

Rapporto sulla qualità 2014

Secondo il modello di H+

Versione 8.0



Medicina
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 2014.

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.

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.

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 2014

Signor
Guido Badilatti
Amministratore
Tel. 081 839 11 11
guido.badilatti@sansisto.ch

Prefazione di H+ Gli Ospedali Svizzeri

Gli ospedali e le cliniche in Svizzera prestano molto attenzione alla qualità. Oltre a organizzare numerose attività interne relative alla qualità, essi partecipano a diverse misurazioni nazionali e alcune cantonali.

Secondo il piano delle misurazioni dell'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) le misurazioni della qualità vengono effettuate nei reparti di degenza dei settori specializzati di medicina somatica acuta, psichiatria e riabilitazione.

La sicurezza dei pazienti è un criterio essenziale della qualità delle cure. Nel 2014 la Fondazione *Sicurezza dei pazienti Svizzera* ha lanciato il secondo progetto pilota nazionale „progress! Farmacoterapia sicura nei punti di interfaccia“. L'obiettivo è di migliorare la terapia farmacologica nei punti di interfaccia della presa a carico dei pazienti. Già nel 2013 la Fondazione ha avviato un programma incentrato sulla sicurezza nella chirurgia. Questi due programmi sono parte integrante della strategia della qualità della Confederazione per il settore sanitario svizzero e sono finanziati dall'Ufficio federale della sanità pubblica.

In ambito sanitario la trasparenza e la possibilità di effettuare confronti costituiscono le basi essenziali per un incremento della qualità. Per questo motivo H+ ogni anno mette a disposizione dei propri membri un modello per la stesura del rapporto sulla 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 le aziende occorre considerare determinate limitazioni. Da una parte l'offerta di prestazioni (cfr. C2) dovrebbe essere simile. Un ospedale di cure di base ad esempio tratta casi diversi da un ospedale universitario, ragione per cui anche i relativi risultati delle misurazioni dovranno essere valutati differentemente. Dall'altra parte 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 risp. per sede ospedaliera sono aggiustati. Per ulteriori informazioni al riguardo potete fare riferimento ai sottocapitoli del presente rapporto e al sito www.anq.ch/it.

Cordiali saluti

Dr. Bernhard Wegmüller
Direttore H+

Sommario

A	Introduzione	1
B	Strategia della qualità	2
B1	Strategia e obiettivi della qualità.....	2
B2	2 - 3 punti principali nell'ambito della qualità nell'anno di esercizio 2014	2
B3	Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2014.....	3
B4	Sviluppo della qualità nei prossimi anni	3
B5	Organizzazione della gestione della qualità	3
B6	Informazioni relative alle persone di contatto della gestione della qualità	4
C1	Dati di riferimento 2014.....	4
C2	Panoramica sull'offerta	5
C4-4	Risorse umane	6
D	Misurazioni della soddisfazione	7
D1	Soddisfazione dei pazienti.....	7
D2	Soddisfazione dei familiari.....	8
D3	Soddisfazione dei collaboratori	9
D4	Soddisfazione dei medici invianti	10
E	Misurazioni della qualità ANQ.....	11
E1	Misurazioni della qualità nella medicina somatica acuta.....	11
E1-1	Analisi delle riammissioni potenzialmente evitabili.....	12
E1-2	Analisi dei reinterventi potenzialmente evitabili.....	13
E1-3	Misurazione delle infezioni postoperatorie del sito chirurgico	14
E1-4	Misurazione della prevalenza di cadute e lesioni da pressione	15
F	Altre misurazioni della qualità 2014	18
F2	Cadute (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ)	18
F3	Decubiti (altri che con il metodo LPZ dell'ANQ)	19
F4	Misure restrittive della libertà.....	20
F6	Altro argomento di misurazione.....	21
G	Panoramica sui registri.....	22
H	Attività e progetti di miglioramento	23
H1	Certificazioni e norme / standard applicati	23
H2	Panoramica sui progetti in corso concernenti la qualità.....	23
H3	Progetti di promozione della qualità selezionati	24
I	Conclusione e prospettive.....	26
Editore	27

Ospedale San Sisto – Poschiavo

L'ospedale San Sisto è una struttura pubblica regionale che garantisce l'approvvigionamento medico-sanitario di base alla popolazione della Valle di Poschiavo nonché ai suoi ospiti.

La struttura soddisfa le esigenze prescritte dalla legge cantonale sulla promozione della cura degli ammalati ed è inserita nell'elenco degli ospedali del Cantone dei Grigioni.

Il centro sanitario è situato a sud-est del Borgo di Poschiavo. Nel complesso di costruzione recente si trovano:

- l'ospedale San Sisto
- il servizio Spitex Valposchiavo
- il centro fitness Fisiotonic
- Gli studi medici.

I reparti di degenza sono suddivisi su due piani principali: il reparto acuto è situato al primo piano mentre il reparto per lungodegenti si trova al secondo piano.

L'ospedale San Sisto offre le sue prestazioni nel campo della chirurgia ambulatoriale e stazionaria, dell'anestesia, della ginecologia e della maternità, oltre naturalmente ai servizi riguardanti la medicina generale, la medicina d'urgenza, la medicina interna e la lungodegenza. Il nosocomio viene gestito con il sistema dei medici accreditati che attualmente sono quattro. A questi è affiancato un medico ospedaliero e dei medici assistenti che operano nella struttura. Completano l'offerta sanitaria le prestazioni dei medici consiliari e i servizi di consulenza.

Sito internet di riferimento:

www.sansisto.ch

B

Strategia della qualità

B1 Strategia e obiettivi della qualità

Concetto di qualità

L'ospedale San Sisto compie sforzi enormi per garantire la qualità delle cure offerte. Per valutare il livello delle prestazioni è stato creato un concetto di qualità standardizzato.

Ricertificazione ISO 9001:2008

Dopo l'ottenimento della certificazione ISO 9001:2008 avvenuta nel 2009, in dicembre 2012, ha avuto luogo l'Audit di ricertificazione da parte di due auditori dell'Associazione Svizzera per Sistemi di qualità e di Management (SQS).

Il rapporto dell'Audit di ricertificazione ha confermato a pieni voti il rilascio del certificato ISO 9001:2008 per tutti i settori dell'ospedale San Sisto fino al 13 dicembre 2015.

Questa certificazione rappresenta il riconoscimento che l'ospedale San Sisto ha saputo ottimizzare la propria organizzazione dotandosi di una gestione efficiente in una struttura moderna con le competenze adeguate.

In continua evoluzione

L'attenzione dell'ospedale oggi è rivolta soprattutto all'apprendimento. Il principio più importante della promozione della qualità, ossia il miglioramento continuo, si orienta in funzione dei bisogni del paziente e deve continuamente perfezionarsi.

Diversi circoli di qualità valutano regolarmente la nostra offerta e le prestazioni ottimizzando i numerosi processi lavorativi.

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

B2 2 - 3 punti principali nell'ambito della qualità nell'anno di esercizio 2014

L'ospedale ha partecipato al programma annuale per la misurazione della qualità ANQ. Una collaboratrice di Swissnoso ha effettuato una visita di controllo per l'accertamento della procedura e la compilazione corretta della documentazione.

I lavori di adattamento e di affinamento dei processi in atto all'ospedale San Sisto sono proseguiti in base agli obiettivi e al programma triennale della piattaforma ISO 9001.

