

Rapporto sulla qualità 2023

secondo il modello di H+

Approvazione in data:
Tramite:

27.05.2024
Michela Pfyffer, Direttrice

Versione 1



Clinica Sant' Anna

www.clinicasantanna.ch



somatica acuta

Colophon

Il presente rapporto sulla qualità è stato allestito secondo il modello di H+ Gli Ospedali Svizzeri. Il modello del rapporto sulla qualità rappresenta il resoconto unico per i settori specialistici somatica acuta, psichiatria e riabilitazione per l'anno di riferimento 2023.

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

Per incrementare la possibilità di confronto tra rapporti sulla qualità, nell'indice sono visibili tutti i capitoli del modello, indipendentemente dal fatto se concernono l'ospedale o meno. 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.

L'aggiustamento o l'adeguamento del rischio è un procedimento statistico per correggere indicatori della qualità per differenze nei pazienti degli ospedali (ad es. nel Case Mix e nell'offerta terapeutica). Per poter confrontare gli ospedali a livello svizzero nonostante tali differenze nelle/nei loro pazienti per quanto riguarda la qualità fornita, occorre aggiustare gli indicatori per determinati fattori di rischio per pazienti.

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 2023

Signora

Stefania Zoccatelli

0919851278

zsoccatelli@clnicasantanna.ch

Prefazione di H+ Gli Ospedali Svizzeri sugli avvenimenti nazionali in materia di qualità

Gli ospedali e le cliniche svizzeri contribuiscono allo sviluppo della qualità con molto impegno e misure mirate. Il modello di rapporto sulla qualità di H+ permette un resoconto unitario e trasparente delle attività variegate, che tramite il modello possono inoltre essere raffigurate nei rispettivi profili degli ospedali sul sito info-ospedali.ch.

Per ospedali e cliniche sono nuovamente aumentate le sfide: la mancanza di personale, il rincaro e le tariffe che non coprono i costi aggravano ulteriormente la situazione. Molti ospedali e cliniche devono riuscire a fare un continuo equilibrio tra redditività e garanzia della qualità.

In alcuni ospedali e cliniche già sono in corso primi preparativi interni in vista dell'attuazione della Convenzione sulla qualità ai sensi dell'art. 58a, che probabilmente entrerà in vigore nel 2024. Siamo lieti che gli ospedali e le cliniche siano i primi fornitori di prestazioni riusciti ad adempiere a tale prescrizione di legge e ad elaborare una convenzione sulla qualità.

Il rapporto sulla qualità 2023 è suddiviso in maniera ottimizzata nei seguenti settori di tipologie: Somatica acuta, Riabilitazione e Psichiatria. Nell'attuale rapporto sulla qualità sono inoltre raffigurati per la prima volta i risultati delle riammissioni con la nuova metodologia. Tali risultati sono stati analizzati sulla base dei dati UST 2021 con l'algoritmo del Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) adattato alle condizioni svizzere.

Nel capitolo 4 «Panoramica su tutte le attività in materia di qualità» gli ospedali e le cliniche continuano ad avere l'opportunità di riferire sulle Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). La compilazione e l'edizione sono inoltre state ottimizzate.

Oltre alle misurazioni effettuate dagli ospedali, il rapporto sulla qualità contiene pure le misurazioni della qualità dell'ANQ vincolanti e unitarie a livello nazionale, compresi i risultati specifici dell'ospedale/della clinica. È possibile effettuare confronti puntuali in occasione di misurazioni uniformi a livello nazionale, quando i risultati per clinica e ospedale o per sede vengono aggiustati in maniera corrispondente. Per le spiegazioni dettagliate relative alle misurazioni nazionali rinviamo al sito www.anq.ch.

H+ ringrazia tutti gli ospedali e le cliniche partecipanti per il grande impegno, garantendo con le svariate attività l'elevata qualità delle cure.

Grazie al resoconto trasparente e completo, le attività in materia di qualità ottengono l'attenzione e la considerazione che si meritano.

Cordiali saluti



Anne-Geneviève Bütikofer
Direttrice H+

Indice

Colophon	2
Prefazione di H+ Gli Ospedali Svizzeri sugli avvenimenti nazionali in materia di qualità	3
1 Introduzione	6
2 Organizzazione della gestione della qualità	7
2.1 Organigramma	7
2.2 Persone di contatto della gestione della qualità	7
3 Strategia della qualità	8
3.1 2 - 3 punti principali nell'ambito della qualità nell'anno di esercizio 2023	9
3.2 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2023.....	9
3.3 Sviluppo della qualità nei prossimi anni	9
4 Panoramica delle attività nell'ambito della qualità	10
4.1 Partecipazione a misurazioni nazionali	10
4.2 Svolgimento di misurazioni prescritte a livello cantonale Il Cantone non prescrive misurazioni della qualità per il nostro istituto.	
4.3 Svolgimento di altre misurazioni interne	11
4.4 Attività e progetti nell'ambito della qualità	12
4.4.1 CIRS – imparare dagli errori	18
4.5 Panoramica dei registri	19
4.6 Panoramica delle certificazioni.....	20
MISURAZIONI DELLA QUALITÀ	21
Sondaggi di soddisfazione	22
5 Soddisfazione dei pazienti	22
5.1 Inchiesta nazionale soddisfazione pazienti della somatica acuta	22
5.2 Sondaggi propri.....	24
5.2.1 Soddisfazione pazienti - Misurazione interna.....	24
5.2.2 Soddisfazione pazienti - MECON measure & consult GmbH	26
5.3 Gestione dei reclami	27
6 Soddisfazione dei familiari Nell'anno in esame, il nostro istituto non ha svolto alcun sondaggio.	
7 Soddisfazione dei collaboratori Nell'anno in esame, il nostro istituto non ha svolto alcun sondaggio.	
8 Soddisfazione dei medici invianti Nell'anno in esame, il nostro istituto non ha svolto alcun sondaggio.	
Qualità delle cure	28
Messungen in der Akutsomatik (I)	28
9 Riammissioni	28
9.1 Analisi nazionale delle riammissioni non pianificate	28
10 Interventi chirurgici	30
10.1 Misurazione propria.....	30
10.1.1 Monitoraggio continuo	30
11 Infezioni	31
11.1 Rilevamento nazionale delle infezioni del sito chirurgico	31
12 Caduta	34
12.1 Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta	34
13 Lesioni da pressione	36
13.1 Misurazione dell'indicatore di prevalenza decubito.....	36
Misurazioni nella Psichiatria	0
14 Misure restrittive della libertà Una misurazione in questo ambito non è rilevante per il nostro istituto.	
15 Carico di sintomi dei disturbi psichici Il nostro istituto non offre prestazioni in questo settore.	

Misurazioni nella riabilitazione	38
16 Qualità di vita, capacità funzionale e partecipativa	38
16.1 Misurazione propria.....	38
16.1.1 PROM's- Patient-Reported Outcome Measures - Interventi di ernia inguinale	38
16.1.2 PROM's- Patient-Reported Outcome Measures - Interventi di emorroidectomia	40
Ulteriori attività legate alla qualità	41
17 Altre misurazioni	41
17.1 Altre misurazioni interne	41
17.1.1 Cadute (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ) (somatica acuta).....	41
17.1.2 Lesioni da pressione (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ) (somatica acuta)	42
17.1.3 Infezioni nosocomiali (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ) (somatica acuta).....	43
17.1.4 Monitoraggio dei pazienti con Batteri Multiresistenti (somatica acuta) (somatica acuta).....	44
18 I progetti in dettaglio.....	45
18.1 Progetti in corso	45
18.1.1 Well-fare aziendale	45
18.1.2 Apertura Medicentro Pediatrico.....	45
18.1.3 Formazione/simulazione urgenza REA.....	45
18.1.4 Apertura Centro multidisciplinare specializzato nella diagnosi e nella cura delle patologie linfatiche	46
18.2 Progetti conclusi nel 2023	47
18.2.1 Ottenimento riconoscimento quale centro di formazione post graduata in chirurgia	47
18.2.2 Ottenimento certificazione da parte dell'Associazione Svizzera di Woundcare (SAfW) per ambulatorio cura Ferite	47
18.2.3 Laboratorio di simulazione in situ: le emergenze in sala parto	47
18.2.4 Partecipazione alla settimana d'azione per la sicurezza dei pazienti	48
18.3 Progetti di certificazione in corso	48
18.3.1 Nessun progetto nell'anno in esame.....	48
19 Conclusione e prospettive	49
Annesso 1: panoramica dell'offerta dell'istituto	50
Somatica acuta.....	50
Editore	51

1 Introduzione

Nel lontano 1922 la Società delle suore di Sant'Anna di Lucerna, dedita all'assistenza e alla cura dei malati e delle puerpere, fonda a Lugano, in Via Pocobelli, la Clinica Sant'Anna. Nel 1934 la Clinica si insedia sulla collina di Sorengo.

La rinomata «culla del Ticino» è oggi un prestigioso polo multispecialistico che raggruppa, oltre alle specialità legate alla salute femminile (ginecologia, ostetricia e centro di senologia), importanti reparti di chirurgia, oncologia, medicina e diagnostica radiologica.

Con 5 sale operatorie, sia per pazienti ambulatoriali che stazionari, la Clinica è diventata un polo di riferimento anche per la chirurgia plastica.

La Clinica Sant'Anna offre prestazioni mediche specializzate a beneficio di una clientela regionale ed internazionale.

Il prestigio della struttura, la preparazione del personale medico ed infermieristico, le tecnologie a disposizione permettono di avere all'interno della clinica diversi centri multidisciplinari all'avanguardia.

