

Casa Anziani
Ospedale San Sisto
Spitex

Rapporto sulla qualità 2018

Secondo il modello di H+



**Medicina
somatica acuta**

**Centro sanitario Valposchiavo
Ospedale San Sisto
7742 Poschiavo
www.csvp.ch**

Emesso il 30 maggio 2019
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 2018.

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

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

Per poter interpretare e confrontare correttamente i risultati della misurazione della qualità occorre prendere in considerazione le informazioni relative all'offerta e ai dati di riferimento delle singole specialità. È inoltre necessario considerare le differenze tra la struttura dei pazienti e i loro fattori di rischio così come i cambiamenti negli stessi. Per ogni misurazione, vengono pubblicati solo i risultati più recenti disponibili. Di conseguenza, quelli riportati nel presente rapporto non risalgono tutti allo stesso anno.

Pubblico

Il rapporto sulla qualità si rivolge agli specialisti del settore sanitario (gestori di ospedali e collaboratori del settore sanitario, commissioni nell'ambito della sanità e della politica sanitaria, assicuratori, ecc.) e al pubblico interessato.

Persona di contatto Rapporto sulla qualità 2018

Signor
Ivan Pola
Coordinatore della qualità
081 839 11 14
ivan.pola@csvp.ch

Prefazione di H+ Gli Ospedali Svizzeri

Gli ospedali e le cliniche in Svizzera dimostrano grande disponibilità a illustrare in modo trasparente le misure di salvaguardia della qualità adottate e ricorrono a metodi affermati per il miglioramento interno della qualità. Nel 2018, i membri di H+ hanno acconsentito alla pubblicazione dei risultati nazionali delle misurazioni specifiche nella riabilitazione. Questi risultati fungono anche da indicatori interni per individuare per tempo eventuali anomalie e, all'occorrenza, adottare provvedimenti. Le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità sono un altro strumento consolidato per individuare potenziale di miglioramento nel processo di cura. In tale ottica, vengono elaborate retrospettivamente e analizzate complicanze, decorsi inusuali e decessi inaspettati.

Nel 2018, Sicurezza dei pazienti Svizzera ha fornito, in collaborazione con diversi gruppi di interesse, ospedali e specialisti del settore sanitario, vari contributi alla promozione della sicurezza dei pazienti. Insieme a Swissnoso, su mandato della Confederazione la Fondazione ha portato a termine il terzo programma pilota nazionale progress!, dedicato alla sicurezza nel cateterismo vescicale. Gli ospedali pilota hanno testato l'efficacia di un pacchetto di interventi volto a evitare cateterizzazioni inutili e a ridurre al minimo indispensabile il tempo di permanenza dei cateteri.

I doppi controlli di farmaci ad alto rischio servono invece a garantire una corretta farmacoterapia nei nosocomi. L'efficacia di questa misura non è sempre attestata e la sua attuazione è onerosa in termini di risorse. Sono pertanto essenziali una pianificazione e un'organizzazione ottimali dei controlli. Sicurezza dei pazienti Svizzera ha approfondito il tema e redatto per la prima volta una raccomandazione all'attenzione degli ospedali svizzeri con consigli su come procedere a verifiche ottimali dei farmaci ad alto rischio.

Analizzando gli errori in campo medico, emergono regolarmente situazioni in cui una parte in causa individua un rischio, ma non esprime la propria preoccupazione oppure non viene ascoltata.

Comunicare i propri dubbi non è sempre facile, ragione per la quale Sicurezza dei pazienti Svizzera ha pubblicato la linea guida «Quando tacere è pericoloso – «Speak-up» per più sicurezza nella cura dei pazienti».

Il modello di H+ consente ai membri di redigere il rapporto di qualità in modo unitario e trasparente.

I risultati delle misurazioni della qualità pubblicati in tale rapporto si riferiscono ai singoli ospedali e alle singole cliniche. Confrontando i risultati delle misurazioni tra gli istituti occorre considerare determinate limitazioni. Da una parte, l'offerta di prestazioni (cfr. [annesso 1](#)) dovrebbe essere simile. Un ospedale di cure di base ad esempio tratta casi diversi rispetto a un ospedale universitario, ragione per cui anche i relativi risultati delle misurazioni dovranno essere valutati diversamente. Dall'altra, gli ospedali e le cliniche dispongono di strumenti di misurazione diversi, che possono distinguersi nella struttura, nell'organizzazione, nel metodo di rilevamento e nella pubblicazione.

Confronti puntuali sono possibili in caso di misurazioni uniformi a livello nazionale, i cui risultati per clinica e ospedale, rispettivamente sede vengono aggiustati di conseguenza. Queste pubblicazioni si trovano al sito www.anq.ch.

