

Rapporto sulla qualità 2024

secondo il modello di H+

Approvazione in data:
Tramite:

28.05.2025
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 2024.

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 2024

Signora
Stefania Zoccatelli
0919851278
zsoccatelli@clnicasantanna.ch

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

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

Le sfide per ospedali e cliniche rimangono variegata. A questi ultimi deve riuscire un continuo atto di equilibrio tra redditività e garanzia della qualità.

La carenza di personale e le tariffe che non coprono i costi hanno continuato a essere un argomento importante per H+ e gli ospedali. All'inizio del mese di novembre 2024 il sistema tariffale complessivo ambulatoriale è stato inoltrato al Consiglio federale per approvazione. Molti ospedali e cliniche già hanno avviato il progetto ed eseguito i primi passi.

In data 22 maggio 2024 il Consiglio federale ha approvato la Convenzione sulla qualità (CQ58a) stipulata tra curafutura, santésuisse e H+ (cfr. [Comunicato stampa del Consiglio federale](#)) e l'ha messa in vigore da subito. La CQ58a stabilisce regole chiare per uno sviluppo vincolante e trasparente della qualità; essa vale per tutti gli ospedali e le cliniche a livello nazionale.

H+ ha stipulato una convenzione sulla qualità analoga con la Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM). Per ulteriori informazioni relative alla Convenzione sulla qualità rinviamo al sito web di H+: www.hplus.ch – qualità – convenzione sulla qualità. Quale luogo della pubblicazione è stata scelta la piattaforma info-ospedali.ch. Fino alla fine del 2024 gli ospedali e le cliniche hanno effettuato la loro prima autocertificazione. Dal modello di rapporto 2025 tali informazioni fornite in merito allo sviluppo della qualità saranno automaticamente integrate nel rapporto sulla qualità di H+.

Il rapporto sulla qualità 2024 è suddiviso nei seguenti settori di tipologie: Medicina somatica acuta, Riabilitazione e Psichiatria. Nella «Panoramica su tutte le attività in materia di qualità» gli ospedali e le cliniche hanno l'opportunità di riferire sulle Patient-Reported Outcome Measures (PROMs).

Nell'attuale rapporto sulla qualità, inoltre, per la prima volta possono essere elencate le procedure IQM Peer Review.

In futuro la misurazione finora esistente degli indicatori caduta e decubito sarà sostituita. Su iniziativa di ospedali e cliniche, l'ANQ sta esaminando e sviluppando ulteriormente altri metodi per il rilevamento dei dati. L'obiettivo è rendere fruibili in futuro dati di routine clinici dalle documentazioni elettroniche dei pazienti, per misurazioni nazionali della qualità più convenienti.

Oltre alle misurazioni effettuate dagli ospedali, il rapporto sulla qualità contiene pure le misurazioni della qualità dell'ANQ vincolanti e unitarie a livello nazionale. 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 2024 | 9 |
| 3.2 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2024..... | 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 Il Cantone non prescrive misurazioni della qualità per il nostro istituto. | |
| 4.3 Svolgimento di altre misurazioni interne | 12 |
| 4.4 Attività e progetti nell'ambito della qualità | 13 |
| 4.4.1 CIRS – imparare dagli errori | 20 |
| 4.4.2 Review interprofessionale | |
| 4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)..... | 20 |
| 4.5 Panoramica dei registri | 21 |
| 4.6 Panoramica delle certificazioni..... | 22 |
| MISURAZIONI DELLA QUALITÀ | 23 |
| Sondaggi di soddisfazione | 24 |
| 5 Soddisfazione dei pazienti | 24 |
| 5.1 Sondaggio nazionale soddisfazione pazienti somatica acuta – adulti | 24 |
| 5.2 Sondaggi propri..... | 26 |
| 5.2.1 Soddisfazione pazienti - Misurazione interna..... | 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 |
| Misurazioni nella medicina somatica acuta | 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 reinterventi..... | 30 |
| 11 Infezioni | 31 |
| 11.1 Rilevamento nazionale delle infezioni del sito chirurgico | 31 |
| 11.2 Misurazione propria..... | 34 |
| 11.2.1 Sorveglianza microorganismi multiresistenti | 34 |
| 11.2.2 Infezioni respiratorie | 34 |
| 12 Caduta | 35 |
| 12.1 Misurazione propria..... | 35 |
| 12.1.1 Cadute (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ) (somatica acuta)..... | 35 |
| 13 Lesioni da pressione | 37 |
| 13.1 Misurazione propria..... | 37 |
| 13.1.1 Lesioni da pressione (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ) (somatica acuta) | 37 |

| | |
|--|-----------|
| 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 | |
| Una misurazione in questo ambito non è rilevante per il nostro istituto. | |
| Misurazioni nella riabilitazione | 0 |
| 16 Qualità di vita, capacità funzionale e partecipativa | |
| Una misurazione in questo ambito non è rilevante per il nostro istituto. | |
| Ulteriori attività legate alla qualità | 0 |
| 17 Altre misurazioni | |
| Nell'anno in esame, il nostro istituto non ha svolto alcuna altra misurazione. | |
| 18 I progetti in dettaglio..... | 38 |
| 18.1 Progetti in corso | 38 |
| 18.1.1 Sviluppo Rete Sant'Anna: organizzazione sanitaria integrata della Svizzera italiana con al centro il medico di famiglia e il | 38 |
| 18.1.2 Well-fare aziendale | 38 |
| 18.1.3 Inserimento documentazione nel nuovo software per la gestione dei documenti qualità (IMS) e formazione del personale..... | 38 |
| 18.1.4 Formazione (studenti master e studenti in medicina, allievi, apprendisti e stagiaires) | 39 |
| 18.2 Progetti conclusi nel 2024 | 40 |
| 18.2.1 Apertura Pronto Soccorso medicina interna-chirurgia | 40 |
| 18.2.2 Ottenimento certificazione EUREF | 40 |
| 18.2.3 Apertura Centro Linfedema e Lipedema | 40 |
| 18.2.4 Apertura Medicentro pediatrico | 40 |
| 18.3 Progetti di certificazione in corso | 41 |
| 18.3.1 Certificazione senologia DKG | 41 |
| 19 Conclusione e prospettive | 42 |
| Annesso 1: panoramica dell'offerta dell'istituto | 43 |
| Somatica acuta..... | 43 |
| Editore | 44 |

