

Casa Anziani
Ospedale San Sisto
Spitex

Rapporto sulla qualità 2016

Secondo il modello di H+



**Medicina
somatica acuta**

Ospedale San Sisto
7742 Poschiavo
www.csvp.ch

Emesso il 30 aprile 2017
da parte di:
Guido Badilatti, direttore

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 2016.

Il rapporto qualità permette di ottenere una panoramica sistematica sulle attività concernenti la qualità di un ospedale o di una clinica in Svizzera. Tale panoramica indica la strutturazione della gestione interna della qualità come pure gli obiettivi principali di qualità e comprende informazioni relative a indagini di soddisfazione, partecipazione a misurazioni, a registri e certificazioni. Sono inoltre esaminati indicatori di qualità e azioni di miglioramento, programmi e progetti relativi alla promozione della qualità.

Al fine di aumentare la confrontabilità dei rapporti sulla qualità, indice e numerazione dei capitoli sono stati uniformati. Nell'indice, sono ora visibili tutti i capitoli, anche quelli che non riguardano direttamente l'ospedale. Qualora un capitolo non sia rilevante per l'ospedale, il testo appare in grigio e viene fornita una breve motivazione. Nel resto del rapporto, tuttavia, tali capitoli non appaiono.

Per poter interpretare e confrontare correttamente i risultati della misurazione della qualità occorre prendere in considerazione le informazioni relative all'offerta e ai dati di riferimento delle singole specialità. È inoltre necessario considerare le differenze tra la struttura dei pazienti e i loro fattori di rischio così come i cambiamenti negli stessi.

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 2016

Sig.

Ivan Pola

Coordinatore della qualità

081 839 11 99

ivan.pola@csvp.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. Nel 2016, non sono state introdotte nuove misurazioni nazionali.

I programmi nazionali pilota progress! della Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera viaggiano a pieno regime. Nel quadro del programma progress! Farmacoterapia sicura nei punti di interfaccia, gli ospedali partecipanti hanno implementato la verifica sistematica della farmacoterapia, un provvedimento impegnativo ma molto promettente. Il terzo programma progress!, svolto tra il 2015 e il 2018 in cooperazione con Swissnoso, mira invece alla riduzione dell'impiego di cateteri vescicali e, di conseguenza, del rischio di infezioni e di lesioni. Oltre a questi programmi, la Fondazione ha condotto in collaborazione con molti nosocomi progetti e lavori di ricerca dedicati alla promozione della sicurezza dei pazienti, tra cui un ampio studio sul doppio controllo dei farmaci, i cui risultati sotto forma di raccomandazioni sono stati concretizzati nella prassi. Con la campagna «Speak-up», la Fondazione ha inoltre affrontato un aspetto essenziale della cultura della sicurezza negli ospedali: la comunicazione di preoccupazioni legate alla sicurezza in presenza di vari livelli gerarchici. Il materiale messo a disposizione aiuta nosocomi, collaboratori e quadri a instaurare una cultura improntata allo *speaking up*.

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. Anesso 1](#)) 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 diversamente. 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, rispettivamente sede vengono aggiustati di conseguenza. Queste pubblicazioni si trovano al sito www.anq.ch/it.

Cordiali saluti



Dr. Bernhard Wegmüller
Direttore H+

Indice

Colophon	2
Prefazione di H+ Gli Ospedali Svizzeri	3
1 Introduzione	6
2 Organizzazione della gestione della qualità	7
2.1 Organigramma	7
2.2 Persone di contatto della gestione della qualità	8
3 Strategia della qualità	9
3.1 2 - 3 punti principali nell'ambito della qualità nell'anno di esercizio 2016	9
3.2 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2016.....	10
3.3 Sviluppo della qualità nei prossimi anni	10
4 Panoramica delle attività nell'ambito della qualità	11
4.1 Partecipazione a misurazioni nazionali	11
4.2 Svolgimento di misurazioni prescritte a livello cantonale	11
4.3 Svolgimento di altre misurazioni interne	12
4.4 Attività e progetti nell'ambito della qualità	13
4.4.1 CIRS – imparare dagli errori	13
4.5 Panoramica dei registri	14
4.6 Panoramica delle certificazioni.....	14
MISURAZIONI DELLA QUALITÀ	15
Sondaggi	16
5 Soddisfazione dei pazienti	16
5.1 Sondaggi propri.....	16
5.1.1 Grado di soddisfazione degli ospiti lungodegenti.....	16
5.1.2 Grado di soddisfazione dei pazienti ambulatori (modulo interno)	16
5.1.3 Soddisfazione dei pazienti trattati dal servizio ambulanza (ogni 2 anni).....	17
5.2 Gestione dei reclami	17
6 Soddisfazione dei familiari	18
6.1 Sondaggi propri.....	18
6.1.1 Grado di soddisfazione degli ospiti lungodegenti.....	18
7 Soddisfazione dei collaboratori	19
7.1 Sondaggi propri.....	19
7.1.1 Valutazione e grado di soddisfazione dei collaboratori	19
8 Soddisfazione dei medici invianti	
Nell'anno in esame, il nostro istituto non ha svolto alcun sondaggio.	
Qualità delle cure	20
9 Riammissioni	20
9.1 Analisi nazionale delle riammissioni potenzialmente evitabili	20
10 Interventi chirurgici	21
10.1 Misurazione propria.....	21
10.1.1 Rilevamento nazionale delle infezioni del sito chirurgico	21
11 Infezioni	22
11.1 Rilevamento nazionale delle infezioni del sito chirurgico	22
12 Caduta	24
12.1 Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta	24
13 Lesioni da pressione	26
13.1 Misurazione dell'indicatore di prevalenza decubito tra bambini e adolescenti.....	26
14 Misure restrittive della libertà	
Il nostro istituto conduce periodicamente una misurazione.	
15 Peso dei sintomi psichici	
Il nostro istituto non offre prestazioni in questo settore.	
16 Raggiungimento degli obiettivi e stato di salute fisica	