Con i migliori saluti



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Indice

Colophon	2
Prefazione di H+ Gli Ospedali Svizzeri	3
1 Introduzione	6
2 Organizzazione della gestione della qualità	7
2.1 Organigramma	7
2.2 Persone di contatto della gestione della qualità	8
3 Strategia della qualità	9
3.1 2 - 3 punti principali nell'ambito della qualità nell'anno di esercizio 2018	9
3.2 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2018	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	12
4.3 Svolgimento di altre misurazioni interne	13
4.4 Attività e progetti nell'ambito della qualità	14
4.4.1 CIRS – imparare dagli errori	14
4.5 Panoramica dei registri	15
4.6 Panoramica delle certificazioni	15
MISURAZIONI DELLA QUALITÀ	16
Sondaggi	17
5 Soddisfazione dei pazienti	17
5.1 Inchiesta nazionale soddisfazione pazienti	17
5.2 Sondaggi propri	18
5.2.1 Grado di soddisfazione degli ospiti lungodegenti	18
5.2.2 Soddisfazione dei pazienti trattati dal servizio ambulanza (ogni 2 anni)	18
5.2.3 Grado di soddisfazione dei pazienti ambulatori	18
5.3 Gestione dei reclami	19
6 Soddisfazione dei familiari	20
6.1 Sondaggi propri	20
6.1.1 Grado di soddisfazione degli ospiti lungodegenti	20
7 Soddisfazione dei collaboratori	21
7.1 Sondaggi propri	21
7.1.1 Valutazione e grado di soddisfazione dei collaboratori	21
8 Soddisfazione dei medici invianti	
Nell'anno in esame, il nostro istituto non ha svolto alcun sondaggio.	
Qualità delle cure	22
9 Riammissioni	22
9.1 Analisi nazionale delle riammissioni potenzialmente evitabili	22
10 Interventi chirurgici	23
10.1 Misurazione propria	23
10.1.1 Rilevamento nazionale delle infezioni del sito chirurgico	23
11 Infezioni	24
11.1 Rilevamento nazionale delle infezioni del sito chirurgico	24
12 Caduta	26
12.1 Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta	26
13 Lesioni da pressione	28
13.1 Misurazione dell'indicatore di prevalenza decubito tra bambini e adolescenti	28
14 Misure restrittive della libertà	30
14.1 Rilevamento proprio delle misure restrittive della libertà	30
14.1.1 Misure di contenimento	30
15 Peso dei sintomi psichici	

	Il nostro istituto non ha alcun mandato di prestazioni in questo settore.	
16	Raggiungimento degli obiettivi e stato di salute fisica	
	Il nostro istituto non ha alcun mandato di prestazioni in questo settore.	
17	Altre misurazioni	31
17.1	Altre misurazioni interne	31
17.1.1	Cadute (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ)	31
17.1.2	Decubiti (altri che con il metodo LPZ dell'ANQ)	32
17.1.3	Misure di contenzione	32
17.1.4	Valutazione del rischio nutrizionale	33
18	I progetti in dettaglio	35
18.1	Progetti in corso	35
18.1.1	Serata informativa sulle professioni sanitarie	35
18.1.2	Valutazione della cartella informatizzata	35
18.1.3	Progetto badanti	35
18.1.4	Progetto farmacia	35
18.2	Progetti conclusi nel 2018	36
18.2.1	Progetto manuale elettronico	36
18.2.2	Progetto cure in lungodegenza	36
18.3	Progetti di certificazione in corso	36
18.3.1	Ricertificazione ISO 2019	36
19	Conclusione e prospettive	37
	Annesso 1: panoramica dell'offerta dell'istituto	38
	Somatica acuta	38
	Editore	39

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 tre. A questi sono affiancati due medici spedalieri che operano 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.