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:

- Pronto Soccorso medicina interna/chirurgia
- Pronto soccorso ostetrico
- Centro di Senologia
- Centro di Pelvi Perineologia
- Centro di cura dell'obesità
- Centro di linfedema e lipodema
- Mediacentro
- Mediacentro pediatrico
- 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

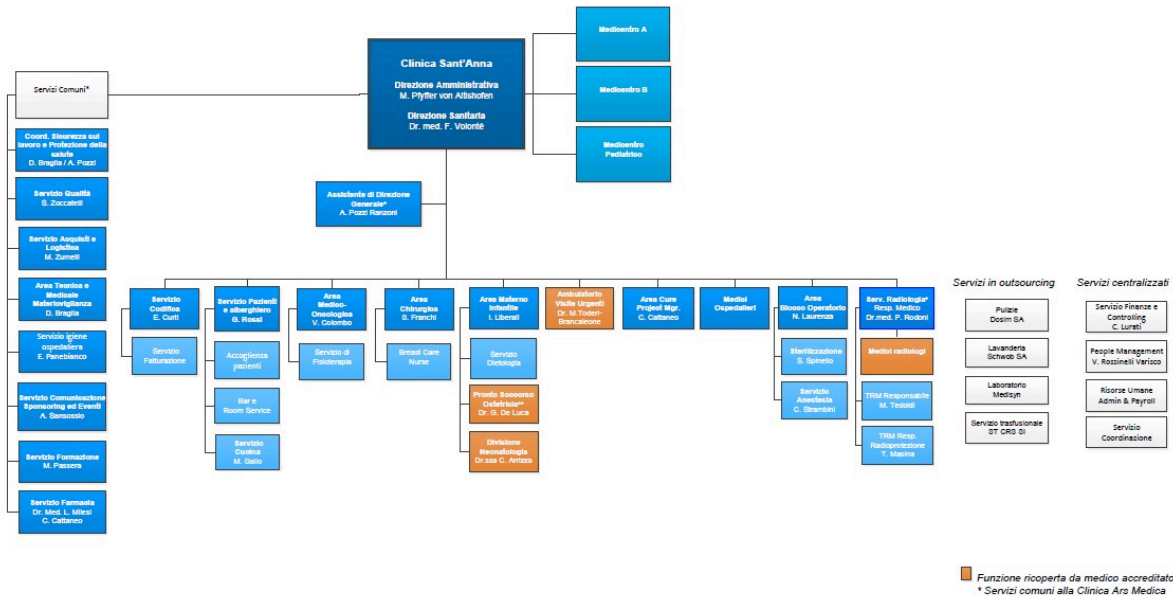
Dal 2012 la Clinica Sant'Anna è membro di Swiss Medical Network.

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

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

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 2024

- Apertura Pronto Soccorso medicina interna-chirurgia (vedi progetti conclusi)
- Ottenimento certificazione EUREF (European Reference Organisation for Quality Assured Breast) (vedi progetti conclusi)
- Sviluppo rete Sant'Anna: organizzazione sanitaria integrata della Svizzera italiana con al centro il medico di famiglia e il paziente (vedi progetti in corso)
- Attuazione degli obiettivi quadriennali fissati dal Consiglio Federale e i requisiti stabiliti nel Regolamento sulla qualità e sicurezza delle strutture ospedaliere
- Sviluppo progetto certificazione senologia DKG (Brustkrebszentrender Deutschen Krebsgesellschaft) con l'obiettivo dell'ottenimento certificato a luglio 2025
- Apertura Medicentro pediatrico (vedi progetti in conclusi)
- Apertura Centro Linfodema e Lipodema (vedi progetti concusi)
- Reintegrazione del servizio anestesia per una miglior risposta ai processi interni di qualità e sicurezza.

3.2 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2024

Formazione

- Invio candidatura come Centro di formazione post-graduata in ginecologia-ostetricia
- Formazione continua BLS: nel 2024 sono stati erogati 36 corsi BLS-DAE. Hanno partecipato 92 collaboratori. 3 gli istruttori interni certificati che hanno gestito i corsi.
- Formazione (studenti master e studenti in medicina, allievi, apprendisti e stagiaires): vedi *Progetti in corso*
- Formazione sulle emergenze ostetriche in sala parto (SIMULAZIONI IN SITU): Formazione organizzata in collaborazione con il CeSi (laboratorio di simulazione per professionisti della salute attuali e futuri il cui scopo è quello di migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza dei pazienti) con la partecipazione di tutto il team di ostetriche, infermieri di anestesia, medici anestesisti ed alcuni medici ginecologi.

Documentazione qualità:

- Inserimento documentazione nel nuovo software per la gestione dei documenti qualità (IMS) e formazione del personale

Soddisfazione paziente

- Miglioramento del questionario di soddisfazione con l'obiettivo di raccogliere informazioni da parte dei pazienti e migliorare la qualità dei servizi offerti. Il questionario è stato ampliato includendo tutte le fasi di cura ed è stato unificato a livello di gruppo così da permettere un benchmarking interno.

Chirurgia sicura

- Eseguiti audit nel corso dell'anno sulla base di criteri specifici forniti dal gruppo SMN con l'obiettivo di incrementare ulteriormente la sicurezza nelle procedure chirurgiche.

Audit interni qualità-igiene-sicurezza

- Eseguiti audit interni su tutti i processi della clinica negli ambiti qualità-igiene-sicurezza con l'obiettivo di verificare la conformità ai requisiti normativi, alle linee guida, alle procedure interne e agli standard di qualità con lo scopo di individuare aree di miglioramento e ottimizzazione.

Ricertificazione ISO 9001

- Ottenimento del rinnovo certificazione ISO 9001. La certificazione significa che la clinica ha implementato un sistema di gestione della qualità che soddisfa i requisiti di questa norma internazionale. Questo dimostra che la clinica è in grado di fornire in modo costante e coerente servizi sanitari che soddisfino le esigenze dei pazienti e rispettino le normative.