I nostri centri:

- Centro di Senologia
- Centro di Pelvi Perineologia
- Mediacentro
- Pronto soccorso ostetrico
- Ambulatorio multidisciplinare per i sintomi dell'ansia e dello stress
- Ambulatorio di cura ferite e stomaterapia
- Ambulatorio Medicina Tradizionale cinese
- Ambulatorio Riflessologia facciale e plantare
- Ambulatorio medicina genetica
- Ambulatorio di ematologia
- Ambulatorio visite urgenti
- Mediacentro pediatrico

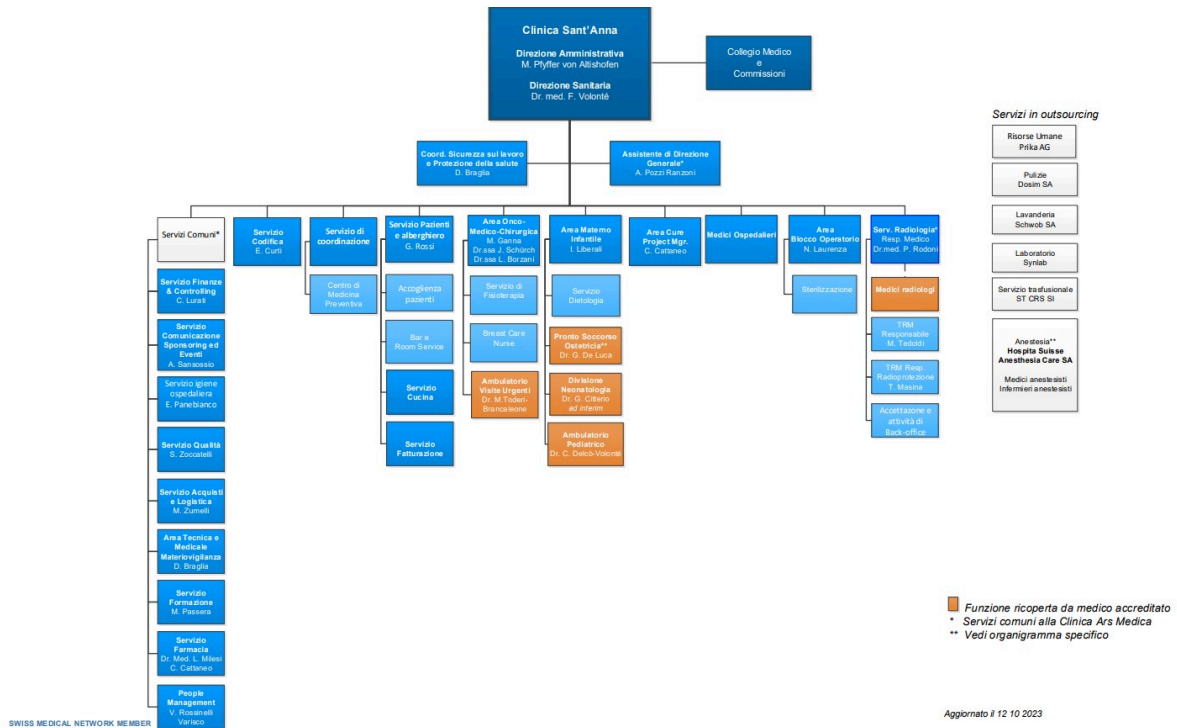
Dal 2012 la Clinica Sant'Anna è membro di Swiss Medical Network.

WE MAKE HOSPITALS A BETTER PLACE

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

2 Organizzazione della gestione della qualità

2.1 Organigramma



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

Complessivamente una percentuale lavorativa del **50 %** è destinata alla gestione della qualità.

2.2 Persone di contatto della gestione della qualità

Signor Fabio Rezzonico
 Direttore Generale Regione Ticino
 +41 91 985 14 80
frezzonico@swissmedical.net

Signora Michela Pfyffer
 Direttrice
 +41 91 985 12 11
mpfyffer@clnicasantanna.ch

Dottor Francesco Volonté
 Direttore Sanitario
 +41 91 993 06 69
info@dr-volonte.ch

Signora Stefania Zoccatelli
 Responsabile Servizio Qualità
 +41 91 985 12 78
zsoccatelli@clnicasantanna.ch

Signora Elvia Buzelli
 Collaboratrice Servizio Qualità
 +41 91 985 16 94
ebuzellii@clnicasantanna.ch

3 Strategia della qualità

Un'eccellente gestione della qualità è la base del lavoro quotidiano di tutto il Gruppo Swiss Medical Network e quindi di ogni dipendente. L'attenzione è rivolta alla qualità e alla sicurezza delle cure, alla gestione del rischio, alla formazione e allo sviluppo del personale e alla sostenibilità. Per garantire il raggiungimento di questo obiettivo, la gestione della qualità si basa sulla norma DIN EN ISO 9001:2015 e sul ciclo di Deming PDCA (Plan, Do, Check, Act).

SODDISFAZIONE DEL CLIENTE

La soddisfazione dei nostri clienti è di estrema importanza nei processi di miglioramento continuo. Insieme ai medici accreditati, forniamo ai nostri pazienti un'assistenza basata sull'evidenza in un ambiente umano e di fiducia.

L'orientamento esclusivo al cliente è al centro delle nostre attività quotidiane. Registriamo continuamente il livello di soddisfazione dei nostri clienti, sia attraverso strumenti interni che esterni. Questo ci permette di identificare immediatamente qualsiasi necessità di miglioramento e di implementare misure adeguate.

INTEGRAZIONE NELLE CURE

Coinvolgiamo il più possibile i nostri pazienti nella salvaguardia della loro salute, incoraggiando loro e le loro famiglie a partecipare attivamente alle cure e a dare la loro opinione. Riteniamo che il coinvolgimento dei pazienti sia essenziale per la loro guarigione e per migliorare la qualità delle cure e dei servizi offerti.

SICUREZZA DEI PAZIENTI

Ci impegniamo a garantire la sicurezza dei nostri pazienti attuando rigorosi protocolli di sicurezza per identificare e prevenire errori medici e incidenti. Analizziamo sistematicamente le conseguenze delle nostre azioni e ci assicuriamo che le misure di miglioramento continuo siano messe in atto e implementate dove necessario.

PROFESSIONALITÀ

La collaborazione interprofessionale e interdisciplinare è il fattore centrale delle nostre attività quotidiane ed è data per scontata da tutti i nostri collaboratori. Per mantenere questo livello elevato, ci concentriamo sullo sviluppo continuo delle competenze. I nostri collaboratori sono impiegati, stimolati e incoraggiati in base alle loro competenze. La formazione continua svolge un ruolo centrale nel garantire la trasmissione di conoscenze aggiornate. Questo ci permette di mantenere alta la qualità dei servizi offerti. Selezioniamo con cura i nostri medici nell'ambito di un processo di accreditamento e reclutamento. In questo modo garantiamo il rispetto dei requisiti di legge e il loro continuo sviluppo professionale, al fine di creare le condizioni ottimali per ottenere risultati di trattamento eccellenti.

SVILUPPO SOSTENIBILE

Tutte le attività di gestione della qualità sono orientate al raggiungimento dei nostri obiettivi strategici. I nostri dipendenti devono potersi identificare con Swiss Medical Network, la sua strategia e i suoi obiettivi. Per raggiungere questo obiettivo, utilizziamo strumenti di valutazione e un processo di miglioramento continuo.

Miglioriamo noi stessi e le nostre azioni ogni giorno. Lo dimostriamo nei nostri processi e risultati. Con l'aiuto di una gestione controllata dei progetti, possiamo identificare rapidamente eventuali problemi e reagire immediatamente. In tutto il Gruppo è attivo un sistema di gestione del rischio e della qualità. Ci impegniamo a promuovere costantemente la sostenibilità delle nostre attività attraverso obiettivi sociali e ambientali. A lungo termine, vogliamo ridurre le emissioni di CO₂ e contribuire così positivamente alla salvaguardia dell'ambiente.

Utilizziamo le nostre risorse in modo responsabile per garantire una qualità costantemente elevata delle cure e dei servizi offerti.

QUALITÀ DELLE CURE E INDICAZIONI

Ci impegniamo a fornire la migliore qualità possibile di assistenza medica secondo i più elevati

standard medici.

A tal fine, partecipiamo a indagini nazionali e a sondaggi sulla qualità dell'assistenza sanitaria che riguardano la nostra gamma di servizi. Inoltre, effettuiamo volontariamente ulteriori misurazioni per valutare la qualità dei nostri servizi e dei risultati. In tutto il gruppo Swiss Medical Network perseguiamo un approccio focalizzato ai processi e ai risultati. Attraverso una gestione mirata dei processi e dei rischi e la valutazione dei dati chiave raccolti a livello di gruppo e di clinica, è possibile migliorare in modo significativo e duraturo la sicurezza dei pazienti, l'efficienza e la qualità delle cure. Oltre alle misure di esito, stiamo ponendo un'attenzione sempre più importante sulla qualità delle indicazioni, che comprende sia l'appropriatezza che la necessità degli interventi medici. Ciò include sia gli aspetti oggettivi che quelli soggettivi, nel senso di un "Shared decision making". I comitati per i tumori e le indicazioni (Tumor boards), le conferenze sulla mortalità e la morbilità, le campagne "Choosing wisely" e la raccolta di PROMs sono solo una selezione dei nostri sforzi per agire nell'ambito delle "Best practice". In questo modo, perseguiamo l'obiettivo di aumentare e rafforzare ulteriormente la nostra qualità

3.1 2 - 3 punti principali nell'ambito della qualità nell'anno di esercizio 2023

- Ottenimento riconoscimento quale centro di formazione post graduata in chirurgia
- Rinnovamento sale parto
- Apertura Medicentro pediatrico
- Well-fare aziendale: progetto di intervento per il miglioramento del benessere del personale

3.2 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2023

- Ottenimento certificazione da parte dell'Associazione Svizzera di Woundcare (SAfW) per ambulatorio cura Ferite
- Formazione/simulazione urgenze REA
- Invio candidatura come Centro di formazione post-graduata in ginecologia-ostetricia
- Laboratorio di simulazione in situ: le emergenze in sala parto
- Chirurgia sicura: monitoraggio più strutturato attraverso strumenti quali audit interni
- Partecipazione alla settimana d'azione per la sicurezza dei pazienti

3.3 Sviluppo della qualità nei prossimi anni

- Sviluppo progetto cartella informatizzata
- Revisione della documentazione del sistema di qualità in funzione dell'introduzione della cartella informatizzata
- Implementazione del software per la gestione dei documenti qualità (IMS) e formazione del personale
- Certificazione Euref (Certificazione europea per i servizi diagnostici e di screening mammografico)
- Creazione pronto soccorso
- Creazione cure intense
- Candidatura per la certificazione rilasciata dalla Lega svizzera contro il cancro (LSC) per Centro di Senologia
- Progetto Midline

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, curafutura 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).

