



CLINICA HILDEBRAND
Centro di riabilitazione Brissago
Via Crodolo
CH- 6614 BRISSAGO



Rapporto sulla qualità 2009

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



Rapporto sulla qualità 2009

A	Introduzione	3
B	Strategia della qualità.....	4
B1	Strategia della qualità e obiettivi	4
B2	2-3 punti principali nell'ambito della qualità per il periodo di riferimento 2009	4
B3	Obiettivi raggiunti nel 2009 nell'ambito della qualità	5
B4	Sviluppo nell'ambito della qualità per i prossimi anni	6
B5	Collocazione organizzativa della gestione della qualità	6
B6	Informazioni relative alle persone di contatto della gestione della qualità	6
C	Dati di riferimento per la promozione della qualità	7
C3	Dati di riferimento riabilitazione	7
D	Modalità di confronto esterno nell'ambito della promozione della qualità	8
D1	Misura della soddisfazione	8
D1-1	Soddisfazione dei pazienti	8
D1-2	Soddisfazione sistematica dei famigliari	9
D1-3	Soddisfazione dei collaboratori	10
D1-4	Soddisfazione di chi dispone il ricovero	11
D2	Indicatori ANQ	12
D2-1	Riammissioni potenzialmente evitabili	12
D3	Altri indicatori di qualità.....	12
D5	Progetto pilota CIQ	13
D5-2	Progetto pilota CIQ per la riabilitazione	13
E	Modalità interne di promozione della qualità (monitoraggio)	14
E1	Indicatori infermieristici	14
E1-1	Cadute.....	14
E1-2	Decubito (lesioni da pressione).....	15
E2	Altri indicatori di qualità utilizzati	16
E2-2	Indicatori di qualità o monitoraggi interni propri	16
F	Attività di miglioramento	17
F1	Certificazioni e norme / standard utilizzati	17
F2	Panoramica sulle attività in corso	17
F3	Panoramica sui progetti in corso concernenti la qualità	18
F4	Progetti di promozione della qualità selezionati.....	21
G	Conclusione e prospettive	24
H	Impressum	25



La Clinica Hildebrand, Centro di riabilitazione Brissago, opera secondo il mandato di prestazione attribuito dal Cantone Ticino nell'ambito della riabilitazione neurologica e muscolo-scheletrica.

Situata sul Lago Maggiore, la Clinica conta 90 letti, due piscine terapeutiche, diverse palestre e locali di terapia dove vengono effettuati trattamenti di fisioterapia, ergoterapia, logopedia e neuropsicologia, un laboratorio per le analisi, una sala di radiologia, un locale di elettrofisiologia, la cucina con la sala da pranzo, una nuova ala riservata al reparto di clinica diurna.

La gestione della Clinica punta molto sull'**innovazione e sulla tecnologia**: il centro dispone infatti di apparecchiature per la rieducazione robotizzata, ha adottato un sistema computerizzato per la scelta individuale dei pasti abbinata al controllo della loro appropriatezza, è impegnato da alcuni anni in un progetto di informatizzazione di tutta la cartella del paziente e, nel 2009, ha avviato l'installazione di monitor multimediali al letto del paziente.

La Clinica Hildebrand è membro dell'Associazione delle Cliniche di Riabilitazione Svizzere (SWISS REHA) e della REHA TICINO (www.rehaticino.ch).

REHA TICINO, una rete di competenza costituita a maggio 2007, comprende gli istituti e i servizi che si occupano di riabilitazione ai quali la pianificazione ospedaliera ha assegnato un mandato. Oltre alla Clinica Hildebrand Centro di riabilitazione Brissago, fanno parte della suddetta rete le seguenti strutture dell'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC):

- la Clinica di riabilitazione di Novaggio (CRN)
- il Servizio di riabilitazione della sede di Faido dell'Ospedale Regionale Bellinzona e Valli (ORBV)
- il Servizio di riabilitazione cardiologica presso l'Ospedale San Giovanni (ORBV).

L'intensificazione delle collaborazioni tra i vari partner della rete e con gli Ospedali per acuti dell'EOC è uno degli obiettivi aziendali su cui si è maggiormente chinata la Clinica Hildebrand negli ultimi anni, partendo dal principio che solo una maggiore collaborazione permette di soddisfare uno dei principi cardine della qualità dell'assistenza nelle strutture sanitarie, ovvero quello della continuità delle cure e della gestione appropriata del paziente, attraverso una presa a carico precoce da parte del riabilitatore.

È per questo motivo che presso l'Ospedale Regionale di Lugano, in collaborazione con il Neurocentro della Svizzera Italiana (NSI)¹ e il servizio di fisioterapia e ergoterapia gestito dalla Clinica di Novaggio, è stato attivato dal 2008 un **servizio specialistico di neuropsicologia e logopedia** offerto dalla Clinica Hildebrand. Il servizio è rivolto ai pazienti con problematiche neurologiche che necessitano di una preliminare attività di valutazione e trattamento neuropsicologico e logopedico e di un successivo trattamento specialistico presso un centro di riabilitazione.

A testimonianza del forte interesse di integrazione tra le strutture e con l'intento soprattutto di garantire al paziente una maggiore uniformità di trattamento nel percorso di riabilitazione, nel dicembre 2009, il Board di REHA TICINO ha deciso di avviare un importante progetto che ha come obiettivo quello di ottenere nel 2011 la **certificazione ISO 9001:2008** per tutti i processi di riabilitazione attivati all'interno delle strutture che partecipano alla rete.

REHA TICINO organizza inoltre annualmente un **simposio dedicato al tema della riabilitazione**, al fine di creare occasioni di confronto scientifico tra i maggiori esperti nazionali e internazionali sui differenti modelli e metodi di riabilitazione, con l'obiettivo ultimo di mettere al centro dell'intervento riabilitativo l'individuo, nella sua globalità, fatta di caratteristiche personali, di bisogni e di motivazioni. In particolare, il Simposio di ottobre 2009 aveva il seguente titolo "Qualità e riabilitazione: sfide di oggi e domani".

Durante lo scorso anno sono proseguiti i progetti avviati nel 2007, tra cui si menzionano i seguenti: **"gestione del rischio di caduta del paziente"**, **"monitoraggio percorsi del paziente"** e **"implementazione di un sistema di monitoraggio delle lesioni da pressione"**.

Si segnala inoltre la **partecipazione al progetto pilota nazionale "ANQ-Rehabnet"** per l'introduzione di sistema di gestione della qualità per tutta la Svizzera, finalizzato a misurare e confrontare la qualità delle prestazioni nella riabilitazione stazionaria (neurologica e muscoloscheletrica).

¹ Il Neurocentro della Svizzera italiana è un polo di competenze clinico-scientifiche, ufficialmente costituito ed avviato nell'EOC il 1° luglio 2009, che si occupa dell'investigazione e del trattamento delle patologie del sistema nervoso centrale e periferico.



