



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

***Proposta di modello per l'accreditamento
istituzionale delle strutture di assistenza territoriale
extra-ospedaliera***

Giugno 2015

INDICE

| | |
|--|----|
| PREMESSA..... | 4 |
| I REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO | 6 |
| LE TIPOLOGIE DI ASSISTENZA TERRITORIALE EXTRA-OSPEDALIERA..... | 11 |
| LA STRUTTURA DEI REQUISITI | 17 |
| IL PROCESSO DI ACCREDITAMENTO | 20 |
| SEZIONE 1 – REQUISITI COMUNI A TUTTE LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA TERRITORIALE EXTRA-OSPEDALIERA | 37 |
| 1° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE DI ASSISTENZA TERRITORIALE EXTRA-OSPEDALIERA | 38 |
| 2° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ – ASPETTI STRUTTURALI | 45 |
| 3° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ – COMPETENZE DEL PERSONALE..... | 49 |
| 4° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ – COMUNICAZIONE | 53 |
| 5° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - PROCESSI DI MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE | 60 |
| SEZIONE 2A - STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI... 65 | |
| 1 ° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - PRESTAZIONI E SERVIZI..... | 66 |
| 2° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA | 76 |
| 3° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ – UMANIZZAZIONE | 82 |
| SEZIONE 2B - STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER DISABILI ... 85 | |
| 1° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - PRESTAZIONI E SERVIZI..... | 86 |
| 2° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA | 96 |

| | |
|---|-----|
| 3° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ – UMANIZZAZIONE | 102 |
| SEZIONE 2C - STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE..... | 105 |
| 1° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - PRESTAZIONI E SERVIZI..... | 106 |
| 2° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA | 117 |
| 3° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ – UMANIZZAZIONE | 123 |
| SEZIONE 2D - STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE..... | 126 |
| 1° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - PRESTAZIONI E SERVIZI..... | 127 |
| 2° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA | 137 |
| 3° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ – UMANIZZAZIONE | 143 |
| SEZIONE 2E - STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON PATOLOGIE TERMINALI | 146 |
| 1° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - PRESTAZIONI E SERVIZI..... | 147 |
| 2° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA | 155 |
| 3° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ – UMANIZZAZIONE | 161 |
| SEZIONE 2F - STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI PER PERSONE CON NECESSITA' DI ASSISTENZA DOMICILIARE | 164 |
| 1° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - PRESTAZIONI E SERVIZI..... | 165 |
| 2° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA | 174 |
| 3° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ – UMANIZZAZIONE | 180 |

Premessa

I recenti indirizzi europei (Direttiva 2011/24/EU del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011), volti a promuovere, all'interno di un comune quadro di riferimento politico e strategico, meccanismi di cooperazione tra gli Stati membri per garantire l'accesso ad un'assistenza sanitaria sicura e di qualità nell'ambito dell'Unione e l'eterogeneità dei modelli di accreditamento regionali, hanno fatto nascere in Italia l'esigenza di rivedere la normativa in materia di accreditamento al fine di definire un quadro comune di riferimento e ridisegnare uno strumento in armonia con i mutati scenari nazionali ed internazionali.

In particolare, per dare attuazione alle disposizioni contenute nell'articolo 7 del Patto per la Salute 2010-2012, è stato attivato un Tavolo per la revisione della normativa per l'accreditamento (TRAC), costituito da rappresentanti dello stesso Ministero, di Agenas, delle Regioni e Province Autonome. Il Tavolo ha predisposto, in ottemperanza al predetto mandato, un "Disciplinare tecnico" che individua, sulla base di precedenti studi sulle dimensioni della qualità, il quadro concettuale di riferimento e identifica una serie di criteri/fattori di qualità e requisiti ritenuti essenziali per i modelli di accreditamento regionali.

Più in dettaglio, il disciplinare predisposto dal Tavolo e approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, con specifica Intesa in data 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR), individua 8 Criteri e 28 requisiti essenziali per l'accreditamento "istituzionale".

Tenendo conto del mutato quadro nazionale di riferimento, si è inteso realizzare un nuovo modello per l'accreditamento delle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera che tenga conto delle indicazioni derivanti dal 'Disciplinare tecnico' e delle più avanzate esperienze internazionali disponibili. Il manuale riflette le dinamiche in continua evoluzione nell'ambito della lungodegenza e della riabilitazione, recependo da un lato, l'impostazione derivante dal disciplinare tecnico per la revisione della normativa sull'accreditamento e dall'altro, le tematiche emergenti in tema di qualità e sicurezza delle cure individuate attraverso un'analisi dettagliata della letteratura scientifica.

Il manuale per l'accreditamento delle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza dell'organizzazione, dell'uso delle risorse e della formazione, in modo tale che ogni cittadino, in relazione ai propri bisogni socio-sanitari/assistenziali e sociali, possa ricevere gli atti diagnostici e terapeutici, che garantiscano i migliori risultati in termini di salute, in rapporto allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, al minor costo possibile e ai minori rischi iatrogeni, per conseguire la soddisfazione dei bisogni rispetto agli interventi ricevuti e agli esiti conseguiti.

L'obiettivo del manuale è quello di creare e incentivare il miglioramento attraverso un modello che permetta alle organizzazioni di effettuare una valutazione continua dell'applicazione dei requisiti, consentendo attraverso la misurazione e l'analisi di innescare processi di miglioramento continuo.

Con l'accreditamento istituzionale si intende raggiungere l'obiettivo di garantire ai cittadini di usufruire di prestazioni socio-sanitarie/assistenziali e sociali di qualità.

Perché ciò sia possibile è necessario che le strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera si dotino di modelli organizzativi e gestionali di riconosciuta validità.

Fondare la propria organizzazione sulla base dei requisiti del manuale di accreditamento delle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera vuol dire orientare la gestione ai seguenti principi:

1. Miglioramento continuo della qualità: i requisiti sono definiti in maniera tale da favorire e incoraggiare le strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera a migliorare la qualità e la performance delle prestazioni erogate;
2. Centralità dei pazienti: i requisiti fanno riferimento alla centralità del paziente e alla continuità delle cure;
3. Pianificazione e valutazione della performance: i requisiti valutano l'efficienza dell'organizzazione;
4. Sicurezza: i requisiti includono interventi per migliorare e garantire la sicurezza dei pazienti, dei visitatori e del personale;
5. Evidenza scientifica: i requisiti sono frutto del consenso nazionale e dell'analisi della letteratura internazionale.

I requisiti per l'accreditamento

L'obiettivo prioritario è quello di costruire un sistema che fornisca un livello di prestazioni qualitativamente elevato e che sia in grado di orientare lo svolgimento delle attività al soddisfacimento dei bisogni dei cittadini. A tal proposito il manuale si propone di definire un modello per l'accreditamento istituzionale delle strutture caratterizzato dai seguenti elementi:

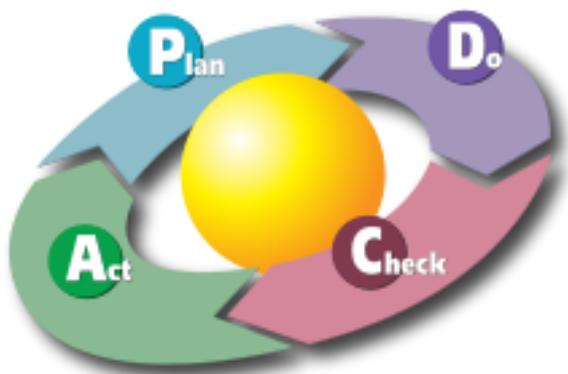
- Centralità del cittadino/paziente - è una componente essenziale nell'erogazione delle cure e dell'assistenza:
 - Comprendere continuamente i bisogni e le aspettative dei cittadini/pazienti;
 - Garantire che i cittadini/pazienti siano considerati una priorità per il servizio;
 - Guardare all'erogazione dei servizi in base alla prospettiva dei pazienti.
- Leadership – responsabilità e commitment a fornire cure eccellenti e a migliorare la qualità e le performance:
 - Garantire strategie, sistemi e metodi per raggiungere l'eccellenza;
 - Ispirare e motivare i professionisti a lavorare, sviluppare, migliorare e ad essere innovativi e creativi.
- Cultura del miglioramento - l'organizzazione deve continuamente protendere al miglioramento della qualità dell'assistenza:
 - Comprendere che cercare modalità per migliorare è una componente essenziale del lavoro quotidiano;
 - Raggiungere e mantenere livelli di qualità che soddisfano i bisogni dei cittadini/pazienti;
 - Monitorare i risultati delle cure per migliorare l'assistenza dei cittadini/ pazienti.
- Evidenza dei risultati delle prestazioni - gli outcome sono individuati e utilizzati per valutare la qualità delle cure e dell'assistenza:
 - Dati e informazioni danno evidenza dei processi implementati e dei risultati;
 - La valutazione degli outcome consente il miglioramento della qualità e delle performance di un'organizzazione.

- Propensione alle buone pratiche – le organizzazioni debbono confrontare le loro performance con altre organizzazioni o imparare dagli altri e applicare nel proprio contesto i principi delle buone pratiche:
 - Imparare da gli altri per aumentare l'efficacia e l'efficienza dei processi;
 - Migliorare gli outcome per i cittadini/pazienti.

La finalità è quella di:

- Migliorare la qualità dei percorsi dei pazienti;
- Migliorare lo sviluppo della qualità clinica, organizzativa e della qualità percepita da parte dei pazienti;
- Rendere visibile la qualità del sistema sanitario regionale.

Il modello si basa sul ciclo di Deming (ciclo di PDCA: plan–do–check–act) in grado di promuovere una cultura della qualità tesa al miglioramento continuo dei processi e all'utilizzo ottimale delle risorse. Questo strumento parte dall'assunto che per perseguire la qualità è necessaria la costante interazione tra pianificazione, progettazione, implementazione, misurazione, monitoraggio, analisi e miglioramento. Applicare costantemente le quattro fasi del ciclo di Deming consente di migliorare continuamente la qualità e soddisfare le esigenze del cittadino/paziente.



La sequenza logica è la seguente:

- **P** - Plan. Pianificazione: l'organizzazione deve aver predisposto la documentazione necessaria a descrivere le modalità di raggiungimento dell'obiettivo per la qualità definito dal requisito per l'accreditamento;
- **D** - Do. Implementazione: l'organizzazione deve garantire l'implementazione di quanto definito in fase di progettazione e pianificazione;

- **C** - Check. Controllo, studio e raccolta dei risultati: l'organizzazione deve monitorare in maniera continua la qualità delle strutture, dei processi e degli esiti derivanti dall'erogazione del servizio;
- **A** - Act. Azione per rendere definitivo e/o migliorare struttura/processo/esito: l'organizzazione deve analizzare e valutare i risultati del monitoraggio, effettuare un'analisi delle priorità e definire e mettere in campo iniziative per migliorare la qualità delle strutture, dei processi e degli esiti.

I requisiti per l'accreditamento sono ulteriori — e quindi diversi — rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione all'esercizio e prevalentemente focalizzati su aspetti organizzativi che, di norma, pur non richiedendo significativi investimenti, possono determinare importanti, e spesso immediate, ricadute sulla qualità assistenziale. In particolare, si tratta di elementi qualificanti e innovativi che affrontano tematiche di assoluta rilevanza e attualità — governo clinico, rischio clinico, principi a garanzia dei livelli essenziali di assistenza, diritti delle persone — che costituiscono la base per un concreto miglioramento della qualità nell'ambito del Sistema sanitario regionale.

In relazione alle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera, i requisiti per l'accreditamento istituzionale si distinguono in generali, validi per tutte le strutture socio-sanitarie, e specifici per i diversi settori assistenziali.

I requisiti sono concettualmente organizzati sulla base dei fattori/criteri di qualità individuati dal documento "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento", approvato con Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, in data 20 dicembre 2012 (Rep. atti n. 259/CSR).

I requisiti di carattere generale (Sezione 1 del Manuale) sono applicabili a prescindere dai programmi o servizi erogati, in quanto fanno riferimento al governo clinico dell'organizzazione:

1. *Sistema di gestione delle strutture socio-sanitarie/assistenziali e sociali*: Fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in un'ottica di miglioramento continuo.
2. *Aspetti Strutturali*: L'organizzazione cura la idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse.
3. *Competenze del personale*: L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività.

4. *Comunicazione*: Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento.
5. *Processi di miglioramento ed innovazione*: Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili.

I requisiti sono sufficientemente generici per consentire l'interpretazione degli stessi da parte di ogni tipologia di struttura che eroga prestazioni di assistenza territoriale extra-ospedaliera. Ogni organizzazione implementerà i requisiti secondo le proprie necessità e nel modo che maggiormente si adatta alle modalità con cui eroga prestazioni. Per il soddisfacimento dei requisiti risulta importante che:

- Le organizzazioni siano in grado di dimostrare in che modo soddisfano l'obiettivo e lo scopo del requisito;
- Le organizzazioni siano in grado di dare evidenza del soddisfacimento del requisito.

I requisiti specifici per le diverse tipologie di assistenza territoriale extra-ospedaliera (Sezione 2 del Manuale) fanno riferimento ai fattori/criteri di qualità più strettamente legati alle peculiarità degli utenti e intendono individuare:

- Le modalità di eleggibilità dei pazienti per i percorsi di assistenza e la successiva presa in carico attraverso una valutazione multidisciplinare e multiprofessionale delle condizioni e dei bisogni della persona, premessa indispensabile per definire l'attuazione di politiche e di interventi mirati ed efficaci;
- Le modalità di progettazione e implementazione dei processi di continuità per coordinare l'assistenza dei singoli pazienti. La definizione delle responsabilità e delle modalità per il passaggio in cura contribuisce a migliorare la continuità, il coordinamento, la soddisfazione del paziente, la qualità e potenzialmente anche gli esiti;
- Le modalità di erogazione delle prestazioni cliniche e assistenziali sulla base delle evidenze scientifiche disponibili al fine di fornire un intervento appropriato ed efficace per uno specifico soggetto nel rispetto delle sue preferenze individuali e dei suoi valori culturali e sociali;
- Le attività per un approccio sistemico al miglioramento della qualità e alla sicurezza. Per gestione della sicurezza s'intende l'applicazione e la promozione di strutture e processi che, sulla base delle

evidenze scientifiche, siano in grado di prevenire e ridurre i rischi specifici all'interno della struttura;

- Le modalità attraverso le quali praticare una concreta “centralità del paziente” nelle attività assistenziali attraverso l'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi di carattere sanitario, tutelare, assistenziale orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica.

In particolare, nella Sezione 2 del manuale, i fattori/criteri del documento “Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento” cui si fa riferimento sono i seguenti:

1. *Prestazioni e Servizi*: E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini.
2. *Appropriatezza clinica e sicurezza*: La efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e dell'assistenza e debbono essere monitorati.
3. *Umanizzazione*: L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è, un impegno comune a tutte le strutture.

Le tipologie di assistenza territoriale extra-ospedaliera

I requisiti del presente manuale vengono declinati in riferimento alle seguenti tipologie di assistenza¹:

- prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale;
- prestazioni di assistenza domiciliare.

Per prestazione residenziale e semiresidenziale si intende il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio. La prestazione non si configura come un singolo atto assistenziale, ma come il complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero. L'accesso a tali prestazioni deve intendersi regolato dai principi generali di universalità, equità ed appropriatezza. L'utente per il quale sia individuata la condizione di non autosufficienza e che non possa essere assistito a domicilio avrà quindi diritto di scegliere il luogo di cura nell'ambito delle diverse opzioni offerte dalle strutture accreditate.

Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Poiché il sistema prevede prestazioni a diversi livelli di intensità di cura, l'accesso alle stesse e la prosecuzione del trattamento avverrà coerentemente con la verifica della effettiva appropriatezza della indicazione, sulla base di criteri oggettivi di valutazione multidimensionale dei bisogni dell'utente.

I percorsi che portano a tali prestazioni possono prevedere la provenienza dell'utente dall'ospedale per acuti, da una struttura di post-acuzie o dal domicilio. Del resto le prestazioni territoriali extra-ospedaliere non devono essere intese come una soluzione finale del percorso, ma come un nodo dinamico della rete di assistenza regionale.

A tal proposito sono state individuate le tipologie di utenti non autosufficienti, che caratterizzano le diverse tipologie di prestazioni:

- Anziani non autosufficienti
- Persone disabili giovani e adulte

¹ Le evidenze che caratterizzano il manuale essendo declinate a partire dai requisiti individuati nell'ambito del Disciplinare tecnico per l'accreditamento rendono tale strumento estremamente flessibile ed in grado di essere adattato ad eventuali modifiche della classificazione delle prestazioni o dei 'nuclei erogativi'.

- Persone con patologie psichiatriche
- Persone con dipendenze patologiche
- Persone con patologie terminali con necessità di cure residenziali
- Persone con patologie con necessità di assistenza domiciliare

Anziani non autosufficienti

RSA medicalizzata: sono nuclei specializzati per pazienti non autosufficienti, a seguito della perdita temporanea dell'autonomia dopo interventi chirurgici e/o traumi, richiedenti trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali, come ad esempio: ventilazione meccanica ed assistita, nutrizione entrale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno. Si tratta di interventi di cura complessi, ma concentrati nel tempo i cui obiettivi assistenziali sono rivolti, con la ovvia eccezione dei pazienti terminali, alla riacquisizione dell'autonomia perduta o alla acquisizione del maggiore livello di autonomia possibile.

RSA anziani: sono nuclei specializzati per anziani non autosufficienti, portatori di patologie croniche a rischio di instabilità clinica. Gli obiettivi assistenziali in questo caso sono finalizzati a salvaguardare la stabilità clinica e impedire e/o rallentare il deterioramento e il decadimento delle funzioni presenti, con conseguente limitazione dei ricoveri ospedalieri.

Nucleo per demenze (tipo Alzheimer): sono nuclei specializzati per pazienti con demenza, nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività, che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, di riorientamento e tutela personale in ambiente protesico. Tali nuclei possono essere realizzati nell'ambito di strutture connotate come RSA.

Per i familiari dei pazienti dovranno esser previste attività di sostegno (colloqui individuali e gruppi di auto aiuto e sostegno) e informazione, utili a facilitare la gestione del paziente al ritorno al domicilio.

Casa protetta anziani: sono nuclei che garantiscono cure residenziali di mantenimento, nel cui ambito rientrano le strutture tipiche della lungodegenza per patologie cronicizzate, con cure sanitarie di medicina generale, recupero funzionale per contenere il decadimento, assistenza tutelare e aiuto alla persona.

Gli obiettivi assistenziali sono quelli di fornire supporto sanitario alla prevalente attività socio assistenziale in pazienti con condizioni di salute poco compromesse.

Ogni struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani dovrà soddisfare tutti i requisiti della Sezione 1 e tutti i requisiti della Sezione 2A.

Persone disabili giovani e adulte

RSA disabili fisici, psichici e/o sensoriali: sono strutture socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, costituite da nuclei di Cure residenziali Estensive (nuclei specializzati) per persone in condizione di disabilità grave, finalizzate a garantire prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative di mantenimento, congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili gravi. Gli obiettivi assistenziali in questo caso sono finalizzati a salvaguardare la stabilità clinica ed impedire e/o rallentare il deterioramento ed il decadimento delle funzioni presenti, con conseguente limitazione dei ricoveri ospedalieri.

Presidio di riabilitazione estensiva extra-ospedaliera a ciclo continuativo: comprende nuclei specializzati di riabilitazione estensiva extra-ospedaliera, rivolta ad adulti e a minori che, a seguito della perdita dell'autonomia a causa di acuzie e/o interventi chirurgici e/o traumi, necessitano di trattamenti intensivi/estensivi di natura riabilitativa e socio-riabilitativa rivolti alla riacquisizione dell'autonomia perduta o alla acquisizione del maggiore livello di autonomia possibile.

Casa protetta per disabili: sono strutture socio-sanitarie, a connotazione sociale a rilievo sanitario, che erogano prestazioni socio-riabilitative in regime residenziale, congiuntamente a cure sanitarie di medicina generale, prestazioni terapeutiche riabilitative di mantenimento per il contenimento degli esiti e congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili fisici psichici e/o sensoriali privi di sostegno familiare.

Comunità alloggio per disabili: è una struttura residenziale a carattere comunitario rivolta a soggetti in situazione di compromissione funzionale (di carattere fisico, intellettuale o sensoriale), con parziale o residuale autonomia funzionale alla gestione delle attività della propria vita quotidiana, che necessitano di interventi di riabilitazione di mantenimento mirati a sostenere e promuovere le condizioni personali ed ambientali per la vita di relazione e l'inclusione sociale.

Strutture residenziali per sclerosi laterale amiotrofica (SLA), coree, sclerosi multipla: sono strutture destinate all'assistenza di tutte le malattie degenerative del sistema nervoso e al ricovero di pazienti in situazione di handicap gravissimo, con grave disabilità conseguenti a esiti disabilitanti di patologie neurologiche in fase avanzata, con necessità di assistenza nella cura di sé, nella mobilità, nonché di supervisione continuativa nell'arco delle 24 ore.

Presidi di riabilitazione estensiva extra-ospedaliera a ciclo diurno: sono strutture che effettuano le attività di riabilitazione extra-ospedaliera della fase estensiva in forma diurna per adulti o minori che a causa di

patologie malformative o congenite di origine genetica ovvero per patologie acquisite, di acuzie e/o interventi chirurgici e/o traumi, necessitano di trattamenti intensivi/estensivi di natura riabilitativa e socio-riabilitativa rivolti alla riacquisizione dell'autonomia perduta o alla acquisizione del maggiore livello di autonomia possibile.

Centri di riabilitazione estensiva extra-ospedaliera ambulatoriale: le prestazioni ambulatoriali erogate dai centri di riabilitazione si differenziano dalle attività ambulatoriali specialistiche di recupero e rieducazione funzionale per la globalità dell'intervento riabilitativo. Queste si configurano nell'insieme di interventi multidisciplinari, valutativi diagnostici, terapeutici e preventivi finalizzati a contenere ed evitare limitazione del funzionamento, dell'attività e della partecipazione della persona con disabilità. Per l'utenza in età evolutiva, il centro ambulatoriale di riabilitazione si caratterizza per un'attività prevalente di neuroriabilitazione e riabilitazione cognitiva, metacognitiva e del linguaggio; per le altre fasce di età, si caratterizza per un'attività prevalente di riabilitazione funzionale e orientata al massimo recupero dell'autonomia.

Ogni struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per disabili dovrà soddisfare tutti i requisiti della Sezione 1 e tutti i requisiti della Sezione 2B.

Persone con patologie psichiatriche

Strutture residenziali del Dipartimento di Salute Mentale: sono strutture residenziali che erogano prestazioni residenziali di tutela della salute mentale che possono essere affidate anche alla gestione del privato (sociale e/o imprenditoriale). Gli obiettivi sono quelli di fornire prestazioni sanitarie psichiatriche socio-riabilitative.

Presidi di riabilitazione estensiva extra-ospedaliera per pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare: struttura residenziale deputata al trattamento di pazienti con disturbi nel comportamento alimentare (DCA) dove sia insufficiente o inefficace il trattamento ambulatoriale.

Centri di riabilitazione estensiva extra-ospedaliera a ciclo continuativo–autismo: sono strutture che effettuano le attività di riabilitazione extra-ospedaliera della fase estensiva in forma diurna per adulti o minori affetti da autismo o patologie assimilabili in diverse condizioni di gravità che necessitano di trattamenti intensivi/estensivi di natura riabilitativa e socio-riabilitativa, rivolti allo sviluppo delle potenzialità e all'acquisizione del maggiore livello di autonomia possibile.

Centri di riabilitazione estensiva extra-ospedaliera a ciclo diurno – autismo: sono strutture che effettuano le attività di riabilitazione extra-ospedaliera della fase estensiva in forma continuativa per adulti o minori affetti da autismo o patologie assimilabili in diverse condizioni di gravità, che necessitano di trattamenti intensivi/estensivi di natura riabilitativa e socio-riabilitativa, rivolti allo sviluppo delle potenzialità e all'acquisizione del maggiore livello di autonomia possibile.

Ogni struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone con patologie psichiatriche dovrà soddisfare tutti i requisiti della Sezione 1 e tutti i requisiti della Sezione 2C.

Persone con dipendenze patologiche

Le organizzazioni che effettuano attività di prevenzione, cura e riabilitazione finalizzate alla protezione e ripristino della salute delle persone con dipendenze patologiche:

- *Servizi Terapeutico Riabilitativo:* si occupano dell'accoglienza di pazienti con caratteristiche predefinite, che non assumono sostanze d'abuso e, ove ritenuti idonei al programma e, comunque, in assenza di controindicazioni, dell'accoglienza di pazienti sottoposti a trattamenti farmacologici sostitutivi e dell'attuazione di un programma terapeutico dettagliatamente descritto e personalizzato, di durata non superiore a diciotto mesi, con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente, ed eventuali modifiche;
- *Servizi Terapeutico Pedagogico:* si occupano dell'accoglienza di pazienti con caratteristiche predefinite, che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi e dell'attuazione di un programma pedagogico/riabilitativo predefinito e personalizzato, di durata non superiore a trenta mesi, con obiettivo centrato sul ripristino delle capacità di integrazione sociale e sul miglioramento della vita di relazione e metodologia di tipo pedagogico-educativo, con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente ed eventuali modifiche.

Ogni struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone con dipendenze patologiche dovrà soddisfare tutti i requisiti della Sezione 1 e tutti i requisiti della Sezione 2D.