In gennaio c'è stata la visita di una collaboratrice della ditta AEH incaricata da H+ per la gestione della sicurezza sul lavoro che ha esaminato i settori dell'ospedale San Sisto con esito altamente positivo.

In aprile si è tenuto l'Audit per la ricertificazione IAS del servizio ambulanza.

Con l'introduzione dei nuovi criteri concernenti le autorizzazioni di servizio per case anziani e case di cura l'ufficio dell'igiene pubblica dei Grigioni esige che gli indicatori di qualità siano realizzati e valutati periodicamente, quindi comunicati annualmente all'ufficio stesso.

I rilevamenti degli indicatori di qualità sono eseguiti di consuetudine per gli ospiti lungodegenti, inoltre nel nostro istituto sono estesi anche ai pazienti acuti a rischio.

In particolare vengono rilevati gli standard seguenti:

- Numero delle cadute
- Numero dei casi di decubito intervenuti all'interno dell'istituto
- Casi di contenzione (misure limitanti la libertà)
- Diminuzione del grado BESA
- Episodi di violenza nei confronti degli ospiti
- Decessi.

Il servizio biomedico di laboratorio nell'ambito dell'assicurazione della qualità è stato ispezionato per i controlli periodici dagli enti seguenti: Blutspendedienst Bern, MQ (Institut für Chemie USZ), Qualab Bern.

B3 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2014

Da un lato sono state analizzate le 9 proposte di miglioramento scaturite dall'Audit di mantenimento 2013 di cui 7 sono state nel frattempo elaborate e messe in atto. Nel contempo i responsabili dei vari processi hanno esaminato e attualizzato tutte le direttive nel campo delle cure del reparto acuto.

I dettagli sugli obiettivi raggiunti sono consultabili nei documenti seguenti:

- Rapporto SQS Audit di mantenimento, 21 novembre 2013
- Management Review Ospedale San Sisto, 01.01 – 30.06.2014
- Rilevamento degli indicatori 2014, Ospedale San Sisto
- Elenco delle pendenze Ospedale San Sisto, settembre 2014
- Documentazione sulle ispezioni del laboratorio 2014: Blutspendedienst Bern, MQ (Institut für Chemie USZ), Qualab Bern.

B4 Sviluppo della qualità nei prossimi anni

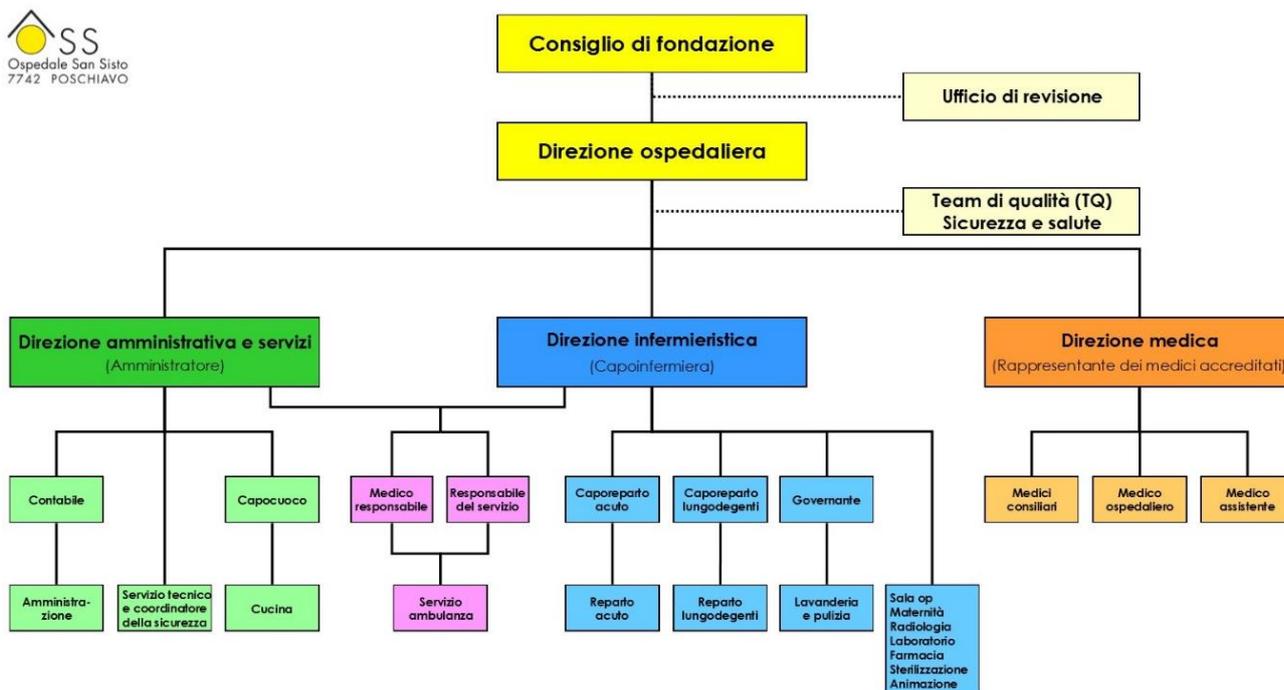
Gli sforzi futuri sono concentrati sulla seconda ricertificazione dell'ospedale San Sisto che avrà luogo nelle giornate del 30 novembre e 1° dicembre 2015.

Tutti i settori dell'ospedale sono coinvolti nello sviluppo di nuovi processi per il continuo miglioramento e ampliamento dell'offerta di prestazioni. La supervisione e l'aggiornamento della documentazione è un altro compito principale che permetterà di ottimizzare al meglio le procedure esistenti.

Particolare attenzione sarà pure rivolta alla minimizzazione dei rischi sia nel campo delle cure, delle tecniche specialistiche, nell'ambito dei controlli e dell'igiene e non da ultimo nella gestione delle risorse umane e del personale.

B5 Organizzazione della gestione della qualità

Organigramma



<input type="checkbox"/>	La gestione della qualità è rappresentata nella Direzione.
<input type="checkbox"/>	La gestione della qualità è una funzione di staff alle dirette dipendenze della Direzione.
<input checked="" type="checkbox"/>	La gestione della qualità è una funzione di linea alle dirette dipendenze della Direzione.
<input type="checkbox"/>	Altra forma organizzativa, precisamente:
Risorse umane	10% sono a disposizione dell'unità operativa che si occupa di gestione della qualità.

