

Clinica Fondazione Giorgio Varini

Via Consiglio Mezzano, 38
6644 Orselina



Somatica acuta



Lungodegenza

Rapporto sulla qualità 2009



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



Rapporto sulla qualità 2009

A	Introduzione	3
B	Strategia della qualità.....	5
B1	Strategia della qualità e obiettivi.....	5
B2	2-3 punti principali nell'ambito della qualità per il periodo di riferimento 2009	5
B3	Obbiettivi raggiunti nel 2009 nell'ambito della qualità	5
B4	Sviluppo nell'ambito della qualità per i prossimi anni	6
B5	Collocazione organizzativa della gestione della qualità	6
B6	Informazioni relative alle persone di contatto della gestione della qualità	6
C	Dati di riferimento per la promozione della qualità	7
C1	Dati di riferimento somatica acuta	7
C4	Dati di riferimento lungodegenza.....	7
D	Modalità di confronto esterno nell'ambito della promozione della qualità	8
D1	Misura della soddisfazione	8
D1-1	Soddisfazione dei pazienti o dei pensionanti.....	8
D1-2	Soddisfazione sistematica dei famigliari.....	9
D1-3	Soddisfazione dei collaboratori.....	10
D1-4	Soddisfazione di chi dispone il ricovero.....	11
D2	Indicatori ANQ	12
D2-1	Riammissioni potenzialmente evitabili	12
D2-2	Reinterventi potenzialmente evitabili	12
D2-3	Infezioni del sito chirurgico secondo SwissNOSO.....	12
D2-4	Partecipazione ad altri programmi di misura delle infezioni	12
D4	Altre modalità di confronto esterno nell'ambito della promozione della qualità	13
E	Modalità interne di promozione della qualità (monitoraggio)	14
E1	Indicatori infermieristici	14
E1-1	Cadute.....	14
E1-2	Decubito (lesioni da pressione).....	14
E2	Altri indicatori di qualità utilizzati	15
E2-1	Complemento per la lungodegenza	15
E2-2	Indicatori di qualità o monitoraggi interni propri	15
F	Attività di miglioramento	17
F1	Certificazioni e norme / standard utilizzati	17
F2	Panoramica sulle attività in corso	17
F3	Panoramica sui progetti in corso concernenti la qualità	18
F4	Progetti di promozione della qualità selezionati.....	19
G	Conclusione e prospettive	20
H	Impressum	21

La Clinica Fondazione Varini è stata fondata nel 1973, è amministrata da un Consiglio di Fondazione che esplica le proprie funzioni nella figura direzionale di Claudio Filliger.

L'unitarietà della struttura distingue al suo interno tre aree di intervento caratterizzate da sotto aree-percorsi di cura; nello specifico gli 86 posti letto sono ripartiti:

- **Settore Clinico** (48 pl)
 - Medicina Interna
 - Medicina Psicosomatica
 - Geriatria
 - Cure Palliative
- **Settore Anziani** (28 pl)
 - Casa Anziani medicalizzata
 - Soggiorni temporanei
- **Settore Invalidi** (10 pl)
 - Unità residenziale medicalizzata per invalidi adulti

L'eterogeneità delle prestazioni offerte e la dimensione "a misura d'uomo" della struttura caratterizza la presa in cura personalizzata, altamente specializzata e basata sul concetto di umanizzazione delle cure e di empatia.

La professionalità, competenza e empatia del personale insieme alle importanti innovazioni logistiche e strutturali permettono di collocare l'offerta sanitaria ai massimi standard di qualità in concomitanza con i requisiti internazionali stabiliti dalla normativa ISO 9001:2008.

A garanzia della qualità delle prestazioni, infatti, l'intera struttura ha ottenuto la certificazione di qualità ISO 9001:2008 e opera secondo tali standard.

La logica del miglioramento continuo e dell'adattamento delle cure e della struttura alle diverse esigenze e bisogni dei pazienti ha portato nell'anno 2009 ad impostare e strutturare diversi progetti, formazioni, scambi e integrazione sia all'interno che all'esterno con i partner di cura sul territorio.

Un esempio, non esaustivo, raggruppato per macro aree di attività, che aiuta a descrivere le differenti offerte della struttura e la metodologia con cui esplica l'attività è quello che segue:

SOMATICA ACUTA (Settore Clinico)

- **Progetto medicina palliativa:** un team coordinato dalla responsabile delle cure e da un infermiere specializzato, composto da tutte le figure della cura e assistenza al paziente ha elaborato un piano assistenziale individualizzato ponendo il focus non solo su aspetti di cura e di gestione dei sintomi invalidanti ma anche su aspetti logistici quali la personalizzazione degli ambienti e l'implementazione di attività di supporto. Inoltre il team, i singoli pazienti e i loro familiari ricevono supervisione e supporto da un consulente psicologo.
- **Progetto geriatria:** la clinica da anni è riconosciuta come luogo di formazione FMH per medici specialisti in geriatria. L'importante esperienza acquisita nel settore insieme alla professionalità e competenza del nostro medico Responsabile in geriatria, il Dr. Galli Brenno, hanno permesso di strutturare un "progetto geriatria" inteso come dinamico e in continua evoluzione, ove all'approccio multidisciplinare effettuato all'interno della Clinica, segue una fitta e efficiente rete di integrazione delle cure con tutti i partner all'esterno. La Clinica in un'ottica dell'eccellenza sta inoltre elaborando un progetto di valenza scientifica di analisi e condivisioni di informazioni sul paziente fragile.
- **Progetto psicosomatica:** l'unicità dell'unità di medicina psicosomatica caratterizzata e strutturata sotto la guida e supervisione del medico responsabile Dr. Nicola Ferroni permette di posizionare la Clinica come una delle 7 realtà nazionali che riescono a fornire un approccio alle cure di questo tipo. Il focus nell'anno passato è stato caratterizzato, da un lato nel consolidamento del buon lavoro effettuato e dall'altro dalla condivisione e supporto di questo approccio di cura anche a pazienti di altri reparti, riuscendo in tal modo ad offrire un servizio performante e che grazie alle molteplici realtà e competenze presenti nella Clinica permetta al paziente di beneficiarne anche di differenti tipologie di cure e approcci.