	Il nostro istituto non offre prestazioni in questo settore.	
17	Altre misurazioni	28
17.1	Altre misurazioni interne	28
17.1.1	Cadute (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ)	28
17.1.2	Decubiti (altri che con il metodo LPZ dell'ANQ)	29
17.1.3	Misure di contenzione	29
17.1.4	Valutazione del rischio nutrizionale.....	30
18	I progetti in dettaglio	31
18.1	Progetti in corso	31
18.1.1	Serata informativa sulle professioni sanitarie.....	31
18.1.2	Valutazione della cartella informatizzata	31
18.1.3	Concetto interno per incidente maggiore e catastrofe	31
18.1.4	Nuovo servizio di reumatologia	31
18.1.5	Servizio di ginecologia e ostetricia	31
18.2	Progetti conclusi nel 2016	31
18.2.1	Progetto ortopedia.....	31
18.3	Progetti di certificazione in corso	31
18.3.1	Certificazione ISO del Centro sanitario Valposchiavo.....	31
19	Conclusione e prospettive	32
Annesso 1: panoramica dell'offerta dell'istituto		33
Somatica acuta.....		33
Annesso 2		
Editore		35

1 Introduzione

Centro sanitario Valposchiavo – Poschiavo

Il Centro sanitario è una fondazione di diritto privato nato nel 2016 dalla fusione delle tre strutture già attive nel campo sanitario in Valle di Poschiavo. La fondazione appartiene ai due comuni ed è composta dalle seguenti strutture:

- **l'Ospedale San Sisto** che garantisce l'approvvigionamento medico-sanitario di base alla popolazione e ospita pure un reparto per la lungodegenza
- **la Casa Anziani**, situata nel centro del Borgo di Poschiavo, che accoglie una settantina di ospiti lungodegenti
- **il Servizio Spitex** che garantisce le cure a domicilio agli utenti di tutta la Valle.

Ospedale San Sisto

La struttura è situata a sud-est del Borgo di Poschiavo, soddisfa le esigenze prescritte dalla legge cantonale sulla promozione della cura degli ammalati ed è inserita nell'elenco degli ospedali del Cantone dei Grigioni. Nel complesso di costruzione recente si trovano: l'ospedale, il servizio Spitex, il centro fitness e fisioterapia Fisiotonic e gli studi e ambulatori medici.

L'ospedale 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 che opera nella struttura. Completano l'offerta sanitaria le prestazioni dei medici consiliari e i servizi di consulenza.

Casa Anziani

In Casa Anziani è riservata particolare cura all'offerta di un ambiente di accoglienza caloroso per i degenti e al servizio alberghiero. L'ospite ha la possibilità di interagire, secondo le sue possibilità e le sue necessità, con le varie figure professionali, può partecipare a gruppi di animazione, effettuare gite e partecipare a varie attività.

Spitex

Il servizio Spitex (cura e assistenza a domicilio) risponde alle necessità e agli interessi di utenti che sono ancora in grado di vivere a casa propria, ma che necessitano di assistenza. La Spitex riconosce ai propri utenti una responsabilità personale e collettiva in materia di salute e un diritto a farsi seguire e rimanere in un ambiente a loro familiare.

Sito internet di riferimento:

www.csvp.ch

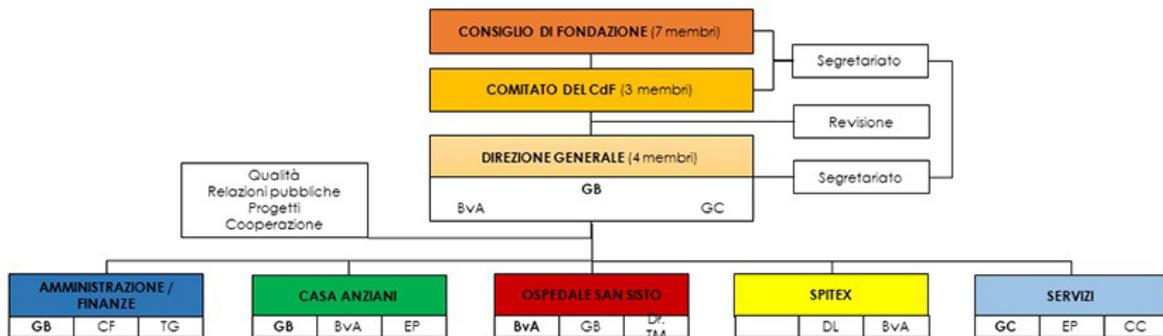
L'allegato 1 riporta informazioni dettagliate sull'offerta di prestazioni. [Annesso 1](#).

2 Organizzazione della gestione della qualità

2.1 Organigramma



Organigramma CSVP (dal 1° aprile 2017)



Organizzazione

Il team di qualità (TQ), dopo la fusione dei 3 enti nel Centro sanitario Valposchiavo, è stato ricomposto nella sua struttura. Vi fanno parte i 5 rappresentanti dei settori del CSVP.

- Coordinatore della qualità
- Rappresentante del settore Amministrazione/finanze
- Rappresentante del settore Ospedale San Sisto
- Rappresentante del settore Casa Anziani
- Rappresentante del settore Spitex
- Medico ospedaliero.

Le riunioni avvengono di norma 2 - 3 volte all'anno e, qualora necessario o su richiesta del coordinatore della qualità, anche più frequentemente.

Funzione

Il team di qualità:

- sostiene il coordinatore della qualità nello svolgimento della sua funzione
- è responsabile di controllare l'elaborazione delle tematiche inerenti alla qualità
- richiede l'intervento di un esperto in caso di difficoltà
- approva la documentazione riguardante la qualità all'interno del CSVP.

www.sansisto.ch/index.php

La gestione della qualità è una funzione di linea alle dirette dipendenze della Direzione.

Complessivamente si occupano di gestione della qualità **1 persona** unità operative.

2.2 Persone di contatto della gestione della qualità

Signor Ivan Pola
Coordinatore della qualità
Ospedale San Sisto
081 839 11 99
ivan.pola@csvp.ch

Signora Barbara von Allmen
Membro del TQ
Ospedale San Sisto
081 839 11 24
barbara.vonallmen@csvp.ch

Dr. med. Marina Menesatti
Membro del TQ
Ospedale San Sisto
081 839 11 26
marina.menesatti@csvp.ch

Signora Tamara Guadagnini
Membro del TQ
Ospedale San Sisto
081 839 11 11
tamara.guadagnini@csvp.ch

Signor Guido Badilatti
Membro del TQ
Ospedale San Sisto
081 839 11 13
guido.badilatti@csvp.ch

3 Strategia della qualità

Concetto di qualità

Il Centro sanitario Valposchiavo, nella sua nuova composizione, sta compiendo sforzi enormi per garantire la qualità delle cure offerte. Per valutare il livello delle prestazioni è stato creato un concetto di qualità standardizzato per tutte le strutture.