B6 Informazioni relative alle persone di contatto della gestione della qualità

Titolo, nome, cognome	Tel. (diretto)	E-mail	Posizione / Funzione
Ivan Pola	081 839 11 14	ivan.pola@sansisto.ch	Coordinatore della qualità Soccorritore dipl. SSS
Guido Badilatti	081 839 11 13	guido.badilatti@sansisto.ch	Membro del team di qualità Amministratore ospedale
Barbara von Allmen	081 839 11 24	barbara.vonAllmen@sansisto.ch	Membro del team di qualità Capoinfermiera
Dr. med. Marina Menesatti	081 839 11 26	marina.menesatti@sansisto.ch	Membro del team di qualità Medico ospedaliero

C1 Dati di riferimento 2014

I dati di riferimento 2014 sono disponibili tramite il seguente link o nell'attuale Rapporto annuale:

www.sansisto.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=88&lang=it
Osservazioni

C2 Panoramica sull'offerta

Discipline mediche offerte	Collaborazione nella rete di assistenza (con altri ospedali / istituti, medici convenzionati, ecc.)
Chirurgia generale	
Anestesiologia e rianimazione (Impiego di narcosi, cure intense, medicina d'urgenza e terapia del dolore)	2 medici anestesisti sono attivi nella struttura per gli interventi elettivi eseguiti e per la completa reperibilità
Ginecologia e ostetricia (Prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie femminili)	Reparto di ostetricia e consulenza per le puerpere gestito da 4 ostetriche Collaborazione esterna con la ginecologa del "Medizinisches Zentrum Heilbad – St. Moritz"
Chirurgia della mano	Medico accreditato presente in ospedale con studio medico nella struttura
Medicina interna generale con le seguenti specializzazioni (medici specialisti, personale infermieristico specializzato):	
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologia (Trattamento delle malattie degli organi della digestione)	Medico accreditato presente in ospedale Collaborazione esterna con un gastroenterologo degli Ospedali riuniti di Sondalo (I)
<input checked="" type="checkbox"/> Geriatria (Cura delle malattie degli anziani)	
<input checked="" type="checkbox"/> Cardiologia (Trattamento delle malattie del cuore e della circolazione)	Collaborazione esterna con cardiologo dell'Ospedale regionale dell'Alta Engadina di Samedan
<input checked="" type="checkbox"/> Oncologia medica (Trattamento delle malattie tumorali)	Collaborazione esterna con reparto di oncologia dell'Ospedale cantonale di Coira
Cure per lungodegenti	Reparto interno di lungodegenza con 35 letti
Otorinolaringoiatria ORL (Prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie della gola, del naso e delle orecchie)	Collaborazione esterna con otorinolaringoiatra con studio medico a St. Moritz Esecuzione di interventi ORL all'interno della struttura
Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica	Medico accreditato presente in ospedale
Psichiatria e psicoterapia	Collaborazione esterna con lo psichiatra e lo psicologo del Servizio psichiatrico dei Grigioni sud PDGR
Radiologia (Radiografia e altre tecniche d'imaging)	Collaborazione esterna con medici radiologi dell'Ospedale regionale dell'Alta Engadina di Samedan

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

Offerte di specialità terapeutiche	Collaborazione nella rete di assistenza (con altri ospedali / istituti, studi privati di terapia, ecc.)
Ergoterapia	Collaborazione con ergoterapista CRS dell'Engadina Alta
Consulenza nutrizionale	Collaborazione esterna con consulente nutrizionale dell'Engadina Alta - Samedan
Logopedia	Collaborazione esterna con logopedista privata
Fisioterapia	Collaborazione con studio di fisioterapia "Fisiotonic" attivo nel complesso San Sisto
Psicologia	Collaborazione esterna con psicologo del Servizio psichiatrico dei Grigioni sud PDGR
Psicoterapia	Collaborazione esterna con psichiatra del Servizio psichiatrico dei Grigioni sud PDGR



Per ulteriori informazioni relative alla nostra offerta di prestazioni rinviamo al profilo della nostra azienda all'indirizzo www.info-ospedali.ch, nella rubrica „Offerta“.

C4-4 Risorse umane

Specializzazioni disponibili	Numero di posti a tempo pieno
Specialista in geriatria / medicina interna	Medico accreditato presente giornalmente
Specialista in psichiatria	Psichiatra esterno presente 1 volta alla settimana
Specialista in ginecologia	Ginecologa esterna presente 2 volte al mese
Specialista in gastroenterologia	Gastroenterologo esterno presente 2 – 3 volte al mese
Specialista in oftalmologia	2 oculisti esterni presenti 1 volta alla settimana
Specialista in ORL	ORL esterno presente 2 volte al mese
Specialista in cardiologia	Cardiologo esterno presente 1 volta al mese
Specialista in oncologia	Oncologo esterno presente 1 volta al mese

- Per una terapia adeguata occorrono medici specialisti specifici. È solo con la combinazione di vari specialisti che diventano possibili i trattamenti complessi.

Specialisti delle cure, delle terapie e della consulenza	Numero di posti a tempo pieno
Specialista in cure geriatriche	15%
Fisioterapia	3 (in collaborazione con studio esterno)
Oncologia	10%
Specialista clinico in cure generali	1
Specialista in cure di sala operatoria	1

- Le attività del personale infermieristico e dei terapisti nella riabilitazione si distinguono nettamente dalle attività in un ospedale per cure somatiche acute. Per questo motivo trovate qui indicazioni relative agli specialisti diplomati, nel settore della riabilitazione.

D

Misurazioni della soddisfazione

D1 Soddisfazione dei pazienti

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.

Ai fini di confronto a livello nazionale l'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) ha redatto un breve questionario impiegato nella medicina somatica acuta e nella riabilitazione. I risultati delle misurazioni e/o attività di miglioramento sono documentati nel modulo E.

Nella struttura si misura la soddisfazione dei pazienti?			
<input type="checkbox"/>	No , il nostro istituto non misura la soddisfazione dei pazienti.		
	Motivazione		
<input checked="" type="checkbox"/>	Si , il nostro istituto misura la soddisfazione dei pazienti.		
	<input checked="" type="checkbox"/>	Nell'anno di esercizio 2014 è stata eseguita una misura.	
	<input type="checkbox"/>	Tuttavia nell'anno di esercizio 2014 non è stata eseguita nessuna misurazione .	
	Ultimo rilevamento	09.2014	Prossimo rilevamento: 09.2015
In quali sedi / in quali settori specialistici è stato eseguito l'ultimo sondaggio?			
<input type="checkbox"/>	In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti sedi:
<input type="checkbox"/>	In tutti i settori specialistici / reparti oppure... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...solo nei seguenti settori specialistici / reparti: Lungodegenza Ambulanti
Risultati dell'ultimo sondaggio			
	Grado di soddisfazione	Valutazione dei risultati	
Struttura complessiva		Non viene rilevato per tutta la struttura	
Risultati per settore	Grado di soddisfazione	Valutazione dei risultati	
Lungodegenza	94.88%	Scala da 0 a 100% (soddisfazione massima)	
ANQ	> 90%	Vedi rapporto dettagliato consultabile nel MR	
Paz. ambulantanti	> 90%	Formulario interno	
<input checked="" type="checkbox"/>	I risultati sono già stati pubblicati nel seguente rapporto sulla qualità:		Management Review
<input type="checkbox"/>	La misurazione non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.		
<input type="checkbox"/>	Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.		
	Motivazione		
<input type="checkbox"/>	I risultati vengono confrontati con quelli di altri ospedali (benchmark).		
Commento relativo allo sviluppo dei risultati delle misurazioni, delle misure di prevenzione e/o delle attività di miglioramento			

Strumento di misurazione utilizzato per l'ultimo sondaggio				
<input type="checkbox"/> Mecon	<input checked="" type="checkbox"/> Altro strumento di misurazione esterno			
<input type="checkbox"/> Picker	Nome dello strumento	ANQ	Nome dell'istituto di misurazione	NPOPlus-hcri-ANQ
<input type="checkbox"/> PEQ				
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/> POC(-18)				
<input type="checkbox"/> PZ Benchmark				
<input checked="" type="checkbox"/> Strumento proprio, interno		Analisi dettagliata		
Descrizione dello strumento		Questionario per ospiti lungodegenti Modulo "La sua opinione è importante per noi" per gli ambulanti		