B1 Strategia della qualità e obiettivi

La missione e la politica della Qualità, così come la metodologia per il miglioramento continuo secondo il PDCA (Plan-Do-Check-Act), per il 2009 sono rimaste invariate. La qualità - in tutti i suoi aspetti - continua a rappresentare un valore fondamentale per la Clinica Hildebrand e per tutti i suoi collaboratori che giornalmente si impegnano per garantire una prestazione di ottimo livello. La qualità e il miglioramento sono considerati tramite un approccio globale e strutturato, che persegue l'obiettivo di mettere a disposizione dei pazienti, dei collaboratori e dei partner esterni un sistema ad elevate prestazioni, sicuro, costantemente aggiornato e trasparente.

Le attività di promozione e miglioramento della qualità e della sicurezza condotte all'interno della Clinica integrano tre distinti approcci:

- l'approccio organizzativo - manageriale, che promuove l'efficienza dell'organizzazione attraverso una visione d'insieme (sistemica) delle problematiche;
- l'approccio tecnico - professionale, basato sulle prove di efficacia, volto a promuovere l'appropriatezza e l'efficacia clinica;
- l'approccio relazionale, che promuove la qualità del rapporto con il paziente e con i partner e la loro soddisfazione.

☒ Nella strategia aziendale, la qualità è esplicitamente connessa agli obiettivi aziendali.

B2 2-3 punti principali nell'ambito della qualità per il periodo di riferimento 2009

Nei primi mesi del 2009 è stato completato e reso funzionante il **Day Hospital** (trattamento riabilitativo intenso sull'arco dell'intera giornata, con ammissione al mattino e dimissione alla sera). Ciò ha rappresentato un'importante miglioramento della qualità, soprattutto per quanto riguarda l'aspetto dell'appropriatezza della prestazioni. L'ampliamento dell'offerta sanitaria, mediante la realizzazione di un servizio di day hospital riabilitativo per pazienti con patologie neurologiche, ortopediche e vascolari, permette infatti di erogare prestazioni di carattere diagnostico e riabilitativo che non comportano la necessità del ricovero ordinario ma che, per la loro natura o complessità, richiedono assistenza medica, riabilitativa ed infermieristica continua non effettuabile in ambito ambulatoriale.

In collaborazione con i partner Qualilife, Cisco e Swisscom nel corso del 2009 la Clinica Hildebrand si è dotata di una soluzione di software avanguardistica a livello nazionale ed europeo. Si tratta di un **monitor touchscreen** (schermo a sfioramento) che consente alla struttura ospedaliera di gestire i dati del paziente e permette al personale medico e infermieristico di consultare la cartella clinica sullo stesso schermo usato dal paziente, nella propria stanza, per vedere la TV, noleggiare DVD, telefonare, navigare su Internet e consultare l'agenda delle terapie, oltre a svariate informazioni sulla Clinica. Tutto ciò oltre a rendere più piacevole il soggiorno ai pazienti, faciliterà il lavoro del personale sanitario e amministrativo che si prende cura del paziente. Il software può anche essere utilizzato per la videosorveglianza, per servizi di telemedicina e teleassistenza.

B3 Obiettivi raggiunti nel 2009 nell'ambito della qualità

Particolare attenzione è stata dedicata nel corso del 2009 alla sicurezza del paziente. L'introduzione di un **sistema di monitoraggio sistematico degli eventi di caduta dei pazienti** e un insieme di interventi mirati, tra cui si segnala: l'introduzione di un'apposita brochure informativa per pazienti e familiari, l'introduzione di una scala di screening, la predisposizione di una reportistica semestrale delle cadute occorse in Clinica, la definizione di una politica e di un'istruzione per la gestione/prevenzione del rischio, l'introduzione di segnali di identificazione di pazienti a rischio, la costituzione di un gruppo multi professionale per la prevenzione e la formazione/informazione annuale al personale, hanno portato ad una riduzione del 20% del numero annuo di cadute dei pazienti rispetto all'anno 2008.

Sempre in riferimento al tema della sicurezza per i pazienti, in particolare per quel che concerne gli aspetti della **contenzione fisica**, nel primo semestre del 2009 è stata elaborata e sottoposta all'approvazione del Medico Cantonale una specifica direttiva di attuazione delle misure di contenzione con il fine di disciplinare in modo vincolante la determinazione dell'opportunità, la preparazione, l'adozione, la sorveglianza, il monitoraggio sistematico e la soppressione della misura di contenzione del paziente in riferimento alle linee guida e agli standard internazionali.

Nel corso del 2009 è stato inoltre ultimato il progetto che prevedeva la creazione di un sistema di **gestione automatizzata pasti (Meal management)**, ciò ha permesso di ottimizzare l'offerta della ristorazione tramite un miglioramento dei processi; individualizzare le richieste dei pazienti; garantire una maggiore sicurezza nell'attribuzione dei pasti ai pazienti. In particolare, per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, l'applicativo per l'ordinazione dei pasti è dotato di un sistema d'allarme che si attiva in caso di prenotazione di cibi che non sono coerenti con il quadro clinico del paziente o verso i quali il paziente presenta allergie o intolleranze.

Implementazione di un **sistema di interpretariato / mediazione culturale** all'interno della Clinica Hildebrand e della rete REHA TICINO, finalizzato a migliorare l'organizzazione del servizio verso l'utenza di nazionalità e cultura differenti. I principali interventi messi in atto sono stati i seguenti:

- è stato redatto un elenco aggiornato di tutti i collaboratori della Clinica con competenze linguistiche;
- è stata firmata una convenzione con la Ditta Derman di mediazione culturale, chiamata dalla Clinica ad intervenire in tutti i casi in cui vi è la necessità di personale adeguatamente formato (interprete comunitario o mediatore);
- sono state regolamentate alcune procedure per l'attivazione di collaboratori interni o personale esterno in caso di necessità ed è stato creato un protocollo d'intervento;
- è stato definito un servizio interno (il servizio sociale) al quale rivolgersi per qualsiasi informazione o richiesta d'intervento.

Realizzazione di una **Guida informativa per i pazienti degenti e per i pazienti del day hospital**, che ha l'obiettivo di migliorare l'informazione al paziente e ai suoi familiari e orientarlo all'interno dell'organizzazione. Ciò tramite una grafica accattivante, un linguaggio semplice e dei contenuti chiari. Obiettivo della Guida pazienti degenti è anche di aumentare l'*empowerment* del paziente: vengono infatti ribaditi all'interno dell'opuscolo i diritti del paziente, non ultimo il diritto all'autodeterminazione, e le modalità per farli valere. Il fine ultimo è di colmare lo squilibrio di potere tra paziente e operatori sanitari e metter in condizione il paziente ed i suoi familiari di fare delle scelte e di essere parte attiva nel processo di riabilitazione.

