

Rapporto sulla qualità 2020

Approvazione in data: 27.05.2021
Responsabile Qualità: Cataldi Antonio

Versione 1



Clinica Santa Chiara SA Locarno

www.Clinicasantachiara.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 2020.

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 2020

Signor
Antonio Cataldi
Responsabile Qualità tel: 091 756 48 83
a.cataldi@clnicasantachiara.ch

Signor
Davide Beltrami
Addetto alla qualità tel: 091 756 48 45
d.beltrami@clnicasantachiara.ch

Prefazione di H+ Gli Ospedali Svizzeri

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

Tutti gli ospedali e le cliniche svizzere partecipano oggi a misurazioni della qualità dell'ANQ, vincolanti e unitarie a livello nazionale con pubblicazione trasparente dei risultati. Dopo la somatica acuta e la psichiatria ora pure i risultati della misurazione specifica al settore della riabilitazione sono stati pubblicati in maniera trasparente a livello svizzero.

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

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

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

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

Con i migliori saluti



Anne-Geneviève Bütikofer
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 2020	9
3.2 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2020	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, causa COVID-19 non è stato effettuato nessun 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	
10.1 Il nostro istituto conduce periodicamente una misurazione.....	19
11 Infezioni	20
11.1 Rilevamento nazionale delle infezioni del sito chirurgico.....	20
12 Caduta	22
12.1 Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta.....	22
• Nell'anno in esame, causa COVID-19 non è stato effettuato nessun sondaggio	
13.1 Lesioni da pressione	24
14 Misurazione dell'indicatore di prevalenza decubito	24
• Nell'anno in esame, causa COVID-19 non è stato effettuato nessun sondaggi	
15 Misure restrittive della libertà	
Peso dei sintomi psichici	
16 Il nostro istituto non offre prestazioni in questo settore.	
17 Raggiungimento degli obiettivi e stato di salute fisica	
17.1 Il nostro istituto non offre prestazioni in questo settore.	
17.1.1 Altre misurazioni	26
17.1.2 Altre misurazioni interne.....	26
18 Cadute (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ)	26
Infezioni nosocomiali.....	26
I progetti in dettaglio	27

18.1	Progetti in corso	27
18.1.1	Progetto Supsi sulle violazioni	27
18.2	Progetti conclusi nel 2020	27
18.2.1	Nessun progetto	27
18.3	Progetti di certificazione in corso	28
18.3.1	Nessun progetto	28
19	Conclusione e prospettive	29
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.

