Rapporto sulla qualità 2008

MEDICINA SOMATICA ACUTA
(MEDICINA DI BASE)

Anno di riferimento: 2008

Clinica Fondazione Giorgio Varini
Via Consiglio Mezzano, 38
6644 Orselina

Secondo i parametri di

1 Indice

1 Indice ... 2
2 Introduzione ... 3
3 Qualità in ospedale: una panoramica sull'organizzazione ... 4
3.1 Informazioni relative alle persone di contatto ... 4
3.2 Responsabili della qualità / Team della qualità ... 4
3.3 Collocazione organizzativa della gestione della qualità in ospedale ... 4
4 Dati di riferimento ... 6
4.1 Livello di prestazioni ... 6
4.2 Risorse umane ... 7
4.3 Numero di casi ... 7
4.4 Altri dati di attività ... 9
4.5 Prime dieci diagnosi in regime di degenza (Top Ten) ... 9
4.6 Primi dieci interventi chirurgici (Top Ten) ... 10
4.7 Statistica per età ... 10
4.8 Dati di riferimento per la valutazione del collettivo dei pazienti ... 11
4.9 Tassi di mortalità ... 13
4.9.1 Rilevamento interno dei tassi di mortalità ... 13
4.9.2 Tassi di mortalità secondo UFSP/ Helios ... 13
4.9.3 Accompagnamento persone in fin di vita in ospedale ... 13
5 Misurazioni della soddisfazione ... 14
5.1 Soddisfazione dei pazienti con il questionario breve PEQ ... 14
5.1.1 Misurazione della soddisfazione globale ... 14
5.1.2 Valutazioni dettagliate ... 14
5.2 Altri programmi di misurazione della soddisfazione dei pazienti ... 14
5.3 Soddisfazione dei collaboratori ... 15
5.4 Soddisfazione dei medici invianti ... 15
6 Indicatori di qualità ... 16
6.1 Riospedalizzazioni (rientri dopo la dimissione) ... 16
6.1.1 Riospedalizzazioni potenzialmente evitabili entro 30 giorni, con SQLape ... 16
6.1.2 Partecipazione ad altri programmi di misurazione sulle riospedalizzazioni ... 16
6.2 Infezioni ... 16
6.2.1 Infezioni postoperatorie secondo SwissNOSO / IVQ ... 16
6.2.2 Partecipazione ad altri programmi di misurazione delle infezioni ... 17
6.2.3 Misure di prevenzione ... 17
6.3 Complicazioni ... 17
6.3.1 Partecipazione a programmi di misurazione ... 17
6.3.2 Misure di prevenzione ... 18
6.4 Indicatore infermieristico "cadute" ... 20
6.4.1 Partecipazione a programmi di misurazione ... 20
6.4.2 Misure di prevenzione ... 20
6.5 Indicatore infermieristico "decubiti" (lesioni da pressione) ... 21
6.5.1 Partecipazione ad altri programmi di misurazione ... 21
Scala di Norton modificata secondo Stotts ... 21
6.5.2 Misure di prevenzione ... 21
6.6 Altri indicatori di qualità utilizzati ... 21
7 Attività concernenti la qualità ... 22
7.1 Certificazioni di qualità o norme/standard applicate ... 22
7.2 Panoramica sulle attività in corso ... 22
7.3 Panoramica sui progetti in corso concernenti la qualità ... 22
8 Conclusione e sguardo verso il futuro ... 23
9 Progetti selezionati di promozione della qualità ... 25
10 Allegati individuali ... 28

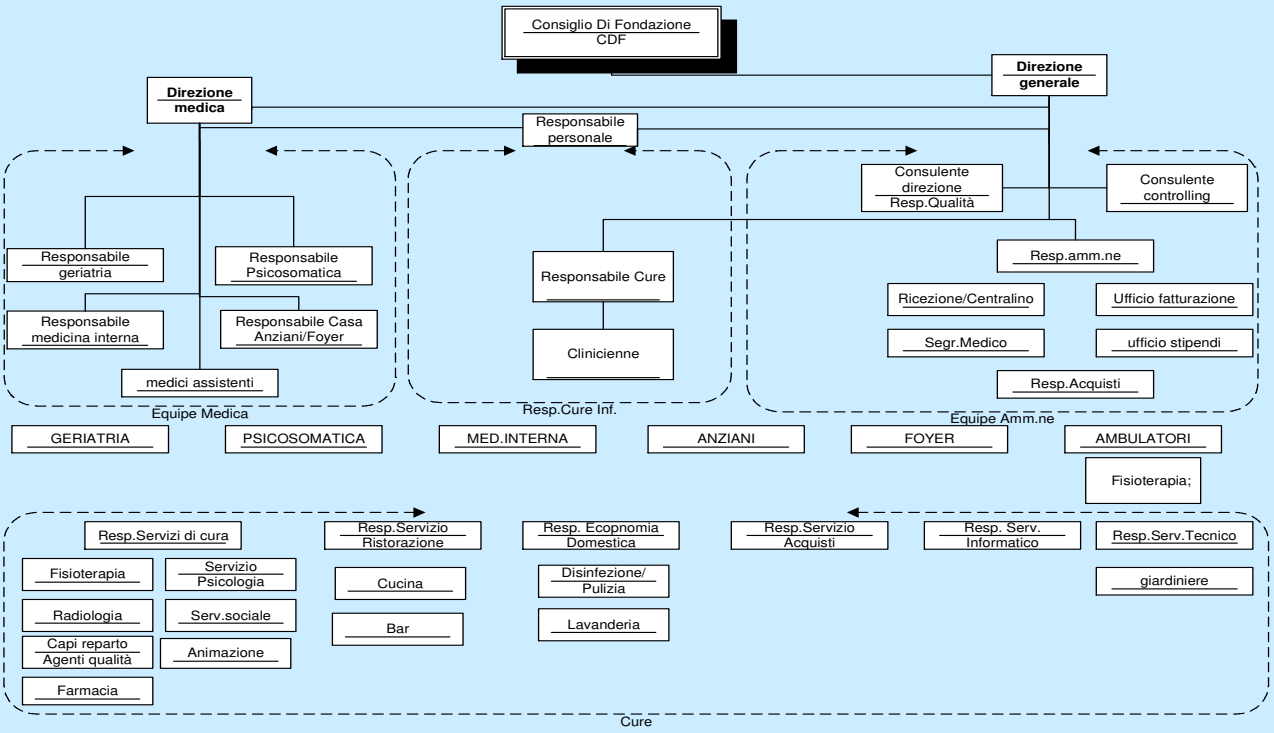
2 Introduzione

La Clinica Fondazione Varini è stata fondata nel 1973 è amministrata da un Consiglio di Fondazione e da un Direttore nella figura di Claudio Filliger.

L'unitarietà della struttura distingue al suo interno cinque settori i intervento, con 86 posti letto come da riconoscimento Cantonale, nello specifico:

- Medicina interna
- Medicina Psicosomatica
- Geriatria
- Casa per Anziani
- Unità residenziale medicalizzata per invalidi adulti (in seguito chiamata Foyer).

L'organigramma seguente chiarisce la struttura gerarchica della Clinica:



I dati riportati nel seguente rapporto fanno riferimento al solo settore Clinico costituito dalla Medicina Psicosomatica, dalla Geriatria e dalla Medicina Interna.

3 Qualità in ospedale: una panoramica sull'organizzazione

3.1 Informazioni relative alle persone di contatto

Titolo, Nome, COGNOME	Telefono (diretto)	e-mail	Posizione / attività
Claudio Filliger	091-7355630	claudio.filliger@clinicavarini.ch	Direttore
Marco Alfonsi	091-7355634	marco.alfonsi@clinicavarini.ch	Collaboratore di Direzione/Responsabile della Qualità

3.2 Responsabili della qualità / Team della qualità

Nome, COGNOME	Telefono (diretto)	e-mail	Posizione / attività	% di attività per il settore qualità
Claudio Filliger	091-7355630	claudio.filliger@clinicavarini.ch	Direttore/Supervisione	*10%*
Marco Alfonsi	091-7355634	marco.alfonsi@clinicavarini.ch	*Collaboratore di Direzione / Responsabile della Qualità*	*100 %*
Antonella Corda	091 - 7355555	antonella.corda@clinicavarini.ch	*Resp.Amm.va / supporto Qualità*	*5%*
Jocelyne Piazza	091 - 7355555	jocelyne.piazza@clinicavarini.ch	*Capo Cure; Resp. Personale / coordinamento qualità reparti di cura*	*10 %*
Sandra Rastelli	091 - 7355555	sandra.rastrelli@clinicavarini.ch	*Clinicienne / Coordinatrice attività infermieristiche*	*5 %*
Capi reparto / Servizi			*Capo reparto / Agente della Qualità*	*5 % x 5 unità*

3.3 Collocazione organizzativa della gestione della qualità in ospedale

La Direzione è responsabile del sistema di qualità ed opera in modo che i collaboratori provvedano a garantirla nello svolgimento delle loro funzioni; gli obiettivi strategici sono comunicati mediante le fasi di gestione degli stessi e per tramite di tutti i mezzi ritenuti necessari, sia di gruppo che mediante i colloqui interdisciplinari.