B4 Sviluppo nell'ambito della qualità per i prossimi anni

Tra i principali obiettivi per i prossimi anni si segnalano:

- **Certificazione** secondo la norma ISO 9001:2008 di tutte le attività di riabilitazione erogate all'interno delle strutture facenti parte della rete REHA TICINO. In particolare la certificazione che si propone è una certificazione a "progetto", caratterizzata dai seguenti aspetti:
 - **Integrabilità:** il sistema sarà integrato pienamente non solo con i sistemi qualità dei vari ospedali in cui la REHA TICINO è presente, ma anche con i requisiti di qualità definiti a livello di Ente Ospedaliero Cantonale;
 - **Conformità:** il sistema dovrà essere conforme non solo con i requisiti della norma di riferimento ISO 9001:2008, ma anche con i requisiti legislativi e normativi e con altri requisiti di eccellenza in ambito di qualità, ritenuti dai membri del board di REHA TICINO importanti (si fa riferimento principalmente ai requisiti definiti dalla SWISS REHA e agli standard JCI);
 - **Modularità:** inizialmente verrà sviluppato il sistema organizzativo della REHA TICINO, per poi, eventualmente, estenderlo anche alle strutture di Novaggio e Brissago.
- **Implementazione** di alcuni Obiettivi internazionali per la sicurezza dei pazienti, previsti dal modello di accreditamento all'eccellenza Joint Commisison International e sostenuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, in particolare:
 - ridurre il rischio di infezioni associate all'assistenza sanitaria
 - ridurre il rischio di danno al paziente in seguito a caduta.

B5 Collocazione organizzativa della gestione della qualità

☐	La gestione della qualità è rappresentata nella direzione aziendale.
☒	La gestione della qualità è una funzione di staff direttamente subordinata alla direzione aziendale.
☐	La gestione della qualità è una funzione di linea direttamente subordinata alla gestione aziendale.
☐	Altra forma organizzativa, ovvero:
Risorse umane	100 % è attribuito all'unità operativa che si occupa di gestione della qualità

B6 Informazioni relative alle persone di contatto della gestione della qualità

Titolo, Nome, COGNOME	Telefono (diretto)	e-mail	Posizione / Funzione
Lic. oec. Angela Greco	091 786 86 07 091 811 45 74	pierangela.greco@eoc.ch a.greco@clinica-hildebrand.ch	Responsabile qualità
Lic. oec. Giovanni Rabito	091 786 86 39 091 811 45 43	g.rabito@clinica-hildebrand.ch giovanni.rabito@eoc.ch	Data and quality manager
Lara Lanzi	091 786 86 39 091 811 46 81	l.lanzi@clinica-hildebrand.ch lara.lanzi@eoc.ch	Segretariato servizio qualità e gestore documentazione



Dati di riferimento per la promozione della qualità

C3 Dati di riferimento riabilitazione



Dati di riferimento	Valori	Osservazioni
Totale pazienti degenti	841	
Totale giornate di degenza	32'872	
Totale letti al 31.12.	90	
Durata media della degenza	29	Valore mediano
Occupazione media dei letti	100%	
Gruppi ospedalieri: citare le sedi riabilitative		

D

Modalità di confronto esterno nell'ambito della promozione della qualità

D1 Misura della soddisfazione

D1-1 Soddisfazione dei pazienti



Nella struttura viene misurata la soddisfazione dei pazienti?			
☐	No , nella nostra istituzione non viene misurata la soddisfazione dei pazienti.		
☒	Sì , nella nostra istituzione viene misurata la soddisfazione dei pazienti.		
☐	Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009.	Ultimo rilevamento:	Prossimo rilevamento:
☐	Sì, nell'anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.		

In quali sedi / settori è stato eseguito il sondaggio nell'anno di riferimento 2009?			
☒	In tutta la struttura / in tutte le sedi, o... →	☐	...solo nelle seguenti sedi:
☒	In tutte le specialità / settori specialistici, o... →	☐	...solo nelle seguenti specialità / settori specialistici:
☒	In tutte le unità / reparti, o... →	☐	...solo nelle seguenti unità / reparti:

Risultati	Valore	Valutazione dei risultati / Osservazioni
Struttura complessiva		
Risultati per settore	Risultati	Valutazione dei risultati / Osservazioni
☒ La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.		
☐ L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.		

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009				
☒ Mecon	☐ Altro strumento di misura esterno			
☐ Picker	Nome dello strumento		Nome dell'istituto di misurazione	
☐ VO: PEQ				
☐ MüPF (-27)				
☐ POC (-18)				
☐ Strumento interno proprio				
Descrizione dello strumento				
Criteri di inclusione				
Criteri di esclusione				
Tasso di risposta (in %)				
Lettere di richiamo?		☐ No.	☐ Sì, impiegate come segue:	

D1-2 Soddisfazione sistematica dei famigliari

Nella struttura viene misurata la soddisfazione dei famigliari?			
☒	No , nella nostra struttura non viene misurata sistematicamente la soddisfazione dei famigliari.		
☐	Sì , nella nostra struttura viene misurata sistematicamente la soddisfazione dei famigliari.		
☐	Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009	Ultimo rilevamento:	Prossimo rilevamento:
☐	Sì, nell'anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.		

D1-3 Soddisfazione dei collaboratori



Nella struttura viene misurata la soddisfazione dei collaboratori?			
☐	No , nella nostra struttura non viene misurata la soddisfazione dei collaboratori.		
☒	Sì , nella nostra struttura viene misurata la soddisfazione dei collaboratori.		
☐	Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009	Ultimo rilevamento:	Prossimo rilevamento:
☒	Sì, nell'anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.		

In quali sedi / settori è stato eseguito il sondaggio nell'anno di riferimento 2009?			
☒	In tutta la struttura / in tutte le sedi, o... →	☐	...solo nelle seguenti sedi:
☒	In tutte le specialità / settori specialistici, o... →	☐	...solo nelle seguenti specialità / settori specialistici:
☒	In tutte le unità / reparti, o... →	☐	...solo nelle seguenti unità / reparti:

Risultati	Valore	Valutazione dei risultati / Osservazioni
Struttura complessiva	92.1%	
Risultati per settore	Risultati	Valutazione dei risultati / Osservazioni
Cure infermieristiche	95.2%	
Altre professioni medico-sanitarie o terapeutiche	87.2%	
Amministrazione	95.7%	
Economia, servizio alberghiero	100 %	
Medici	--	Dato non disponibile, il numero di osservazioni è inferiore alla soglia minima definita come sufficiente per le analisi
☐	La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.	
☐	L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.	

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009				
☒	Strumento di misura esterno			
	Nome dello strumento	Questionario standardizzato MeCon	Nome dell'istituto di misurazione	MECON measure & consult GmbH
☐	Strumento interno proprio			
Descrizione dello strumento		Inchiesta tramite questionario anonimo autogestito con domande (57) orientate alla valutazione ("rating") e alla constatazione ("reporting") Viene calcolato un indice d'insoddisfazione utilizzando la formula seguente: $\text{Indice d'insoddisfazione} = (A*0+B*25+C*50+D*75+E*100) / (A+B+C+D+E)$ Dove A è la risposta migliore ed E è la risposta peggiore		
Criteri di inclusione		Tutto il personale della clinica		
Criteri di esclusione		allievi		
Tasso di risposta (in %)		61.7%		
Lettere di richiamo?		☐ No.	☒ Sì, impiegate come segue:	dopo 4 settimane a tutti i dipendenti

D1-4 Soddisfazione di chi dispone il ricovero



Nella struttura viene misurata la soddisfazione di chi dispone il ricovero?			
☒	No , nella nostra struttura non viene misurata la soddisfazione di chi dispone il ricovero.		
☐	Sì , nella nostra struttura viene misurata la soddisfazione di chi dispone il ricovero.		
☐	Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009	Ultimo rilevamento:	Prossimo rilevamento:
☐	Sì, nell' anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.		