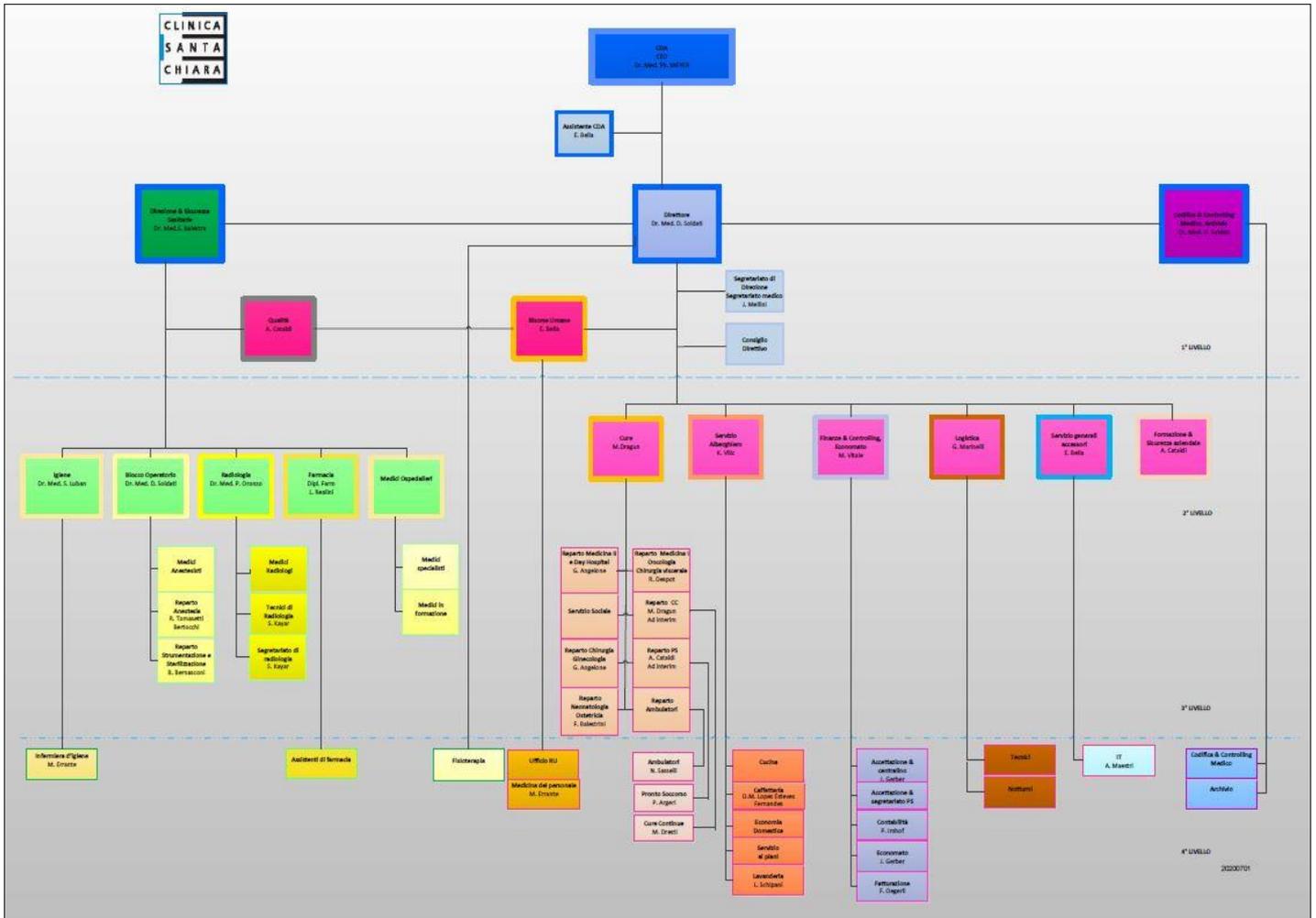
La Clinica Santa Chiara costituisce la concretizzazione di un concetto medico-sanitario del tutto originale, che esalta il lavoro d'équipe e la multi-disciplinarietà.

La Clinica è gestita secondo il principio dell'efficienza che ha permesso negli anni di continuare a finanziarsi 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 una funzione di linea 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 2,5 UTP (4 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

Signor
Davide Beltrami
Addetto alla qualità tel: 091 756 48 45
[d.beltrami @clinicasantachiara.ch](mailto:d.beltrami@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, Servizio Alberghiero, Servizio Tecnico e il CdA della Clinica nel rispetto delle aspettative dei nostril stakeholder (clienti).

La strategia di gestione della qualità può assumere diversi format tra cui documenti a sé stante così come l'impiego 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 2020

Il 2020 sarà ricordato per sempre come l'anno del Coronavirus. Difficile dimenticare la sofferenza e l'impatto che ha avuto questo virus sulla vita di ogni cittadino del mondo. Molti si sono ammalati, altri sono riusciti a guarire e altri ancora purtroppo sono morti perché non hanno avuto la forza per sconfiggerlo. Alcuni erano fisicamente provati da patologie pregresse altri ancora invece stavano bene. È stato un anno difficile il 2020, segnato da un lockdown che ha chiuso tutti in casa per diversi mesi. Tanti gli anziani morti, tanti i medici che si sono ammalati e poi non ce l'hanno fatta. Eroi di una guerra silenziosa che è stata combattuta in trincea da operatori diligenti, in camice bianco, sempre pronti ad aiutare il prossimo. Allo stesso tempo, l'esperienza del Covid-19 ha rappresentato - e rappresenta tuttora - una prova di resistenza e un atto di fiducia verso i progetti future nell'ambito della qualità. Un anno di continui passi indietro, ma sempre con la volontà di ricominciare ad andare avanti.