SETTORE LUNGODEGENZA (Foyer Invalidi Adulti)

Progetto Foyer: la complessità e l'eterogeneità della casistica dei nostri ospiti richiede una complessità assistenziale e una personalizzazione in chiave empatica delle cure che riesca a toccare tutte le possibili funzioni riattivabili e/o stimolabili. L'empatia delle cure insieme ad una continua condivisione dei successi e delle difficoltà con l'ospite stesso è lo stimolo e il propulsore che guida tutta l'equipe alla ricerca di offerte sempre più innovative sia dal punto di vista tecnologico, con l'utilizzo di ausili informatici (ad esempio eye tracher: puntatori oculari che permettono a persone affette da gravi patologie neurovegetative di comunicare e gestire "autonomamente" il proprio ambiente) che nell'approccio alle cure come il "metodo di stimolazione basale" che ha permesso in un clima di emozione collettivo di riattivare funzionalità latenti "da sempre" su ospiti con gravissimi deficit motori-sensoriali e cognitivi.

SETTORE LUNGODEGENZA (Casa Anziani)

- **Progetto luogo di cura:** il progetto mira ad individuare e ad offrire all'anziano non un luogo esclusivamente medicalizzato e di cura ma un luogo di vita. Mediante l'ampliamento dell'offerta e alla condivisione dei desideri e dei bisogni degli ospiti stessi con tutte le figure implicate nell'assistenza si progettano attività individuali e/o occupazionali volte da un lato al mantenimento degli interessi precedenti il ricovero e dall'altro ad un'integrazione più semplice e naturale all'interno di un contesto abitativo residenziale. A tale scopo e con un'attenzione sempre maggiore sia al percorso dell'anziano che alle sue peculiari necessità che la Clinica Varini ha ampliato la sua offerta con l'implementazione del soggiorno temporaneo.

B

Strategia della qualità

B1 *Strategia della qualità e obiettivi*

La Fondazione Varini, con uno sguardo a quella che sarà la nuova pianificazione ospedaliera, e in un'ottica al miglioramento continuo ha deciso di seguire un percorso di crescita e sviluppo mediante l'implementazione di un sistema di qualità integrato e globalmente condiviso da tutta la Struttura.

Nello specifico la norma di riferimento è la ISO 9001: 2008.

La strategia della qualità e i correlati obiettivi sono definibili come il mantenimento degli attuali standard qualitativi delle cure e la ricerca del miglioramento continuo nell'ottica della soddisfazione del paziente e dell'evoluzione degli orizzonti terapeutici e di presa in cura, "per fare meglio ciò che già oggi facciamo bene".

Fornire cure efficaci ed efficienti con un alto standard qualitativo ponendo il focus sul paziente e sulle sue peculiari necessità, rappresenta la traduzione della mission della Clinica.

La condivisione proattiva della mission da parte di tutto il personale mediante l'implementazione di un sistema di qualità in un'ottica bottom-up, insieme ad una propensione della Direzione alla formazione e all'aggiornamento continuo di tutto il personale rende e caratterizza l'offerta della Clinica come rispondenti ai più alti standard di cura.

Il monitoraggio e l'evoluzione degli specifici progetti implementati per il raggiungimento degli obiettivi generali come anche dei sotto-obiettivi viene gestita e strutturata secondo le più innovative e recenti metodologie di project management che consentono, mediante una condivisione allargata anche la generazione di consenso oltre che ad una responsabilizzazione ed una parametrizzazione dei risultati ottenuti in rapporto a quelli auspicati.

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

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

- 1) Ottenimento della certificazione ISO 9001:2008 e informatizzazione;
- 2) perfezionare gli standard di rilevamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali offerti;
- 3) integrare gestire e condividere in modo ottimale le informazioni e le documentazioni relative ai pazienti sia all'interno della Clinica che con i partner all'esterno.

B3 *Obiettivi raggiunti nel 2009 nell'ambito della qualità*

Gli obiettivi-progetti realizzati in ambito della qualità sono stati molteplici.

L'impostazione strategica della Clinica in ambito della qualità, fa sì che la stessa sia presente e integrata in ogni ambito di attività, ove in maniera preponderante ove a supporto organizzativo - strategico gestionale.

Non potendo in tale sede scendere nei dettagli degli obiettivi raggiunti, si pone l'attenzione sui macro obiettivi ritenuti di importanza fondamentale da parte della Direzione per gli impatti sulle cure e quindi sulla soddisfazione dei pazienti stessi nell'anno 2009; questi possono essere esemplificatamente elencati come:

- 1) focus su percorsi di cura e prestazioni personalizzate ai pazienti;
- 2) perfezionamento di indicatori di cura;
- 3) analisi della soddisfazione dei pazienti;
- 4) progetto pilota Helsana sulla soddisfazione del personale;
- 5) monitoraggio costante di tutti i progetti mediante tecniche di project management;
- 6) riorganizzazione dei dossier medico infermieristici e della comunicazione intersettoriale;
- 7) sostenibilità ambientale – utilizzo di energie alternative (pannelli fotovoltaici e caldaie a condensazione);
- 8) certificazione di tutta la struttura;

B4 Sviluppo nell'ambito della qualità per i prossimi anni

Il concetto della qualità impostato, scelto e condiviso dal personale della Clinica Varini è un concetto dinamico e proattivo il cui percorso viene tracciato "mano a mano" con e per i pazienti.

La costante attenzione alla necessità di cure e all'evoluzione delle stesse ci spinge continuamente verso una ricerca del miglioramento che tocca tutti gli ambiti delle cure oltre che ad aspetti strutturali ed organizzativi.

Il perfezionamento della contabilità analitica a costi effettivi, l'affinamento della codifica medica, l'implementazione della cartella infermieristica informatizzata e il monitoraggio e la valutazione dei percorsi di cura assistenziali contribuiscono a dare un'idea degli importanti investimenti che la clinica sta effettuando allo scopo di rispondere sempre meglio ai bisogni che un sistema di cura performante richiede e alle necessità che le nuove esigenze pianificatorie richiedono.