D2 Indicatori ANQ

D2-1 Riammissioni potenzialmente evitabili



Nella struttura viene misurato il tasso di riammissioni potenzialmente evitabili?				
☒ No , nella nostra struttura non viene misurato il tasso di riammissioni potenzialmente evitabili.				
☐ Sì , nella nostra struttura viene misurato il tasso di riammissioni potenzialmente evitabili.				
☐ Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009		Ultimo rilevamento:		Prossimo rilevamento:
☐ Sì , nell'anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.				
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?				
Numero delle dimissioni nel 2009	Numero delle riammissioni nel 2009	Tasso di riammissione: risultato [%]	Periodo di osservazione (numero di giorni)	Istanza di analisi
Valutazione dei risultati / Osservazioni				
☐ La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.				
☐ L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.				
☐ Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.				

D3 Altri indicatori di qualità



Tema della misura	Tasso di raggiungimento degli obiettivi riabilitativi RehabNET (pazienti neurologici) L'indicatore rileva il tasso di raggiungimento degli obiettivi riabilitativi secondo il modello previsto nel progetto nazionale promosso dall'ANQ, Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità negli ospedali e cliniche (http://www.anq.ch/).		
Misure nell'anno di riferimento 2009			
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?			
Reparti sottoposti a misura:	Tutta la Clinica	Risultato:	82.3%
☐ La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.			
☐ L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.			
☒ Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.			
Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009			
☐ Strumento interno	Nome dello strumento:		
☒ Strumento esterno	Nome fornitore / Istanza di valutazione: RehabNET®-MAS		

D5 Progetto pilota CIQ



Il progetto nazionale CIQ in ambito psichiatrico, diretto da H+, santésuisse e dalla CTM, e sostenuto dal Servizio "qualità e processi" dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e dalla Conferenza dei direttori della sanità (CDS), ha specificato - per la psichiatria e per i settori della riabilitazione muscoloscheletrica e neurologica- gli sforzi messi in atto in materia di qualità coerentemente alla LAMal e all'OAMal. Questo progetto pilota, svoltosi sull'arco di due anni, tramite misure interne attuate dalle strutture - sia dal punto di vista del paziente (autovalutazione) sia da quello del trattamento (valutazione esterna) - tramite uno scambio regolare e l'organizzazione di una rete tra tutte le cliniche pilota, così come tramite un confronto sistematico dei risultati delle misure condotte in queste cliniche, ha promosso la qualità e la riflessione sulle misure di miglioramento.

Nel marzo del 2009 la società nazionale per la promozione della qualità (CIQ) e l'associazione intercantonale per la garanzia e la promozione della qualità (IVQ) hanno fusionato e formato l'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità negli ospedali e nelle cliniche (ANQ). Per questo motivo, nel rapporto 2009 sarà ancora utilizzata la designazione CIQ.

D5-2 Progetto pilota CIQ per la riabilitazione



Partecipazione al progetto pilota CIQ	
☒ sì: riabilitazione muscolo-scheletrica	Regioni del corpo selezionate: ☒ Colonna vertebrale lombare (ted. LWS) ☒ Colonna vertebrale cervicale (ted. HWS) ☒ Arti inferiori (ted. UEX) ☒ Arti superiori (ted. OEX) ☒ Tutto il corpo (ted. SYS)
☒ sì: riabilitazione neurologica: partecipazione alla documentazione degli obiettivi	
☐ no	



Modalità interne di promozione della qualità (monitoraggio)

E1 Indicatori infermieristici

E1-1 Cadute



Definizione del tema di misura "cadute"	La definizione di caduta adottata presso la Clinica Hildebrand è quella di "un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, o assisa, o clinostatica. In particolare viene rilevato il tasso di incidenza delle cadute , espresso come rapporto tra il numero totale delle cadute occorse nel periodo di riferimento e il totale delle giornate di cura, moltiplicato per 1'000.
--	--

Misure nell'anno di riferimento 2009					
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?					
Reparti sottoposti a misura:		reparti di degenza ordinaria e day hospital			
Risultato complessivo:	Totale cadute: 145 Tasso incidenza: 4.4 per 1.000 giornate	Casi con conseguenze per il trattamento:	2	Casi senza conseguenze per il trattamento:	143
☐ La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati. ☐ L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. ☒ Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.					

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009		
☒ Strumento interno	Nome dello strumento:	Per la rilevazione delle cadute viene utilizzato un modulo cartaceo di incident reporting, che il personale curante può reperire all'interno della cartella informatizzata della Clinica. I dati vengono successivamente immessi dal Servizio Qualità all'interno di un apposito dataset gestito con un foglio elettronico (Excel) e analizzati retrospettivamente con cadenza semestrale
☐ Strumento esterno	Nome fornitore / Istanza di valutazione:	

Misure nell'anno di riferimento 2009			
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?			
Reparti sottoposti a misura:	Reparti di degenza ordinaria	Risultato complessivo:	7
☐ La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.			
☐ L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.			
☒ Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.			

Momento di comparsa del decubito	Valori (quantitativi)				
	Totale	Livello I	Livello II	Livello III	Livello IV
Numero dei decubiti presenti al momento dell'ospedalizzazione e della riospedalizzazione	6	3	3		
Numero dei decubiti comparsi durante la permanenza nella struttura	1	1			
Descrizione del comportamento adottato in entrambe le situazioni	La Clinica Hildebrand nel corso del 2009 ha elaborato una linea guida interna per la cura delle ferite al fine di valutare in maniera appropriata le lesioni, i fattori correlati e individuare le medicazioni più appropriate nelle varie fasi di cura delle lesioni. Per la gestione di tale problema di salute è stato creato nel 2008 un apposito gruppo di lavoro permanente costituito da infermieri specializzati nella cura delle lesioni che, insieme al vice primario e la vice capo cure infermieristiche, sono responsabili del management delle ulcere da pressione e ferite in generale. Per ogni paziente portatore di una ferita vengono quindi avvisati il medico del reparto e l'infermiere/a di referenza per le ferite. La prescrizione e il cambiamento della medicazione viene eseguita dall'infermiere/a responsabile del paziente. La scelta della medicazione avviene secondo un protocollo elaborato internamente, tratto dalle più aggiornate evidenze scientifiche e basato sull'esperienza quotidiana, al quale ogni infermiera deve attenersi scrupolosamente. La lesione viene valutata sistematicamente dall'infermiere/a responsabile del paziente durante ogni cambio di medicazione mentre l'infermiere/a di referenza per le ferite ed il medico del reparto vengono avvisati regolarmente sul decorso della ferita. Ogni paziente, inoltre, all'ingresso nella struttura viene sottoposto ad uno screening mediante l'utilizzo di un'apposita scala, "Scala Norton", utilizzata per individuare i pazienti a rischio per la formazione di ulcere da pressione. Per coloro che risultano a rischio il personale infermieristico valuta l'applicazione di presidi antidecubito (es: materasso antidecubito) e sottopone a rivalutazione il paziente, con la medesima scala, ogni due settimane.				

