



Gruppo Ospedaliero Ars Medica



ARS MEDICA CLINIC

Via Cantonale
6929 Gravesano



Cure somatiche acute

Rapporto sulla qualità 2010 (V 4.0)

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

H+ Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+ Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+ Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri



Sommario

A	Introduzione	3
B	Strategia della qualità.....	4
B1	Strategia e obiettivi della qualità	4
B2	2-3 punti principali nell'ambito della qualità nell'anno di esercizio 2010	5
B3	Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2010	5
B4	Sviluppo della qualità nei prossimi anni.....	5
B5	Organizzazione della gestione della qualità	6
B6	Informazioni relative alle persone di contatto della gestione della qualità	6
C	Dati di riferimento dell'istituto e sua offerta	7
C1	Panoramica dell'offerta	7
C2	Dati di riferimento cure somatiche acute 2010	7
D	Misure della qualità	8
D1	Misure della soddisfazione	8
D1-1	Soddisfazione dei pazienti o dei residenti.....	8
D1-2	Soddisfazione dei familiari	10
D1-3	Soddisfazione dei collaboratori	10
D1-4	Soddisfazione dei medici invianti	10
D2	Indicatori ANQ	11
D2-1	Riammissioni potenzialmente evitabili con SQLape	11
D2-2	Reinterventi potenzialmente evitabili con SQLape	12
D2-3	Infezioni postoperatorie del sito chirurgico con SwissNOSO	13
D2-4	Rilevamento della soddisfazione dei pazienti 2009 con PEQ (versione ANQ)	14
D3	Altre misure di qualità nell'anno di esercizio 2010	15
D3-1	Infezioni (altre che con SwissNOSO)	15
D3-2	Cadute.....	15
D3-3	Decubiti (lesioni da pressione).....	16
D3-6	Altro tema di misura: Infortuni professionali.....	17
E	Attività e progetti di miglioramento	18
E1	Certificazioni e norme / standard applicati.....	18
E2	Panoramica sui progetti in corso concernenti la qualità	18
E3	Progetti di promozione della qualità selezionati	19
F	Conclusione e prospettive	22
G	Colophon	23
H	Allegati	24

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

Ars Medica Clinic: polo d'eccellenza nella chirurgia ortopedica

Pioniera nell'ambito della chirurgia mini-invasiva sin dalla sua apertura avvenuta nel 1989, l'Ars Medica Clinic si è specializzata - nel corso degli anni 2000 - in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, tanto da divenire il polo di riferimento per la disciplina nel Canton Ticino ed una delle più importanti cliniche specialistiche in Svizzera.

Uno dei punti di forza dell'Ars Medica Clinic, è senz'altro quello di offrire un servizio coordinato e un'immediata risposta alle esigenze del paziente, il quale trova riunite in un'unica struttura le competenze dei singoli medici (traumatologia dell'apparato locomotore, chirurgia ortopedica dell'arto superiore e inferiore, impianto protesi, chirurgia della spalla, ecc.). Anche il percorso diagnostico, operatorio e riabilitativo si svolge all'interno delle stesse mura; dalle indagini radiologiche, ai consulti interdisciplinari, agli interventi chirurgici, alle cure reumatologiche ed ai trattamenti di fisioterapia, senza inutili trasferimenti o perdite di tempo.

Il Pronto Soccorso ortopedico risponde in modo tempestivo alle urgenze legate all'ortopedia e alla traumatologia dell'apparato locomotore. Un servizio di fisioterapia, dotato di un'attrezzata palestra e di una piscina medica, garantisce ai pazienti le migliori condizioni possibili di recupero post operatorio già durante la degenza con terapie quotidiane, e durante la successiva convalescenza ambulatoriale.

A sostegno dei reparti, opera un servizio di radiologia in grado di procedere, in breve tempo, grazie all'ausilio delle tecnologie più avanzate ed aggiornate (TAC 16 strati, risonanza magnetica, radiologia convenzionale digitale, ecografia) agli accertamenti necessari.

L'Ars Medica Clinic ha eseguito nel corso dell'anno complessivamente 2'889 interventi, il Pronto Soccorso ha accolto un totale di 6'958 pazienti, il reparto di fisioterapia ha eseguito 54'160 trattamenti e il reparto di radiologia ha eseguito 27'901 accertamenti ambulatoriali e stazionari.

Siti internet:

<http://www.arsmedica.ch/>

Rapporto annuale d'esercizio: http://www.arsmedica.ch/page.asp?Rapporto+annuale_488/281

B1 Strategia e obiettivi della qualità**Missione**

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

Valori e principi

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

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

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

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

B2 2-3 punti principali nell'ambito della qualità nell'anno di esercizio 2010

Il 2010 è stato l'anno dello sviluppo e rafforzamento costanti di un'effettiva "cultura del rischio clinico aziendale", consapevolmente vissuta e quotidianamente sperimentata da tutte le componenti professionali.

