder (clienti).

La strategia di gestione della qualità può assumere diversi format tra cui documenti a sé stante così come l'inserimento in uno strumento di gestione. La qualità è per noi una dimensione dinamica e la creazione di un sistema di gestione integrato vuole essere il punto di partenza e non quello di arrivo. L'obiettivo ultimo che tutti i collaboratori sono chiamati a condividere è quello del miglioramento continuo della qualità.

La strategia di gestione della qualità rispetta le seguenti regole:

- Definizione delle aspettative di qualità del cliente.
- Definizione delle modalità sufficienti a raggiungere la qualità richiesta.
- Definizione delle responsabilità relative alla 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 2017

Nel corso degli ultimi tre anni è stato condotto un progetto che ha portato ad un notevole incremento tecnologico. Nello specifico l'introduzione della cartella Clinica informatizzata ha permesso di ottimizzare i flussi di lavoro standardizzando le procedure operative e di raccolta dati. Gli elementi principali su cui si è lavorato all'interno dei gruppi di lavoro, per la realizzazione di piani di cura individualizzati per ogni paziente sono stati:

- Centralità del paziente all'interno del percorso di cura.
- Attenzione ai rapporti umani con i pazienti, i loro familiari e tra i colleghi di lavoro.
- Sviluppo delle competenze umane e tecniche dei collaboratori e delle collaboratrici.
- Elaborazione di un piano di valutazione del personale, strutturato in un'apposita scheda intitolata BPA (bilancio prestazioni aspettative) basato su standard definiti nei relativi ambiti e su obiettivi aziendali e personali.
- Proseguo della partecipazione a tutti i rilevamenti richiesti da ANQ, nello specifico:
 - inchiesta nazionale soddisfazione pazienti;
 - analisi delle riammissioni potenzialmente evitabili;
 - analisi dei reinterventi potenzialmente evitabili;
 - misurazione delle infezioni postoperatorie del sito chirurgico;
 - misurazione dell'indicatore di prevalenza caduta;
 - misurazione dell'indicatore di prevalenza decubito;
- Partecipazione ai registri obbligatori, nello specifico:
 - IDES (registro per protesi dell'anca, del ginocchio e dell'articolazione del piede);
 - RTT Ticino (registro dei tumori del Canton Ticino).

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

- Mantenimento del Label Fourchette Verte ottenuto nel 2015.
- Mantenimento della certificazione REKOLE ottenuto nel 2016.
- Consolidamento del processo CIRS.
- Mantenimento del Certificato Swiss Cancer Network ottenuto nel 2016.
- Mantenimento del Certificato CAS (certificazione aria suolo) del Blocco operatorio.
- Introduzione dei percorsi assistenziali infermieristici (piani di cura).
- Miglioramento nel trattamento e prevenzione dell'insorgenza di lesioni da decubito.
- Miglioramento nella gestione del rischio delle cadute e contenimento delle misure di limitazione delle libertà dei pazienti.
- Continuazione del processo di miglioramento continuo basato sulle segnalazioni dei collaboratori, dei pazienti e dei visitatori, sugli indicatori qualità.

- Continuazione del processo di miglioramento continuo sulle risultanze delle visite ispettive (audit esterni / audit interni).

3.3 Sviluppo della qualità nei prossimi anni

- Migliorare il processo CIRS
- Continuazione del processo di miglioramento continuo, con particolare attenzione al valore aggiunto per il paziente.
- Maggiore attenzione alle aspettative dei pazienti.

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 Swissnoso
▪ Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta
▪ Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza decubito
▪ Registro delle protesi SIRS

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 misurazioni interne:
<i>Altre misurazioni</i>
▪ Cadute (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ)

4.4 Attività e progetti nell'ambito della qualità

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

Rilevazione delle cadute interne

Obiettivo	Monitorare il tasso di prevalenza delle cadute su un intero anno
Settore nel quale si svolge l'attività o il progetto	tutti i reparti di cura
Durata	dal 01.01 al 31.12.2018
Tipo di attività/di progetto	Si tratta di un progetto interno
Motivazione	Il progetto interno mira a monitorare la situazione e ad ottenere il contenimento del tasso delle cadute

Misurazione indicatore di prevalenza decubito e cadute

Obiettivo	Monitorare il tasso di prevalenza decubiti / cadute in modo continuo
Settore nel quale si svolge l'attività o il progetto	Tutti i reparti
Durata	Nel corso di un giorno del mese di novembre 2018
Tipo di attività/di progetto	Si tratta di un progetto dell'ANQ
Motivazione	Rilevazione ed analisi di tutte le cadute e dei dcubiti nel giorno prestabilito