Tutti i livelli dell'organizzazione devono rispettare i principi di base rappresentati nel manuale di gestione della qualità, ed emanare eventuali proposte di correzione o miglioramento con i mezzi e le modalità indicate.
La gestione della qualità non è stata intesa come una condizione statica, bensì come un processo dinamico fornito di un sistema di autocontrollo (audit interni).

Per raggiungere gli obiettivi prefissati in ambito della qualità, l'organizzazione ha designato, la figura del Consulente di Direzione, come Responsabile della Qualità che indipendentemente dalle altre responsabilità, ha anche l'autorità per:

- Assicurare che i processi necessari per il sistema di gestione per la qualità siano predisposti, attuati e tenuti aggiornati;
- riferire alla Direzione sulle prestazioni del sistema di gestione per la qualità e su ogni esigenza per il miglioramento;

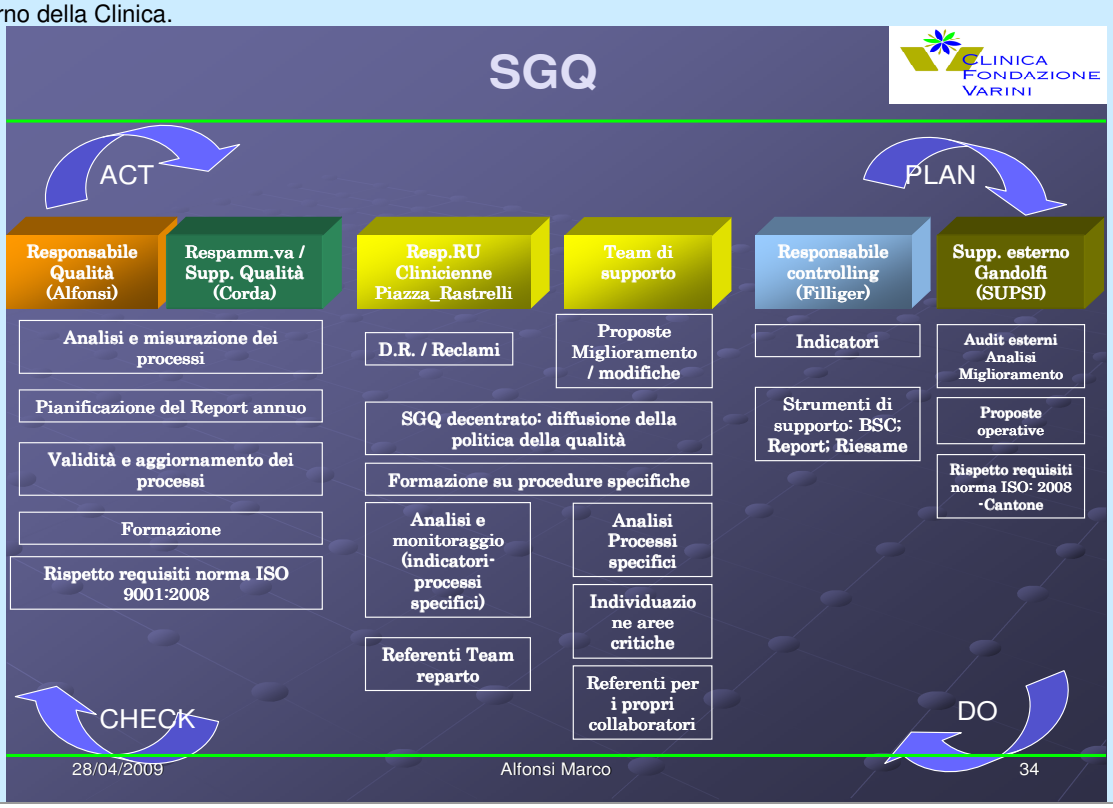
- assicurare la promozione e la consapevolezza della soddisfazione del paziente nell'ambito di tutta la Clinica.

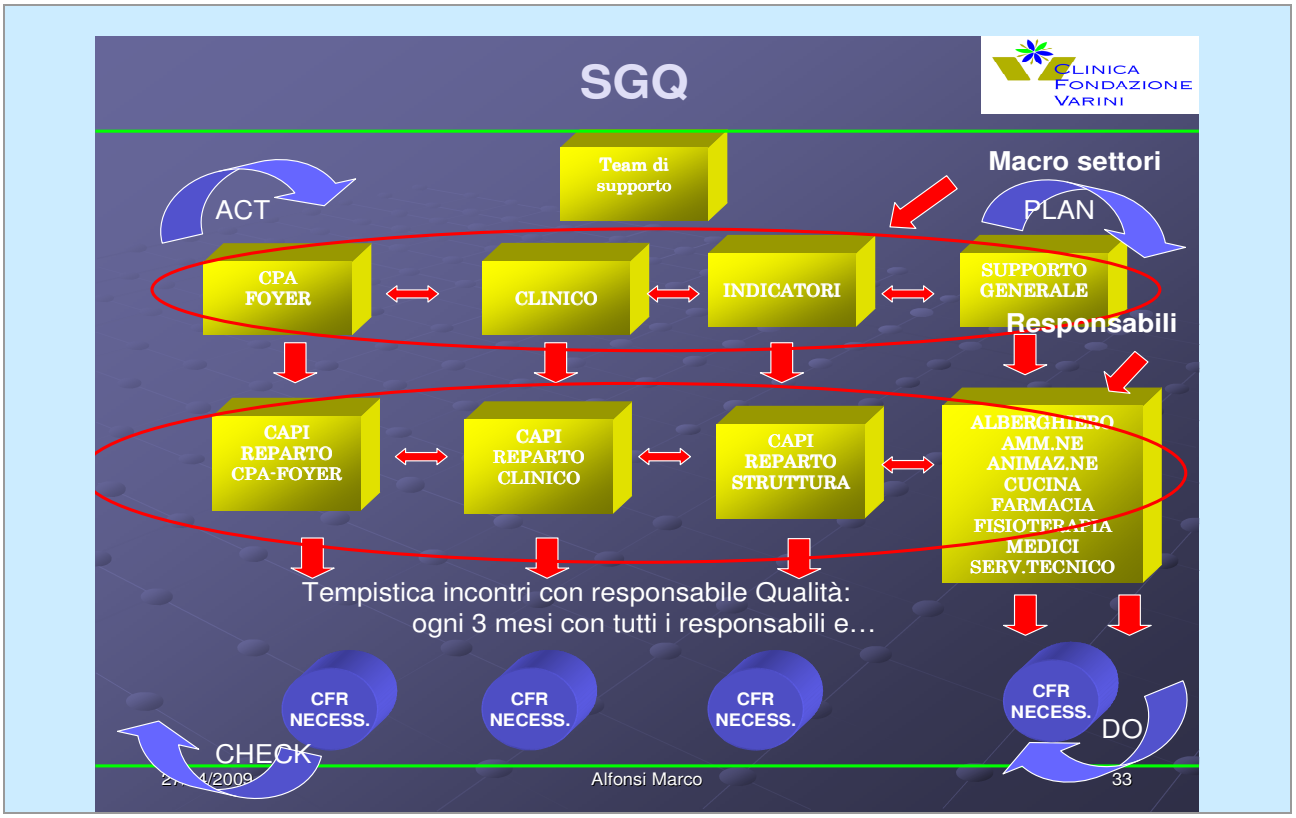
Le figure chiave per l'implementazione del sistema di qualità sono presentate nella figura 1 (team globale d'implementazione del sistema di qualità), ove sono descritte in modo sintetico le suddivisioni dei ruoli e mansioni.

Si ricorda che l'implementazione del sistema è stata effettuata con la modalità bottom-up ricercando la massima responsabilizzazione e gestione autonoma del sistema da parte dei singoli settori/reparti, pur con un coordinamento e con una funzione di facilitatore svolta dal Responsabile della Qualità.

Figura 1- Implementazione Sistema di gestione della qualità

Le figure 2 e 3 fanno invece riferimento, in modo schematico, alla struttura della gestione del sistema della qualità all'interno della Clinica.





4 Dati di riferimento

4.1 Livello di prestazioni

Livello di prestazioni secondo l'Ufficio federale di Statistica (UST)		
☐	Livello di prestazioni 1 (K111): assistenza centrale	5 ospedali universitari
☐	Livello di prestazioni 2 (K112): assistenza centrale	Ospedali con 9'000 – 30'000 casi stazionari
☐	Livello di prestazioni 3 (K121): cure di base	Ospedali con 6'000 – 9'000 casi stazionari
☐	Livello di prestazioni 4 (K122): cure di base	Ospedali con 3'000 – 6'000 casi stazionari
☒	Livello di prestazioni 5 (K123): cure di base	Ospedali con 0 – 3'000 casi stazionari
☐	Clinica specializzata: Chirurgia (K231)	
☐	Clinica specializzata: Ginecologia / Neonatologia (K232)	
☐	Clinica specializzata: Pediatria (K233)	
☒	Clinica specializzata: Geriatria (K234)	
☒	Diverse cliniche specializzate (K235)	Riconoscimento FMH "D" per la Medicina Interna (6 mesi); Riconoscimento FMH "B" Geriatria (1 anno); Riconoscimento FMH Psicosomatica (1 anno);

4.2 Risorse umane

Fonte dei dati			
☐	Cifre dell'Ufficio federale di statistica	☒	Rilevamento interno

Gruppi	Unità a tempo pieno	Osservazioni e dettagli (personale quadro, assistenza, ecc.)
Medici	4.96	Medico responsabile (1.50) Equipe Medica (3.46)
Infermieri	29.14	Personale curante responsabile (2.30) Personale curante diplomato (21.21) Personale curante non diplomato (4.67) Personale farmacia (0.96)
Altre professioni medico-sanitarie o terapeutiche	5.28	Personale Terapeutico
Amministrazione, economia, servizio alberghiero (non-ospedaliero)	12.54	Personale alberghiero (8.25) Personale tecnico (1.45) Personale Amministrativo (2.84)
Persone in formazione (apprendisti, praticanti, allievi)		Personale ausiliario

Commento relativo alle risorse umane

La Clinica Varini, mostra particolare attenzione alla preparazione e alla formazione di tutto il personale, implementando e/o favorendo la partecipazione a formazioni specifiche (vedi descrizione dettagliata in seguito).