E' stato inoltre definito un set di indicatori di Qualità, rilevati attraverso procedure interne o associazioni esterne validate, monitorati dal Consiglio di Direzione quale organo direzionale di coordinazione e di controllo del livello qualitativo delle differenti attività svolte.

B3 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2010

- Controllo continuo delle infezioni del sito chirurgico per i tagli cesarei SwissNOSO
- Utilizzo del questionario PEQ per la rilevazione della soddisfazione pazienti Outcome (dal 05.07.2010 al 26.09.2010)
- Misurazione qualitativa Outcome: "Pericolo di caduta" – (dal 23.08.2010 al 10.12.2010)
- Mantenimento certificazione in base alla normativa ISO 9001:2008
- Introduzione di un sistema di monitoraggio sistematico delle cadute dei pazienti
- Introduzione di una procedura per il trattamento e prevenzione dell'insorgenza delle lesioni da decubito
- Avvio di Gruppi di lavoro su ambiti specifici:
 - Gestione dei Farmaci
 - Sicurezza in Sala Operatoria
 - Identificazione del Paziente

B4 Sviluppo della qualità nei prossimi anni

- Introduzione di un sistema di monitoraggio sistematico delle non conformità e degli eventi ("Incident reporting")
- Definizione di un sistema di Reporting
- Implementazione di alcuni Obiettivi internazionali per la sicurezza dei pazienti previsti dal modello di accreditamento all'eccellenza Joint Commission International e sostenuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- Rinnovo certificazione normativa ISO 9001:2008
- Esecuzione periodica di misurazioni attraverso società esterne per il confronto con altri ospedali

B5 Organizzazione della gestione della qualità

☐	La gestione della qualità è rappresentata nella Direzione.
☒	La gestione della qualità è una funzione di maggiore staff alle dirette dipendenze della Direzione.
☐	La gestione della qualità è una funzione di linea alle dirette dipendenze della Direzione.
☐	Altra forma organizzativa, precisamente:
Risorse umane	% sono a disposizione dell'unità operativa che si occupa di gestione della qualità.

B6 Informazioni relative alle persone di contatto della gestione della qualità

Titolo, nome, COGNOME	Tel. (diretto)	E-mail	Posizione / Funzione
Fabio CASGNOLA	091 985 15 73	fabio.casgnola@arsmedica.ch	<u>Direttore Operativo / Rappresentante della Direzione per la qualità</u>
Daniela Franco	091 985 15 91	daniela.franco@arsmedica.ch	Responsabile Qualità
Elvia BUZELLI	091 985 16 94	elvia.buzelli@arsmedica.ch	Collaboratrice ufficio qualità
Michela PFYFFER	091 984 16 99	michela.pfyffer@arsmedica.ch	Responsabile servizio clienti
Stefan KELLER	091 985 1574	stefan.keller@arsmedica.ch	Infermiere Igienista

Dati di riferimento dell'istituto e sua offerta

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

www.informazioneospedaliera.ch → Ricerca ospedaliera → Ricerca regionale → nome della clinica → Ars Medica Clinic → Capitolo "Prestazioni" → "Settori specifici", "Dotazione in apparecchiature" o "Comfort & Servizio"

C1 Panoramica dell'offerta

Discipline mediche offerte	Nelle sedi	Collaborazione nella rete di assistenza (con altri ospedali / istituti, medici convenzionati, ecc.)
Chirurgia della mano		
Neurochirurgia della colonna vertebrale		
Ortopedia e traumatologia (Chirurgia delle ossa e infortunistica)		Clinica di riabilitazione di Novaggio
Radiologia (Radiografia e altre tecniche di imaging)		

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

Offerte di specialità terapeutiche	Nelle sedi	Collaborazione nella rete di assistenza (con altri ospedali / istituti, studi privati di terapia, ecc.)
Fisioterapia		

C2 Dati di riferimento cure somatiche acute 2010

Dati di riferimento	Valori 2010	Valori 2009 (per confronto)	Osservazioni
Numero di pazienti ambulatoriali ,	7873	7'515	Interventistica + pronto soccorso ortopedia
di cui n. neonati sani ambulatoriali	0	0	
Numero di pazienti degenti ,	2889	2'798	
di cui n. neonati sani degenti	0	0	
Giornate di degenza prestate	17'829	18'918	
Media dei letti gestiti al 31.12.2010	70	70	
Durata media della degenza, in giorni	6.17	6.76	
Occupazione media dei letti	68,5%	72%	

D1 Misure della soddisfazione

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

D1-1 Soddisfazione dei pazienti o dei residenti

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

Nella struttura si misura la soddisfazione dei pazienti?			
☐	No, il nostro istituto non misura la soddisfazione dei pazienti.		
☒	Sì, il nostro istituto misura la soddisfazione dei pazienti.		
☐	Tuttavia nell'anno di esercizio 2010 non è stata eseguita nessuna misura .	Ultimo rilevamento:	Prossimo rilevamento:
☒	Sì. Nell'anno di esercizio 2010 è stata eseguita una misura.		