Persone con patologie terminali con necessità di cure residenziali

Strutture residenziali per Cure Palliative – Hospice: sono strutture, facenti parte della rete di assistenza ai pazienti terminali, per l'assistenza in ricovero temporaneo di pazienti affetti da malattie progressive ed in

fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata e, prioritariamente, per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di assistenza palliativa e di supporto.

Ogni struttura residenziale che eroga prestazioni per persone con patologie terminali dovrà soddisfare tutti i requisiti della Sezione 1 e tutti i requisiti della Sezione 2E.

Persone con patologie con necessità di assistenza domiciliare

Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Gli obiettivi principali delle cure domiciliari sono:

- l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
- la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- il supporto alla famiglia;
- il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale le tipologie di cure domiciliari e di prestazioni connesse possono essere diverse:

- *assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale);*
- *attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale (domiciliare);*
- *attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV (domiciliare).*

Ogni struttura che eroga prestazioni per persone con necessità di assistenza domiciliare dovrà soddisfare tutti i requisiti della Sezione 1 e tutti i requisiti della Sezione 2F.

La struttura dei requisiti

I requisiti per l'accreditamento sono caratterizzati dalla seguente struttura:

- Il fattore/ criterio di riferimento;
- Il requisito;
- Il campo d'applicazione;
- I livelli di compliance del requisito: ad ogni requisito sono attribuite, ai fini della valutazione, una o più evidenze. Le evidenze possono essere attinenti:
 - al processo: focalizzate sul modo in cui si realizza una certa attività;
 - all'esito: focalizzate sul risultato che si ottiene.

Ciascun requisito è declinato secondo la logica del ciclo di Deming:

- Fase 1 (Plan) - Documenti di indirizzo e pianificazione: I piani, le politiche, le linee guide e altri documenti di indirizzo richiesti debbono essere presenti e rispettare nel contenuto quanto previsto dai requisiti per l'accreditamento. A tal proposito, alcuni requisiti trasversali fanno riferimento a processi clinici e manageriali che riguardano l'intera organizzazione sanitaria e come tali debbono essere 'governati' da documenti definiti a livello aziendale mentre in altri casi è necessario definire i documenti a livello di singola articolazione organizzativa, tipicamente l'Unità Operativa, coinvolta nella cura del paziente.
- Fase 2 (Do) - Implementazione: La valutazione del soddisfacimento delle evidenze previste da questa fase viene effettuata attraverso, in particolare, l'osservazione sul campo, interviste o la valutazione delle cartelle cliniche dei pazienti, dei dati e di altri documenti. Tuttavia, per il loro volume e la dispersione all'interno dell'organizzazione, non è possibile esaminare tutta la documentazione disponibile o tutti gli elementi e gli indicatori misurabili in grado di testimoniare la conformità alle evidenze previste. Pertanto, in sede di verifica, il campionamento per la valutazione delle evidenze non si basa su criteri probabilistici, tali da individuare un campione rappresentativo della realtà organizzativa esaminata, ma è definibile come campione a scelta ragionata.
- Fase 3 (Check) - Monitoraggio: Nessuna attività può essere migliorata se non si misurano i risultati. Per il soddisfacimento di tali evidenze sono richiesti i risultati documentati derivanti dal monitoraggio della qualità e della sicurezza delle attività definite nelle fasi precedenti. Per migliorare le proprie attività è necessario raccogliere dati e informazioni, ed analizzare le condizioni che eventualmente hanno determinato livelli di adeguatezza o di performance non soddisfacenti. Alcuni dati possono essere raccolti a livello di sistema, in altri casi il monitoraggio dei dati può essere effettuato nell'ambito della singola Unità Operativa attraverso l'analisi ad esempio della

documentazione clinica. Il monitoraggio sistematico dei dati effettuato dalla struttura, laddove non specificato, non è da effettuarsi in continuo ma sulla base di un campione rappresentativo del processo da analizzare. Se non sono presenti specifici riferimenti circa la frequenza, è la struttura stessa a definirla.

- Fase 4 (Act) - Miglioramento della qualità: Le evidenze previste da tale fase prevedono che l'organizzazione documenti la valutazione e l'analisi dei dati e delle informazioni al fine di definire le priorità per l'implementazione di specifiche iniziative atte a migliorare la qualità e la sicurezza dell'organizzazione.

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio | Descrive il fattore/ criterio di qualità di riferimento. |
| Requisito | Descrive l'obiettivo da raggiungere. |
| Campo d'applicazione | Descrive il livello dell'organizzazione che deve provvedere a implementare e a soddisfare il requisito. |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>La fase 1 richiede la presenza e i contenuti dei documenti di indirizzo e pianificazione. Questi possono essere la missione, le politiche, i piani o le linee guida, le istruzioni o le checklist a seconda del campo di applicazione del requisito.</p> <p><i>Definire una politica, organizzare un'attività, definire un piano delle attività, ecc.</i></p> <p>Il requisito non fa riferimento al livello dell'organizzazione responsabile per la preparazione di questi documenti. La responsabilità è pertanto identificata dalla Direzione.</p> |
| Fase 2: Implementazione | <p>La fase 2 richiede la conoscenza, la consapevolezza e l'implementazione di quanto progettato, pianificato e identificato nella fase precedente sia da parte della Direzione che del personale.</p> <p><i>Realizzare un'attività, rispettare le esigenze e i bisogni del cittadino/paziente, mettere in atto un piano delle attività, formare, educare, sensibilizzare, ecc.</i></p> <p>La valutazione del soddisfacimento dei requisiti previsti da questa fase viene effettuata attraverso l'osservazione sul campo, interviste o la valutazione delle cartelle cliniche dei pazienti, dei dati e di altri documenti.</p> |
| Fase3: Monitoraggio | <p>La fase 3 richiede che i risultati dell'implementazione delle evidenze delle fasi precedenti siano documentati.</p> <p><i>Monitorare un'attività, valutare l'efficacia delle azioni ecc.</i></p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>La fase 4 presuppone che i dati raccolti in base alle evidenze definite nella fase 3 siano analizzati e valutati e sulla base di questi vengano definite le priorità, pianificate e implementate opportune iniziative/attività per il miglioramento della sicurezza e qualità delle strutture, dei processi e degli esiti.</p> <p><i>Mettere in opera azioni di miglioramento, ecc.</i></p> |

Il processo di accreditamento

Questo manuale si propone di essere uno strumento per autovalutare, monitorare e migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni nelle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera. Il manuale si basa su due approcci complementari:

- la pianificazione e l'implementazione delle attività, fasi che indicano le attività e i processi che dovrebbero essere presenti all'interno di una struttura socio-sanitaria/assistenziale e sociale;
- il monitoraggio e il miglioramento, che puntano a monitorare i processi sanitari/assistenziali e gli esiti e forniscono uno strumento quantitativo per valutare le variazioni della performance nel tempo ed innescare il ciclo del miglioramento continuo.

Nello specifico questo manuale ha l'obiettivo di facilitare:

- la valutazione delle prestazioni e dei processi erogati all'interno delle strutture socio-sanitarie/assistenziali e sociali;
- il miglioramento del coordinamento dell'assistenza con gli altri soggetti erogatori;
- la formulazione e l'individuazione di azioni per il miglioramento delle attività;
- il coinvolgimento dei professionisti e dei pazienti nel miglioramento delle attività.

Le strutture che erogano prestazioni di assistenza territoriale extra-ospedaliera e affrontano il percorso di accreditamento istituzionale debbono effettuare un'autovalutazione della propria organizzazione, in maniera tale da valutare la propria distanza dalle attività richieste dai requisiti e individuare le azioni rilevanti da implementare prima della verifica sul campo da parte degli organi deputati.

La verifica sul campo varia nel numero di giorni e nel numero di valutatori a seconda delle dimensioni e della complessità della struttura che eroga prestazioni di assistenza territoriale extra-ospedaliera. La valutazione, relativa alla verifica sul campo dell'adesione ai requisiti, sarà condotta da un team di valutatori, appositamente formati che garantiscono una specifica competenza tecnica e per i quali siano posti in essere condizioni tali da assicurare imparzialità e trasparenza nelle valutazioni, capaci di raccogliere informazioni utili ed evidenze (documentali o di altro tipo) per verificare la rispondenza della struttura ai requisiti prefissati e assicurare una omogeneità di valutazione dei requisiti su tutto il territorio regionale.

I valutatori verificano il soddisfacimento delle evidenze che caratterizzano le 4 fasi in cui si articolano i singoli requisiti (pianificazione, implementazione, monitoraggio, miglioramento della qualità). Tali fasi sono strutturate in maniera tale da stimolare il miglioramento continuo della qualità e il soddisfacimento delle

esigenze del cittadino/paziente.

Gli strumenti per la valutazione del livello di soddisfacimento dei requisiti sono caratterizzati da una revisione della documentazione, da interviste e osservazione sul campo.

Dopo la verifica sul campo, viene redatto un report caratterizzato dai seguenti elementi:

- Nome e descrizione dell'organizzazione;
- Eventuali requisiti non applicabili, requisiti o evidenze esclusi dal processo di valutazione;
- La valutazione dei requisiti;
- Eventuali raccomandazioni.

Nella tabella seguente, in relazione a ciascuna struttura di assistenza territoriale extra-ospedaliera, vengono riportate le sezioni del manuale da soddisfare.

| Strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera | Manuale per l'accreditamento |
|---|-------------------------------------|
| STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI | Sezione 1 Sezione 2 A |
| STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER DISABILI | Sezione 1 Sezione 2 B |
| STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE | Sezione 1 Sezione 2 C |
| STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE | Sezione 1 Sezione 2 D |
| STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI PER PERSONE CON PATOLOGIE TERMINALI | Sezione 1 Sezione 2 E |
| STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI PER PERSONE CON NECESSITA' DI ASSISTENZA DOMICILIARE | Sezione 1 Sezione 2 F |

Nelle tabelle seguenti vengono riportati i requisiti e indicati il numero di evidenze per ciascuna fase della **Sezione 1** del manuale, i cui requisiti debbono essere soddisfatti da ogni struttura che eroga prestazioni di assistenza territoriale extra-ospedaliera.

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | Totale evidenze per singolo requisito |
|---|----------|-----------|-----------|----------|---------------------------------------|
| FATTORE/CRITERIO 1 Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio-sanitaria, una gestione della organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo | | | | | |
| Requisito 1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto | 1 | 3 | 3 | 1 | 8 |
| Requisito 1.2 Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali | 2 | 1 | 3 | 1 | 7 |
| Requisito 1.3 Definizione delle responsabilità | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Requisito 1.4 Le modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati) | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 |
| Requisito 1.5 Le modalità e gli strumenti di valutazione della qualità dei servizi | 1 | 4 | 1 | 1 | 7 |
| Requisito 1.6 Le modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi | 1 | 2 | 1 | 2 | 6 |
| Totale per singola fase | 7 | 13 | 10 | 7 | 37 |

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N° totale evidenze per singolo requisito |
|---|----------|----------|----------|----------|--|
| FATTORE/CRITERIO 2 L'organizzazione cura la idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse | | | | | |
| Requisito 2.1 L'idoneità all'uso delle strutture | 3 | 2 | 2 | 1 | 8 |
| Requisito 2.2 Gestione e manutenzione delle attrezzature | 2 | 4 | 3 | 1 | 10 |
| N° totale evidenze per singola fase | 5 | 6 | 5 | 2 | 18 |

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N° totale evidenze per singolo requisito |
|---|----------|----------|----------|----------|--|
| FATTORE/CRITERIO 3 L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività | | | | | |
| Requisito 3.1 La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica | 3 | 5 | 1 | 1 | 10 |
| Requisito 3.2 L'inserimento e l'addestramento di nuovo personale | 2 | 3 | 1 | 1 | 7 |
| N° totale evidenze per singola fase | 5 | 8 | 2 | 2 | 17 |

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N° totale evidenze per singolo requisito |
|--|----------|-----------|----------|----------|--|
| FATTORE/CRITERIO 4 Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento | | | | | |
| Requisito 4.1 Le modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscono la partecipazione degli operatori | 1 | 4 | 1 | 1 | 6 |
| Requisito 4.2 Le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 |
| Requisito 4.3 Le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e/o ai <i>caregiver</i> | 1 | 7 | 2 | 1 | 11 |
| Requisito 4.4 Le modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei <i>caregiver</i> | 2 | 6 | 2 | 1 | 11 |
| Requisito 4.5 Modalità di ascolto dei pazienti | 1 | 3 | 3 | 1 | 8 |
| N° totale evidenze per singola fase | 6 | 22 | 9 | 5 | 41 |

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N° totale evidenze per singolo requisito |
|---|----------|----------|----------|----------|--|
| FATTORE/CRITERIO 5 Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili | | | | | |
| Requisito 5.1 Progetti di miglioramento | 2 | 2 | 3 | 1 | 8 |
| Requisito 5.2 Esistenza e applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Requisito 5.3 Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 |
| N° totale evidenze per singola fase | 4 | 5 | 5 | 3 | 17 |

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N. Totale evidenze |
|---------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------------|
| N° totale evidenze – Sezione 1 | 27 | 53 | 31 | 19 | 130 |

Nelle tabelle seguenti vengono riportati i requisiti e indicati il numero di evidenze per ciascuna fase della **Sezione 2A** del manuale, i cui requisiti debbono essere soddisfatti da ogni struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani.

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N° totale evidenze per singolo requisito |
|--|----------|-----------|-----------|----------|--|
| FATTORE/CRITERIO 1 - 2A E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini | | | | | |
| Requisito 1.1- 2A Tipologia di prestazioni e di servizi erogati | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Requisito 1.2.1- 2A Percorsi assistenziali: Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti | 1 | 10 | 5 | 1 | 17 |
| Requisito 1.2.2- 2A Percorsi assistenziali: Passaggio in cura (continuità assistenziale) | 1 | 7 | 2 | 1 | 11 |
| Requisito 1.2.3- 2A Percorsi assistenziali: Monitoraggio e valutazione | 2 | 5 | 1 | 1 | 9 |
| Requisito 1.3- 2A La modalità di gestione della documentazione sanitaria | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 |
| N° totale evidenze per singola fase | 6 | 25 | 10 | 5 | 46 |

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N° totale evidenze per singolo requisito |
|---|----------|-----------|-----------|----------|--|
| FATTORE/CRITERIO 2- 2A L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati | | | | | |
| Requisito 2.1- 2A Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche | 1 | 4 | 2 | 1 | 8 |
| Requisito 2.2- 2A L'organizzazione assicura la promozione della sicurezza e la gestione dei rischi | 4 | 4 | 3 | 1 | 12 |
| Requisito 2.3- 2A Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi | 1 | 6 | 4 | 2 | 13 |
| Requisito 2.4- 2A Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze | 1 | 4 | 2 | 1 | 8 |
| N° totale evidenze per singola fase | 7 | 18 | 11 | 5 | 41 |

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | |
|--|----------|----------|----------|----------|---|
| FATTORE/CRITERIO 3- 2A L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, è un impegno comune a tutte le strutture | | | | | N° totale evidenze per singolo requisito |
| Requisito 3.1- 2A Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza | 1 | 4 | 4 | 1 | 10 |
| N° totale evidenze per singola fase | 1 | 4 | 4 | 1 | 10 |

| Totale evidenze per strutture che erogano prestazioni di residenziali e semiresidenziali per anziani | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N. Totale evidenze |
|---|-----------|------------|-----------|-----------|---------------------------|
| N° totale evidenze – Sezione 1 | 27 | 53 | 31 | 19 | 130 |
| N° totale evidenze – Sezione 2A | 14 | 47 | 25 | 11 | 97 |
| N° totale evidenze | 41 | 102 | 56 | 28 | 227 |

Nelle tabelle seguenti vengono riportati i requisiti e indicati il numero di evidenze per ciascuna fase della **Sezione 2B** del manuale, i cui requisiti debbono essere soddisfatti da ogni struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per disabili.

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N° totale evidenze per singolo requisito |
|--|----------|-----------|-----------|----------|--|
| FATTORE/CRITERIO 1 – 2B E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini | | | | | |
| Requisito 1.1- 2B Tipologia di prestazioni e di servizi erogati | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Requisito 1.2.1- 2B Percorsi assistenziali: Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti | 1 | 11 | 5 | 1 | 18 |
| Requisito 1.2.2- 2B Percorsi assistenziali: Passaggio in cura (continuità assistenziale) | 1 | 7 | 2 | 1 | 11 |
| Requisito 1.2.3- 2B Percorsi assistenziali: Monitoraggio e valutazione | 2 | 4 | 1 | 1 | 8 |
| Requisito 1.3- 2B La modalità di gestione della documentazione sanitaria | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 |
| N° totale evidenze per singola fase | 6 | 25 | 10 | 5 | 46 |

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N° totale evidenze per singolo requisito |
|---|--------|--------|--------|--------|--|
| FATTORE/CRITERIO 2- 2B L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati | | | | | |
| Requisito 2.1- 2B Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche | 1 | 4 | 3 | 1 | 9 |
| Requisito 2.2- 2B L'organizzazione assicura la promozione della sicurezza e la gestione dei rischi | 4 | 4 | 3 | 1 | 12 |
| Requisito 2.3- 2B Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi | 1 | 6 | 4 | 2 | 13 |
| Requisito 2.4- 2B Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze | 1 | 4 | 2 | 1 | 8 |

| | | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---|
| N° totale evidenze per singola fase | 7 | 18 | 12 | 5 | 42 |
| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N° totale evidenze per singolo requisito |
| FATTORE/CRITERIO 3- 2B L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, è un impegno comune a tutte le strutture | | | | | |
| Requisito 3.1- 2B Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza | 1 | 4 | 4 | 1 | 10 |
| N° totale evidenze per singola fase | 1 | 4 | 4 | 1 | 10 |

| Totale evidenze per strutture che erogano prestazioni di residenziali e semiresidenziali per disabili | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N. Totale evidenze |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|
| N° totale evidenze – Sezione 1 | 27 | 53 | 31 | 19 | 130 |
| N° totale evidenze – Sezione 2B | 14 | 47 | 26 | 11 | 98 |
| N° totale evidenze | 41 | 100 | 57 | 28 | 227 |

Nelle tabelle seguenti vengono riportati i requisiti e indicati il numero di evidenze per ciascuna fase della **Sezione 2C** del manuale, i cui requisiti debbono essere soddisfatti da ogni struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone con patologie psichiatriche.

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | |
|--|----------|-----------|-----------|----------|---|
| FATTORE/CRITERIO 1 – 2C E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini | | | | | N° totale evidenze per singolo requisito |
| Requisito 1.1– 2C Tipologia di prestazioni e di servizi erogati | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Requisito 1.2.1- 2C Percorsi assistenziali: Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti | 1 | 10 | 4 | 1 | 16 |
| Requisito 1.2.2- 2C Percorsi assistenziali: Passaggio in cura (continuità assistenziale) | 1 | 10 | 3 | 1 | 15 |
| Requisito 1.2.3- 2C Percorsi assistenziali: Monitoraggio e valutazione | 2 | 5 | 1 | 1 | 9 |
| Requisito 1.3- 2C La modalità di gestione della documentazione sanitaria | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 |
| N° totale evidenze per singola fase | 6 | 28 | 10 | 5 | 49 |

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | |
|---|----------|-----------|-----------|----------|---|
| FATTORE/CRITERIO 2- 2C L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati | | | | | N° totale evidenze per singolo requisito |
| Requisito 2.1- 2C Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche | 1 | 4 | 3 | 1 | 9 |
| Requisito 2.2- 2C L'organizzazione assicura la promozione della sicurezza e la gestione dei rischi | 4 | 5 | 2 | 1 | 12 |
| Requisito 2.3- 2C Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi | 1 | 6 | 4 | 2 | 13 |
| Requisito 2.4- 2C Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze | 1 | 4 | 2 | 1 | 8 |
| N° totale evidenze per singola fase | 7 | 17 | 11 | 5 | 42 |

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | |
|--|----------|----------|----------|----------|---|
| FATTORE/CRITERIO 3- 2C L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, è un impegno comune a tutte le strutture | | | | | N° totale evidenze per singolo requisito |
| Requisito 3.1- 2C Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza | 1 | 3 | 3 | 1 | 8 |
| N° totale evidenze per singola fase | 1 | 3 | 3 | 1 | 8 |

| Totale evidenze per strutture che erogano prestazioni di residenziali e semiresidenziali per persone con patologie psichiatriche | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N. Totale evidenze |
|---|-----------|------------|-----------|-----------|---------------------------|
| N° totale evidenze – Sezione 1 | 27 | 53 | 31 | 19 | 130 |
| N° totale evidenze – Sezione 2C | 14 | 48 | 24 | 11 | 98 |
| N° totale evidenze | 41 | 101 | 55 | 30 | 227 |

Nelle tabelle seguenti vengono riportati i requisiti e indicati il numero di evidenze per ciascuna fase della **Sezione 2D** del manuale, i cui requisiti debbono essere soddisfatti da ogni struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone con dipendenze patologiche.

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N° totale evidenze per singolo requisito |
|--|----------|-----------|-----------|----------|--|
| FATTORE/CRITERIO 1 – 2D E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini | | | | | |
| Requisito 1.1– 2D Tipologia di prestazioni e di servizi erogati | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Requisito 1.2.1- 2D Percorsi assistenziali: Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti | 1 | 11 | 7 | 1 | 20 |
| Requisito 1.2.2- 2D Percorsi assistenziali: Passaggio in cura (continuità assistenziale) | 1 | 6 | 2 | 1 | 10 |
| Requisito 1.2.3- 2D Percorsi assistenziali: Monitoraggio e valutazione | 2 | 5 | 1 | 1 | 9 |
| Requisito 1.3- 2D La modalità di gestione della documentazione sanitaria | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 |
| N° totale evidenze per singola fase | 6 | 26 | 12 | 5 | 48 |

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N° totale evidenze per singolo requisito |
|---|----------|-----------|-----------|----------|--|
| FATTORE/CRITERIO 2- 2D L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati | | | | | |
| Requisito 2.1- 2D Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche | 1 | 4 | 3 | 1 | 9 |
| Requisito 2.2- 2D L'organizzazione assicura la promozione della sicurezza e la gestione dei rischi | 3 | 5 | 2 | 1 | 11 |
| Requisito 2.3- 2D Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi | 1 | 6 | 4 | 2 | 13 |
| Requisito 2.4- 2D Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze | 1 | 4 | 2 | 1 | 8 |
| N° totale evidenze per singola fase | 6 | 19 | 11 | 5 | 41 |

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | |
|--|----------|----------|----------|----------|---|
| FATTORE/CRITERIO 3- 2D L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, è un impegno comune a tutte le strutture | | | | | N° totale evidenze per singolo requisito |
| Requisito 3.1- 2D Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza | 1 | 3 | 3 | 1 | 8 |
| N° totale evidenze per singola fase | 1 | 3 | 3 | 1 | 8 |

| Totale evidenze per strutture che erogano prestazioni di residenziali e semiresidenziali per persone con dipendenze patologiche | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N. Totale evidenze |
|--|-----------|------------|-----------|-----------|---------------------------|
| N° totale evidenze – Sezione 1 | 27 | 53 | 31 | 19 | 130 |
| N° totale evidenze – Sezione 2D | 13 | 47 | 26 | 11 | 97 |
| N° totale evidenze | 40 | 100 | 57 | 30 | 227 |

Nelle tabelle seguenti vengono riportati i requisiti e indicati il numero di evidenze per ciascuna fase della **Sezione 2E** del manuale, i cui requisiti debbono essere soddisfatti da ogni struttura che eroga prestazioni residenziali per persone con patologie terminali.

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N° totale evidenze per singolo requisito |
|--|----------|-----------|-----------|----------|--|
| FATTORE/CRITERIO 1 – 2E E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini | | | | | |
| Requisito 1.1– 2E Tipologia di prestazioni e di servizi erogati | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 |
| Requisito 1.2.1- 2E Percorsi assistenziali: Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti | 1 | 8 | 8 | 1 | 18 |
| Requisito 1.2.2- 2E Percorsi assistenziali: Passaggio in cura (continuità assistenziale) | 1 | 7 | 2 | 1 | 11 |
| Requisito 1.2.3- 2E Percorsi assistenziali: Monitoraggio e valutazione | 2 | 6 | 1 | 1 | 10 |
| Requisito 1.3- 2E La modalità di gestione della documentazione sanitaria | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 |
| N° totale evidenze per singola fase | 6 | 25 | 13 | 5 | 49 |

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N° totale evidenze per singolo requisito |
|---|----------|-----------|-----------|----------|--|
| FATTORE/CRITERIO 2- 2E L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati | | | | | |
| Requisito 2.1- 2E Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche | 1 | 4 | 3 | 1 | 9 |
| Requisito 2.2- 2E L'organizzazione assicura la promozione della sicurezza e la gestione dei rischi | 3 | 5 | 2 | 1 | 11 |
| Requisito 2.3- 2E Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi | 1 | 6 | 4 | 2 | 13 |
| Requisito 2.4- 2E Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze | 1 | 4 | 2 | 1 | 8 |
| N° totale evidenze per singola fase | 6 | 19 | 11 | 5 | 41 |

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | |
|--|----------|----------|----------|----------|---|
| FATTORE/CRITERIO 3- 2E L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, è un impegno comune a tutte le strutture | | | | | N° totale evidenze per singolo requisito |
| Requisito 3.1- 2E Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza | 1 | 5 | 5 | 1 | |
| N° totale evidenze per singola fase | 1 | 5 | 5 | 1 | 12 |

| Totale evidenze per strutture che erogano prestazioni di residenziali per persone con patologie terminali | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N. Totale evidenze |
|--|-----------|------------|-----------|-----------|---------------------------|
| N° totale evidenze – Sezione 1 | 27 | 53 | 31 | 19 | 130 |
| N° totale evidenze – Sezione 2E | 13 | 49 | 29 | 11 | 101 |
| N° totale evidenze | 40 | 102 | 60 | 28 | 230 |

Nelle tabelle seguenti vengono riportati i requisiti e indicati il numero di evidenze per ciascuna fase della **Sezione 2F** del manuale, i cui requisiti debbono essere soddisfatti da ogni struttura che eroga prestazioni per persone con necessità di assistenza domiciliare.