Informazioni sul collettivo considerato				
Totalità dei pazienti da considerare	Criteria d'inclusione	Tutti gli ospiti lungodegenti Ambulanti su base volontaria		
	Criteria di esclusione	Nessuno		
Numero di questionari compilati e validi				
Tasso di risposta (in %)		> 90%	Lettere di richiamo?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì

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

Il vostro istituto dispone di una gestione dei reclami o di un ombudsman per i pazienti?	
<input type="checkbox"/>	No , il nostro istituto non dispone di una gestione dei reclami / un ombudsman.
<input checked="" type="checkbox"/>	Sì , il nostro istituto dispone di una gestione dei reclami / un ombudsman .
Denominazione del servizio	Modulo interno "Annuncio di eventi, reclami – CIRS"
Nome dell'interlocutore	Dolores Crameri
Funzione	Responsabile gruppo CIRS
Raggiungibile (telefono, e-mail, orari)	tel. 081 839 11 11, dolores.crameri@sansisto.ch
Osservazioni	

D2 Soddisfazione dei familiari

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

Nella struttura si misura la soddisfazione dei familiari?	
<input checked="" type="checkbox"/>	No , il nostro istituto non misura la soddisfazione dei familiari.
Motivazione	Nella compilazione del questionario per gli ospiti lungodegenti i familiari dei degenti sono già in parte coinvolti.

D3 Soddisfazione dei collaboratori

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

Nella struttura si misura la soddisfazione dei collaboratori?			
<input type="checkbox"/>	No , il nostro istituto non misura la soddisfazione dei collaboratori.		
	Motivazione		
<input checked="" type="checkbox"/>	Sì , il nostro istituto misura la soddisfazione dei collaboratori.		
	<input type="checkbox"/>	Nell'anno di esercizio 2014 è stata eseguita una misurazione.	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Tuttavia nell'anno di esercizio 2014 non è stata eseguita nessuna misurazione .	
	Ultimo rilevamento	2012	Prossimo rilevamento: 2016

In quali sedi / in quali settori specialistici è stato eseguito l'ultimo sondaggio?		
<input checked="" type="checkbox"/>	In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	<input type="checkbox"/> ...solo nelle seguenti sedi:
<input type="checkbox"/>	In tutti i settori specialistici / reparti oppure... →	<input type="checkbox"/> ...solo nei seguenti settori specialistici / reparti:

Risultati dell'ultimo sondaggio		
	Grado di soddisfazione	Valutazione dei risultati
Struttura complessiva	76.9%	Obiettivo: tasso > 75%
Risultati per settore	Grado di soddisfazione	Valutazione dei risultati
<input checked="" type="checkbox"/>	I risultati sono già stati pubblicati nel seguente rapporto sulla qualità: Management Rewiev	
<input type="checkbox"/>	La misurazione non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.	
<input type="checkbox"/>	Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.	
	Motivazione	
<input type="checkbox"/>	I risultati vengono confrontati con quelli di altri ospedali (benchmark).	

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

Strumento di misurazione utilizzato per l'ultimo sondaggio			
<input checked="" type="checkbox"/>	Strumento di misurazione esterno		
	Nome dello strumento	Nome dell'istituto di misurazione	
<input type="checkbox"/>	Strumento proprio, interno		
	Descrizione dello strumento	Questionario elaborato dal consulente esterno sulla qualità. Valutazione e presentazione dei dati effettuata dallo stesso ufficio esterno e confrontato con altre istituzioni.	

Informazioni sul collettivo considerato				
Totalità dei collaboratori da considerare	Criteria d'inclusione	Tutti i collaboratori OSS		
	Criteria di esclusione	Medici accreditati e consiliari		
Numero di questionari compilati e validi				
Tasso di risposta (in %)		> 50%	Lettere di richiamo?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì

D4 Soddisfazione dei medici inviati

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

Nella struttura si misura la soddisfazione di chi ha disposto il ricovero?	
<input checked="" type="checkbox"/>	No , il nostro istituto non misura la soddisfazione dei pazienti.
Motivazione	La regione è servita da un solo ospedale. I medici inviati i pazienti sono medici accreditati dell'ospedale e lavorano in stretta collaborazione con lo stesso.

E Misurazioni della qualità ANQ

Nell'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità negli ospedali e nelle cliniche (ANQ) sono rappresentati l'associazione ospedaliera H+, i Cantoni, la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità CDS, la Federazione delle casse malati santésuisse e le assicurazioni sociali federali. Scopo dell'ANQ è il coordinamento e l'attuazione di misure per lo sviluppo della qualità a livello nazionale, in particolare la realizzazione uniforme delle misure della qualità negli ospedali e nelle cliniche al fine di documentare, perfezionare e migliorare la qualità. I metodi di esecuzione e di analisi sono i medesimi per tutte le aziende.

Le misurazioni della qualità vengono effettuate nei reparti di degenza dei settori specialistici di medicina somatica acuta, psichiatria e riabilitazione.

Attualmente l' ANQ pubblica determinati risultati delle misurazioni ancora in forma anonimizzata, poiché la qualità dei dati non ha ancora raggiunto un livello sufficiente. Compete quindi agli ospedali e alle cliniche stessi decidere se desiderano pubblicare o meno i risultati nel presente rapporto sulla qualità. Con questo tipo di misure, esiste ancora la possibilità di rinunciare a una pubblicazione.

E1 Misurazioni della qualità nella medicina somatica acuta

Partecipazione alle misurazioni			
Il piano di misurazione 2014 dell'ANQ comprende le seguenti misurazioni e analisi della qualità per la somatica acuta stazionaria:	La nostra azienda ha partecipato ai seguenti argomenti di misurazione:		
	sì	no	Dispensa
Analisi delle riammissioni potenzialmente evitabili	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analisi dei reinterventi potenzialmente evitabili	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misurazione delle infezioni postoperatorie del sito chirurgico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misurazione dell'indicatore di prevalenza caduta	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misurazione dell'indicatore di prevalenza decubito	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inchiesta nazionale soddisfazione pazienti	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIRIS registro degli impianti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Piano di misurazione bambini			
Misurazione delle infezioni del sito chirurgico dopo appendicectomia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misurazione dell'indicatore di prevalenza decubito	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sondaggio nazionale tra i genitori	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osservazioni			

Trovate le spiegazioni e le informazioni dettagliate relative alle singole misurazioni nei capitoli seguenti o sul sito web dell'ANQ: www.anq.ch/it

E1-1 Analisi 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, nonostante la diagnosi correlata fosse già presente in occasione della degenza ospedaliera precedente. In tale contesto vengono impiegati i dati di routine della statistica ospedaliera. 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 aggiornati delle analisi con i dati dell'anno:				
Tasso osservato		Tasso atteso	Intervallo di confidenza del tasso atteso (CI = 95%)	Risultati ¹ A, B o C
Interno	Esterno			
<input type="checkbox"/> L'analisi 2014 con i dati 2013 non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.				
<input checked="" type="checkbox"/> L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.				
Motivazione		Considerato il numero esiguo dei casi si rinuncia al rilevamento		
Commento relativo allo sviluppo dei risultati delle misurazioni, delle misure di prevenzione e/o delle attività di miglioramento				
Informazioni relative alla misurazione				
Istituto di analisi	SQLape sagl			
Metodo / strumento	SQLape®, metodo sviluppato scientificamente che calcola i valori corrispondenti basandosi sui dati statistici degli ospedali.			
Informazioni sul collettivo considerato				
Totalità dei pazienti da considerare	Criteria d'inclusione	Tutti i pazienti degenti (bambini compresi)		
	Criteria d'esclusione	Pazienti deceduti, neonati sani, pazienti trasferiti in altri ospedali e pazienti con domicilio all'estero.		
Numero di dimissioni analizzabili				
Osservazioni				

¹ A = Il tasso osservato è inferiore al tasso minimo atteso.