In quali sedi / in quali settori specialistici è stato eseguito l'ultimo sondaggio?			
☒	In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	☐	...solo nelle seguenti sedi:
☒	In tutte le discipline / settori specialistici / reparti oppure... →	☐	...solo nelle seguenti discipline / settori specialistici / reparti:
		Periodo di rilevamento: 05.07.2010-26.09.2010	

Risultati dell'ultimo sondaggio		
	Grado di soddisfazione	Valutazione dei risultati / Osservazioni
Struttura complessiva	98.6 %	La misurazione di qualità PEQ non fornisce un dato complessivo della struttura. Viene presa in considerazione quindi la sola domanda: Consiglierebbe questo ospedale al suo/a migliore amico/a? Sono considerate le risposte 4-5-6 su una scala da 1 a 6 (1= per niente/6= senza dubbio)
Risultati per settore	Grado di soddisfazione	Valutazione dei risultati / Osservazioni
Assistenza medica	97.5 %	Sono considerate le risposte 4-5-6 su una scala da 1 a 6 (1= per niente/6= senza dubbio)
Cure infermieristiche e assistenza	95.5 %	
Organizzazione, gestione e servizio	96.2 %	
☒	I risultati vengono confrontati con quelli di altri ospedali (benchmark).	

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura utilizzato per l'ultimo sondaggio				
☐ Mecon ☐ Picker ☒ VO: PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18)	☐ Altro strumento di misura esterno			
	Nome dello strumento	Questionario sul soggiorno in ospedale-Patient's Experience Questionnaire (PEQ)	Nome dell'istituto di misurazione	Verein Outcome
☐ Strumento interno proprio				
Descrizione dello strumento		Spedizione di un questionario di soddisfazione (diverso per le mamme e gli altri degenti) in 3 date prestabilite da 2 a 6 settimane dalla dimissione		
Criteri di inclusione		Tutti i pazienti degenti		
Criteri di esclusione		- età inferiore a 18 anni - domiciliati all'estero - trasferiti - riospedalizzati entro 30 giorni - deceduti in ospedale - gestanti con morte intrauterina/mamme con bebé morto durante/dopo il parto (per il PEQ parto) - deceduti a casa (se a conoscenza)		
Tasso di risposta (in %)		75.5%	Lettere di richiamo?	☐ No ☒ Sì

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

Il vostro istituto dispone di una gestione dei reclami o di un ombudsman per i pazienti?											
☐	No , il nostro istituto non dispone di una gestione dei reclami / un ombudsman.										
☒	Sì , il nostro istituto dispone di una gestione dei reclami / un ombudsman . PSe necessario potete rivolgervi a:										
	<table border="1"> <tr> <td>Denominazione del servizio</td> <td>Servizio clienti</td> </tr> <tr> <td>Nome dell'interlocutore</td> <td>Michela Pfyffer</td> </tr> <tr> <td>Funzione</td> <td>Responsabile</td> </tr> <tr> <td>Raggiungibile (telefono, e-mail, orari)</td> <td>091 985 16 99 michela.pfyffer@arsmedica.ch</td> </tr> <tr> <td>Osservazioni</td> <td></td> </tr> </table>	Denominazione del servizio	Servizio clienti	Nome dell'interlocutore	Michela Pfyffer	Funzione	Responsabile	Raggiungibile (telefono, e-mail, orari)	091 985 16 99 michela.pfyffer@arsmedica.ch	Osservazioni	
Denominazione del servizio	Servizio clienti										
Nome dell'interlocutore	Michela Pfyffer										
Funzione	Responsabile										
Raggiungibile (telefono, e-mail, orari)	091 985 16 99 michela.pfyffer@arsmedica.ch										
Osservazioni											

D1-2 Soddisfazione dei familiari

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

Nella struttura si misura la soddisfazione dei familiari?	
☒	No, il nostro istituto non misura la soddisfazione dei familiari.

D1-3 Soddisfazione dei collaboratori

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

Nella struttura si misura la soddisfazione dei collaboratori?	
☒	No, il nostro istituto non misura la soddisfazione dei collaboratori.

D1-4 Soddisfazione dei medici invianti

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

Nella struttura si misura la soddisfazione di chi ha disposto il ricovero?	
☒	No, il nostro istituto non misura la soddisfazione di chi ha disposto il ricovero.

D2 Indicatori ANQ

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

Cure somatiche acute:

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

- Misura delle riammissioni potenzialmente evitabili con SQLape
- Misura dei reinterventi potenzialmente evitabili con SQLape
- Misura dei tassi di infezione dopo determinati interventi chirurgici secondo SwissNOSO

Psichiatria e riabilitazione:

Nel 2010 l'ANQ non ha raccomandato nessun indicatore di qualità specifico per queste due tipologie

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

D2-1 Riammissioni potenzialmente evitabili con SQLape

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

Maggiori informazioni per il pubblico specializzato: www.anq.ch e www.sqlape.com.