Sorveglianza del sito chirurgico

Obiettivo	Monitorare il tasso d'infezione in modo continuo
Settore nel quale si svolge l'attività o il progetto	Reparto di Chirurgia
Durata Durata (dal ... al)	dal 01.10.2017 al 30.09.2018
Tipo di attività/di progetto	Si tratta di un progetto dell'ANQ.
Motivazione	Riduzione del tasso delle infezioni

4.4.1 CIRS – imparare dagli errori

Il CIRS (Critical Incident Reporting System) è un sistema di segnalazione degli 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) permettendo in questo modo di adottare le necessarie misure di miglioramento.

La Clinica ha introdotto il sistema CIRS nel 2017. È stata definita una procedura standard per l'accertamento sistematico degli errori, per l'avvio e l'attuazione di misure di miglioramento.

Il processo CIRS comprende le seguenti operazioni:

- Notifica
- Accertamento
- Misure

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

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

Osservazioni

Gli eventi vengono discussi in un gruppo interdisciplinare (team qualità), con l'intento di apportare miglioramenti sistematici che permettono il non ripetersi degli eventi.

4.5 Panoramica dei registri

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

I registri e gli studi elencati sono ufficialmente notificati alla FMH: [www.fmh.ch/saqm/ service/forum medizinische register.cfm](http://www.fmh.ch/saqm/service/forum_medizinische_register.cfm)

Nell'anno in esame, il nostro istituto ha partecipato ai registri seguenti:			
Descrizione	Disciplina / area	Gestore	Dal
IDES Registro per protesi dell'anca, del ginocchio e dell'articolazione del piede	Chirurgia ortopedica	MEM Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch	2010
RTT Ticino Registro dei tumori del Canton Ticino	Oncologia	www.ti.ch/tumori	1996
SWISSNOSO – Registro infezioni del sito chirurgico	Tutte le specialità chirurgiche	Swissonoso	2011

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	Anno dell'ultima ricertificazione	Commenti
Swiss Cancer Network	Oncologia	2016	2018	
Fourchette Verte	Alimentazione	2015	2017	
REKOLE	Contabilità analitica della Clinica	2016	Valido dal 2016 al 2020	
CAS Blocco operatorio	Blocco operatorio	Dall'inizio dell'attività	2018	
Certificato per l'ambiente	Riciclaggio di bottiglie per bevande in PET	2018		

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 della qualità da parte dei pazienti 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 2017	Grado di soddisfazione aggiustato, media 2018 (IC* = 95%)
Clinica Santa Chiara SA		
Come valuta la qualità delle cure (dei medici e del personale infermieristico)?	4,04	4.12 (3.99 - 4.17)
Ha avuto la possibilità di porre delle domande?	4.23	4.58 (4.27 - 4.45)
Ha ricevuto risposte comprensibili alle Sue domande?	4.64	4.75 (4.45 - 4.62)
Le è stato spiegato in maniera comprensibile lo scopo dei farmaci da assumere a domicilio?	4.68	4.77 (4.41 - 4.64)
Com'era l'organizzazione della Sua dimissione dall'ospedale?	4.03	3.88 (3.76 - 3.97)
Come ha trovato la durata del Suo soggiorno in ospedale?	92.11	91.03
Numero dei pazienti contattati 2017	215	
Numero di questionari ritornati	82	Tasso di risposta
		38.01 %

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

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

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

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

5.2 Gestione dei reclami

La nostra Clinica dispone di una gestione dei reclaim. I pazienti possono inoltrare, in formato cartaceo oppure in formato elettronico, il modulo reclaimi e apprezzamenti direttamente a:

Direzione

Clinica Santa Chiara SA

Via Stefano Franscini 4

6601 Locarno

segretariato.direzione@Clinicasantachiara.ch

In alternativa tutti i pazienti possono consegnare presso tutti i reparti di cura il modulo reclaimi e apprezzamenti, disponibile in formato cartaceo presso le sale d'attesa della Clinica, dopodichè saranno contattati direttamente dalla responsabile cure per approfondimenti.

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 Santa Chiara SA				
Tasso di riammissioni esterne	0.0208 (A)	0.0536	0.058 (contestati)**	0.0485
Rapporto tra i tassi*		1.10	1.19	1.01
Numero di dimissioni analizzabili:	2474			

* 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.