B5 Collocazione organizzativa della gestione della qualità

<input type="checkbox"/>	La gestione della qualità è rappresentata nella direzione aziendale.	
<input type="checkbox"/>	La gestione della qualità è una funzione di staff direttamente subordinata alla direzione aziendale.	
<input type="checkbox"/>	La gestione della qualità è una funzione di linea direttamente subordinata alla gestione aziendale.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Altra forma organizzativa, ovvero:	Bottom up con responsabile facilitatore integrato nello staff di direzione. Il team è composto dai capi reparto/servizi, dai responsabili medici e da due figure chiave (Capo del personale e Clinicienne) con funzioni di coordinamento e monitoraggio che effettuano supervisione e integrazione.
Risorse umane Varie figure professionali coinvolte con differenti percentuali che corrispondono a circa 1.5 unità a tempo pieno: le funzioni preponderanti sono:		% è attribuito all'unità operativa che si occupa di gestione della qualità
- Consulente Direzione/ Responsabile Qualità	50	
- Direzione	10	
- Responsabile Cure infermieristiche-Clinicienne	15	
- Altre figure prof. (Medici; Capi reparto/Servizi)	70	

B6 Informazioni relative alle persone di contatto della gestione della qualità

Titolo, Nome, COGNOME	Telefono (diretto)	e-mail	Posizione / Funzione
Dir. Claudio Filliger	091-7355555	claudio.filliger@clinicavarini.ch	Direttore/Supervisore
Marco Alfonsi (*)	091-7355634	marco.alfonsi@clinicavarini.ch	Consulente Direzione/Resp.Qualità
Sig.ra Antonella Corda	091 – 7355555	antonella.corda@clinicavarini.ch	Responsabile Amm.va/ Internal Auditor
Inf. Jocelyne Piazza	091 – 7355555	jocelyne.piazza@clinicavarini.ch	Responsabile Cure infermieristiche/Coordinamento e monitoraggio qualità reparti di cura
Inf. Sandra Rastrelli	091 – 7355555	sandra.rastrelli@clinicavarini.ch	Clinicienne/ Coordinamento e rilevazione indicatori delle cure
Capi reparto/servizi	091 – 7355555		Capo reparto/Agenti della qualità
Medici responsabili	091 - 7355555		Medici responsabili/ Supporto e linee guida sanitarie

C

Dati di riferimento per la promozione della qualità

C1 *Dati di riferimento somatica acuta*

Dati di riferimento	Valori	Osservazioni
Numero di casi ambulatoriali		
di cui n° neonati sani ambulatoriali		
Numero di pazienti degenti	756	
di cui n° neonati sani degenti		
Totale giornate di degenza	16429	
Totale letti al 31.12.	48	
Durata media della degenza	21.73	
Occupazione media dei letti	93.77%	
Gruppi ospedalieri: citare le sedi di somatica acuta		

C4 *Dati di riferimento lungodegenza*

Dati di riferimento	Valori	Osservazioni
Totale pensionanti al 31.12.		
Totale giornate di degenza	3615 10056 <u>13671</u>	Settore Foyer giornate totali (eff.+ris.) Settore Anziani giornate totali (eff.+ris.) <u>Totale</u>
Totale letti al 31.12.	10 24 4 <u>38</u>	Settore Foyer Settore Anziani: Casa Anziani Settore Anziani: Soggiorno Temporaneo <u>Totale</u>
Durata media di permanenza	nd nd 3	Settore Foyer (mesi) Settore Anziani: Casa Anziani (mesi) Settore Anziani: Soggiorno Temporaneo (mesi)
Occupazione media	100% 99% 99%	Settore Foyer (mesi) Settore Anziani: Casa Anziani (mesi) Settore Anziani: Soggiorno Temporaneo (mesi)
Gruppi ospedalieri: citare le sedi di lungodegenza		

D

Modalità di confronto esterno nell'ambito della promozione della qualità

D1 Misura della soddisfazione

D1-1 Soddisfazione dei pazienti o dei pensionanti

Nella struttura viene misurata la soddisfazione dei pazienti?			
<input type="checkbox"/>	No , nella nostra istituzione non viene misurata la soddisfazione dei pazienti.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Sì , nella nostra istituzione viene misurata la soddisfazione dei pazienti.		
<input type="checkbox"/>	Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009.	Ultimo rilevamento:	2009
<input type="checkbox"/>		Prossimo rilevamento:	2010
<input checked="" type="checkbox"/>	Sì, nell'anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.		

In quali sedi / settori è stato eseguito il sondaggio nell'anno di riferimento 2009?			
<input type="checkbox"/>	In tutta la struttura / in tutte le sedi, o... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti sedi: Somatica Acuta
<input checked="" type="checkbox"/>	In tutte le specialità / settori specialistici, o... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti specialità / settori specialistici: Medicina Interna; Geriatria; Cure Palliative; Psicosomatica.
<input checked="" type="checkbox"/>	In tutte le unità / reparti, o... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti unità/ reparti:

Risultati	Valore	Valutazione dei risultati / Osservazioni
Struttura complessiva	5.51 su 6	Tasso di soddisfazione pari a 5.51 su una scala da 1 a 6 dove 6 rappresenta il valore di massima soddisfazione. L'analisi dei dati ha mostrato ancora una volta il buon lavoro che viene svolto da tutte le unità di cura e da tutti i professionisti della Clinica.
Risultati per settore	Risultati	Valutazione dei risultati / Osservazioni
Amministrazione/Organizzazione	5.56 su 6	Su una scala che va da 1 (max insodd.) a 6 (max soddisfazione)
Settore infermieristico	5.55 su 6	Su una scala che va da 1 (max insodd.) a 6 (max soddisfazione)
Settore Medico	5.58 su 6	Su una scala che va da 1 (max insodd.) a 6 (max soddisfazione)
Fisioterapia	5.69 su 6	Su una scala che va da 1 (max insodd.) a 6 (max soddisfazione)
Servizio Sociale	5.34 su 6	Su una scala che va da 1 (max insodd.) a 6 (max soddisfazione)
Animazione	5.37 su 6	Su una scala che va da 1 (max insodd.) a 6 (max soddisfazione)
Settore alberghiero e Cucina	5.60 su 6	Su una scala che va da 1 (max insodd.) a 6 (max soddisfazione)
<input type="checkbox"/>	La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.	
<input type="checkbox"/>	L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.	