3.3 Sviluppo della qualità nei prossimi anni

- Revisione della documentazione del sistema di qualità in funzione dell'introduzione della cartella informatizzata
- Sviluppo cure intermedie
- Certificazione senologia DKG (Brustkrebszentrender Deutschen Krebsgesellschaft)
- Riconoscimento Centro di formazione post graduata in medicina interna
- Divenire membro del MAYO Clinic Care Network
- Sviluppo micro chirurgia senologica

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:

somatica acuta

- Sondaggio nazionale soddisfazione pazienti somatica acuta – adulti
- Misurazione nazionale delle infezioni postoperatorie del sito chirurgico Swissnoso
- 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 |

| Il nostro istituto ha svolto le seguenti misurazioni interne: |
|--|
| <i>Interventi chirurgici</i> |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Monitoraggio continuo reinterventi |
| <i>Infezioni</i> |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Sorveglianza microorganismi multiresistenti▪ Infezioni respiratorie |
| <i>Caduta</i> |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Cadute (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ) (somatica acuta) |
| <i>Lesioni da pressione</i> |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Lesioni da pressione (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ) (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 | Configurazione di una cartella informatizzata e formazione del personale |
| Settore nel quale si svolge il progetto | Gruppo di lavoro ad hoc |
| Progetto: durata (dal...al) | 2022-2025 |
| Tipo di progetto | Si tratta di un progetto interno. |
| Metodo | Progetto di Gruppo Swiss Medical Network |

Settimana di azione Sicurezza dei pazienti

| | |
|--|---|
| Obiettivo | Aumentare la consapevolezza sulla sicurezza dei pazienti in generale e sul tema annuale specifico |
| Settore nel quale si svolge il progetto | "Diagnosi. Un gioco di squadra"? |
| Progetto: durata (dal...al) | 15-19 SETTEMBRE 2024 |

Centro di formazione post-graduata in ginecologia-ostetricia

| | |
|--|---|
| Obiettivo | Riconoscimento come Centro di formazione post-graduata ginecologia-ostetricia |
| Settore nel quale si svolge il progetto | Formazione |
| Progetto: durata (dal...al) | 2024-2025 |
| Metodo | Invio candidatura, in attesa di audit |

Well-fare aziendale

| | |
|--|---|
| Obiettivo | Progetto di intervento per il miglioramento del benessere del personale |
| Settore nel quale si svolge il progetto | Sicurezza sul lavoro e protezione della salute |
| Progetto: durata (dal...al) | Durata: 3-5 anni. Inizio 2023 |

Sviluppo unità di cure intermedie

| | |
|--|-----------------------------------|
| Obiettivo | Soddisfazione dei requisiti |
| Settore nel quale si svolge il progetto | Cure |
| Progetto: durata (dal...al) | 2025 |
| Tipo di progetto | Si tratta di un progetto interno. |

Gestione infermieristica del MIDLINE (catetere venoso periferico a breve – medio termine costruito con materiale biocompatibile e posizionato in una vena del braccio attraverso guida ecografica)

| | |
|--|---|
| Obiettivo | Ottenere una standardizzazione nella gestione del PICC e nella scelta del corretto accesso venoso |
| Settore nel quale si svolge il progetto | Cure |
| Progetto: durata (dal...al) | |
| Tipo di progetto | Si tratta di un progetto interno. |

Concetto Qualità

| | |
|--|--|
| Obiettivo | Sviluppo di un concetto per la qualità comune a tutte le Cliniche del Gruppo |
| Settore nel quale si svolge il progetto | Intero istituto |
| Progetto: durata (dal...al) | 2024 |
| Tipo di progetto | Si tratta di un progetto interno. |
| Motivazione | Sviluppare la cultura e la struttura organizzativa della qualità all'interno della clinica |

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

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...) | Tutto l'anno |
| Tipo di attività | Si tratta di un'attività interna. |
| Metodo | Dichiarazione di errori sistemici, rischi, eventi critici quasi incidenti, tramite portale di annuncio dedicato. |

AUDIT INTERNI

| | |
|---|--|
| Obiettivo | Verificare la conformità alle norme vigenti e fornire raccomandazioni per il miglioramento dell'organizzazione |
| Settore nel quale si svolge l'attività | Qualità |
| Attività: durata (dal...) | Tutto l'anno |
| Tipo di attività | Si tratta di un'attività interna. |

CHIRURGIA SICURA

| | |
|---|---|
| Obiettivo | Monitoraggio strutturato attraverso strumenti quali audit interni |
| Settore nel quale si svolge l'attività | Qualità-Sicurezza dei pazienti |
| Attività: durata (dal...) | Dal 2023 |
| Tipo di attività | Si tratta di un'attività interna. |
| Metodo | Progetto di Gruppo Swiss Medical Network |

COMITATO QUALITA' GRUPPO SMN

| | |
|---|--|
| Obiettivo | Implementazione progetti, condivisione esperienze e metodi di lavoro |
| 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 |

COMITATO QUALITA'

| | |
|---|--|
| Obiettivo | Discussione casi segnalati sul portale di annuncio, risultati misurazioni ANQ e interne, discussione risultati audit e misure di miglioramento della qualità |
| Settore nel quale si svolge l'attività | Qualità |
| Attività: durata (dal...) | |
| Tipo di attività | Si tratta di un'attività interna. |
| Gruppi professionali coinvolti | Il Comitato Qualità è costituito da un team multidisciplinare e composta da membri attivi e altre figure professionali su chiamata |

COMMISSIONE IGIENE

| | |
|---|--|
| Obiettivo | Garantire che le normative d'igiene vengano rispettate e assicurare il costante miglioramento della qualità delle cure e il monitoraggio continuo degli aspetti dell'igiene ospedaliera e della prevenzione delle infezioni nosocomiali. |
| Settore nel quale si svolge l'attività | Igiene ospedaliera |
| Attività: durata (dal...) | |
| Tipo di attività | Si tratta di un'attività interna. |
| Metodo | La Commissione igiene si riunisce 4 volte l'anno. |
| Gruppi professionali coinvolti | La Commissione d'igiene è costituita da rappresentanti delle differenti professioni mediche e paramediche presenti nella clinica e composta da membri attivi altre figure professionali su chiamata |