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N° totale evidenze per singolo requisito |
|--|----------|-----------|-----------|----------|--|
| FATTORE/CRITERIO 1 – 2F E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini | | | | | |
| Requisito 1.1– 2F Tipologia di prestazioni e di servizi erogati | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Requisito 1.2.1- 2F Percorsi assistenziali: Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti | 1 | 11 | 7 | 1 | 20 |
| Requisito 1.2.2- 2F Percorsi assistenziali: Passaggio in cura (continuità assistenziale) | 1 | 4 | 2 | 1 | 8 |
| Requisito 1.2.3- 2F Percorsi assistenziali: Monitoraggio e valutazione | 2 | 7 | 1 | 1 | 11 |
| Requisito 1.3- 2F La modalità di gestione della documentazione sanitaria | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 |
| N° totale evidenze per singola fase | 6 | 25 | 12 | 5 | 48 |

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N° totale evidenze per singolo requisito |
|---|----------|-----------|-----------|----------|--|
| FATTORE/CRITERIO 2- 2F L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati | | | | | |
| Requisito 2.1- 2F Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche | 1 | 4 | 3 | 1 | 9 |
| Requisito 2.2- 2F L'organizzazione assicura la promozione della sicurezza e la gestione dei rischi | 6 | 5 | 2 | 1 | 14 |
| Requisito 2.3- 2F Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi | 1 | 6 | 4 | 2 | 13 |
| Requisito 2.4- 2F Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze | 1 | 4 | 2 | 1 | 8 |
| N° totale evidenze per singola fase | 9 | 19 | 11 | 5 | 44 |

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | |
|--|----------|----------|----------|----------|---|
| FATTORE/CRITERIO 3- 2F L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, è un impegno comune a tutte le strutture | | | | | N° totale evidenze per singolo requisito |
| Requisito 3.1- 2F Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza | 1 | 4 | 4 | 1 | 10 |
| N° totale evidenze per singola fase | 1 | 4 | 4 | 1 | 10 |

| Totale evidenze per strutture che erogano prestazioni per persone con necessità di assistenza domiciliare | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | N. Totale evidenze |
|--|-----------|------------|-----------|-----------|---------------------------|
| N° totale evidenze – Sezione 1 | 27 | 53 | 31 | 19 | 130 |
| N° totale evidenze – Sezione 2F | 16 | 48 | 27 | 11 | 103 |
| N° totale evidenze | 43 | 101 | 58 | 30 | 232 |

SEZIONE 1

**REQUISITI COMUNI A TUTTE LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA
TERRITORIALE EXTRA-OSPEDALIERA**

1° Criterio/fattore di qualità - ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE DI ASSISTENZA TERRITORIALE EXTRA-OSPEDALIERA

“Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio sanitaria/assistenziale e sociale, una gestione della organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo”

Per corrispondere a tale criterio, ogni struttura che eroga prestazioni di assistenza territoriale extra-ospedaliera dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenzino:

- 1.1 *Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto;*
- 1.2 *Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali;*
- 1.3 *Definizione delle responsabilità;*
- 1.4 *Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi, documenti e dati);*
- 1.5 *Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi;*
- 1.6 *Modalità di prevenzione e gestione dei disservizi.*

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 1 | <i>Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio sanitaria/assistenziale, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo</i> |
| Requisito 1.1 | <i>Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto</i> |
| Campo d'applicazione | Ogni struttura di assistenza territoriale extra-ospedaliera |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> o un documento in cui sono chiaramente identificati la visione, la missione e i valori dell'organizzazione; o una politica di riferimento per una gestione secondo criteri di eticità, a garanzia dell'erogazione di assistenza sanitaria nel rispetto di norme legali, etiche, finanziarie e commerciali e a tutela del paziente e dei suoi diritti; o un piano annuale delle attività e della qualità dell'organizzazione in cui sono definiti gli obiettivi di attività e di qualità che si basano sull'analisi della domanda di servizi/prestazioni del territorio e prevedono per la loro formulazione il coinvolgimento del personale, dei rappresentanti della comunità di riferimento e le associazioni di tutela del malato. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza della applicazione di una politica di riferimento per una gestione della struttura sanitaria secondo criteri di eticità e che tale politica supporta il processo decisionale;</p> <p>b) esiste evidenza dell'esplicitazione da parte della Direzione degli obiettivi e delle funzioni ad esse assegnate;</p> <p>c) l'organizzazione sviluppa relazioni con altre organizzazioni e servizi territoriali per il raggiungimento degli obiettivi strategici e organizzativi ed esiste evidenza delle relazioni implementate (es. verbali degli incontri effettuati).</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione del piano annuale delle attività e della qualità e monitora il raggiungimento degli obiettivi di budget, attività, qualità e costi;</p> <p>b) vi è evidenza della revisione periodica del piano annuale delle attività e della qualità sulla base degli indirizzi regionali e sulle indicazioni provenienti dal personale operante nella struttura, dai rappresentanti della comunità di riferimento e dalle associazioni di tutela dei pazienti ;</p> <p>c) i risultati del monitoraggio delle attività vengono condivisi attraverso modalità definite all'interno e all'esterno dell'organizzazione (direzione, personale, territorio, organizzazione di cittadini).</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua e implementa specifiche azioni per migliorare l'efficacia dei piani annuali di attività e di qualità; sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle attività di assistenza e supporto; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.</p> |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 1 | <i>Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio sanitaria/assistenziale, una gestione dell'organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo</i> |
| Requisito 1.2 | <i>Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali</i> |
| Campo d'applicazione | Ogni struttura di assistenza territoriale extra-ospedaliera |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso documenti di indirizzo (protocolli, linee-guida, procedure, programmi di ricerca e formazione) che descrivano:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ i collegamenti funzionali ed il funzionamento delle reti assistenziali che vedono l'integrazione tra struttura socio sanitaria/assistenziale e sociale e territorio e promuove modelli di continuità garantendo costante e reciproca comunicazione attraverso lo sviluppo di specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture sanitarie, territoriali e ambulatoriali; ○ il funzionamento di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". <p>b) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ accordi con servizi esterni per la gestione dei servizi di laboratorio qualora non siano disponibili all'interno dell'organizzazione; ○ accordi e protocolli con servizi esterni per la gestione dei servizi di diagnostica per immagini, qualora non siano disponibili all'interno dell'organizzazione; ○ un protocollo formalizzato per il raccordo della struttura con la struttura ospedaliera di riferimento. |
| Fase 2: Implementazione | a) Sono attuati specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti all'interno delle reti assistenziali integrate, delle reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico e delle reti tra centri regionali, anche in collegamento con le strutture sanitarie, con altre strutture socio-sanitarie e sociali e con le strutture ambulatoriali. |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) La direzione effettua una raccolta dati sulla realizzazione e il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione all'interno delle reti assistenziali e valuta la corrispondenza tra quanto pianificato e attuato;</p> <p>b) vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo da parte dell'organizzazione dell'applicazione delle procedure di gestione della richiesta di esami, dei campioni e dei servizi esterni di laboratorio e sono presenti i report di valutazione della qualità dei servizi di laboratorio;</p> <p>c) vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo da parte dell'organizzazione dell'applicazione delle procedure per la gestione dei servizi esterni di diagnostica per immagini e anestesia e sono presenti i report di valutazione della qualità dei servizi di diagnostica per immagini.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità del sistema delle reti assistenziali, delle reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico, nonché delle reti tra centri regionali; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 1 | <i>Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio-sanitaria e sociale, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo</i> |
| Requisito 1.3 | Definizione delle responsabilità |
| Campo d'applicazione | Ogni struttura di assistenza territoriale extra-ospedaliera |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) Sono presenti, sono stati formalizzati, approvati e diffusi documenti che descrivono la struttura di governo dell'organizzazione, gli strumenti e documenti di delega delle responsabilità, i processi e le relative responsabilità clinico/assistenziali-organizzative, le modalità di valutazione delle performance dei vari responsabili e dirigenti, insieme ai relativi criteri di valutazione. |
| Fase 2: Implementazione | a) Vi è evidenza della comunicazione della struttura di governo, da parte della Direzione, all'intera organizzazione. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza di una valutazione dell'efficacia dell'organizzazione, delle responsabilità e degli strumenti di delega da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate e dei risultati annuali raggiunti, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi, dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 1 | <i>Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio sanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo</i> |
| Requisito 1.4 | <i>Le modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)</i> |
| Campo d'applicazione | Ogni struttura di assistenza territoriale extra-ospedaliera |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) L'organizzazione ha definito e approvato procedure e linee guida per la gestione della sicurezza nell'accesso tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia di privacy, riservatezza e sicurezza delle informazioni. |
| Fase 2: Implementazione | a) Vi è evidenza della integrazione dei sistemi informativi al fine di: <ul style="list-style-type: none"> o documentare la tracciatura dei dati sanitari e la gestione e la trasmissione delle informazioni sia di carattere gestionale che sanitario; o raccogliere i dati per il supporto alle attività di pianificazione e controllo; o collaborare al debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS); o garantire la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa; o garantire informazioni tempestive e trasparenti nella erogazione delle prestazioni sanitarie. b) Il personale è stato formato e applica le procedure e le linee guida per la gestione della sicurezza e riservatezza di informazioni e dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia e lavora in accordo con quanto previsto dalle stesse. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) L'organizzazione monitora la qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei sistemi informativi, della sicurezza nell'accesso ai dati e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, affidabilità, accuratezza e validità (sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne); ne valuta la corretta applicazione nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia. |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 1 | <i>Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio sanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo</i> |
| Requisito 1.5 | <i>Le modalità e gli strumenti di valutazione della qualità dei servizi</i> |
| Campo d'applicazione | Ogni struttura di assistenza territoriale extra-ospedaliera |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) Vi è evidenza della formalizzazione e diffusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> o di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi) per la valutazione degli esiti, della qualità delle prestazioni e dei servizi che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti, ecc.). Il monitoraggio deve includere almeno: i) qualità clinico/assistenziale, ii) qualità organizzativa, iii) qualità percepita; o delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Le attività di valutazione degli esiti e della qualità delle prestazioni e dei servizi sono documentate (es.: la presenza di report quantitativi o qualitativi sulla qualità dei servizi) con periodicità almeno annuale e vi è evidenza della partecipazione del personale a tali attività;</p> <p>b) vi è evidenza che l'organizzazione ha comunicato i risultati delle valutazioni ai livelli adeguati ed ha attivato il confronto con le parti interessate (es.: diffusione di report sulla qualità dei servizi erogati, sia all'interno della struttura sia all'esterno e in particolare all'utenza);</p> <p>c) vi è evidenza nelle strutture socio sanitarie/assistenziali e sociali dell'impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti per la misurazione della aderenza alle linee guida;</p> <p>d) i pazienti e le organizzazioni di cittadini sono incoraggiati a fornire giudizi sulle cure ricevute e vi è evidenza della loro partecipazione alla valutazione della qualità dei servizi.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza del controllo e dell'adeguamento periodico del sistema di valutazione della qualità del servizio in maniera tale da garantire la validità e l'affidabilità di tutte le misure nel tempo e delle strategie di comunicazione dei dati. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, ed individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento delle performance (vedi requisito 5.1 – Sezione 1). Vi è evidenza dell'efficacia delle azioni correttive eventualmente messe in atto. |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 1 | <i>Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio sanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo</i> |
| Requisito 1.6 | <i>Le modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi</i> |
| Campo d'applicazione | Ogni struttura di assistenza territoriale extra-ospedaliera |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) L'organizzazione ha definito e approvato procedure/attività per la raccolta, la tracciabilità, l'analisi dei disservizi, la comunicazione verso l'esterno e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento. |
| Fase2: Implementazione | a) Vi è evidenza della messa in atto di un processo di comunicazione esterna alimentato anche dalle informazioni provenienti dai cittadini attraverso la gestione delle segnalazioni e dei reclami; b) vi è evidenza delle attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (es.: errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente). |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è l'evidenza di un'attività di monitoraggio: <ul style="list-style-type: none"> o per verificare la frequenza delle diverse tipologie di disservizi all'interno dell'organizzazione; o per valutare l'efficacia della strategia di comunicazione esterna. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Vi è l'evidenza di un processo documentato per l'individuazione, lo sviluppo e il monitoraggio di azioni correttive, preventive e di miglioramento finalizzate all'eliminazione o alla riduzione della ricorrenza del disservizio; b) è presente l'evidenza di modifiche apportate all'organizzazione derivate dalla valutazione dei disservizi e della valutazione della loro efficacia. |

2° Criterio/fattore di qualità – ASPETTI STRUTTURALI

“L’organizzazione cura la idoneità all’uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse”

Per corrispondere a tale criterio, ogni struttura che eroga prestazioni di assistenza territoriale extra-ospedaliera dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenzino:

2.1 L’idoneità all’uso delle strutture

2.2 La gestione e manutenzione delle attrezzature

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 2 | <i>L'organizzazione cura la idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse</i> |
| Requisito 2.1 | <i>L'idoneità all'uso delle strutture</i> |
| Campo d'applicazione | Ogni struttura di assistenza territoriale extra-ospedaliera |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) Vi è evidenza della pianificazione e l'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso e la sicurezza della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione;</p> <p>b) l'organizzazione ha formalizzato e diffuso il programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture che consente di individuare le situazioni che mettono in pericolo la sicurezza di beni e persone e di gestire le aree a rischio (Sicurezza e Vigilanza; Materiali Pericolosi; Emergenze; Protezione antincendio; Apparecchiature Medicali; Impianti fissi; Gestione dei rifiuti);</p> <p>c) l'organizzazione ha approvato i piani per la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.</p> |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza della messa in atto:</p> <ul style="list-style-type: none"> o del piano per il potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso e la sicurezza della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione; o del programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture, dell'individuazione delle situazioni che mettono in pericolo la sicurezza di beni e persone e della gestione delle aree a rischio (Sicurezza e Vigilanza; Materiali Pericolosi; Emergenze; Protezione antincendio; Apparecchiature Medicali; Impianti fissi; Gestione dei rifiuti). <p>b) Vi è evidenza delle attività di formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del periodico monitoraggio:</p> <ul style="list-style-type: none"> o dell'implementazione e dell'efficacia del programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture; o del livello di sicurezza della struttura ed è presente la documentazione delle attività di monitoraggio dell'idoneità della struttura e della valutazione dei dati raccolti in relazione a incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi della struttura (ad es. report, audit ed incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi e alla gestione della sicurezza della struttura). <p>b) Vi è evidenza del monitoraggio dell'efficacia delle attività di formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro, anche attraverso dimostrazioni, simulazioni e altri metodi idonei opportunamente documentate.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità ed efficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> o del programma di gestione del rischio ambientale; |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">○ delle attività di pianificazione e dell’inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l’idoneità all’uso, la sicurezza e l’efficacia della struttura;○ delle attività di formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell’ambiente di lavoro; <p>Controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 2 | <i>L'organizzazione cura la idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse</i> |
| Requisito 2.2 | Gestione e manutenzione delle attrezzature |
| Campo d'applicazione | Ogni struttura di assistenza territoriale extra-ospedaliera |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito e formalizzato un piano in cui siano esplicitate e programmate le azioni per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature in particolare delle attrezzature biomedicali e lo stesso è stato comunicato ai diversi livelli operativi;</p> <p>b) l'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso una procedura per l'identificazione di tutte le attrezzature utilizzate.</p> |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) E' presente un inventario aggiornato di tutte le attrezzature utilizzate;</p> <p>b) vi è evidenza che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, risulta a corredo delle stesse e resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione;</p> <p>c) in relazione alle singole attrezzature vi è evidenza della presenza della documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione;</p> <p>d) vi è evidenza dell'implementazione del programma di formazione sull'utilizzo delle attrezzature che prevede periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio periodico da parte della Direzione della corretta gestione delle attrezzature in particolare delle attrezzature biomedicali;</p> <p>b) il piano di manutenzione (straordinaria e preventiva) è valutato, rivisto e aggiornato con una periodicità annuale;</p> <p>c) l'organizzazione verifica periodicamente le conoscenze del personale utilizzatore delle modalità di utilizzo dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali per mezzo di dimostrazioni, simulazioni e altri metodi idonei. Tale verifica è documentata.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità e dell'efficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ del programma di gestione e manutenzione delle attrezzature; ○ dei programmi di formazione e addestramento per l'utilizzo, la manutenzione e la dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali. <p>Le organizzazioni controllano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.</p> |

3° Criterio/fattore di qualità – COMPETENZE DEL PERSONALE

“L’organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività”

Per corrispondere a tale criterio, ogni struttura che eroga prestazioni di assistenza territoriale extra-ospedaliera dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenzino:

- 3.1 *La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica*
- 3.2 *L’inserimento e l’addestramento di nuovo personale*

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 3 | <i>L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività</i> |
| Requisito 3.1 | <i>La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica</i> |
| Campo d'applicazione | Ogni struttura di assistenza territoriale extra-ospedaliera |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ un documento in cui è individuato un responsabile per la formazione del personale; ○ un Piano di formazione, aggiornamento e addestramento annuale, formulato con il coinvolgimento degli operatori, che prevede: definizione degli standard di competenza per posizione, criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione dei fabbisogni formativi attraverso varie fonti informative, programmazione delle attività formative; ○ le strategie per la gestione e lo sviluppo delle risorse umane che comprenda, oltre alla formazione e l'aggiornamento del personale su competenze professionali specifiche, anche la formazione e l'addestramento su tematiche che riguardano l'introduzione di innovazioni tecnologiche ed organizzative, le competenze relazionali (lavoro in team, comunicazione, relazione) e tematiche per la promozione della salute rivolta ai pazienti, ai loro familiari e al personale. <p>b) L'organizzazione ha definito e formalizzato un programma per il mantenimento delle competenze e un processo per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, studi, formazione, tirocinio, pratica, competenze ed esperienze) del personale medico, infermieristico e degli altri professionisti sanitari prevedendo un dossier formativo per singolo operatore;</p> <p>c) l'organizzazione ha definito e formalizzato una procedura standardizzata, oggettiva e basata sull'evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti e a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche.</p> |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza della condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura;</p> <p>b) vi è evidenza che le direzioni delle unità organizzative e il personale partecipano alla programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento ed è documentato il coinvolgimento degli operatori, in accordo con quanto previsto dai documenti di indirizzo;</p> <p>c) vi è evidenza dell'implementazione del programma per il mantenimento delle competenze. Tutto il personale ha un proprio dossier formativo con l'evidenza dei corsi svolti;</p> <p>d) le informazioni sul personale e la formazione conseguita sono documentate per ciascun operatore e vi è evidenza della verifica da parte della direzione delle credenziali (abilitazione, formazione, pratica, competenze ed esperienze) del personale medico, infermieristico e degli altri professionisti sanitari;</p> <p>e) vi è evidenza dell'applicazione della procedura standardizzata, oggettiva e basata sull'evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti e a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio dell'implementazione e della valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento e della soddisfazione da parte del personale.</p> |

| | |
|--|---|
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della programmazione e della verifica della formazione necessaria e specifica; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. |
|--|---|

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 3 | <i>L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività</i> |
| Requisito 3.2 | <i>L'inserimento e l'addestramento di nuovo personale</i> |
| Campo d'applicazione | Ogni struttura di assistenza territoriale extra-ospedaliera |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha formalizzato e diffuso un piano che definisce le modalità per l'accoglienza e l'affiancamento/addestramento del nuovo personale – neo assunto/trasferito compreso il personale volontario;</p> <p>b) l'organizzazione ha approvato e formalizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> o il processo per la valutazione delle qualifiche dei neo assunti e dell'idoneità al ruolo; o un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale verso i neo assunti, entro il 1° anno. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza della messa in atto del piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per i nuovi addetti del personale – neo assunto/trasferito - compreso il personale volontario, in maniera da consentire l'esercizio delle proprie funzioni;</p> <p>b) vi è evidenza della valutazione dell'idoneità al ruolo dei neoassunti e della valutazione delle capacità, delle conoscenze necessarie e dei comportamenti richiesti nel momento in cui il neo assunto comincia ad adempiere alle sue responsabilità lavorative;</p> <p>c) vi è evidenza dell'implementazione del piano di formazione strutturata sul rischio clinico verso i neo assunti entro il 1° anno.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza del monitoraggio periodico da parte della Direzione dell'efficacia dei programmi di orientamento/ inserimento del nuovo personale - neo assunto/trasferito - compreso il personale volontario. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei programmi di orientamento e dei piani per l'inserimento dei nuovi addetti; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. |

4° Criterio/fattore di qualità – COMUNICAZIONE

“Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento”

Per corrispondere a tale criterio, ogni struttura che eroga prestazioni di assistenza territoriale extra-ospedaliera dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenzino:

- 4.1 Le modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori;*
- 4.2 Le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori;*
- 4.3 Le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e/o ai familiari/caregiver;*
- 4.4 Le modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver;*
- 4.5 Le modalità di ascolto dei pazienti.*