Il nostro istituto ha partecipato al piano di misurazione nazionale come segue:
<i>somatica acuta</i>
▪ Inchiesta nazionale soddisfazione pazienti della somatica acuta
▪ Misurazione nazionale delle infezioni postoperatorie del sito chirurgico Swissnoso
▪ Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta
▪ Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza decubito
▪ Analisi nazionale delle riammissioni non pianificate

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"> ▪ Soddisfazione pazienti - Misurazione interna ▪ Soddisfazione pazienti - MECON measure & consult GmbH
Il nostro istituto ha svolto le seguenti misurazioni interne:
<i>Interventi chirurgici</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoraggio continuo
<i>Qualità di vita, capacità funzionale e partecipativa</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PROM's- Patient-Reported Outcome Measures - Interventi di ernia inguinale ▪ PROM's- Patient-Reported Outcome Measures - Interventi di emorroidectomia
<i>Altre misurazioni: somatica acuta</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cadute (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ) ▪ Lesioni da pressione (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ) ▪ Infezioni nosocomiali (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ) ▪ Monitoraggio dei pazienti con Batteri Multiresistenti (somatica acuta)

4.4 Attività e progetti nell'ambito della qualità

Trovate qui un elenco dei progetti relativi alla qualità in corso volti ad ampliare le attività relative alla qualità:

Cartella informatizzata

Obiettivo	Sviluppo del progetto
Settore nel quale si svolge il progetto	Gruppo di lavoro ad hoc
Progetto: durata (dal...al)	2022-2024
Tipo di progetto	Si tratta di un progetto interno.

Settimana di azione Sicurezza dei pazienti

Obiettivo	Partecipazione alla settimana d'azione sicurezza dei pazienti
Settore nel quale si svolge il progetto	«@Paziente: #Speak Up!»
Progetto: durata (dal...al)	11-17 SETTEMBRE 2023

Centro di formazione post-graduata in chirurgia

Obiettivo	Riconoscimento come Centro di formazione post-graduata in chirurgia
Settore nel quale si svolge il progetto	Formazione
Progetto: durata (dal...al)	2022-2023
Metodo	Invio candidatura, in attesa di audit

Rinnovamento Sale Parto

Obiettivo	Rinnovare i locali dedicati alle Sale Parto
Settore nel quale si svolge il progetto	Ostetricia
Progetto: durata (dal...al)	2023
Tipo di progetto	Si tratta di un progetto interno.

Medicentro pediatrico

Obiettivo	Apertura di un centro pediatrico
Settore nel quale si svolge il progetto	Pediatria
Progetto: durata (dal...al)	2023-2024 (apertura prevista 02.2024)
Tipo di progetto	Si tratta di un progetto interno.

Well-fare aziendale

Obiettivo	Progetto di intervento per il miglioramento del benessere del personale
Settore nel quale si svolge il progetto	Risorse umane
Progetto: durata (dal...al)	Durata: 3-5 anni. Inizio 2023

Certificazione da parte dell'Associazione Svizzera di Woundcare (SAFW) per ambulatorio cura Ferite

Obiettivo	Ottenimento certificazione
Settore nel quale si svolge il progetto	Cura ferite
Progetto: durata (dal...al)	2023

Centro di formazione post-graduata in ginecologia-ostetricia

Obiettivo	Invio candidatura
Settore nel quale si svolge il progetto	Formazione
Progetto: durata (dal...al)	

Formazione/simulazione urgenze REA

Obiettivo	Sviluppare le competenze del personale curante nella gestione efficace delle emergenze attraverso simulazioni ad alta fedeltà, al fine di migliorare la prontezza e la risposta del team di fronte a situazioni critiche
Settore nel quale si svolge il progetto	Emergenze
Progetto: durata (dal...al)	

Laboratorio di simulazione in situ: le emergenze in sala parto

Obiettivo	Simulazione che fornisce gli elementi per lo più pratici per l'identificazione precoce ed il trattamento delle più comuni emergenze in sala parto
Settore nel quale si svolge il progetto	Ostetricia
Progetto: durata (dal...al)	

Chirurgia sicura

Obiettivo	Monitoraggio più strutturato attraverso strumenti quali audit interni
Settore nel quale si svolge il progetto	Chirurgia
Progetto: durata (dal...al)	2023

Certificazione Euref

Obiettivo	Certificazione europea per i servizi diagnostici e di screening mammografico
Settore nel quale si svolge il progetto	Radiologia
Progetto: durata (dal...al)	2023-2024

Creazione di un Pronto Soccorso

Obiettivo	Pronto soccorso di tipo B
Settore nel quale si svolge il progetto	Emergenza
Progetto: durata (dal...al)	

Creazione cure intensive

Obiettivo	Creazione reparto cure intensive
Settore nel quale si svolge il progetto	Cure
Progetto: durata (dal...al)	2024
Tipo di progetto	Si tratta di un progetto interno.

Progetto Midline

Obiettivo	Creazione di un team, formato dalla ditta Midline, specializzato nell'inserimento di un catetere
Settore nel quale si svolge il progetto	Cure
Progetto: durata (dal...al)	2023-2024

Centro d'eccellenza per la cura delle malattie linfatiche

Obiettivo	Apertura di un centro multidisciplinare specializzato nella diagnosi e nella cura delle patologie linfatiche
Settore nel quale si svolge il progetto	Cure
Progetto: durata (dal...al)	

Trovate qui un elenco delle attività relative alla qualità permanenti e consolidate:

GESTIONE DEI RECLAMI

Obiettivo	Monitoraggio ed analisi dei reclami
Settore nel quale si svolge l'attività	Intero istituto
Attività: durata (dal...)	Tutto l'anno
Tipo di attività	Si tratta di un'attività interna.
Motivazione	Miglioramento continuo

AUDIT INTERNI

Obiettivo	Svolgimento di regolari audit interni
Settore nel quale si svolge l'attività	Intero istituto
Attività: durata (dal...)	Tutto l'anno
Tipo di attività	Si tratta di un'attività interna.
Motivazione	Miglioramento continuo

TUMORBOARD

Obiettivo	Definire la procedura ottimale grazie ad approccio multidisciplinare
Settore nel quale si svolge l'attività	Area Medico-oncologica
Attività: durata (dal...)	
Tipo di attività	Si tratta di un'attività interna.
Metodo	Presentazione di tutti i casi di tumore (seno, gastrointestinali, polmoni, ginecologici, prostata, ORL, ecc) diagnosticati e trattati dai vari medici affiliati alla clinica.
Gruppi professionali coinvolti	Chirurgo del seno- Radiologo-Patologo-Radioterapista-Oncologo medico- Psico-oncologo- Assistente sociale -Breast nurse

SENOBOARD

Obiettivo	Discussione di tutti i casi PRE-OPERATIVI di senologia. In base alla diagnosi patologica e al contesto clinico del/la paziente si definisce il tipo di intervento chirurgico più adatto
Settore nel quale si svolge l'attività	Area Medico-oncologica
Attività: durata (dal...)	
Tipo di attività	Si tratta di un'attività interna.

PROM's- Patient-Reported Outcome Measures

Obiettivo	Rilevare lo stato di salute soggettivo della persona prima e dopo l'intervento
Settore nel quale si svolge l'attività	Pazienti operati di ernia inguinale ed emorroidectomia
Attività: durata (dal...)	
Tipo di attività	Si tratta di un'attività interna.
Metodo	Compilazione da parte del paziente di un questionario prima dell'intervento ed invio del questionario di follow up a sei mesi dall'intervento.

PRE-NATAL BOARD

Obiettivo	Miglioramento continuo della gestione clinico-assistenziale del percorso nascita
Settore nel quale si svolge l'attività	Area materno infantile
Attività: durata (dal...)	
Gruppi professionali coinvolti	Responsabile medico neonatologia- Responsabile area materno-infantile- Medico accreditato-Consulente medico esterno di specialità-Direzione

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Obiettivo	Analisi degli annunci per identificare i rischi e definire le misure di miglioramento e di prevenzione.
Settore nel quale si svolge l'attività	Qualità
Attività: durata (dal...)	
Metodo	Dichiarazione di errori sistemici, rischi, eventi critici quasi incidenti, tramite portale di annuncio dedicato.

PROGETTI DI GRUPPO SMN

Obiettivo	Implementazione progetti, condivisione esperienze e metodi di lavoro con le altre cliniche del gruppo
Settore nel quale si svolge l'attività	Qualità
Attività: durata (dal...)	
Tipo di attività	Si tratta di un'attività interna.
Metodo	Incontri periodici tra responsabili delle aree di competenza

BOARD DI GINECOLOGIA E OSTETRICA

Obiettivo	Miglioramento continuo, implementazione e monitoring procedure/direttive
Settore nel quale si svolge l'attività	Area ginecologica-ostetrica
Attività: durata (dal...)	
Gruppi professionali coinvolti	Direzione, Responsabili infermieristiche di aree – medici di riferimento per le aree di competenza

ARPATERAPIA

Obiettivo	Potenzialità terapeutica di benessere indirizzato a chiunque senta il bisogno di rilassarsi e lasciare andare le emozioni ordinarie o straordinarie della vita.
Settore nel quale si svolge l'attività	Pazienti in ambito oncologico, medico e neonatologico
Attività: durata (dal...)	
Motivazione	Strumento efficace nella tecnica complementare a molti percorsi di cure in ospedale.
Metodo	Sedute settimanali svolte da una arpaterapeuta in aree dedicate e sedute individuali nelle camere dei pazienti.