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input checked="" type="checkbox"/> Altro strumento di misura esterno		
<input type="checkbox"/> Picker	Nome dello strumento	SOD_PAZ	Nome dell'istituto di misurazione
<input type="checkbox"/> VO: PEQ			Collaborazione tra Cliniche
<input type="checkbox"/> MüPF (-27)			
<input type="checkbox"/> POC (-18)			
<input checked="" type="checkbox"/> Strumento interno proprio			
Descrizione dello strumento	Strumento di rilevazione quantitativo-qualitativo con variabili socio demografiche, strutturato per settore e percorso di cura.		
Criteri di inclusione	Tutti i pazienti ricoverati in Clinica nell'arco di 6 mesi		
Criteri di esclusione	Pazienti deceduti; Settore Lungodegenza (analisi DSS in corso)		
Tasso di risposta (in %)	32%		
Lettere di richiamo?	<input checked="" type="checkbox"/> No.	<input type="checkbox"/> Sì, impiegate come segue:	

D1-2 Soddisfazione sistematica dei famigliari

Nella struttura viene misurata la soddisfazione dei famigliari?			
<input type="checkbox"/>	No , nella nostra struttura non viene misurata sistematicamente la soddisfazione dei famigliari.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Sì , nella nostra struttura viene misurata sistematicamente la soddisfazione dei famigliari.		
<input type="checkbox"/>	Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009	Ultimo rilevamento: 2009	Prossimo rilevamento: 2010
<input checked="" type="checkbox"/>	Sì, nell'anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.		

In quali sedi / settori è stato eseguito il sondaggio nell'anno di riferimento 2009?			
<input checked="" type="checkbox"/>	In tutta la struttura / in tutte le sedi, o... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti sedi: Somanitca Acuta; Lungodegenza.
<input type="checkbox"/>	In tutte le specialità / settori specialistici, o... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti specialità / settori specialistici:
<input type="checkbox"/>	In tutte le unità/ reparti, o... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti unità / reparti:

Risultati	Valore	Valutazione dei risultati / Osservazioni
Struttura complessiva	Pienamente Soddisfatti	La rielaborazione mediante un data base semplificato (in una scala di 5 valori: completamente insoddisfatto; insoddisfatto; parzialmente soddisfatto; soddisfatto; pienamente soddisfatto) ha permesso di individuare una generale soddisfazione dei familiari dei pazienti in tutti i settori e le aree indagate. Emerge in modo più marcata l'importante soddisfazione per le cure e per la cortesia e preparazione del personale della struttura.
Risultati per settore	Risultati	Valutazione dei risultati / Osservazioni
Somatico Acuto	Pienamente soddisfatti	L'analisi qualitativa sviluppata ha reso possibile un'approfondita indagine conoscitiva che, estremamente in sintesi, ha mostrato una piena soddisfazione da parte dei familiari su tutte le aree indagate.
Settore Foyer	Soddisfatti	Il rapporto di cura nel Foyer implica e necessita di un'integrazione e un coinvolgimento da parte dei familiari spesso molto più marcato e indispensabile che in altri settori. In questo settore, la difficile accettazione delle condizioni estremamente invalidanti dei propri familiari porta ad un notevole lavoro da parte di tutta l'equipe per recuperare "il familiare al paziente". La difficile accettazione della situazione emerge dall'analisi con una soddisfazione meno accentuata all'inizio della degenza che poi con l'instaurarsi della fiducia e della consapevolezza porta ad un incremento esponenziale della valutazione di soddisfazione.
Settore Anziani	Pienamente Soddisfatti	La soddisfazione sia in Casa Anziani che nel soggiorno temporaneo risulta rispecchiare quelle che sono le ottime qualità di cure offerte. Dall'indagine tuttavia sono emerse delle necessità e bisogni che hanno portato mediante la creazione di un Team ad effettuare da prima una serie di riflessioni sui "limiti" di alcune delle impostazioni legate alla "attuale definizione" di Casa Anziani. Dalle riflessioni si è passati alla predisposizione ed attuazione di un progetto innovativo che ha come focus quello di creare ed enfatizzare all'interno della Casa Anziani un ambiente di vita accanto ad uno terapeutico e di cura.

La misura **non è ancora conclusa**. Non sono ancora disponibili i risultati.

L'istituto **rinuncia alla pubblicazione** dei risultati.

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009			
<input type="checkbox"/>	Strumento di misura esterno		
	Nome dello strumento	Nome dell'istituto di misurazione	
<input checked="" type="checkbox"/>	Strumento interno proprio		
Descrizione dello strumento		Strumento qualitativo consistente in intervista non strutturata da parte della Responsabile delle Cure.	
Criteri di inclusione		a campione	
Criteri di esclusione		nessuno	
Tasso di risposta (in %)		90%	
Lettere di richiamo?		<input checked="" type="checkbox"/> No.	<input type="checkbox"/> Sì, impiegate come segue:

D1-3 Soddisfazione dei collaboratori

Nella struttura viene misurata la soddisfazione dei collaboratori?			
<input type="checkbox"/>	No , nella nostra struttura non viene misurata la soddisfazione dei collaboratori.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Sì , nella nostra struttura viene misurata la soddisfazione dei collaboratori.		
<input type="checkbox"/>	Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009	Ultimo rilevamento: 2009	Prossimo rilevamento: 2010
<input checked="" type="checkbox"/>	Sì, nell'anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.		