Al fine di migliorare la comunicazione con il personale e condividere gli obiettivi personali e istituzionali, la Clinica effettua valutazioni annuali di tutto il personale cercando di individuare aspetti positivi e/o potenzialmente critici.

4.3 Numero di casi

Fonte dei dati			
☐	Dati dell'Ufficio federale di statistica	☒	Rilevamento interno

Settore (Servizio o disciplina)	N° casi degenti			N° casi semi-ambulatoriali e ambulatoriali			Osservazioni
Età	**0-17**	**18-65**	**66 -**	**0-17**	**18-65**	**66 -**	
Medicina interna (348)	0	70	278				
Geriatria (294)	0	7	287				
Psicosomatica (136)	0	104	32				
Psico-geriatria (24)	0	7	17				
Complessivo (802)	0	188	614				*Numero ricoveri anno 2008*

Commento al numero di casi

Il numero dei casi totali, in continuo aumento, mostra un'importante attività svolta in tutti i settori della Clinica e rispecchia in modo proporzionale il numero dei posti letto a disposizione.

Per quanto concerne la suddivisione delle fasce d'età in relazione al settore di intervento si nota come:

- nella Medicina interna la fascia d'età compresa tra i 18 e i 65 anni, rappresenta il 25% circa del totale dei casi trattati, per il resto, trattasi di pazienti con età media di circa 80 anni
- nella Geriatria quasi la totalità dei pazienti ha un età maggiore di 65 anni, nello specifico la media dell'età è di circa 83 anni;
- Nella Psicosomatica, il 76 % circa dei pazienti ha un età compresa tra i 18 e i 65 anni con una media di 55 anni; il restante ha un età media di 73 anni;
- Nella Psico-geriatria l'età media di circa 78 anni.

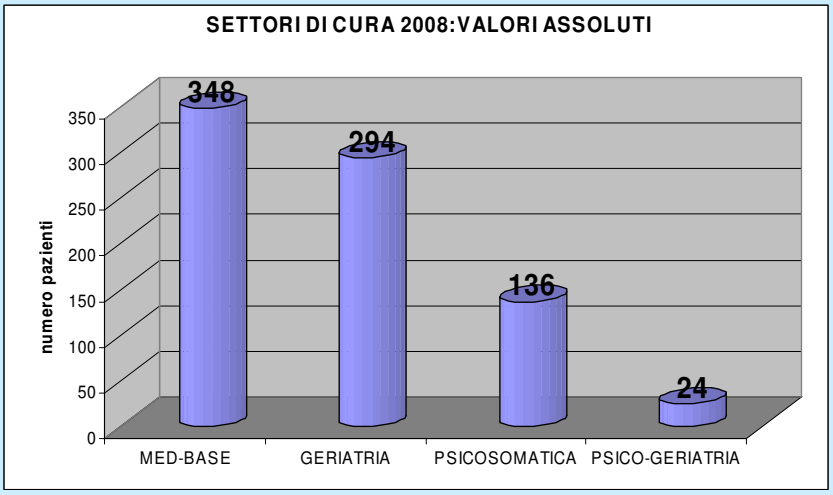
Dall'analisi si nota che il paziente della Clinica Varini presenta, per i settori della Medicina Interna e Geriatria e Psico-geriatria, un numero di casi rilevante nella fascia d'età maggiore/uguale a 65 anni, con un età media totale dei 4 settori indicati di circa 78 anni.

La suddivisione dei pazienti nelle 2 fasce d'età, con un indicazione dell'età media di circa 74 anni rappresenta un primo e semplice dato utile per la definizione della tipologia dei pazienti in relazione all'età.

Trattasi nello specifico (con eccezione della psicosomatica) di pazienti sempre più anziani e con poli patologie che richiedono sempre più specifiche cure e un impiego maggiore di personale, come dimostrato dal numero di unità medico-infermieristiche presenti nella clinica.

I circa 800 pazienti che accogliamo all'anno, sono suddivisi, come mostrato dal grafico sottostante, nei 4 settori, all'incirca con le seguenti percentuali:

- 37 % geriatria:
- 17 % psicosomatica:
- 3% psicosomatica (con valutaz. Geriatria):
- 43 % medicina generale:



4.4 Altri dati di attività

Fonte dei dati			
☐	Dati dell'Ufficio federale di statistica	☒	Rilevamento interno

Dato di riferimento	Numero	Osservazioni
Giornate di cura	16225	
Degenza media	19.38	
Nascite (degenti e ambulatoriali)		
Interventi chirurgici in regime di degenza		
Interventi chirurgici in regime semi-ambulatoriale e ambulatoriale		
Commento agli altri dati di attività		

4.5 Prime dieci diagnosi in regime di degenza (Top Ten)

Fonte dei dati			
☐	Dati dell'Ufficio federale di statistica	☒	Rilevamento interno

Categoria	N° casi	Parte in % dei casi stazionari	Codice ICD-10	Descrizione: ICD-10 per esteso
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
Commento alle prime dieci diagnosi				

4.6 *Primi dieci interventi chirurgici (Top Ten)*

Fonte dei dati			
☐	Dati dell'Ufficio federale di statistica	☐	Rilevamento interno

Posizione	Numero interventi	% di casi stazionari	Codice CHOP	Descrizione: CHOP scritto per esteso
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
Commento ai primi dieci interventi chirurgici				

4.7 *Statistica per età*

Fonte dei dati			
☐	Dati dell'Ufficio federale di statistica	☒	Rilevamento interno

Categoria	Età	Totale pazienti uomini ♂	Totale pazienti donne ♀
1	0 fino 1		
2	2 fino 4		
3	5 fino 9		
4	10 fino 14		
5	15 fino 19		
6	20 fino 24		1
7	25 fino 29	1	1
8	30 fino 34	1	6
9	35 fino 39	7	7
10	40 fino 44	6	9
11	45 fino 49	10	12
12	50 fino 54	23	12
13	55 fino 59	17	22
14	60 fino 64	22	22
15	65 fino 69	18	29
16	70 fino 74	42	61
17	75 fino 79	32	79
18	80 fino 84	43	122
19	85 fino 89	32	88
20	90 fino 94	7	55
21	95 e oltre	3	13
Complessivamente		**263**	**539**

4.8 *Dati di riferimento per la valutazione del collettivo dei pazienti*

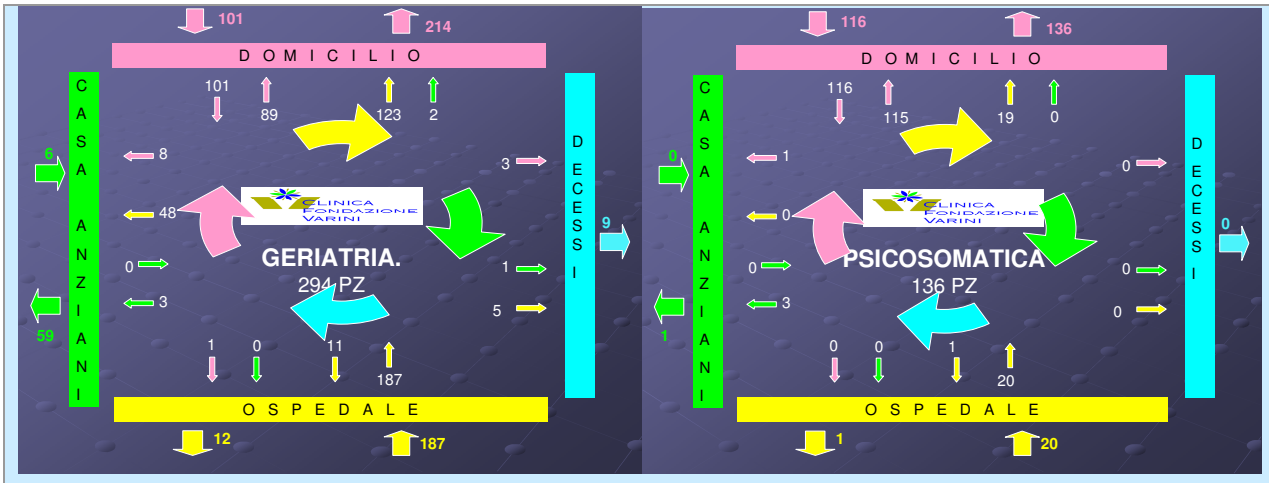
Fonte dei dati			
☐	Dati dell'Ufficio federale di statistica	☐	Rilevamento interno