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 2015 .

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 elencati sono ufficialmente notificati alla FMH: www.fmh.ch/it/temi/qualita-asqm/registri.cfm

Nell'anno in esame, il nostro istituto ha partecipato ai registri seguenti:			
Descrizione	Disciplina / area	Gestore	Dal
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anestesia	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine www.ssapm.ch/	2018
AQC Gruppo di lavoro per la garanzia della qualità in chirurgia	Chirurgia, ginecologia e ostetricia, chirurgia pediatrica, neurochirurgia, chirurgia ortopedica, chirurgia plastica, urologia, cardiocirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, gastroenterologia, chirurgia della mano, medicina intensiva, senologia, chirurgia bariatrica, medicina del lavoro	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2016
Infreporting Sistema di dichiarazione delle malattie trasmissibili con obbligo di dichiarazione	Infeziologia, epidemiologia	Ufficio federale della sanità, sezione sistemi di dichiarazione www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/infektio...	Dall'introduzione
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anestesiologia, chirurgia, Ginecologia e ostetricia, chirurgia ortopedica, prevenzione e salute pubblica, cardiocirurgia chirurgia toracica e chirurgia vascolare, infettologia, cardiologia, medicina intensiva	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	Dall'introduzione

Dal 1° gennaio 2020, ai sensi della nuova legge federale sulla registrazione dei tumori, gli ospedali e le cliniche e altri istituti privati o pubblici del sistema sanitario sono obbligati a notificare al registro dei tumori competente le malattie tumorali diagnosticate.

Nel corso dell'anno di riferimento la nostra azienda ha partecipato ai seguenti registri obbligatori dei tumori::		
Descrizione	Disciplina / area	Gestore
RTT Ticino Registro dei tumori del Canton Ticino	Tutti	www.ti.ch/tumori

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	Intero istituto	2019	2021	Ottobre 2023 Audit di sorveglianza 2

MISURAZIONI DELLA QUALITÀ

Sondaggi di soddisfazione

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 della somatica acuta

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.

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

Domande	Valore dell'anno precedente			Grado di soddisfazione aggiustato, media 2023 (IC* = 95%)
	2018	2019	2021	
Clinica Sant' Anna				
Come valuta la qualità delle cure (dei medici e del personale infermieristico)?	4.10	4.11	4.18	4.29 (4.14 - 4.44)
Ha avuto la possibilità di porre delle domande?	4.35	4.35	4.57	4.47 (4.31 - 4.62)
Ha ricevuto risposte comprensibili alle Sue domande?	4.63	4.59	4.63	4.64 (4.50 - 4.79)
Le è stato spiegato in maniera comprensibile lo scopo dei farmaci da assumere a domicilio?	4.70	4.57	4.83	4.54 (4.34 - 4.74)
Com'era l'organizzazione della Sua dimissione dall'ospedale?	4.00	3.78	3.98	4.04 (3.85 - 4.22)
Come ha trovato la durata del Suo soggiorno in ospedale?	91.00 %	96.10 %	95.10 %	95.00 %
Numero dei pazienti contattati 2023				200
Numero di questionari ritornati	84	Tasso di risposta		42 %

Valutazione dei risultati: 1 = risposta più negativa; 5 = risposta più positiva

Domanda 6: il risultato riportato in questa colonna corrisponde alla quota di persone che hanno risposto «Adeguata».

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

In seguito al nuovo ritmo a cadenza biennale, negli anni 2020 e 2022, per la somatica acuta, non è stato svolto alcun sondaggio regolare sulla soddisfazione (ANQ).

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	ESOPE, Unisanté, Lausanne

Informazioni per il pubblico specializzato:		
Informazioni sul collettivo considerato	Criteri d'inclusione	L'inchiesta ha coinvolto tutti i pazienti degenti (≥ 16 anni) dimessi dall'ospedale nel mese di aprile 2023.
	Criteri d'esclusione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pazienti deceduti in ospedale. ▪ Pazienti senza domicilio fisso in Svizzera. ▪ I pazienti ricoverati più volte sono stati intervistati solamente una volta.

5.2 Sondaggi propri

5.2.1 Soddisfazione pazienti - Misurazione interna

La valutazione della qualità del servizio sanitario deve tener conto della qualità percepita dai pazienti. I sistemi di rilevamento della soddisfazione del paziente fanno emergere la possibile discrepanza dalla qualità fornita alla qualità percepita. La qualità del servizio viene raggiunta quando lo scostamento tra percezioni e aspettative sul servizio è nullo, quando cioè la struttura eroga un servizio in linea con i desideri dell'utente. La valutazione da parte del paziente della qualità delle prestazioni è un importante e riconosciuto indicatore di qualità. Tutte le Cliniche del gruppo Swiss Medical Network utilizzano lo stesso questionario di soddisfazione paziente. Le risposte possibili sono 1 2 3 4 5 in una scala di valutazione crescente (non soddisfatto a molto soddisfatto)

La/L' inchiesta tra i pazienti è stata svolta nel 2023.

Intero istituto

Metodo di compilazione

Inserimento dal paziente tramite I PAD alla dimissione oppure

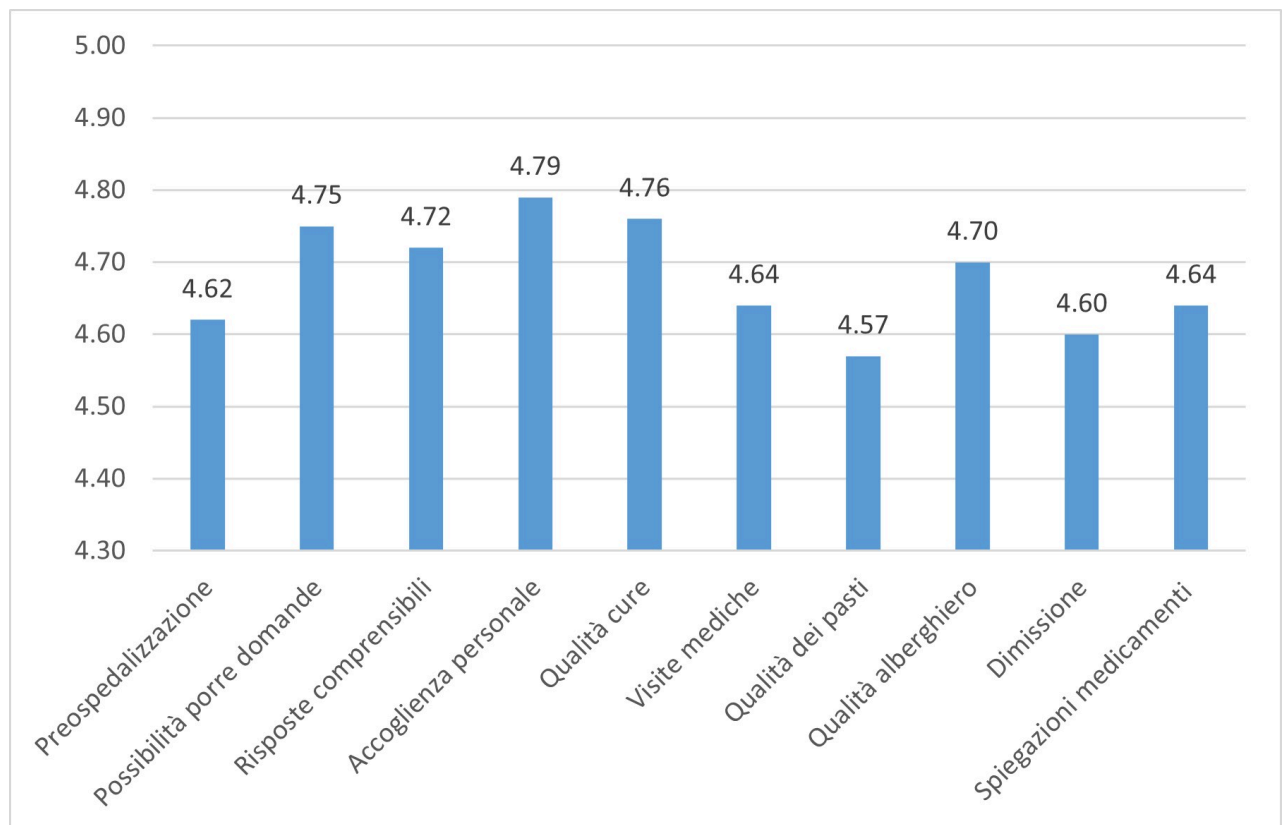
Invio questionario tramite e-mail oppure

Compilazione cartacea (Inserimento nell'IPad successivamente)

Percentuale di ritorno: 30.6%

Media generale: 4.68

Categorie di riposta: 1 2 3 4 5 scala di valutazione crescente (non soddisfatto a molto soddisfatto)



Informazioni relative alla misurazione	
Metodo/strumento sviluppato internamente	

5.2.2 Soddisfazione pazienti - MECON measure & consult GmbH

Avere un questionario di soddisfazione come strumento di benchmark esterno è il requisito nr. 1.1. dei criteri di SLH (Swiss Leading Hospitals). SLH ha scelto la ditta MECON measure & consult GmbH-Zürich

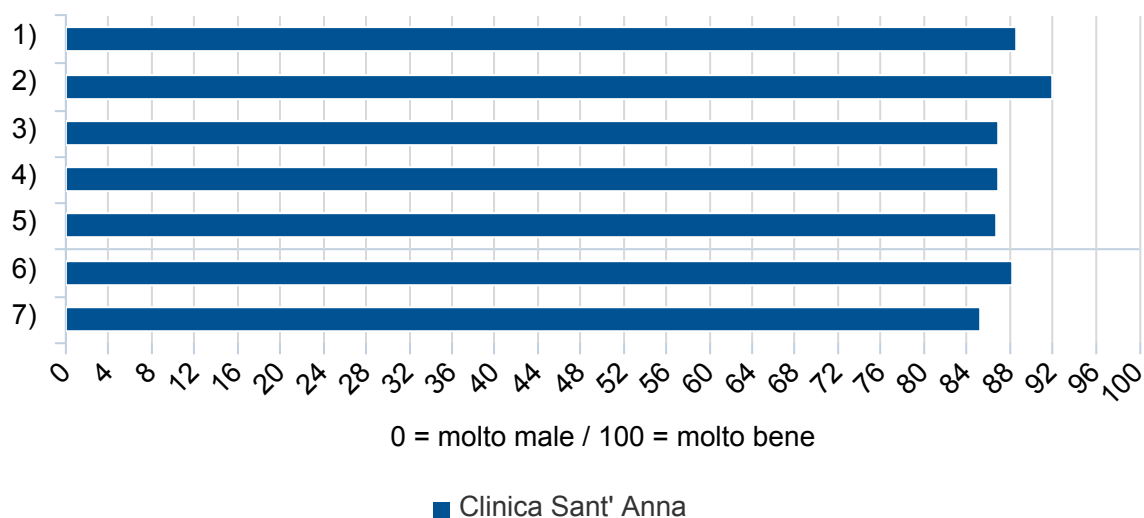
La/L' inchiesta tra i pazienti è stata svolta nel 2023.