COMMISSIONE MEDICA

| | |
|---|---|
| Obiettivo | Discussione di problematiche mediche |
| Settore nel quale si svolge l'attività | Area Medica |
| Attività: durata (dal...) | |
| Tipo di attività | Si tratta di un'attività interna. |
| Metodo | Riunioni bimestrali |
| Gruppi professionali coinvolti | Tutti i servizi della Clinica con referenti o responsabili , direzione medica e direzione amministrativa. |

GRUPPO SICUREZZA

| | |
|---|--|
| Obiettivo | Sensibilizzazione ai capi servizio sui temi SLPS con lo scopo che divulgino ai loro collaboratori le iniziative intraprese, le campagne in corso e le nuove procedure introdotte |
| Settore nel quale si svolge l'attività | Sicurezza sul Lavoro e Tutela della Salute (SLPS). |
| Attività: durata (dal...) | |
| Tipo di attività | Si tratta di un'attività interna. |
| Metodo | Incontri informativi, aggiornamenti su infortuni prof e non prof, definizione formazioni da svolgere |
| Gruppi professionali coinvolti | Capi servizio |

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 |

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 |

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 |

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. |

CADUTE (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ)

| | |
|---|---|
| Obiettivo | Rilevamento di tutte le cadute verificatesi nel corso dell'anno e analisi dei risultati |
| Settore nel quale si svolge l'attività | Tutta la clinica |
| Attività: durata (dal...) | |
| Tipo di attività | Si tratta di un'attività interna. |

LESIONI DA PRESSIONE (altre che con il metodo LPZ dell'ANQ)

| | |
|---|---|
| Obiettivo | Rilevamento di tutte le lesioni da pressione verificatesi nel corso dell'anno e analisi dei risultati |
| Settore nel quale si svolge l'attività | Tutta la clinica |
| Attività: durata (dal...) | |
| Tipo di attività | Si tratta di un'attività interna. |

SORVEGLIANZA MICROORGANISMI MULTIRESISTENTI

| | |
|---|--|
| Obiettivo | Avere una cultura basata sulla sicurezza dei pazienti identificando secondo i criteri delle linee guida nazionali i microorganismi multiresistenti |
| Settore nel quale si svolge l'attività | Igiene ospedaliera |
| Attività: durata (dal...) | |
| Tipo di attività | Si tratta di un'attività interna. |
| Motivazione | Sviluppo di strategie di prevenzione e terapeutiche |
| Metodo | Secondo linee guida Swissnoso |

INFEZIONI RESPIRATORIE

| | |
|---|---|
| Obiettivo | Identificare precocemente i casi sintomatici sospetti o confermati da esame microbiologico e ridurre il rischio di trasmissione nosocomiale |
| Settore nel quale si svolge l'attività | Igiene ospedaliera - Medicina-oncologia |
| Attività: durata (dal...) | |
| Tipo di attività | Si tratta di un'attività interna. |
| Motivazione | Attuare tempestivamente misure di contenimento |

Strumento di gestione del management della qualità

| | |
|---|--|
| Obiettivo | Implementazione di IMS come singolo pacchetto software di gestione della qualità (libreria di documenti) |
| Settore nel quale si svolge l'attività | Intero istituto |
| Attività: durata (dal...) | dal 2022 |
| Tipo di attività | Si tratta di un'attività interna. |
| Motivazione | Migliorare la descrizione dei processi e l'attuale libreria di documenti utilizzando lo strumento IMS. |
| Metodo | Formazione da parte del fornitore di servizio, formazione interna e affiancamento agli utenti |
| Gruppi professionali coinvolti | Qualità, dipendenti |
| Valutazione attività/progetto | Soddisfazione dello strumento |

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 |

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.

4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)

I Patient-Reported Outcome Measures (PROM) misurano in che modo le e i pazienti percepiscono l'effetto a livello individuale, soggettivo, di un trattamento ottenuto sulla loro qualità di vita.

Oltre a ulteriori indicatori, i PROM misurano in particolare la qualità di trattamento e forniscono una raffigurazione della qualità di vita delle e dei pazienti secondo i loro valori, le loro preferenze e idee individuali. La misurazione viene effettuata prima, durante e dopo un trattamento, mediante questionari standardizzati e validati a livello internazionale, riferiti allo stato di salute soggettivo. Il rilevamento e l'analisi di PROM sono utili a più livelli. Aiutano ad esempio a migliorare la comunicazione e la ricerca partecipativa delle decisioni (Shared decision making) con la/il paziente. Il personale specializzato medico-sanitario ottiene inoltre un riscontro immediato circa il successo del trattamento dal punto di vista delle e dei pazienti e può introdurre ulteriori misure.

| La nostra azienda ha effettuato/previsto le seguenti misurazioni PROM: | | | | | |
|--|------------------------|--|--------------------------------------|---------------------|--|
| Quadro clinico | Settore di prestazioni | Percorso/i assistenziale/i /clinica/-che | Score impiegato/i | Avvio o pianificato | Commenti |
| Interventi di ernia inguinale | Basispaket (I) | Chirurgia | Questionario sviluppato internamente | Febbraio 2021 | Compilazione del questionario in fase pre-operatoria ed a 6 mesi dall'intervento |
| Interventi di emorroidectomia | Basispaket (I) | Chirurgia | Questionario sviluppato internamente | Aprile 2022 | Compilazione del questionario in fase pre-operatoria ed a 6 mesi dall'intervento |

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 |
| MS Statistica medica degli ospedali | Tutti | Ufficio federale di statistica www.bfs.admin.ch | 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, infectiologia, cardiologia, medicina intensiva | Verein Swissnoso www.swissnoso.ch | Dall'introduzione |
| SWISSRECA Swiss Registry of Cardiac Arrest | Anestesiologia, medicina interna generale, neurologia, prevenzione e salute pubblica, cardiologia, medicina intensiva, medicina d'urgenza, pronto soccorso | Interverband für Rettungswesen IVR-IAS www.ivr-ias.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 | 2024 | Ottobre 2024 Audit di Ricertificazione |
| Certificazione EUREF (European Reference Organisation for Quality Assured Breast Screening and Diagnostic Services). | Radiologia | 2024 | - | Validità 5 anni |
| Level IIA Neonatal Special Care Unit | Neonatologia | 2021 | - | Validità 5 anni |
| SLH | Intero istituto | 2019 | 2021 | Fine certificazione 31.12.2023 |
| REKOLE | Intero istituto | 2010 | 2024 | |