In quali sedi / settori è stato eseguito il sondaggio nell'anno di riferimento 2009?			
<input checked="" type="checkbox"/>	In tutta la struttura / in tutte le sedi, o... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti sedi: la rilevazione è stata effettuata su tutto il personale della struttura (Somatico Acuto e Lungodegenza)
<input checked="" type="checkbox"/>	In tutte le specialità / settori specialistici, o... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti specialità / settori specialistici:
<input checked="" type="checkbox"/>	In tutte le unità/ reparti, o... →	<input type="checkbox"/>	...solo nelle seguenti unità / reparti:

Risultati	Valore	Valutazione dei risultati / Osservazioni
Struttura complessiva	Buono (4)	<p>La valutazione della soddisfazione strutturata per settore indaga differenti aree.</p> <p>Il risultato si attesta su una valutazione buona (valore 4 su una scala di soddisfazione che va da 1 a 5)</p> <p>Il risultato ottenuto conferma che la modalità di gestione che la clinica adottata, caratterizzato dalla condivisione e gestione integrata dei progetti, dalla propensione allo sviluppo e alla crescita del proprio personale, viene recepita e apprezzata da tutto il personale.</p>
Risultati per settore	Risultati	Valutazione dei risultati / Osservazioni
Amministrazione	Buono (4)	Su una scala che va da 1 (pessima) a 5 (ottima)
Manutenzione	Buono (4)	Su una scala che va da 1 (pessima) a 5 (ottima)
Settore cure	Buono (4)	Su una scala che va da 1 (pessima) a 5 (ottima)
Medici	Buono (4)	Su una scala che va da 1 (pessima) a 5 (ottima)
Staff direzione	Buono (4)	Su una scala che va da 1 (pessima) a 5 (ottima)
<input type="checkbox"/> La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.		
<input type="checkbox"/> L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.		

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009			
<input checked="" type="checkbox"/>	Strumento di misura esterno		
	Nome dello strumento		Nome dell'istituto di misurazione
<input type="checkbox"/>	Strumento interno proprio		
Descrizione dello strumento	Strumento esterno con analisi e progetto pilota in collaborazione con Helsana. Questionario anonimizzato, semi-strutturato con valutazione qualitativa e quantitativa su 10 aree ritenute chiave nella soddisfazione del personale. La continuazione del progetto prevede un'ulteriore analisi qualitativa mediante focus group.		
Criteri di inclusione	Tutti i dipendenti		
Criteri di esclusione	Personale in congedo nel periodo del rilevamento		
Tasso di risposta (in %)	65%		
Lettere di richiamo?	<input checked="" type="checkbox"/> No.	<input type="checkbox"/> Sì, impiegate come segue:	

D1-4 Soddisfazione di chi dispone il ricovero

Nella struttura viene misurata la soddisfazione di chi dispone il ricovero?			
<input checked="" type="checkbox"/>	No , nella nostra struttura non viene misurata la soddisfazione di chi dispone il ricovero.		
<input type="checkbox"/>	Sì , nella nostra struttura viene misurata la soddisfazione di chi dispone il ricovero.		
	<input type="checkbox"/> Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009	Ultimo rilevamento:	Prossimo rilevamento:
	<input type="checkbox"/> Sì, nell' anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.		

D2 Indicatori ANQ

D2-1 Riammissioni potenzialmente evitabili



Nella struttura viene misurato il tasso di riammissioni potenzialmente evitabili?	
<input type="checkbox"/>	No, nella nostra struttura non viene misurato il tasso di riammissioni potenzialmente evitabili.
<input checked="" type="checkbox"/>	Sì, nella nostra struttura viene misurato il tasso di riammissioni potenzialmente evitabili.
<input checked="" type="checkbox"/>	Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009 Ultimo rilevamento: Prossimo rilevamento: 2010
<input type="checkbox"/>	Sì, nell'anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?	

D2-2 Reinterventi potenzialmente evitabili



Nella struttura viene misurato il tasso di reinterventi potenzialmente evitabili?	
<input checked="" type="checkbox"/>	No, nella nostra struttura non viene misurato il tasso di reinterventi potenzialmente evitabili.
<input type="checkbox"/>	Sì, nella nostra struttura viene misurato il tasso di reinterventi potenzialmente evitabili.
<input type="checkbox"/>	Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009 Ultimo rilevamento: Prossimo rilevamento:
<input type="checkbox"/>	Sì, nell'anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?	

D2-3 Infezioni del sito chirurgico secondo SwissNOSO



Nella struttura viene misurato il tasso di infezioni del sito chirurgico secondo SwissNOSO?	
<input checked="" type="checkbox"/>	No, nella nostra struttura non viene misurato il tasso di infezioni del sito chirurgico.
<input type="checkbox"/>	Sì, nella nostra struttura viene misurato il tasso di infezioni del sito chirurgico secondo SwissNOSO.
<input type="checkbox"/>	Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009 Ultimo rilevamento: Prossimo rilevamento:
<input type="checkbox"/>	Sì, nell'anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?	

D2-4 Partecipazione ad altri programmi di misura delle infezioni



Nella struttura vengono misurate le infezioni con programmi diversi da SwissNOSO?	
<input type="checkbox"/>	No, nella nostra struttura non vengono misurate le infezioni.
<input checked="" type="checkbox"/>	Sì, nella nostra struttura vengono misurate le infezioni, ma non con SwissNOSO.
<input type="checkbox"/>	Nessuna misura nell'anno di riferimento 2009 Ultimo rilevamento: Prossimo rilevamento: 2010
<input type="checkbox"/>	Sì, nell'anno di riferimento 2009 è stata eseguita una misura.
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?	