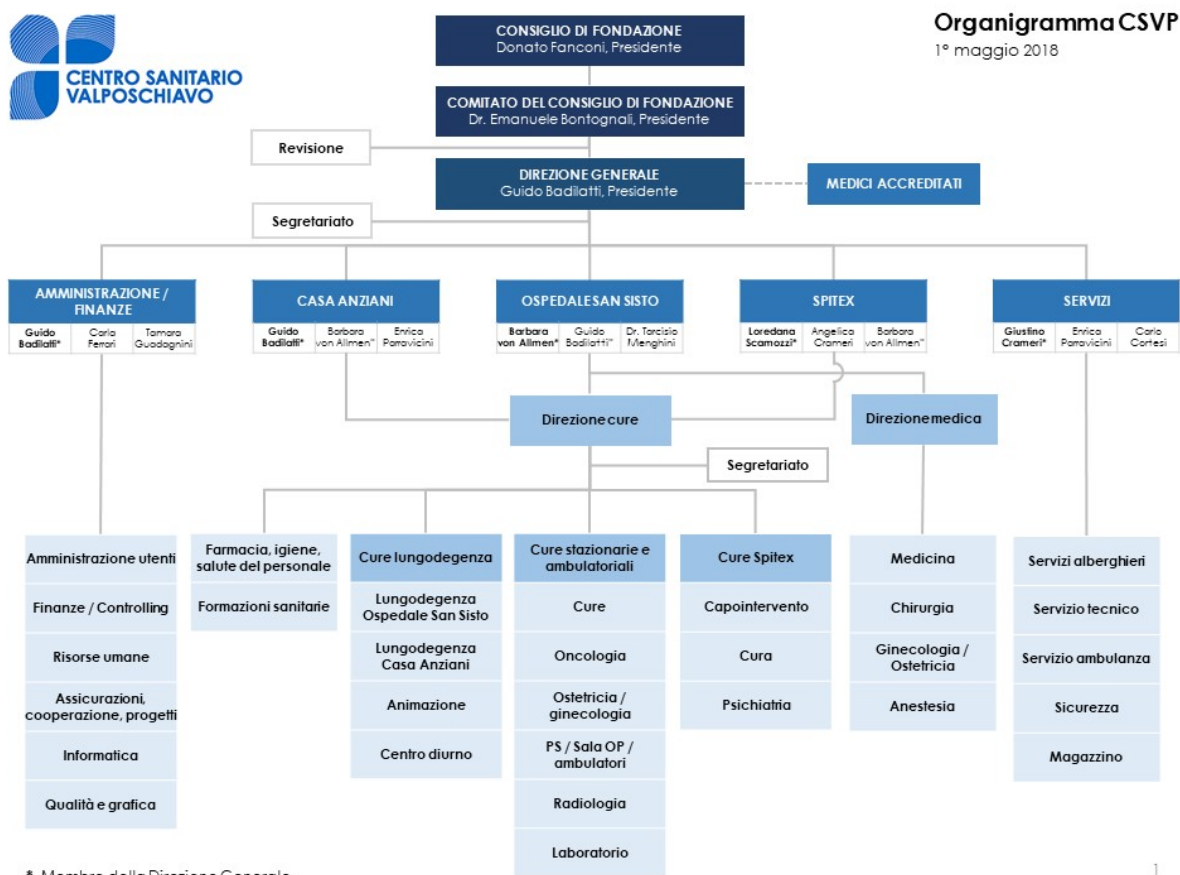
Sito internet di riferimento:

www.csvp.ch

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

2 Organizzazione della gestione della qualità

2.1 Organigramma



Organizzazione

Il team di qualità (TQ), del Centro sanitario Valposchiavo si compone di 5 rappresentanti dei settori principali del CSVP. Vi fanno parte rappresentanti delle 3 strutture sanitarie che compongono il Centro.

- 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.

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

Complessivamente una percentuale lavorativa del **30 %** è destinata alla gestione della qualità.

2.2 Persone di contatto della gestione della qualità

Signor Ivan Pola
Coordinatore della qualità
081 839 11 14
ivan.pola@csvp.ch

Signora Dr. med. Marina Menesatti
Medico ospedaliero
081 839 11 11
marina.menesatti@csvp.ch

Signor Guido Badilatti
Direttore
081 839 11 13
guido.badilatti@csvp.ch

Signora Barbara von Allmen
Direzione cure
081 839 11 25
barbara.vonallmen@csvp.ch

Signora Tamara Guadagnini
Resp. Risorse umane
081 839 11 11
tamara.guadagnini@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 dalle proprie strutture. Per valutare il livello delle prestazioni è stato creato un concetto di qualità standardizzato per tutte le strutture.

Audit di mantenimento ISO 9001:2015

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

Oltre a certificare l'Ospedale San Sisto e la Casa Anziani, dal 2017 anche il settore Spitex come struttura, è stata aggiunto alla verifica di modo che, a partire dal 2018 la ricertificazione è avvenuta per l'intero Centro sanitario Valposchiavo.

Il rapporto dell'Audit di ricertificazione ha confermato e proposto il **rilascio del certificato ISO 9001:2015 per tutti i settori del Centro sanitario Valposchiavo (Ospedale San Sisto, Casa Anziani e Spitex)**.

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. I gruppi di lavoro sono a buon punto nell'unificazione, ottimizzazione e miglioramento delle 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 adattando 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 2018

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 Valposchiavo sono proseguiti in base agli obiettivi e al programma triennale della piattaforma ISO 9001:2015. 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/esterno dell'istituto
- Misure di contenzione (misure limitanti la libertà)
- 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 2018

Sono state analizzate le proposte di miglioramento scaturite dall'Audit di ricertificazione 2017 e la maggior parte nel frattempo è stata elaborata e messa in atto.