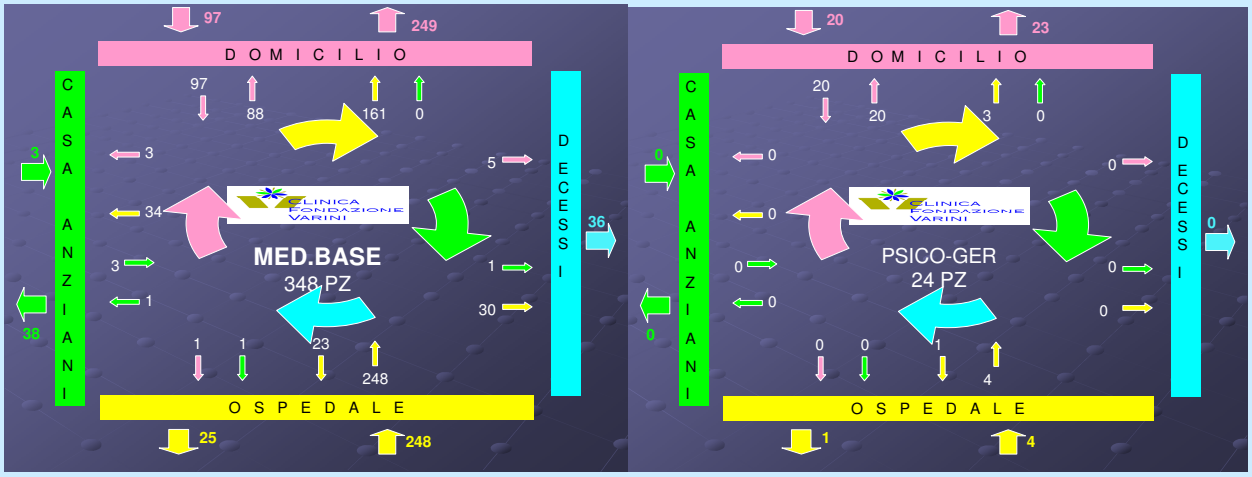
Indice di Case-mix dell'Ospedale	
Pronto soccorso	☐ **con obbligo di presa a carico** (cf lista degli ospedali) ☐ **senza obbligo di presa a carico** (non sulla lista degli ospedali)

Indicatore	**N° casi**	**Osservazioni**
Ricoveri dal Pronto soccorso		
Pazienti di Pronto soccorso (esclusi i pazienti ricoverati a seguito di visita in Pronto soccorso)		
N° pazienti in **cure intensive** riconosciuti dalla SSMI		
N° **bambini in cure intensive**, riconosciuti dalla SSMI		
Trasferimenti in altri ospedali	38	
Dimissioni a domicilio	620	
Altre dimissioni (case per anziani/ cliniche di riabilitazione)	99	

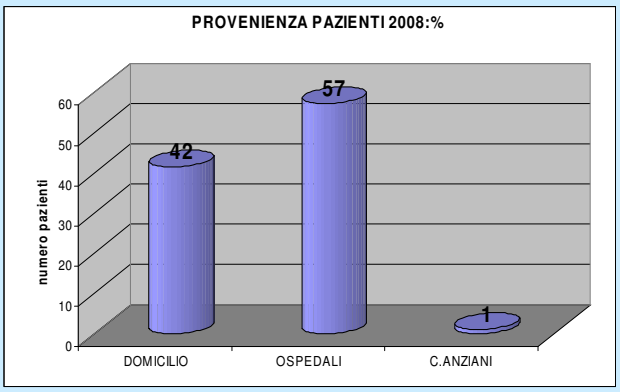
Commento ai dati di riferimento per la valutazione del collettivo dei pazienti

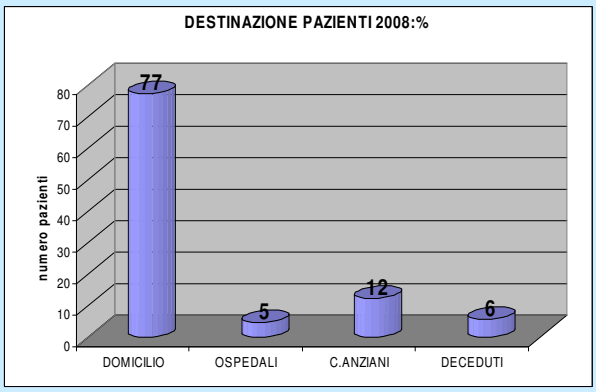
I grafici che seguono rappresentano una prima descrizione del percorso del paziente della Varini sia a livello generale che specifico per settore.





Gli ultimi due grafici presentano le percentuali in relazione alla provenienza e alla destinazione dei pazienti ricoverati nel 2008; come si nota i pazienti arrivano in Clinica inviati con una percentuale simile dal proprio domicilio o dagli Ospedali, per quanto concerne la dimissione, questi per circa il 77 % fanno rientro a casa.





4.9 Tassi di mortalità

4.9.1 Rilevamento interno dei tassi di mortalità

Fonte dei dati			
☒	Dati dell'Ufficio federale di statistica	☐	Rilevamento interno

Risultati
45 decessi nel 2008
Commento
Il tasso di mortalità si attesta intorno al 6% (n.b. i pazienti tumorali all'ingresso sono circa il 7,34%); il 50% dei pazienti tumorali, al momento del ricovero erano in una fase terminale della malattia e quindi deceduti in Clinica. il 45 % dei pazienti ha un età superiore agli 80 anni e circa il 10% di questi, un età superiore ai 90 anni. Tali fattori, evidentemente ed ovviamente hanno una correlazione diretta con il tasso di mortalità.

4.9.2 Tassi di mortalità secondo UFSP/ Helios

Commento ai tassi di mortalità secondo UFSP / Helios
No comment.

4.9.3 Accompagnamento persone in fin di vita in ospedale

☐	No, l'ospedale non ha un'offerta d'accompagnamento per persone in fin di vita
☒	Si, l'ospedale ha un'offerta d'accompagnamento per persone in fin di vita
	Descrizione dell'offerta d'accompagnamento (sostegno spirituale, cure palliative, sostegno ai familiari, ecc.)
	Come già esposto, l'aumento delle poli-patologie e dell'età media dei pazienti presenti in Clinica ha portato alla necessità di dare una risposta adeguata e ben strutturata ai pazienti terminali. Dei pazienti con tumori, circa il 50% rappresentava un ricovero di "accompagnamento alla morte"; come dalla buona rete di intervento e cura implementata con lo IOSI. Nella Clinica l'offerta di accompagnamento cerca di rispecchiare tutte le necessità e bisogni dei pazienti e dei parenti adattandosi alle specifiche esigenze; è presente un sostegno spirituale e un supporto psicologico. La Clinica, viste le sempre maggiori richieste ha implementato un piano di formazione specifica in medicina palliativa.

5 Misurazioni della soddisfazione

5.1 Soddisfazione dei pazienti con il questionario breve PEQ

Nome offerente	Sviluppo	Nome strumento o programma di misura	Descrizione metodologia di misurazione	Data ultima misurazione	Periodicità delle misurazioni	Osservazioni
Associazione Outcome	☐ interno ☐ validato	Questionario breve PEQ				

5.1.1 Misurazione della soddisfazione globale

Soddisfazione globale considerata secondo la domanda: Raccomanderebbe questo ospedale ai suoi amici?	Valore [%]	Osservazioni

5.1.2 Valutazioni dettagliate

Valore [%] Settore	Medicina	Chirurgia	Altro: quale?	Osservazioni
Medici				
Cure infermieristiche				
Organizzazione e sistema				

5.2 Altri programmi di misurazione della soddisfazione dei pazienti

Nome offerente	Sviluppo	Nome strumento o programma di misurazione	Descrizione metodologia di misurazione	Data ultima misurazione	Periodicità della misurazione	Osservazioni
	☐ interno ☒ validato	Soddisfazione Pazienti Varini	Questionario con domande chiuse di soddisfazione e importanza (voto da 1 a 6) e domande aperte;	Aprile 2009	annuale	

Risultati		
Settore	**Valore [%]**	**Osservazioni e informazioni dettagliate (secondo cliniche e reparti)**
Medici		5.58 (scala di valore da 1 pessimo a 6 ottimo)
Cure infermieristiche		5.55 (scala di valore da 1 pessimo a 6 ottimo)
Organizzazione		5.58 (scala di valore da 1 pessimo a 6 ottimo)
Alberghiero		5.6 (scala di valore da 1 pessimo a 6 ottimo)
Infrastruttura pubblica		

Commento

L'analisi della soddisfazione dei pazienti svolta da settembre 2008 a febbraio 2009 (6 mesi) ha avuto un tasso di risposta doppio rispetto alla precedente e ha evidenziato una soddisfazione media del 5,51 su 6.
La direzione ha preso in considerazione le aree delle domande generali e i singoli aspetti trattati.
Dei tre questionari che presentavano un insoddisfazione al di sotto del valore 4, due sono stati individuati e trattati in modo specifico dalla Direzione per approfondirne gli aspetti.
Analisi più dettagliate saranno presentate nello specifico rapporto.