Audit di mantenimento ISO 9001:2016

Dopo l'ottenimento della certificazione ISO 9001:2008 avvenuta nel 2009, nel 2012 e nel 2015, ha avuto luogo l'Audit di mantenimento da parte dell'auditrice dell'Associazione Svizzera per Sistemi di qualità e di Management (SQS).

L'Audit ha avuto luogo per la prima volta in contemporanea per le due strutture del CSVP: Ospedale San Sisto e Casa Anziani.

Il rapporto dell'Audit di ricertificazione ha confermato e proposto il **rilascio del certificato ISO 9001:2015 per tutti i settori dell'ospedale San Sisto e della Casa Anziani.**

Questa certificazione testimonia che la nuova struttura è sulla giusta via nel processo di ottimizzazione della propria organizzazione per il raggiungimento di una gestione efficiente in una struttura moderna con le competenze adeguate.

In continua evoluzione

L'attenzione del CSVP è oggi rivolta all'armonizzazione dei processi delle diverse strutture. Vari gruppi di lavoro si stanno prodigando per unificare, ottimizzare, e migliorare le procedure e standardizzarle. Il principio più importante della promozione della qualità, ossia il miglioramento continuo, si orienta in funzione dei bisogni delle persone e deve continuamente perfezionarsi. In questo senso i gruppi di lavoro valutano regolarmente l'offerta e le prestazioni ottimizzando i processi lavorativi.

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

3.1 2 - 3 punti principali nell'ambito della qualità nell'anno di esercizio 2016

L'ospedale ha partecipato al programma annuale per la misurazione della qualità ANQ. I lavori di adattamento e di affinamento dei processi in atto per il Centro sanitario sono proseguiti in base agli obiettivi e al programma triennale della piattaforma ISO 9001. 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

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.

3.2 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2016

Sono state analizzate le proposte di miglioramento scaturite dall'Audit di ricertificazione 2015 e la maggior parte nel frattempo è stata elaborata e messa in atto. Nel contempo i responsabili dei vari processi hanno esaminato e attualizzato tutte le direttive nel campo delle cure ospedaliere. I dettagli sugli obiettivi raggiunti sono consultabili nei documenti seguenti:

- Rapporto SQS Audit di mantenimento, per Ospedale San Sisto e Casa Anziani, 18 novembre 2016
- Management Review Ospedale San Sisto, 01.01 – 31.12.2016
- Management Review, Casa Anziani, 01.01 - 31.12.2016
- Rilevamento degli indicatori 2016, Ospedale San Sisto
- Rilevamento degli indicatori 2016, Casa Anziani
- Elenco delle pendenze Ospedale San Sisto, settembre 2016
- Elenco delle pendenze Casa Anziani, settembre 2016.

Documentazione sulle ispezioni del laboratorio 2016: Blutspendedienst Bern, MQ (Institut für Chemie USZ), Qualab Bern.

3.3 Sviluppo della qualità nei prossimi anni

Gran parte del lavoro è stato investito nella preparazione dell'Audit di mantenimento, considerando il fatto che, per la prima volta dalla fusione degli enti, l'Audit si è svolto per due delle tre strutture della fondazione CSVP e cioè: l'ospedale San Sisto e la Casa Anziani. L'impegno a corto termine sarà quello di ottimizzare i vari processi delle strutture confluite nel CSPV e mantenere i livelli attuali dello standard di qualità.

Tutti i settori del CSVP 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.

La sfida che ha portato all'unificazione degli enti che operano nel campo sanitario vallegiano nella forma di una fondazione di diritto privato denominata Centro sanitario Valposchiavo è tutt'ora in corso. Nella prima fase si è passati all'unificazione dell'ospedale San Sisto con la Casa Anziani, processo in fase di sviluppo, e in seguito ci sarà l'integrazione nella fondazione del servizio Spitex.

4 Panoramica delle attività nell'ambito della qualità

4.1 Partecipazione a misurazioni nazionali

All'interno dell'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) sono rappresentati l'associazione H+ Gli Ospedali Svizzeri, i Cantoni, la Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), l'associazione degli assicuratori malattia santésuisse e gli assicuratori sociali federali. Gli scopi dell'ANQ sono il coordinamento dell'attuazione unitaria di misurazioni della qualità in ospedali e cliniche con l'obiettivo di documentare e migliorare la qualità. La metodologia di svolgimento e di analisi sono gli stessi per tutti gli istituti.

Maggiori informazioni sulle singole misurazioni della qualità sono presenti nei sottocapitoli «Inchieste nazionali» e «Misurazioni nazionali», nonché sul sito dell'ANQ (www.anq.ch).

Nell'anno in esame, il nostro istituto ha partecipato al piano di misurazione nazionale come segue:
<i>somatica acuta</i>
▪ Analisi nazionale delle riammissioni potenzialmente evitabili
▪ Misurazione nazionale delle infezioni postoperatorie del sito chirurgico
▪ Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta
▪ Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza decubito

4.2 Svolgimento di misurazioni prescritte a livello cantonale

Nell'anno in esame, il nostro istituto ha attuato le direttive cantonali seguenti e svolto le seguenti misurazioni prescritte a livello cantonale:
▪ Rilvamento delle cadute
▪ Misure di contenzione
▪ Rilevamento dei decubiti
▪ BESA - Variazioni del valore di punteggio
▪ Decessi

Osservazioni

A cadenza semestrale ogni settore coinvolto del CSVP, attraverso il responsabile dello standard, rileva le cifre relative al proprio standard e compila la tabella con i risultati. Redige il commento ai risultati nel quale commenta le cifre, giustifica le modifiche o il peggioramento dei valori e formula delle proposte di miglioramento all'indirizzo dei curanti.

4.3 Svolgimento di altre misurazioni interne

Il nostro istituto ha svolto altre misurazioni della qualità oltre a quelle prescritte a livello nazionale e cantonale.