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 4 | <i>Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti e i familiari garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti e dei familiari nelle scelte di trattamento</i> |
| Requisito 4.1 | <i>Le modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscono la partecipazione degli operatori</i> |
| Campo d'applicazione | Ogni struttura di assistenza territoriale extra-ospedaliera |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) La direzione ha definito e formalizzato processi finalizzati alla circolazione delle informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ i flussi informativi e la reportistica in merito agli obiettivi, dati e informazioni relative alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente; ○ le modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza di documentazione attestante la circolazione e la diffusione delle informazioni compresa la comunicazione e la diffusione a tutto il personale della missione, politiche, piani, obiettivi, budget, programmi di attività/risorse (vedi requisito 1.1 sezione 1);</p> <p>b) vi è evidenza della reportistica in merito agli obiettivi, dati e informazioni relative alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente e della relativa diffusione (vedi requisito <i>Monitoraggio e valutazione</i> – sezione 2);</p> <p>c) vi è evidenza della messa in atto di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione utilizzando modalità multiple di comunicazione;</p> <p>d) vi è evidenza di momenti sistematici di coordinamento e di integrazione interni all'organizzazione.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza della valutazione da parte della Direzione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura almeno una volta ogni due anni. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità del sistema di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori; controlla, inoltre, che le eventuali azioni correttive intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 4 | <i>Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti e i familiari garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti e dei familiari nelle scelte di trattamento</i> |
| Requisito 4.2 | <i>Le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori</i> |
| Campo d'applicazione | Ogni struttura di assistenza territoriale extra-ospedaliera |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso le modalità che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale. |
| Fase 2: Implementazione | a) Vengono implementati e facilitati momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità; b) vi è evidenza dell'effettuazione di una indagine sulla valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale nell'ultimo triennio e i risultati sono stati presentati alla Direzione e diffusi al personale. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza della diffusione e condivisione dei risultati dell'indagine sulla valutazione del clima aziendale e della soddisfazione del personale, e della discussione ed analisi dei risultati anche in apposite riunioni con la Direzione. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1). |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 4 | <i>Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti e i familiari garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti e dei familiari nelle scelte di trattamento</i> |
| Requisito 4.3 | <i>Le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e/o ai caregiver</i> |
| Campo d'applicazione | Ogni struttura di assistenza territoriale extra-ospedaliera |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) La Direzione ha definito e formalizzato una procedura:</p> <ul style="list-style-type: none"> o per l'appropriata modalità di comunicazione con i pazienti e i caregiver; o per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Famiglia. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) E' presente una Carta dei Servizi aggiornata e redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative del collettivo dell'utenza;</p> <p>b) vi è evidenza della presenza di strumenti informativi sintetici (multilingua) da mettere a disposizione dei cittadini;</p> <p>c) vi è evidenza della messa in atto di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia;</p> <p>d) vi è evidenza dell'informazione ricevuta dal paziente e dai familiari sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;</p> <p>e) l'organizzazione fornisce le informazioni sulla qualità dei suoi servizi;</p> <p>f) ai pazienti con accessi programmati vengono rilasciate informazioni in forma scritta su come accedere al servizio del successivo appuntamento;</p> <p>g) vi è evidenza che la comunicazione delle informazioni rivolte ai pazienti e ai familiari/caregiver avviene utilizzando una lingua, metodologia e linguaggio appropriati.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza che la documentazione per l'informazione dell'utenza è revisionata dall'organizzazione ad opportuni intervalli e comunque quando sono intervenute variazioni significative;</p> <p>b) viene effettuato il monitoraggio e la valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> o della soddisfazione del paziente in relazione alle informazioni fornite dalla organizzazione; o dell'efficacia dei processi di comunicazione delle informazioni ai pazienti e ai familiari-caregiver e dell'accesso ai servizi, anche per mezzo dell'analisi dei reclami/disservizi a queste correlate. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate e sulla base delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver; controlla, altresì, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.</p> |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 4 | <i>Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti e i familiari garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti e dei familiari nelle scelte di trattamento</i> |
| Requisito 4.4 | <i>Le modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver</i> |
| Campo d'applicazione | Ogni struttura di assistenza territoriale extra-ospedaliera |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari al processo di cura; ○ una procedura per l'informazione partecipata del paziente e dei familiari (rischi e benefici del trattamento o indagine proposta, alternative disponibili, prima dell'apposizione della firma sul modulo di consenso) e per l'acquisizione del consenso informato; ○ una politica per la promozione della salute da parte dell'organizzazione in relazione alle maggiori patologie trattate; ○ un documento ufficiale, condiviso all'interno dell'organizzazione, in cui vengono definite le linee guida sui contenuti del consenso informato. <p>b) Sono state esplicitate, in apposito documento aziendale, metodologie di coinvolgimento attivo dei pazienti e dei familiari, in materia di gestione del rischio clinico.</p> |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza della messa in atto di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto e l'educazione ed è documentato il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura; ○ procedure per l'informazione del paziente (anche minori) e l'acquisizione del consenso informato prevedendo l'informazione partecipata; ○ delle metodologie di coinvolgimento attivo dei pazienti e dei familiari, in materia di gestione del rischio clinico; ○ che i consensi soddisfano i contenuti specificati dalle linee guida definite dall'organizzazione in merito alle modalità di redazione dei consensi. <p>b) Vi è evidenza dell'informazione ricevuta dal paziente e dai familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche e dell'acquisizione del consenso informato prima della partecipazione del paziente ad attività di ricerca clinica, studi clinici e sperimentazioni cliniche</p> <p>c) vi è evidenza dell'addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari;</p> <p>d) vi è evidenza della presenza all'interno dell'organizzazione di un elenco delle prestazioni a rischio per le quali è prevista l'acquisizione di un formale consenso informato (es. anestesia/sedazione, diagnostica invasiva, terapie trasfusionali, ecc.);</p> <p>e) è presente un modulo ufficiale standardizzato e condiviso di consenso informato recante tutti gli specifici contenuti sopra descritti;</p> <p>f) vi è evidenza che l'organizzazione fornisce ai pazienti e ai familiari informazioni su fattori significativi di promozione della salute relativi alla loro patologia e/o stato di salute.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza della valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento |

| | |
|---|---|
| | <p>e partecipazione dei pazienti e familiari/<i>caregiver</i>;</p> <p>b) vi è evidenza della periodica valutazione della qualità delle informazioni ricevute dai pazienti su fattori significativi di promozione della salute relativi alla loro patologia e/o stato di salute.</p> |
| <p>Fase 4: Miglioramento della qualità</p> | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ delle modalità di partecipazione e coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/<i>caregiver</i>; ○ della qualità delle informazioni ricevute dai pazienti su fattori significativi di promozione della salute relativi alla loro patologia e/o stato di salute. <p>Vi è evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p> |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 4 | <i>Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti e i familiari garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti e dei familiari nelle scelte di trattamento</i> |
| Requisito 4.5 | <i>Modalità di ascolto dei pazienti</i> |
| Campo d'applicazione | Ogni struttura di assistenza territoriale extra-ospedaliera |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> o una politica e delle procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti; o modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti e dei familiari/caregiver; o procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dei pazienti e dei familiari (indagini di <i>customer satisfaction</i>). |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza della valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dei pazienti e dei familiari (indagini di <i>customer satisfaction</i>) su almeno il 10% dei pazienti trattati;</p> <p>b) vi è evidenza della diffusione dei risultati delle indagini di <i>customer satisfaction</i> (e delle eventuali misure di miglioramento adottate o da adottare) sul sito web aziendale;</p> <p>c) vi è evidenza della pubblicazione e diffusione di un report annuale relativo alla gestione dei reclami.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio dei tempi di risposta ai reclami e del confronto con lo standard definito all'interno della Carta dei Servizi;</p> <p>b) vi è evidenza della valutazione dell'efficacia da parte della Direzione delle modalità di ascolto dei pazienti e dei familiari/caregiver;</p> <p>c) vi è evidenza che i dati derivanti dall'analisi dei reclami e dai risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza utenti dei pazienti e dei familiari vengono discussi anche con le organizzazioni per i diritti dei pazienti.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza utenti dei pazienti e dei familiari, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua specifiche aree target e implementano azioni di miglioramento; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p> |

5° Criterio/fattore di qualità - Processi di miglioramento ed innovazione

“Il governo delle azioni di miglioramento, dell’adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili”

Per corrispondere a tale criterio, ogni struttura che eroga prestazioni di assistenza territoriale extra-ospedaliera dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenzino:

- 5.1 *Progetti di miglioramento*
- 5.2 *Modalità di valutazione delle tecnologie*
- 5.3 *Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa*

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 5 | <i>Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili</i> |
| Requisito 5.1 | Progetti di miglioramento |
| Campo d'applicazione | Ogni struttura di assistenza territoriale extra-ospedaliera |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso a tutto il personale il programma per il miglioramento della qualità che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori, la comunicazione periodica delle informazioni, la formazione;</p> <p>a) la struttura ha un processo per valutare le aree prioritarie di intervento per il miglioramento della qualità e della sicurezza. La Direzione ha formalizzato i piani di azione e ha individuato i relativi indicatori per il monitoraggio del miglioramento della qualità nelle aree prioritarie di intervento. I piani di azione sono caratterizzati almeno dai seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ obiettivi specifici per ciascun intervento; ○ cronoprogramma delle attività; ○ responsabilità; ○ risorse; ○ responsabilità e modalità per il monitoraggio degli obiettivi. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza che il programma di miglioramento della qualità è integrato al piano di gestione del rischio, alla formazione e alla pianificazione strategica;</p> <p>b) vi è evidenza della messa in atto del:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ programma aziendale per il miglioramento della qualità e dei piani di azione che lo caratterizzano, relativi agli interventi individuati come prioritari nelle aree dove la qualità misurata non raggiunge gli obiettivi prefissati; ○ programma per l'educazione e la formazione di tutto il personale sui temi legati alla qualità e al miglioramento continuo delle prestazioni. |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio dell'efficacia del programma aziendale per il miglioramento della qualità e dei piani di azione che lo caratterizzano. L'efficacia viene rivalutata sulla base di una periodicità definita attraverso l'utilizzo di indicatori che consentono di valutare che i risultati e gli esiti ottenuti rispettino gli obiettivi prefissati;</p> <p>a) i risultati legati alla qualità delle prestazioni e agli esiti sono comunicati al personale e ai cittadini e vengono messi a disposizione degli utenti;</p> <p>b) vi è evidenza della valutazione dell'efficacia dei programmi di educazione e formazione sui temi legati alla qualità e al miglioramento.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base del programma aziendale e dei dati di monitoraggio sono stati individuati specifici piani di azione per il miglioramento della qualità nell'organizzazione. I piani di azione riflettono le priorità dell'organizzazione in base ai risultati conseguiti. |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 5 | <i>Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili</i> |
| Requisito 5.2 | <i>Esistenza e applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi</i> |
| Campo d'applicazione | Ogni struttura di assistenza territoriale extra-ospedaliera |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) L'organizzazione ha formalizzato e diffuso procedure per la selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie attraverso la metodologia propria del HTA. |
| Fase 2: Implementazione | a) Vi è evidenza della messa in atto di procedure per la selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie finalizzate all'adeguamento alle norme tecniche e all'eventuale disponibilità di nuove apparecchiature. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione dei processi di valutazione delle tecnologie. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità ed individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento delle modalità di selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi. Controlla, altresì, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 5 | <i>Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili</i> |
| Requisito 5.3 | Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa |
| Campo d'applicazione | Ogni struttura di assistenza territoriale extra-ospedaliera |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) La Direzione ha definito e formalizzato procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative. |
| Fase 2: Implementazione | a) Vi è evidenza della messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative; b) vi è evidenza del coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento del processo di adozione, realizzazione e valutazione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative e controlla che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. |

SEZIONE 2

REQUISITI SPECIFICI PER LE SINGOLE TIPOLOGIE DI STRUTTURE

SEZIONE 2A

STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI

1 ° Criterio/fattore di qualità - PRESTAZIONI E SERVIZI

“E’ buona prassi che l’organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini”

Per corrispondere a tale criterio ogni struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

1.1 La tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati

1.2 La presenza di percorsi assistenziali che comprendono:

1.2.1 Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti

1.2.2 Passaggio in cura (continuità assistenziale)

1.2.3 Monitoraggio e valutazione

1.3 La modalità di gestione della documentazione sanitaria/socio-assistenziale che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne la completezza rispetto agli interventi effettuati; la rintracciabilità; la riservatezza (privacy)

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 1 – 2A | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico-assistenziale sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.1 – 2A | <i>Tipologia di prestazioni e di servizi erogati</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura socio-sanitaria e sociale che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) L'organizzazione ha definito e approvato le linee guida per la redazione, la diffusione e le modalità di distribuzione di una Carta dei Servizi che assicuri la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini nonché la presenza di materiale informativo (multilingua) a disposizione dell'utenza. |
| Fase 2: Implementazione | a) E' presente e viene diffusa la Carta dei Servizi e il materiale informativo a disposizione dell'utenza. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza della periodica rivalutazione da parte dell'organizzazione della struttura della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi, della qualità del materiale informativo a disposizione dell'utenza e delle modalità di diffusione e distribuzione con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei pazienti e del volontariato. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo a disposizione degli utenti; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati. |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 1 – 2A | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.2.1 – 2A | Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti |
| Campo d'applicazione | Struttura socio-sanitaria e sociale che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ le responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti; ○ procedure e regolamenti per la gestione trasparente delle liste di attesa; ○ procedure che definiscono la modalità di accesso, accoglienza e registrazione dell'utente; ○ linee guida e procedure per la valutazione iniziale multidimensionale delle condizioni e dei bisogni di ciascun ospite mediante strumenti riconosciuti, validati e adottati dalla normativa nazionale e regionale, che comprenda l'analisi di fattori sociali ed economici della famiglia, lo stato fisico, psicologico, nutrizionale e funzionale, la valutazione e la gestione del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati e validati. La valutazione multidimensionale (VMD) dell'ospite determina il complesso integrato dei bisogni, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche; ○ protocolli linee guida e procedure per la definizione e la gestione di uno specifico piano per le persone con demenza; ○ protocolli, linee guida e procedure per la gestione del Piano di Assistenza Individualizzato per ciascun ospite elaborato sulla base dei bisogni individuali; ○ protocolli, linee guida, procedure per la definizione del piano nutrizionale che comprenda la possibilità di scelta tra varietà di cibi e che tenga conto delle condizioni fisiche e cliniche dei pazienti; ○ protocolli, linee guida e procedure per la preparazione, gestione, stoccaggio e somministrazione della nutrizione enterale e parenterale; ○ procedure per la corretta idratazione dei pazienti in accordo con la tolleranza dei fluidi da parte del paziente; ○ linee guida e procedure per la corretta gestione e somministrazione dei medicinali; ○ linee guida e procedure per la corretta richiesta degli esami e la corretta raccolta, gestione e trasporto sicuro dei campioni di laboratorio; ○ le modalità e gli strumenti per il trasferimento delle informazioni relative alla valutazione e alla presa in carico all'interno del processo di cura; ○ un documento in cui sono identificati le modalità e gli strumenti per l'attuazione di una politica per la promozione della salute. Tale politica coinvolge i pazienti, i loro familiari e il personale. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza della tracciabilità nella documentazione sanitaria/socio assistenziale dell'applicazione dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale multidimensionale e la presa in carico multidisciplinare e multi professionale;</p> <p>b) vi è evidenza dell'attuazione del Piano di Assistenza Individualizzato per ciascun ospite, compresi i programmi educativi e riabilitativi finalizzati al</p> |

| | |
|------------------------------------|---|
| | <p>miglioramento e al mantenimento delle attività, in relazione agli specifici bisogni. Il Piano di Assistenza Individualizzato articolato in uno o più programmi, elaborato sulla base dei bisogni individuali e basato sulla valutazione multidimensionale delle condizioni e delle necessità dei pazienti e sui risultati dei test diagnostici, oltre a comprendere la pianificazione delle attività assistenziali contiene informazioni riguardanti:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. valutazioni cliniche, ambientali e strumentali; ii. il percorso di cura; iii. promozione dell'autonomia e della socializzazione; iv. lo screening, la valutazione e la gestione del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati e validati; v. somministrazione dei medicinali; vi. interventi riabilitativi; vii. risultati attesi/obiettivi funzionali; viii. operatori coinvolti ix. data di avvio, cadenza degli interventi, durata del piano. <p>c) Sono attivati, sulla base delle linee-guida adottate, protocolli relativi al trattamento dei pazienti per specifiche condizioni cliniche;</p> <p>d) è effettuata una valutazione periodica del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati e vi è evidenza della applicazione di un'appropriata terapia del dolore secondo le migliori evidenze scientifiche. All'interno della documentazione sanitaria sono riportate le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione, nonché la tecnica antalgica, i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito;</p> <p>e) vi è evidenza dell'applicazione del piano nutrizionale per ciascun paziente;</p> <p>f) è identificato per ogni ospite un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari. L'ospite e i familiari/caregiver sono informati delle responsabilità individuate in relazione alla presa in carico e gestione;</p> <p>g) le attività di valutazione e di presa in carico multidisciplinare degli ospiti sono documentate e verificabili all'interno della documentazione sanitaria;</p> <p>h) vi è evidenza del trasferimento delle informazioni relative alla valutazione e alla presa in carico del paziente all'interno del processo di cura, assistenza/riabilitazione previsto dal Piano di Assistenza Individualizzato;</p> <p>i) vengono attuate attività finalizzate a favorire il coinvolgimento dei familiari dell'ospite e a promuovere la salute in relazione alle patologie trattate con il coinvolgimento degli ospiti e dei familiari;</p> <p>j) esiste evidenza di programmi di supporto psicologico a favore degli ospiti e dei familiari.</p> |
| <p>Fase 3: Monitoraggio</p> | <p>a) Vi è evidenza della verifica da parte dell'organizzazione dell'applicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> o delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale multidimensionale di ciascun paziente e dei protocolli per la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale dei pazienti; o del Piano di Assistenza Individualizzato e del piano specifico per le persone affette da demenza; o dei protocolli e delle procedure per la valutazione e la gestione del dolore; o le procedure per la gestione della nutrizione enterale e parenterale; o le procedure per l'idratazione del paziente in accordo con la tolleranza dei fluidi; o le procedure per la gestione e la somministrazione dei medicinali; o le procedure per la gestione delle richieste di esami e la corretta gestione dei campioni di laboratorio. <p>b) Vi è evidenza della rivalutazione periodica dei bisogni assistenziali degli ospiti a intervalli appropriati sulla base delle loro condizioni e del loro trattamento al fine di qualificare nel tempo la prestazione, verificare</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata, pianificare il proseguimento della cura o la dimissione. I riscontri sono annotati nella documentazione sanitaria;</p> <p>c) vi è evidenza della rivalutazione e della revisione del Piano di Assistenza Individualizzato con il coinvolgimento dell'ospite o del <i>caregiver</i> quando è rilevato un cambiamento delle condizioni o della diagnosi del paziente (i riscontri sono registrati all'interno della documentazione sanitaria);</p> <p>d) vi è evidenza della periodica valutazione del rischio nutrizionale e i risultati di tali valutazioni sono registrati e monitorati all'interno del piano nutrizionale;</p> <p>e) vi è evidenza del controllo e del monitoraggio degli effetti collaterali dei farmaci.</p> |
| <p>Fase 4: Miglioramento della qualità</p> | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale multidimensionale degli ospiti; ○ dei processi per la gestione del Piano di Assistenza Individualizzato e del piano specifico per le persone affette da demenza; ○ del trasferimento delle informazioni all'interno del processo di cura; ○ delle procedure operative definite; ○ della politica per la promozione della salute. <p>Inoltre vi è evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p> |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 1 – 2A | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.2.2 – 2A | Passaggio in cura (continuità assistenziale) |
| Campo d'applicazione | Struttura socio-sanitaria e sociale che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ protocolli e linee guida per la pianificazione della continuità assistenziale degli ospiti in fase di dimissione (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione dei pazienti e del <i>follow up</i>); ○ procedure per la determinazione dei pazienti da sottoporre a follow-up; ○ protocolli, linee guida e procedure per la definizione dei collegamenti funzionali tra i servizi territoriali e le strutture sanitarie, socio-sanitarie/assistenziali, sociali coinvolte nella cura, assistenza e riabilitazione del paziente (ADI erogata dall'équipe dei nuclei di cure primarie, forme di home care e interventi specialistici domiciliari, RSA, lungodegenze, ospedale per acuti); ○ programmi di prosecuzione delle cure a domicilio che prevedano l'educazione e l'addestramento dell'ospite e dei familiari su tematiche che riguardano: procedure di emergenza, l'uso sicuro dei medicinali e dei presidi medici, le potenziali interazioni tra cibo e medicinali, la guida alla nutrizione del paziente, la terapia del dolore e le tecniche di riabilitazione; ○ procedure per l'adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Esiste evidenza che il paziente e i familiari/caregiver siano informati sul proseguimento delle cure;</p> <p>b) vi è evidenza dell'attuazione di un protocollo per il trasporto sicuro dei pazienti e dell'adozione da parte dell'organizzazione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione;</p> <p>c) sono attuati programmi di dimissione protetta e/o assistita per i pazienti che richiedono continuità di cura e programmi di prosecuzione delle cure a domicilio e vi è evidenza delle attività di educazione e addestramento di pazienti e familiari/caregiver;</p> <p>d) sono pianificati rivalutazioni/controlli dei pazienti sottoposti a <i>follow up</i> secondo tipologie e periodicità definite;</p> <p>e) vi è evidenza che tutta la documentazione sanitaria del paziente è a disposizione degli operatori sanitari, sociosanitari e sociali in ogni momento;</p> <p>f) vi è evidenza che sia fornita al paziente specifica relazione clinica finale per il medico curante;</p> <p>g) nel caso di complicanze non gestibili in loco, o di impossibilità al trasferimento del paziente al proprio domicilio, l'organizzazione garantisce, utilizzando una specifica procedura condivisa, il trasporto del paziente ad una struttura ospedaliera di riferimento, con possibilità di ricovero, situata ad una distanza percorribile in un tempo che consenta il trattamento delle complicanze.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio e dell'applicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ dei processi, dei protocolli e delle linee guida per la continuità |

| | |
|---|---|
| | <p>assistenziale dei pazienti e il coordinamento delle cure (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione dei pazienti e del <i>follow up</i>);</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ delle procedure per la determinazione dei pazienti da sottoporre a follow-up e vi è evidenza dello svolgimento delle rivalutazioni e dei controlli dei pazienti secondo le periodicità pianificate. <p>b) Vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo da parte della Direzione delle modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna e i trasferimenti delle cure presso altre tipologie di strutture.</p> |
| <p>Fase 4: Miglioramento della qualità</p> | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettuano una valutazione delle priorità, individuano e implementano specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi relativi a continuità assistenziale, passaggio in cura, dimissioni e follow-up. Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p> |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 1 – 2A | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.2.3 – 2A | Monitoraggio e valutazione |
| Campo d'applicazione | Struttura socio-sanitaria e sociale che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito degli obiettivi per la qualità del Piano di Assistenza/Riabilitazione Individualizzato e del percorso assistenziale del paziente;</p> <p>b) l'organizzazione ha selezionato gli indicatori chiave per la valutazione della performance clinico-assistenziale/riabilitativa tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore.</p> |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione del grado di conformità delle attività ai protocolli e alle linee guida <i>Evidence Based Medicine</i> e <i>Evidence Based Nursing</i> secondo quanto previsto dalle procedure (ad es. monitoraggio dei tempi, delle modalità e dei contenuti della presa in carico, della valutazione iniziale e del piano di trattamento, della continuità assistenziale e dimissione, in accordo con gli obiettivi stabiliti);</p> <p>b) vi è evidenza dei risultati del monitoraggio degli indicatori chiave per la valutazione della performance clinico-assistenziale/riabilitativa tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore;</p> <p>c) vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione della qualità del Piano di Assistenza/Riabilitazione Individualizzato, dalla presa in carico alla dimissione;</p> <p>d) vi è evidenza dello svolgimento di indagini sulla soddisfazione e l'esperienza di cura degli ospiti e dei familiari riguardo il Piano di Assistenza Individualizzato e/o di valutazioni della qualità del Piano di Assistenza Individualizzato da parte delle organizzazioni di cittadini;</p> <p>e) è presente evidenza dei risultati di un'analisi retrospettiva su eventi avversi, incidenti, <i>near miss</i> manifestati durante l'episodio di cura.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza dell'aggiornamento in termini di efficacia ed affidabilità dei sistemi di misura degli esiti, della performance clinica, della qualità dei percorsi di cura. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ dei sistemi di monitoraggio e valutazione della qualità del Piano di Assistenza Individualizzato e del percorso di cura; ○ dell'esperienza di cura da parte dei pazienti e dei familiari. <p>Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p> |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 1 – 2A | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.3 – 2A | <i>La modalità di gestione della documentazione sanitaria e socio assistenziale</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura socio-sanitaria e sociale che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha formalizzato e diffuso un documento che definisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria/socio-assistenziale nonché le modalità di controllo; ○ uno specifico campo nella Cartella Clinica Integrata dedicato alla riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (<i>transition</i>) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di <i>setting</i> assistenziali; ○ gli aspetti legati al tema della <i>privacy</i> e della riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia; ○ i tempi di accesso alla documentazione sanitaria e socio-assistenziale; ○ le modalità per le attività di valutazione della qualità della documentazione socio-assistenziale e l'implementazione di azioni correttive se necessario. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Per ciascun ospite è compilata una cartella clinica integrata, periodicamente aggiornata che prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la tracciabilità degli elementi che caratterizzano la presa in carico del paziente, il processo assistenziale e la continuità assistenziale; ○ gli strumenti di valutazione standardizzati utilizzati; ○ i risultati delle valutazioni compresi gli eventi avversi; ○ prestazioni erogate e trattamenti farmacologici; ○ registrazione di eventuali assenze dell'utente; ○ elementi di valutazione sociale; ○ tutti gli elementi previsti per assolvere al debito informativo regionale; ○ eventuali elementi di rischio per il paziente. <p>b) La comunicazione e l'invio della documentazione sanitaria e socio assistenziale ai professionisti all'interno della struttura sociosanitaria e ai colleghi di strutture esterne è garantita in tempo utile.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione da parte dell'organizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ della qualità della documentazione sanitaria/socio-assistenziale; ○ della tracciabilità delle attività di valutazione e delle attività di presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria; ○ del soddisfacimento delle regole che caratterizzano la gestione della documentazione; ○ del rispetto dei tempi definiti per l'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>azioni per il miglioramento:</p> <ul style="list-style-type: none">○ della qualità della documentazione sanitaria/socio-assistenziale;○ della politica relativa alla privacy e alla riservatezza delle informazioni contenute nella documentazione socio-assistenziale;○ della sicurezza nell'accesso e tenuta dei dati contenuti nella documentazione sanitaria socio-assistenziale, ivi compresa la loro integrità;○ dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale. <p>Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p> |
|--|---|

2° Criterio/fattore di qualità - Appropriatelyzza clinica e sicurezza

“L’efficacia, l’appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”

Per corrispondere a tale criterio ogni struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

- 2.1 *Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche*
- 2.2 *Promozione della sicurezza e gestione dei rischi*
- 2.3 *Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi*
- 2.4 *Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze*