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009	
☒ Strumento interno	Nome dello strumento: Per la rilevazione delle lesioni da pressione viene utilizzato un foglio elettronico (Excel), che il personale curante reperisce e compila direttamente all'interno della cartella informatizzata della Clinica. I dati vengono sistematicamente immessi dal Servizio Qualità all'interno di un apposito dataset gestito con un foglio elettronico (Excel) e analizzati retrospettivamente con cadenza annuale.
☐ Strumento esterno	Nome fornitore / Istanza di valutazione:

E2 Altri indicatori di qualità utilizzati

E2-2 Indicatori di qualità o monitoraggi interni propri

Tema di misura	Tasso di prevalenza delle infezioni nosocomiali		
Misure nell'anno di riferimento 2009			
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?			
Reparti sottoposti a misura:	Tutta la Clinica	Risultato:	8.4%
☐ La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati. ☐ L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. ☒ Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.			
Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009			
☒ Strumento interno	Nome dello strumento:	Criteri standardizzati per lo studio di prevalenza Swiss-noso	
☐ Strumento esterno	Nome fornitore / Istanza di valutazione:		

Tema di misura	Tasso di efficienza del recupero funzionale (pazienti neurologici) Il tasso è espresso come rapporto tra la differenza rilevata all'ingresso e alla dimissione del paziente nel punteggio della scala FIM™ e il numero di giornate di degenza.		
Misure nell'anno di riferimento 2009			
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?			
Reparti sottoposti a misura:	Pazienti neurologici	Risultato:	0.36 Il rapporto tra guadagno FIM™ e tempo di degenza evidenzia per l'anno 2009 un buon livello di efficienza, la minore assistenza di cui necessita il paziente alla dimissione, può essere stimata in circa 40 minuti al giorno
☐ La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati. ☐ L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. ☒ Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.			
Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009			
☐ Strumento interno	Nome dello strumento:	FIM™ - Functional Independence Measure	
☐ Strumento esterno	Nome fornitore / Istanza di valutazione:		



I contenuti di questo capitolo sono disponibili anche sul sito www.informazioneospedaliera.ch

F1 Certificazioni e norme / standard utilizzati

Settore (tutta la clinica o ambito specialistico)	Norma applicata	Anno di certificazione	Anno dell'ultima ricertificazione	Osservazioni
Qualità	ISO 9001:2008 (per la gestione della documentazione e per il monitoraggio della qualità)	-	-	Utilizzata senza certificazione
Tutta la Clinica	JCI – Obiettivi internazionale per la sicurezza dei pazienti n. 5 e 6	-	-	Utilizzati senza accreditamento
Servizio contabilità e finanze	Codice svizzero delle obbligazioni			
Servizio contabilità e finanze	Disposizioni H+ REKOLE	-	-	
Servizio contabilità e finanze	Sistema di controllo interno (SCI)	-	-	
Igiene	Direttive Swissnoso	-	-	
Tutta la Clinica	Disposizioni dell'Ufficio del Medico Cantonale	-	-	

F2 Panoramica sulle attività in corso

Elenco delle attività *permanenti*

Settore (tutta la clinica o ambito specialistico)	Attività (Titolo)	Obiettivo	Stato fine 2009
Tutta la Clinica	Gestione della documentazione	Tenere sotto controllo la documentazione	Già applicata dal 2006
Tutta la Clinica	Schede di percorso del paziente (emiparesi e protesi totale anca)	Monitoraggio sistematico dei dati clinico-amministrativi dei pazienti rientranti nel percorso ictus e protesi dell'anca	Già applicata dal 2007
Tutta la Clinica	Incident reporting cadute pazienti	Monitoraggio sistematico dei casi di pazienti caduti in clinica	Già applicata dal 2007
Tutta la Clinica	Lesioni da pressione	Monitoraggio sistematico dei casi di pazienti con lesioni da pressione	Già applicata dal 2008
Tutta la Clinica	Monitoraggio indicatori qualità	Monitoraggio della performance clinico organizzativa Raccolta informazioni per indagini epidemiologiche Reporting su aspetti specifici di natura clinico organizzativa	Già applicata dal 2007
Tutta la Clinica	Gestione progetti	Assistenza continua per la pianificazione dei nuovi progetti e riprogettazione di quelli già in corso Monitoraggio sistematico e informazione a collaboratori sullo stato di avanzamento dei progetti	Già applicata dal 2007

F3 **Panoramica sui progetti in corso concernenti la qualità**

Elenco dei **progetti** di qualità nell'anno di riferimento (in corso / terminato)

Settore (tutta la struttura o sede / reparto / disciplina)	Progetto (Titolo)	Obiettivo	Periodo di validità (dal...al...)
REHA TICINO	Certificazione ISO 9001:2008	Certificare secondo la norma ISO 9001:2008 tutte le attività di riabilitazione erogate all'interno delle strutture facenti parte della rete REHA TICINO.	Da dicembre 2009 a marzo 2011
Tutta la Clinica	Percorsi di neuroriabilitazione precoce	Sviluppare all'interno del Neurocentro EOC dei percorsi riabilitativi per soggetti adulti con affezioni del sistema nervoso centrale e periferico.	Da marzo 2010 a dicembre 2011
Tutta la Clinica	Cartella clinica informatizzata	Informatizzare tutta la cartella clinica del paziente con l'obiettivo di: 1) definire ruoli e responsabilità nell'acquisizione delle diverse informazioni cliniche e non cliniche inerenti il paziente e tutte indispensabili al processo di cura; 2) condividere le informazioni relative al paziente tra i diversi professionisti coinvolti nel processo di cura; 3) aggiornare la cartella clinica mantenendone la leggibilità; 4) standardizzare il più possibile le voci e la terminologia utilizzata per la compilazione della cartella clinica; 5) facilitare la compilazione della cartella (non duplicazione delle informazioni, combo box con valori predefiniti); 6) estrapolare in tempo reale informazioni e dei dati (indicatori) utili per prendere decisioni; 7) automatizzare la produzione di alcuni documenti come ad esempio la lettera d'uscita.	Dal 22.06.2008 al 30.06.2011
Tutta la Clinica	Monitor al letto del paziente	Ampliare l'offerta dei servizi messi a disposizione per il paziente, dotando ogni posto letto di uno strumento multimediale, multifunzionale e interattivo che sia anche fruibile dal personale curante sia per la consultazione in tempo reale della cartella clinica sia per il rilevamento delle prestazioni. I monitor consentono una maggiore individualizzazione dei servizi offerti al paziente ed un miglioramento dei processi di presa a carico del paziente.	Dal 01.10.2007 al 31.12.2010
Neurologia	Trattamento con tossina botulinica della spasticità degli arti in pazienti con ictus	Elaborazione e introduzione di una linea guida per il trattamento con tossina botulinica della spasticità degli arti in pazienti con ictus.	Da giugno 2009 a giugno 2010
Direzione, Vice Primario (geriatra) e neuropsicologa	Prevenzione cadute domicilio (progetto CSS-ODL-HILDE)	Prevenzione primaria e secondaria delle cadute e delle loro conseguenze nei soggetti anziani. Il progetto si rivolge a tutti gli assicurati CSS di età superiore a 65 anni, che vivono ancora a domicilio, e che negli ultimi 12 mesi sono stati vittima di cadute accidentali.	Dal 11.01.2007 al 29.03.2010
Direzione, Responsabile finanze	Progetto forfait comune protesi totale anca (progetto ODL-Hildebrand-CSS)	Definire di un forfait unico per caso per i pazienti sottoposti ad intervento di protesi dell'anca e assicurati con l'assicuratore malattia CSS, che sia comprensivo delle prestazioni erogate sia in ospedale che presso la Clinica Hildebrand. Sotto obiettivi del progetto sono quelli di: 1) superare gli attuali ostacoli burocratici che sottostanno alle relazioni tra l'ospedale, gli assicuratori e la clinica di riabilitazione; 2) garantire la continuità delle cure al paziente; 3) valorizzare nei confronti dell'assicuratore CSS l'offerta sanitaria della Clinica Hildebrand, che si distingue dalla concorrenza per l'elevato contenuto riabilitativo delle prestazioni.	Dal 18.08.2008 al 31.12.2010