Il nostro istituto ha svolto le seguenti inchieste di soddisfazione interne:
<i>Soddisfazione dei pazienti</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grado di soddisfazione degli ospiti lungodegenti ▪ Grado di soddisfazione dei pazienti ambulantanti (modulo interno)
<i>Soddisfazione dei familiari</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grado di soddisfazione degli ospiti lungodegenti
Il nostro istituto ha svolto le seguenti misurazioni interne:
<i>Interventi chirurgici</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rilevamento nazionale delle infezioni del sito chirurgico
<i>Altre misurazioni</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cadute (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ) ▪ Decubiti (altri che con il metodo LPZ dell'ANQ) ▪ Misure di contenzione ▪ Valutazione del rischio nutrizionale

4.4 Attività e progetti nell'ambito della qualità

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

CIRS - Imparare dagli errori

Obiettivo	Ridurre il numero di errori
Settore nel quale si svolge l'attività o il progetto	Tutti i settori
Durata Durata (dal ... al)	Periodo annuale
Tipo di attività/di progetto	Si tratta di un progetto interno .
Gruppi professionali coinvolti	Tutti i reparti
Documentazione di approfondimento	Documentazione varia

4.4.1 CIRS – imparare dagli errori

Il CIRS (Critical Incident Reporting System) è un sistema di segnalazione di errori tramite il quale i collaboratori possono annunciare eventi avversi o quasi eventi accaduti nello svolgimento dell'attività quotidiana e che hanno generato (o rischiato di generare) un danno alla salute del paziente. L'obiettivo di tale segnalazione è quello di analizzare l'accaduto individuando eventuali lacune organizzative e/o nelle procedure di lavoro (lacune di sistema) e permettendo in questo modo di adottare le necessarie misure di miglioramento.

Il nostro istituto ha introdotto il sistema CIRS nel 2005 .

È stata definita una procedura standard per l'avvio e l'attuazione di misure di miglioramento.

Sono state create le strutture e gli organi, e definite le responsabilità per l'elaborazione delle notifiche CIRS.

Le notifiche CIRS e gli errori vengono elaborati mediante un'analisi sistematica.

4.5 Panoramica dei registri

Registri e monitoraggi possono contribuire allo sviluppo della qualità e ad assicurare la qualità a lungo termine. I dati anonimizzati su diagnosi e procedure (p.es. interventi chirurgici) di numerosi istituti vengono raccolti sull'arco di più anni a livello nazionale e successivamente analizzati per potere identificare le tendenze a lungo termine e interregionali.

I registri e gli studi elencati sono ufficialmente notificati alla FMH: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Nell'anno in esame, il nostro istituto ha partecipato ai registri seguenti:			
Descrizione	Disciplina / area	Gestore	Dal
Sistema di dichiarazione Sistema di dichiarazione delle malattie trasmissibili con obbligo di dichiarazione	Infeziologia, epidemiologia	Ufficio federale della sanità, sezione sistemi di dichiarazione www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00733/00804/index.html?lang=it	Dal 2011
KR GG Grigioni e Glarona Registro dei tumori dei Cantoni Grigioni e Glarona - KR GG	Tutti	www.ksg.ch/krebsregister.aspx	Dal 2011

4.6 Panoramica delle certificazioni

Il nostro istituto è titolare delle certificazioni seguenti:				
Norma applicata	Settore, che lavora con la norma / lo standard	Anno della prima certificazione valida	Anno dell'ultima ricertificazione	Commenti
ISO 9001:2015	Tutti i settori	2009	2015	
IVR - IAS	Servizio ambulanza	2010	2014	

MISURAZIONI DELLA QUALITÀ

Inchieste

5 Soddisfazione dei pazienti

Le inchieste a tappeto tra i pazienti costituiscono un elemento importante della gestione della qualità, poiché forniscono riscontri relativi alla soddisfazione dei pazienti e stimoli per potenziali di miglioramento.

5.1 Sondaggi propri

5.1.1 Grado di soddisfazione degli ospiti lungodegenti

Il colloquio con l'ospite lungodegente, e/o i suoi familiari o la persona di riferimento è svolto da una persona esterna che interroga il degente sulla qualità delle cure erogate, delle prestazioni mediche, del servizio alberghiero, dell'animazione e di tutta l'offerta del reparto di lungodegenza. Analizza i bisogni e le aspettative dell'ospite risp. dei suoi familiari, riporta le eventuali critiche o i suggerimenti e stende un rapporto dettagliato sul colloquio avuto. Il colloquio è condotto a cadenza annuale.

La/L' inchiesta tra i pazienti è stata svolta nel 2016 .

Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.

L'inchiesta ha lo scopo di rilevare i bisogni e le aspettative degli ospiti degenti e non è rivolta al pubblico.

5.1.2 Grado di soddisfazione dei pazienti ambulatori (modulo interno)

I pazienti trattati a livello ambulatoriale possono esprimere, a titolo facoltativo, i loro desideri, impressioni, suggerimenti o reclami sul trattamento ricevuto.

La/L' inchiesta tra i pazienti è stata svolta nel 2016 .

Settori: Pronto soccorso e reparto acuto

Il sistema di rilevamento è concepito su base volontaria. La maggior parte degli utenti si esprime in forma verbale al momento di lasciare il reparto e raramente tramite il modulo in iscritto. Il numero esiguo di moduli non è sufficientemente indicativo per eseguire un'analisi dettagliata.

Informazioni relative alla misurazione

Metodo/strumento sviluppato internamente	
--	--

5.1.3 Soddisfazione dei pazienti trattati dal servizio ambulanza (ogni 2 anni)

L'inchiesta è eseguita ogni 2 anni e considera gli interventi del servizio ambulanza effettuati nell'arco di 6 mesi. I pazienti che hanno usufruito del servizio ricevono per posta un questionario nel quale possono esprimere le loro impressioni sulle prestazioni ricevute come: la tempistica, le informazioni sul caso, il trattamento e la cordialità del personale.

La/L' inchiesta tra i pazienti è stata svolta nel 2015 .

La prossima Inchiesta tra i pazienti è previsto nel 2017.

Servizio ambulanza

Il campione considera tutti i pazienti soccorsi o trasportati dal servizio ambulanza nei 6 mesi presi in esame.