Intero istituto

Non è stato inviato alcun sollecito.

Temi di misurazione

- 1) Soddisfazione globale
- 2) Medici
- 3) Personale di cura
- 4) Organizzazione
- 5) Cibo
- 6) Alloggio
- 7) Infrastrutture



Risultati della misurazione in cifre					
	Valori medi per Temi di misurazione				
	1)	2)	3)	4)	5)
Clinica Sant' Anna	88.60	91.90	86.90	87.00	86.70

Risultati della misurazione in cifre				
	Valori medi per Temi di misurazione		Numero questionari validi	Tasso di risposta %
	6)	7)		
Clinica Sant' Anna	88.20	85.20	147	29.00 %

I risultati delle misurazioni vengono confrontati con quelli di altri istituti (benchmark).

Informazioni relative alla misurazione	
Istituto nazionale di analisi	Mecon
Metodo / strumento	Standardfragebogen

Osservazioni

Vengono esclusi i pazienti:

- inferiori ai 16 anni
- non residenti in Svizzera

Invio a domicilio del questionario a 500 pazienti a campione

5.3 Gestione dei reclami

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

Clinica Sant' Anna

Direzione

Alessia Pozzi

Assistente di Direzione

091 985 15 92

apozzi@clnicasantanna.ch

Qualità delle cure

Messungen in der Akutsomatik (I)

9 Riammissioni

9.1 Analisi nazionale delle riammissioni non pianificate

Per riammissioni non pianificate s'intendono eventi clinici acuti che causano un'ospedalizzazione immediata e che non erano necessariamente attesi quale parte costitutiva del trattamento effettuato fino a quel momento. Di tutte le riammissioni che compaiono entro 30 giorni dalla degenza ospedaliera solamente le riammissioni non pianificate vengono conteggiate e tenute in considerazione quale anomalia della qualità. Le riammissioni non pianificate, in tale contesto, sono sempre considerate anomalie, indipendentemente dal motivo esatto della riammissione. Le riammissioni pianificate per contro non vengono considerate.

Dal 2022 (anno dei dati UST 2020) per analizzare le riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla degenza ospedaliera l'ANQ usa l'algoritmo del Center for Medicare & Medicaid Services (CMS). La distinzione tra riammissioni non pianificate e pianificate viene effettuata tramite tale algoritmo. La statistica medica degli ospedali funge da base dei dati per la formazione e l'analisi delle riammissioni non pianificate.

Complessivamente vengono analizzati 13 indicatori, per la pubblicazione trasparente sono però adatti unicamente i seguenti 6 indicatori:

Risultati

Indicatori di qualità	Dati UST 2021
Clinica Sant' Anna	Tasso aggiustato in base al rischio
Coorte a livello di ospedale	5.05 %
Coorte chirurgico-ginecologica	3.2 %
Altra coorte medico-sanitaria	7.98 %

Per aggiustare il rischio delle riammissioni non pianificate si tiene conto dell'età, del sesso e di un gran numero di possibili malattie secondarie comorbide delle/dei pazienti. La valutazione si riferisce allo stato delle/dei pazienti durante la prima degenza (non la riammissione).

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	
Analisi	Dr. med. Dr. sc. nat. Michael Havranek, università di Lucerna
Metodo / strumento	Algoritmo del Center for Medicare & Medicaid Services (CMS), adattato alle regole svizzere di codifica. La versione adattata per la Svizzera è stata esaminata mediante uno studio di validazione.

Informazioni per il pubblico specializzato:		
Informazioni sul collettivo considerato	Criteria d'inclusione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pazienti stazionari(e). ▪ 18 anni o più. ▪ Paziente non è deceduta/o durante la prima degenza. ▪ Paziente non è stata/o trasferita/o direttamente a un altro ospedale acuto dopo la prima degenza. ▪ Esiste un codice di diagnosi principale o un codice di trattamento principale o secondario, che descrive una delle coorti ai sensi dei criteri specifici di inclusione e di esclusione.
	Criteria d'esclusione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le dimissioni durante la prima degenza sono avvenute contrariamente al consiglio del medico curante. ▪ Esiste un codice di diagnosi principale per una malattia psichiatrica o una riabilitazione. ▪ Prima degenza in una clinica psichiatrica (tipologia di ospedale «K211» e «K212») o di una clinica di riabilitazione («K221») o prima degenza in un centro di costo finale psichiatrico («M500»), un centro di costo finale per la riabilitazione («M950») oppure un centro di costo finale pediatrico («M400»). ▪ Prima degenza per il trattamento esclusivamente medico-sanitario di un'affezione tumorale, senza intervento chirurgico (questo criterio di esclusione concerne unicamente l'indicatore a livello ospedaliero e le relative coorti, dato che gli indicatori specifici delle diagnosi e degli interventi sono orientati in ogni caso a diagnosi o interventi specifiche/specifici). ▪ Mancanza di un periodo sufficiente di osservazione di 30 giorni dopo la dimissione (ad es. nel mese di dicembre alla fine dell'anno dell'attuale periodo di verifica), di modo che non è possibile determinare se vi è stata una riammissione entro 30 giorni. ▪ Riguardo alla prima degenza si tratta già di una riammissione non pianificata entro 30 giorni da una prima degenza precedente con la medesima affezione di base. ▪ Paziente abita all'estero. ▪ Esiste una diagnosi COVID-19 confermata da una prova microbiologica.

10 Interventi chirurgici

10.1 Misurazione propria

10.1.1 Monitoraggio continuo

Viene effettuato un monitoraggio continuo di tutti i reinterventi segnalati tramite il sistema di portale di annuncio.

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

La/L' misurazione è stata svolta nel 2023.
Intero istituto

Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.

I casi vengono analizzati singolarmente e per medico, pertanto una pubblicazione generalizzata potrebbe risultare fuorviante.

Informazioni relative alla misurazione

Metodo/strumento sviluppato internamente	
--	--

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 peggioramenti del benessere del paziente e portare a un protrarsi della degenza ospedaliera o a una riospedalizzazione.

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 un sondaggio di follow-up. Negli interventi con impianti protesici di materiale estraneo (protesi dell'anca e del ginocchio e interventi di cardiocirurgia) il sondaggio successivo verrà effettuato 90 giorni dopo l'intervento (cosidd. „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:

- Colecistectomia
- Appendicectomia
- *** Appendicectomie effettuate in bambini e adolescenti
- *** Operazioni al colon
- Asportazioni dell'utero (totale)
- Asportazioni dell'utero (vaginale)
- Asportazioni dell'utero (addominale)

Risultati

Risultati del periodo di misurazione (senza impianti protesici) 1° ottobre 2022 – 30 settembre 2023

interventi chirurgici	Numero d'interventi valutati (Total)	Numero di infezioni accertate (N)	Tasso di infezioni aggiustato dell'anno precedente %			Tasso di infezioni aggiustato % (IC*)
			2022/2023	2022/2023	2019/2020	2020/2021
Clinica Sant' Anna						
Colecistectomia	56	1	-	-	-	2.90% (0.00% - 7.30%)
Appendicectomia	25	1	0.00%	0.00%	0.00%	2.90% (0.00% - 9.50%)
*** Appendicectomie effettuate in bambini e adolescenti	0	0	-	-	-	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Operazioni al colon	14	2	-	-	-	32.10% (7.70% - 56.60%)
Asportazioni dell'utero (totale)	118	2	-	-	-	2.10% (0.00% - 4.70%)
Asportazioni dell'utero (vaginale)	37	1	-	-	-	2.10% (0.00% - 6.80%)
Asportazioni dell'utero (addominale)	81	1	-	-	-	2.00% (0.00% - 5.10%)

* 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

Partecipiamo sempre con impegno a questa sorveglianza che riteniamo fondamentale sia per una monitoraggio interna che per un confronto con altri Ospedali/Cliniche Svizzere. Identifichiamo potenzialità di miglioramento in quanto abbiamo riscontrato delle infezioni.

Sono stati discussi i casi infetti con tutta l'Equipe coinvolta (Chirurghi Anestesisti e personale Commissione Igiene), analizzando ogni momento chirurgico sia perioperatorio che post operatorio; non sono state rilevate delle lacune che potessero portare ad una successiva infezione.

Per quanto riguarda la chirurgia del Colon i due casi avevano una situazione di diagnosi compromessa precedentemente che nonostante un'accurata terapia antibiotica e sorveglianza nel post operatorio hanno portato a infezione, risoltasi nei mesi a seguire.

Per quanto riguarda le Isterectomie una piccola deiscenza della cupola vaginale ha provocate un' infezione profonda risoltasi a breve con uno proseguo di terapia antibiotica.

La colecistectomia ha sviluppato una raccolta ascessuata non confermata da esame batteriologico ma da un'aumento della PCR risoltasi nelle due settimane successive con terapia antibiotica.