Tema di misura delle infezioni	Focus su infezioni del: tratto urinario, ferite chirurgiche, apparato respiratorio, infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie).
---------------------------------------	---

Misure nell'anno di riferimento 2009	
Reparti sottoposti a misura:	Risultato:
<input checked="" type="checkbox"/>	La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.
<input type="checkbox"/>	L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.
<input checked="" type="checkbox"/>	Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009	
<input checked="" type="checkbox"/>	Strumento interno Nome dello strumento: Monitoraggio_infezioni
<input type="checkbox"/>	Strumento esterno Nome fornitore / Istanza di valutazione:

D4 Altre modalità di confronto esterno nell'ambito della promozione della qualità

Sorveglianza e registri

Codifica/designazione	Settore ¹	Motivo del rilevamento ²	Stato ³
Progetto REKOLE	A	A	A
Osservazioni			
<p>Il progetto consistente nell'adattare la propria Contabilità Analitica con le direttive di H+ sul modello Rekole è stato realizzato in concomitanza con altre Cliniche del territorio.</p> <p>Si ritiene che un sistema di contabilità analitica, tra le altre cose funga da strumento di supporto al raggiungimento di molteplici obiettivi legati alla conduzione aziendale. Nello specifico, gli istituti partecipanti ritengono di particolare importanza i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none">• la disponibilità di uno strumento in grado di facilitare i processi negoziali con gli enti finanziatori (assicuratori malattia e Amministrazione cantonale) grazie alla fornitura di informazioni accurate e tempestive;• la creazione di un concetto di riferimento basato su criteri riconosciuti per supportare le discussioni con gli enti finanziatori nell'ottica del riconoscimento dei costi sostenuti;• il conseguimento di un grado di trasparenza più elevato relativamente alle prestazioni offerte e ai costi sostenuti per erogarle;• l'attribuzione di maggiori responsabilità alle unità organizzative, prestando una particolare attenzione all'entità, alla distribuzione e all'evoluzione nel tempo delle varie categorie di costi;• lo svolgimento, sulla base di un set di indicatori da definirsi, di una regolare attività di benchmarking tra gli istituti coinvolti, in particolare negli ambiti di attività comuni (clinici, alberghieri o di supporto);• l'ottenimento di indicazioni utili in relazione a possibili decisioni di collaborazione/centralizzazione /esternalizzazione, nonché ad eventuali progetti di ampliamento e/o ristrutturazione;• la disponibilità di uno strumento informativo in grado di facilitare la definizione e la costificazione di percorsi di cura, sia all'interno degli istituti che in collaborazione con soggetti esterni, in una logica di rete.			

Spiegazione:

¹ A = Struttura complessiva

B = Disciplina specialistica, ad esempio fisioterapia, servizio medico, pronto soccorso, ecc.

C = Singolo reparto

² A = Società specialistiche

B = Riconosciuta da altre istituzioni diverse da società specialistiche, ad esempio QABE

C = Sistema interno alla struttura

³ A = Attuazione / partecipazione da oltre un anno

B = Attuazione / partecipazione nell'anno di riferimento 2009

C = Introduzione nell'anno di riferimento 2009



Modalità interne di promozione della qualità (monitoraggio)

E1 Indicatori infermieristici

E1-1 Cadute



Definizione del tema di misura "cadute"	Monitoraggio mediante strumento di rilevazione del numero di tutte le cadute e dei fattori correlati che mostrano una significatività statistica con integrata valutazione delle conseguenze e analisi dei rischi e delle implicazioni sulla casistica di pazienti geriatrici. L'indicatore sintetico riportato indica l'andamento in riferimento all'anno 2008 del numero delle cadute in rapporto alle giornate di cura. Si nota un leggero aumento in rapporto all'anno precedente dovuto sia all'aumento delle giornate di cura che ad un importante aumento sia del numero dei pazienti geriatrici che della loro età media.
--	--

Misure nell'anno di riferimento 2009					
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?	Somatica Acuta				
Reparti sottoposti a misura:	Tutti i reparti				
Risultato complessivo:	+ 0.0021	Casi con conseguenze per il trattamento:	7 %	Casi senza conseguenze per il trattamento:	93%
<input type="checkbox"/> La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati. <input type="checkbox"/> L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. <input type="checkbox"/> Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.					

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009	
<input checked="" type="checkbox"/> Strumento interno	Nome dello strumento: segnalazione_cadute
<input type="checkbox"/> Strumento esterno	Nome fornitore / Istanza di valutazione:

E1-2 Decubito (lesioni da pressione)



Misure nell'anno di riferimento 2009			
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?	Il rilevamento viene effettuato con modalità differenti tra il settore somatica Acuta e quello della Lungodegenza		
Reparti sottoposti a misura:	Tutta la struttura	Risultato complessivo:	in elaborazione
<input checked="" type="checkbox"/> La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati. <input type="checkbox"/> L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. <input checked="" type="checkbox"/> Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.			

Momento di comparsa del decubito	Valori (quantitativi)				
	totale	Livello I	Livello II	Livello III	Livello IV
Numero dei decubiti presenti al momento dell'ospedalizzazione e della riospedalizzazione					
Numero dei decubiti comparsi durante la permanenza nella struttura					
Descrizione del comportamento adottato in entrambe le situazioni					

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009	
<input type="checkbox"/> Strumento interno	Nome dello strumento:
<input checked="" type="checkbox"/> Strumento esterno	Nome fornitore / Istanza di valutazione: Scala di Norton modificata secondo Stotts

E2 Altri indicatori di qualità utilizzati

E2-1 Complemento per la lungodegenza



Indicatore	Valori: [%] o quantitativi	Osservazioni
Misure limitanti la libertà: documentare la frequenza in rapporto ai casi totali e alle misure intraprese per singolo caso		
Numero di casi con catetere permanente		
Comportamento nei confronti dei pensionanti	<input checked="" type="checkbox"/> Direttive esistenti.	<input type="checkbox"/> Direttive non esistenti.