Nel frattempo sono stati formati numerosi gruppi di lavoro interistituzionali per armonizzare le direttive e i processi in uso nelle strutture. La documentazione sulla cura e l'igiene sono state aggiornate e concluse. Si stanno adattando tutte le direttive degli altri settori conformandole al CSVP. Contemporaneamente all'aggiornamento le nuove disposizioni sono state pubblicate nel manuale elettronico della struttura.

I dettagli sugli obiettivi raggiunti sono consultabili nei documenti seguenti:

- Rapporto SQS Audit di ricertificazione CSVP, 14 - 16 novembre 2018
- Management Review CSVP, 01.01 – 31.12.2018
- Rilevamento degli indicatori 2018, Ospedale San Sisto
- Rilevamento degli indicatori 2018, Casa Anziani
- Elenco delle pendenze CSVP, settembre 2018.

Documentazione sulle ispezioni del laboratorio 2018: Blutspendedienst Bern, MQ (Institut für Chemie USZ), Qualab Bern.

3.3 Sviluppo della qualità nei prossimi anni

Prosegue a corto termine il lavoro di ottimizzazione dei vari processi delle strutture confluite nel CSVP e lo sforzo per 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.

Il lavoro di implementazione per la creazione di un'unica piattaforma elettronica (manuale elettronico) per la consultazione dei processi in uso nelle strutture è concluso e tutti i settori hanno accesso all'intera documentazione. I gruppi di lavoro, malgrado le risorse di personale limitate, hanno svolto un lavoro efficace per l'adattamento dei processi. Contemporaneamente i collaboratori sono introdotti e sensibilizzati sulle novità nei processi modificati tramite aggiornamenti mirati.

Le descrizioni delle funzioni sono in fase di elaborazione e la maggior parte è stata adattata. Restano da completare quelle funzioni che implicano più mansioni. Essendo una struttura piccola e inglobando numerosi campi d'attività la polivalenza è un must per i collaboratori.

La pagina web del CSVP è stata presentata alla stampa e messa online. Si presenta più dinamica, interattiva e di facile consultazione. La relazione annuale 2018 del CSVP è stata rielaborata e suddivisa in due opuscoli estrapolando la relazione finanziaria che dal 2018 non sarà più pubblicata ma consultabile online e scaricabile in formato PDF. La relazione annuale invece si presenta sempre ancora in forma cartacea.

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:

somatica acuta

- 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
- Inchiesta nazionale soddisfazione pazienti

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:	
▪	Rilevamento delle cadute
▪	Rilevamento dei decubiti
▪	Misure di contenzione
▪	Episodi di violenza e di aggressione
▪	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>
▪ Grado di soddisfazione degli ospiti lungodegenti
▪ Grado di soddisfazione dei pazienti ambulatori
<i>Soddisfazione dei familiari</i>
▪ Grado di soddisfazione degli ospiti lungodegenti
Il nostro istituto ha svolto le seguenti misurazioni interne:
<i>Interventi chirurgici</i>
▪ Rilevamento nazionale delle infezioni del sito chirurgico
<i>Misure restrittive della libertà</i>
▪ Misure di contenzione
<i>Altre misurazioni</i>
▪ 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 e di migliorare la cultura della sicurezza 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.

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	2018	Ricertificazione con successo
IVR - IAS	Servizio ambulanza	2010	2014	Ricertificazione nel 2019

MISURAZIONI DELLA QUALITÀ

Inchieste

5 Soddisfazione dei pazienti

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

5.1 Inchiesta nazionale soddisfazione pazienti

La valutazione da parte dei pazienti della qualità delle prestazioni di un ospedale è un indicatore di qualità importante e riconosciuto (soddisfazione dei pazienti). Il questionario breve per l'inchiesta nazionale di soddisfazione dei pazienti, costituito da una scala di risposta asimmetrica a cinque livelli, è stato sviluppato dall'ANQ in collaborazione con un gruppo di esperti. Nel 2016, ne è stata utilizzata per la prima volta la versione breve.

Il questionario breve è composto da sei domande centrali e può essere combinato bene con inchieste differenziate fra i pazienti. Oltre alle sei domande sulla degenza, vengono rilevati età, sesso, tipo di assicurazione e valutazione soggettiva dello stato di salute.

Risultati

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

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

Motivazione

Il nostro istituto invia meno di 50 formulari ai pazienti per cui non è rilevato nella statistica globale.

Informazioni relative alla misurazione	
Istituto nazionale di analisi	ESOPÉ Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

5.2 Sondaggi propri

5.2.1 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, le 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.

La struttura si impegna a svolgere il colloquio dopo 3 mesi dall'entrata nella struttura e a cadenza periodica ogni anno - anno e mezzo.

La/L' inchiesta tra i pazienti è stata svolta nel 2018 .
Reparti di lungodegenza del CSVP (Casa Anziani e Ospedale San Sisto)

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.