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 2- 2A | <i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.1 – 2A | <i>Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura socio-sanitaria e sociale che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso protocolli, linee guida, procedure per la definizione del Piano di Assistenza Individualizzato formulate secondo i principi della <i>Evidence Based Medicine</i> e della <i>Evidence Based Nursing</i> e predisposti in maniera integrata tra le strutture organizzative. |
| Fase 2: Implementazione | a) Vi è evidenza della messa in atto di protocolli, linee guida e/o procedure per la corretta gestione del paziente in linea con i principi della <i>Evidence Based Medicine</i> e della <i>Evidence Based Nursing</i> ; b) vi è evidenza dell'accessibilità al personale dei regolamenti interni di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza; c) vi è evidenza dell'implementazione di tutte le buone pratiche regionali e delle raccomandazioni ministeriali di pertinenza; d) vi è evidenza del coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida, procedure e/o dei Piani Assistenziali individuali, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad essi correlati. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione: <ul style="list-style-type: none"> o dell'appropriatezza delle prestazioni da parte dei professionisti sanitari, degli operatori socio sanitari e sociali e della Direzione; o dell'applicazione delle buone pratiche e delle raccomandazioni ministeriali. <p>Vi è evidenza dello svolgimento di audit multidisciplinari e/o multiprofessionali e sistematici per confrontare la pratica corrente con le linee guida basate sulle evidenze, i protocolli e i percorsi di cura/ assistenza definiti dall'organizzazione. I risultati dell'audit vengono comunicati al personale;</p> b) vi è evidenza della rivalutazione e dell'aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento dell'approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche e dell'appropriatezza delle prestazioni, controllando l'efficacia delle azioni di miglioramento intraprese (vedi requisito 5.1 – Sezione 1). |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 2- 2A | <i>L'efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.2 – 2A | <i>L'organizzazione assicura la promozione della sicurezza e la gestione dei rischi</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura socio-sanitaria e sociale che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso il programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria basato sulle attuali conoscenze scientifiche, sulle linee guida della pratica comunemente accettate (ad esempio linee guida dell'OMS sull'igiene delle mani e altre linee guida), sulla legislazione e la normativa vigenti in materia e sugli standard di igiene e pulizia e pulizia pubblicati da enti locali o nazionali. Il programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria prevede lo stanziamento di risorse adeguate, l'uso di dispositivi e tecniche di precauzione, l'utilizzo di procedure di isolamento, misure di barriera ed igiene delle mani, attività di sorveglianza microbiologica, sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, lo smaltimento dei rifiuti e degli aghi taglienti e prevede la definizione di sistemi di reporting delle infezioni correlate all'assistenza;</p> <p>b) è presente ed è stato formalizzato un piano annuale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che preveda la definizione delle politiche per la sicurezza del paziente, le modalità per l'identificazione e la valutazione dei rischi, una lista dei processi, delle aree e dei rischi maggiori identificati, le modalità di comunicazione con gli stakeholder e la gestione dei relativi contenziosi. Il piano comprende la prevenzione ed il controllo almeno di:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. sindrome da immobilizzazione; ii. lesioni da pressione; iii. gestione dei cateteri; iv. cadute dei pazienti; v. somministrazione dei farmaci; vi. corretta alimentazione e idratazione. <p>Tale piano deve contemplare ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione e deve essere approvato dalla Direzione. Il piano prevede la definizione di obiettivi specifici e misurabili;</p> <p>c) l'organizzazione ha definito formalizzato e diffuso protocolli, linee guida e procedure per la programmazione di attività di valutazione del rischio derivante dagli esiti inattesi dei trattamenti;</p> <p>d) vi è evidenza di un Piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi.</p> |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) L'organizzazione ha individuato le aree e i processi a rischio. In particolare sono individuati e gestiti i processi relativi a:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. la corretta identificazione del paziente; ii. l'esecuzione delle principali manovre strumentali previste; iii. la corretta gestione dei dispositivi medici durante le attività; iv. la gestione di situazioni d'emergenza clinica e il trasferimento del paziente in idonea struttura; v. la corretta raccolta, gestione e trasporto sicuro dei campioni di laboratorio. <p>b) Vi è evidenza della messa in atto:</p> <ul style="list-style-type: none"> o del piano annuale aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente e del controllo e |

| | |
|--|---|
| | <p>monitoraggio dei seguenti rischi:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. sindrome da immobilizzazione; ii. lesioni da pressione; iii. gestione dei cateteri; iv. cadute dei pazienti; v. somministrazione dei farmaci; vi. corretta alimentazione e idratazione. <ul style="list-style-type: none"> o del programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza; o del sistema di reporting delle infezioni correlate all'assistenza o del piano di formazione e aggiornamento aziendale sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi. <p>c) Vi è evidenza della completezza e della tracciabilità nella documentazione sanitaria dell'applicazione delle procedure per la corretta somministrazione dei medicinali e degli emoderivati;</p> <p>d) la somministrazione dell'anestesia/sedazione è pianificata, documentata e registrata per ogni paziente ed è gestita da personale qualificato.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'adeguatezza e dell'efficacia del programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza;</p> <p>b) vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'efficacia, almeno annuale, del piano aziendale per la gestione del rischio, delle attività realizzate, degli strumenti di prevenzione del rischio utilizzati, degli obiettivi per la sicurezza e dei risultati raggiunti;</p> <p>c) vi è evidenza del monitoraggio e della rivalutazione (ogni 2 anni) delle aree a rischio dell'organizzazione, dei processi e delle procedure ad alto rischio; l'organizzazione produce e diffonde almeno un report annuale sui risultati raggiunti in materia di rischio.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p> |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 2- 2A | <i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.3 – 2A | <i>Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura socio-sanitaria e sociale che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> o un sistema per l'identificazione, la segnalazione e l'analisi di: <i>near miss</i>, eventi avversi ed eventi sentinella; o modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari degli eventi avversi, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza della partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;</p> <p>b) è presente evidenza dei risultati di un'analisi retrospettiva su eventi avversi, incidenti, <i>near miss</i> manifestati durante l'episodio di trattamento, cura/assistenza e riabilitazione;</p> <p>c) vi è evidenza dell'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti degli eventi segnalati attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (Safetywalkround) che prevedano il coinvolgimento multidisciplinare e/o multiprofessionale degli operatori e la predisposizione, in seguito all'indagine condotta, di piani di azione e relativi indicatori di monitoraggio;</p> <p>d) vi è evidenza dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza (es scheda unica di terapia);</p> <p>e) il personale implementa le azioni previste e codificate dalle procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari degli eventi avversi e per offrire l'opportuno supporto/ sostegno ai pazienti/familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi;</p> <p>f) i pazienti/familiari/<i>caregiver</i> possono segnalare incidenti o situazioni rischiose di cui sono stati testimoni.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio (relazione tra il numero di eventi e le dimensioni della struttura) e della valutazione dell'applicazione delle procedure di segnalazione e gestione dei <i>near miss</i>, eventi avversi ed eventi sentinella;</p> <p>b) vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione degli strumenti utilizzati per la prevenzione del rischio e degli eventi avversi;</p> <p>c) l'organizzazione divulga agli operatori almeno una volta l'anno i risultati delle analisi sulle segnalazioni rilevate;</p> <p>d) vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) I dati del monitoraggio sono utilizzati per studiare le aree target per la gestione del rischio e vi è evidenza dell'implementazione di cambiamenti nella struttura e nei processi a seguito di eventi avversi;</p> <p>b) vi è evidenza della valutazione dell'efficacia delle azioni correttive e preventive implementate.</p> |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 2- 2A | <i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.4 – 2A | <i>Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura socio-sanitaria e sociale che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico. |
| Fase 2: Implementazione | a) Vi è evidenza dell'identificazione e dell'applicazione di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività; b) vi è evidenza della produzione e diffusione di buone pratiche; c) vi è evidenza dell'implementazione del programma per lo sviluppo di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi; d) vi è evidenza della messa in atto di politiche e procedure per il coinvolgimento e la partecipazione dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione periodica da parte della Direzione dell'implementazione delle buone pratiche e delle soluzioni innovative adottate per la sicurezza in ambiti specifici di attività; b) l'organizzazione effettua il monitoraggio dell'applicazione delle procedure per il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver e valuta il grado di partecipazione dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni correttive e preventive; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1). |

3° Criterio/fattore di qualità – UMANIZZAZIONE

“L’impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è, un impegno comune a tutte le strutture”

Per corrispondere a tale criterio ogni struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

3.1 Programmi per l’umanizzazione e la personalizzazione dell’assistenza

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 3- 2A | <i>L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, è un impegno comune a tutte le strutture</i> |
| Requisito 3.1 | Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza |
| Campo d'applicazione | Struttura socio-sanitaria e sociale che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) La Direzione ha definito e formalizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ un piano per lo sviluppo di attività (assistenziali-organizzative) orientate a migliorare l'accessibilità e l'accoglienza degli utenti; ○ un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari; ○ specifici requisiti riguardanti il confort delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per pazienti ed accompagnatori; ○ specifici requisiti per il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni; ○ protocolli linee guida e procedure per la pianificazione e la gestione del percorso di accompagnamento alla morte con il coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza dell'implementazione da parte dell'organizzazione e del personale di attività (assistenziali-organizzative) orientate a migliorare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ l'accessibilità degli utenti; ○ l'accoglienza degli utenti tenendo conto delle differenti esigenze degli utenti relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica; tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche, nel rispetto della dignità dei pazienti (ad es. possibilità di usufruire dell'assistenza di un interprete disponibile nella struttura o a chiamata; presenza di una modalità per garantire l'assistenza religiosa in relazione alle esigenze di culto del paziente; possibilità di usufruire dell'assistenza di un mediatore culturale disponibile nella struttura o a chiamata). ○ il confort delle aree di degenza, nel rispetto del benessere e della dignità dei pazienti, delle aree dedicate al personale, delle aree di socializzazione e delle aree di attesa per accompagnatori e visitatori, in particolare deve essere assicurata la presenza di: <ul style="list-style-type: none"> • progetti/attività per promuovere la struttura come luogo aperto; • il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni; • possibilità di scelta nel menu e adeguamento degli orari dell'organizzazione ai ritmi fisiologici della persona (orario di distribuzione dei pasti dalle 7 in poi, dalle 12 in poi, dalle 19 in poi). <p>b) La Direzione ha implementato un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari/socio-sanitari e sociali, pazienti e loro familiari e per agevolare il supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti che preveda almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la formazione degli operatori socio sanitari/assistenziali e sociali alle abilità procedurali e alle attività di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di cattive notizie); |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione; ○ l'adozione di modalità di lavoro secondo la logica dell'équipe multidisciplinare; ○ la presenza di supporto per i pazienti fragili (il servizio può essere realizzato dalla struttura o in collaborazione con associazioni, cooperative ecc. nell'ambito di specifici accordi scritti); ○ l'ampliamento degli orari di visita e di assistenza per i familiari. <p>c) Vi è evidenza dell'implementazione di interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali e per la semplificazione degli adempimenti amministrativi ed è assicurata un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale entro tempi predefiniti; ○ per lo sviluppo di servizi di sollievo, per affiancare la famiglia nella responsabilità dell'accudimento quotidiano di persone bisognose di cure particolari ovvero sostituire i componenti più impegnati nella cura durante l'orario di lavoro. <p>d) Vi è evidenza dell'adozione da parte dell'organizzazione di processi per la gestione del percorso di accompagnamento alla morte a supporto del paziente e dei suoi familiari.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio dell'efficacia delle iniziative orientate a migliorare l'accessibilità, il comfort, l'accoglienza e la qualità delle prestazioni;</p> <p>b) vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione del programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, socio-sanitari/assistenziali e sociali, pazienti e loro familiari;</p> <p>c) vi è evidenza del coinvolgimento di pazienti/organizzazione dei cittadini per valutare la centralità del paziente nel processo di cura e la personalizzazione dell'assistenza;</p> <p>d) vi è evidenza che la qualità delle cure al termine della vita è valutata da familiari e operatori.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della personalizzazione dell'assistenza; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p> |

SEZIONE 2B

STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER DISABILI

1° Criterio/fattore di qualità - PRESTAZIONI E SERVIZI

“E’ buona prassi che l’organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini”

Per corrispondere a tale criterio ogni struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per disabili dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

1.1 La tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati

1.2 La presenza di percorsi assistenziali che comprendono:

1.2.1 Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti

1.2.2 Passaggio in cura (continuità assistenziale)

1.2.3 Monitoraggio e valutazione

1.3 La modalità di gestione della documentazione sanitaria/socio-assistenziale che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne la completezza rispetto agli interventi effettuati; la rintracciabilità; la riservatezza (privacy)

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 1 – 2B | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico-assistenziale sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.1 – 2B | <i>Tipologia di prestazioni e di servizi erogati</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per disabili |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) L'organizzazione ha definito e approvato le linee guida per la redazione, la diffusione e le modalità di distribuzione di una Carta dei Servizi che assicuri la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini nonché la presenza di materiale informativo (multilingua) a disposizione dell'utenza. |
| Fase 2: Implementazione | a) E' presente e viene diffusa la Carta dei Servizi e il materiale informativo a disposizione dell'utenza; |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza della periodica rivalutazione da parte dell'organizzazione della struttura della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi, della qualità del materiale informativo a disposizione dell'utenza e delle modalità di diffusione e distribuzione con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei pazienti e del volontariato. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo a disposizione degli utenti; controlla, altresì, che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati. |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 1 – 2B | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.2.1 – 2B | Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti |
| Campo d'applicazione | Struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per disabili |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ le responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti; ○ procedure e regolamenti per la gestione trasparente delle liste di attesa; ○ procedure che definiscono la modalità di accesso, accoglienza e registrazione dell'utente; ○ le linee guida e procedure per la valutazione iniziale multidimensionale delle condizioni e dei bisogni di ciascun paziente mediante strumenti riconosciuti, validati e adottati dalla normativa nazionale e regionale, che comprenda l'analisi di fattori sociali ed economici della famiglia, lo stato fisico, psicologico, nutrizionale e funzionale, la valutazione e la gestione del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati e validati. La valutazione multidimensionale del paziente determina il complesso integrato dei bisogni, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche; ○ protocolli, linee guida e procedure per la gestione del Progetto di Riabilitazione Individualizzato per ciascun paziente elaborato sulla base dei bisogni individuali; ○ protocolli, linee guida, procedure per la definizione del piano nutrizionale che comprenda la possibilità di scelta tra varietà di cibi e che tenga conto delle condizioni fisiche e cliniche dei pazienti; ○ protocolli, linee guida e procedure per la preparazione, gestione, stoccaggio e somministrazione della nutrizione enterale e parenterale; ○ procedure per la corretta idratazione dei pazienti in accordo con la tolleranza dei fluidi da parte del paziente; ○ linee guida e procedure per la corretta gestione e somministrazione dei medicinali; ○ linee guida e procedure per la corretta richiesta degli esami e la corretta raccolta, gestione e trasporto sicuro dei campioni di laboratorio; ○ le modalità e gli strumenti per il trasferimento delle informazioni relative alla valutazione e alla presa in carico all'interno del processo di cura; ○ un documento in cui sono identificati le modalità e gli strumenti per l'attuazione di una politica per la promozione della salute. Tale politica coinvolge i pazienti, i loro familiari e il personale; ○ è definito, aggiornato e disponibile un documento illustrante la 'giornata tipo' dei pazienti. |
| Fase 2: Implementazione | a) Vi è evidenza della tracciabilità nella documentazione sanitaria/socio assistenziale dell'applicazione dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale multidimensionale e la presa in carico |

| | |
|------------------------------------|---|
| | <p>multidisciplinare e multi professionale;</p> <p>b) vi è evidenza dell'attuazione del Progetto Riabilitativo Individualizzato per ciascun paziente, compresi i programmi educativi e riabilitativi finalizzati al miglioramento e al mantenimento delle attività, in relazione alle specifiche disabilità. Il Piano di Riabilitazione Individualizzato articolato in uno o più programmi, elaborato sulla base dei bisogni individuali e basato sulla valutazione multidimensionale delle condizioni e delle necessità dei pazienti e sui risultati dei test diagnostici, oltre a comprendere la pianificazione delle attività assistenziali contiene informazioni riguardanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. valutazioni cliniche, ambientali e strumentali; ii. il percorso di cura; iii. promozione dell'autonomia e della socializzazione; iv. lo screening, la valutazione e la gestione del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati e validati; v. somministrazione dei medicinali; vi. interventi riabilitativi; vii. risultati attesi/obiettivi funzionali; viii. operatori coinvolti ix. data di avvio, cadenza degli interventi, durata del piano. <p>c) Il progetto riabilitativo individuale è redatto avendo come guida, per l'individuazione degli obiettivi riabilitativi e socio-relazionali, la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità;</p> <p>d) sono attivati, sulla base delle linee-guida adottate, protocolli relativi al trattamento dei pazienti per specifiche condizioni cliniche;</p> <p>e) è effettuata una valutazione periodica del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati e vi è evidenza della applicazione di un'appropriata terapia del dolore secondo le migliori evidenze scientifiche. All'interno della documentazione sanitaria, sono riportate le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione, nonché la tecnica antalgica, i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito;</p> <p>f) vi è evidenza dell'applicazione del piano nutrizionale per ciascun paziente;</p> <p>g) è identificato per ogni paziente un case-manager responsabile del programma individuale di riabilitazione e dei rapporti con i familiari. L'ospite e i familiari/caregiver sono informati delle responsabilità individuate in relazione alla presa in carico e gestione;</p> <p>h) le attività di valutazione e di presa in carico multidisciplinare dei pazienti sono documentate e verificabili all'interno della documentazione sanitaria;</p> <p>i) vi è evidenza del trasferimento delle informazioni relative alla valutazione e alla presa in carico del paziente all'interno del processo di cura, assistenza/riabilitazione previsto dal Programma di Riabilitazione Individualizzato;</p> <p>j) vengono attuate attività finalizzate a favorire il coinvolgimento dei familiari del paziente e a promuovere la salute in relazione alle patologie trattate con il coinvolgimento del paziente e dei familiari;</p> <p>k) esiste evidenza di programmi di supporto psicologico a favore dei pazienti e dei familiari.</p> |
| <p>Fase 3: Monitoraggio</p> | <p>a) Vi è evidenza della verifica da parte dell'organizzazione dell'applicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> o delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale multidimensionale di ciascun paziente e dei protocolli per la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale; o del Programma di Riabilitazione Individualizzato; o dei protocolli e delle procedure per la valutazione e la gestione del dolore; o le procedure per la gestione della nutrizione enterale e parenterale; o le procedure per la corretta idratazione del paziente in accordo |

| | |
|---|---|
| | <p>con la tolleranza dei fluidi;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ le procedure per la gestione e la somministrazione dei medicinali; ○ le procedure per la corretta gestione delle richieste di esami e la corretta gestione dei campioni di laboratorio. <p>b) Vi è evidenza della rivalutazione periodica del grado di disabilità del paziente a intervalli appropriati sulla base delle loro condizioni e del loro trattamento al fine di qualificare nel tempo la prestazione, verificare l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata, pianificare il proseguimento della cura o la dimissione. I riscontri sono annotati nella documentazione sanitaria/socio-assistenziale;</p> <p>c) vi è evidenza della rivalutazione e della revisione del Programma Riabilitativo Individuale con il coinvolgimento del paziente o del <i>caregiver</i> quando è rilevato un cambiamento delle condizioni o della diagnosi del paziente (i riscontri sono registrati all'interno del foglio socio assistenziale/Cartella clinica integrata);</p> <p>d) vi è evidenza della periodica valutazione del rischio nutrizionale e i risultati di tali valutazioni sono registrati e monitorati all'interno del piano nutrizionale;</p> <p>e) vi è evidenza del controllo e del monitoraggio degli effetti collaterali dei farmaci.</p> |
| <p>Fase 4: Miglioramento della qualità</p> | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale multidimensionale degli ospiti; ○ dei processi per la gestione del Programma Riabilitativo Individualizzato; ○ del trasferimento delle informazioni all'interno del processo di cura; ○ delle procedure operative definite; ○ della politica per la promozione della salute. <p>Inoltre vi è evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p> |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 1 – 2B | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.2.2 – 2B | Passaggio in cura (continuità assistenziale) |
| Campo d'applicazione | Struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per disabili |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ protocolli e linee guida per la pianificazione della continuità assistenziale degli ospiti in fase di dimissione (appropriatezza dei trasferimenti e della dimissione dei pazienti e del <i>follow up</i>); ○ procedure per la determinazione dei pazienti da sottoporre a follow-up; ○ protocolli, linee guida e procedure per la definizione dei collegamenti funzionali tra i servizi territoriali e le strutture sanitarie, socio-sanitarie/assistenziali, sociali coinvolte nella cura, assistenza e riabilitazione del paziente (ADI erogata dall'équipe dei nuclei di cure primarie, forme di home care e interventi specialistici domiciliari, RSA, lungodegenze, ospedale per acuti); ○ programmi di prosecuzione delle cure a domicilio che prevedano l'educazione e l'addestramento dell'ospite e dei familiari su tematiche che riguardano: procedure di emergenza, l'uso sicuro dei medicinali e dei presidi medici, le potenziali interazioni tra cibo e medicinali, la guida alla nutrizione del paziente, la terapia del dolore e le tecniche di riabilitazione; ○ procedure per l'adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Esiste evidenza che il paziente e i familiari/<i>caregiver</i> siano informati sul proseguimento delle cure;</p> <p>b) vi è evidenza dell'attuazione di un protocollo per il trasporto sicuro dei pazienti e dell'adozione da parte dell'organizzazione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione;</p> <p>c) sono attuati programmi di dimissione protetta e/o assistita per i pazienti che richiedono continuità di cura e programmi di prosecuzione delle cure a domicilio e vi è evidenza delle attività di educazione e addestramento di pazienti e familiari/<i>caregiver</i>;</p> <p>d) sono pianificati rivalutazioni/controlli dei pazienti sottoposti a follow up secondo tipologie e periodicità definite;</p> <p>e) vi è evidenza che tutta la documentazione sanitaria del paziente è a disposizione degli operatori sanitari, sociosanitari e sociali in ogni momento;</p> <p>f) vi è evidenza che sia fornita al paziente specifica relazione clinica finale per il medico curante;</p> <p>g) nel caso di complicanze non gestibili in loco, l'organizzazione garantisce, utilizzando una specifica procedura condivisa, il trasporto del paziente ad una struttura ospedaliera di riferimento, con possibilità di ricovero, situato ad una distanza percorribile in un tempo che consenta il trattamento delle complicanze.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione: |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ dei processi, dei protocolli e delle linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti e il coordinamento delle cure (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione dei pazienti e del <i>follow up</i>); ○ delle procedure per la determinazione dei pazienti da sottoporre a follow-up e vi è evidenza dello svolgimento delle rivalutazioni e dei controlli dei pazienti secondo le periodicità pianificate. <p>b) Vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo da parte della Direzione delle modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna e i trasferimenti delle cure presso altre tipologie di strutture.</p> |
| <p>Fase 4: Miglioramento della qualità</p> | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi relativi a continuità assistenziale, passaggio in cura, dimissioni e <i>follow-up</i>. Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p> |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 1 – 2B | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.2.3 – 2B | Monitoraggio e valutazione |
| Campo d'applicazione | Struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per disabili |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito gli obiettivi per la qualità del Programma Riabilitativo Individuale e del percorso assistenziale del paziente;</p> <p>b) l'organizzazione ha selezionato gli indicatori chiave per la valutazione della performance clinico-assistenziale/riabilitativa tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore.</p> |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione del grado di conformità delle attività ai protocolli e alle linee guida <i>Evidence Based Medicine</i> e <i>Evidence Based Nursing</i> secondo quanto previsto dalle procedure (ad es. monitoraggio dei tempi, delle modalità e dei contenuti della presa in carico, della valutazione iniziale e del piano di trattamento, della continuità assistenziale e dimissione, in accordo con gli obiettivi stabiliti);</p> <p>b) vi è evidenza dei risultati del monitoraggio degli indicatori chiave per la valutazione della performance clinico-assistenziale/riabilitativa tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore;</p> <p>c) vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione della qualità del Programma Riabilitativo Individuale, dalla presa in carico alla dimissione;</p> <p>d) vi è evidenza dello svolgimento di indagini sulla soddisfazione e l'esperienza di cura degli ospiti e dei familiari riguardo il Programma Riabilitativo Individuale e/o di valutazioni della qualità del Programma Riabilitativo Individuale da parte delle organizzazioni di cittadini.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza dell'aggiornamento in termini di efficacia ed affidabilità dei sistemi di misura degli esiti, della performance clinica, della qualità dei percorsi di cura. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ dei sistemi di monitoraggio e valutazione della qualità del Piano di Assistenza Individualizzato e del percorso di cura; ○ dell'esperienza di cura da parte dei pazienti e dei familiari. <p>Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p> |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 1 – 2B | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.3 – 2B | <i>La modalità di gestione della documentazione sanitaria e socio assistenziale</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per disabili |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha formalizzato e diffuso un documento che definisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria/socio-assistenziale nonché le modalità di controllo; ○ uno specifico campo nella documentazione sanitaria dedicato alla riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (<i>transition</i>) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di <i>setting</i> assistenziali; ○ gli aspetti legati al tema della <i>privacy</i> e della riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia; ○ i tempi di accesso alla documentazione sanitaria e socio-assistenziale; ○ le modalità per le attività di valutazione della qualità della documentazione socio-assistenziale e l'implementazione di azioni correttive se necessario. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Per ciascun ospite è compilata una cartella clinica integrata, periodicamente aggiornata che prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la tracciabilità degli elementi che caratterizzano la presa in carico del paziente, il processo assistenziale e la continuità assistenziale; ○ gli strumenti di valutazione standardizzati utilizzati; ○ risultati delle valutazioni della disabilità; ○ prestazioni erogate e trattamenti farmacologici; ○ registrazione di eventuali assenze dell'utente; ○ elementi di valutazione sociale; ○ tutti gli elementi previsti per assolvere al debito informativo regionale; ○ eventuali elementi di rischio per il paziente. <p>b) La comunicazione e l'invio della documentazione sanitaria e socio assistenziale ai professionisti all'interno della struttura sociosanitaria e ai colleghi di strutture esterne è garantita in tempo utile.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione da parte dell'organizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ della qualità della documentazione sanitaria/socio-assistenziale; ○ della tracciabilità delle attività di valutazione e delle attività di presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria; ○ del soddisfacimento delle regole che caratterizzano la gestione della documentazione; ○ del rispetto dei tempi definiti per l'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>azioni per il miglioramento:</p> <ul style="list-style-type: none">○ della qualità della documentazione sanitaria/socio-assistenziale;○ della politica relativa alla privacy e alla riservatezza delle informazioni contenute nella documentazione socio-assistenziale;○ della sicurezza nell'accesso e tenuta dei dati contenuti nella documentazione sanitaria socio-assistenziale, ivi compresa la loro integrità;○ dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale. <p>Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p> |
|--|---|