Settore (tutta la struttura o sede / reparto / disciplina)	Progetto (Titolo)	Obiettivo	Periodo di validità (dal...al...)
Direzione, Servizio qualità, Servizio sociale	Integrazione servizi sociali della Regione Locarnese e Valli (Clinica Hildebrand, Ospedale regionale di Locarno, Clinica Varini e Istituto socio sanitario di Cevio)	Il progetto nasce dall'idea di estendere la collaborazione tra gli istituti di cura che offrono servizi sanitari e socio-sanitari nel territorio del locarnese. Obiettivo principale del progetto è di individuare alcune modalità di collaborazione tra i servizi sociali delle quattro strutture coinvolte nel progetto, al fine di migliorare la presa a carico dei pazienti e garantire l'erogazione di prestazioni appropriate, efficaci ed efficienti. Altri importanti obiettivi erano i seguenti: 1)garantire il passaggio di informazioni relative al paziente secondo le necessità delle diverse strutture e nell'ottica della continuità delle cure 2)facilitare la programmazione degli interventi sociali attraverso la disponibilità di dati in forma standardizzata.	Dal 10.01.2009 al 28.02.2010
Tutta la Clinica	Rete di cura transfrontaliera	Sviluppare una collaborazione tra la Regione Lombardia e la Repubblica e Cantone Ticino, in particolare tra gli ospedali acuti dell'Ente Ospedaliero Cantonale, le strutture che in Ticino hanno un mandato per la riabilitazione e le strutture per acuti e di riabilitazione operanti in territorio italiano. Il fine ultimo è soddisfare uno dei principi cardine della qualità dell'assistenza nelle strutture sanitarie, ovvero quello della continuità delle cure e della gestione appropriata del paziente, attraverso una presa a carico precoce da parte del riabilitatore.	Da gennaio 2010
Servizio alberghiero, dietista e servizio cure	Gestione automatizzata pasti (Meal management)	Il progetto aveva tre obiettivi principali: ottimizzare l'offerta della ristorazione tramite un miglioramento dei processi; individualizzare le richieste dei pazienti; garantire una maggiore sicurezza nell'attribuzione dei pasti ai pazienti. In particolare, per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, l'applicativo per l'ordinazione dei pasti è dotato di un sistema d'allarme che si attiva in caso di prenotazione di cibi che non sono coerenti con il quadro clinico del paziente o verso i quali il paziente presenta allergie o intolleranze.	Dal 7.11.2007 al 30.06.2009
Tutta la Clinica (personale sanitario)	Sistema di monitoraggio dei percorsi del paziente	Introdurre un sistema di indicatori per il monitoraggio delle performance cliniche ed organizzative nei due percorsi di cura in uso presso la Clinica (percorso riabilitativo del paziente affetto da ictus e percorso riabilitativo del paziente sottoposto ad intervento di protesi dell'anca)	Dal 23.03.2007 al 31.03.2009
Direzione, Primario, Servizio qualità	Robotics and Rehabilitation (Progetto Italia - CH)	Obiettivi i del progetto sono: 1)redazione di linee guida per uso efficace, efficiente e appropriato, delle diverse attrezzature robotiche (indicazioni cliniche appropriate, trattamenti al momento giusto, nel modo idoneo e con il programma opportuno); 2) creazione di un sistema di monitoraggio dell'applicazione delle linee guida in ottica di benchmarking tra diverse strutture; 3) definizione delle modalità base e degli standard per la pianificazione di studi clinici basati sull'evidenza, per la valutazione dell'efficacia delle più diffuse metodiche; 4) realizzazione di uno studio di valutazione economica (Health Technology Assessment) delle apparecchiature robotiche che presentano un elevato impatto economico per le cliniche di riabilitazione; 5) elaborazione di una proposta per il sostenimento finanziario delle prestazioni erogate tramite attrezzature robotiche; 6) costituzione di una "comunità europea", ovvero un network di persone/strutture interessate a partecipare alle attività di confronto, interazione e sviluppo su particolari aree di interesse clinico; 7) promozione e realizzazione di eventi scientifici e di formazione a livello internazionale; 8) instaurazione di un rapporto continuo di cooperazione con le	Da settembre 2009 a giugno 2013

Settore (tutta la struttura o sede / reparto / disciplina)	Progetto (Titolo)	Obiettivo	Periodo di validità (dal...al...)
		Aziende che sviluppano e producono apparecchiature ed applicazioni robotiche che permetta già nella fase iniziale di studio e di sviluppo di nuovi prodotti il coinvolgimento di rappresentanti del mondo clinico/scientifico della riabilitazione.	
Direttore, Primario, Responsabile cure infermieristiche, Servizio qualità	Creazione e informatizzazio ni del modulo unico per l'annuncio di ricovero e richiesta di garanzia (Progetto REHA TICINO – EOC)	Obiettivo del progetto è quello di migliorare il percorso di cura dei pazienti, tenendo conto delle seguenti esigenze dell'ospedale per acuti: 1) facilitare la presa di decisione in merito alla struttura (riabilitazione/continuazione delle cure) a cui inviare i pazienti che necessitano di continuità delle cure; 2) razionalizzare la documentazione: fino ad oggi le Cliniche di riabilitazione e gli ospedali sono stati chiamati a compilare tre moduli differenti per la richiesta di garanzia e per l'annuncio di ricovero in strutture post acuto (riabilitazione, ACS, altre strutture di continuazione delle cure); 3) garantire il passaggio di informazioni relative al paziente secondo le necessità delle diverse strutture e nell'ottica della continuità delle cure; 4) facilitare la programmazione degli interventi sociali attraverso la disponibilità di dati in forma standardizzata; 5) migliorare la qualità della comunicazione con gli assicuratori malattia, riducendo i tempi per il rilascio della pre-garanzia necessaria per poter trasferire il paziente.	Da febbraio 2009 ad agosto 2010