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 Sondaggio nazionale soddisfazione pazienti somatica acuta – adulti

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 2024 (IC* = 95%) |
|--|-----------------------------|-------------------|---------|--|
| | 2019 | 2021 | 2023 | |
| Clinica Sant' Anna | | | | |
| Come valuta la qualità delle cure (dei medici e del personale infermieristico)? | 4.11 | 4.18 | 4.29 | – (–) |
| Ha avuto la possibilità di porre delle domande? | 4.35 | 4.57 | 4.47 | – (–) |
| Ha ricevuto risposte comprensibili alle Sue domande? | 4.59 | 4.63 | 4.64 | – (–) |
| Le è stato spiegato in maniera comprensibile lo scopo dei farmaci da assumere a domicilio? | 4.57 | 4.83 | 4.54 | – (–) |
| Com'era l'organizzazione della Sua dimissione dall'ospedale? | 3.78 | 3.98 | 4.04 | – (–) |
| Come ha trovato la durata del Suo soggiorno in ospedale? | 96.10 % | 95.10 % | 95.00 % | – % |
| Numero di questionari distribuiti 2024 | | | | – |
| Numero di questionari analizzati | – | Tasso di risposta | | – % |

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, 2022 e 2024, per la medicina somatica acuta, non è stato svolto alcun sondaggio regolare sulla soddisfazione (ANQ). Vengono illustrati solamente gli anni precedenti in cui si sono tenuti dei sondaggi e per cui sono disponibili dei valori. Dal 2025 seguirà un nuovo sondaggio in un formato ampliato:

Il questionario breve dell'ANQ che gli ospedali e le cliniche impiegavano dal 2011 per la misurazione

nazionale della soddisfazione consisteva in cinque-sei domande. Per permettere in futuro di porre domande più approfondite in merito a tutte le dimensioni rilevanti e di monitorare in modo più dettagliato la prospettiva delle/dei pazienti sul lungo periodo, dal 2025 il questionario breve dell'ANQ sarà sostituito da uno strumento differenziato di inchiesta. In futuro l'accento non sarà più posto sulla soddisfazione dei pazienti, bensì sull'esperienza dei pazienti (PREMs – Patient Reported Experience Measures).

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 | 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 –. |
| | Criteri d'esclusione | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pazienti deceduti in ospedale. ▪ Pazienti senza domicilio fisso in Svizzera, eccezione: Principato del Liechtenstein. ▪ 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 2024.

Intero istituto

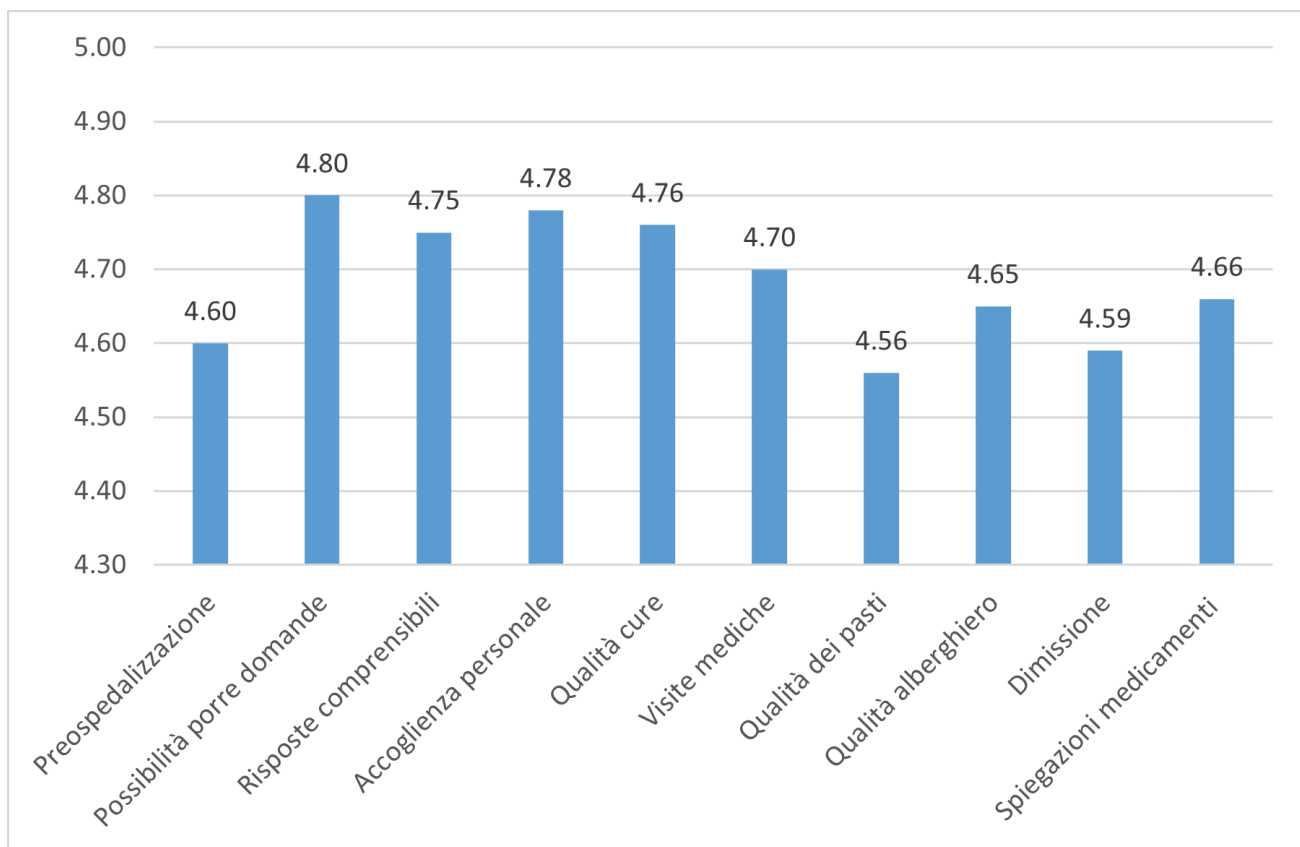
Metodo di compilazione

- Inserimento dal paziente tramite I PAD alla dimissione oppure
- Invio questionario tramite e-mail

Percentuale di ritorno: 21.1%

Media generale: 4.69

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



Valutazione dei risultati e attività di miglioramento

Gli aspetti critici che impattano sulla media sono legati alla qualità dei pasti e alla dimissione. In particolare, abbiamo riscontrato valutazioni basse sulla “colazione” in quanto ritenuta carente di proteine. Come azione correttiva abbiamo modificato il questionario alimentare introducendo tra le proposte la parte proteica.