B = Il tasso osservato si situa nell'intervallo di confidenza (95%) dei valori attesi.

C = Sono state evidenziate troppe riammissioni potenzialmente evitabili. Questi casi devono essere analizzati.

E1-2 Analisi dei reinterventi potenzialmente evitabili

Nell'ambito della misurazione nazionale dell'ANQ un reintervento è considerato potenzialmente evitabile se viene effettuato sulla medesima parte del corpo e non era prevedibile o se appare piuttosto come manifestazione di un insuccesso o di una complicazione postoperatoria e non come un peggioramento della malattia di base. Gli interventi puramente diagnostici (p.es. una puntione) non sono inclusi nell'analisi. Sono rilevati unicamente quei reinterventi effettuati nel corso della stessa degenza ospedaliera.

Il calcolo delle percentuali di reintervento fornisce indicazioni su dove sussistono potenziali problemi. Per riconoscere reinterventi anomali e migliorare la qualità dei trattamenti gli ospedali e le cliniche devono effettuare analisi approfondite delle cartelle dei pazienti.

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

Risultati aggiornati delle analisi con i dati dell'anno:			
Tasso osservato	Tasso atteso	Intervallo di confidenza del tasso atteso (CI = 95%)	Risultati ² A, B o C
<input type="checkbox"/> L'analisi 2014 con i dati 2013 non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.			
<input checked="" type="checkbox"/> Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.			
Motivazione		Considerato il numero esiguo dei casi si rinuncia al rilevamento	
Commento allo sviluppo dei risultati delle misurazioni, delle misure di prevenzione e/o delle attività di miglioramento			
Informazioni relative alla misurazione			
Istituto di analisi	SQLape sagl		
Metodo / strumento	SQLape®, metodo scientificamente sviluppato che calcola i valori corrispondenti basandosi sui dati statistici degli ospedali.		
Informazioni sul collettivo considerato			
Totalità dei pazienti da considerare	Criteri d'inclusione	Tutti gli interventi chirurgici con obiettivo terapeutico (compresi interventi su bambini)	
	Criteri d'esclusione	Interventi con obiettivo diagnostico (ad es. biopsie, artroscopie senza intervento).	
Numero di interventi analizzabili			
Osservazioni			

² A = Il tasso osservato è inferiore al tasso minimo atteso.

B = il tasso osservato si situa nell'intervallo di confidenza (95%) dei valori attesi.

C = Sono stati evidenziati troppi reinterventi potenzialmente evitabili. Questi casi devono essere analizzati

E1-3 Misurazione delle infezioni postoperatorie 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 misure 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), dal 1° ottobre 2014 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 e interventi di cardiocirurgia) un'ulteriore intervista telefonica verrà effettuata a dodici mesi dall'intervento (il cosiddetto "follow-up").

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

Risultati delle misurazioni del periodo: 1° ottobre 2013 – 30 settembre 2014					Valore dell'anno precedente
Il nostro istituto ha partecipato alla misurazione delle infezioni postoperatorie per gli interventi seguenti	Numero d'interventi valutati	Numero d'infezioni accertate dopo questi interventi	Tasso d'infezione %	Intervallo di confidenza ³ CI = 95%	Tasso d'infezione % (intervallo di confidenza CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Colectomia			%		% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Appendicectomia	6	0	0%		0% ()
<input type="checkbox"/> Appendicectomie effettuate in bambini e adolescenti			%		% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Intervento di ernia	14	1	7.1%		0% ()
<input type="checkbox"/> Operazioni al colon			%		% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Taglio cesareo	9	0	0%		0% ()
<input type="checkbox"/> Asportazioni dell'utero			%		% ()
<input type="checkbox"/> Chirurgia della colonna vertebrale			%		% ()
<input type="checkbox"/> Operazioni di bypass gastrico			%		% ()
<input type="checkbox"/> Interventi colon-rettali			%		% ()
<input type="checkbox"/> Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.					
Motivazione					

³ L'intervallo di confidenza del 95% indica la banda in cui si trova il valore vero, con una probabilità di errore del 5%. Su tali misure influiscono sempre anche fattori casuali, come p.es. il numero di pazienti presenti durante il periodo di misura, le fluttuazioni stagionali, gli errori di misura, ecc. Perciò i valori misurati sono soltanto un'approssimazione del valore vero. Tale valore rientra nell'intervallo di confidenza 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.

E1-4 Misurazione della prevalenza di cadute e lesioni da pressione

La misurazione nazionale della prevalenza di cadute e decubiti permette una visione sulla frequenza, sulla prevenzione e sul trattamento di diversi fenomeni delle cure infermieristiche.

Maggiori informazioni: www.ang.ch/it e www.lpz-um.eu

Informazioni relative alla misurazione	
Istituto di analisi	Scuola universitaria professionale di Berna
Metodo / strumento	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

Caduta

La misurazione della prevalenza avviene in una data prestabilita. Nell'ambito della misura si verifica se i pazienti prima della data di riferimento sono caduti in ospedale.

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

Risultati descrittivi della misurazione 2014			
Numero di pazienti ricoverati, che sono caduti durante l'attuale ricovero, fino alla data del giorno del rilevamento.	0	In percentuale	0%
<input type="checkbox"/> Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.			
Motivazione			

Commento relativo allo sviluppo dei risultati delle misurazioni, delle misure di prevenzione e/o delle attività di miglioramento
Il rilevamento nazionale di ANQ si è svolto nella giornata dell'11 novembre 2014. Sono stati considerati 7 pazienti acuti che rientravano nella misurazione. Nessuno dei 7 pazienti è caduto nei 30 giorni precedenti il giorno del rilevamento nazionale.

Poiché le misurazioni dell'ANQ sono state concepite per confronti tra ospedali e cliniche, i risultati specifici degli ospedali o delle cliniche sono soltanto in parte significativi. L'ANQ pubblica i risultati delle misurazioni sul proprio sito web www.ang.ch/it utilizzando una raffigurazione che permette il confronto.

Informazioni per il pubblico specializzato: Informazioni sul collettivo considerato			
Totalità dei pazienti da considerare	Criteri d'inclusione	<ul style="list-style-type: none">- Pazienti degenti ≥ 18 anni e più (incluse cure intense, cure continue), pazienti dai 16 ai 18 anni possono essere inclusi solo su base volontaria)- Dichiarazione di consenso orale del paziente/del rappresentante legale	
	Criteri d'esclusione	<ul style="list-style-type: none">- Pazienti degenti che non hanno rilasciato la dichiarazione di consenso- Neonati nel reparto di maternità- Reparti di pediatria, bambini e adolescenti (≤ 16 anni)- Ostetricia, Pronto soccorso, cliniche diurne e settore ambulatoriale, Sala risveglio	
Numero dei pazienti effettivamente considerati	7	Quota percentuale (percentuale di risposte)	100%
Osservazioni			

Decubito (lesioni da pressione)

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.

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.