F4 Progetti di promozione della qualità selezionati

Descrizione di 1-3 progetti di qualità **ultimati**

Titolo del progetto	Creazione Clinica Diurna (Day Hospital)	
Settore	☒ Progetto interno	☐ Progetto esterno (ad es. assieme al Cantone)
Obiettivo del progetto	Ampliare l'offerta sanitaria mediante la realizzazione di un servizio di day hospital riabilitativo per pazienti con patologie neurologiche e ortopediche.	
Spiegazione	Il progetto della clinica diurna nasce dall'esigenza di poter erogare delle prestazioni a quella tipologia di pazienti che necessita di un programma riabilitativo intenso, ma che non necessita di un ricovero in regime stazionario in quanto le sue condizioni di salute gli permettono un buon grado di autonomia e quindi la possibilità di tornare al proprio domicilio la sera.	
Decorso del progetto / metodologia	Ai fini della creazione del nuovo servizio è stato necessario definire preliminarmente il processo di presa a carico e riabilitazione del paziente. In particolare questo è stato formalizzato mediante la stesura di un diagramma di flusso all'interno del quale sono state definite dettagliatamente le attività e i responsabili (medici, infermieri, terapisti) in corrispondenza delle diverse fasi di attraversamento del percorso di cura del paziente. Al fine di garantire una sostenibilità finanziaria del servizio è stato necessario quindi stipulare delle convenzioni/contratti quadro, in particolare con i seguenti assicuratori malattia e infortunio: Helsana e tutte le sue affiliate, CSS e tutte le sue affiliate, Visana, Sanitas, Gruppo Mutuel Martigny e affiliate e Suva per i casi di infortunio come (Zurigo e Voduse). Nei contratti sono state definite dettagliatamente le condizioni cliniche dei pazienti candidabili a poter usufruire del servizio di Clinica Diurna offerto dalla Clinica Hildebrand. Suddetti documenti, oltre a definire le condizioni economiche, disciplinano i presupposti strutturali, di personale e di procedimento, nonché le garanzie della qualità, la misurazione dei risultati e il sistema di reporting annuale. Inoltre al fine di migliorare l'informazione al paziente (e ai suoi familiari), di orientarlo e di aumentarne l'empowerment, quindi metterlo in condizioni di fare delle scelte e di essere parte attiva nel processo di riabilitazione, è stata realizzata una specifica "Guida informativa per i pazienti del day hospital".	
Settore d'impiego	☐ Con altre istituzioni. Quali?	
	☐ Tutto il gruppo, risp. in tutta l'istituzione	
	☐ Singole sedi. In quali sedi?	
		
Settore d'impiego	☒ Singoli reparti. In quali reparti?	
	Reparto di day hospital	
Gruppi professionali coinvolti	Medici, infermieri, fisioterapisti, ergoterapisti, logopedisti, neuropsicologi, assistenti sociali, personale amministrativo, servizio qualità.	
Valutazione del progetto / conseguenze	Da questo progetto è emerso che per quelle persone che vivono in famiglia ed hanno un elevato grado di autonomia, la formula della clinica diurna è la soluzione più indicata, in quanto offre al paziente la possibilità di vivere al proprio domicilio e, allo stesso tempo, di sottoporsi a un regime di terapia intensiva interdisciplinare che, nei contenuti e negli approcci di cura, è identico a quello del paziente degente. Il paziente, usufruendo di una camera singola durante l'arco della giornata, può alternare momenti di attività terapeutica, a momenti di pausa e ristoro. Nel 2009 sono stati presi in carico 62 pazienti, di cui il 68% con problematiche neurologiche e il 32% muscoloscheletriche, per un totale di 192 giornate di trattamento. Altro elemento del progetto, sicuramente qualificante sotto il profilo della qualità, è la condivisione con i vari partner assicurativi, all'interno dei diversi contratti quadro, di misure riconosciute internazionalmente (es. scala dell'indipendenza funzionale FIM™) per la misurazione dei risultati di salute (outcome) sul paziente. Ciò testimonia l'interesse dei diversi soggetti del sistema sanitario (fornitori di prestazione e assicuratori malattia) a valutare e verificare costantemente i risultati del processo di riabilitazione, per assicurare che vengano sempre messi al centro i bisogni di salute dei pazienti.	
Documentazione ulteriore		

Titolo del progetto	Gestione rischio cadute	
Settore	☒ Progetto interno	☐ Progetto esterno (ad es. assieme al Cantone)
Obiettivo del progetto	Introduzione di un sistema di monitoraggio sistematico e gestione del rischio di cadute	
Spiegazione	La creazione di un sistema di monitoraggio sistematico degli eventi di caduta, articolato secondo i diversi fattori di rischio (intrinseci ed estrinseci) che influiscono sulla probabilità di caduta del paziente, genera un flusso di dati e informazioni continuo che permettono di orientare in maniera più puntuale le decisioni cliniche e organizzative.	
Decorso del progetto / metodologia	Il progetto ha riguardato la creazione di un sistema di monitoraggio sistematico degli eventi di caduta dei pazienti al quale sono stati affiancati tutta una serie di strumenti e iniziative volte a prevenire il verificarsi di tale evento. Anche nell'implementazione di questo progetto la Clinica Hildebrand ha seguito la nota filosofia del miglioramento continuo della qualità fondata sul ciclo PDCA. La prima tappa, la pianificazione, è consistita nel definire gli scopi da raggiungere con il progetto, in particolare quello di ridurre l'incidenza reale delle cadute presso la Clinica. Per fare ciò, considerato che per conoscere e migliorare un fenomeno, bisogna innanzitutto misurarlo, si è partiti dall'integrazione/adattamento di un questionario di incident reporting utilizzato già dal 2005 presso la Clinica per la rilevazione delle cadute ma non per la ripresa dati e l'analisi statistica del fenomeno. Al fine di garantire il rilevamento degli eventi di caduta in maniera prospettica e continua (fase Do), è stato redatto un diagramma di flusso, che descrive dettagliatamente i compiti e responsabilità di medici, infermieri e terapisti nel processo di prevenzione e gestione delle cadute. Per rendere sistematico il processo di raccolta e l'analisi dei dati provenienti dalle schede di incident reporting, il Servizio Qualità ha creato un apposito programma (sfruttando il software Excel) dal quale è possibile elaborare una reportistica semestrale delle cadute occorse in Clinica. Al termine dei primi sei mesi di test (fase Check) del sistema e alla luce dei risultati riscontrati è stata redatta la politica della Clinica in tema di gestione del rischio di caduta. A questa sono stati affiancati una serie di documenti (fase Act) tra cui un'istruzione operativa per il personale infermieristico contenente le indicazioni principali per la prevenzione delle cadute in soggetti a rischio. È stata inoltre creata un'apposita brochure informativa per pazienti e familiari ed è stato costituito un gruppo multi professionale per la prevenzione e la formazione/informazione annuale al personale. È stata inoltre introdotta una scala di screening per individuare all'ingresso in Clinica i pazienti a rischio di caduta e sono stati introdotti dei segnali per l'identificazione di tali pazienti.	
Settore d'impiego	☐ Con altre istituzioni. Quali? ☒ Tutto il gruppo, risp. in tutta l'istituzione ☐ Singole sedi. In quali sedi? ☐ Singoli reparti. In quali reparti?	
Gruppi professionali coinvolti	Medici, infermieri, fisioterapisti, ergoterapisti, logopedisti, neuropsicologi, assistenti sociali, servizio qualità.	
Valutazione del progetto / conseguenze	Accresciuta sensibilità del personale al tema delle cadute, riduzione del tasso di incidenza delle cadute (da 5.8 a 4.4 cadute per 1000 giornate di cura nel 2008), miglioramento del sistema di valutazione del paziente a rischio grazie all'introduzione di un'apposita scala di screening, definizione di responsabilità nel processo di prevenzione e gestione del rischio di caduta.	
Documentazione ulteriore		