La problematica relativa alla dimissione è che, quando la dimissione è legata al passaggio del medico accreditato l'orario può subire variazioni con disagi per il paziente. Come azione correttiva è stata introdotta la prassi che questo aspetto va chiarito il giorno prima dall'infermiera direttamente con il paziente.

Informazioni relative alla misurazione

| | |
|--|--|
| Metodo/strumento sviluppato internamente | |
|--|--|

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

Misurazioni nella medicina somatica acuta

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 | Dati UST 2022 |
|--------------------------------|--|--|
| Clinica Sant' Anna | Tasso aggiustato in base al rischio | Tasso aggiustato in base al rischio |
| Coorte a livello di ospedale | 5.05 % | 4.92 % |
| Coorte chirurgico-ginecologica | 3.2 % | 3.05 % |
| Altra coorte medico-sanitaria | 7.98 % | 10.84 % |

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.

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

I risultati 2022 rientrano nella norma, migliorati rispetto al 2021.

I casi che, seppur ancora nella norma, necessitano di un'analisi sono legati alla medicina e oncologia.

I dati saranno analizzati singolarmente.

| 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 reinterventi

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 2024.
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
- Taglio cesareo
- Asportazioni dell'utero (totale)
- Asportazioni dell'utero (vaginale)
- Asportazioni dell'utero (addominale)

Risultati

Risultati del periodo di misurazione (senza impianti protesici) 1° ottobre 2023 – 30 settembre 2024

| interventi chirurgici | Numero d'interventi valutati (Total) | Numero di infezioni accertate (N) | Tasso di infezioni aggiustato dell'anno precedente % | | | Tasso di infezioni aggiustato % (IC*) |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|--|-----------|-----------|---------------------------------------|
| | | | 2023/2024 | 2023/2024 | 2020/2021 | 2021/2022 |
| Clinica Sant' Anna | | | | | | |
| Colecistectomia | 55 | 0 | - | - | 2.90% | 0.00% (0.00% - 0.00%) |
| Appendicectomia | 20 | 0 | 0.00% | 0.00% | 2.90% | 0.00% (0.00% - 0.00%) |
| *** Appendicectomie effettuate in bambini e adolescenti | 0 | 0 | - | - | - | 0.00% (0.00% - 0.00%) |
| *** Operazioni al colon | 12 | 0 | - | - | 32.10% | 0.00% (0.00% - 0.00%) |
| Taglio cesareo | 321 | 1 | - | - | - | 0.20% (0.00% - 0.80%) |
| Asportazioni dell'utero (totale) | 100 | 2 | - | - | 2.10% | 2.20% (0.00% - 5.10%) |
| Asportazioni dell'utero (vaginale) | 54 | 1 | - | - | 2.10% | 1.60% (0.00% - 4.90%) |
| Asportazioni dell'utero (addominale) | 46 | 1 | - | - | 2.00% | 2.20% (0.00% - 6.50%) |

* 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

L'analisi dei dati relativi alle infezioni post-operatorie mostra nel complesso un eccellente controllo del rischio infettivo nei principali ambiti chirurgici monitorati.

Si evidenziano risultati particolarmente positivi nelle procedure di colecistectomia, appendicectomia in adulti e chirurgia del colon, dove non si sono registrate infezioni.

Questo suggerisce un'efficace adozione delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni, nonostante i numeri relativamente contenuti in alcune casistiche (es. chirurgia del colon).

Nel caso delle isterectomie (addominali e vaginali), si osserva un tasso di infezione aggiustato del 2.2%, pari a 2 casi su 100. Questo dato, pur rientrando nei limiti attesi in letteratura, richiede attenzione e può offrire spunti per ulteriori approfondimenti in termini di protocolli adottati, caratteristiche dei pazienti e tipologia di interventi. Infine, il taglio cesareo presenta un tasso di infezione aggiustato del 0.2% (1 su 321 casi), un dato molto contenuto che conferma una eccellente gestione del rischio, considerando anche l'elevato numero di casi trattati.

Nel complesso, i risultati sono incoraggianti e indicano un eccellente livello di qualità assistenziale.

Il costante aggiornamento delle buone pratiche, un'attenta sorveglianza ed il monitoraggio delle procedure rappresentano elementi fondamentali per mantenere elevati gli standard di sicurezza e promuovere un miglioramento continuo nella tutela della salute dei pazienti.

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. |

11.2 Misurazione propria

11.2.1 Sorveglianza microorganismi multiresistenti

Nella strategia dell'antibioticoresistenza svizzera (StAR) vengono seguite le raccomandazioni nazionali per la prevenzione e il controllo dei microorganismi multiresistenti.

Vengono seguiti misure e metodi del documento Swissnoso *Prévention et contrôle des bactéries multi-résistantes (BMR) en dehors de flambées épidémiques*

La/L' misurazione è stata svolta nel 2024.

Tutti i reparti di cura

Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.

I dati vengono discussi all'interno della Commissione d'Igiene

| Informazioni relative alla misurazione | |
|--|--|
| Metodo/strumento sviluppato internamente | |

11.2.2 Infezioni respiratorie

Sorveglianza che consente di attuare tempestivamente misure di contenimento, per infezioni respiratorie sospette o conclamate, quali l'isolamento del paziente con l'adozione dei dispositivi individuali e limitazione dei contatti con altri pazienti degenti.

Tali interventi sono finalizzati non solo alla protezione del singolo paziente, ma anche alla prevenzione della contaminazione ambientale e alla tutela della salute degli altri ricoverati contribuendo a mantenere elevati standard di sicurezza e qualità dell'assistenza.

La/L' misurazione è stata svolta nel 2024.

Medicina-oncologia

Il nostro istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.