Nella struttura il tasso di riammissioni potenzialmente evitabili viene misurato con SQLape?			
☐	No , il nostro istituto non misura il tasso di riammissioni potenzialmente evitabili con SQLape.		
☒	Sì , il nostro istituto misura il tasso di riammissioni potenzialmente evitabili con SQLape.		
☐	Tuttavia nell'anno di esercizio 2010 non è stata eseguita nessuna misura.	Ultimo rilevamento:	Prossimo rilevamento:
☒	Sì . Nell'anno di esercizio 2010 è stata eseguita una misura.		

In quali sedi / in quali settori specialistici è stata eseguita l'ultima misura?		
☒	In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	☐ ...solo nelle seguenti sedi:
☒	In tutte le discipline / settori specialistici / reparti oppure... →	☐ ...solo nelle seguenti discipline / settori specialistici / reparti:

Risultati			
Numero di dimissioni nel 2010	Numero di riammissioni nel 2010	Tasso di riammissione: Risultato [%]	Istanza di analisi
			Ufficio federale di statistica UST
Valutazione dei risultati / Osservazioni			
☒	La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.		
☐	L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.		
☐	Le misure preventive per evitare riammissioni non volute sono descritte fra le attività di miglioramento.		

D2-2 Reinterventi potenzialmente evitabili con SQLape

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

Nella struttura il tasso di reinterventi potenzialmente evitabili viene misurato con SQLape?			
☐	No , il nostro istituto non misura il tasso di reinterventi potenzialmente evitabili con SQLape.		
☐	Nel nostro istituto non si eseguono interventi chirurgici (si veda anche il capitolo C "Dati di riferimento dell'istituto e sua offerta")		
☒	Sì , il nostro istituto misura il tasso di reinterventi potenzialmente evitabili con SQLape.		
☐	Tuttavia nell'anno di esercizio 2010	Ultimo rilevamento:	Prossimo rilevamento:
	non è stata eseguita nessuna misura .		
☒	Sì. Nell'anno di esercizio 2010 è stata eseguita una misura.		

In quali sedi / in quali settori specialistici è stata eseguita l'ultima misura?			
☒	In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	☐	...solo nelle seguenti sedi:
☒	In tutte le discipline / settori specialistici / reparti oppure... →	☐	...solo nelle seguenti discipline / settori specialistici / reparti:

Risultati			
Numero di interventi chirurgici nel 2010	Numero di reinterventi nel 2010	Tasso di reinterventi: Risultato [%]	Istanza di analisi
			Ufficio federale di statistica UST
Valutazione dei risultati / Osservazioni			
☒	La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.		
☐	L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.		
☐	Le misure preventive per evitare reinterventi non voluti sono descritte fra le attività di miglioramento.		

D2-3 Infezioni postoperatorie del sito chirurgico con SwissNOSO

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

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

SwissNOSO effettua su mandato dell'ANQ misure delle infezioni dei siti chirurgici dopo determinati interventi (si vedano le tabelle seguenti). Vengono misurate tutte le infezioni che si manifestano **entro 30 giorni** dall'intervento. Maggiori informazioni per il pubblico specializzato: www.anq.ch e www.swissnoso.ch.

Nella struttura il tasso di infezioni postoperatorie del sito chirurgico viene misurato con SwissNOSO?			
☐	No , il nostro istituto non misura il tasso di infezioni postoperatorie del sito chirurgico con SwissNOSO.		
☐	Nel nostro istituto non si eseguono interventi chirurgici (si veda anche il capitolo C "Dati di riferimento dell'istituto e sua offerta")		
☒	Sì , il nostro istituto misura il tasso di infezioni postoperatorie del sito chirurgico con SwissNOSO.		
☐	Tuttavia nell'anno di esercizio 2010 (giugno 2009 - giugno 2010) non è stata eseguita nessuna misura .	Ultimo rilevamento:	Prossimo rilevamento:
☒	Sì. Nell'anno di esercizio 2010 (giugno 2009 - giugno 2010) sono state eseguite misure.		