** Contestati poiché venivano considerate riammissioni i rientri di pazienti da istituti altamente specializzati quali il Cardio - o il Neurocentro. L'analisi dei dossier ha permesso di individuare più di 10 riammissioni di tale tipo che avrebbero dovuto portare il tasso ad essere inferiore all'intervallo di confidenza del 95% cioè accettabile. ANQ non ha tuttavia voluto ritornare sulla propria qualità dei dati ma ha proceduto negli anni successive a correggere l'algoritmo.

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

-

Informazioni relative alla misurazione

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

Informazioni per il pubblico specializzato:

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

11 Infezioni

11.1 Rilevamento nazionale delle infezioni del sito chirurgico

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

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

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

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

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

- Colecistectomia
- Intervento di ernia
- Chirurgia del colon
- Taglio cesareo
- Laminectomia senza impianto
- Protesi dell'anca

Infezioni

Risultati

Risultati delle misurazioni del periodo: 1° ottobre 2017 – 30 settembre 2018

interventi chirurgici	Numero d'interventi valutati 2018 (Total)	Numero d'infezioni accertate dopo questi interventi 2018 (N)	Tasso di infezioni aggiustato dell'anno precedente %			Tasso di infezioni aggiustato % 2018 (IC*)
			2015	2016	2017	
Clinica Santa Chiara SA						
Colecistectomia	22	0	3.09%	0%	0%	(0.00% -0.00%)
Intervento di ernia	76	0	0%	0%	2.4%	(0.00% -0.00%)
Chirurgia del colon	10	0	23.8%	9.2%	6.8%	(0.00% -0.00%)
Taglio cesareo	77	0	1%	0%	2.0%	(0.00% -0.00%)
Laminectomia senza impianto	4	0	/	/	0%	(0.00% -0.00%)
Protesi totale dell'anca	18	0	0%	0%	0%	(0.00% -0.00%)

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

Poiché le misurazioni dell'ANQ sono state concepite per confronti tra ospedali e cliniche, i risultati specifici degli ospedali o delle cliniche, come pure i confronti con l'anno precedente sono soltanto in parte significativi.

L'ANQ pubblica i risultati delle misurazioni sul proprio sito web [www.anq.ch/it/settori/ medicina-somatica-acuta/risultati-misurazioni-medicina-somatica-acuta/](http://www.anq.ch/it/settori/medicina-somatica-acuta/risultati-misurazioni-medicina-somatica-acuta/) utilizzando una raffigurazione che permette il confronto.

Infezioni

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

-

Informazioni relative alla misurazione

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

Informazioni per il pubblico specializzato:

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

12 Caduta

12.1 Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta

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

Maggiori informazioni:

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

Risultati

	2015	2016	2017	2018
Clinica Santa Chiara SA				
Numero di cadute avvenute in ospedale	2	0	0	0
In percentuale	5.4%	0%	0%	0
Residuo* (IC** = 95%)	-0.07 (-0.46 - 0.60)	-0.22 (-1.19 - 0.75)	-0.04 (-0.45 - 0.37)	-0.05 (-0.48 , 0.38)
Numero dei pazienti effettivamente considerati nel 2018	29	Quota % (percentuale di risposte)		72.4%

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

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

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

Poiché le misurazioni dell'ANQ sono state concepite per confronti tra ospedali e cliniche, i risultati specifici degli ospedali o delle cliniche, come pure i confronti con l'anno precedente sono soltanto in parte significativi. L'ANQ pubblica i risultati delle misurazioni sul proprio sito web

www.anq.ch/it/settori/medicina-somatica-acuta/risultati-misurazioni-medicina-somatica-acuta/

utilizzando una raffigurazione che permette il confronto.

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

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

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

13 Lesioni da pressione

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

13.1 Misurazione dell'indicatore di prevalenza decubito

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.

Maggiori informazioni:

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

Risultati

Adulti

		Valore dell'anno precedente			2018	In percentuale
		2015	2016	2017		
Clinica Santa Chiara SA						
Prevalenza dei decubi nosocomiali	Nel proprio ospedale, categoria 1 e superiore	1	0	0	1	4.8%
	Residuo*, Categoria 1 e superior (IC**=95%)	0.12 (-0.93 - 1.17)	-0.14 (-1.28 - 1.00)	-0.15 (-1.44 - 1.14)	0.14 (-0.82 - 1.10)	
Numero di adulti effettivamente considerati 2018		29	Tasso di risposta e quota percentuale (relativa a tutti i pazienti degenti il giorno della misura)			72.4%

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

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

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

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

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

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

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 2018 in tutti i reparti di cura della Clinica. Sono inclusi tutti i pazienti degenti.