Dal 2013 gli ospedali e le cliniche con un reparto di pediatria eseguono la misurazione della prevalenza di decubito anche presso i bambini e gli adolescenti, poiché il decubito è un indicatore importante della qualità anche nel settore della pediatria e un problema delle cure spesso sottovalutato. Il decubito nei bambini è strettamente legato a mezzi ausiliari impiegati come ad esempio stecche, sensori, sonde, ecc. Un ulteriore fattore di rischio è la possibilità di comunicazione verbale limitata, legata allo stadio di sviluppo nei lattanti e bambini, come pure le cellule epidermiche sottosviluppate nei bambini prematuri e neonati.

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

Risultati descrittivi della misurazione 2014		Numero di adulti con piaghe da decubito	In percentuale:
Prevalenza di decubito	Totale: categoria 1-4	0	0%
	(ad eccezione della categoria 1)		
Prevalenza secondo il luogo di insorgenza	Nel proprio ospedale incluso la categoria 1	0	0%
	Nel proprio ospedale escluso la categoria 1	0	0%
	In un altro ospedale incluso la categoria 1	0	0%
	In un altro ospedale escluso la categoria 1	0	0%

Il nostro istituto **rinuncia alla pubblicazione** dei risultati.

Motivazione

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

Il rilevamento nazionale di ANQ si è svolto nella giornata dell'11 novembre 2014. Sono stati considerati 7 pazienti acuti che rientravano nella misurazione. Nessuno dei 7 pazienti presentava delle lesioni da decubito.

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

Informazioni sul collettivo considerato			
Totalità dei pazienti da considerare	Criteri d'inclusione adulti	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti degenti ≥ 18 anni e più (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 terapeutico. 	
	Criteri d'inclusione bambini e adolescenti	<ul style="list-style-type: none"> - Tutti i pazienti degenti ≤ 16 anni (incluse le cure intense, intermedie care), - Dichiarazione di consenso orale dei genitori, dei famigliari o del rappresentante legale. 	
	Criteri d'esclusione	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti ospedalieri che non hanno rilasciato la dichiarazione di consenso - Neonati nel reparto di maternità, ostetricia - Pronto soccorso, cliniche diurne e settore ambulatoriale, stanza di risveglio 	
Numero di adulti effettivamente considerati	7	Quota percentuale (relativa a tutti i pazienti degenti il giorno della misura)	100%
Numero di bambini e adolescenti effettivamente considerati	0	Quota percentuale (relativa a tutti i pazienti degenti il giorno della misura)	0%
Osservazioni			

F2 Cadute (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ)

Argomento della misurazione	Cadute (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ)
Cosa si misura?	L'ospedale possiede uno standard interno sulla prevenzione delle cadute. Il rilevamento è effettuato al momento del ricovero per i pazienti acuti e valuta il potenziale rischio di caduta. Per gli ospiti lungodegenti il rischio di caduta è rivalutato mensilmente.

In quali sedi / in quali settori specialistici è stata eseguita l'ultima misurazione nel 2014?		
<input type="checkbox"/> In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	<input type="checkbox"/> ...solo nelle seguenti sedi:	
<input type="checkbox"/> In tutti i settori specialistici / reparti oppure... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...solo nei seguenti settori specialistici / reparti:	Reparto acuto Reparto lungodegenti

Risultati		
Totale cadute	Di cui hanno richiesto cure	Di cui non hanno richiesto cure
16	7	9
<input type="checkbox"/> L'analisi 2014 non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.		
<input checked="" type="checkbox"/> Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.		
Motivazione	L'ente allestisce una statistica annuale interna. I dati sono riportati nella statistica inviata al Dipartimento di sanità pubblica GR	
<input type="checkbox"/> I risultati vengono confrontati con quelli di altri ospedali (benchmark).		

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

Nel reparto acuto vi è stata una diminuzione percentuale delle cadute (- 2.2%) mentre nel reparto lungodegente si è registrato un aumento consistente delle cadute (+19.3%). In entrambi i reparti le cadute hanno però avuto unicamente conseguenze lievi per i degenti.

Strumento di misurazione utilizzato nell'anno di esercizio 2014

<input type="checkbox"/> Lo strumento è stato sviluppato all'interno della struttura	Nome dello strumento:	
<input checked="" type="checkbox"/> Lo strumento è stato sviluppato da un'istanza specializzata esterna.	Nome del fornitore / dell'istituto di analisi:	Bündner Spital- und Heimverband (modulo adattato all'ente)

Informazioni per il pubblico specializzato: Informazioni sul collettivo considerato

Totalità dei pazienti da considerare	Criteri d'inclusione	Pazienti entrati nel reparto acuto e ospiti degenti nel reparto di lungodegenza
	Criteri d'esclusione	Pazienti entrati in ostetricia e i neonati
Numero dei pazienti effettivamente caduti	10	
Osservazioni		

F3 Decubiti (altri che con il metodo LPZ dell'ANQ)

Argomento della misurazione	Decubiti (altri che con il metodo LPZ dell'ANQ)
Cosa si misura?	L'ospedale possiede uno standard interno sulla prevenzione dei decubiti. Il rilevamento è effettuato immediatamente dopo l'entrata e ripetuto individualmente a scadenze definite o immediatamente qualora subentrassero cambiamenti della mobilità, dell'attività e della pressione. Sono documentate le misure indicate a ridurre il rischio di decubito, l'insorgenza di nuovi decubiti, il trattamento, il decorso e la guarigione.

In quali sedi / in quali settori specialistici è stata eseguita l'ultima misurazione nel 2014?		
<input type="checkbox"/> In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	<input type="checkbox"/> solo nelle seguenti sedi:	
<input type="checkbox"/> In tutti i settori specialistici / reparti oppure... →	<input checked="" type="checkbox"/> solo nei seguenti settori specialistici / reparti:	Reparto acuto Reparto lungodegenti

Risultati	
Numero di piaghe da decubito all'ammissione / riammissione	Numero di piaghe da decubito all'ammissione / riammissione
<input type="checkbox"/> L'analisi 2014 non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.	
<input checked="" type="checkbox"/> Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.	
Motivazione	L'ente allestisce una statistica annuale interna. I dati sono riportati nella statistica inviata al Dipartimento di sanità pubblica GR
<input type="checkbox"/> I risultati vengono confrontati con quelli di altri ospedali (benchmark).	

Commento relativo allo sviluppo dei risultati delle misurazioni, delle misure di prevenzione e/o delle attività di miglioramento
Nell'anno di rilevamento i casi di decubito per il reparto acuto sono ridotti al minimo anche se si rileva un tasso leggermente superiore all'anno precedente (1.1%, +0.3%). Nel reparto lungodegenti vi è invece stata una netta diminuzione dei casi (- 6.4%) che fa registrare un tasso del 10.5% di casi.

Strumento di misurazione utilizzato nell'anno di esercizio 2014		
<input type="checkbox"/> Lo strumento è stato sviluppato all'interno della struttura	Nome dello strumento:	
<input checked="" type="checkbox"/> Lo strumento è stato sviluppato da un'istanza specializzata esterna.	Nome del fornitore / dell'istituto di analisi:	Bündner Spital- und Heimverband (moduli adattati all'ente)

Informazioni per il pubblico specializzato: Informazioni sul collettivo considerato		
Totalità dei pazienti da considerare	Criteri d'inclusione	Pazienti entrati nel reparto acuto e ospiti degenti nel reparto di lungodegenza
	Criteri d'esclusione	Pazienti entrati in ostetricia e i neonati
Numero dei pazienti effettivamente considerati	520	
Osservazioni		

F4 Misure restrittive della libertà

Argomento della misurazione	Misure restrittive della libertà
Cosa si misura?	La documentazione dell'intensità di isolamenti e immobilizzazioni (intensità = frequenza * durata per ogni caso) come pure la documentazione della frequenza di medicazioni forzate orali, medicazioni forzate per iniezione, misure di sicurezza sulla sedia e misure di sicurezza nel letto.