In quali sedi / in quali settori specialistici è stata eseguita l'ultima misura?		
☒	In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	☐ ...solo nelle seguenti sedi:
☐	In tutte le discipline / settori specialistici / reparti oppure... →	☒ ...solo nelle seguenti discipline / settori specialistici / reparti: ortopedia

Risultati					
Nel 2010 il nostro istituto ha partecipato alle misure delle infezioni dopo gli interventi seguenti:	Numero di interventi esaminati	Numero di infezioni accertate dopo questi interventi	Tasso di infezione ospedale / clinica	Media degli ospedali partecipanti ¹	Osservazioni
☐ Colectomia				3.9%	
☐ Appendicectomia				4.5%	
☐ Intervento di ernia				1.1%	
☐ Intervento al colon				12.7%	
☐ Taglio cesareo				1.9%	
☐ Cardiochirurgia					
☒ Primo impianto di protesi dell'anca					Queste misure SwissNOSO non sono ancora concluse. Non sono ancora disponibili i risultati.
☒ Primo impianto di protesi del ginocchio					

☐	L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.
☐	Le misure preventive per evitare infezioni postoperatorie del sito chirurgico sono descritte fra le attività di miglioramento.

¹Questi valori rappresentano le medie di tutti gli ospedali svizzeri che fra giugno 2009 e giugno 2010 hanno partecipato alle misure SwissNOSO. I valori sono stati forniti da SwissNOSO e presentati al convegno di analisi che si è svolto a Berna per gli ospedali il 4 novembre 2010. Attenzione: nei confronti con altri paesi vengono prese in considerazione soltanto le infezioni che si manifestano durante la degenza in ospedale. Ovviamente tali tassi di infezione sono minori di quelli qui pubblicati, che comprendono tutte le infezioni entro 30 giorni dall'intervento.

D2-4 Rilevamento della soddisfazione dei pazienti 2009 con PEQ (versione ANQ)

Per il 2009 l'ANQ ha raccomandato agli ospedali e alle cliniche di partecipare a un sondaggio nazionale fra i pazienti rilevato con lo strumento PEQ.

I risultati di tutti gli ospedali che hanno partecipato alle misure si possono trovare nei siti

www.hplusqualite.ch e www.anq.ch.

Maggiori informazioni per il pubblico specializzato: www.anq.ch oppure www.vereinoutcome.ch.

Nel 2009 la soddisfazione dei pazienti è stata rilevata con lo strumento PEQ?

- ☐ **No**, il nostro istituto **non ha misurato** la soddisfazione dei pazienti con il PEQ (versione ANQ).
- ☐ **Sì**, il nostro istituto **ha misurato** la soddisfazione dei pazienti con il PEQ (versione ANQ).

In quali sedi / in quali settori specialistici è stato eseguito l'ultimo sondaggio?

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... → | ☐ ...solo nelle seguenti sedi: | |
| ☐ In tutte le discipline / settori specialistici / reparti oppure... → | ☐ ...solo nelle seguenti discipline / settori specialistici / reparti: | |

Risultati Reparti di medicina	Valore	Media degli ospedali partecipanti ²	Commento
Valutazione dell'assistenza medica			
Valutazione dell'assistenza infermieristica			
Valutazione dell'organizzazione			
☐	Nel nostro istituto non abbiamo reparti di medicina (si veda anche il capitolo C "Dati di riferimento dell'istituto e sua offerta")		

Risultati Reparti di chirurgia	Valore	Media svizzera ²	Commento
Valutazione dell'assistenza medica			
Valutazione dell'assistenza infermieristica			
Valutazione dell'organizzazione			
☐	Nel nostro istituto non abbiamo reparti di chirurgia (si veda anche il capitolo C "Dati di riferimento dell'istituto e sua offerta")		

- ☐ L'istituto **rinuncia alla pubblicazione** dei risultati.

² Questi valori sono le medie di tutti gli ospedali che nel 2009 hanno partecipato alla misura PEQ dell'ANQ. I valori sono stati pubblicati dall'ANQ nel marzo 2011.

D3 Altre misure di qualità nell'anno di esercizio 2010

D3-1 Infezioni (altre che con SwissNOSO)

Tema della misura	Infezioni (altre che con SwissNOSO)		
Cosa si misura?	Mappatura Infezioni all'interno della Clinica		
In quali sedi / in quali settori specialistici è stata eseguita la misura nell'esercizio 2010?			
☒ In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	☐ ...solo nelle seguenti sedi:		
☒ In tutte le discipline / settori specialistici / reparti oppure... →	☐ ...solo nelle seguenti discipline / settori specialistici / reparti:		
Risultati		Valutazione dei risultati / Osservazioni	
☐	La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.		
☒	L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.		
☐	I risultati vengono confrontati con quelli di altri ospedali (benchmark).		
☐	Le misure preventive sono descritte fra le attività di miglioramento.		
Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura utilizzato nell'anno di esercizio 2010			
☒ Lo strumento è stato sviluppato all'interno della struttura	Nome dello strumento:		
☐ Lo strumento è stato sviluppato da un'istanza specializzata esterna.	Nome del fornitore / dell'istanza di analisi:		