2° Criterio/fattore di qualità - Appropriatelyzza clinica e sicurezza

“L’efficacia, l’appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”

Per corrispondere a tale criterio ogni struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per disabili dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

- 2.1 Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche*
- 2.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi*
- 2.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi*
- 2.4 Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze*

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 2- 2B | <i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.1 – 2B | <i>Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per disabili |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso protocolli, linee guida, procedure per la definizione del Piano di Riabilitazione Individualizzato formulate secondo i principi della <i>Evidence Based Medicine</i> e della <i>Evidence Based Nursing</i> e predisposti in maniera integrata tra le strutture organizzative; |
| Fase 2: Implementazione | a) Vi è evidenza della messa in atto di protocolli, linee guida e/o procedure per la corretta gestione del paziente in linea con i principi della <i>Evidence Based Medicine</i> e della <i>Evidence Based Nursing</i> ; b) vi è evidenza dell'accessibilità al personale dei regolamenti interni di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza; c) vi è evidenza dell'implementazione di tutte le buone pratiche regionali e delle raccomandazioni ministeriali di pertinenza; d) vi è evidenza del coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida, procedure e/o dei Piani Riabilitazioni individuali, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad essi correlati. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione periodica: <ul style="list-style-type: none"> o dell'appropriatezza delle prestazioni da parte dei professionisti sanitari, degli operatori socio sanitari e sociali e della Direzione; o dell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o dei Piani assistenziali individuali; o dell'applicazione delle buone pratiche e delle raccomandazioni ministeriali. b) Vi è evidenza dello svolgimento di audit multidisciplinari e/o multiprofessionali e sistematici per confrontare la pratica corrente con le linee guida basate sulle evidenze, i protocolli e i percorsi di cura/ assistenza definiti dall'organizzazione. I risultati dell'audit vengono comunicati al personale; c) vi è evidenza della rivalutazione e dell'aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento dell'approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche e dell'appropriatezza delle prestazioni, controllando l'efficacia delle azioni di miglioramento intraprese (vedi requisito 5.1 – Sezione 1). |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 2- 2B | <i>L'efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.2 – 2B | <i>L'organizzazione assicura la promozione della sicurezza e la gestione dei rischi</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per disabili |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso il programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria basato sulle attuali conoscenze scientifiche, sulle linee guida della pratica comunemente accettate (ad esempio linee guida dell'OMS sull'igiene delle mani e altre linee guida), sulla legislazione e la normativa vigenti in materia e sugli standard di igiene e pulizia e pulizia pubblicati da enti locali o nazionali. Il programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria prevede lo stanziamento di risorse adeguate, l'uso di dispositivi e tecniche di precauzione, l'utilizzo di procedure di isolamento, misure di barriera ed igiene delle mani, attività di sorveglianza microbiologica, sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, lo smaltimento dei rifiuti e degli aghi taglienti e prevede la definizione di sistemi di reporting delle infezioni correlate all'assistenza;</p> <p>b) è presente ed è stato formalizzato un piano annuale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che preveda la definizione delle politiche per la sicurezza del paziente, le modalità per l'identificazione e la valutazione dei rischi, una lista dei processi, delle aree e dei rischi maggiori identificati, le modalità di comunicazione con gli stakeholder e la gestione dei relativi contenziosi. Il piano comprende la prevenzione ed il controllo almeno di:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. sindrome da immobilizzazione; ii. lesioni da pressione; iii. gestione dei cateteri; iv. cadute dei pazienti; v. somministrazione dei farmaci; vi. corretta alimentazione e idratazione; vii. disturbi comportamentali e sintomi di depressione. <p>Tale piano deve contemplare ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione e deve essere approvato dalla Direzione. Il piano prevede la definizione di obiettivi specifici e misurabili;</p> <p>c) l'organizzazione ha definito formalizzato e diffuso protocolli, linee guida e procedure per la programmazione di attività di valutazione del rischio derivante dagli esiti inattesi dei trattamenti;</p> <p>d) vi è evidenza di un Piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi.</p> |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) L'organizzazione ha individuato le aree e i processi a rischio. In particolare sono individuati e gestiti i processi relativi a:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. la corretta identificazione del paziente; ii. l'esecuzione delle principali manovre strumentali previste; iii. la corretta gestione dei dispositivi medici durante le attività; iv. la gestione di situazioni d'emergenza clinica e il trasferimento del paziente in idonea struttura; v. la corretta raccolta, gestione e trasporto sicuro dei campioni di laboratorio. <p>b) Vi è evidenza della messa in atto:</p> <ul style="list-style-type: none"> o del piano annuale aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente e del controllo e |

| | |
|--|--|
| | <p>monitoraggio dei seguenti rischi:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. sindrome da immobilizzazione; ii. lesioni da pressione; iii. gestione dei cateteri; iv. cadute dei pazienti; v. somministrazione dei farmaci; vi. corretta alimentazione e idratazione; vii. disturbi comportamentali e sintomi di depressione. <ul style="list-style-type: none"> o del programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza; o del sistema di reporting delle infezioni correlate all'assistenza o del piano di formazione e aggiornamento aziendale sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi. <p>c) Vi è evidenza della completezza e della tracciabilità nella documentazione sanitaria dell'applicazione delle procedure per la corretta somministrazione dei medicinali e degli emoderivati;</p> <p>d) la somministrazione dell'anestesia/sedazione è pianificata, documentata e registrata per ogni paziente ed è gestita da personale qualificato.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'adeguatezza e dell'efficacia del programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza;</p> <p>b) vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'efficacia, almeno annuale, del piano aziendale per la gestione del rischio, delle attività realizzate, degli strumenti di prevenzione del rischio utilizzati, degli obiettivi per la sicurezza e dei risultati raggiunti;</p> <p>c) vi è evidenza del monitoraggio e della rivalutazione (ogni 2 anni) delle aree a rischio dell'organizzazione, dei processi e delle procedure ad alto rischio; l'organizzazione produce e diffonde almeno un report annuale sui risultati raggiunti in materia di rischio.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p> |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 2- 2B | <i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.3 – 2B | <i>Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per disabili |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> o un sistema per l'identificazione, la segnalazione e l'analisi di: <i>near miss</i>, eventi avversi ed eventi sentinella; o modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari degli eventi avversi, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza della partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;</p> <p>b) è presente evidenza dei risultati di un'analisi retrospettiva su eventi avversi, incidenti, <i>near miss</i> manifestati durante l'episodio di trattamento, cura/assistenza e riabilitazione;</p> <p>c) vi è evidenza dell'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti degli eventi segnalati attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (Safetywalkround) che prevedano il coinvolgimento multidisciplinare e/o multiprofessionale degli operatori e la predisposizione, in seguito all'indagine condotta, di piani di azione e relativi indicatori di monitoraggio;</p> <p>d) vi è evidenza dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza (es scheda unica di terapia);</p> <p>e) il personale implementa le azioni previste e codificate dalle procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari degli eventi avversi e per offrire l'opportuno supporto/ sostegno ai pazienti/familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi;</p> <p>f) i pazienti/familiari/<i>caregiver</i> possono segnalare incidenti o situazioni rischiose di cui sono stati testimoni.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio (relazione tra il numero di eventi e le dimensioni della struttura) e della valutazione dell'applicazione delle procedure di segnalazione e gestione dei <i>near miss</i>, eventi avversi ed eventi sentinella;</p> <p>b) vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione degli strumenti utilizzati per la prevenzione del rischio e degli eventi avversi;</p> <p>c) l'organizzazione divulga agli operatori almeno una volta l'anno i risultati delle analisi sulle segnalazioni rilevate;</p> <p>d) vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) I dati del monitoraggio sono utilizzati per studiare le aree target per la gestione del rischio e vi è evidenza dell'implementazione di cambiamenti nella struttura e nei processi a seguito di eventi avversi;</p> <p>b) vi è evidenza della valutazione dell'efficacia delle azioni correttive e preventive implementate.</p> |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 2- 2B | <i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.4 – 2B | <i>Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per disabili |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico. |
| Fase 2: Implementazione | a) Vi è evidenza dell'identificazione e dell'applicazione di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività; b) vi è evidenza della produzione e diffusione di buone pratiche; c) vi è evidenza dell'implementazione del programma per lo sviluppo di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi; d) vi è evidenza della messa in atto di politiche e procedure per il coinvolgimento e la partecipazione dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione periodica da parte della Direzione dell'implementazione delle buone pratiche e delle soluzioni innovative adottate per la sicurezza in ambiti specifici di attività; b) l'organizzazione effettua il monitoraggio periodico dell'applicazione delle procedure per il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver e valuta il grado di partecipazione dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni correttive e preventive; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1). |

3° Criterio/fattore di qualità – UMANIZZAZIONE

“L’impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è, un impegno comune a tutte le strutture”

Per corrispondere a tale criterio ogni struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per disabili dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

3.1 Programmi per l’umanizzazione e la personalizzazione dell’assistenza

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 3- 2B | <i>L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, è un impegno comune a tutte le strutture</i> |
| Requisito 3.1 – 2B | <i>Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per disabili |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) La Direzione ha definito e formalizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ un piano per lo sviluppo di attività (assistenziali-organizzative) orientate a migliorare l'accessibilità e l'accoglienza degli utenti; ○ un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari; ○ specifici requisiti riguardanti il confort delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per pazienti ed accompagnatori; ○ specifici requisiti per il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni; ○ protocolli linee guida e procedure per la pianificazione e la gestione del percorso di accompagnamento alla morte con il coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza dell'implementazione da parte dell'organizzazione e del personale di attività (assistenziali-organizzative) orientate a migliorare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ l'accessibilità degli utenti; ○ l'accoglienza degli utenti tenendo conto delle differenti esigenze degli utenti relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica; tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche, nel rispetto della dignità dei pazienti (ad es. possibilità di usufruire dell'assistenza di un interprete disponibile nella struttura o a chiamata; presenza di una modalità per garantire l'assistenza religiosa in relazione alle esigenze di culto del paziente; possibilità di usufruire dell'assistenza di un mediatore culturale disponibile nella struttura o a chiamata). ○ il confort delle aree di degenza, nel rispetto del benessere e della dignità dei pazienti, delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per accompagnatori e visitatori, in particolare deve essere assicurata la presenza di: <ul style="list-style-type: none"> ○ progetti/attività per promuovere la struttura come luogo aperto; ○ il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni; ○ possibilità di scelta nel menu e adeguamento degli orari dell'organizzazione ai ritmi fisiologici della persona (orario di distribuzione dei pasti dalle 7 in poi, dalle 12 in poi, dalle 19 in poi). <p>b) La Direzione ha implementato un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari/socio-sanitari e sociali, pazienti e loro familiari e per agevolare il supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti che preveda almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la formazione degli operatori socio sanitari/assistenziali e sociali alle abilità procedurali e alle attività di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di cattive notizie); ○ partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione; ○ l'adozione di modalità di lavoro secondo la logica dell'équipe multidisciplinare; ○ la presenza di supporto psicologico per i pazienti fragili (il servizio |

| | |
|--|---|
| | <p>può essere realizzato dalla struttura o in collaborazione con associazioni, cooperative ecc. nell'ambito di specifici accordi scritti);</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ l'ampliamento degli orari di visita e di assistenza per i familiari. <p>c) Vi è evidenza dell'implementazione di interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali e per la semplificazione degli adempimenti amministrativi ed è assicurata un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale entro tempi predefiniti; ○ per lo sviluppo di servizi di sollievo, per affiancare la famiglia nella responsabilità dell'accudimento quotidiano di persone bisognose di cure particolari ovvero sostituire i componenti più impegnati nella cura durante l'orario di lavoro. <p>d) Vi è evidenza dell'adozione da parte dell'organizzazione di processi per la gestione del percorso di accompagnamento alla morte a supporto del paziente e dei suoi familiari.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio dell'efficacia delle iniziative orientate a migliorare l'accessibilità, il confort, l'accoglienza e la qualità delle prestazioni;</p> <p>b) vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione del programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, socio-sanitari/assistenziali e sociali, pazienti e loro familiari;</p> <p>c) vi è evidenza del coinvolgimento di pazienti/organizzazione dei cittadini per valutare la centralità del paziente nel processo di cura e la personalizzazione dell'assistenza;</p> <p>d) vi è evidenza che la qualità delle cure al termine della vita è valutata da familiari e operatori.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione e i singoli dirigenti effettuano una valutazione delle priorità, individuano e implementano specifiche azioni per il miglioramento della personalizzazione dell'assistenza; controllano, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p> |

SEZIONE 2C

**STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON
PATOLOGIE PSICHIATRICHE**

1° Criterio/fattore di qualità - PRESTAZIONI E SERVIZI

“E’ buona prassi che l’organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini”

Per corrispondere a tale criterio ogni struttura residenziale e semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

1.1 La tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati

1.2 La presenza di percorsi assistenziali che comprendono:

1.2.1 Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti

1.2.2 Passaggio in cura (continuità assistenziale)

1.2.3 Monitoraggio e valutazione

1.3 La modalità di gestione della documentazione sanitaria/socio-assistenziale che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne la completezza rispetto agli interventi effettuati; la rintracciabilità; la riservatezza (privacy)

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 1 – 2C | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico-assistenziale sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.1 – 2C | <i>Tipologia di prestazioni e di servizi erogati</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura residenziale e semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) L'organizzazione ha definito e approvato le linee guida per la redazione, la diffusione e le modalità di distribuzione di una Carta dei Servizi che assicuri la piena informazione circa le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/trattamento/dimissione, le modalità di relazione con altre strutture. |
| Fase 2: Implementazione | a) E' presente e viene diffusa la Carta dei Servizi e il materiale informativo a disposizione dell'utenza. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza della periodica rivalutazione da parte dell'organizzazione della struttura della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi, della qualità del materiale informativo a disposizione dell'utenza e delle modalità di diffusione e distribuzione con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei pazienti e del volontariato. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo a disposizione degli utenti; controlla, altresì, che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati. |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 1 – 2C | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.2.1 – 2C | <i>Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura residenziale e semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ procedure che definiscono la modalità di accesso, accoglienza e registrazione dell'utente; ○ procedure e regolamenti per la gestione trasparente delle liste di attesa; ○ protocolli, linee guida e procedure per la definizione e l'elaborazione di un progetto Terapeutico-Riabilitativo coerente e funzionale con l'indicazione del Centro di Salute Mentale (CSM) inviante; ○ linee guida e procedure per la valutazione iniziale multidisciplinare e multiprofessionale delle condizioni, dei bisogni di ciascun paziente, delle abilità e disabilità specifiche, e degli aspetti legati alla vita di relazione per la determinazione della gravità e della complessità del quadro clinico e per la valutazione della compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, mediante strumenti di valutazione standardizzati (ad es. HoNOS, BPRS, FPS, VADO), validati e adottati dalla normativa nazionale e regionale, finalizzati a determinare: <ul style="list-style-type: none"> • il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto correlato al livello della compromissione di funzioni e di abilità del paziente (e alla sua trattabilità): intensità riabilitativa • il livello assistenziale necessario correlato al grado di autonomia complessivo rilevato nel paziente: intensità assistenziale. ○ protocolli, linee guida e procedure per la definizione del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), elaborato dalla équipe multidisciplinare e multi professionale della struttura in accordo con il Centro di Salute Mentale e in coerenza con il Piano di Trattamento individuale (PTI). È prevista la diversificazione del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP) per condizioni specifiche quali: <ul style="list-style-type: none"> • trattamenti all'esordio; • trattamenti della fascia di età di transizione tra adolescenza e prima età adulta; • trattamenti dei disturbi di personalità; • trattamenti per i disturbi del comportamento alimentare; • programmi per i soggetti affetti da disturbo psichiatrico afferenti al circuito penale che usufruiscono di misure alternative alla detenzione; • trattamenti dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza e degli interventi in età evolutiva. ○ una "Scheda di progetto terapeutico riabilitativo personalizzato PTRP" in cui sono presenti informazioni e criteri comuni quali: <ul style="list-style-type: none"> • dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale; • motivo dell'invio da parte del Centro di Salute Mentale, tratto dal Piano di trattamento Individuale (PTI) presentato in allegato alla Scheda di PTRP; |

| | |
|---------------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • osservazione delle problematiche relative a: <ul style="list-style-type: none"> i. area psicopatologica; ii. area della cura di sé/ambiente; iii. area della competenza relazionale; iv. area della gestione economica; v. area delle abilità sociali. • obiettivi dell'intervento; • aree di intervento: presenza della descrizione della tipologia e del mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie: <ul style="list-style-type: none"> I. terapia farmacologica; II. psicoterapia; III. interventi psicoeducativi; IV. interventi abilitativi e riabilitativi; V. interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione socio-lavorativa. • Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi ivi compresi, quando presenti, gli operatori di rete informali e del volontariato; • Indicazioni della durata del programma e delle verifiche periodiche: aggiornamento dell'andamento del PTRP, con indicazione delle date di verifica. <ul style="list-style-type: none"> ○ procedure relative all'inserimento del paziente che prevedono il confronto professionale tra gli operatori del CSM inviante e gli operatori della struttura, in relazione a criteri di appropriatezza e alle condizioni del paziente; ○ è identificato per ogni paziente un case-manager responsabile del piano individuale di trattamento e dei rapporti con i familiari. Il paziente e i familiari/caregiver sono informati delle responsabilità individuate in relazione alla presa in carico e gestione; ○ programmi per l'individuazione e l'intervento precoce delle psicosi; ○ linee guida e procedure per la corretta gestione e somministrazione del trattamento farmacologico; ○ un documento in cui sono identificati le modalità e gli strumenti per l'attuazione di una politica per la promozione della salute. Tale politica coinvolge i pazienti, i loro familiari e il personale. |
| <p>Fase 2: Implementazione</p> | <p>a) E' stipulato un contratto di ospitalità fra la struttura, il paziente e il CSM inserente contenente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ i servizi resi, ○ gli impegni del paziente, ○ gli obiettivi del trattamento e i tempi; ○ il regolamento interno della struttura; ○ le modalità economiche, ○ le norme relative al consenso informato e alla tutela dei dati personali. <p>La Carta dei Servizi è allegata, quale parte integrante, al contratto di ospitalità che si stabilisce con l'utente;</p> <p>b) vi è evidenza dell'applicazione di linee guida, progetti di intervento e percorsi di cura specifici validati dalla letteratura internazionale e già inseriti con specifiche Linee Guida nel Sistema Nazionale Linee Guida, in relazione alle seguenti aree di bisogni prioritari e di interesse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ area esordi - intervento precoce; ○ area disturbi comuni, ad alta incidenza e prevalenza (depressione, disturbi d'ansia); ○ area disturbi gravi persistenti e complessi; ○ disturbi dell'umore; |

| | |
|------------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ prevenzione del suicidio; ○ disturbi della personalità; ○ disturbi del comportamento alimentare; ○ disturbi dello spettro autistico. <p>c) Vi è evidenza che il percorso di presa in carico si basa operativamente sull'integrazione di attività specifiche cliniche e riabilitative, di assistenza, di intermediazione e di coordinamento;</p> <p>d) vi è evidenza dell'attuazione del progetto terapeutico riabilitativo individuale, basato sulla valutazione iniziale dei pazienti ed articolato in programmi differenziati per intensità riabilitativa e per intensità assistenziale. Il progetto terapeutico riabilitativo individuale è contenuto in cartella clinica e riporta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la valutazione del funzionamento personale e sociale, con strumenti standardizzati; ○ la resistenza al cambiamento; ○ la stabilità clinica; ○ gli obiettivi in ordine agli ambiti della cura, della socializzazione, delle soluzioni abitative e lavorative; ○ la descrizione delle prestazioni e degli interventi riabilitativi individuali e di gruppo con la descrizione dell'attività; ○ la descrizione delle risorse disponibili e dello stile relazionale presente nel contesto di vita del paziente, con particolare attenzione alle relazioni con la famiglia; ○ la durata del trattamento e le modalità di monitoraggio del trattamento; ○ data presunta di dimissione con indicazione del medico responsabile del progetto globale del CSM territorialmente competente. <p>e) E' attuato un sistema integrato e completo di servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza e vi è evidenza della messa in atto di interventi complessi e coordinati di diagnosi, trattamento e riabilitazione con il coinvolgimento della famiglia e di altri contesti di vita, attraverso l'integrazione in rete con altre istituzioni e con il territorio;</p> <p>f) le attività di valutazione e di presa in carico multidisciplinare dei pazienti sono documentate e verificabili all'interno della documentazione sanitaria e della cartella clinica;</p> <p>g) vi è evidenza della costante verifica delle potenzialità evolutive del paziente e del conseguente adattamento delle linee di intervento. I riscontri sono annotati nella documentazione sanitaria;</p> <p>h) vi è evidenza che il personale coinvolto nella cura/assistenza e riabilitazione del paziente conosce e applica le procedure per la gestione e la somministrazione del trattamento farmacologico;</p> <p>i) la presa in carico prevede il riconoscimento del soggetto come parte attiva di una relazione di cura e si fonda su un rapporto di alleanza e di fiducia con l'utente, i suoi familiari e le persone del suo ambiente di vita. Vengono attuate attività di promozione della salute ed educazione sanitaria in relazione alle patologie trattate con il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari;</p> <p>j) vi è evidenza che la struttura organizza attività ricreative e di socializzazione per gli ospiti.</p> |
| <p>Fase 3: Monitoraggio</p> | <p>a) Vi è evidenza della verifica da parte dell'organizzazione dell'applicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale di ciascun paziente e dei protocolli per la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale; ○ del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP); ○ dei programmi per l'individuazione e l'intervento precoce delle psicosi; |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ dei protocolli, delle linee guida e delle procedure relative ai percorsi di assistenza e cura specifici; ○ dei percorsi di assistenza differenziati connessi alla specificità dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza e degli interventi in età evolutiva. <p>b) Nella cartella clinica sono monitorate periodicamente le diverse aree dell'intervento riabilitativo attraverso strumenti standardizzati, che registrano le modifiche nelle condizioni cliniche, nei bisogni e dinamiche relazionali al fine di determinare il risultato delle cure e la pianificazione del proseguimento della cura o della dimissione;</p> <p>c) vi è evidenza della rivalutazione e della revisione del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), con il coinvolgimento del paziente e dei familiari, quando è rilevato un cambiamento delle condizioni o della diagnosi del paziente (i riscontri sono registrati all'interno della cartella clinica);</p> <p>d) vi è evidenza del controllo e del monitoraggio del trattamento farmacologico e degli effetti collaterali derivanti dall'uso di psicofarmaci.</p> |
| <p>Fase 4: Miglioramento della qualità</p> | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale dei pazienti ; ○ dei processi per la gestione del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP) e dei percorsi di cura, ivi compresa la qualità della tracciabilità delle attività all'interno della documentazione sanitaria; ○ del trasferimento delle informazioni all'interno del processo di cura; ○ delle procedure operative definite; ○ della politica per la promozione della salute. <p>Inoltre vi è evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p> |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 1 – 2C | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.2.2 – 2C | <i>Passaggio in cura (continuità assistenziale)</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura residenziale e semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ programmi di coordinamento che regolino i rapporti con gli altri servizi (servizi sociali, servizi di accompagnamento al lavoro) le cui attività sono utili alla realizzazione del piano riabilitativo; ○ protocolli e linee guida per la pianificazione della continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione dei pazienti e del <i>follow up</i>); ○ procedure per la determinazione dei pazienti da sottoporre a follow-up; ○ procedure per l'adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione. ○ protocolli che assicurino un collegamento con i medici di medicina generale ed i servizi distrettuali, sulla base delle necessità degli utenti; ○ protocolli linee guida e procedure per l'integrazione progettuale con i servizi territoriali di riferimento di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta, specie riguardo ai disturbi psichici adolescenziali e giovanili (fascia d'età 15 – 21 anni); ○ protocolli che regolino i contatti con le istituzioni scolastiche e con le agenzie formative per sostenere i progetti terapeutico riabilitativi individuali, in integrazione con le azioni del CSM; ○ protocolli che regolino i contatti con i datori di lavoro dei pazienti al fine del sostegno nella realizzazione dei programmi di inserimento lavorativo in integrazione con le azioni del CSM. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza dell'attuazione di un protocollo per il trasporto sicuro dei pazienti e dell'adozione da parte dell'organizzazione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione;</p> <p>b) sono pianificati rivalutazioni/controlli dei pazienti sottoposti a follow up secondo tipologie e periodicità definite;</p> <p>c) vi è evidenza che tutta la documentazione clinica, e la cartella clinica del paziente è a disposizione degli operatori sanitari, sociosanitari e sociali in ogni momento;</p> <p>d) sono attivati protocolli che assicurino un collegamento con i medici di medicina generale ed i servizi distrettuali, sulla base delle necessità degli utenti;</p> <p>e) sono attivati protocolli che regolino i rapporti con gli altri servizi (servizi sociali, servizi di accompagnamento al lavoro) le cui attività sono utili alla realizzazione del programma riabilitativo;</p> <p>f) sono applicate le procedure per l'integrazione progettuale con i servizi di salute mentale territoriali di riferimento;</p> <p>g) vi è evidenza che sia fornita al paziente specifica relazione clinica finale per il medico curante;</p> <p>h) nel caso di complicanze non gestibili in loco, l'organizzazione garantisce,</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>utilizzando una specifica procedura condivisa, il trasporto del paziente ad una struttura ospedaliera di riferimento, con possibilità di ricovero, situato ad una distanza percorribile in un tempo che consenta il trattamento delle complicanze.</p> <p><i>i)</i> vi è evidenza dell'applicazioni dei protocolli che regolino i contatti con le istituzioni scolastiche e con le agenzie formative per sostenere i progetti terapeutico riabilitativi individuali, in integrazione con le azioni del CSM;</p> <p><i>j)</i> vi è evidenza dell'applicazioni dei protocolli che regolino i contatti con i datori di lavoro dei pazienti al fine del sostegno nella realizzazione dei programmi di inserimento lavorativo in integrazione con le azioni del CSM.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p><i>a)</i> Vi è evidenza del monitoraggio periodico dell'applicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ dei processi, dei protocolli e delle linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti e il coordinamento delle cure (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione dei pazienti e del follow up); ○ delle procedure per la determinazione dei pazienti da sottoporre a follow-up e vi è evidenza dello svolgimento delle rivalutazioni e dei controlli dei pazienti secondo le periodicità pianificate; <p><i>b)</i> Vi è evidenza dell'attivazione di un sistema di documentazione dei casi gravi presi in carico (ammessi e dimessi) volto a rilevare e recuperare eventuali "drop out" (i cosiddetti "persi di vista");</p> <p><i>c)</i> vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo da parte della Direzione delle modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna e i trasferimenti delle cure presso altre tipologie di strutture.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p><i>a)</i> Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi relativi a continuità assistenziale, passaggio in cura, dimissioni e follow-up. Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p> |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 1 – 2C | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con gli utenti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.2.3 – 2C | Monitoraggio e valutazione |
| Campo d'applicazione | Struttura residenziale e semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito gli obiettivi per la qualità del programma terapeutico-riabilitativo;</p> <p>b) l'organizzazione ha selezionato gli indicatori chiave per la valutazione della performance clinico-assistenziale/riabilitativa tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore.</p> |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione del grado di conformità delle attività ai protocolli e alle linee guida <i>Evidence Based Medicine</i> e <i>Evidence Based Nursing</i> secondo quanto previsto dalle procedure (ad es. monitoraggio dei tempi, delle modalità e dei contenuti della presa in carico, della valutazione iniziale e del piano di trattamento, della continuità assistenziale e dimissione, in accordo con gli obiettivi stabiliti);</p> <p>b) vi è evidenza dei risultati del monitoraggio degli indicatori chiave per la valutazione della performance clinico-assistenziale/riabilitativa tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore;</p> <p>c) vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione della qualità del programma terapeutico-riabilitativo, dalla presa in carico alla dimissione;</p> <p>d) vi è evidenza dello svolgimento di indagini sulla soddisfazione e l'esperienza di cura degli ospiti e dei familiari riguardo il programma terapeutico-riabilitativo;</p> <p>e) è presente evidenza dei risultati di un'analisi retrospettiva su eventi avversi, incidenti, <i>near miss</i> manifestati durante l'episodio di cura.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza dell'aggiornamento in termini di efficacia ed affidabilità dei sistemi di misura degli esiti, della performance clinica, della qualità dei programmi terapeutico-riabilitativo. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità:</p> <ul style="list-style-type: none"> o dei sistemi di monitoraggio e valutazione della qualità del programma terapeutico-riabilitativo; o dell'esperienza di cura da parte degli utenti e dei familiari. <p>Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p> |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 1 – 2C | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con gli utenti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.3 – 2C | <i>La modalità di gestione della documentazione sanitaria e socio assistenziale</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura residenziale e semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha formalizzato e diffuso un documento che definisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria/socio-assistenziale nonché le modalità di controllo; ○ gli aspetti legati al tema della <i>privacy</i> e della riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia; ○ i tempi di accesso alla documentazione sanitaria e socio-assistenziale; ○ le modalità per le attività di valutazione della qualità della documentazione socio-assistenziale e l'implementazione di azioni correttive se necessario. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Per ciascun ospite è compilata la documentazione sanitaria/socio-assistenziale, periodicamente aggiornata che prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la tracciabilità degli elementi che caratterizzano la presa in carico dell'utente, il programma terapeutico-riabilitativo e la continuità assistenziale; ○ gli strumenti di valutazione standardizzati utilizzati; ○ i risultati delle valutazioni compresi gli eventi avversi; ○ prestazioni erogate e trattamenti farmacologici; ○ registrazione di eventuali assenze dell'utente; ○ elementi di valutazione sociale; ○ tutti gli elementi previsti per assolvere al debito informativo regionale; ○ eventuali elementi di rischio per l'utente. <p>b) La comunicazione e l'invio della documentazione sanitaria e socio assistenziale ai professionisti all'interno della struttura sociosanitaria e ai colleghi di strutture esterne è garantita in tempo utile.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione da parte dell'organizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ della qualità della documentazione sanitaria/socio-assistenziale; ○ della tracciabilità delle attività di valutazione e delle attività di presa in carico degli utenti all'interno della documentazione sanitaria/socio-assistenziale; ○ del soddisfacimento delle regole che caratterizzano la gestione della documentazione; ○ del rispetto dei tempi definiti per l'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ della qualità della documentazione sanitaria/socio-assistenziale; ○ della politica relativa alla <i>privacy</i> e alla riservatezza delle |