Sono esclusi dall'inchiesta i seguenti pazienti:

- esteri (per motivi di raggiungibilità e di interesse da parte loro)
- utenti deceduti
- casi psichiatrici gravi (ricoveri a scopo di assistenza, demenza ecc.)
- interventi doppi.

Informazioni relative alla misurazione

Metodo/strumento sviluppato internamente	
--	--

5.2 Gestione dei reclami

Il nostro istituto dispone di una gestione dei reclami / un ombudsman.

Ospedale San Sisto

Gruppo CIRS

Dolores Cramerì

Responsabile gruppo CIRS

081 839 11 11

dolores.cramerì@sansisto.ch

giorni feriali dalle 8.00 - 16.30

6 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.

6.1 Sondaggi propri

6.1.1 Grado di soddisfazione degli ospiti lungodegenti

Dopo 3 mesi dall'entrata dell'ospite si esegue un colloquio con quest'ultimo (su desiderio o necessità con la persona di riferimento) per la verifica del grado di soddisfazione. In seguito questo colloquio si terrà ogni 18 mesi.

Obiettivi del colloquio:

- Verificare come si sia integrato l'ospite in reparto
- Registrare il grado di soddisfazione dell'ospite con i vari servizi del CSVP.

Il colloquio è eseguito dalla persona designata dalla Direzione generale del CSVP. Vi partecipano l'ospite ed eventualmente la persona di riferimento. La persona designata documenta il colloquio tramite l'apposito modulo e dà un breve feedback al responsabile del giorno sul colloquio avuto.

La/L' inchiesta tra i familiari è stata svolta nel 2016 .
Reparti di lungodegenza

Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.

Inchiesta individuale

7 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.

7.1 Sondaggi propri

7.1.1 Valutazione e grado di soddisfazione dei collaboratori

L'inchiesta rileva il grado di soddisfazione dei collaboratori.

La/L'inchiesta tra i collaboratori è stata svolta nel 2013 .
La prossima Inchiesta tra i collaboratori è previsto nel 2017.
Tutti i settori dell'istituto

Informazioni relative alla misurazione	
Istituto di analisi	aet-cps GmbH
Metodo / strumento	Inchiesta

Qualità delle cure

9 Riammissioni

9.1 Analisi nazionale delle riammissioni potenzialmente evitabili

Nell'ambito della misurazione nazionale dell'ANQ una riammissione è considerata evitabile quando ha luogo entro 30 giorni dalla dimissione e non era pianificata, nonostante la diagnosi correlata fosse già presente in occasione della degenza ospedaliera precedente. Per il rapporto, vengono impiegati i dati della statistica medica ospedaliera dell'anno precedente (analisi dei dati).

Perciò le visite di follow up pianificate e i ricoveri ripetuti pianificati, p.es. nell'ambito di un trattamento contro il cancro, non vengono conteggiati.

Mediante i calcoli delle percentuali di riammissione è possibile riconoscere e analizzare delle riammissioni anomale. In tal modo è possibile ottenere informazioni su come ottimizzare la preparazione delle dimissioni.

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

Risultati

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 utilizzando una raffigurazione che permette il confronto.

Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati della misurazione nel presente rapporto sulla qualità.

Motivazione

Il numero di riammissioni nell'arco di un anno è esiguo per cui l'istituto rinuncia a rilevare i dati statistici e rinuncia alla sua pubblicazione vista l'incidenza minima dei risultati.

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

Il numero di riammissioni nell'arco di un anno è esiguo per cui l'istituto rinuncia a rilevare i dati statistici e rinuncia alla sua pubblicazione vista l'incidenza minima dei risultati.

Informazioni relative alla misurazione

Istituto di analisi	SQLape GmbH
Metodo / strumento	SQLape®, metodo sviluppato scientificamente che calcola i valori corrispondenti basandosi sui dati statistici degli ospedali.

10 Interventi chirurgici

10.1 Misurazione propria

10.1.1 Rilevamento nazionale delle infezioni del sito chirurgico

Rilevamento delle infezioni tramite il rilevamento di Swissnoso per i seguenti tipi di intervento:

- Appendicectomia
- Ernia inguinale, addominale
- Taglio cesareo.

La/L' misurazione è stata svolta nel 2016 .

Reparto acuto

Sono stati considerati tutti i pazienti del reparto acuto che hanno acconsentito a partecipare al sondaggio. Sono stati rilevati i dati degli interventi di: appendicectomia, ernioplastica e taglio cesareo.

Nel periodo di rilevamento 2016 sono stati interpellati, come da protocollo, i pazienti che hanno subito gli interventi rilevati e che hanno dato la loro disponibilità a partecipare al sondaggio. Nel periodo in questione non sono state segnalate complicanze da parte degli interrogati come pure da parte degli studi medici coinvolti.

Valutazione dei risultati e attività di miglioramento

Il numero di interventi considerati è esiguo, questo dato di fatto non deve però sminuire il risultato soddisfacente che attesta una buona qualità delle tecniche e il rispetto delle misure d'igiene messe in atto. È comunque necessario mantenere alto il livello di guardia continuando a perfezionare il sistema, rispettando le procedure e verificando a cadenza regolare l'efficacia del sistema.

Informazioni relative alla misurazione

Istituto di analisi	Swissnoso
Metodo / strumento	Swissnoso

11 Infezioni

11.1 Rilevamento nazionale delle infezioni del sito chirurgico

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

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

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

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

Il nostro istituto ha partecipato alla misurazione delle infezioni postoperatorie per gli interventi seguenti:

- Appendicectomia
- Intervento di ernia
- Taglio cesareo

Risultati

Risultati delle misurazioni del periodo: 1° ottobre 2015 – 30 settembre 2016

interventi chirurgici	Numero d'interventi valutati (Total)	Numero d'infezioni accertate dopo questi interventi (N)	Tasso di infezioni aggiustato dell'anno precedente %			Tasso di infezioni aggiustato % (IC*)
			2013	2014	2015	
Ospedale San Sisto						
Appendicectomia	1	0	-	12.00%	3.00%	0.00% (95.00% - 100.00%)
Intervento di ernia	10	0	-	8.00%	6.00%	0.00% (95.00% - 100.00%)
Taglio cesareo	6	0	-	10.00%	3.00%	0.00% (95.00% - 100.00%)

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

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

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

Nel periodo di valutazione 2016 nel nostro istituto non sono state rilevate infezioni postoperatorie del sito chirurgico.