La qualità delle prestazioni rappresenta uno dei valori e degli obiettivi principali per tutti i nostri collaboratori che giornalmente si impegnano per garantire prestazioni di elevato livello qualitative, a tal proposito nel corso degli ultimi 3 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:

1. Centralità del paziente all'interno del percorso di cura.
 - Redazione di piani di cura correlati ai bisogni di assistenza.
2. Attenzione ai rapporti umani con i pazienti, i loro famigliari e tra i colleghi di lavoro.
3. Sviluppo delle competenze umane e tecniche dei collaboratori e delle collaboratrici.
4. Elaborazione di un piano di valutazione del personale, strutturato in un apposita scheda intitolata BPA (bilancio prestazioni aspettative) basato su standard definiti nei relative ambiti e su obiettivi aziendali e personali.
5. Conseguimento del libero esercizio/numero concordato per Servizio a domicilio delle Ostetriche;
6. 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;

7. 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).
8. Implementazione della nuova macchina per la risonanza magnetica
9. Implementazione del programma CIRNET

3.2 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2020

1. Mantenimento del Label Fourchette Verte ottenuto nel 2015.
2. Mantenimento della certificazione REKOLE ottenuto nel 2016.
3. Consolidamento del processo CIRS.
4. Mantenimento del Certificato Swiss Cancer Network ottenuto nel 2016.
5. Mantenimento del Certificato CAS (certificazione aria suolo) del Blocco operatorio.
6. Miglioramento nel trattamento e prevenzione dell'insorgenza di lesioni da decubito.
7. Miglioramento nella gestione del rischio delle cadute e contenimento delle misure di limitazione delle libertà dei pazienti.
8. Continuazione del processo di miglioramento continuo basato sulle segnalazioni dei collaboratori, dei pazienti e dei visitatori, sugli indicatori qualità.
9. Continuazione del processo di miglioramento continuo sulle risultanze delle visite ispettive (audit esterni / audit interni).
10. Miglioramento della campagna vaccinale antinfluenzale sostenuta sia mediante ripetute azioni di informazioni, sia attraverso contatti diretti tra i collaboratori e l'incaricata alle somministrazioni. Da confronto con i dati della precedente stagione 2019-2020 si è osservato un incremento delle adesioni complessive dei collaboratori alla campagna vaccinale antinfluenzale volontaria, come raccomandato dalle indicazioni in materia.
11. Condivisione di un sistema di segnalazione dell'errore (CIRNET)
12. Attività di auditing clinici. La politica di miglioramento continuo della qualità e sicurezza comprende la progettazione ottimale di percorsi clinici (percorsi del paziente), il monitoraggio della funzionalità di tali percorsi attraverso la raccolta di dati indicatori, l'analisi dei dati e l'implementazione dei necessari cambiamenti a garanzia dell'effettivo miglioramento. Il principio base si fonda sul confronto delle best practices basate su prove documentate di evidenza e riconosciute e validate a livello nazionale e internazionale. Il mantenimento di adeguati livelli di qualità è supportato da una attività di auditing interno con finalità di intercettazione delle criticità per la redazione di piani cura personalizzati.

Gli obiettivi che l'attività di auditing si poneva erano:

 - verificare le capacità di fornire e mantenere livelli assistenziali di qualità elevata, valutando e misurando le differenze riscontrate nella pratica assistenziale rispetto a standard esplicitamente definiti;
 - diffondere e consolidare la cultura della qualità e sicurezza all'interno dei reparti di cura;
 - verificare la conoscenza e il corretto utilizzo della documentazione in uso presso i diversi reparti, così che non vengano utilizzati documenti non aggiornati;
 - verificare la conoscenza da parte dei collaboratori dei processi organizzativi sui quali si basa la formulazione del piano terapeutico.
 - verificare la messa in atto di azioni correttive o suggerimenti a seguito di non conformità evidenziate durante audit precedenti
13. Nel 2020 è stata mantenuta alta e prioritaria l'attenzione alla sicurezza del paziente. Il Servizio qualità e sicurezza dei pazienti si è impegnato infatti per diffondere ulteriormente la cultura della sicurezza contro il Coronavirus.