5.2.2 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 (2017: gennaio - giugno). 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, la professionalità e la cordialità del personale. Nell'anno 2018 non è prevista l'esecuzione dell'inchiesta.

La/L' inchiesta tra i pazienti è stata svolta nel 2017 .
La prossima Inchiesta tra i pazienti è prevista nel 2019.
Servizio ambulanza

Informazioni relative alla misurazione	
Metodo/strumento sviluppato internamente	

5.2.3 Grado di soddisfazione dei pazienti ambulant

I pazienti trattati a livello ambulatoriale possono esprimere, a titolo facoltativo, i loro desideri, impressioni, suggerimenti o reclami sul trattamento ricevuto.
Nel mese di luglio 2018 a tutti i pazienti trattati in Pronto soccorso è stata consegnata l'inchiesta. Non tutti i moduli sono rientrati.

La/L' inchiesta tra i pazienti è stata svolta in Luglio .
Pronto soccorso e reparto acuto dell'Ospedale San Sisto

Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.

Il sistema di rilevamento è concepito su base volontaria. La maggior parte degli utenti si esprime in forma verbale al momento di uscita dal reparto e raramente compilando il modulo in iscritto. Il numero esiguo di moduli non è sufficientemente indicativo per eseguire un'analisi obiettiva atta alla pubblicazione.

Nel luglio del 2018 il sondaggio è stato consegnato a tutti i pazienti visti in Pronto soccorso.

5.3 Gestione dei reclami

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

CENTRO SANITARIO VALPOSCHIAVO,

Ospedale San Sisto

Gruppo CIRS

Vincenzo Tranchina

Responsabile gruppo CIRS

081 839 11 11

vincenzo.tranchina@csvp.ch

giorni feriali dalle 8.00 - 16.00

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 2018 .
Reparti di lungodegenza del CSVP

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 prevista nel 2019.

Tutti i settori dell'istituto

Informazioni relative alla misurazione	
Istituto nazionale 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, e la diagnosi correlata era già presente in occasione della degenza ospedaliera precedente. Per il rapporto, vengono impiegati i dati della statistica medica ospedaliera dell'anno precedente (analisi dei dati).

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

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

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

Risultati

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

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 nazionale 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 2018 .

Reparto acuto

Sono stati considerati tutti i pazienti del reparto acuto che hanno dato il loro consenso alla partecipazione al sondaggio. Sono stati rilevati i dati degli interventi di: appendicectomia, ernioplastica e taglio cesareo.

Nel periodo di rilevamento 2018 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.

Informazioni relative alla misurazione	
Istituto nazionale 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, chirurgia della colonna vertebrale e interventi di chirurgia cardiaca) un'ulteriore intervista telefonica verrà effettuata a dodici mesi dall'intervento (il cosiddetto "follow-up").

Maggiori informazioni: www.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 2017 – 30 settembre 2018

Risultati della misurazione del periodo: 1° Ottobre 2017 - 30 Settembre 2018						
interventi chirurgici	Numero d'interventi valutati 2018 (Total)	Numero d'infezioni accertate dopo questi interventi 2018 (N)	Tasso di infezioni aggiustato dell'anno precedente %			Tasso di infezioni aggiustato % 2018 (IC*)
			2015	2016	2017	
CENTRO SANITARIO VALPOSCHIAVO, Ospedale San Sisto						
Appendicectomia	1	0	3.00%	2.00%	6.00%	0.00% (95.00% - 100.00%)
Intervento di ernia	10	0	6.00%	8.00%	17.00%	0.00% (95.00% - 100.00%)
Taglio cesareo	9	0	3.00%	8.00%	17.00%	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, come pure i confronti con l'anno precedente sono soltanto in parte significativi. L'ANQ pubblica i risultati delle misurazioni sul proprio sito web www.anq.ch/it/settori/medicina-somatica-acuta/risultati-misurazioni-medicina-somatica-acuta/ utilizzando una raffigurazione che permette il confronto.

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

Nel periodo di valutazione 2018 nel nostro istituto non sono state rilevate infezioni post operatorie del sito chirurgico.

Informazioni relative alla misurazione

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

Informazioni per il pubblico specializzato:

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

12 Caduta

12.1 Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta

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

		2015	2016	2017	2018
CENTRO SANITARIO VALPOSCHIAVO, Ospedale San Sisto					
Numero di cadute avvenute in ospedale		0	2	2	0
In percentuale		0.00%	25.00%	20.00%	0.00%
Residuo* (IC** = 95%)		0	20	0	0 (95.00 - 100.00)
Numero dei pazienti effettivamente considerati 2018	13	Quota percentuale (percentuale di risposte)			92.30%

* Un residuo pari a zero indica un numero atteso di cadute. I valori positivi indicano un numero più alto di cadute, quelli negativi un numero più basso di cadute rispetto alla media di tutti gli ospedali.