Titolo del progetto	Implementazione sistema di sorveglianza lesioni da pressione	
Settore	☒ Progetto interno	☐ Progetto esterno (ad es. assieme al Cantone)
Obiettivo del progetto	1.Fornire ai clinici raccomandazioni basate su evidenze rispetto al trattamento delle lesioni da pressione al fine di migliorare ulteriormente la presa in carico dei pazienti 2.Introdurre un sistema di monitoraggio delle lesioni da pressione 3.Ridurre la variabilità dei trattamenti su lesioni già formate	
Spiegazione	Le lesioni da pressione sono un problema significativo nonostante siano largamente prevenibili. Il costo del trattamento di una lesione da pressione che si è formata può essere enorme con conseguenze sia emotive che fisiche dell'individuo. La creazione di un sistema di sorveglianza delle lesioni da pressione genera un flusso di dati e informazioni continuo che permettono di orientare in maniera più puntuale le decisioni cliniche e organizzative.	
Decorso del progetto / metodologia	In un primo momento è stata condotta una ricerca della letteratura (sulle ferite in generale e sulle ulcere da pressione in particolare), nell'ambito della stessa ricerca il gruppo di lavoro appositamente incaricato si è soffermato anche sull'analisi della documentazione utilizzata per il monitoraggio delle ferite presso altri istituti di cura. Successivamente è stata redatta tutta la documentazione di supporto ad un buon sistema di gestione delle lesioni da pressione, in particolare è stata creata una linea guida interna di supporto all'attività quotidiana del personale impegnato nella prevenzione e cura delle ferite, alla quale è stata affiancata un'istruzione che descrive la tipologia di prodotti utilizzabili nelle medicazioni avanzate. A completamento del sistema di gestione è stato creato un modulo infermieristico per favorire la ripresa dati e l'analisi statistica. In ultimo con l'intento di esplicitare chiaramente i compiti e responsabilità del personale infermieristico e medico coinvolto nella cura delle ferite, è stato redatto un diagramma di flusso che descrive l'intero processo di presa a carico di questo problema di salute. A completamento del lavoro fatto tutto il personale infermieristico è stato formato sulla nuova linea guida e accompagnato nella corretta compilazione della modulistica dai referenti del gruppo di progetto Nel mese di aprile 2010 infine sono stati restituiti, nell'ambito della riunione periodiche del personale con responsabilità di quadro nella Clinica, i risultati dei primi sei mesi di monitoraggio (ottobre 2009 - marzo 2010).	
Settore d'impiego	☐ Con altre istituzioni. Quali?	
	☒ Tutto il gruppo, risp. in tutta l'istituzione	
	☐ Singole sedi. In quali sedi?	
	☐ Singoli reparti. In quali reparti?	
Gruppi professionali coinvolti	Medici, infermieri, servizio qualità.	
Valutazione del progetto / conseguenze	Controllo sistematico del tasso di incidenza delle lesioni, accresciuta sensibilità del personale al tema delle lesioni da pressione; disponibilità di documenti aggiornati con la letteratura più recente e conformi ai requisiti definiti dal sistema di gestione della qualità, condivisione e formalizzazione (attraverso la redazione dei diversi documenti) della conoscenza ed esperienza maturate dal vice resp. del servizio cure. Il progetto ha permesso inoltre di valutare la frequenza di impiego di specifiche modalità assistenziali di prevenzione e trattamento per questa specifica condizione.	
Documentazione ulteriore		



In virtù dell'esperienza acquisita nel corso di tanti anni di riabilitazione e grazie a un'equipe altamente specializzata, a una struttura solida ed alle tecnologie e metodologie di intervento più avanzate, la Clinica Hildebrand si qualifica come interlocutore autorevole per tutte le tematiche legate non solo alla riabilitazione neurologica, muscoloscheletrica e geriatrica, ma anche ad un più ampio concetto di qualità della vita.

«La salute non è tutto, ma tutto è niente senza la salute»: Così affermava il medico greco Ippocrate, considerato il padre della medicina, nel quarto secolo avanti Cristo. Oggi più che mai siamo coscienti di quanto sia importante il contributo della medicina riabilitativa che mira, attraverso un approccio globale, alla restituzione del massimo livello possibile di indipendenza funzionale per quei pazienti portatori di una qualsiasi forma di disabilità.

È per questo che le nostre aspettative per il futuro relative al sistema qualità sono quelle di centrare sempre più le attività del servizio sugli aspetti clinici tecnico-professionali che contraddistinguono i processi di cura nella riabilitazione. Il progetto di certificazione ISO 9001 della rete REHA TICINO è certamente una buona occasione per migliorare ulteriormente i processi, l'organizzazione e la cultura della sicurezza all'interno della Clinica a beneficio dei pazienti e dei collaboratori.

Tra i vari obiettivi della rete vi è sicuramente anche quello legato all'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.



Impressum

Editore / documentazione



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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

© H+ Gli ospedali svizzeri 2010

Vedere anche www.hplusqualite.ch



I simboli utilizzati in questo rapporto per le categorie ospedaliere di **somatica acuta, psichiatria, riabilitazione e lungodegenza** sono utilizzati solo laddove i moduli si riferiscono a singole categorie di cura. In assenza di simboli la raccomandazione è rivolta a tutte le categorie.

Per comprendere meglio alcune espressioni specifiche del nostro settore, H+ ha predisposto un **glossario** in tre lingue, messo a disposizione su:

→ www.hplusqualite.ch → Rapporto sulla qualità per ogni ospedale

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

Cantoni e gruppi associati



Questo modello di rapporto sulla qualità è stato elaborato in collaborazione con il gruppo guida "Sviluppo della qualità negli ospedali acuti del Canton di Berna" (QABE). Nel rapporto viene utilizzato lo stemma del Cantone invece di QABE ogni volta che il Cantone prescrive la documentazione.

Vedere anche http://www.gef.be.ch/site/fr/gef_spa_qabe



Il Cantone Basilea-Città si è accordato con H+ Gli ospedali svizzeri. I fornitori di prestazioni nel Cantone Basilea-Città sono tenuti a indicare le informazioni richieste nei moduli contrassegnati dallo stemma del Cantone. Le cliniche di lunga degenza del Canton di Basilea-Città sono esonerate da questo obbligo.

I partner



Le raccomandazioni espresse dall'ANQ (**A**ssociazione **n**azionale per lo sviluppo della **q**ualità negli ospedali e nelle cliniche) sono state integrate e sono contrassegnate dal logo ANQ.

Vedere anche la pagina www.anq.ch