14. Nel 2020, nonostante gli impedimenti nella formazione derivanti dalla pandemia, il Servizio formazione ha continuato l'impegno di diffondere tra tutti i collaboratori il concetto di "Speak-UP", promosso dalla Fondazione Sicurezza dei Pazienti Svizzera. Lo "Speak up" è una forma di comunicazione tra colleghi e gruppi professionali con l'obiettivo di garantire la sicurezza innanzitutto dei pazienti, ma non solo, quindi anche quella dei collaboratori. Alla base c'è sempre il riconoscimento di un rischio o di un'azione pericolosa ed il concetto è di esprimere le proprie preoccupazioni in materia di sicurezza, parlare ai colleghi quando si riscontrano comportamenti rischiosi, porre domande e chiarire i dubbi, quindi segnalarsi vicendevolmente un pericolo imminente.
15. La Clinica è un luogo di lavoro alquanto eterogeneo e complesso (si pensi ad ambulatori, day hospital, degenza, laboratori, ecc.), in cui sono presenti una vasta serie di rischi, che devono essere valutati studiando gli ambienti ed analizzandone le caratteristiche, sia strumentali che infrastrutturali, con lo scopo di eseguire un'analisi dei rischi che tenga conto anche delle interferenze tra un ambiente e

l'altro. La gestione di questi aspetti è affidata al Servizio Qualità e Sicurezza aziendale che in collaborazione con i delegati della sicurezza periodicamente si incontrano per affrontare le diverse problematiche e individuare gli interventi di miglioramento. Per ciò che concerne l'anno 2020, lo stato della sicurezza delle strutture e degli impianti è in generale molto buono. Si segnala inoltre l'aderenza alla soluzione settoriale della Ditta Swissi Ag per la sicurezza sul lavoro, che consente di adempiere alle disposizioni di legge e tutelare la salute delle collaboratrici e dei collaboratori, riducendo infortuni e malattie.

3.3 Sviluppo della qualità nei prossimi anni

1. Migliorare il processo della segnalazione degli errori CIRS.
2. Consolidamento del progetto CIRRNET. Partecipazione alla segnalazione di incidenti critici e NETWORK di reazione. CIRRNET differisce dalla maggior parte delle reti CIRS in quanto le aree problematiche rilevanti a livello nazionale sono identificate da tutti i rapporti CIRS locali, le raccomandazioni per il miglioramento sono sviluppate insieme a degli esperti e pubblicate sotto forma di Quick Alerts® da Patient Safety Svizzera. I Quick-Alerts® contengono consigli concreti orientati alla pratica per l'azione, che si riferiscono ad un'area problematica ben limitata nella sicurezza del paziente (vedere il campo menu "Quick-Alerts®").
3. Continuazione del processo di miglioramento continuo, con particolare attenzione al valore aggiunto per il paziente.
4. Ristrutturazione delle Cure Continue.
5. Implementazione di un concetto di Area Critica.
6. Partecipazione alla strategia NOSO dell'UFSP per la riduzione dei casi di infezioni correlate all'assistenza (ICA) in ospedali.
7. Maggiore attenzione alle aspettative dei pazienti.
8. Migliorare ulteriormente le competenze dei referenti della pratica per la formazione OSS.
9. Sensibilizzare gli apprendisti sulla tematica di prevenzione del mobbing, molestie ed alcolismo.
10. Monitorare la soddisfazione del paziente e la qualità delle prestazioni erogate.
11. Promozione di attività di formazione specialistica e interdisciplinare, finalizzate allo sviluppo e alla valorizzazione continua delle competenze del personale. L'aggiornamento professionale continuo e coordinato del pool medico, infermieristico e terapeutico che permette di rispondere ai bisogni specifici dei pazienti attraverso la professionalità di un organico specializzato.