In quali sedi / in quali settori specialistici è stata eseguita l'ultima misurazione del 2014?		
<input type="checkbox"/> In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	<input type="checkbox"/> ...solo nelle seguenti sedi:	
<input type="checkbox"/> In tutti i settori specialistici / reparti oppure... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...solo nei seguenti settori specialistici / reparti:	Reparto acuto Reparto lungodegenti

Risultati		
Misure restrittive della libertà		
<input type="checkbox"/> L'analisi non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.		
<input checked="" type="checkbox"/> Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.		
Motivazione	L'ente allestisce una statistica annuale interna. I dati sono riportati nella statistica inviata al Dipartimento di sanità pubblica GR	
<input type="checkbox"/> I risultati vengono confrontati con quelli di altri ospedali (benchmark).		

Commento relativo allo sviluppo dei risultati delle misurazioni, delle misure di prevenzione e/o delle attività di miglioramento	
In entrambi i reparti si rileva una diminuzione delle misure di contenzione: acuto (- 1.2%) e lungodegente (- 4.5%). In alcuni casi le misure di contenzione erano necessarie e sono state adottate per evitare il rischio di caduta. L'ausilio più utilizzato sono state le spondine al letto in quanto durante la notte la sorveglianza infermieristica è ridotta.	

Strumento di misurazione utilizzato nell'anno di esercizio 2014		
<input type="checkbox"/> Lo strumento è stato sviluppato all'interno della struttura.	Nome dello strumento:	
<input type="checkbox"/> Lo strumento è stato impiegato nell'ambito della misurazione dell'ANQ.	Nome dello strumento:	<input type="checkbox"/> Rilevamento delle misure restrittive della libertà (EFM) <input type="checkbox"/> Modulo Misure limitative della libertà (LPZ)
<input checked="" type="checkbox"/> Lo strumento è stato sviluppato da un'istanza specializzata esterna.	Nome del fornitore / dell'istituto di analisi:	Bündner Spital- und Heimverband (moduli adattati all'ente)

Informazioni per il pubblico specializzato: Informazioni sul collettivo considerato		
Totalità dei pazienti da considerare	Criteri d'inclusione	Pazienti entrati nel reparto acuto e ospiti degenti nel reparto di lungodegenza
	Criteri d'esclusione	Pazienti entrati in ostetricia e i neonati
Osservazioni		

F6 Altro argomento di misurazione

Argomento della misurazione	Valutazione del rischio nutrizionale
Cosa si misura?	L'ospedale possiede uno standard interno sulla valutazione del rischio nutrizionale. Il rilevamento è effettuato all'entrata per i pazienti a rischio, con deficit nutrizionale o perdita di peso prima dell'entrata. La valutazione ha lo scopo di accertare precocemente uno stato di malnutrizione e attuare un piano di intervento individualizzato per migliorare la qualità di vita, diminuire le complicanze e prevenire le conseguenze.

In quali sedi / in quali settori specialistici è stata eseguita l'ultima misurazione del 2014?		
<input type="checkbox"/> In tutta la struttura / in tutte le sedi oppure... →	<input type="checkbox"/> ...solo nelle seguenti sedi:	
<input type="checkbox"/> In tutti i settori specialistici / reparti oppure... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...solo nei seguenti settori specialistici / reparti:	Reparto acuto Reparto lungodegenti

Risultati	
Valutazione del rischio nutrizionale	
<input type="checkbox"/> L'analisi 2014 non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.	
<input checked="" type="checkbox"/> Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.	
Motivazione	L'ente allestisce una statistica annuale interna.
<input type="checkbox"/> I risultati vengono confrontati con quelli di altri ospedali (benchmark).	

Commento relativo allo sviluppo dei risultati delle misurazioni, delle misure di prevenzione e/o delle attività di miglioramento
Nel reparto acuto si evidenziano perdite di peso importanti, si tratta di dati relativi a pazienti critici o oncologici. Sia sul reparto acuto come pure su quello di lungodegenza è necessario sensibilizzare il personale a essere più disciplinato e preciso nel rilevare i dati. L'OSS promuove e si adopera per una corretta alimentazione.

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misurazione utilizzato nell'anno di esercizio 2014		
<input checked="" type="checkbox"/> Lo strumento è stato sviluppato all'interno della struttura	Nome dello strumento:	Valutazione del rischio nutrizionale Protocollo di assunzione alimenti e liquidi
<input type="checkbox"/> Lo strumento è stato sviluppato da un'istanza specializzata esterna.	Nome del fornitore / dell'istituto di analisi:	

Informazioni per il pubblico specializzato: Informazioni sul collettivo considerato		
Totalità dei pazienti da considerare	Criteri d'inclusione	Pazienti entrati nel reparto acuto e ospiti degenti nel reparto di lungodegenza
	Criteri d'esclusione	Pazienti entrati in ostetricia, neonati e minori di 18 anni
Numero dei pazienti effettivamente considerati	503	
Osservazioni		

G

Panoramica sui 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.

L'istituzione partecipa a un registro?	
<input checked="" type="checkbox"/>	No , la nostra istituzione non partecipa a nessun registro .
Motivazione	Considerato il numero esiguo dei casi si rinuncia al rilevamento
<input type="checkbox"/>	Si , la nostra istituzione partecipa ai registri seguenti



Attività e progetti di miglioramento

I contenuti di questo capitolo si possono trovare anche nel sito www.info-ospedali.ch

H1 Certificazioni e norme / standard applicati

Norma applicata	Settore, che lavora con la norma / lo standard	Anno della prima certificazione valida	Anno dell'ultima ricertificazione	Osservazioni
ISO 9001:2008	Tutti i settori	2009	2012	
IVR/IAS	Servizio ambulanza	2010	2014	
H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit	Tutti i settori	2008	2014	
Blutspendedienst Bern	Laboratorio	1996	2014	
MQ (Institut für Chemie USZ)	Laboratorio	1995	2014	
Qualab Bern	Laboratorio	1995	2014	

H2 Panoramica sui progetti in corso concernenti la qualità

Qui potete trovare un elenco delle attività permanenti e dei progetti di qualità in corso (anche relativi alla sicurezza dei pazienti), che non sono già stati descritti nei capitoli precedenti.