Nel corso dell'anno 2018 sono state segnalate 37 cadute:

Nessuna lesione 20

Lesioni minime: 7

Lesioni medie: 7

Lesioni gravi: 3

Frattura: 0

Il problema delle cadute rappresenta una grande sfida. Richiede la ricerca di un delicato equilibrio tra la libertà di movimento del paziente durante l'ospedalizzazione e la prevenzione delle cadute.

Informazioni relative alla misurazione

Metodo/strumento sviluppato internamente	
--	--

17.1.2 Infezioni nosocomiali

Informazioni relative alla misurazione

Metodo/strumento sviluppato internamente	Questionario annuncio pazienti MRSA
--	-------------------------------------

18 I progetti in dettaglio

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

18.1 Progetti in corso

- 18.1.1** Mascherina chirurgica durante tutto il periodo di prevalenza dell'infezione grippale per tutti i dipendenti non vaccinati (vaccinazione offerta dalla Clinica), a partire dal 1° Dicembre e fino a dichiarazione di tasso < 60/100000 da parte delle autorità.

18.2 Progetti conclusi nel 2018

18.2.1 Nessun progetto

-

18.3 Progetti di certificazione in corso

18.3.1 Nessun progetto

-

19 Conclusione e prospettive

-

Annesso 1: panoramica dell'offerta dell'istituto

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

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

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

Somatica acuta

Offerta seconda pianificazione ospedaliera / gruppi di prestazione
Basispaket
Pacchetto base per la chirurgia e la medicina interna
Pelle (dermatologia)
Dermatologia (incluse malattie sessualmente trasmissibili)
Dermatologia oncologica
Trattamento delle ferite
Orecchie-naso-gola (otorinolaringoiatria ORL)
Otorinolaringoiatria (chirurgia ORL)
Chirurgia cervico-facciale
Chirurgia allargata del naso e dei seni paranasali
Chirurgia dell'orecchio medio
Chirurgia della tiroide e delle parotidi
Nervi medico (neurologia)
Neurologia
Tumore maligno secondario del sistema nervoso
Tumore primario del sistema nervoso centrale (senza pazienti palliativi)
Malattie cerebrovascolari (senza Stroke Unit)
Ormoni (endocrinologia)
Endocrinologia
Stomaco-intestino (gastroenterologia)
Gastroenterologia
Gastroenterologia specialistica
Pancia (chirurgia viscerale)
Chirurgia viscerale
Chirurgia bariatrica
Chirurgia rettale bassa (CIMAS)
Sangue (ematologia)
Linfomi aggressivi e leucemie acute
Linfomi indolenti e leucemie croniche
Malattie mieloproliferative e sindromi mielodisplastiche
Vasi (angiologia)
Chirurgia vascolare dei vasi periferici (arteriosi)
Interventi sui vasi periferici (arteriosi)
Chirurgia vascolare dei vasi intra-addominali
Radiologia interventistica (per i vasi solo diagnostica)
Reni (nefrologia)
Nefrologia (insufficienza renale)

Urologia
Urologia senza titolo di formazione approfondita 'Urologia operatoria'
Urologia con titolo di formazione approfondita 'Urologia operatoria'
Prostatectomia radicale
Cistectomia radicale
Chirurgia complessa dei reni
Surrenalectomia isolata
Polmoni medico (pneumologia)
Pneumologia
Polisonnografia
Chirurgia ortopedica
Chirurgia dell'apparato locomotore
Ortopedia
Artroscopia della spalla e del gomito
Artroscopia del ginocchio
Ricostruzione dell'estremità superiore
Ricostruzione dell'estremità inferiore
Reumatologia
Reumatologia
Reumatologia interdisciplinare
Radioterapia (radio-oncologia)
Oncologia
Radio-oncologia

Editore



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

Si veda anche:

[www.hplus.ch/it/prestazioni di servizi/qualita e sicurezza per i pazienti/
rapporto sulla qualita/](http://www.hplus.ch/it/prestazioni_di_servizi/qualita_e_sicurezza_per_i_pazienti/rapporto_sulla_qualita/)



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

Gruppi partecipanti e partner



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

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

Si veda anche:

[www.hplus.ch/it/servicenav/portrait/commissioni di specialisti/
qualita somatica acuta fkqa](http://www.hplus.ch/it/servicenav/portrait/commissioni_di_specialisti/qualita_somatica_acuta_fkqa)



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

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).