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+ degli 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>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inchiesta nazionale soddisfazione pazienti – <i>Casua pandemia COVID-19 l'inchiesta non è stata organizzata dalla ANQ</i> ▪ Analisi nazionale delle riammissioni potenzialmente evitabili - <i>Casua pandemia COVID-19 l'inchiesta non è stata organizzata dalla ANQ</i> ▪ Misurazione nazionale delle infezioni postoperatorie del sito chirurgico - Swissnoso ▪ Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta - <i>Casua pandemia COVID-19 l'inchiesta non è stata organizzata dalla ANQ</i> ▪ Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza decubito - <i>Casua pandemia COVID-19 l'inchiesta non è stata organizzata dalla ANQ</i> ▪ 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>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cadute (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ) ▪ Soddisfazione pazienti - Misurazione interna/Misurazione esterna ▪ Interventi chirurgici – monitoraggio continuo ▪ Infezioni nosocomiali

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 31.12.2020
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 di cure
Durata	Nel corso di un giorno del mese di novembre 2020
Tipo di attività/di progetto	Si tratta di un progetto dell'ANQ - - <i>Casua pandemia COVID-19 l'inchiesta non è stata organizzata dalla ANQ</i>
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 01.10.2019 al 30.09.2020
Tipo di attività/di progetto	Si tratta di un progetto del Centro nazionale per la prevenzione delle infezioni.
Motivazione	Riduzione del tasso delle infezioni del sito chirurgico

Gestione dei reclami

Obiettivo	Monitoraggio e gestione dei reclami
Settore nel quale si svolge l'attività o il progetto	Intero istituto
Durata Durata (dal ... al)	dal 01.01.2020 al 31.12.2020
Tipo di attività/di progetto	Si tratta di un progetto interno
Motivazione	Miglioramento continuo

Formazione continua urgenze ostetriche

Obiettivo	Formazione continua urgenze ostetriche
Settore nel quale si svolge l'attività o il progetto	Ostetricia
Durata Durata (dal ... al)	Gennaio 2020
Tipo di attività/di progetto	Si tratta di un progetto interno
Motivazione	Consolidare le conoscenze teorico-pratiche – Corso Start-Neo

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 e/o quasi 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

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 valida	Anno dell'ultima ricertificazione	Commenti
Swiss Cancer Network	Oncologia	2016	2020	
Fourchette Verte	Alimentazione	2015	2020	
REKOLE	Contabilità analitica della Clinica	2016	Valido dal 2016 al 2024	
CAS Blocco operatorio	Blocco operatorio	Dall'inizio dell'attività	2020	
Certificato per l'ambiente	Riciclaggio di bottiglie per bevande in PET	2018	2020	

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.

Casua pandemia COVID-19 nel corso dell'anno 2020 l'inchiesta non è stata organizzata dalla ANQ mentre nel 2019 i dati non sono stati elaborati, a tal proposito riportiamo i dati dell'ultima rilevazione.

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 - 4.18)
Ha avuto la possibilità di porre delle domande?	4.23	4.58 (4.27 - 4.49)
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 2018	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 «Adeguata».

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

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

Commento relative allo sviluppo delle misurazioni, delle misure di prevenzione e/o delle attività di miglioramento

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

Informazioni relative alla misurazione		
Istituto nazionale di analisi	ESOPE 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pazienti deceduti in ospedale. ▪ Pazienti senza domicilio fisso in Svizzera. ▪ I pazienti ricoverati più volte sono stati intervistati solamente una volta.

5.2 Gestione dei reclami

Le segnalazioni dei pazienti e dei visitatori costituiscono per noi un prezioso contributo per conoscere le aspettative dei pazienti così come quelle dei loro familiari per monitorare il loro livello di soddisfazione e per implementare, quando opportuno, dei miglioramenti, ponendo al centro dell'attenzione la salute ed il benessere del paziente.

La nostra Clinica dispone di una gestione dei reclami. I pazienti possono inoltrare, in formato cartaceo oppure in formato elettronico, il modulo reclami 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 reclami e apprezzamenti, disponibile in formato cartaceo presso le sale d'attesa della Clinica, dopodiché saranno contattati direttamente dalla responsabile cure per approfondimenti.

La valutazione della qualità del servizio sanitario deve tener conto della qualità percepita dai pazienti. A tal proposito, gli utenti possono lasciare su Google una recensione così come possono essere contattati dalla Direzione se lo desiderano. Le recensioni sono periodicamente analizzate e discusse durante le riunioni mensili del CDi per valutare eventuali misure correttive.