Nonostante un ottimo allineamento con la terapia antibiotica perioperatoria, nell'analisi sono emerse comorbilità in alcuni pazienti che hanno aumentato il rischio infettivo.

Si prende in considerazione per il futuro il modulo di intervento per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico dove si applicheranno le ulteriori raccomandazioni come la decolonizzazione preoperatoria intestinale.

Motivati nel miglioramento continuo ci impegniamo con tutte le Equipe a raggiungere risultati migliori

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 (\geq 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 (\leq 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: www.anq.ch/it et www.lpz-um.eu

A causa della pandemia da COVID-19 e delle sue ripercussioni, negli anni 2020 e 2021 non è stato possibile effettuare le misurazioni nazionali degli indicatori di prevalenza caduta e decubito.

Sostituzione dell'attuale metodo di misurazione – nessuna misurazione nel 2023

Nel mese di novembre 2022 l'ANQ ha deciso di investire nello sviluppo ulteriore della misurazione e di sostituire l'attuale metodo dell'Università di Maastricht LPZ, in vigore dal 2011. Per gli ospedali e le cliniche la misurazione degli indicatori caduta e decubito era sempre legata a un grosso dispendio di personale. Su loro iniziativa, l'ANQ sta esaminando altri metodi per il rilevamento dei dati. L'obiettivo è di rendere fruibili dati clinici di routine, vale a dire dati provenienti dalla documentazione elettronica dei pazienti, per misurazioni nazionali della qualità più vantaggiose.

In vista delle modifiche metodologiche previste, l'ANQ ha deciso di sospendere la misurazione nazionale per il 2023. Gli indicatori della qualità caduta e decubito rimangono tuttavia parte integrante del piano delle misurazioni dell'ANQ. L'ANQ investe nello sviluppo ulteriore della misurazione, al fine di poter costituire a medio termine una misurazione basata su dati di routine.

A tale proposito sostiene il progetto Vis(q)al Data della scuola universitaria professionale di Berna BFH.

Risultati

	2018	2019	2022	2023
Clinica Sant' Anna				
Numero di cadute avvenute in ospedale	1	1	0	–
In percentuale	5.30%	6.60%	0.00%	–
Residuo* (IC** = 95%)	0.01 (-0.42 - 0.44)	0.04 (-0.49 - 0.57)		– (–)
Numero dei pazienti effettivamente considerati 2023	–	Quota percentuale (percentuale di risposte)		–

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

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

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

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

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

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. ▪ Puerpere e neonati sani nel reparto di maternità. ▪ 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

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: www.anq.ch/it et www.lpz-um.eu

A causa della pandemia da COVID-19 e delle sue ripercussioni, negli anni 2020 e 2021 non è stato possibile effettuare le misurazioni nazionali degli indicatori di prevalenza caduta e decubito.

Sostituzione dell'attuale metodo di misurazione – nessuna misurazione nel 2023

Nel mese di novembre 2022 l'ANQ ha deciso di investire nello sviluppo ulteriore della misurazione e di sostituire l'attuale metodo dell'Università di Maastricht LPZ, in vigore dal 2011. Per gli ospedali e le cliniche la misurazione degli indicatori caduta e decubito era sempre legata a un grosso dispendio di personale. Su loro iniziativa, l'ANQ sta esaminando altri metodi per il rilevamento dei dati. L'obiettivo è di rendere fruibili dati clinici di routine, vale a dire dati provenienti dalla documentazione elettronica dei pazienti, per misurazioni nazionali della qualità più vantaggiose.

In vista delle modifiche metodologiche previste, l'ANQ ha deciso di sospendere la misurazione nazionale per il 2023. Gli indicatori della qualità caduta e decubito rimangono tuttavia parte integrante del piano delle misurazioni dell'ANQ. L'ANQ investe nello sviluppo ulteriore della misurazione, al fine di poter costituire a medio termine una misurazione basata su dati di routine.

A tale proposito sostiene il progetto Vis(q)al Data della scuola universitaria professionale di Berna BFH.

Risultati

	Numero dei pazienti con piaghe da decubito	Valore dell'anno precedente			2023	In percentuale
		2018	2019	2022		
Clinica Sant' Anna						
Prevalenza di decubito nosocomiale	Nel proprio ospedale, categoria 2-4	0	0	0	–	–
	Residuo*, categoria 2-4 (IC** = 95%)	0 (-0.31 - 0.30)	-0.02 (-0.80 - 0.77)		–	–
Numero dei pazienti effettivamente considerati 2023		–	Quota percentuale (relativa a tutti i pazienti degenti il giorno della misura)		–	

* 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.ang.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

Informazioni per il pubblico specializzato:		
Informazioni sul collettivo considerato	Criteri d'inclusione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pazienti degenti ≥ 18 anni (includere cure intense, cure continue), pazienti dai 16 ai 18 anni possono essere inclusi solo su base volontaria (tra gli adulti) ▪ Dichiarazione di consenso orale del paziente/del rappresentante legale
	Criteri d'esclusione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pazienti degenti che non hanno rilasciato la dichiarazione di consenso. ▪ Puerpere e neonati sani nel reparto di maternità. ▪ Pronto soccorso, cliniche diurne e settore ambulatoriale, sala risveglio.

Misurazioni nella riabilitazione

16 Qualità di vita, capacità funzionale e partecipativa

16.1 Misurazione propria

16.1.1 PROM's- Patient-Reported Outcome Measures - Interventi di ernia inguinale

Rilevare lo stato di salute soggettivo della persona prima e dopo l'intervento di ernia inguinale.

La/L' misurazione è stata svolta nel 2023.

Reparto di chirurgia

Progetto pilota iniziato nel febbraio 2021 per i pazienti operati di ernia inguinale a campione.

Nell'anno 2022 si è esteso a tutti gli interventi di ernia inguinale e a tutti i chirurghi

I risultati riportano i dati dei pazienti operati nel 2022 con follow-up fino al 31.12.2023.

Compilazione del questionario pre-op da parte del paziente prima dell'intervento.

Invio del questionario di follow-up a 6 mesi dall'intervento.

Questionari pre-op 2022 compilati al 31,12,2022	81
Questionari follow-up 2022 ritornati al 31,12,2023	46
Percentuale di ritorno al 31,12,2023	57%

Domanda 1

Quanto è stato intenso il suo dolore all'inguine nell'ultima settimana? Vorremmo che indicaste l'intensità del vostro dolore, mettendo una croce sulla linea da 0 a 10 ("0" = nessun dolore, "10" = il peggior dolore che possiate immaginare).

Domanda 2

Durante l'ultima settimana, quanto il suo problema all'inguine ha interferito con il suo lavoro normale (sia il lavoro fuori casa che i lavori domestici)? Scala 1-5

- 1 per niente
- 2 un po'
- 3 moderatamente
- 4 molto
- 5 estremamente

Domanda 3

Se dovesse passare il resto della sua vita con i problemi all'inguine che ha adesso, come si sentirebbe? Scala 1-5

- 1 molto soddisfatto
- 2 abbastanza soddisfatto
- 3 né soddisfatto né insoddisfatto
- 4 abbastanza insoddisfatto
- 5 molto insoddisfatto

Domanda 4

Si prega di riflettere sull'ultima settimana. Come giudichereste la vostra qualità di vita? Scala 1-5

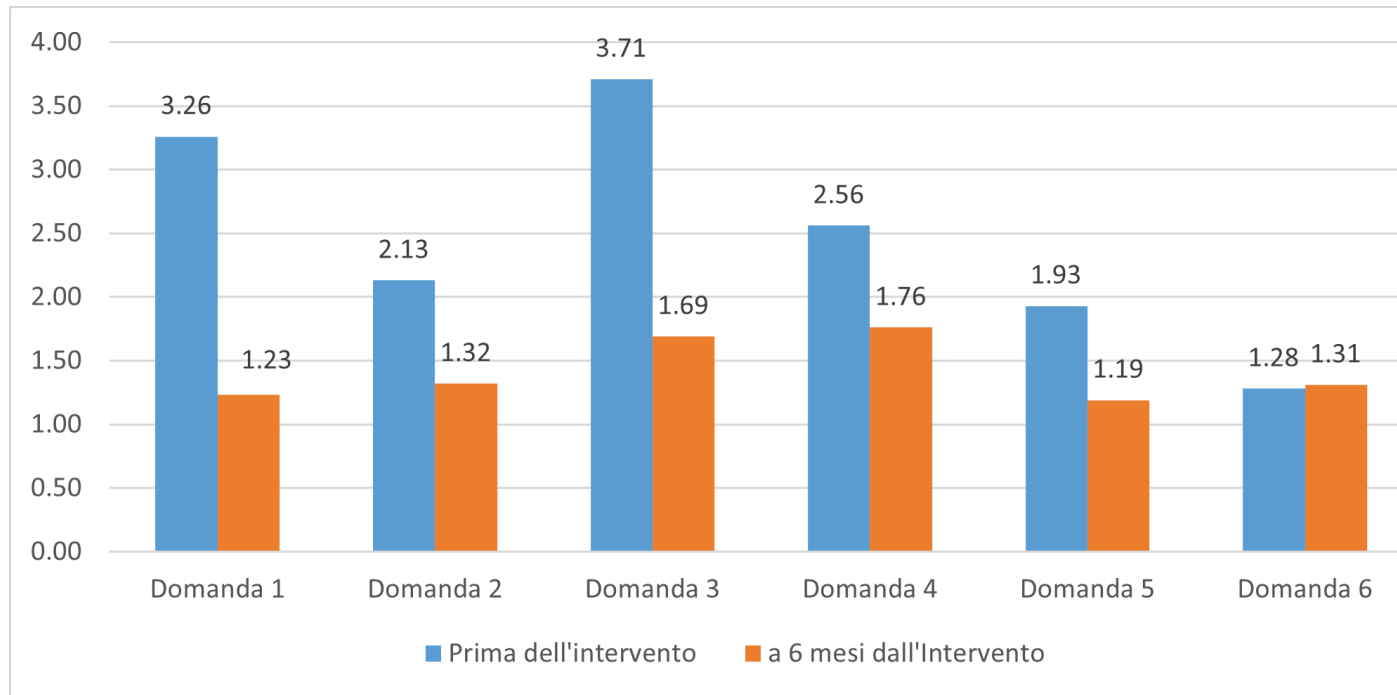
- 1 ottima
- 2 buona
- 3 media
- 4 cattiva
- 5 pessima

Domanda 5

Nelle ultime 4 settimane, durante quanti giorni ha ridotto le cose che fa di solito (lavoro, lavori domestici, scuola, attività ricreative) a causa del suo problema all'inguine? Scala 1-5

- 1 nessuna
- 2 tra 1 e 7 giorni
- 3 tra 8 e 14 giorni
- 4 tra 15 e 21 giorni
- 5 più di 21 giorni

Miglioramento della percezione del dolore 2.03
Miglioramento generale della qualità di vita a 6 mesi dall'intervento 0.84



Domanda 11: Nel corso della cura della sua ernia inguinale, quanto è rimasto soddisfatto del trattamento medico generale nella nostra clinica?