L'analisi ha dato conferma della percezione dell'ottimo lavoro svolto facendo emergere, soprattutto dalla analisi dell'area "libera"(domande aperte), spunti di riflessione.

5.3 Soddisfazione dei collaboratori

Nome offerente	Sviluppo	Nome strumento o programma di misurazione	Descrizione metodologia di misurazione	Data ultima misurazione	Periodicità delle misurazioni	Osservazioni
	☐ interno ☒ validato	Progetto pilota Helsana	Questionari e interviste	Programmata per giugno 2009	annuale	

Risultati		
Settore	**Valori [%]**	**Osservazioni**
Medici		
Cure infermieristiche		
Altre professioni medico-sanitarie o terapeutiche		
Amministrazione, economia, servizio alberghiero		
Istituzione nel suo complesso		
Commento		

5.4 Soddisfazione dei medici invianti

Nome offerente	Sviluppo	Nome strumento o programma di misurazione	Descrizione metodologia di misurazione	Data ultima misurazione	Periodicità delle misurazioni	Osservazioni
	☐ interno ☐ validato					

Risultati		
Settore	**Valore [%]**	**Osservazioni**
Medici		
Cure infermieristiche		
Altre professioni medico-sanitarie o terapeutiche		
Amministrazione, economia, servizio alberghiero		
Istituzione nel suo complesso		
Commento		

6 Indicatori di qualità

6.1 Riospedalizzazioni (rientri dopo la dimissione)

6.1.1 Riospedalizzazioni potenzialmente evitabili entro 30 giorni, con SQLape

N° dimissioni	N° riospedalizzazioni entro 30 giorni	Tasso riospedalizzazione: valori (%)	Istanza di valutazione	Osservazioni

6.1.2 Partecipazione ad altri programmi di misurazione sulle riospedalizzazioni

☒	No, l'ospedale non ha partecipato a nessun altro programma di misurazione delle riospedalizzazioni
☐	Si, l'ospedale ha partecipato ai seguenti programmi concernenti le riospedalizzazioni:

Nome offerente	Sviluppo	Quale strumento / quale metodo di misurazione? (descrizione)	Data ultima misurazione	Periodicità delle misurazioni	Osservazioni
	☐ interno ☐ validato				

Risultati
Commento

6.2 Infezioni

6.2.1 Infezioni postoperatorie secondo SwissNOSO / IVQ

☒	No, l'ospedale non partecipa al programma di SwissNOSO
☐	Si, l'ospedale partecipa al programma di SwissNOSO nell'ambito dei seguenti temi (3 di 8)

	Tema	Valori	Osservazioni
☐	Colecistectomia		
☐	Appendicectomia		
☐	Interventi di ernia		
☐	Interventi al colon		
☐	Taglio cesareo		
☐	Cardiochirurgia		
☐	Interventi di protesi dell'anca		
☐	Interventi di protesi del ginocchio		

6.2.2 Partecipazione ad altri programmi di misurazione delle infezioni

☐	No, l'ospedale non partecipa a nessun altro programma inerente alle infezioni
☒	Si, l'ospedale partecipa ai seguenti programmi inerenti alle infezioni:

Nome offerente	Sviluppo	Quale strumento / quale metodo di misurazione? (descrizione)	Data ultima misurazione	Periodicità delle misurazioni	Osservazioni
	☒ interno ☐ validato	Progetto in corso			

Risultati
Commento
Progetto in corso

6.2.3 Misure di prevenzione

☐	No, nell'ambito delle infezioni, l'ospedale non esegue alcuna misura di prevenzione.
☒	Si, nell'ambito delle infezioni, l'ospedale esegue le seguenti azioni di prevenzione:
	Descrizione delle misure e degli strumenti di prevenzione
	- Lavaggio/disinfezione delle mani; - Isolamento: definizione e misure generali; - Lista delle malattie trasmissibili; - MRSA ; - TBC: prevenzione della trasmissione in ospedale; - Chemioprofilassi in caso di esposizione ai meningococchi; - Prevenzione delle infezioni: misure precauzionali per i germi multiresistenti agli antibiotici; - Norovirus; - Portamento in Clinica; - Sorveglianza prospettica delle legionelle.

6.3 Complicazioni

6.3.1 Partecipazione a programmi di misurazione

☐	No, l'ospedale non partecipa a nessun programma di misurazione delle complicazioni	
☒	Si, l'ospedale partecipa ai seguenti programmi di misurazione delle complicazioni	
	Definizione di "complicazione"	Qualsiasi peggioramento dello stato di salute del paziente non programmabile/prevedibile dovuto ad errori medico – infermieristici o ad altre cause.

Nome offerente	Sviluppo	Quale strumento / quale metodo di misurazione? (descrizione)	Data ultima misurazione	Periodicità delle misurazioni	Osservazioni
	☒ interno ☐ validato	Valutazione Cartelle Mediche–Infermieristiche; indici di appropriatezza e correttezza (analisi a campione); Rilevamento errori sulle terapie; indicatore del numero e della tipologia di	Aprile 2009 Aprile 2009	Mensile quotidiana	

		errore; Analisi delle Cadute; indicatore del numero delle cadute e delle conseguenze; Monitoraggio eventuali lesioni da compressione	Aprile 2009 Aprile 2009	quotidiana quotidiana	

Risultati
Commento
L'analisi delle Cartelle medico- infermieristiche viene svolta con particolare attenzione alla chiarezza, veridicità e completezza delle informazioni contenute, oltre che all'analisi dei potenziali fattori di rischio e/o di errore. Questa analisi ha portato alla rivisitazione integrale e all'adozione di nuovi strumenti clinici per il rilevamento e monitoraggio delle condizioni dei pazienti, con lo scopo di facilitare la comunicazione nell'equipe di cura e migliorare la qualità delle stesse. Indicatori specifici sono stati sviluppati e permettono di avere un termometro reale della corretta tenuta di tali strumenti. Direttamente correlabile a tale revisione e di pari passo è partita un analisi degli errori (sia potenziali che effettivi) sulle somministrazioni dei farmaci. Tale rilevazione è effettuata in modo continuativo e costante e viene rielaborata ogni tre mesi. Dalla prima implementazione, grazie alla sensibilizzazione del personale e ai nuovi strumenti e controlli utilizzati, si è riusciti a ridurre, il già basso numero di errori sui farmaci di circa il 70 % agendo anche, come detto, su fattori di rischio potenziali. Gli altri aspetti direttamente correlabili con le complicazioni sul normale decorso della degenza, sono misurate e monitorate costantemente con l'utilizzo di strumenti creati appositamente e con la rielaborazione e l'analisi per il mezzo di specifici indicatori.

6.3.2 Misure di prevenzione

☐	No, nell'ambito delle complicazioni, l'ospedale non effettua nessuna misura di prevenzione
☒	Si, nell'ambito delle complicazioni, l'ospedale effettua le seguenti misure di prevenzione
	Descrizione delle misure e degli strumenti di prevenzione
	Nella Clinica sono attivi diversi e variegati strumenti di prevenzione e di monitoraggio, i principali sono rappresentati dalla analisi del rischio clinico e dalla rilevazione e rielaborazione di specifici indicatori, come descritto nell' area relativa agli indicatori di qualità.

Strumento di rilevazione/riferimento						Strumento di rielaborazione / monitoraggio					comunicazione						
											interna				esterno		
tipo-cod.	Denominazione	Resp. Compilazione	ubicaz.	cadenza	area rif.	tipo - cod.	Denominazione + anno rif.	Resp.	ubicaz.	cadenza	frequenza	Ref.	entro il	Strumento	s/n	a chi	come
26_01	Soddisfazione dei Pazienti	RQ _ RC	MQ	annua	TT	scheda informatica	Analisi soddisfazione pz	RQ	Indicatori su server	annuale	annua	tutti	mese successivo fine inchiesta	presentazione	si	TT	report annuo
09_01-A	Monitoraggio errori farmaci	P.CURE	MQ	giorn.	09	scheda informatica	Monitoraggio errori farmaci	RQ	Indicatori su server	trimestrale	necess-annua	tutti	immediata	presentazione	no		
07_03-A	Segnalazione cadute	P.CURE	MQ	giorn.	07	scheda informatica	Monitoraggio cadute	CL	Indicatori su server	giornaliera	necess-annua	tutti	immediata	presentazione	no		
18_02-C-	Scheda monitoraggio formazioni	TT	MQ	giorn.	18	scheda informatica	18_02-D- Riepilogo Formazioni	RP	Indicatori su server	trimestrale	annua	tutti	annua	presentazione	no		
25-A-	Difficoltà riscontrate	TT	MQ	giorn.	TT	scheda informatica	Monitoraggio e gestione Diff-ris.-reclami	RP	Indicatori su server	giornaliera	necess-annua	tutti	al bisogno	presentazione	no		
19_04-A-	Scheda Sorveglianza Fornitori	RAC	MQ	giorn.	19	cartaceo	19_04-A-Schede sorveglianza Fornitori	DIR - RAC	Doc. Cartaceo (Direzione)	annuale	annua	CF	al bisogno e annuale	presentazione	no		
scheda informatica	Contratti di prestazione (Indicatori statistici cantonali)	DIR	DIR	annua	01; 02	schede informatiche	indicatori statistici	DIR - COLL	Indicatori su server	annuale	annua	CF	report interno	presentazione	si	ref.cantonali	report annuo
scheda informatica	Quadro generale progetti	DIR - COLL	DIR	necess.	04	scheda informatica - cartaceo	Quadro generale progetti; Fasi e attività singoli progetti	DIR - COLL	Doc. Cartaceo - Informtico (Direzione)	continua	annua	tutti	fine anno	incontri	si	ref.cantonali	report annuo
28_01	Verifica Qualità cartelle cliniche (mediche-infermieristiche-fisioterapia-amm.ve)	RQ _ RC_RME D_RAMM	MQ	mensile	IV	scheda informatica - cartaceo	Monitoraggio cartelle pazienti	RQ	Indicatori su server	mensile	necess-annua	tutti	necess- fine annuo	incontri	no		
20_01-A-	Richiesta Servizio Tecnico	TT	MQ	giorn.	20	schede informatiche	Monitoraggio guasti	RQ	Indicatori su server	annuale	annua	tutti	fine anno	presentazione	no		
scheda informatica	Statistiche pazienti (percorso di cura)	AMM_SS _CL_FIS	PC	giorn.	TT	schede informatiche	Statistiche pazienti	RQ_A MM	Indicatori su server	giornaliera	annua	tutti	report interno	presentazione	si	ref.cantonali	report annuo