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)	2016	2017	2018	2019
Clinica Santa Chiara SA				
Tasso osservato complessivo	5.8% (contestati)**	4.85%	5.7% (contestati)**	5.32%
Rapporto tra i tassi*	1.19	1.01	1.14 ***	1.07
Limite di significatività unilaterale del 5%				1.15
Degenze eleggibili				2'351
Riammissioni potenzialmente evitabili				125

* 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 dossiers ha permesso di individuare più di 10 riammissioni di tale tipo che avrebbero dovuto portare il tasso ad essere inferior all'intervallo di confidenza del 95% cioè accettabile. ANQ non ha proceduto a correggere l'algorithm.

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

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

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

Il tasso di riammissioni potenzialmente evitabili per la Clinica è nel suo complesso nella norma.

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.

10 Interventi chirurgici

10.1 Misurazione propria

Viene effettuato un monitoraggio continuo di tutti i reinterventi segnalati.

La Direzione Sanitaria effettua una valutazione per ogni singolo caso e per caso particolare può convocare un technical board di discussione.

La misurazione è stata svolta nel 2019. Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. I casi vengono analizzati singolarmente per tanto la pubblicazione generale di questi risulterebbe forviante.

11 Infezioni

11.1 Rilevamento nazionale delle infezioni del sito chirurgico

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

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

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

Maggiori informazioni: www.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
- Isterectomie totali
- Protesi dell'anca

Infezioni

Risultati

Risultati delle misurazioni del periodo: 1° ottobre 2019 – 30 settembre 2020

Risultati delle misurazioni per la chirurgia con impianto del periodo: 1° ottobre 2018 – 30 settembre 2019

interventi chirurgici	Numero d'interventi valutati 2020 (Total)	Numero d'infezioni accertate dopo questi	Tasso di infezioni aggiustato dell'anno precedente %			Tasso di infezioni aggiustato % 2020 (IC*95%)
			2017	2018	2019	
Clinica Santa Chiara SA						
Colecistectomia	18	0	0%	0%	0.4%	0.0 (0.0 -18.5)
Intervento di ernia	34	0	2.4%	0%	0.3%	0.0 (0.0 -10.3)
Chirurgia del colon	8	1	6.8%	0%	10.3%	12.5 (0.3- 52.7)
Taglio cesareo	60	1	2.0%	0%	0.7%	1.7 (0.0 -8.9)
Laminectomia senza impianto	0	0	0%	0%	0%	-
Isterectomie totali	11	-	0%	0%	0%	9.1 (0.2-41.3)
Isterctomie addominali	4	1	0%	0%	0%	25.0 (06-80.06)
Isterectomie vaginali	7	0	0%	0%	0%	0.0 (0.0 – 41.0)
Protesi totale dell'anca	37	0	0%	0%	0%	Aggiustato al 2019 0.0 (0.0 -9.5)

* 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.

Risultati delle misurazioni del periodo: 1° giugno 2009 al 30.09.2020

Tipo d'intervento	Tasso osservato (CI 95%)	Tasso atteso (CI 95%)
Colecistectomia	0.3 (0.01 – 1.8)	1.8 (0.3-135.1)
Intervento di ernia	0.3 (0.0 -0.9)	0.7 (0.2-6.6)
Chirurgia del colon	11.3 (5.8-19.4)	12.6 (7.1-25.4)
Taglio cesareo	1.1 (0.5-2.0)	1.7 (0.9-3.6)
Laminectomia senza impianto	0.0 (0.0 – 18.5)	-
Isterectomie totali	9.1 (0.2-41.3)	2.4 (0.4-182.0)
Isterctomie addominali	25.0 (0.6-80.6)	3.1 (0.6-234.9)
Isterectomie vaginali	0.0 (0.0 – 41.0)	-
Protesi totale dell'anca	0.0 (0.0-1.4)	-

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

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

Informazioni relative alla misurazione

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

Informazioni per il pubblico specializzato:

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

12 Caduta

12.1 Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta

Durante la degenza in ospedale, i pazienti corrono il rischio di cadere (p.es. età, durata della degenza, affezione ecc.). Di conseguenza, gli ospedali hanno a che fare con una composizione eterogenea di pazienti (struttura del rischio). Affinché i risultati degli ospedali possano essere confrontati, questi rischi vengono equilibrati (aggiustati) mediante una speciale procedura statistica.