I dati vengono discussi all'interno della Commissione d'Igiene

| Informazioni relative alla misurazione | |
|--|--|
| Metodo/strumento sviluppato internamente | |

12 Caduta

Nota sulla misurazione Caduta e decubito: Nessuna misurazione nel 2023 - sostituzione del metodo di misurazione

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.

Per altre informazioni sullo sviluppo ulteriore della misurazione caduta e decubito rinviamo al seguente link:

<https://www.anq.ch/it/settori/medicina-somatica-acuta/informazioni-misurazioni-medicina-somatica-acuta/caduta-e-decubito/>

12.1 Misurazione propria

12.1.1 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 2024.

Intero istituto

| Reparto/Servizio (sono precisate tutte le Aree cure degenza della CSA) | nessuno | leggero | medio | grave | Totale complessivo casi |
|--|-----------|----------|----------|----------|-------------------------|
| chirurgia | 1 | 1 | | | 2 |
| ginecologia | | | | | 0 |
| medicina | 6 | 4 | | | 14 |
| oncologia | 6 | 4 | | | 13 |
| AVU ambulat Visite urg /PS | 1 | | | | 1 |
| ostetricia | 0 | | | | 0 |
| neonatologia | 0 | | | | 0 |
| Totale complessivo | 14 | 9 | 0 | 0 | 30 |

Valutazione dei risultati e attività di miglioramento

L'andamento delle cadute nel confronto con il passato dimostra una rassicurante costanza numerica del fenomeno, tenuto conto dell'aumento del numero dei ricoveri di pazienti di area internistica, con complessità di fragilità, età avanzata e di pluri-patologia.

Confortante il dato degli "esiti" di caduta, senza danni di media e severa gravità.

| Informazioni relative alla misurazione | |
|--|--|
| Metodo/strumento sviluppato internamente | |

13 Lesioni da pressione

Nota sulla misurazione Caduta e decubito: Nessuna misurazione nel 2023 - sostituzione del metodo di misurazione

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.

Per altre informazioni sullo sviluppo ulteriore della misurazione caduta e decubito rinviamo al seguente link:

<https://www.anq.ch/it/settori/medicina-somatica-acuta/informazioni-misurazioni-medicina-somatica-acuta/caduta-e-decubito/>

13.1 Misurazione propria

13.1.1 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 2024.
Intero istituto

Nel corso dell'intero anno 2024 sono state registrati 6 casi di lesioni da pressione.

Valutazione dei risultati e attività di miglioramento

Tutte le LDP registrate hanno riguardato casi di pazienti di area internistico –oncologica. 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. Le scale Braden evidenziano per tutti questi pazienti un rischio già presente al momento dell'ingresso con LDP già presenti al momento dell'ammissione /ricovero

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 Sviluppo Rete Sant'Anna: organizzazione sanitaria integrata della Svizzera italiana con al centro il medico di famiglia e il

Nel mese di ottobre 2024 Swiss Medical Network rafforza la sua presenza nel Canton Ticino con l'acquisizione del **Gruppo Centromedico**, che gestisce dieci centri medici in Ticino e fornisce una parte significativa dell'assistenza medica di base alla popolazione.

Con questa acquisizione, Swiss Medical Network pone le basi per la creazione della **Rete Sant'Anna**, la **seconda regione di cura completamente integrata** in Svizzera, sul modello del Réseau de l'Arc.

La nuova regione promuoverà una stretta collaborazione tra cure ambulatoriali e ospedaliere e introdurrà in Ticino il **piano sanitario VIVA** a partire dal 1° gennaio 2025.

Questo piano innovativo si concentra su un'assistenza preventiva e completa da parte di medici di famiglia supportati dalla figura infermieristica del gestore sanitario nell'ottica di prendersi a carico principalmente della salute della popolazione quale canale per migliorare la sostenibilità del sistema sanitario rendendolo un progetto di responsabilità collettiva e sociale al servizio del territorio.

18.1.2 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

18.1.3 Inserimento documentazione nel nuovo software per la gestione dei documenti qualità (IMS) e formazione del personale

Software per la gestione dei documenti qualità (IMS), utilizzato da tutte le Cliniche del Gruppo

Svolgimento

- Implementazione e formazione del personale sul software per la gestione dei documenti qualità (IMS) (2023-2025)

18.1.4 Formazione (studenti master e studenti in medicina, allievi, apprendisti e stagiaires)

Personale in formazione nel 2024:

70 persone in stage, così distribuite: 29 allievi infermieri, 3 allievi tecnici di radiologia, 2 allievi TSO, 8 apprendisti cure, 1 apprendista assistente di studio medico, 1 apprendista cuoco, 2 apprendisti in logistica, 24 persone che hanno svolto uno stage osservativo-orientativo (scuole medie, orientamento).

La formazione coinvolge tutti i reparti /servizi, ad esclusione di fatturazione/contabilità, bar e centralini. I referenti della formazione sono circa 60 (tutti hanno partecipato ai corsi indetti dal Cantone - Divisione della Formazione Professionale- suffp- Supsi ed hanno il mansionario aggiuntivo per il ruolo di referenti della pratica).

I contratti di prestazione comprendono l'attività di formazione per allievi/studenti di tutte le scuole sociosanitarie presenti in Canton Ticino (Supsi, Scuola infermieri , SSPSS Giubiasco-Canobbio, CPS Mendrisio, CPS Locarno, CPS Lugano).

I posti di stage nel settore sociosanitario sono inseriti nella pianificazione Cantonale, gestita dall'UCSS (ufficio della Divisione della Formazione- DECS) e vengono occupati tutto l'anno (a volte con periodi di sovrapposizione rispetto ai posti disponibili, con sforzi organizzativi e didattici importanti).

Rispondiamo al modello Bernese sul potenziale formativo, che punta all'aumento ogni anno dei posti e delle persone in stage (in risposta alla mozione per cure infermieristiche forti, per potenziare le iscrizioni alla formazioni in questo settore).

La Clinica partecipa ogni anno alla giornata NUOVO FUTURO (evento nazionale) per scardinare gli stereotipi che le professioni sanitarie siano esclusive alle ragazze, ospitando per una giornata 6 ragazzi che fanno una giornata da infermiere.

Inoltre la Clinica collabora con il progetto Mille strade per l'orientamento dei giovani e delle loro famiglie con eventi pubblici e porte aperte (novembre 2024 nel weekend di porte aperte sono stati accolte circa 80 persone).