D3-2 Cadute

Tema della misura	Cadute		
Cosa si misura?	- Numero di pazienti a rischio di caduta in rapporto al collettivo totale - Misure di prevenzione eseguite allo scopo di evitare le cadute - Numero di pazienti con una o più cadute in rapporto al collettivo totale - Numero di pazienti con cadute ricorrenti - Numero di pazienti con conseguenze di una caduta in rapporto al numero di pazienti con una o più cadute - Ripartizione secondo la gravità delle conseguenze da caduta - Quota di pazienti, per i quali il rischio di caduta è stato segnalato alla struttura di cura successiva		
In quali sedi / in quali settori specialistici è stata eseguita la misura nell'anno di esercizio 2010?			
☒ In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	☐ ...solo nelle seguenti sedi:		
☐ In tutte le discipline / settori specialistici / reparti	☐ ...solo nelle seguenti discipline / settori specialistici / reparti:		
Totale cadute	Di cui hanno richiesto cure	Di cui non hanno richiesto cure	Valutazione dei risultati / Osservazioni
5 su 989 (0.5%)	4	1	
☒	I risultati vengono confrontati con quelli di altri ospedali (benchmark).		
☐	Le misure preventive sono descritte fra le attività di miglioramento.		
Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura utilizzato nell'anno di esercizio 2010			
☐ Lo strumento è stato sviluppato all'interno della struttura	Nome dello strumento:		Scheda di rilevamento TP01
☒ Lo strumento è stato sviluppato da un'istanza specializzata esterna.	Nome del fornitore / dell'istanza di analisi:		Verein Outcome

D3-3 Decubiti (lesioni da pressione)

Tema della misura	Decubiti (lesioni da pressione)
Cosa si misura?	- Nr. pazienti che al momento dell'ospedalizzazione presentano lesioni di stadio 1-2-3-4 - Nr. pazienti che durante la degenza hanno sviluppato lesioni di stadio 1-2-3-4 - Nr. pazienti con lesioni già presenti all'ingresso che alla dimissione sono peggiorate - Nr. pazienti con lesioni verificatesi durante la degenza che alla dimissione sono peggiorate - Nr. pazienti che alla dimissione presenta miglioramento o guarigione della lesione da pressione - Nr. pazienti ad alto rischio (secondo Norton score) che durante la degenza non sviluppano lesioni (efficacia della prevenzione)

In quali sedi / in quali settori specialistici è stata eseguita la misura nell'anno di esercizio 2010?		
☒ In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	☐ ...solo nelle seguenti sedi:	
☒ In tutte le discipline / settori specialistici / reparti oppure... →	☐ ...solo nelle seguenti discipline / settori specialistici / reparti:	

Numero di piaghe da decubito all'ammissione / riammissione	Numero di piaghe da decubito formatesi durante la degenza	Valutazione dei risultati / Osservazioni
1 su 304 casi (0.33%)	0	Pazienti > 60 anni

☐	La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.
☐	L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.
☐	I risultati vengono confrontati con quelli di altri ospedali (benchmark).
☐	Le misure preventive sono descritte fra le attività di miglioramento.

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura utilizzato nell'anno di esercizio 2010		
☒ Lo strumento è stato sviluppato all'interno della struttura	Nome dello strumento:	
☐ Lo strumento è stato sviluppato da un'istanza specializzata esterna.	Nome del fornitore / dell'istanza di analisi:	

D3-6 Altro tema di misura: Infortuni professionali

Tema della misura	Infortuni professionali
Cosa si misura?	- Nr. di infortuni professionali generali (non a contatto con sangue) Suddivisi per qualifica del personale - Nr. di infortuni professionali a contatto con sangue o con liquido organico Suddivisi per luogo di accadimento, qualifica del personale, tipo di infortunio

In quali sedi / in quali settori specialistici è stata eseguita la misura nell'anno di esercizio 2010?		
☒ In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	☐ ...solo nelle seguenti sedi:	
☒ In tutte le discipline / settori specialistici / reparti oppure... →	☐ ...solo nelle seguenti discipline / settori specialistici / reparti:	

Risultati		Valutazione dei risultati / Osservazioni
6	infortuni professionali generali (non a contatto con sangue)	
12	infortuni professionali a contatto con sangue o con liquido organico	

☐	La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.
☐	L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.
☐	I risultati vengono confrontati con quelli di altri ospedali (benchmark).
☐	Le misure preventive sono descritte fra le attività di miglioramento.

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di esercizio 2010		
☒ Lo strumento è stato sviluppato all'interno della struttura	Nome dello strumento:	
☐ Lo strumento è stato sviluppato da un'istanza specializzata esterna.	Nome del fornitore / dell'istanza di analisi:	



Attività e progetti di miglioramento

I contenuti di questo capitolo si possono trovare anche nel sito www.informazioneospedaliera.ch.