Media delle risposte su una scala dall' 1 al 5: 1.39 (1 Molto soddisfatto)

Domanda 12: In generale, se si pensa al dolore all'inguine e/o ai problemi all'inguine prima dell'intervento, quanto è stata utile l'operazione?

Media delle risposte su una scala dall' 1 al 5: 1.33 (1 Ha aiutato molto)

Valutazione dei risultati e attività di miglioramento

I dati ottenuti dalla valutazione diretta dai pazienti mostrano (confermano) un'eccellente qualità del trattamento realizzato, con un miglioramento in tutti gli item proposti, tranne per quanto riguarda l'impedimento al lavoro nelle 4 settimane, che rimane invariato. Questo dato è però già molto basso prima dell'intervento. Sia i sintomi in relazione diretta con la patologia, che la qualità di vita generale si ritrovano migliorati a sei mesi dall'intervento.

Informazioni relative alla misurazione

Metodo/strumento sviluppato internamente

16.1.2 PROM's- Patient-Reported Outcome Measures - Interventi di emorroidectomia

Rilevare lo stato di salute soggettivo della persona prima e dopo l'intervento di emorroidectomia.

La/L' misurazione è stata svolta dal 01.04.2022 al 31.12.2022.

Reparto di chirurgia

A partire dal mese di aprile 2022 è iniziata la rilevazione per gli interventi di emorroidectomia.

I risultati riportano i dati dei pazienti operati di emorroidectomia nel periodo aprile-dicembre 2022 con follow-up fino al 31.12.2023.

Risultati

Questionari pre-op 2022 compilati al 31,12,2022	46
Questionari follow-up 2022 ritornati al 31,12,2023	21
Percentuale di ritorno al 31,12,2023	45.7%

Valutazione dei risultati e attività di miglioramento

La raccolta dei dati per gli interventi di emorroidectomia è iniziata nel mese di aprile 2022.

I questionari compilati dopo sei mesi dall'intervento sono 21.

I dati sono stati raccolti, si è notato un leggero miglioramento della qualità di vita dopo l'intervento.

Il numero di questionari non è significativo e quindi un'analisi e una valutazione verranno fatte nell'anno 2023.

Informazioni relative alla misurazione

Metodo/strumento sviluppato internamente	
--	--

Ulteriori attività legate alla qualità

17 Altre misurazioni

17.1 Altre misurazioni interne

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

Rilevamento di tutte le cadute verificatesi nel corso dell'anno. Sono inclusi tutti i pazienti degenti. La valutazione sul rischio caduta, in fase di accertamento infermieristico è assicurata a tutti i pazienti maggiori di 60 anni o inferiore con rischio specifico. Nel reparto medicina/oncologia la valutazione rischio caduta viene effettuata a tutti i pazienti.

La/L' misurazione è stata svolta nel 2023.

Intero istituto

Sono inclusi tutti i pazienti degenti.

Reparto/Servizio (sono precisate tutte le Aree cure degenza della CSA)	nessuno	leggero	medio	grave	Totale complessivo casi
chirurgia	0				<u>0</u>
ginecologia		1			<u>1</u>
medicina	22	4	0		<u>26</u>
oncologia	8	1			<u>9</u>
ostetricia	0				<u>0</u>
neonatologia					<u>0</u>
Totale complessivo	<u>30</u>	<u>6</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>36</u>

Valutazione dei risultati e attività di miglioramento

Casistica

Quasi totalità delle cadute presso le specialità internistiche oncologica e medica

Per lo più per situazioni di crisi lipotimiche - in corso di doccia o di mobilizzazione post intervento.

Tipologia paziente e fattori contribuenti

Incidenza di cadute di pazienti di sesso femminile, di età già oltre i 65 anni, spesso per cause di deperimento e cedimento degli arti.

Importante il fattore delle pluri-terapie, soprattutto di farmaci antidolorifici a base di oppioidi ed anche influenti la funzione cardio-circolatoria (es antipertensivi) o agenti sul sistema nervoso (antidepressivi etc).

Quasi sempre presenti dispositivi medici (fleboclisi e talvolta anche CV) che possono creare inciampo o difficoltà alla deambulazione.

Esiti clinici cadute.

Nessun caso di media entità o grave, 6 di lieve entità e 30 senza danni per il paziente

Informazioni relative alla misurazione

Metodo/strumento sviluppato internamente	
--	--

Osservazioni

Buona la presa in carico assistenziale, con sistematico coinvolgimento del medico per competenza clinica, nonché messa in atto di azioni conseguenti finalizzate ad elevare la sicurezza e l'osservazione dei pazienti.

17.1.2 Lesioni da pressione (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ) (somatica acuta)

Rilevamento di tutte le lesioni da pressione verificatesi nel corso dell'anno. In tutti i reparti di cura della Clinica Sant'Anna. Sono inclusi tutti i pazienti degenti. La valutazione sul rischio di lesione da pressione, in fase di accertamento infermieristico mediante scala è svolta ai tutti i pazienti maggiori di 60 anni o inferiore con rischio specifico evidente.

La/L' misurazione è stata svolta nel 2023.

Intero istituto

Tutti i pazienti degenti

Nel corso dell'intero anno 2023 sono state registrati complessivamente n. 17 CASI di lesioni da pressione.

Casistica

Tutte le LDP registrate hanno riguardato casi di pazienti di area internistico-oncologica

Tipologia paziente e fattori contribuenti

Emerge la prevalenza di insorgenza LDP correlata a situazioni di importante e significativa condizione clinica del paziente di decadimento generale squilibrio metabolico/nutrizionale per patologia oncologica e / o allettamento, talvolta anche per fase terminale.

Valutazione dei risultati e attività di miglioramento

Buona la presa in carico assistenziale del Team, con dovuta messa in atto di azioni conseguenti finalizzate ad elevare la sicurezza e l'osservazione dei pazienti.

Sono descritte e adottate le diverse personalizzate misure di presa in carico coerentemente alla letteratura sulla prevenzione e gestione LDP: superfici antidecubito, cambio posture, medicazioni e osservazione della ferita anche mediante pratiche proceduralizzate.

Informazioni relative alla misurazione

Metodo/strumento sviluppato internamente	
--	--

17.1.3 Infezioni nosocomiali (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ) (somatica acuta)

Nel 2023 sono state eseguite le sorveglianze dei Pazienti con infezioni chirurgiche Ospedaliere o Nosocomiali oltre alla sorveglianza del sito chirurgico Swissnoso.

L'obiettivo è quello di diminuire il rischio infettivo epidemiologico, preservando la salute di tutti i pazienti.

La/L' misurazione è stata svolta nel 2023.

Sono inclusi tutti i pazienti chirurgici degenti.

Il monitoraggio viene effettuato a tutti i pazienti chirurgici annunciati come infetti dal medico inviante e ai casi con riscontro in corso di ricovero.

Totale pazienti chirurgici degenti: 1056

Totale infezioni: 5

Percentuale infezioni: 0.41%

Valutazione dei risultati e attività di miglioramento

E' stata eseguita un'analisi di tutti i pazienti infetti, tenendo conto dei dati anamnestici delle patologie esistenti, del peso e dei dati microbiologici di laboratorio.

A ciascun paziente è stato applicato l'isolamento del caso per evitare che venissero contagiati altri pazienti e quindi evitare delle epidemie.

L'obiettivo degli anni a venire sarà quello di diminuire il tasso di infezioni nosocomiali mantenendo una sistematica sorveglianza dei pazienti chirurgici ricoverati.

Sarà valutata la possibilità di includere nella sorveglianza delle infezioni nosocomiali anche i pazienti ricoverati nell'area medico-oncologica.

Informazioni relative alla misurazione

Metodo/strumento sviluppato internamente	
--	--

17.1.4 Monitoraggio dei pazienti con Batteri Multiresistenti (somatica acuta) (somatica acuta)

Vengono identificati tutti i pazienti prima del ricovero secondo le indicazioni Swissnoso eseguendo la ricerca tramite tamponi microbiologici sui Batteri Multiresistenti (MRSA ESBL VRE CPE) e Candida Auris.

In caso di positività da MRSA si prescrive decolonizzazione.

Se un paziente risulta positivo durante il ricovero di BMR si prendono le precauzioni di isolamento e terapia mirata.

Il personale sanitario partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio infettivo e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti

La/L' misurazione è stata svolta nel 2023.

Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.

I risultati saranno pubblicati nel Rapporto 2024

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 Well-fare aziendale

Well-fare aziendale: progetto di intervento per il miglioramento del benessere del personale

Durata: 3-5 anni. Inizio 2023

Obiettivo: riconoscere ed intervenire preventivamente rispetto a fattori di rischio e stress lavoro correlato, migliori relazioni interpersonali all'interno delle équipes e tra équipes, maggior coinvolgimento e motivazione del personale, miglioramento nella qualità dei servizi e nell'efficienza produttiva, riduzione degli indici di turnover, assenteismo, malattia.