Informazioni relative alla misurazione

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

Informazioni per il pubblico specializzato:

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

12 Caduta

12.1 Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta

La misurazione nazionale della prevalenza delle cadute e dei decubiti permette una visione sulla frequenza, sulla prevenzione e sul trattamento di diversi fenomeni correlati alle cure infermieristiche. La misurazione della prevalenza avviene in una data prestabilita. Nell'ambito della misurazione si verifica se i pazienti siano caduti 30 giorni prima del giorno di riferimento. Di conseguenza, si tratta di una misurazione periodica e non di un rilevamento completo.

Maggiori informazioni:

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

Risultati

	2013	2014	2015	2016
Ospedale San Sisto				
Numero di pazienti ricoverati, che sono caduti durante l'attuale ricovero, fino alla data del giorno del rilevamento.	0	0	0	2
In percentuale	0.00%	0.00%	0.00%	25.00%
Divergenza dal valore auspicato*	0	0	0	20

* I valori positivi indicano un numero più alto di cadute, quelli negativi un numero più basso di cadute rispetto alla media di tutti gli ospedali.

Per quanto riguarda i numeri e le percentuali pubblicati, si tratta di risultati descrittivi e non aggiustati secondo il rischio.

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

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

Nella giornata del rilevamento nazionale effettuato per conto dell'ANQ degli 8 pazienti che rientravano nella statistica 2 di essi erano caduti negli ultimi 30 giorni. Il numero esiguo di pazienti e la coincidenza di 2 cadute in breve tempo fa aumentare a dismisura la percentuale, falsando il risultato. Confrontati con gli anni scorsi il dato è da relativizzare visto che non si erano mai verificati episodi di caduta.

Informazioni relative alla misurazione

Istituto di analisi	Berner Fachhochschule
Metodo / strumento	LPZ 2.0

Fino al 2015, si è fatto ricorso al metodo LPZ International (International Prevalence Measurement of Care Problems), dal 2016 al metodo LPZ 2.0. Il perfezionamento del metodo non ha alcun influsso sul confronto longitudinale dei risultati.

Informazioni per il pubblico specializzato:			
Informazioni sul collettivo considerato	Criteri d'inclusione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pazienti degenti ≥ 18 anni (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. 	
Ospedale San Sisto			
Numero dei pazienti effettivamente considerati 2016	8	Quota percentuale (percentuale di risposte)	100.00%

13 Lesioni da pressione

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

13.1 Misurazione dell'indicatore di prevalenza decubito tra bambini e adolescenti

La misurazione nazionale della prevalenza delle cadute e dei decubiti permette una visione sulla frequenza, sulla prevenzione e sul trattamento di diversi fenomeni correlati alle cure infermieristiche. La misurazione della prevalenza avviene in una data prestabilita. Nell'ambito della misura si verifica se i pazienti prima della data di riferimento hanno sviluppato in una o più sedi una lesione da pressione. La misurazione si tiene in un giorno di riferimento (prevalenza puntuale) e non si tratta di un rilevamento completo.

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

Adulti

		Valore dell'anno precedente			2016	
		2013	2014	2015		In percentuale
Ospedale San Sisto						
Prevalenza di decubito	Totale: categoria 2-4	1	0	0	0	0.00%
	Divergenza dal valore auspicato*		0	0	0	-
Prevalenza secondo il luogo di insorgenza	Nel proprio ospedale, categoria 2-4	0	0	0	0	0.00%
	Divergenza dal valore auspicato*	0	0	0	0	-

* I valori positivi indicano un numero più alto di decubiti, quelli negativi un numero più basso di decubiti rispetto alla media di tutti gli ospedali.

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 utilizzando una raffigurazione che permette il confronto.

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

Il rilevamento nazionale di ANQ si è svolto nella giornata dell'8 novembre 2016. Sono stati considerati i pazienti acuti che rientravano nei parametri della misurazione. Nessuno degli 8 pazienti, al giorno della misurazione, presentava delle lesioni da decubito.

Informazioni relative alla misurazione	
Istituto di analisi	Berner Fachhochschule
Metodo / strumento	LPZ 2.0

Fino al 2015, si è fatto ricorso al metodo LPZ International (International Prevalence Measurement of Care Problems), dal 2016 al metodo LPZ 2.0. Il perfezionamento del metodo non ha alcun influsso sul confronto longitudinale dei risultati.

Informazioni per il pubblico specializzato:			
Informazioni sul collettivo considerato	Criteri d'inclusione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pazienti degenti ≥ 18 anni (includere cure intense, cure continue) pazienti dai 16 ai 18 anni possono essere inclusi solo su base volontaria ▪ 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. 	
Ospedale San Sisto			
Numero di adulti effettivamente considerati 2016	8	Quota percentuale (relativa a tutti i pazienti degenti il giorno della misura)	100.00%

17 Altre misurazioni

17.1 Altre misurazioni interne

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

Il Centro sanitario Valposchiavo, rispettivamente ogni struttura, si è dotata di uno standard interno sulla prevenzione delle cadute. Il rilevamento è effettuato al momento del ricovero per il paziente acuto e valuta il rischio potenziale di caduta. Per gli ospiti nel reparto di lungodegenza e gli utenti seguiti a domicilio, il rischio di caduta è eseguito mensilmente per gli uni e semestralmente per gli altri.

La/L' misurazione è stata svolta nel 2016 .

Ospedale San Sisto: reparto acuto e reparto di lungodegenza; Casa Anziani e Servizio Spitex
Pazienti degenti nel reparto acuto, esclusi i pazienti del reparto di ostetricia e i neonati.

Ospiti che soggiornano nel reparto lungodegenti, ospiti della Casa Anziani.

Utenti seguiti a domicilio dalla Spitex.

Reparto acuto

Nel primo semestre 2016 vi è stata una netta diminuzione dei casi: si è passati dal 4.3% all'1.7%. Questo dato unito alla percentuale di pazienti contenuti che è anche diminuita passando dall'8.1% al 5.9% ci dà soddisfazione ma stimola pure a voler sempre migliorare. Nel secondo semestre invece le cadute sono di nuovo aumentate passando dall'1.7% al 4.3%. Dall'analisi dei dati non è emersa una particolare causa per questo aumento della percentuale.