E2-2 Indicatori di qualità o monitoraggi interni propri

Tema di misura	monitoraggio del dolore		
Misure nell'anno di riferimento 2009			
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?			
Reparti sottoposti a misura:	Tutta la Struttura	Risultato:	in elaborazione
<input checked="" type="checkbox"/>	La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.		
<input type="checkbox"/>	L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.		
<input type="checkbox"/>	Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.		
Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009			
<input checked="" type="checkbox"/>	Strumento interno	Nome dello strumento:	mon_dol_09
<input type="checkbox"/>	Strumento esterno	Nome fornitore / Istanza di valutazione:	

Tema di misura	Gestione del rischio clinico: farmaci. L'indicatore mostra la variazione del numero di errori inerenti i farmaci per giornata di cura tra l'anno 2009 e l'anno 2008.		
Misure nell'anno di riferimento 2009			
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?	Tutta la Struttura		
Reparti sottoposti a misura:		Risultato:	- 15 %
<input type="checkbox"/>	La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati.		
<input type="checkbox"/>	L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati.		
<input type="checkbox"/>	Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.		
Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009			
<input checked="" type="checkbox"/>	Strumento interno	Nome dello strumento:	monitoraggio_farmaci
<input type="checkbox"/>	Strumento esterno	Nome fornitore / Istanza di valutazione:	

Tema di misura	Tenuta ed archiviazione della documentazione sanitaria. L'indicatore mostra in valore percentuale la documentazione che soddisfa i requisiti indicati nelle specifiche direttive.
-----------------------	--

Misure nell'anno di riferimento 2009			
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?	Tutta la struttura		
Reparti sottoposti a misura:	tutti i reparti	Risultato:	95 %
<input checked="" type="checkbox"/> La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati. <input type="checkbox"/> L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. <input type="checkbox"/> Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.			

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009			
<input type="checkbox"/> Strumento interno	Nome dello strumento:		
<input type="checkbox"/> Strumento esterno	Nome fornitore / Istanza di valutazione:		

Tema di misura	Analisi difficoltà riscontrate (in gergo non conformità): rappresenta il mancato soddisfacimento dei requisiti specificati per i prodotti, servizi ed attività. L'analisi, la gestione e la discussione delle DR costituiscono un'occasione di miglioramento della Clinica. L'indicatore presenta la percentuale delle difficoltà riscontrate trattate e risolte sul totale delle difficoltà emerse e segnalate.
-----------------------	---

Misure nell'anno di riferimento 2009			
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?	Tutta la Struttura		
Reparti sottoposti a misura:		Risultato:	97 %
<input type="checkbox"/> La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati. <input type="checkbox"/> L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. <input checked="" type="checkbox"/> Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.			

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009			
<input checked="" type="checkbox"/> Strumento interno	Nome dello strumento: difficoltà_riscontrate		
<input type="checkbox"/> Strumento esterno	Nome fornitore / Istanza di valutazione:		

Tema di misura	Set di indicatori geriatrici
-----------------------	-------------------------------------

Misure nell'anno di riferimento 2009			
Gruppi ospedalieri: in quali sedi?			
Reparti sottoposti a misura:		Risultato:	in elaborazione
<input checked="" type="checkbox"/> La misura non è ancora conclusa . Non sono ancora disponibili i risultati. <input type="checkbox"/> L'istituto rinuncia alla pubblicazione dei risultati. <input type="checkbox"/> Le misure di prevenzione sono descritte nelle attività di miglioramento.			

Informazioni per il pubblico specializzato: strumento di misura impiegato nell'anno di riferimento 2009			
<input checked="" type="checkbox"/> Strumento interno	Nome dello strumento: test_geriatrici		
<input type="checkbox"/> Strumento esterno	Nome fornitore / Istanza di valutazione:		

F

Attività di miglioramento

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

F1 Certificazioni e norme / standard utilizzati

Settore (tutta la struttura o sede / reparto / disciplina)	Norma applicata	Anno di certificazione	Anno dell'ultima ricertificazione	Osservazioni
Tutta la struttura	ISO 9001:2008	2009	2010 (audit di sorveglianza)	
Tutta la Struttura/ Settore Contabilità e finanza	REKOLE			

F2 Panoramica sulle attività in corso

Elenco delle attività permanenti

Settore (tutta la struttura o sede / reparto / disciplina)	Progetto (Titolo)	Obiettivo	Stato alla fine del 2009
Tutta la struttura	REKOLE	Perfezionare il sistema di contabilità analitica utilizzato	In fase di perfezionamento alcuni sistemi di rilevazione
Tutta la struttura	INFOTEC	Perfezionamento e potenziamento della rete informatica e dei supporti tecnologici per pz. disabili.	Rete intranet integrata con database di rilevamento congiunto; Inseriti e testati 5 nuove apparecchiature di comunicazione per l'utenza disabile.
Tutta la struttura	INFEZIONI	Ridurre il numero di infezioni potenziali attraverso applicazione di linee guida e standard. Implementazione di misure di sorveglianza prospettiche.	Tutto il personale è continuamente formato e sensibilizzato.
Tutta la struttura	INDICATORI DI QUALITA'	Monitoraggio delle performance e focus su aspetti cruciali.	Rilevamento continuo
Somatica Acuta	MEDICINA PALLIATIVA	Adattare l'offerta di prestazioni alla casistica oncologica.	Rivisitazione delle linee guida e delle procedure
Somatica Acuta	GERIATRIA	Accoglienza mirata e rilevamento delle prestazioni offerte e dell'outcome raggiunto sui singoli pazienti.	Perfezionato l'assessment geriatrico; analisi ed elaborazione di un modello predittivo.
Tutta la Struttura	SODDISFAZIONE DEL PERSONALE: Progetto pilota Helsana.	Monitorare e individuare in anticipo necessità e bisogni.	Effettuate due rilevazioni; in partenza i team di focus group.
Lungodegenza: Casa Anziani e Soggiorno Temporaneo	LUOGO DI CURA	Diversificare e ampliare l'offerta nel settore Lungodegenza in una ridefinizione dell'importante ruolo di tali strutture.	Terminata la prima fase di analisi, si inizia la fase di implementazione.
Tutta la struttura	CADUTE	Ridurre il numero di cadute mediante l'analisi del rischio di caduta all'ingresso e mediante l'implementazione di misure di prevenzione.	Rivisitate tutte le linee guida; definiti degli standard di prevenzione; installati apparecchi per il rilevamento del movimento degli ospiti a rischio;

Lungodegenza: Foyer (invalidi adulti)	VESTITO SU MISURA	Potenziare riattivare supportare e rimotivare i nostri ospiti grazie ad un connubio tra alta tecnologia ed adeguamenti strutturali e nuovi approcci alle cure.	Conclusa la prima importante fase del progetto consistente in una rivisitazione sia strutturale che tecnologica dei mezzi a disposizione. Evoluzione del sottoprogetto di stimolazione basale.
--	-------------------	--	--