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

	2016	2017	2018	2019
Clinica Santa Chiara SA				
Numero di cadute avvenute in ospedale	0	0	0	1
In percentuale	0%	0%	0	4.2%
(IC** = 95%)	(-1.19 - 0.75)	(-0.45 - 0.37)	(-0.48, 0.38)	0.03 (-0.50 - 0.56)
Numero dei pazienti effettivamente considerati nel 2019: N 24	Tasso di risposta 77.4 %			

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

13 Lesioni da pressione

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

13.1 Misurazione dell'indicatore di prevalenza decubito

Durante la degenza in ospedale, i pazienti corrono rischi diversi di sviluppare un decubito (p.es. età, durata della degenza, affezione ecc.). Di conseguenza, gli ospedali hanno a che fare con una composizione eterogenea di pazienti (struttura del rischio). Affinché i risultati degli ospedali possano essere confrontati, questi rischi vengono equilibrati (aggiustati) mediante una speciale procedura statistica.

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

Il decubito nosocomiale è classificabile come segue. • Categoria 1: arrossamento della cute intatta che non sparisce alla digito-pressione • Categoria 2 e superiore: perdita parziale della cute-perdita completa della cute o dei tessuti, nonché "profondità sconosciuta".

Risultati

Adulti

		Valore dell'anno precedente			2019	In percentuale
		2016	2017	2018		
Clinica Santa Chiara SA						
Prevalenza dei decubiti nosocomiali	Nel proprio ospedale, categoria 1 e superiore	0	0	1	0	0
	Residuo*, Categoria 1 e superior (IC**=95%)	-0.14 (-1.28 - 1.00)	-0.15 (-1.44 - 1.14)	0.14 (-0.82 - 1.10)	Categoria 1: -0.09 (-1.54, 1.36) Categoria 2: -0.01 (-0.79, 0.78)	/
Numero di adulti considerati Nel 2019. N= 24		Tasso di risposta e quota percentuale (relativa a tutti i pazienti degenti il giorno della misura)			77.4%	

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

17 Altre misurazioni

17.1 Altre misurazioni interne

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

Il rischio di caduta è presente, analogamente a quanto avviene in altri luoghi, anche nelle strutture sanitarie e non può essere eliminato del tutto. Per questo motivo il nostro personale da diversi anni si è impegnato, per mezzo di appositi gruppi interdisciplinari composti da infermieri e terapisti, a mettere in campo strategie per ridurre al minimo questo rischio. Diverse sono le misure di prevenzione che nel corso degli anni sono state implementate all'interno della struttura per mitigare il rischio di caduta.

Per la rilevazione delle cadute viene utilizzato un formulario di incident reporting informatizzato, disponibile all'interno dei reparti di cure sul portale della qualità (intranet) o direttamente all'interno della cartella clinica informatizzata del paziente. Il formulario viene compilato dal personale infermieristico nel momento in cui viene riscontrato un evento di caduta.

I dati vengono successivamente verificati e validati dal Servizio qualità e sicurezza dei pazienti (infermiera d'igiene ospedaliera), che si occupa di inserirli in un apposito software in ambiente Microsoft Excel che permette di analizzare retrospettivamente, con cadenza semestrale, tutte le informazioni raccolte e di stratificare i risultati in funzione dei diversi fattori di rischio (es. sesso, età, gravità, tipologia di farmaci assunti, tipologia di ausili utilizzati, ecc.). I dati saranno successivamente sottoposti al personale di cura durante le formazioni organizzate in Clinica sul tema delle cadute in ospedale.

Rilevamento di tutte le cadute verificatesi nel corso dell'anno 2020 in tutti i reparti di cura della Clinica.

Sono inclusi tutti i pazienti degenti (n°3'335)

Nel corso dell'anno 2020 sono state segnalate 22 cadute.