| | |
|--|--|
| | <p>informazioni contenute nella documentazione socio-assistenziale ;</p> <ul style="list-style-type: none">○ della sicurezza nell'accesso e tenuta dei dati contenuti nella documentazione sanitaria socio-assistenziale, ivi compresa la loro integrità;○ dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale. <p>Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p> |
|--|--|

2° Criterio/fattore di qualità - Appropriatelyzza clinica e sicurezza

“L’efficacia, l’appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”

Per corrispondere a tale criterio ogni struttura residenziale e semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

2.1 Approccio alla pratica clinica secondo evidenze

2.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi

2.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi

2.4 Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 2 – 2C | <i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.1 – 2C | <i>Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura residenziale e semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso protocolli, linee guida, procedure per la definizione del programma terapeutico-riabilitativo formulato secondo i principi della <i>Evidence Based Medicine</i> e della <i>Evidence Based Nursing</i> . |
| Fase 2: Implementazione | a) Vi è evidenza della messa in atto di protocolli, linee guida e/o procedure per la corretta gestione dell'utente in linea con i principi della <i>Evidence Based Medicine</i> e della <i>Evidence Based Nursing</i> ; b) vi è evidenza dell'accessibilità al personale dei regolamenti interni di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza; c) vi è evidenza dell'implementazione di tutte le buone pratiche regionali e delle raccomandazioni ministeriali di pertinenza; d) vi è evidenza del coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida, procedure e/o del programma terapeutico-riabilitativo, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad essi correlati. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione: <ul style="list-style-type: none"> o dell'appropriatezza delle prestazioni da parte dei professionisti sanitari, degli operatori socio sanitari e sociali e della Direzione; o dell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o dei programmi terapeutico-riabilitativo; o dell'applicazione delle buone pratiche e delle raccomandazioni ministeriali. b) Vi è evidenza dello svolgimento di audit multidisciplinari e/o multiprofessionali e sistematici per confrontare la pratica corrente con le linee guida basate sulle evidenze, i protocolli e i percorsi di cura/ assistenza definiti dall'organizzazione. I risultati dell'audit vengono comunicati al personale; c) vi è evidenza della rivalutazione e dell'aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento dell'approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche e dell'appropriatezza delle prestazioni, controllando l'efficacia delle azioni di miglioramento intraprese (vedi requisito 5.1 – Sezione 1). |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 2 – 2C | <i>L'efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.2 – 2C | <i>L'organizzazione assicura la promozione della sicurezza e la gestione dei rischi</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura residenziale e semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) E' presente ed è stato formalizzato un piano annuale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che preveda la definizione delle politiche per la sicurezza del paziente, le modalità per l'identificazione e la valutazione dei rischi, una lista dei processi, delle aree e dei rischi maggiori identificati, le modalità di comunicazione con gli stakeholder e la gestione dei relativi contenziosi. Il piano comprende la prevenzione ed il controllo almeno di:</p> <ul style="list-style-type: none"> vii. infezioni correlate all'assistenza; viii. sindrome da immobilizzazione; ix. cadute dei pazienti; x. intossicazione da farmaci; xi. atti aggressivi; xii. rischio di autolesioni; xiii. rischio suicidio; xiv. rischio fughe. <p>Tale piano deve contemplare ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione e deve essere approvato dalla Direzione. Il piano prevede la definizione di obiettivi specifici e misurabili;</p> <p>b) l'organizzazione ha definito formalizzato e diffuso protocolli, linee guida e procedure per la programmazione di attività di valutazione del rischio derivante dagli esiti inattesi dei trattamenti;</p> <p>c) vi è evidenza di un Piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi;</p> <p>d) l'organizzazione ha definito formalizzato e diffuso protocolli, linee guida, procedure per la prima gestione in loco delle complicanze.</p> |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) L'organizzazione ha individuato le aree e i processi a rischio. In particolare sono individuati e gestiti i processi relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> o la corretta identificazione del paziente; o l'esecuzione delle principali manovre strumentali previste; o la corretta gestione dei dispositivi medici durante le attività; o la gestione e cura dei pazienti ad alto rischio; o la gestione di situazioni d'emergenza-urgenza psichiatrica e il trasferimento del paziente in idonea struttura. <p>b) Vi è evidenza della messa in atto:</p> <ul style="list-style-type: none"> o del piano annuale aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente e del controllo e monitoraggio dei seguenti rischi: <ul style="list-style-type: none"> i. infezioni correlate all'assistenza; ii. sindrome da immobilizzazione; iii. cadute dei pazienti; iv. intossicazione da farmaci; v. atti aggressivi; vi. rischio di autolesioni; vii. rischio suicidio; viii. rischio fughe. <p>c) Vi è evidenza della completezza e della tracciabilità nella documentazione sanitaria dell'applicazione delle procedure per la corretta somministrazione dei medicinali.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'efficacia, almeno |

| | |
|---|--|
| | <p>annuale, del piano aziendale per la gestione del rischio, delle attività realizzate, degli strumenti di prevenzione del rischio utilizzati, degli obiettivi per la sicurezza e dei risultati raggiunti;</p> <p><i>b)</i> vi è evidenza del monitoraggio e della rivalutazione (ogni 2 anni) delle aree a rischio dell'organizzazione incluse quelle individuate dall'OMS, dei processi e delle procedure ad alto rischio; l'organizzazione produce e diffonde almeno un report annuale sui risultati raggiunti in materia di rischio.</p> |
| <p>Fase 4: Miglioramento della qualità</p> | <p><i>a)</i> Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p> |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 2 – 2C | <i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.3 – 2C | <i>Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura residenziale e semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> o un sistema per l'identificazione, la segnalazione e l'analisi di: <i>near miss</i>, eventi avversi ed eventi sentinella; o modalità e procedure per la comunicazione agli utenti e/o familiari degli eventi avversi, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza della partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;</p> <p>b) è presente evidenza dei risultati di un'analisi retrospettiva su eventi avversi, incidenti, <i>near miss</i> manifestati durante l'episodio di trattamento e riabilitazione;</p> <p>c) vi è evidenza dell'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti degli eventi segnalati attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (Safetywalkround) che prevedano il coinvolgimento multidisciplinare e/o multiprofessionale degli operatori e la predisposizione, in seguito all'indagine condotta, di piani di azione e relativi indicatori di monitoraggio;</p> <p>d) vi è evidenza dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza;</p> <p>e) il personale implementa le azioni previste e codificate dalle procedure per la comunicazione agli utenti e/o familiari degli eventi avversi e per offrire l'opportuno supporto/ sostegno agli utenti/familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori;</p> <p>f) gli utenti/familiari/<i>caregiver</i> possono segnalare incidenti o situazioni rischiose di cui sono stati testimoni.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio (relazione tra il numero di eventi e le dimensioni della struttura) e della valutazione dell'applicazione delle procedure di segnalazione e gestione dei <i>near miss</i>, eventi avversi ed eventi sentinella;</p> <p>b) vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione degli strumenti utilizzati per la prevenzione del rischio e degli eventi avversi;</p> <p>c) l'organizzazione divulga agli operatori almeno una volta l'anno i risultati delle analisi sulle segnalazioni rilevate;</p> <p>d) vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) I dati del monitoraggio sono utilizzati per studiare le aree target per la gestione del rischio e vi è evidenza dell'implementazione di cambiamenti nella struttura e nei processi a seguito di eventi avversi;</p> <p>b) vi è evidenza della valutazione dell'efficacia delle azioni correttive e preventive implementate.</p> |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 2 – 2C | <i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.4 – 2C | <i>Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura residenziale e semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento degli utenti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico. |
| Fase 2: Implementazione | a) Vi è evidenza dell'identificazione e dell'applicazione di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività; b) vi è evidenza della produzione e diffusione di buone pratiche; c) vi è evidenza dell'implementazione del programma per lo sviluppo di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi; d) vi è evidenza della messa in atto di politiche e procedure per il coinvolgimento e la partecipazione degli utenti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione periodica da parte della Direzione dell'implementazione delle buone pratiche e delle soluzioni innovative adottate per la sicurezza in ambiti specifici di attività; b) l'organizzazione effettua il monitoraggio dell'applicazione delle procedure per il coinvolgimento degli utenti e dei familiari/caregiver e valuta il grado di partecipazione degli utenti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni correttive e preventive; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1). |

3° Criterio/fattore di qualità – UMANIZZAZIONE

“L’impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è, un impegno comune a tutte le strutture”

Per corrispondere a tale criterio ogni struttura residenziale e semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

3.1 Programmi per l’umanizzazione e la personalizzazione dell’assistenza

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 3 – 2C | <i>L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, è un impegno comune a tutte le strutture</i> |
| Requisito 3.1 – 2C | <i>Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura residenziale e semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) La Direzione ha definito e formalizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ un piano per lo sviluppo di attività (assistenziali-organizzative) orientate a migliorare l'accessibilità e l'accoglienza degli utenti; ○ un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, utenti e loro familiari; ○ specifici requisiti riguardanti il confort delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per utenti ed accompagnatori; ○ specifici requisiti per il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza dell'implementazione da parte dell'organizzazione e del personale di attività (assistenziali-organizzative) orientate a migliorare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ l'accessibilità degli utenti; ○ l'accoglienza tenendo conto delle differenti esigenze degli utenti relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica; gli utenti hanno la possibilità di concordare individualmente l'ingresso e l'uscita dalla struttura; l'organizzazione favorisce le relazioni interpersonali, le iniziative, il senso di responsabilità e la dignità dell'utente; ○ il confort delle aree di degenza, nel rispetto del benessere e della dignità degli utenti, delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per accompagnatori e visitatori, delle aree di socializzazione, in particolare deve essere assicurata la presenza di: <ul style="list-style-type: none"> ● progetti/attività per promuovere la struttura come luogo aperto; ● il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni e durante i colloqui tra il personale sanitario e l'utente sul suo stato di salute; ● possibilità di scelta nel menu e adeguamento degli orari dell'organizzazione ai ritmi fisiologici della persona (orario di distribuzione dei pasti dalle 7 in poi, dalle 12 in poi, dalle 19 in poi). <p>b) La Direzione ha implementato un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari/socio-sanitari e sociali, utenti e loro familiari e per agevolare il supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti che preveda almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la formazione degli operatori socio sanitari/assistenziali e sociali alle abilità procedurali e alle attività di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di cattive notizie); ○ partecipazione dell'utente al processo assistenziale; ○ l'adozione di modalità di lavoro secondo la logica dell'équipe multidisciplinare. ○ la presenza di supporto psicologico (il servizio può essere realizzato dalla struttura o in partnership con associazioni, cooperative ecc. nell'ambito di specifici accordi scritti); ○ l'ampliamento degli orari di visita e di assistenza per i familiari. |

| | |
|--|--|
| | <p>c) Vi è evidenza dell'implementazione di interventi per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali e per la semplificazione degli adempimenti amministrativi ed è assicurata un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale entro tempi predefiniti.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio dell'efficacia delle iniziative orientate a migliorare l'accessibilità, il confort, l'accoglienza e la qualità delle prestazioni;</p> <p>b) vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione del programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, socio-sanitari/assistenziali e sociali, utenti e loro familiari;</p> <p>c) vi è evidenza del coinvolgimento degli utenti/organizzazione dei cittadini per valutare la centralità dell'utente nel processo di cura e la personalizzazione dell'assistenza.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della personalizzazione dell'assistenza; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p> |

SEZIONE 2D

**STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON
DIPENDENZE PATOLOGICHE**

1° Criterio/fattore di qualità - PRESTAZIONI E SERVIZI

“E’ buona prassi che l’organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con gli utenti ed i cittadini”

Per corrispondere a tale criterio ogni struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali di assistenza a persone con di pendenze patologiche dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

1.1 La tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati

1.2 La presenza di percorsi assistenziali che comprendono:

1.2.1 Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti

1.2.2 Passaggio in cura (continuità assistenziale)

1.2.3 Monitoraggio e valutazione

1.3 La modalità di gestione della documentazione sanitaria/socio-assistenziale che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne la completezza rispetto agli interventi effettuati; la rintracciabilità; la riservatezza (privacy)

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 1 – 2D | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico-assistenziale sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con gli utenti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.1 – 2D | <i>Tipologia di prestazioni e di servizi erogati</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali di assistenza a persone con dipendenze patologiche |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito e approvato le linee guida per la redazione, la diffusione e le modalità di distribuzione di un documento che assicuri la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini nonché la presenza di materiale informativo (multilingua) a disposizione dell'utenza. Il documento prevede una chiara descrizione del programma, comprensivo dell'elenco delle prestazioni svolte, e un regolamento, dei quali deve essere fornita copia ed adeguata informazione agli utenti. Il programma deve esplicitare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ i principi ispiratori e la metodologia degli interventi, la definizione delle fasi e dei tempi complessivi di svolgimento, le modalità di relazione con i familiari, la descrizione degli interventi (di tipo medico, psicologico, educativo, lavorativo, sociale), le modalità di utilizzo del personale e delle attrezzature, le misure intraprese ai fini della tutela della salute degli utenti; ○ la tipologia delle persone alle quali si indirizza l'intervento, con particolare riguardo a quelle con caratteristiche specifiche (es.: minori, soggetti sottoposti a misure alternative alla carcerazione, ecc.), precisando altresì il numero dei posti per essi disponibili; ○ le modalità di valutazione e verifica degli interventi. <p>Il regolamento interno deve descrivere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ i diritti e gli obblighi che l'utente assume con l'accettazione del programma di assistenza; ○ per i servizi residenziali e semiresidenziali, le regole di vita comunitaria, con particolare riguardo alle norme comportamentali degli operatori e degli utenti e al loro eventuale utilizzo nelle attività quotidiane (cucina, pulizia, lavanderia, ecc.). |
| Fase 2: Implementazione | a) E' presente e viene diffuso il documento che descrive il programma e il regolamento, e il materiale informativo a disposizione dell'utenza. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza della periodica rivalutazione da parte dell'organizzazione della struttura della qualità delle informazioni contenute nel documento, della qualità del materiale informativo a disposizione dell'utenza e delle modalità di diffusione e distribuzione con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei pazienti e del volontariato. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni contenute nella documento e nel materiale informativo a disposizione degli utenti; controlla, altresì, che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati. |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 1 – 2D | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con gli utenti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.2.1 – 2D | <i>Valutazione, presa in carico e gestione degli utenti</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali di assistenza a persone con dipendenze patologiche |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ procedure e regolamenti per la gestione trasparente delle liste di attesa; ○ procedure che garantiscono la volontarietà dell'accesso e della permanenza nella struttura, con l'esclusione di ogni forma di coercizione fisica e psichica degli utenti; ○ procedure che definiscono la modalità di accesso, accoglienza e registrazione dell'utente; ○ le responsabilità per la presa in carico/gestione degli utenti; ○ protocolli che prevedono, in fase di ammissione dell'utente, la valutazione multidisciplinare e multidimensionale dello stato di salute e dei bisogni di ciascun utente mediante scale di valutazione riconosciute, validate e adottate dalla normativa nazionale e regionale, che includa la prevenzione e gestione delle patologie infettive correlate alla tossicodipendenza e l'analisi dello stato psicosociale dell'utente. La valutazione multidimensionale dell'ospite determina il complesso integrato dei bisogni, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche; ○ protocolli, linee guida e procedure per la definizione e la gestione del programma terapeutico-riabilitativo-pedagogico per ciascun ospite. Il programma basato sulla valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni, delle necessità degli utenti e sui risultati dei test diagnostici, oltre a comprendere la pianificazione delle attività contiene informazioni riguardanti: <ul style="list-style-type: none"> • valutazioni cliniche, ambientali e strumentali; • il percorso terapeutico-riabilitativo-pedagogico; • somministrazione dei medicinali; • risultati attesi; • operatori coinvolti; • data di avvio e durata del piano. ○ procedure per il coinvolgimento degli utenti nell'organizzazione della vita quotidiana; ○ linee guida e procedure per la corretta gestione e somministrazione dei medicinali; ○ procedure per la gestione del trasferimento delle informazioni relative alla valutazione e alla presa in carico all'interno del processo di cura, assistenza, riabilitazione previsto dal programma terapeutico-riabilitativo-pedagogico. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza della tracciabilità nella documentazione sanitaria/socio assistenziale dell'applicazione dei criteri, dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per la valutazione multidimensionale iniziale, la presa in carico multidisciplinare e multi professionale;</p> <p>b) è istituito e tenuto aggiornato, per gli eventuali controlli richiesti, un registro giornaliero degli utenti. Nel medesimo registro vengono annotate le assenze temporanee degli stessi, con la relativa motivazione;</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>c) il programma terapeutico prevede lavori di gruppo, seminari, riunioni periodiche con gli utenti;</p> <p>d) vi è evidenza dell'attuazione e della tracciabilità del programma terapeutico-riabilitativo-pedagogico per ciascun ospite, con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente, ed eventuali modifiche;</p> <p>e) vi è evidenza dell'attuazione di un programma di consulenza e supporto psicologico individuale e/o di gruppo, effettuati in maniera continuativa e, se indicata, attività di psicoterapia strutturata, individuale e di gruppo, con cadenza adeguata alle necessità dei singoli utenti;</p> <p>f) vi è evidenza della gestione delle problematiche mediche generali, adeguata alla tipologia e gravità delle problematiche dei singoli pazienti;</p> <p>g) sono implementate forme di coinvolgimento degli utenti nell'organizzazione della vita quotidiana;</p> <p>h) esiste evidenza di programmi di inserimento lavorativo;</p> <p>i) esiste evidenza del coinvolgimento dei familiari nei processi di socializzazione degli utenti;</p> <p>j) esiste evidenza del coinvolgimento di Associazioni di volontariato nei processi di socializzazione degli utenti;</p> <p>k) l'organizzazione ha individuato, con modalità prestabilite, il <i>case manager</i> responsabile del programma terapeutico-riabilitativo-pedagogico e gli operatori sanitari, socio sanitari e sociali di riferimento per la supervisione dell'assistenza. L'utente e i familiari sono informati delle responsabilità individuate.</p> |
| <p>Fase 3: Monitoraggio</p> | <p>a) Vi è evidenza della verifica periodica da parte dell'organizzazione dell'applicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> o delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale di ciascun utente e dei protocolli per la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale degli utenti; o del programma terapeutico-riabilitativo-pedagogico. <p>b) Vi è evidenza del controllo della tracciabilità delle attività di valutazione e delle attività di presa in carico degli utenti all'interno della documentazione sanitaria e socio assistenziale;</p> <p>c) vengono effettuati dei controlli (senza una prevedibilità temporale) per verificare l'adesione dell'utente al programma terapeutico-riabilitativo-pedagogico;</p> <p>d) vi è evidenza della rivalutazione periodica dello stato psicosociale, dei bisogni e delle condizioni degli utenti a intervalli basati sulle necessità dell'ospite, al fine di determinare il risultato delle cure e la pianificazione del proseguimento della cura o della dimissione. I riscontri sono annotati nella documentazione sanitaria/socio-assistenziale;</p> <p>e) vi è evidenza della rivalutazione e della revisione del programma terapeutico-riabilitativo-pedagogico con il coinvolgimento dell'utente o del <i>caregiver</i> quando è rilevato un cambiamento delle condizioni o della diagnosi dell'utente (i riscontri sono registrati all'interno della documentazione sanitaria/socio-assistenziale);</p> <p>f) vi è evidenza del controllo e del monitoraggio degli effetti collaterali dei farmaci;</p> <p>g) vi è evidenza della valutazione da parte dell'organizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> o della propria capacità di ritenzione degli utenti; o della propria capacità di portare a termine i piani terapeutici dei propri utenti. |
| <p>Fase 4: Miglioramento della qualità</p> | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità:</p> <ul style="list-style-type: none"> o dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale degli utenti; |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">○ dei processi per la gestione del programma terapeutico-riabilitativo-pedagogico ivi compresa la qualità della tracciabilità delle attività all'interno della documentazione sanitaria;○ del trasferimento delle informazioni all'interno del processo di cura;○ delle procedure operative definite;○ della politica per la promozione della salute. <p>Inoltre vi è evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 1 – 2D | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con gli utenti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.2.2 – 2D | Passaggio in cura (continuità assistenziale) |
| Campo d'applicazione | Struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali di assistenza a persone con dipendenze patologiche |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ protocolli e linee guida per la pianificazione della continuità assistenziale degli utenti (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione degli utenti e del <i>follow up</i>); ○ procedure per la determinazione degli utenti da sottoporre a follow-up; ○ protocolli, linee guida e procedure per la definizione dei collegamenti funzionali con il medico curante e i servizi territoriali durante e a termine dell'intervento riabilitativo; ○ procedure per l'adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Esiste evidenza che l'utente sia informato sul proseguimento delle cure;</p> <p>b) vi è evidenza dell'attuazione da parte dell'organizzazione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione e coordinamento delle cure;</p> <p>c) sono pianificati rivalutazioni/controlli degli utenti sottoposti a follow up secondo tipologie e periodicità definite;</p> <p>d) vi è evidenza che tutta la documentazione clinica/socio-assistenziale è a disposizione degli operatori sanitari, sociosanitari e sociali in ogni momento;</p> <p>e) vi è evidenza che sia fornita all'utente specifica relazione clinica finale per il medico curante;</p> <p>f) nel caso di complicanze non gestibili in loco, l'organizzazione garantisce, utilizzando una specifica procedura condivisa, il trasporto dell'utente ad una struttura ospedaliera di riferimento, con possibilità di ricovero, situato ad una distanza percorribile in un tempo che consenta il trattamento delle complicanze.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ dei processi, dei protocolli e delle linee guida per la continuità assistenziale degli utenti e il coordinamento delle cure (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione e del follow up); ○ delle procedure per la determinazione degli utenti da sottoporre a follow-up e vi è evidenza dello svolgimento delle rivalutazioni e dei controlli degli utenti secondo le periodicità pianificate. <p>b) Vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo da parte della Direzione delle modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna e i trasferimenti delle cure presso altre tipologie di strutture.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi relativi a continuità assistenziale, passaggio in cura, dimissioni e follow-up.</p> |

| | |
|--|--|
| | Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati. |
|--|--|