E1 Certificazioni e norme / standard applicati

Norma applicata	Settore, che lavora con la norma / lo standard	Anno della prima certificazione valida	Anno dell'ultima ricertificazione	Osservazioni
ISO 9001	Il Sistema Qualità è applicabile a tutti i reparti/servizi della clinica. Esso non è invece applicato a terzi che hanno affittato locali presso la nostra struttura	1997	2009	

E2 Panoramica sui progetti in corso concernenti la qualità

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

Attività o progetto (Titolo)	Obiettivo	Settore in cui si svolge l'attività o il progetto	Progetti: durata (dal ... al)
Gestione dei farmaci	Analizzare i processi di acquisizione, stoccaggio, conservazione, distribuzione, prescrizione, preparazione, somministrazione di farmaci, al fine di individuarne i rischi e le aree di miglioramento	Tutta la clinica	Da gennaio 2010
Sicurezza in sala operatoria	Analizzare i processi del Paziente Chirurgico in Blocco Operatorio (dalla chiamata del paziente in sala fino la suo rientro), al fine di individuarne i rischi e le aree di miglioramento	Tutta la clinica	Da gennaio 2010
Identificazione paziente	Analizzare il processo di identificazione del paziente in tutte le fasi di accettazione e di cura al fine di individuarne i rischi e le aree di miglioramento	Tutta la clinica	Da gennaio 2010

E3.....Progetti di promozione della qualità selezionati

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

Titolo del progetto	Gestione dei farmaci	
Settore	☒ Progetto interno	☐ Progetto esterno (p.es. con il Cantone)
Obiettivo del progetto	Analizzare i processi di acquisizione, stoccaggio, conservazione, distribuzione, prescrizione, preparazione, somministrazione di farmaci, al fine di individuarne i rischi e le aree di miglioramento	
Descrizione	Nel corso dell'Anno 2009 il Gruppo Ospedaliero ARS Medica ha dato mandato a professionisti esterni per sviluppo di un progetto di Clinical Risk Assessment che ha permesso di evidenziare una serie di ambiti di miglioramento in termini di Patient Safety (Sicurezza del Paziente). Il Consiglio di Direzione del Gruppo Ospedaliero ARS Medica, ha formalizzato i propri obiettivi per il 2010 relativi agli ambiti della Promozione della qualità nonché del rischio sanitario. Tra gli obiettivi definiti è risultato quello di analizzare l'ambito della Gestione dei Farmaci.	
Svolgimento del progetto / Metodologia	Il progetto ha previsto le seguenti fasi: - Costituzione di un gruppo di lavoro - Applicazione della metodologia per l'analisi del Rischio: la metodologia utilizzata è uno strumento proattivo volto ad identificare e prevenire problemi prima che essi insorgano, mediante analisi dei processi ritenuti critici, per intervenire nella loro reingegnerizzazione con implementazione di azioni preventive/correttive	
Campo di impiego	☐ con altre strutture. Quali strutture? ☒ Tutto il gruppo ospedaliero risp. in tutta la struttura ☐ Singole sedi. In quali sedi? ☐ Singoli reparti. In quali reparti?	
Gruppi professionali coinvolti	Il Gruppo di Lavoro è stato costituito integrando tutte le competenze in materia di Gestione del Farmaco e di Gestione della Qualità. Il Gruppo è stato coadiuvato da professionisti esterni con appurata esperienza nel settore per l'esecuzione di tale progetto	
Valutazione del progetto / conseguenze	Dall'analisi realizzata il Gruppo di Lavoro ha individuato un livello di priorità delle attività individuate per la riduzione del rischio e per il miglioramento dell'efficienza. Per l'applicazione sono stati definiti modalità e tempi.	
Documentazione complementare		

Titolo del progetto	Sicurezza in Sala Operatoria	
Settore	☒ Progetto interno	☐ Progetto esterno (p.es. con il Cantone)
Obiettivo del progetto	Analizzare i processi del Paziente Chirurgico in Blocco Operatorio (dalla chiamata del paziente in sala fino la suo rientro), al fine di individuarne i rischi e le aree di miglioramento	
Descrizione	Nel corso dell'Anno 2009 il Gruppo Ospedaliero ARS Medica ha dato mandato a professionisti esterni per sviluppo di un progetto di Clinical Risk Assessment che ha permesso di evidenziare una serie di ambiti di miglioramento in termini di Patient Safety (Sicurezza del Paziente). Il Consiglio di Direzione del Gruppo Ospedaliero ARS Medica, ha formalizzato i propri obiettivi per il 2010 relativi agli ambiti della Promozione della qualità nonché del rischio sanitario. Tra gli obiettivi definiti è risultato quello di analizzare l'ambito della Sicurezza in Sala Operatoria.	
Svolgimento del progetto / Metodologia	Il progetto ha previsto le seguenti fasi: - Costituzione di un gruppo di lavoro - Applicazione della metodologia per l'analisi del Rischio: la metodologia utilizzata è uno strumento proattivo volto ad identificare e prevenire problemi prima che essi insorgano, mediante analisi dei processi ritenuti critici, per intervenire nella loro reingegnerizzazione con implementazione di azioni preventive/correttive	
Campo di impiego	☐ con altre strutture. Quali strutture? ☒ Tutto il gruppo ospedaliero risp. in tutta la struttura ☐ Singole sedi. In quali sedi? ☐ Singoli reparti. In quali reparti?	
Gruppi professionali coinvolti	Il Gruppo di Lavoro è stato costituito integrando tutte le competenze necessarie all'analisi del processo. Il Gruppo è stato coadiuvato da professionisti esterni con appurata esperienza nel settore per l'esecuzione di tale progetto	
Valutazione del progetto / conseguenze	Dall'analisi realizzata il Gruppo di Lavoro ha individuato un livello di priorità delle attività individuate per la riduzione del rischio e per il miglioramento dell'efficienza. Per l'applicazione sono stati definiti modalità e tempi.	
Documentazione complementare		