Nello specifico:

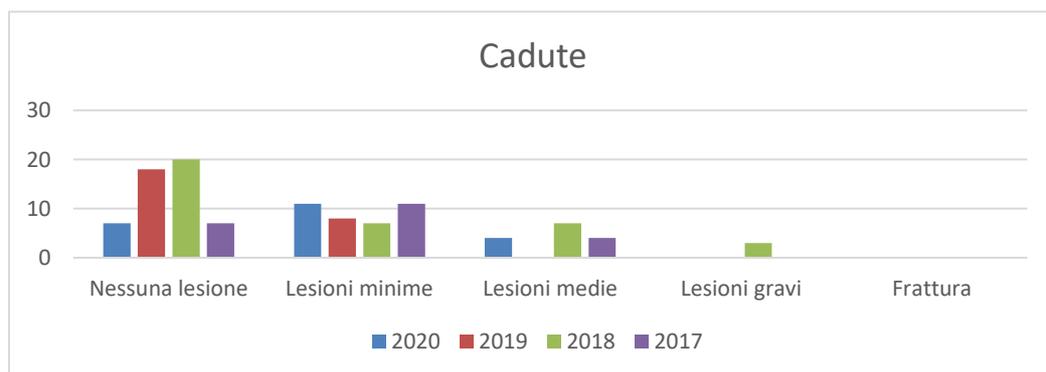
Nessuna lesione 7

Lesioni minime: 11

Lesioni medie: 4

Lesioni gravi: 0

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

Per l'anno 2020 si riscontrano i seguenti tassi di infezioni, se confrontati con il numero totale di pazienti degenti:

- Infezioni associate a catetere venoso: N = 0 (0.00%)
- Infezioni associate a catetere vescicale: N = 11 (0.33%)
- Infezioni della vie respiratorie: N = 14 (0.42%)

Delle tre tipologie di infezioni sopra indicate, il tasso di infezione complessiva ammonta allo 0.75% (25 infezioni su 3'335 casi degenti).

18 I progetti in dettaglio

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

18.1 Progetti in corso

18.1.1 Sensibilizzazione del personale in ambito sicurezza e salute

- 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.
- Sensibilizzazione del personale sulla campagna vaccinazione Coronavirus.

18.1.2 Analisi del rischio applicata ai principali processi della Sterilizzazione

Nel 2020 è stata approfondita l'analisi del rischio applicata ai principali processi della Sterilizzazione.

18.2 Progetti conclusi nel 2020

18.2.1 Nessun progetto

-

18.3 Progetti di certificazione in corso

18.3.1 Ricertificazione REKOLER

Ricertificazione Swiss Cancer Network

19 Conclusione e prospettive

Nell'ambito della strategia della qualità della Clinica Santa Chiara mettiamo l'accento sulla sicurezza della presa in carico dei pazienti. Proprio in questo senso, le attività di promozione della qualità per i prossimi anni verteranno sul miglioramento dei diversi aspetti che esercitano un'influenza sulla sicurezza della prestazione.

Gli sforzi si concentreranno quindi su:

- miglioramento della comunicazione e del passaggio di informazione necessari alla presa in carico del paziente all'interno dei reparti stessi e tra i reparti / servizi;
- utilizzo dei dati raccolti (indicatori) in un'ottica di miglioramento continuo;
- aumento della sicurezza tramite una gestione del rischio clinico completa ed efficace.

Migliorare l'appropriatezza prescrittiva e ridurre il sovrautilizzo di prestazioni sanitarie non sono certo problemi nuovi per chi si occupa di sanità e nemmeno un compito facile da realizzare tenuto conto dei molteplici fattori che lo alimentano, tuttavia l'attuale periodo di crisi dovuta al Coronavirus potrebbe rappresentare l'occasione ideale per prenderne consapevolezza e per cercare di orientare le risorse sanitarie (personale, strutture, attrezzature) verso interventi di riconosciuta efficacia.

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/qualità e sicurezza per i pazienti/rapporto sulla qualità/](http://www.hplus.ch/it/prestazioni_di_servizi/qualità_e_sicurezza_per_i_pazienti/rapporto_sulla_qualità/)



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/qualità somatica acuta fkqa](http://www.hplus.ch/it/servicenav/portrait/commissioni_di_specialisti/qualità_somatica_acuta_fkqa)



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

Altri partecipanti



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

Si veda anche: www.anq.ch/it



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

Si veda anche: www.patientensicherheit.ch



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