Metodologia: Workshops esperienziali di gruppo - analisi clima organizzativo

18.1.2 Apertura Medicentro Pediatrico

L'Ambulatorio Pediatrico è un servizio del Medicentro Pediatrico che **risponde alle esigenze dei bambini e adolescenti quando gli studi medici di competenza sono chiusi** o non si riesce a fissare un appuntamento rapidamente.

Il laboratorio di analisi mediche e il servizio di radiologia presenti in Clinica garantiscono una presa a carico rapida e completa.

18.1.3 Formazione/simulazione urgenza REA

Obiettivo generale

Sviluppare le competenze del personale curante nella gestione efficace delle emergenze attraverso simulazioni ad alta fedeltà, al fine di migliorare la prontezza e la risposta del team di fronte a situazioni critiche in reparto o in AVU

Obiettivi specifici

- Conoscere i modi d'allarme
- Riconoscere una situazione d'urgenza
- Accrescere le competenze di comunicazione e coordinazione all'interno del team durante situazioni di emergenza, promuovendo una comunicazione chiara ed efficace tra i membri del personale.
- Applicare le conoscenze acquisite durante la formazione nella pratica clinica attraverso simulazioni ad alta fedeltà, praticando la valutazione rapida della situazione, la presa di decisioni e l'implementazione delle procedure di emergenza.
- Esercitare le conoscenze tecniche secondo il livello di formazione
- Valutare criticamente le proprie prestazioni e quelle del team durante le simulazioni ad alta fedeltà, identificando punti di forza e aree di miglioramento per il continuo sviluppo delle competenze nel trattamento delle emergenze.
- Identificare e valutare problemi latenti nell'organizzazione
- Discutere la comunicazione con il / la paziente e i suoi familiari

18.1.4 Apertura Centro multidisciplinare specializzato nella diagnosi e nella cura delle patologie linfatiche

Il Dr. med. Corrado Campisi, specialista in Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, uno dei massimi esperti a livello mondiale nel campo dei linfedemi e dei lipedemi, coordina da novembre 2023 nella Clinica Sant'Anna di Sorengo un Centro multidisciplinare specializzato nella diagnosi e nella cura delle patologie linfatiche

18.2 Progetti conclusi nel 2023

18.2.1 Ottenimento riconoscimento quale centro di formazione post graduata in chirurgia

Questo riconoscimento è un'ulteriore importante testimonianza dell'alta qualità e professionalità delle figure specialistiche che esercitano nelle nostre cliniche, facenti capo al Gruppo Swiss Medical Network a dimostrazione che anche le cliniche del settore privato ticinese si impegnano con successo nella formazione, a complemento di quanto fa il servizio pubblico.

18.2.2 Ottenimento certificazione da parte dell'Associazione Svizzera di Woundcare (SAfW) per ambulatorio cura Ferite

L'Ambulatorio Cura Ferite della Clinica Sant'Anna ha ottenuto la prestigiosa certificazione da parte dell'Associazione Svizzera di Woundcare (SAfW).

Questo riconoscimento sottolinea l'eccellenza e l'innovazione del nostro approccio alla cura delle ferite, ratificato attraverso il nostro rivoluzionario Wundkonzept (concetto di cura).

Il riconoscimento ha validità di tre anni ed è frutto della costante dedizione mirata all'eccellenza e all'aggiornamento continuo.

La Clinica Sant'Anna – ad oggi - è l'unica struttura in Ticino ad aver tale certificazione, a testimonianza del nostro impegno unico e dell'eccellenza nel servizio, e diviene il polo di riferimento essenziale per medici e terapie all'avanguardia nella cura delle ferite.

L'Ambulatorio è altresì riconosciuto come Centro di formazione per la promozione dell'educazione e dello sviluppo professionale nel campo della cura delle ferite.

18.2.3 Laboratorio di simulazione in situ: le emergenze in sala parto

Il laboratorio di simulazione fornisce gli elementi per lo più pratici per l'identificazione precoce ed il trattamento delle più comuni emergenze in sala parto, situazioni che presuppongono lo sviluppo di capacità a lavorare in team multidisciplinari, capacità di leadership e di saper comunicare in modo efficace all'interno del gruppo, con le partorienti e con i familiari. Pertanto, il laboratorio ha l'obiettivo di fornire a ostetriche, ginecologi, anestesisti e tutto il personale sanitario che lavora in sala parto la conoscenza delle abilità tecniche e non tecniche necessarie per affrontare in sicurezza le principali emergenze ostetriche. Il laboratorio ha come finalità la formazione del personale sanitario con solide abilità gestuali, competenze cliniche e decisionali, così come capacità di lavorare in équipe e di relazionarsi con il paziente ed i suoi familiari in modo efficace. Gli scenari di simulazione si svolgeranno nei reali ambienti di cura nel tentativo di raggiungere un elevato livello di fedeltà e realismo ed ha come obiettivo quello di identificare, valutare e risolvere le minacce e i problemi latenti e di sviluppare nuovi processi di sistema.

Metodologia didattica: La metodologia didattica comprende:

- Lezioni frontali svolte da istruttori/facilitatori tramite diapositive e filmati. Al termine di ogni lezione, i partecipanti, in discussione plenaria, sono invitati a porre domande, aprire la discussione e chiedere approfondimenti;
- Svolgimento di esercitazioni pratiche per equipe multidisciplinari (anestesisti, ginecologi, ostetriche, infermieri) attraverso la simulazione di scenari semplici e complessi, con ausilio di simulatori ad alta fedeltà e presso gli ambienti clinici della Clinica Sant'Anna.
- Le sessioni di pratica verranno seguite da un debriefing strutturato che condurrà i partecipanti alla riflessione sul lavoro svolto.

18.2.4 Partecipazione alla settimana d'azione per la sicurezza dei pazienti

Durata: dall'11.09.2023 al 17.09.2023

Nelle cliniche dello Swiss Medical Network la sicurezza dei pazienti è sempre una priorità assoluta. Nel 2023 ci si è focalizzati sulla prevenzione degli errori, offrendo allo stesso tempo ai pazienti l'opportunità di esprimere le proprie opinioni. Per questo motivo, è stato deciso di dedicarsi al progetto «@Paziente: #Speak Up!». Questo permette, nell'ambito di un'assistenza integrata, di coinvolgere ancora di più i nostri pazienti nel processo di cura offrendo loro una maggiore sicurezza.

Spesso ci sono timori o preoccupazioni, come la paura di un trattamento peggiore, per cui alcuni pazienti non parlano in situazioni difficili. È qui che interviene Speak Up. Speak Up è sempre esente da sanzioni e funziona in modo costruttivo. Attraverso la buona esperienza di raccontare le situazioni difficili e gli errori si ottiene un apprendimento positivo.

Attività:

- Durante tutta la settimana, i dipendenti indossano una spilla «@Paziente: #Speak Up!».
- In accettazione predisposto tavolo con materiale informativo
- Esposti poster informativi e video su televisori in accettazione
- Il personale dell'accettazione ha consegnato un flyer e un piccolo regalo ai pazienti
- Tutte le informazioni https://www.swissmedical.net/it/news-eventi/20230724_settimana-della-sicurezza-del-paziente

18.3 Progetti di certificazione in corso

18.3.1 Nessun progetto nell'anno in esame

Nell'anno 2023 non è stato elaborato nessun progetto di certificazione

19 Conclusione e prospettive

Il 2022 è stato l'anno della ripartenza, mentre il 2023 è senza dubbio l'anno delle conferme.

Gli importanti investimenti e la conseguente riorganizzazione, che ci hanno permesso di trasformare la Clinica Sant'Anna in una struttura di medicina integrata multi disciplinare, sono la chiave del successo. Un anno quindi, il 2023, ricco di innovazioni e di progetti completati e consolidati, con un interessante ulteriore sviluppo delle nostre capacità di presa a carico del paziente e di risposta alle necessità dei medici invianti del territorio. Il tutto rafforzando anche lo spirito collaborativo e propositivo del personale curante che, forte delle sue competenze, ha potuto gestire una piattaforma curativa più ampia e meglio organizzata, così da poter rispondere con ancora maggiore efficacia ed efficienza ai bisogni di presa a carico a 360 gradi del paziente e anche della sua famiglia.

Una visione lungimirante che ci permette di migliorare ulteriormente la qualità dei servizi offerti ma anche, allo stesso tempo, contenere e controllare ancora meglio i costi di gestione, con relativa ottimizzazione dell'economicità della Clinica. Un aspetto questo estremamente importante e ancor più indispensabile per assicurare una gestione sanitaria ad ampio raggio, che contribuisca fattivamente al contenimento dell'aumento dei costi sanitari, mettendo in primo piano l'interesse del modello sanitario e non unicamente quello della Clinica.

In linea con la cultura aziendale che riconosce l'importanza del capitale umano, abbiamo incrementato nel tempo il nostro impegno nell'ambito formativo collaborando con tutte le scuole del settore e con l'Università della Svizzera Italiana, garantendo supporto e posti di formazione, così come sostenendo la formazione continua dei nostri collaboratori.

Anche in questo caso un modo d'essere e di pensare il nostro, che guarda sempre al futuro con rinnovato ottimismo ed entusiasmo.

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.

Per maggiori informazioni sull'offerta dell'istituto, potete rivolgervi all'ospedale o alla clinica, o consultare l'attuale rapporto annuale.

Somatica acuta

Offerta seconda pianificazione ospedaliera / gruppi di prestazione
Base
Pacchetto base per la chirurgia e la medicina interna
Ginecologia
Ginecologia
Centro di senologia riconosciuto e certificato
Ostetricia
Assistenza di base in ostetricia (dalla 35a settimana di gestazione e \geq 2000g)
Nascite
Assistenza di base ai neonati (dalla 35a 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/qualita/rapportosullaqualita/



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 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/chisiamo/commissionidispecialisti/



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): www.samw.ch.