Titolo del progetto	Identificazione del Paziente	
Settore	☒ Progetto interno	☐ Progetto esterno (p.es. con il Cantone)
Obiettivo del progetto	Analizzare il processo di identificazione del paziente in tutte le fasi di accettazione e di cura al fine di individuarne i rischi e le aree di miglioramento	
Descrizione	Nel corso dell'Anno 2009 il Gruppo Ospedaliero ARS Medica ha dato mandato a professionisti esterni per sviluppo di un progetto di Clinical Risk Assessment che ha permesso di evidenziare una serie di ambiti di miglioramento in termini di Patient Safety (Sicurezza del Paziente). Il Consiglio di Direzione del Gruppo Ospedaliero ARS Medica, ha formalizzato i propri obiettivi per il 2010 relativi agli ambiti della Promozione della qualità nonché del rischio sanitario. Tra gli obiettivi definiti è risultato quello di analizzare l'ambito dell'identificazione del paziente.	
Svolgimento del progetto / Metodologia	Il progetto ha previsto le seguenti fasi: - Costituzione di un gruppo di lavoro - Applicazione della metodologia per l'analisi del Rischio: la metodologia utilizzata è uno strumento proattivo volto ad identificare e prevenire problemi prima che essi insorgano, mediante analisi dei processi ritenuti critici, per intervenire nella loro reingegnerizzazione con implementazione di azioni preventive/correttive	
Campo di impiego	☐ con altre strutture. Quali strutture? ☒ Tutto il gruppo ospedaliero risp. in tutta la struttura ☐ Singole sedi. In quali sedi? ☐ Singoli reparti. In quali reparti?	
Gruppi professionali coinvolti	Il Gruppo di Lavoro è stato costituito integrando tutte le competenze necessarie all'analisi del processo. Il Gruppo è stato coadiuvato da professionisti esterni con appurata esperienza nel settore per l'esecuzione di tale progetto.	
Valutazione del progetto / conseguenze	Dall'analisi realizzata il Gruppo di Lavoro ha individuato un livello di priorità delle attività individuate per la riduzione del rischio e per il miglioramento dell'efficienza. Per l'applicazione sono stati definiti modalità e tempi.	
Documentazione complementare		

La qualità: una tradizione e un obiettivo continuo

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

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

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

Editore / Documentazione



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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

© H+ Gli ospedali svizzeri 2010

V. anche www.hplusqualite.ch



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

Per comprendere meglio alcune espressioni tecniche, H+ mette a disposizione un esteso **glossario** in tre lingue:

→ www.hplusqualite.ch → Rapporto qualità ospedaliero

→ www.hplusqualite.ch → Rapporto H+ sulla qualità del settore

Cantoni e gruppi partecipanti



Il modello di questo rapporto sulla qualità è stato elaborato in collaborazione con il gruppo guida del QABE (Sviluppo della qualità nelle cure acute degli ospedali del Canton Berna) Nel manuale H+ qualité® lo stemma cantonale viene utilizzato al posto del logo QABE, se è il Cantone a prescrivere la documentazione.

Si veda anche

<http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheitsversorgung/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>

oppure

<http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheitsversorgung/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>



Il Cantone di Basilea-Città si è accordato con H+ Gli ospedali svizzeri. I fornitori di prestazioni nel Cantone di Basilea-Città devono compilare nel quadro del QuBA (Monitoraggio qualità Basilea-Città), i moduli che nel manuale H+ qualité® sono contrassegnati con lo stemma del Cantone. Gli istituti per lungodegenti nel Cantone di Basilea-Città non sono toccati da questa regola.

Si veda anche www.gesundheitsversorgung.bs.ch/ueber-uns/abteilung-lep/quba.html

Partner



Sono state recepite le raccomandazioni della ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; it: **A**ssociazione **n**azionale per lo sviluppo della **q**ualità negli ospedali e nelle cliniche) e sono descritte nel capitolo D2 "Indicatori ANQ".

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



Allegati