F3 Panoramica sui progetti in corso concernenti la qualità

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

Settore (tutta la struttura o sede / reparto / disciplina)	Progetto (Titolo)	Obiettivo	Periodo di validità (dal...al...)
Tutta la Struttura	Sito internet	Ristrutturare- adattare-aggiornare	Dal 15.05.2009 al 20.07.2010
Tutta la struttura	Documentazione Pazienti	Rivisitare le modalità di gestione e archiviazione della documentazione inerente al paziente.	20.10.2009 al 10.07.2010
Somatica Acuta	DRG	Migliorare la qualità della codifica medica	Dal 2009 (in corso)

F4 Progetti di promozione della qualità selezionati

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

Titolo del progetto	La documentazione del paziente	
Settore	<input checked="" type="checkbox"/> Progetto interno	<input type="checkbox"/> Progetto esterno (ad es. assieme al Cantone)
Obiettivo del progetto	Rivisitazione strutturale e contenutistica di tutta la documentazione medico infermieristica e delle procedure di archiviazione.	
Spiegazione	<p>In qualsiasi ambito l'informazione rappresenta uno dei punti cardini attorno al quale ruota tutta l'attività e la cui correttezza, tempestività e appropriatezza rende un sistema performante e idoneo.</p> <p>La correttezza e la tipologia delle informazioni e delle documentazioni, nella gestione dei pazienti, rappresenta un punto cardine in una corretta presa a cura che mira all'ottimizzazione dei processi e alla tempestività ed adeguatezza delle misure adottate in ambito clinico.</p> <p>Alla luce di tali riflessioni e dell'importanza che la Clinica gli riconosce, si è deciso di lavorare durante tutto il 2009 su una completa rivisitazione e perfezionamento di tutta la documentazione (medico – infermieristica-amministrativa) inerente al paziente e del flusso di condivisione della stessa.</p>	
Decorso del progetto / metodologia	<p>Il progetto iniziato nel 2009 è stato implementato mediante differenti fasi e coinvolgendo tutti gli attori della Clinica.</p> <p>Il punto di partenza è stato un'analisi della situazione mediante la metodologia swot seguita da una rivisitazione delle debolezze effettive e potenziali del sistema mediante un'analisi dei rischi.</p> <p>L'attento studio dei flussi comunicativi e l'implementazione di tutte le misure ritenute idonee per renderli performanti efficaci ed efficienti hanno costituito il nocciolo del progetto che correlato con la definizione di standard per il monitoraggio e il rilevamento dello stesso lo integra evidenziando la flessibilità e dinamicità dello stesso.</p>	
Settore d'impiego	<p><input checked="" type="checkbox"/> Con altre istituzioni. Quali?</p> <p>L'ampiezza e il senso del progetto ha necessariamente coinvolto differenti partner sul territorio in relazione alle specifiche che si sono venute a creare nello svolgimento dello stesso.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tutto il gruppo, risp. in tutta l'istituzione</p> <p><input type="checkbox"/> Singole sedi. In quali sedi?</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Singoli reparti. In quali reparti?</p> <p>.....</p>	
Gruppi professionali coinvolti		
Valutazione del progetto / conseguenze	<p>Si ritiene che oltre agli importanti focus attuati e modifiche impostate e attuate, la metodologia di implementazione del progetto stesso, condivisa e dinamica all'interno della Clinica, consista in un know out importante nel raggiungimento dell'obiettivo che lo stesso si prefiggeva: migliorare e rendere la comunicazione all'interno e all'esterno della clinica efficace, efficiente e rispondente alle necessità medico – infermieristiche assistenziali per una continuazione delle cure del paziente e una presa in carico globale e condivisa.</p>	
Documentazione ulteriore		

In calce al presente rapporto riflettiamo sulla complessità e sull'eterogeneità dei progetti che la Clinica si è posta nell'anno appena trascorso; progetti improntati e guidati da una continua e dinamica propensione e attenzione ai nostri pazienti-ospiti.

L'eterogeneità stessa della Clinica che presenta in un'unica struttura risposte assistenziali estremamente differenti e variegata in funzione dei differenti mandati, permette oltre che avere un know out differenziato e un ottimo termometro delle evoluzioni delle casistiche, anche un trasferimento di competenze tra i settori stessi in un'ottica di riflessione e di promozione della qualità delle cure offerte.

Un esempio della complessità e della ricerca del miglioramento e adattamento delle prestazioni offerte può essere sommariamente descritto dai differenti focus che si sono aperti nell'anno passato in continuazione con il processo di sviluppo e di evoluzione della Struttura.

Nel corso dell'anno, ad esempio, l'attenzione per la casistica definibile come quella del **"paziente fragile"** ha comportato una ricerca e uno sforzo sia formativo che organizzativo che combinando la necessità e la variegata casistica di tali pazienti ad una risposta diversificata ma ben strutturata in relazione ai reali bisogni degli stessi ha permesso di perfezionare e sempre maggiormente personalizzare la cura offerta.

Da tali riflessioni, dai diversi **percorsi di cura e assistenziali**, dalla rete con i partner di presa in cura presenti sul territorio si è sempre maggiormente proiettati verso un'integrazione delle cure volte ad ottimizzare sia la degenza all'interno della Clinica che nel percorso assistenziale globale del paziente.

Nel corso dell'anno 2010, oltre alla "messa a punto" di quelli che possono essere definiti come progetti continui la Clinica ha approntato un'importante scelta di **rivisitazione tecnologica e strutturale** con importanti investimenti volti da un lato a rendere maggiormente performante il sistema esistente e dall'altro alla ricerca di sempre nuovi strumenti e soluzioni per rispondere in modo tempestivo mirato efficace ed efficiente alle mutevoli esigenze di cura e sostegno per i pazienti e gli ospiti.



Impressum

Editore / documentazione



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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

© H+ Gli ospedali svizzeri 2010

Vedere anche www.hplusqualite.ch



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

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

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

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

Cantoni e gruppi associati



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

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



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

I partner



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

Vedere anche la pagina www.anq.ch