18.2 Progetti conclusi nel 2024

18.2.1 Apertura Pronto Soccorso medicina interna-chirurgia

Nel mese di ottobre 2024 è stato inaugurato il nuovo Pronto Soccorso della Clinica Sant'Anna.

Il servizio, che accoglie la popolazione nei giorni feriali (08:00 – 18:00), sabato e festivi (09:00 – 17:00), è diretto dalla dottoressa Laura Uccella, specializzata in chirurgia e medicina d'urgenza, che coordina un team altamente qualificato per gestire una vasta gamma di situazioni critiche, dalle patologie mediche alle emergenze chirurgiche, per una diagnosi e un trattamento tempestivi.

Nel Pronto Soccorso della Clinica Sant'Anna si valorizzano la dimensione umana nella presa a carico dei pazienti con uno sguardo attento e focalizzato alla sostenibilità sanitaria, unitamente alla moderna dimensione architettonica degli spazi accoglienti, confortevoli e sicuri.

18.2.2 Ottenimento certificazione EUREF

Il Servizio di Radiologia della Clinica Sant'Anna ha ottenuto la Certificazione EUREF (European Reference Organisation for Quality Assured Breast Screening and Diagnostic Services).

Questa certificazione è un riconoscimento che viene assegnato in Europa ai Centri di diagnosi e screening mammografico, che rispettano rigorosi standard di qualità e sicurezza, garantendo così diagnosi accurate in ambito senologico.

Il Servizio di Radiologia della Clinica Sant'Anna ha superato con successo un elaborato processo di valutazione, dimostrando competenza tecnica, aggiornamento tecnologico, formazione continua del personale e un approccio centrato sul paziente.

18.2.3 Apertura Centro Linfedema e Lipedema

Il Centro Linfedema e Lipedema della Clinica Sant'Anna è il primo Centro multidisciplinare integrato a 360° in Svizzera, comprendente percorsi diagnostico-terapeutici d'eccellenza, tra cui quelli riabilitativi fisioterapici e quelli chirurgici.

Inoltre, il Centro Linfedema e Lipedema presenta all'interno anche un team nutrizionale dedicato e un servizio ambulatoriale specifico di cura delle ferite difficili.

Sono presenti tecnologie all'avanguardia e il servizio è in rete con altri Istituti di cura, tra cui la medicina nucleare dell'EOC, che esegue gli esami linfoscintigrafici per lo studio accurato della funzione linfatica.

L'obiettivo è innanzitutto di offrire al paziente interessato da questi quadri clinici la migliore e più rapida risposta al bisogno di salute correlato a patologie altamente invalidanti, valorizzando competenze multidisciplinari in un contesto di medicina translazionale secondo le più attuali raccomandazioni e linee guida nazionali ed internazionali.

18.2.4 Apertura Medicentro pediatrico

Il Medicentro Pediatrico è un ambulatorio presso il quale pediatri del territorio e specialisti nella cura del bambino garantiscono una presa a carico multidisciplinare sotto lo stesso tetto.

Il Centro è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle 17:30

18.3 Progetti di certificazione in corso

18.3.1 Certificazione senologia DKG

Nel corso dell'anno 2024 è stato avviato il progetto di certificazione senologia DKG (Brustkrebszentrender Deutschen Krebsgesellschaft).
L'audit di certificazione è previsto per luglio 2025

19 Conclusione e prospettive

Come negli anni precedenti, anche nel 2024 sono stati portati a termine numerosi progetti con l'obiettivo di migliorare costantemente la qualità dei nostri servizi.

I risultati degli indicatori di qualità, in particolare quelli dell'ANQ, rappresentano per noi una priorità assoluta e sono oggetto di costante attenzione.

Il nostro impegno è volto a garantire la sicurezza e il benessere dei pazienti, rafforzando ogni giorno la cultura della qualità grazie al coinvolgimento attivo del personale, dei medici accreditati e dei nostri partner.

La Clinica Sant'Anna, insieme alla Clinica Ars Medica, ha concentrato i propri sforzi nel 2024 sul rafforzamento della strategia aziendale, con particolare attenzione al posizionamento delle strutture di degenza e allo sviluppo delle reti territoriali.

La **Clinica Sant'Anna** ha proseguito nella realizzazione della propria strategia come clinica privata multidisciplinare, ponendosi al fianco del paziente sin dal primo giorno, con un pieno sviluppo delle discipline medico-chirurgiche e geriatriche, in risposta ai bisogni emergenti della popolazione.

La Clinica Ars Medica ha consolidato il proprio profilo specialistico nei settori dell'ortopedia, della neurochirurgia vertebrale e della fisioterapia, ampliando inoltre le proprie competenze nell'ambito della medicina dello sport, ottenendo il riconoscimento per la formazione post-graduata in questa disciplina. Entrambe le strutture hanno portato avanti il progetto "**Well-fare**", a testimonianza dell'importanza attribuita al capitale umano. Sono stati attivati percorsi formativi non solo per la specializzazione tecnica dei collaboratori, ma anche per lo sviluppo delle competenze relazionali e della comunicazione terapeutica.

La salute e la sicurezza dei collaboratori rappresentano un pilastro fondamentale della nostra visione, al pari della qualità e dell'appropriatezza delle cure erogate.

In quest'ottica, nel corso dell'anno è stato rinnovato il certificato **ISO 9001**, e la **Clinica Sant'Anna** ha ottenuto la prestigiosa certificazione **EUREF** (European Reference Organisation for Quality Assured Breast).

Le due cliniche sono inoltre attivamente coinvolte nello sviluppo della rete **S.Anna** e nelle cure integrate previste dal piano sanitario **Viva**.

L'acquisizione del **Centro Medico** rappresenta un ulteriore tassello strategico, con importanti ricadute in termini di sostenibilità del sistema sanitario. Infine, le prospettive future continueranno a concentrarsi sulla **trasformazione digitale**, con l'introduzione della **cartella clinica informatizzata**, e sullo sviluppo di strumenti di valutazione come **PROM** (Patient-Reported Outcome Measures) e **PREM** (Patient-Reported Experience Measures), che rappresentano obiettivi chiave per il miglioramento continuo della qualità percepita e dell'esperienza del paziente.

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.