LEGENDA

RQ	Responsabile Qualità	CF	Consiglio di Fondazione
RC	Responsabile delle Cure	DIR	Direttore
P.CURE	Personale di cura	RME	Responsabile Medico
TT	Tutto	RAM	Responsabile Amministrazione
RAC	Responsabile Acquisti	SS	Servizio Socilae
COLL	Collaboratori	FIS	Responsabile Fisioterapia
AMM	Personale Amm.vo	RP	Responsabile Personale

6.4 Indicatore infermieristico "cadute"

6.4.1 Partecipazione a programmi di misurazione

☐	No, l'ospedale non partecipa ad alcun programma di misurazione delle cadute	
☒	Sì, l'ospedale partecipa ai seguenti programmi di misurazione delle cadute	
	Definizione di "caduta"	

Nome offerente	Sviluppo	Quale strumento / quale metodo di misurazione? (descrizione)	Data ultima misurazione	Periodicità delle misurazioni	Osservazioni
	☒ interno ☐ validato				

Risultati

il monitoraggio delle cadute avviene in modo strutturato e confrontabile, i dati che emergono dal 2008 sono:

- 102 schede compilate;
- 12.7182 % dei pazienti ricoverati cade;
- 0.00628: il numero di cadute in rapporto alle giornate di degenza dell'anno.

Commento

I pazienti che cadono hanno in genere un numero elevato di diagnosi (in media quasi 7), e assumono circa 8 tipologie di farmaci che possono avere effetti sulle cadute; da una prima analisi risulta che i pazienti assumevano in ordine : antiipertensivi; anticoagulanti; lassativi, diuretici, cardiotonici (non si è svolta un analisi della correlazione tra diverse assunzioni contemporanee, ma ci si rifà alla abbondante e dettagliata letteratura presente in materia).

Si ritiene che all'interno della Clinica vi sia una sempre maggiore sensibilizzazione alla compilazione dello strumento di rilevazione, ed una presenza maggiore e più attenta del personale dei reparti; si ritiene infatti che tutte le cadute dei pazienti siano documentate.
Confrontando il nostro tasso, con quello dei vari studi sulle cadute dei pazienti geriatrici (circa il 40% dei nostri pazienti) e considerando l'età media (quasi 75 anni) risulta che siamo ben al di sotto della "forchetta standard".

Obiettivi e mezzi:

Ridurre il numero delle cadute.

1. Analisi dei principali strumenti di valutazione utilizzati in ambito internazionale per prevenire il rischio di caduta del paziente geriatrico;
2. Valutazione di sistemi tecnologico-informatici di aiuto nella prevenzione (tappeti acustici, ecc.);
3. Migliore descrizione della casistica del paziente che cade in modo da implementare una presa in cura particolare;
4. Migliorare la comunicazione con l'Ospedale La Carità: se un paziente è caduto, la probabilità che cada di nuovo è molto più elevata che su un paziente che non è mai caduto.

6.4.2 Misure di prevenzione

☐	No, l'ospedale non effettua alcuna misura di prevenzione nell'ambito delle cadute
☒	Si, l'ospedale effettua le seguenti misure di prevenzione nell'ambito delle cadute:
	Descrizione delle misure di prevenzione
	In Clinica vi sono diverse misure di prevenzione che nello specifico sono: - Formazione al personale; - Analisi dei rischi (scale di valutazione Tinetti, Mini Mental Status; osservazione della deambulazione) - Formare ed informare i pazienti sugli strumenti più idonei per il sostegno e sui rischi di cadute; - Strumenti specifici: calze antiscivolo; para-anche; letti Alzheimer; - Contenzione solo se invitabile.

6.5 Indicatore infermieristico "decubiti" (lesioni da pressione)

6.5.1 Partecipazione ad altri programmi di misurazione

☐	No, l'ospedale non partecipa a nessun altro programma di misurazione nell'ambito delle lesioni da decubito.
☒	Si, l'ospedale partecipa ai seguenti programmi di misurazione inerenti alle lesioni da decubito

Nome offerente	Sviluppo	Quale strumento / quale metodo di misurazione? (descrizione)	Data ultima misurazione	Periodicità delle misurazioni	Osservazioni
	☒ interno ☐ validato	Scala di Norton modificata secondo Stotts	In fase di implementazione	quotidiana	Analisi in corso

Risultati
Commento
analisi in corso

6.5.2 Misure di prevenzione

☐	No, l'ospedale non effettua alcuna misura di prevenzione nell'ambito delle lesioni da decubito.
☒	Si, l'ospedale effettua le seguenti misure di prevenzione nell'ambito delle lesioni da decubito.
	Descrizione delle misure di prevenzione
	- Formazioni al personale; - materassi antidecubito; - monitoraggi postura del paziente; - controllo alimentazione; - prevenzione delle infezioni.

6.6 Altri indicatori di qualità utilizzati

Nome offerente	Sviluppo	Quale strumento / quale metodo di misurazione? (descrizione)	Data ultima misurazione	Periodicità delle misurazioni	Osservazioni
	☒ interno ☐ validato	Singoli indicatori	Cfr tabella sintetica	Cfr tabella sintetica	

Risultati

- Soddisfazione dei Pazienti; voto medio 5.51 su 6;
- Errori farmaci; riduzione del 70% degli errori sui farmaci;
- Segnalazione cadute; implementazione 5 nuovi accorgimenti (linee guida) per ridurle;
- Monitoraggio formazioni; 30 formazioni specifiche;
- Sorveglianza fornitori; valutazione annuale di tutti i fornitori;
- Verifica qualità cartelle cliniche; il 95% delle cartelle risulta conforme ai requisiti;
- Richieste servizio tecnico; tempi di intervento e modalità permettono una risposta adeguata e puntuale;
- Lesioni da compressione; 0 lesioni da compressione iniziate in clinica; 8 lesioni curate e/o migliorate;
- Analisi Difficoltà Riscontrate 24 D.R.; 19 chiuse; 5 in fase di monitoraggio;
- Audit interni 1 Audit in tutti i reparti e Supervisione continua

7 Attività concernenti la qualità

7.1 Certificazioni di qualità o norme/standard applicate

Ambito (tutto l'ospedale oppure reparto / disciplina)	**Norma applicata**	**Anno di certificazione**	**Anno dell'ultima ricertificazione**	**Osservazioni**
Tutto l'ospedale	ISO 9001:2008	2009		

7.2 Panoramica sulle attività in corso

*Elenco delle attività in corso, **permanenti***

Ambito (tutto l'ospedale oppure reparto / disciplina)	**Attività** (titolo)	**Obiettivo**	**Situazione a fine 2008**
Tutta la Clinica	Set di Indicatori condivisi e strutturati secondo le aree della BSC	Migliorare la struttura degli indicatori (tipologia, misurazione, ecc…) in relazione alle aree della BSC	La Struttura di base e gli indicatori primari sono stati sviluppati; La condivisione degli strumenti di rilevazione mediante la rete intranet è funzionale;
Commenti			

7.3 Panoramica sui progetti in corso concernenti la qualità

*Elenco dei **progetti** in corso concernenti la qualità durante l'anno di riferimento (in corso/conclusi)*

Ambito (tutto l'ospedale oppure reparto / disciplina)	**Progetto** (titolo)	**Obiettivo**	**Durata** (da … fino)
Tutta la Clinica	Certificazione ISO 9001:2008	Certificazione di tutta la Clinica	Concluso 2009
Tutta la Clinica	Contabilità analitica per UFI (Rekole);	introdurre il sistema di contabilità analitica per UFI entro il 2009	Iniziato nel 2008, conclusione prevista entro il 2009
Tutta la clinica	Rete intranet	Rendere efficiente e completa la rete intranet all'interno della Clinica e formare tutto il personale	Iniziato nel 2008; conclusione prevista per il 2009
Commenti			

➔ In allegato è presente la documentazione di dettaglio su due progetti selezionati di promozione della qualità.