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

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

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

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 dei 13 pazienti rientravano nello specchio della valutazione. 1 paziente ha rifiutato l'inchiesta.
Dei 12 pazienti che rientravano nella statistica c'erano alcuni pazienti a rischio di caduta ma nessuno di essi è caduto negli ultimi 30 giorni.
Il numero esiguo di pazienti potrebbe però falsare il risultato in caso di 1 o 2 cadute.

Informazioni relative alla misurazione

Istituto nazionale di analisi	Berner Fachhochschule
Metodo / strumento	LPZ 2.0

Fino al 2015, tra gli adulti si è fatto ricorso al metodo LPZ International (International Prevalence Measurement of Care Problems), dal 2016 al metodo LPZ 2.0. Tra i bambini e gli adolescenti, dal 2017 ci si avvale di un metodo ampliato. Il perfezionamento del metodo non ha alcun influsso sul

confronto longitudinale dei risultati.

Informazioni per il pubblico specializzato:		
Informazioni sul collettivo considerato	Criteri d'inclusione	▪ 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	▪ Pazienti degenti che non hanno rilasciato la dichiarazione di consenso. ▪ Puerpere e neonati sani nel reparto di maternità. ▪ Bambini ricoverati in un reparto somatico acuto per adulti. ▪ Pronto soccorso, cliniche diurne e settore ambulatoriale, sala risveglio.

13 Lesioni da pressione

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

13.1 Misurazione dell'indicatore di prevalenza decubito 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.

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

Numero di adulti con piaghe da decubito		Valore dell'anno precedente			2018	In percentuale
		2015	2016	2017		
CENTRO SANITARIO VALPOSCHIAVO, Ospedale San Sisto						
Prevalenza di decubito nosocomiale	Nel proprio ospedale, categoria 2-4	0	0	0	0	0.00%
	Residuo*, categoria 2-4 (IC** = 95%)	0	0	0	0 (95.00 - 100.00)	-
Numero di adulti effettivamente considerati 2018	13	Quota percentuale (relativa a tutti i pazienti degenti il giorno della misura)			92.30%	

* Un residuo pari a zero indica un numero atteso di cadute. I valori positivi indicano un numero più alto di decubiti, quelli negativi un numero più basso di decubiti rispetto alla media di tutti gli ospedali.

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

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

che permette il confronto.

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

Fino al 2015, tra gli adulti si è fatto ricorso al metodo LPZ International (International Prevalence Measurement of Care Problems), dal 2016 al metodo LPZ 2.0. Tra i bambini e gli adolescenti, dal 2017 ci si avvale di un metodo ampliato. Il perfezionamento del metodo non ha alcun influsso sul confronto longitudinale dei risultati.

Informazioni per il pubblico specializzato:		
Informazioni sul collettivo considerato	Criteri d'inclusione	▪ Pazienti degenti ≥ 18 anni (incluse cure intense, cure continue), pazienti dai 16 ai 18 anni possono essere inclusi solo su base volontaria (tra gli adulti) ▪ Tutti i bambini e gli adolescenti tra gli 0 e i 16 anni che il giorno del rilevamento erano ricoverati in un reparto "esplicitamente" pediatrico di un ospedale per adulti o in una clinica pediatrica ▪ Dichiarazione di consenso orale del paziente/del rappresentante legale
	Criteri d'esclusione	▪ Pazienti degenti che non hanno rilasciato la dichiarazione di consenso. ▪ Puerpere e neonati sani nel reparto di maternità. ▪ Bambini ricoverati in un reparto somatico acuto per adulti. ▪ Pronto soccorso, cliniche diurne e settore ambulatoriale, sala risveglio.

14 Misure restrittive della libertà

Le misure restrittive della libertà possono essere adottate quando il comportamento sociale, una malattia o una disabilità del paziente comporta un pericolo acuto per sé stesso o per altri. Vanno attuate solo in rari casi e nel rispetto delle disposizioni legali nazionali e cantonali.

14.1 Rilevamento proprio delle misure restrittive della libertà

14.1.1 Misure di contenzione

Al Centro sanitario Valposchiavo l'uso della contenzione non fa parte della filosofia, viene introdotto in situazioni eccezionali per evitare incidenti e salvaguardare la sicurezza del paziente/ospite.

La decisione di far uso di mezzi di contenzione viene presa in modo interdisciplinare registrando le decisioni prese nella documentazione infermieristica. Le persone quindi coinvolte sono il paziente/ospite/utente stesso, i familiari, il medico e gli infermieri. Le situazioni iniziali che ci portano all'utilizzo delle misure di contenzione sono:

1. Pericolo di fuga e pericolo di caduta
2. Altri pericoli per se stesso e nei confronti di terzi
3. Comportamento fisico aggressivo.