Attività o progetto (Titolo)	Obiettivo	Settore	Durata (dal / al)
Serata informativa sulle professioni sanitarie	Presentare il sistema di formazione sanitario con le varie professioni di base Concetto di formazione interno	Vari settori	17.01.2014
Impiego del medico ospedaliero	Assicurare la presenza costante di un professionista in ospedale	Tutti i settori	Dal maggio 2014
Procedura di accreditamento per la formazione dei medici assistenti	Offrire la possibilità di uno stage ai medici in formazione. Supporto del medico ospedaliero	Settore infermieristico	Dal 2014
Valutazione cartella informatizzata	Ottimizzare il sistema di registrazione e catalogazione della documentazione dei pazienti	Settore infermieristico	Dal 2014
Valutazione registrazione automatica delle presenze	Razionalizzazione del sistema di gestione del personale	Tutti i settori	Dal 2014
Elaborazione di un concetto per le attività di volontariato	Gestire al meglio le attività di volontariato e le loro risorse	Reparto lungodegenti	Dal 2014
Nuovo concetto per annunci/reclami	Semplificare la procedura Unificazione gli annunci in un modulo unico	Tutti i settori	Dal 2014
Creazione del gruppo di vigilanza	Raggruppare tutte le figure professionali in materia di vigilanza	Laboratorio Farmacia	Dal 2014
Concetto di formazione per operatrici socio-sanitarie e per allieve infermiere	Formazione di personale specializzato all'interno dell'ente	Settore infermieristico	Dal 2014
Nuovo opuscolo informativo per ospiti lungodegenti	Presentazione dell'offerta sanitaria, di gestione e delle attività per l'ospite lungodegente	Reparto lungodegenti	Dal 2014
Documentazione d'entrata per ospiti lungodegenti	Uniformazione della documentazione d'entrata dell'ospite	Reparto lungodegenti	Dal 2014

Applicazione e integrazione in ISO del metodo Montessori	Ampliamento dei metodi di approccio all'ospite anziano e demente	Reparto lungodegenti	Dal 2014
Riorganizzazione del servizio di pédicure	Adattamento dell'offerta alla mutata situazione	Reparto lungodegenti	Dal 2014
Istruzione del personale impiegato nel PS	Istruzione mirata tramite aggiornamenti specifici	Settore infermieristico	Dal 2014
Aggiornamento del concetto lesioni	Revisione della documentazione e introduzione di un modulo unico	Settore infermieristico	Dal 2014
Concretizzazione dei progetti elaborati per le cure	Ampliamento dell'offerta di tecniche e gestione dei pazienti	Settore infermieristico	Dal 2014
Flyer informativo OSS	Presentazione dell'ospedale	Tutti i settori	Dal 2014
Stesura concetto interno per incidente maggiore e catastrofe	Pianificazione e gestione del personale, delle risorse e dei mezzi in situazioni di incidente maggiore	Tutti i settori	Dal 2014

L'azienda ha introdotto un CIRS?	
<input type="checkbox"/>	No , la nostra azienda non dispone di un CIRS.
Osservazione	
<input checked="" type="checkbox"/>	Sì , la nostra azienda ha introdotto un CIRS nel 2005.
<input checked="" type="checkbox"/>	La procedura per l'avvio e l'attuazione di misure di miglioramento è stata definita.
Osservazione	L'ospedale fa capo al gruppo di lavoro CIRS che a scadenze regolari, a seconda della gravità, valuta gli eventi segnalati proponendo eventuali provvedimenti correttivi.

H3 Progetti di promozione della qualità selezionati

In questo capitolo sono descritti più dettagliatamente i progetti di miglioramento della qualità **ultimati** del capitolo D – F (anche relativi alla sicurezza dei pazienti).

Titolo del progetto	Istruzione del personale impiegato nel PS	
Tipo di progetto	<input checked="" type="checkbox"/> Progetto interno	<input type="checkbox"/> Progetto esterno (p.es. con il Cantone)
Obiettivo del progetto	Istruzione mirata tramite aggiornamenti specifici	
Descrizione	Il personale infermieristico, soprattutto nei mesi estivi, presta numerose ore di servizio in PS. È quindi necessario un approfondimento in questo campo.	
Svolgimento del progetto / Metodologia	Designazione di un gruppo ristretto di infermieri che presta servizio in PS. Introduzione di base sul lavoro in PS. Aggiornamenti mirati con medici e specialisti sulle tecniche impiegate. Maggiore possibilità di esperienza pratica con gruppo ristretto.	
Campo d'impiego	<input type="checkbox"/> con altre strutture. Quali strutture?	
	<input type="checkbox"/> Tutto il gruppo ospedaliero risp. in tutta la struttura	
	<input type="checkbox"/> Singole sedi. In quali sedi?	
	<input checked="" type="checkbox"/> Singoli reparti. In quali reparti?	
	Pronto soccorso	
Gruppi professionali coinvolti	Infermiere di reparto, di anestesia e strumentiste, soccorritori diplomati	
Valutazione del progetto / conseguenze	Supervisione da parte della resp. PS/sala op. Statistica annuale sul PS	
Documentazione complementare	Descrizione del processo PS e direttive analoghe	

Titolo del progetto	Aggiornamento del concetto "Lesioni"	
Tipo di progetto	<input checked="" type="checkbox"/> Progetto interno	<input type="checkbox"/> Progetto esterno (p.es. con il Cantone)
Obiettivo del progetto	Revisione della documentazione e introduzione di un modulo unico	
Descrizione	La documentazione necessita di una revisione. Finora si compilavano 2 tipi di moduli per la documentazione	
Svolgimento del progetto / Metodologia	Revisione della documentazione: aggiornamento della tecnica e dei prodotti in uso. Creazione di un modulo unico per la documentazione di ogni tipo di lesione	
Campo d'impiego	<input type="checkbox"/> con altre strutture. Quali strutture?	
	<input checked="" type="checkbox"/> Tutto il gruppo ospedaliero risp. in tutta la struttura	
	<input type="checkbox"/> Singole sedi. In quali sedi?	
	<input type="checkbox"/> Singoli reparti. In quali reparti?	
Gruppi professionali coinvolti	Infermiere di reparto	
Valutazione del progetto / conseguenze	Capireparto e responsabile del concetto "Lesioni". Valutazione tramite compilazione del modulo e statistica lesioni da decubito	
Documentazione complementare	Documentazione interna ISO del capitolo "Lesioni"	

La qualità delle cure erogate all'ospedale San Sisto riveste un ruolo fondamentale nella definizione della strategia. Per il futuro gli sforzi saranno rivolti al miglioramento dell'accoglienza e della degenza dei pazienti, all'affinamento delle tecniche specialistiche e al potenziamento dell'offerta di prestazioni sia stazionarie che ambulatoriali.

Anche il settore della lungodegenza è in continua evoluzione. Viene ribadito il ruolo di centralità dell'ospite rispetto a tutte le attività. Gli sforzi saranno concentrati per offrire all'anziano residente un'accoglienza, una qualità di vita, un benessere quotidiano, un ambiente protetto, un'assistenza sanitaria e un accompagnamento alla morte nel rispetto delle sue singole esigenze individuali.

A livello cantonale e locale viene caldeggiata la creazione di centri sanitari che unifichino i vari servizi. Questo quanto ribadito dal direttore del dipartimento cantonale di giustizia, sicurezza e sanità dott. Christian Rathgeb. La strategia nasce dal fatto di contenere l'impennata dei costi della salute ma anche dalla possibilità di creare delle sinergie fra i vari enti.

Editore



Il modello per questo rapporto sulla qualità è pubblicato da H+:

H+ Gli Ospedali Svizzeri
Lorrainestrasse 4A, 3013 Berna

Si veda anche:

www.hplus.ch/it/prestazioni_di_servizi/qualita_e_sicurezza_per_i_pazienti/rapporto_sulla_qualita/



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 Somatica Acuta (FKQA) di H+, i singoli Cantoni e su proposta dei fornitori di prestazioni.

Si veda anche:

www.hplus.ch/it/servicenav/portrait/commissioni_di_specialisti/qualita_somatica_acuta_fkqa/



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



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

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



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).