Reparto lungodegenti

Nel primo semestre 2016 le cadute tra gli ospiti lungodegenti sono state 9 di cui 4 con lesioni lievi. Rispetto al 2015 vi è stata una marcata riduzione: si è passati dal 25% al 14.3%. Nel secondo semestre 2016, tra gli ospiti lungodegenti, si sono verificate 12 cadute. Per quanto riguarda le lesioni, ci sono state solamente 2 lesioni lievi. La percentuale, rispetto al 1° semestre, è passata dal 14.3% al 20.3%.

Informazioni relative alla misurazione	
Istituto di analisi	Bündner Spital- und Heimverband
Metodo / strumento	Modulo interno adattato

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

Il Centro sanitario Valposchiavo ha adottato uno standard interno sulla prevenzione dei decubiti. Il rilevamento è effettuato immediatamente dopo l'entrata e ripetuto individualmente a scadenze definite o qualora subentrassero cambiamenti della mobilità, dell'attività, della pressione e aumento dei fattori di rischio.

Sono documentate le misure indicate a ridurre il rischio di decubito, l'insorgenza di nuovi decubiti, il trattamento, il decorso e la guarigione.

La/L' misurazione è stata svolta nel 2016 .

Ospedale San Sisto: reparto acuto e reparto di lungodegenza; Casa Anziani e Servizio Spitex
Pazienti degenti nel reparto acuto, esclusi i pazienti del reparto di ostetricia e i neonati.

Ospiti che soggiornano nel reparto lungodegenti, ospiti della Casa Anziani.

Utenti seguiti a domicilio dalla Spitex.

La valutazione periodica, le misure profilattiche e la sensibilizzazione del personale sono degli incentivi per tenere alta la guardia e ridurre il rischio di decubito.

Valutazione dei risultati e attività di miglioramento

Pazienti acuti

Il valore percentuale si situa all'1.3% per i 2 semestri del 2016. L'obiettivo è stato raggiunto in generale.

Ospiti lungodegenti

L'obiettivo per il 2016 era quello di ridurre a meno del 10% i decubiti insorti durante il soggiorno ospedaliero.

Informazioni relative alla misurazione

Istituto di analisi	Bündner Spital- und Heimverband
Metodo / strumento	Modulo interno adattato

Osservazioni

17.1.3 Misure di contenzione

La documentazione delle misure di sorveglianza e i mezzi di contenzione adottati e accordati a tutela della sicurezza del paziente/ospite, del personale e dei visitatori.

La/L' misurazione è stata svolta nel 2016 .

Ospedale San Sisto: reparto acuto e di lungodegenza; ospiti della Casa Anziani e utenti a domicilio seguiti dalla Spitex

Pazienti degenti nel reparto acuto esclusi quelli del reparto di ostetricia e i neonati.

Ospiti che soggiornano nel reparto lungodegenti e ospiti della Casa Anziani.

Utenti a domicilio seguiti dalla Spitex

Reparto acuto

Dall'analisi effettuata

Reparto lungodegenza

Dall'analisi risulta dapprima

Informazioni relative alla misurazione

Istituto di analisi	Bündner Spital- und Heimverband
Metodo / strumento	Modulo interno adattato

17.1.4 Valutazione del rischio nutrizionale

Il Centro sanitario si è dotato di 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.

La valutazione è ripetuta a cadenze regolari per gli ospiti lungodegenti e della Casa Anziani. Gli utenti seguiti a domicilio dal Servizio Spitex sono pure monitorati.

La/L' misurazione è stata svolta nel 2016 .

Ospedale San Sisto: reparto acuto e di lungodegenza; Ospiti della Casa Anziani e utenti a domicilio seguiti dalla Spitex.

Pazienti degenti nel reparto acuto, esclusi i pazienti del reparto di ostetricia e i neonati.

Ospiti che soggiornano nel reparto lungodegenti e ospiti delle Casa Anziani.

Utenti seguiti a domicilio dal Servizio Spitex.

Reparto acuto

Il 43% di VRN di cui il 6% con rischio moderato/grave, senza alcun riscontro di malattia moderato/grave, l'88% con rischio lieve (in aumento rispetto al semestre precedente) e il 5% con rischio assente (in diminuzione rispetto al semestre precedente). La situazione del peso evidenzia una popolazione normopeso per il 43%, il 25% è obesa (in aumento rispetto semestre precedente), il 27% in sovrappeso (in aumento rispetto al semestre precedente) e il 5% sottopeso (in diminuzione rispetto al semestre precedente). Si evidenzia il 6% con perdita di peso in 3 mesi senza riscontrare malattie di gravità moderata/grave, l'1% presenta una perdita di peso in 2 mesi e il 3% con perdita di peso in 1 mese, anche qui senza riscontrare malattie di gravità moderata/grave. Per quanto concerne la tabella PAAL si riscontra un peggioramento nella compilazione dei moduli, il 58.3% non è stato compilato. Si riscontra un apporto energetico e proteico sufficiente, con un adeguato mantenimento nutrizionale.

Reparto lungodegenza

Più del 100% VRN (eseguita più volte in un anno) di cui 19% con rischio moderato/grave, il 73% con rischio lieve (in diminuzione rispetto al semestre precedente) e 8% con rischio assente (in leggero aumento rispetto al semestre precedente). La situazione del peso evidenzia una popolazione lungodegente normopeso per il 46%, il 19% è obesa (in aumento rispetto al semestre precedente), il 30% in sovrappeso (in diminuzione rispetto al semestre precedente) e il 5% sottopeso (in diminuzione rispetto al semestre precedente). Si evidenzia il 5% della perdita di peso in 3 mesi, 6% di perdita di peso in 2 mesi e il 13% di perdita di peso in 1 mese, con il 2% di indice della malattia grave e il 3% moderata. Per quanto concerne la tabella PAAL si riscontra un peggioramento nella compilazione dei moduli, il 58.3% non è stato compilato. Si riscontra un apporto energetico e proteico sufficiente, con un adeguato mantenimento nutrizionale. Per ovviare alla problematica dell'elevato numero di ospiti lungodegenti obesi e in sovrappeso, in accordo con la cucina, con il vassoio del pranzo non viene aggiunta la frutta o il dolce. Questi alimenti vengono distribuiti durante la merenda delle ore 15.00, preferendo la frutta, mentre il dolce viene dato solo 2 volte a settimana.