La/L' misurazione è stata svolta nel 2018 .

Reparto acuto (Ospedale San Sisto) Reparto di lungodegenza (Casa Anziani, Ospedale San Sisto)

Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.

Reparto acuto

Dall'analisi effettuata risulta una riduzione dell'1.4% dell'utilizzo delle misure di contenzione e una riduzione del 6.7% dell'uso delle alternative ambientali rispetto al semestre precedente. Le misure di contenzione sono state adottate soprattutto a breve scadenza per elevato rischio di caduta, quelle maggiormente usate sono le spondine al letto. Vi è stata una riduzione del 2% dell'utilizzo del tavolino alla sedia ed un aumento del 5% del fissaggio alla sedia a rotelle; l'uso delle restanti misure di contenzione è stabile. La contenzione diurna dei pazienti con una sola contenzione viene applicata solo durante il riposo pomeridiano. In 5 casi sono state utilizzate più contenzioni per elevato rischio cadute in pazienti con diagnosi di demenza scompensata. Tali misure di contenzione sono state applicate a breve scadenza rispettando i tempi massimi di mantenimento nell'arco della giornata.

Repa

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 2018 .

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 secondo semestre 2018 si sono verificate 7 cadute in 6 differenti pazienti ricoverati nel reparto. Per quanto riguarda le lesioni, ci sono state solo 3 lesioni lievi. La percentuale di pazienti caduti è scesa dal 4.8% al 2.8%.

Reparto lungodegenti (Ospedale San Sisto)

Nel secondo semestre 2018 si sono verificate 23 cadute in 10 pazienti. La percentuale è pressoché invariata: 39%. Come nel semestre precedente, la maggior parte delle cadute riguarda lo stesso ospite e, come allora, gli interventi per ridurre il rischio cadute sono stati attuati. La causa è da ricercare, anche in questo caso, nella scelta di non attuare nessuna contenzione fisica sul determinato ospite.

Reparto lungodegenti (Casa Anziani)

Nel secondo semestre 2018 si sono verificate lo stesso numero di cadute avvenute nel primo semestre 2018 (44). Vi sono ospiti che conseguentemente a problemi psichici, a una ridotta capacità di valutare il proprio grado di autonomia e per i quali non sono indicate misure contenitive, hanno subito più cadute nell'arco del semestre, nonostante la supervisione effettuata dal personale curante e le misure precauzionali adottate per limitare i danni da caduta. Le cadute all'interno della camera o nel WC della stessa sono lievemente ridotte (da 36 nel primo semestre a 34 nel secondo). L'introduzione di ruote bloccabili da apporre ai comodini rimane un obiettivo che verrà protratto nell'anno 2019 dopo valutazione dei singoli reparti del numero di utenti che necessitano del presidio.

Informazioni relative alla misurazione	
Istituto nazionale 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 2018 .

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.

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

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 2018 .

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

Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.

Per i risultati vedi commenti registrati al capitolo 14.

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 2018 .

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.

Reparto acuto

Tali statistiche si riferiscono al 2° semestre 2018, non sono del tutto attendibili per il fatto che dal 15.08.18 è stato cambiato il modulo di valutazione, dalla VRN si è passati alla MNA, quindi i parametri di riferimento sono diversi. Dalle statistiche della MNA si evidenzia una popolazione tra normopeso e sovrappeso, con 81% di nessuna riduzione dell'assunzione di cibo, 78% nessuna perdita di peso, 56% che esce di casa, 65% senza malattie acute o stress psicologici, 68% senza problemi psicologici. Si rileva 3% di utenti in sottopeso e 23% obesi, 6% con grave riduzione dell'assunzione di cibo e 15% con moderata riduzione di cibo, con una minor % di perdita di peso > 3kg. In sintesi, si rileva uno stato nutrizionale normale con 48%, rischio nutrizionale 43% e malnutrito 9%.

Per quanto concerne PAAL il 47% degli utenti risulta con un apporto energetico e proteico insufficiente con conseguente miglioramento nutrizionale, a tali utenti sono stati aggiunti giornalmente integratori alimentari. Per la compilazione dei moduli si riscontra un'ottima compilazione MNA infatti 0% moduli non compilati (fa supporre che il nuovo modulo è più semplice e veloce nella compilazione), mentre per il PAAL manca quasi sempre la compilazione dell'esito nutrizionale.