8 Conclusione e sguardo verso il futuro

Commento

La Clinica Varini sta vivendo una fase di cambiamento e di evoluzione che permette di focalizzare l'attenzione e rivisitare aspetti e procedure problematiche e/o individuate come potenzialmente tali e allo stesso tempo di confermare gli ottimi standard di cure che si forniscono.

Si ritiene che la politica della qualità adottata sia una buona base di partenza e rispecchi in modo adeguato la realtà della Fondazione, si è consci al tempo stesso che tale politica va rivisitata e aggiornata continuamente.

Uno degli scopi intrinsechi e direttamente correlabili con la scelta della qualità è anche quello di meglio definire i nostri mandati e di comunicarli in modo più chiaro e completo all'esterno.

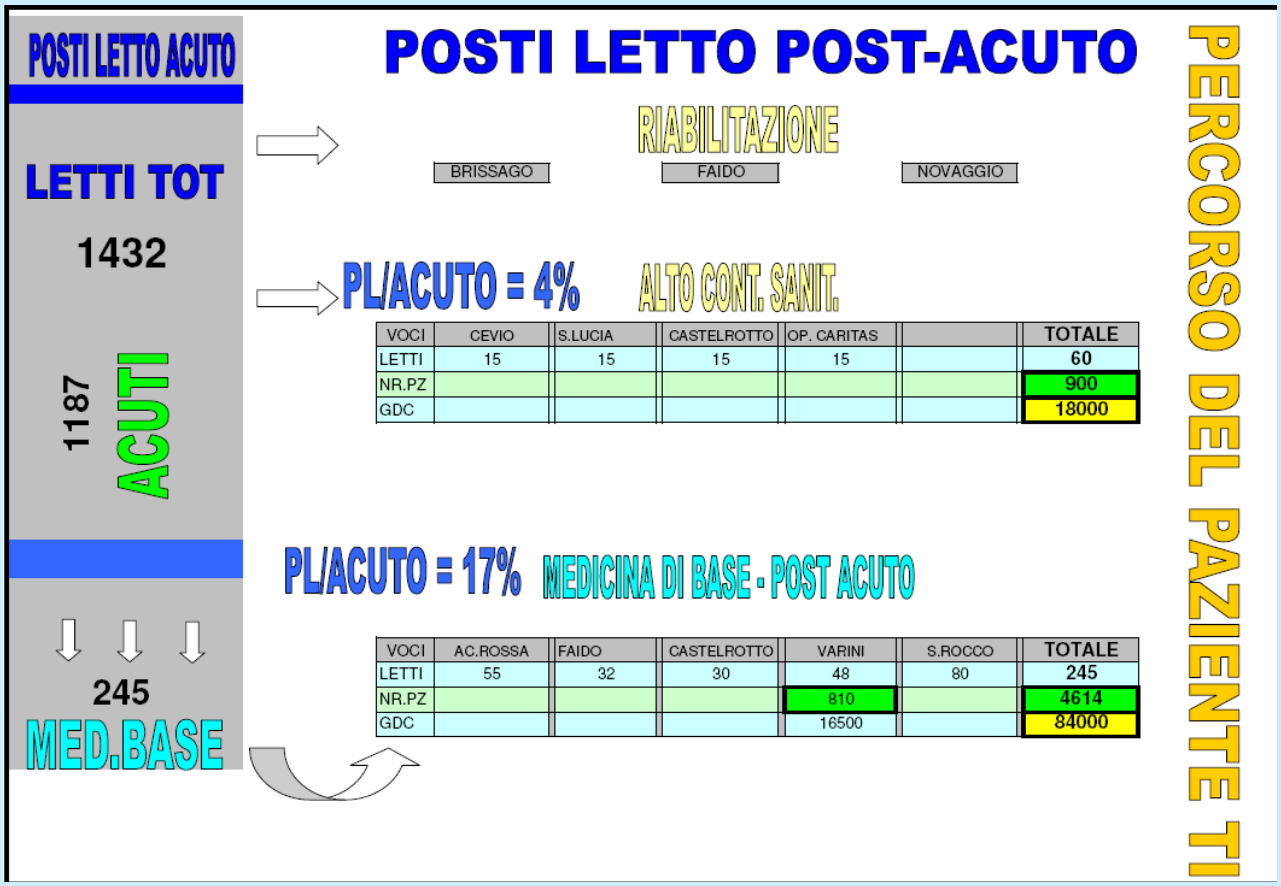
La denominazione giuridica di Fondazione rappresenta un primo ed intuitivo tassello che connota e delinea la missione e lo scopo sociale della prestazione delle cure e dei servizi offerti; proprio in quest'ottica la Clinica, dalla sua nascita, ha cercato di adattarsi e rispondere in modo sempre più puntuale alle necessita e ai bisogni della popolazione, prestando sempre uno sguardo attento a quello che avviene e avveniva in ambito ospedaliero.

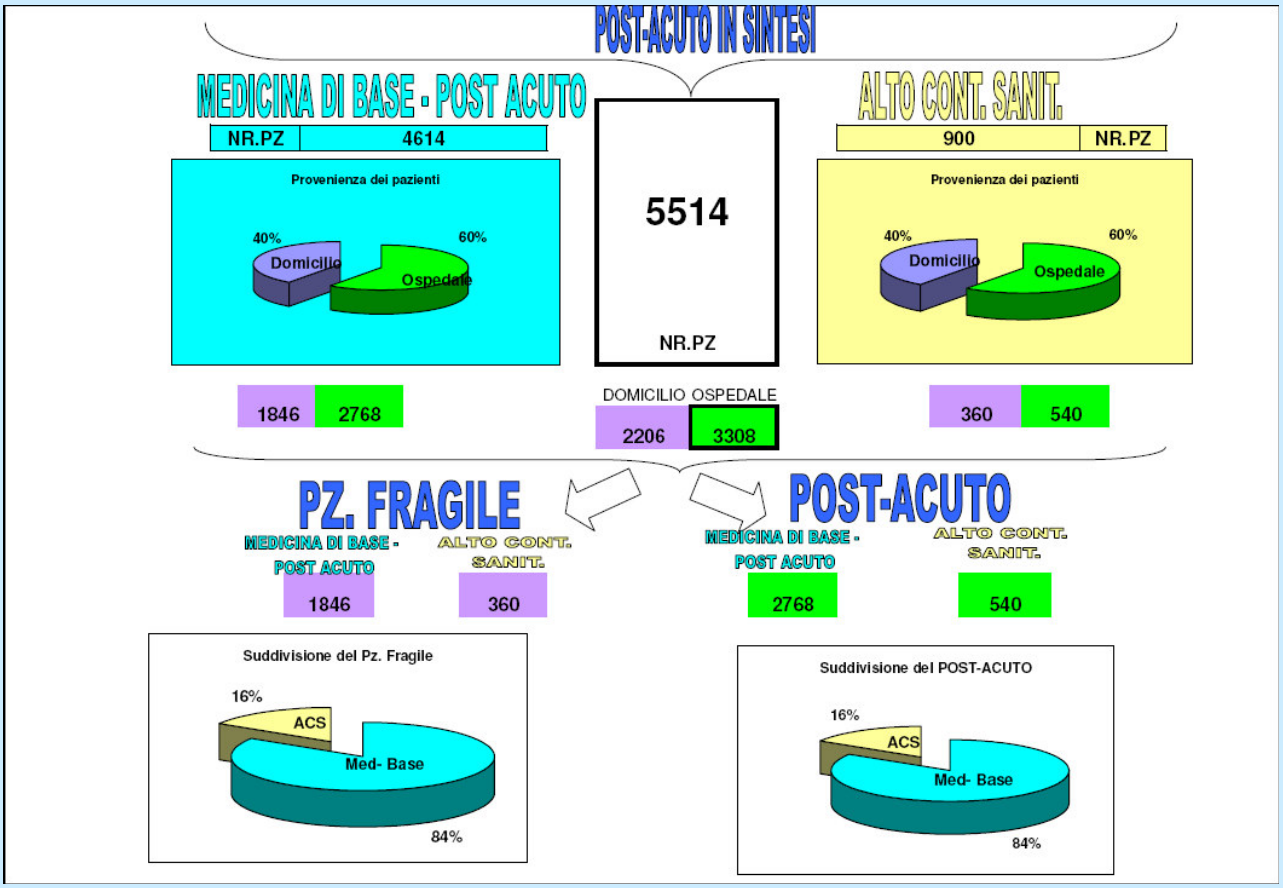
Proprio dall'attenzione e dalla percezione di cosa sta cambiando e cambierà con le modifiche al settore socio-sanitario, come ad esempio:

- la nuova pianificazione ospedaliera;
- l'introduzione dei nuovi modelli di finanziamento;

la Clinica con un'ottica prospettica si pone e cerca di porre domande e utili spunti di riflessione in modo da creare tavoli di discussione – progettazione che tengano conto delle reali necessità dei pazienti e che permettano alle persone proposte alla presa di decisioni di avere un quadro logico di riferimento chiaro.