Informazioni relative alla misurazione

Metodo/strumento sviluppato internamente	
--	--

18 I progetti in dettaglio

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

18.1 Progetti in corso

18.1.1 Serata informativa sulle professioni sanitarie

Presentazione delle professioni nel campo sanitario e sociale con la presenza di esperti del settore e giovani in formazione che parleranno delle loro esperienze.

Sensibilizzazione della popolazione e in particolare dei giovani sulla tematica.

18.1.2 Valutazione della cartella informatizzata

Introduzione della cartella informatizzata per i reparti di cura.

Ottimizzare il sistema di registrazione e catalogazione della documentazione dei pazienti.

18.1.3 Concetto interno per incidente maggiore e catastrofe

Elaborazione di un concetto interno

Pianificazione e gestione del personale, delle risorse e dei mezzi in situazioni di estrema gravità

18.1.4 Nuovo servizio di reumatologia

Ampliare il campo delle consulenze specialistiche tramite l'arrivo di un medico reumatologo.

Offrire a cadenza mensile la consulenza e i trattamenti di un esperto in loco.

Evitare che la popolazione valligiana debba spostarsi nei grossi centri per le consultazioni specialistiche.

18.1.5 Servizio di ginecologia e ostetricia

Con il pensionamento di un medico accreditato il numero di medici autorizzati a seguire le gestanti e le partorienti durante il travaglio si è ridotto a due professionisti. Per questo motivo il Centro sanitario Valposchiavo si è attivato nella ricerca di un ginecologo che potesse sopperire a tale lacuna per l'ospedale.

18.2 Progetti conclusi nel 2016

18.2.1 Progetto ortopedia

Ampliare l'offerta di prestazioni nel campo della chirurgia ortopedica.

Offrire alla popolazione valligiana la consulenza e i servizi nel campo della ortopedia.

18.3 Progetti di certificazione in corso

18.3.1 Certificazione ISO del Centro sanitario Valposchiavo

Il Centro sanitario Valposchiavo è nato il 1° gennaio 2016 dalla fusione di: Casa Anziani, Ospedale San Sisto e Spitex Valposchiavo. Nel 2016 la Casa Anziani e l'Ospedale San Sisto sono stati ricertificati ISO 9001:2015 singolarmente. La Spitex non sottostà a certificazioni di questo genere.

Con la nascita del Centro sanitario l'obiettivo del 2017 è quello di giungere alla certificazione unica del centro inglobando le 3 strutture che vi fanno parte. Sarà da definire i settori di ogni struttura che saranno considerati per la certificazione. L'intenzione è quella di integrare anche il servizio Spitex nella verifica.

19 Conclusione e prospettive

La qualità delle cure erogate dalle strutture del Centro sanitario Valposchiavo riveste un ruolo fondamentale nella definizione della strategia. Per il futuro gli sforzi per l'ospedale saranno rivolti alla standardizzazione dei processi atti al miglioramento dell'accoglienza, 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 sia in Casa Anziani come pure all'ospedale 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.

Sempre più persone anziane prolungano la permanenza a casa, sia perché il loro stato di salute lo permette come pure per la qualità del servizio a domicilio offerto dalla Spitex. L'utente apprezza il suo ambiente, viene curato e assistito secondo i suoi bisogni.

A livello cantonale si caldeggiava la creazione di centri sanitari che unificassero i servizi in un'unica struttura. Il Centro sanitario è nato da questo impulso e anche se la sua costituzione è recente può vantare l'esperienza pluriennale di tre strutture che hanno dato prova di professionalità nel campo sanitario guadagnandosi la fiducia della popolazione valligiana.

La sfida per i prossimi anni sarà quella di offrire, nella nuova veste del Centro sanitario Valposchiavo, un'assistenza qualificata, di approfittare delle opportunità della fusione, di sfruttare le sinergie specifiche nel solco della continuità, tradizione ed esperienza proprie di ogni struttura che costituisce il Centro sanitario per il bene della comunità tutta.

Annesso 1: panoramica dell'offerta dell'istituto

Le informazioni relative alla struttura e alle prestazioni dell'ospedale servono a fornire una panoramica sulle dimensioni dell'ospedale e della sua offerta.

Trovate maggiori informazioni sull'offerta dell'istituto sul portale info-ospedali.ch e nell'ultimo rapporto annuale.

Scaricabile dal link seguente: [Rapporto annuale](#)

Somatica acuta

Offerta seconda panificazione ospedaliera / gruppi di prestazione
Basispaket
Pacchetto base per la chirurgia e la medicina interna
Pelle (dermatologia)
Trattamento delle ferite
Orecchie-naso-gola (otorinolaringoiatria ORL)
Otorinolaringoiatria (chirurgia ORL)
Chirurgia allargata del naso e dei seni paranasali
Nervi medico (neurologia)
Neurologia
Tumore maligno secondario del sistema nervoso
Tumore primario del sistema nervoso centrale (senza pazienti palliativi)
Malattie cerebrovascolari (senza Stroke Unit)
Ormoni (endocrinologia)
Endocrinologia
Stomaco-intestino (gastroenterologia)
Gastroenterologia
Sangue (ematologia)
Linfomi indolenti e leucemie croniche
Urologia
Urologia senza titolo di formazione approfondita 'Urologia operatoria'
Polmoni medico (pneumologia)
Pneumologia
Chirurgia ortopedica
Chirurgia dell'apparato locomotore
Ortopedia
Chirurgia della mano
Reumatologia
Reumatologia
Ginecologia
Neoplasie maligne della mammella
Ostetricia
Assistenza di base in ostetricia (dalla 34° settimana di gestazione e >2000g)
Nascite
Assistenza di base ai neonati (dalla 34° settimana di gestazione e >2000g)
Radioterapia ((radio-)oncologia)
Oncologia

Editore



Il modello per questo rapporto sulla qualità è pubblicato da H+:
H+ Gli Ospedali Svizzeri
Lorrainestrasse 4A, 3013 Berna

Si veda anche:

www.hplus.ch/it/prestazioni_di_servizi/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.

Altri partecipanti



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

Si veda anche: www.anq.ch/it



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

Si veda anche: www.patientensicherheit.ch



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