Reparto lungodegenza (Ospedale San Sisto)

Tali statistiche si riferiscono al 2° semestre 2018, non sono del tutto attendibili per il fatto che dal 15.08.18 è stato cambiato il modulo di valutazione, dalla VRN si è passati alla MNA, quindi i parametri di riferimento sono diversi. Dalle statistiche della MNA si evidenzia ospiti in normopeso 43%, in sovrappeso 33%, con 71% di nessuna riduzione dell'assunzione di cibo, 65% nessuna perdita di peso, 31% che esce di casa, 51% senza malattie acute o stress psicologici, 37% senza problemi psicologici. Si rileva 16% di utenti in sottopeso e 8% obesi, 8% con grave riduzione dell'assunzione di cibo e 22% con moderata riduzione di cibo. In sintesi, si rileva uno stato nutrizionale normale con 25%, rischio nutrizionale 39% e malnutrito 18%.

Per quanto concerne PAAL il 50% degli utenti risulta con un apporto energetico e proteico insufficiente con conseguente miglioramento nutrizionale, a tali utenti sono stati aggiunti giornalmente integratori alimentari. Per la compilazione dei moduli si riscontra un'ottima compilazione MNA infatti 0% moduli non compilati (fa supporre che il nuovo modulo è più semplice e veloce nella compilazione), anche per il PAAL si riscontra un'ottima compilazione del modulo.

Reparto di lungodegenza (Casa Anziani)

Dalla compilazione del MNA si può affermare che il 5% dei soggetti osservati ha problemi di nutrizione, il 41% è a rischio di incorrere in problemi nutrizionali e il restante 54% ha uno stato

nutrizionale normale.

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 Progetto badanti

Formazione unitaria per le badanti che operano sul territorio.

Nella nostra valle sul territorio operano, oltre al servizio Spitex, anche delle collaboratrici sanitarie o badanti su base privata. Non sempre il livello di formazione è adeguato e risponde ai criteri richiesti. Scopo del progetto è quello di coinvolgere tutte le badanti in un organo, gestito dal servizio Spitex.

La Spitex potrà fornire supporto agli utenti in caso di ricerca di badanti, fornire informazioni dettagliate sulle collaboratrici, le conoscenze, la formazione, ecc.. Si intende pure organizzare delle formazioni mirate per uniformare e parificare le conoscenze delle varie badanti.

18.1.4 Progetto farmacia

Farmacia del Centro sanitario gestita da una farmacista.

Le nuove direttive cantonali impongono alle case di cura e per anziani, per la gestione di una farmacia interna, l'assunzione di una professionista diplomata. Il CSVP ha elaborato un progetto e sta creando le basi per far partire il progetto farmacia entro il 2019.

18.2 Progetti conclusi nel 2018

18.2.1 Progetto manuale elettronico

Creazione di un manuale elettronico unico per il CSVP.

Aggiornamento, completamento e inserimento nel manuale elettronico di tutta la documentazione esistente e nuova del Centro sanitario. Si permette ai collaboratori di accedere alla documentazione sempre aggiornata tramite PC.

Sono stati creati gruppi di lavoro specifici per elaborare e rivedere la documentazione esistente e se necessario creare nuove direttive per il proprio settore. Il team di qualità verifica la documentazione e la invia al responsabile del manuale elettronico per l'inserimento online.

L'operazione è durata ca. 1 anno e mezzo. Attualmente la pubblicazione è completa anche se alcuni processi sono già in fase di rielaborazione. Ciò è dovuto ai cambiamenti, alle varie verifiche effettuate ecc..

18.2.2 Progetto cure in lungodegenza

Rielaborazione e aggiornamento della documentazione del settore lungodegenza CSVP.

È stato creato un settore unico per la lungodegenza, ciò per permettere una gestione più semplice dei vari reparti di lungodegenza. In questo ambito tutte le direttive in vigore sono state rielaborate e uniformate agli standard attuali. Numerosi gruppi di lavoro si sono alternati nei lavori. Ciò anche in vista della visita da parte dell'ufficio cantonale dell'igiene pubblica e sanità che ha programmato l'audit per il settore della lungodegenza per il settembre 2018.

L'audit ha avuto esito largamente positivo ciò che permette al CSVP di continuare a gestire anche per i prossimi anni il reparto di lungodegenza. Ciò non significa che non si prosegua il lavoro di miglioramento e di affinamento.

18.3 Progetti di certificazione in corso

18.3.1 Ricertificazione ISO 2019

Nel 2018 il Centro sanitario Valposchiavo è stato ricertificato ISO 9001:2015.

Nel frattempo sono già in corso i lavori di preparazione per l'Audit di ricertificazione che si terrà nel mese di dicembre 2019.

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 nei singoli settori della lungodegenza un'accoglienza, una qualità di vita, un benessere quotidiano, un ambiente protetto, un'assistenza sanitaria e un accompagnamento alla morte nel rispetto delle 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 pianificazione 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 34a settimana di gestazione e $\geq$ 2000g)
Nascite
Assistenza di base ai neonati (dalla 34a settimana di gestazione e $\geq$ 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 (FKQ) di H+, i singoli Cantoni e su proposta dei fornitori di prestazioni.

Si veda anche:

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