Un primo spunto di riflessione potrebbe essere una possibile lettura della situazione attuale del settore post-acuto in Ticino come illustrato nello schema seguente.





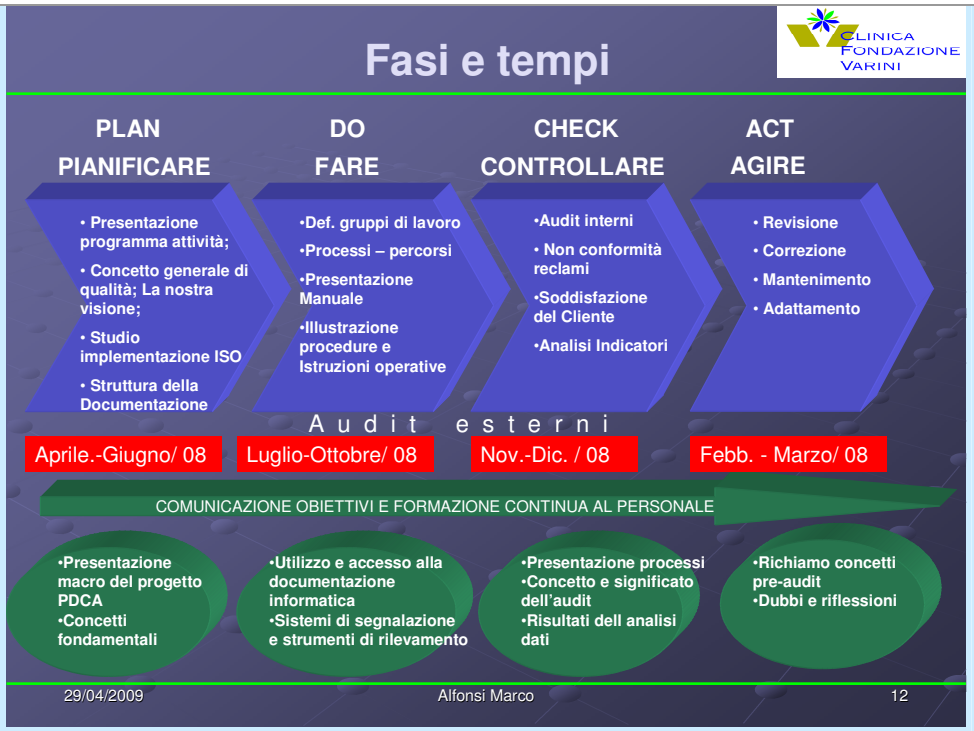
Questa prima analisi ci fa porre non poche domande che focalizzano l'attenzione sull'attuale frammentazione dell'offerte delle cure in Ticino contro la tendenza Nazionale all'omogeneizzazione e integrazione delle stesse.

Quello a cui auspichiamo è di cercare insieme a tutti gli interlocutori un percorso di cura ottimale per il paziente, proprio dell'ottica del miglioramento continuo.

9 Progetti selezionati di promozione della qualità

Descrizione dei ***due principali progetti di promozione della qualità conclusi****.*

Titolo del progetto	**Certificazione ISO 9001:2008**	
Settore	☒ Progetto interno	☐ progetto esterno (per es. assieme al Cantone)
Obiettivo del progetto	Ottenere la certificazione di tutta la Clinica per l'erogazione del servizio medico, infermieristico e socio – assistenziale in regime residenziale per persone con perdita di autonomia funzionale e cognitiva; erogazione del servizio di fisioterapia in regime ambulatoriale; erogazione del servizio alberghiero.	
Descrizione / spiegazione come avviene il miglioramento delle prestazioni tramite il progetto.	La Clinica Varini ha deciso di intraprendere il percorso di certificazione ISO, dopo le positive esperienze passate di certificazione insos ufas 2000 come risposta alla maggiore esigenza e necessità risocontrata di dare un unitarietà ed integrità al percorso delle cure e alla strutturazione dei servizi in un ottica del miglioramento continuo. In coerenza con quanto indicato dalla normativa di riferimento la certificazione prescelta ISO 9001 è stata affrontata e implementata negli anni 2008-2009 La Fondazione Varini, con uno sguardo a quella che sarà la nuova pianificazione ospedaliera, e in un ottica al miglioramento continuo ha deciso di seguire un percorso di crescita e sviluppo mediante l'implementazione di un sistema di qualità integrato e globalmente condiviso da tutta la Struttura.. Nello specifico la norma di riferimento è la ISO 9001: 2008. L'approccio alla certificazione ISO nella Clinica Varini è quello di recepire le indicazioni della normativa valorizzando al massimo gli strumenti e le procedure che già sono presenti introducendo modifiche o creandone di nuove solo dove utile e necessario. Le passate esperienze per il settore "Casa per Anziani" e il "Foyer" della certificazione UFAS/AI 2000 adottata rispettivamente nel 2003 e nel 2005 sono state le basi di partenza sul quale strutturare il nuovo sistema di qualità. La motivazione del passaggio dalla normativa UFAS a quella ISO è come già detto la ricerca di un miglioramento continuo delle cure fornite al Paziente che rappresenta il fulcro attorno al quale ruota tutto il sistema "Clinica Varini" in modo da riconfermare e inseguire un'eccellenza nelle cure e nelle prestazioni offerte. Il raggiungimento di tale obiettivo rappresenta non il traguardo ma un nuovo punto di partenza. Non è un caso infatti che uno dei cardini attorno al quale ruota il sistema di qualità è quello del ciclo del miglioramento continuo. In sintesi quindi, la decisione di introdurre la gestione del sistema di qualità, è stata presa al fine di migliorare ed ottimizzare il funzionamento dell'Istituto nell'ottica della soddisfazione del paziente e del miglioramento continuo. In particolare, per noi qualità significa: - avere una visione globale della Clinica e delle attività in modo interdisciplinare e correlato; - gestire "bene" in modo semplice il proprio lavoro in coordinazione con quello degli altri evitando ridondanze; - garantire al paziente un ruolo centrale ed una prestazione che risponda al meglio alle sue esigenze-necessità nell'ottica dell'efficacia ed efficienza del servizio offerto; - empatia nelle cure: "mettersi al posto del paziente".	
Decorso del progetto / metodica	Il grafico che segue chiarisce il planning del progetto in modo sintetico; per quanto concerne la metodica di implementazione si ricorda, come descritto in precedenza che è avvenuta mediante una modalità bottom – up.	



Risultati del progetto	Conseguimento della Certificazione.
Settore d'impiego	☐ con altri ospedali. Quali? .....
	☒ gruppo ospedaliero o ospedale per intero
	☐ singole ubicazioni. In quali sedi? .....
	☐ singoli reparti. In quali reparti? .....
Gruppi professionali coinvolti	Tutta la Clinica in relazione ai differenti Servizi -Reparti
Valutazione del progetto / conseguenze	
Documentazione ulteriore	

Titolo del progetto	**Indicatori BSC: analisi e comunicazione**	
Ambito	☒ Progetto interno	☐ progetto esterno (per es. assieme al Cantone)
Obiettivo del progetto	Definire standard qualitativi per il tramite di indicatori specifici	
Descrizione / spiegazione come avviene il miglioramento delle prestazioni tramite il progetto.	Nel corso dell'anno si sono creati i primi indicatori di qualità della Clinica con lo scopo di creare una base di confronto e monitoraggio per gli anni successivi. Il progetto, in continua evoluzione, integrato con il progetto di Unità Finale di imputazione (UFI) ha permesso di rivedere gli indicatori precedentemente utilizzati nelle statistiche, ridefinendone utilità, modalità di calcolo e responsabilità, in una struttura che richiama le 4 aree della BSC, in modo da ottimizzare il sistema in relazione a: • descrizione in modo più appropriato del percorso del paziente all'interno della Clinica, identificando degli indicatori di income e outcome per singolo settore; • ridefinire la modalità di comunicazione, gestione e calcolo di questi, identificando chiaramente le responsabilità di rilevazione, monitoraggio e controllo; • ridefinire gli indicatori utili e necessari per controllare e ottimizzare i processi in un ottica di migliore presa a carico del paziente.	

Decorso del progetto / metodica	Per l'implementazione del set di indicatori, si sono seguite, da una prte le indicazioni di H+, dall'altra la percezione delle necessità peculiari all'interno della Clinica. Nel definire gli indicatori, si sono creati gruppi di lavoro specifici in relazione ai differenti ambiti e necessità di misurazione e controllo.
Risultati del progetto	Set di indicatori da utilizzare come base per attività di monitoraggio, implementazioni di azioni correttive e come strumento di banchmarking e di comunicazione interna.
Settore d'impiego	☐ con altri ospedali. Quali? .....
	☒ gruppo ospedaliero o ospedale per intero
	☐ singoli ubicazioni. In quali sedi? .....
	☐ singoli reparti. In quali reparti? .....
Gruppi professionali coinvolti	Differenti gruppi di lavoro in relazione alla tipologia di indicatore, con una supervisione del Consulente di Direzione.
Valutazione del progetto / conseguenze	Il progetto è in continua evoluzione pur rappresentando una buona descrizione e strumento di intervento oltre che di monitoraggio delle attività svolte.
Documentazione ulteriore	

10 Allegati individuali

© 2009, H+ qualité ® / Versione 2.0