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 1 – 2D | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con gli utenti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.2.3 – 2D | <i>Monitoraggio e valutazione</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali di assistenza a persone con dipendenze patologiche |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito gli obiettivi per la qualità del programma terapeutico-riabilitativo-pedagogico;</p> <p>b) l'organizzazione ha selezionato gli indicatori chiave per la valutazione della performance clinico-assistenziale/riabilitativa tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore.</p> |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione del grado di conformità delle attività ai protocolli e alle linee guida <i>Evidence Based Medicine</i> e <i>Evidence Based Nursing</i> secondo quanto previsto dalle procedure (ad es. monitoraggio dei tempi, delle modalità e dei contenuti della presa in carico, della valutazione iniziale e del piano di trattamento, della continuità assistenziale e dimissione, in accordo con gli obiettivi stabiliti);</p> <p>b) vi è evidenza dei risultati del monitoraggio degli indicatori chiave per la valutazione della performance clinico-assistenziale/riabilitativa tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore;</p> <p>c) vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione della qualità del programma terapeutico-riabilitativo-pedagogico, dalla presa in carico alla dimissione;</p> <p>d) vi è evidenza dello svolgimento di indagini sulla soddisfazione e l'esperienza di cura degli ospiti e dei familiari riguardo il programma terapeutico-riabilitativo-pedagogico;</p> <p>e) è presente evidenza dei risultati di un'analisi retrospettiva su eventi avversi, incidenti, <i>near miss</i> manifestati durante l'episodio di cura.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza dell'aggiornamento in termini di efficacia ed affidabilità dei sistemi di misura degli esiti, della performance clinica, della qualità dei programmi terapeutico-riabilitativo-pedagogico. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità:</p> <ul style="list-style-type: none"> o dei sistemi di monitoraggio e valutazione della qualità del programma terapeutico-riabilitativo-pedagogico; o dell'esperienza di cura da parte degli utenti e dei familiari. <p>Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p> |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 1 – 2D | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con gli utenti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.3 – 2D | <i>La modalità di gestione della documentazione sanitaria e socio assistenziale</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali di assistenza a persone con dipendenze patologiche |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha formalizzato e diffuso un documento che definisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria/socio-assistenziale nonché le modalità di controllo; ○ gli aspetti legati al tema della <i>privacy</i> e della riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia; ○ i tempi di accesso alla documentazione sanitaria e socio-assistenziale; ○ le modalità per le attività di valutazione della qualità della documentazione socio-assistenziale e l'implementazione di azioni correttive se necessario. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Per ciascun ospite è compilata la documentazione sanitaria/socio-assistenziale, periodicamente aggiornata che prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la tracciabilità degli elementi che caratterizzano la presa in carico dell'utente, il programma terapeutico-riabilitativo-pedagogico e la continuità assistenziale; ○ gli strumenti di valutazione standardizzati utilizzati; ○ i risultati delle valutazioni compresi gli eventi avversi; ○ prestazioni erogate e trattamenti farmacologici; ○ registrazione di eventuali assenze dell'utente; ○ elementi di valutazione sociale; ○ tutti gli elementi previsti per assolvere al debito informativo regionale; ○ eventuali elementi di rischio per l'utente. <p>b) La comunicazione e l'invio della documentazione sanitaria e socio assistenziale ai professionisti all'interno della struttura sociosanitaria e ai colleghi di strutture esterne è garantita in tempo utile.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione da parte dell'organizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ della qualità della documentazione sanitaria/socio-assistenziale; ○ della tracciabilità delle attività di valutazione e delle attività di presa in carico degli utenti all'interno della documentazione sanitaria/socio-assistenziale; ○ del soddisfacimento delle regole che caratterizzano la gestione della documentazione; ○ del rispetto dei tempi definiti per l'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ della qualità della documentazione sanitaria/socio-assistenziale; ○ della politica relativa alla <i>privacy</i> e alla riservatezza delle |

| | |
|--|---|
| | <p>informazioni contenute nella documentazione socio-assistenziale;</p> <ul style="list-style-type: none">○ della sicurezza nell'accesso e tenuta dei dati contenuti nella documentazione sanitaria socio-assistenziale, ivi compresa la loro integrità;○ dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale. <p>Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p> |
|--|---|

2° Criterio/fattore di qualità - Appropriatelyzza clinica e sicurezza

“L’efficacia, l’appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”

Per corrispondere a tale criterio ogni struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali di assistenza a persone con di pendenze patologiche dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

- 2.1 Approccio alla pratica clinica secondo evidenze*
- 2.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi*
- 2.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi*
- 2.4 Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze*

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 2 – 2D | <i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.1 – 2D | <i>Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali di assistenza a persone con dipendenze patologiche |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso protocolli, linee guida, procedure per la definizione del programma terapeutico-riabilitativo-pedagogico formulato secondo i principi della <i>Evidence Based Medicine</i> e della <i>Evidence Based Nursing</i> . |
| Fase 2: Implementazione | a) Vi è evidenza della messa in atto di protocolli, linee guida e/o procedure per la corretta gestione dell'utente in linea con i principi della <i>Evidence Based Medicine</i> e della <i>Evidence Based Nursing</i> ; b) vi è evidenza dell'accessibilità al personale dei regolamenti interni di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza; c) vi è evidenza dell'implementazione di tutte le buone pratiche regionali e delle raccomandazioni ministeriali di pertinenza; d) vi è evidenza del coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida, procedure e/o del programma terapeutico-riabilitativo-pedagogico, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad essi correlati. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione: <ul style="list-style-type: none"> o dell'appropriatezza delle prestazioni da parte dei professionisti sanitari, degli operatori socio sanitari e sociali e della Direzione; o dell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o dei programmi terapeutico-riabilitativo-pedagogico; o dell'applicazione delle buone pratiche e delle raccomandazioni ministeriali. b) Vi è evidenza dello svolgimento di audit multidisciplinari e/o multiprofessionali e sistematici per confrontare la pratica corrente con le linee guida basate sulle evidenze, i protocolli e i percorsi di cura/ assistenza definiti dall'organizzazione. I risultati dell'audit vengono comunicati al personale; c) vi è evidenza della rivalutazione e dell'aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento dell'approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche e dell'appropriatezza delle prestazioni, controllando l'efficacia delle azioni di miglioramento intraprese (vedi requisito 5.1 – Sezione 1). |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 2 – 2D | <i>L'efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.2 – 2D | <i>L'organizzazione assicura la promozione della sicurezza e la gestione dei rischi</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali di assistenza a persone con dipendenze patologiche |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) E' presente ed è stato formalizzato un piano annuale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, utenti e ambiente, che preveda la definizione delle politiche per la sicurezza dell'utente e degli operatori, le modalità per l'identificazione e la valutazione dei rischi, una lista dei processi, delle aree e dei rischi maggiori identificati, le modalità di comunicazione con gli <i>stakeholder</i> e la gestione dei relativi contenziosi. Il piano comprende la prevenzione ed il controllo almeno di:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. rischio infettivo; i. rischio di autolesioni; ii. rischio suicidario; iii. condotte aggressive; iv. somministrazione dei farmaci; v. rischio ambientale. <p>Tale piano deve contemplare ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione e deve essere approvato dalla Direzione. Il piano prevede la definizione di obiettivi specifici e misurabili;</p> <p>b) l'organizzazione ha definito formalizzato e diffuso protocolli, linee guida e procedure per la programmazione di attività di valutazione del rischio derivante dagli esiti inattesi dei trattamenti;</p> <p>c) vi è evidenza di un Piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi.</p> |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) L'organizzazione ha individuato le aree e i processi a rischio. In particolare sono individuati e gestiti i processi relativi a la gestione di situazioni d'emergenza clinica e il trasferimento dell'utente in idonea struttura;</p> <p>b) vi è evidenza della messa in atto:</p> <ul style="list-style-type: none"> o del piano annuale aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente e del controllo e monitoraggio almeno dei seguenti rischi: <ul style="list-style-type: none"> i. rischio infettivo; ii. rischio di autolesioni; iii. rischio suicidio; iv. condotte aggressive; v. somministrazione dei farmaci; vi. rischio ambientale. o del piano di formazione e aggiornamento aziendale sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi. <p>c) Vi è evidenza della completezza e della tracciabilità nella documentazione sanitaria dell'applicazione delle procedure per la corretta somministrazione dei medicinali;</p> <p>d) esiste evidenza di un sistema di supervisione del team assistenziale;</p> <p>e) esiste evidenza di un'attività di monitoraggio del burn out per gli operatori e delle relative procedure di recupero.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'efficacia, almeno annuale, del piano aziendale per la gestione del rischio, delle attività realizzate, degli strumenti di prevenzione del rischio utilizzati, degli obiettivi per la sicurezza e dei risultati raggiunti;</p> <p>b) vi è evidenza del monitoraggio e della rivalutazione (ogni 2 anni) delle aree a rischio dell'organizzazione e dei processi; l'organizzazione produce e</p> |

| | |
|--|--|
| | diffonde almeno un report annuale sui risultati raggiunti in materia di rischio. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1). |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 2 – 2D | <i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.3 – 2D | <i>Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali di assistenza a persone con dipendenze patologiche |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> o un sistema per l'identificazione, la segnalazione e l'analisi di: <i>near miss</i>, eventi avversi ed eventi sentinella; o modalità e procedure per la comunicazione agli utenti e/o familiari degli eventi avversi, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza della partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;</p> <p>b) è presente evidenza dei risultati di un'analisi retrospettiva su eventi avversi, incidenti, <i>near miss</i> manifestati durante l'episodio di trattamento, cura/assistenza e riabilitazione;</p> <p>c) vi è evidenza dell'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti degli eventi segnalati attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (Safetywalkround) che prevedano il coinvolgimento multidisciplinare e/o multiprofessionale degli operatori e la predisposizione, in seguito all'indagine condotta, di piani di azione e relativi indicatori di monitoraggio;</p> <p>d) vi è evidenza dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza;</p> <p>e) il personale implementa le azioni previste e codificate dalle procedure per la comunicazione agli utenti e/o familiari degli eventi avversi e per offrire l'opportuno supporto/ sostegno agli utenti/familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori;</p> <p>f) gli utenti/familiari/<i>caregiver</i> possono segnalare incidenti o situazioni rischiose di cui sono stati testimoni.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio (relazione tra il numero di eventi e le dimensioni della struttura) e della valutazione dell'applicazione delle procedure di segnalazione e gestione dei <i>near miss</i>, eventi avversi ed eventi sentinella;</p> <p>b) vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione degli strumenti utilizzati per la prevenzione del rischio e degli eventi avversi;</p> <p>c) l'organizzazione divulga agli operatori almeno una volta l'anno i risultati delle analisi sulle segnalazioni rilevate;</p> <p>d) vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) I dati del monitoraggio sono utilizzati per studiare le aree target per la gestione del rischio e vi è evidenza dell'implementazione di cambiamenti nella struttura e nei processi a seguito di eventi avversi;</p> <p>b) vi è evidenza della valutazione dell'efficacia delle azioni correttive e preventive implementate.</p> |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 2 – 2D | <i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.4 – 2D | <i>Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali di assistenza a persone con dipendenze patologiche |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento degli utenti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico. |
| Fase 2: Implementazione | a) Vi è evidenza dell'identificazione e dell'applicazione di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività; b) vi è evidenza della produzione e diffusione di buone pratiche; c) vi è evidenza dell'implementazione del programma per lo sviluppo di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi; d) vi è evidenza della messa in atto di politiche e procedure per il coinvolgimento e la partecipazione degli utenti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione periodica da parte della Direzione dell'implementazione delle buone pratiche e delle soluzioni innovative adottate per la sicurezza in ambiti specifici di attività; b) l'organizzazione effettua il monitoraggio dell'applicazione delle procedure per il coinvolgimento degli utenti e dei familiari/caregiver e valuta il grado di partecipazione degli utenti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni correttive e preventive; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1). |

3° Criterio/fattore di qualità – UMANIZZAZIONE

“L’impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è, un impegno comune a tutte le strutture”

Per corrispondere a tale criterio ogni struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali di assistenza a persone con di pendenze patologiche dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

3.1 Programmi per l’umanizzazione e la personalizzazione dell’assistenza

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 3 – 2D | <i>L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, è un impegno comune a tutte le strutture</i> |
| Requisito 3.1 – 2D | <i>Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali di assistenza a persone con dipendenze patologiche |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) La Direzione ha definito e formalizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ un piano per lo sviluppo di attività (assistenziali-organizzative) orientate a migliorare l'accessibilità e l'accoglienza degli utenti; ○ un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, utenti e loro familiari; ○ specifici requisiti riguardanti il confort delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per utenti ed accompagnatori; ○ specifici requisiti per il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza dell'implementazione da parte dell'organizzazione e del personale di attività (assistenziali-organizzative) orientate a migliorare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ l'accessibilità degli utenti prevedendo l'esclusione di ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale, garantendo la volontarietà dell'accesso e della permanenza; ○ l'accoglienza tenendo conto delle differenti esigenze degli utenti relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica; gli utenti hanno la possibilità di concordare individualmente l'ingresso e l'uscita dalla struttura; l'organizzazione favorisce le relazioni interpersonali, le iniziative, il senso di responsabilità e la dignità dell'utente; ○ il confort delle aree di degenza, nel rispetto del benessere e della dignità degli utenti, delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per accompagnatori e visitatori, delle aree di lavoro e socializzazione, in particolare deve essere assicurata la presenza di: <ul style="list-style-type: none"> ● progetti/attività per promuovere la struttura come luogo aperto; ● il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni e durante i colloqui tra il personale sanitario e l'utente sul suo stato di salute; ● possibilità di scelta nel menu e adeguamento degli orari dell'organizzazione ai ritmi fisiologici della persona (orario di distribuzione dei pasti dalle 7 in poi, dalle 12 in poi, dalle 19 in poi). <p>b) La Direzione ha implementato un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari/socio-sanitari e sociali, utenti e loro familiari e per agevolare il supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti che preveda almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la formazione degli operatori socio sanitari/assistenziali e sociali alle abilità procedurali e alle attività di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di cattive notizie); ○ partecipazione dell'utente al processo assistenziale; ○ l'adozione di modalità di lavoro secondo la logica dell'équipe multidisciplinare. ○ la presenza di supporto psicologico (il servizio può essere realizzato dalla struttura o in partnership con associazioni, |

| | |
|--|--|
| | <p>cooperative ecc. nell'ambito di specifici accordi scritti);</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ l'ampliamento degli orari di visita e di assistenza per i familiari. <p>d) Vi è evidenza dell'implementazione di interventi per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali e per la semplificazione degli adempimenti amministrativi ed è assicurata un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale entro tempi predefiniti.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio dell'efficacia delle iniziative orientate a migliorare l'accessibilità, il confort, l'accoglienza e la qualità delle prestazioni;</p> <p>b) vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione del programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, socio-sanitari/assistenziali e sociali, utenti e loro familiari;</p> <p>c) vi è evidenza del coinvolgimento degli utenti/organizzazione dei cittadini per valutare la centralità dell'utente nel processo di cura e la personalizzazione dell'assistenza.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della personalizzazione dell'assistenza; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p> |

SEZIONE 2E

**STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON
PATOLOGIE TERMINALI**

1° Criterio/fattore di qualità - PRESTAZIONI E SERVIZI

“E’ buona prassi che l’organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini”

Per corrispondere a tale criterio ogni struttura residenziale per cure palliative – Hospice – dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

1.1 La tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati

1.2 La presenza di percorsi assistenziali che comprendono:

1.2.1 Presa in carico e gestione dei pazienti

1.2.2 Passaggio in cura (continuità assistenziale)

1.2.3 Monitoraggio e valutazione

1.3 La modalità di gestione della documentazione sanitaria/socio-assistenziale che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne la completezza rispetto agli interventi effettuati; la rintracciabilità; la riservatezza (privacy)

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 1 – 2E | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico-assistenziale sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.1 – 2E | <i>Tipologia di prestazioni e di servizi erogati</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura residenziale per cure palliative - Hospice |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) L'organizzazione ha definito e approvato le linee guida per la redazione, la diffusione e le modalità di distribuzione di una Carta dei Servizi che assicuri la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti, delle famiglie e dei cittadini nonché la presenza di materiale informativo (multilingua) a disposizione dell'utenza. |
| Fase 2: Implementazione | a) E' presente e viene diffusa la Carta dei Servizi e il materiale informativo a disposizione dell'utenza; b) l'organizzazione sviluppa programmi specifici di informazione ai cittadini sulle cure palliative nell'ambito di campagne istituzionali di comunicazione destinate a informare i cittadini sulle modalità e sui criteri di accesso alle prestazioni e ai programmi di assistenza in materia di cure palliative connessi alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative, anche attraverso il coinvolgimento e la collaborazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, delle farmacie pubbliche e private nonché delle organizzazioni private senza scopo di lucro impegnate nella tutela dei diritti in ambito sanitario ovvero operanti sul territorio nella lotta contro il dolore e nell'assistenza nel settore delle cure palliative. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza della periodica rivalutazione da parte dell'organizzazione della struttura e della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi, della qualità del materiale informativo a disposizione dell'utenza e delle modalità di diffusione e distribuzione con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei pazienti, dei familiari e del volontariato, dell'efficacia della campagna di comunicazione. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo a disposizione degli utenti; controlla, altresì, che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati. |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 1 – 2E | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.2.1 – 2E | <i>Presenza in carico e gestione dei pazienti</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura residenziale per cure palliative - Hospice |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ procedure e regolamenti per la gestione trasparente delle liste di attesa e i criteri per gestire i tempi di attesa dei pazienti dichiarati eleggibili; ○ procedure che definiscono la modalità di accesso, accoglienza e registrazione dell'utente; ○ le responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti; ○ protocolli, linee guida e procedure per la gestione delle attività previste dal Piano Assistenziale Individuale, per la gestione delle condizioni cliniche più frequenti e di maggiore gravità e la gestione delle prestazioni più importanti in termini di frequenza, costo e rischio per i pazienti. La gestione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) elaborato per ciascun ospite e per la sua famiglia dall'Unità di Valutazione Multidimensionale sulla base dei bisogni individuali e dei valori del paziente. ○ protocolli specifici per gestire il controllo ed il trattamento del dolore e dei sintomi, la sedazione palliativa e gli aspetti specifici dell'assistenza infermieristica; ○ protocolli, linee guida e procedure per la corretta alimentazione del paziente e per la preparazione, gestione, stoccaggio e somministrazione della nutrizione enterale e parenterale; ○ procedure per la corretta idratazione dei pazienti in accordo con la tolleranza dei fluidi da parte del paziente; ○ linee guida e procedure per la corretta gestione e somministrazione dei medicinali; ○ protocolli per il riconoscimento dei malati che si avvicinano agli ultimi giorni o ore di vita, per la valutazione dei loro bisogni specifici, per una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; ○ protocolli e procedure per la valutazione costante dei bisogni della famiglia e linee guida per la definizione un percorso di supporto alla famiglia durante l'accompagnamento e nella fase di lutto; ○ procedure per la discussione e risoluzione dei dilemmi etici che si dovessero presentare, anche in relazione alle modalità di una eventuale segnalazione ad un Comitato Etico di riferimento; ○ le modalità e gli strumenti per il trasferimento delle informazioni relative alla valutazione e alla presa in carico all'interno del processo di assistenza. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza della tracciabilità nella documentazione sanitaria dell'applicazione dei criteri, dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale multidimensionale e la presa in carico multidisciplinare;</p> <p>b) vi è evidenza dell'attuazione del Piano Assistenziale Individuale per ciascun paziente e dell'utilizzo di procedure sul trattamento dei sintomi tratte da linee guida basate sull'evidenza. In aggiunta alle attività assistenziali previste dal PAI e in accordo con le valutazioni effettuate la gestione del paziente può prevedere, inoltre, l'attivazione di terapie fisiche ed occupazionali e/o terapie complementari o alternative. La gestione del</p> |

| | |
|------------------------------------|--|
| | <p>Piano Assistenziale Individuale (PAI) definito per ciascun paziente dall'Unità di Valutazione Multidimensionale consiste in:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. attività clinica di tipo valutativo cliniche, ambientali e strumentali; ii. attuazione del percorso di cura definito dal PAI attraverso la stesura del piano assistenziale; iii. valutazione e gestione del dolore; iv. attività educativo/relazionali/ambientali; v. attività clinica di tipo terapeutico; vi. trattamento delle lesioni cutanee e delle alterazioni dei tessuti molli; vii. somministrazione dei medicinali; viii. mantenimento dell'omeostasi; ix. interventi riabilitativi; x. prestazioni relative alle funzioni respiratorie/ xi. prestazioni relative alla funzione alimentare; xii. prestazioni relative alle funzioni escretorie. <p>c) Vi è evidenza della rilevazione costante e documentata del grado di informazione del malato e della famiglia rispetto alla patologia in atto, ai trattamenti e alla prognosi;</p> <p>d) all'interno della documentazione sanitaria, nelle sezioni medica ed infermieristica, sono riportate le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la sedazione palliativa e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito. La presa in carico del paziente con dolore cronico da moderato a severo prevede adeguata informazione circa l'appropriatezza prescrittiva in funzione della patologia clinica dolorosa;</p> <p>e) vi è evidenza della rivalutazione dei bisogni dei pazienti a intervalli appropriati sulla base delle loro condizioni e del loro trattamento. I riscontri sono annotati nella documentazione sanitaria. A seguito della rivalutazione dei bisogni, quando è rilevato un cambiamento delle condizioni del paziente (i riscontri sono registrati all'interno della documentazione sanitaria), viene effettuata una revisione del Piano Assistenziale Individuale con il coinvolgimento del paziente o dei familiari/caregiver;</p> <p>f) vi è evidenza della valutazione costante dei bisogni della famiglia e della implementazione di percorsi di supporto secondo i bisogni rilevati;</p> <p>g) vi è evidenza del trasferimento delle informazioni relative all'attuazione del piano assistenziale attraverso un confronto con l'équipe, il case manager e il care manager (riunioni periodiche, passaggio di informazioni e di consegne);</p> <p>h) i segnali e i sintomi di morte imminente sono riconosciuti e comunicati al paziente e ai familiari in un linguaggio adeguato ed appropriato e vi è evidenza dell'applicazione di linee guida per il controllo dei sintomi più frequenti in queste situazioni.</p> |
| <p>Fase 3: Monitoraggio</p> | <p>a) Vi è evidenza della verifica da parte dell'organizzazione dell'applicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> o dei protocolli per la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale dei pazienti; o del piano assistenziale; o dei protocolli e delle procedure per la valutazione e la gestione del dolore; o dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per la gestione delle condizioni cliniche più frequenti e di maggiore gravità e delle prestazioni più importanti in termini di frequenza, costo e rischio per i pazienti; o le procedure per la gestione e la somministrazione dei medicinali e dei relativi effetti collaterali; |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ i protocolli per il riconoscimento dei malati che si avvicinano agli ultimi giorni o ore di vita, per la valutazione dei loro bisogni specifici, per una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. <p><i>b)</i> Vi è evidenza del monitoraggio da parte dell'organizzazione dei tempi di attesa per i pazienti dichiarati eleggibili;</p> <p><i>c)</i> vi è evidenza del controllo della tracciabilità delle attività di valutazione e delle attività di presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria;</p> <p><i>d)</i> vengono effettuati incontri e briefing per coordinare il personale ed i passaggi di consegna;</p> <p><i>e)</i> vengono effettuate e verbalizzate le riunioni dell'équipe multidisciplinare per discutere gli obiettivi, la prognosi e lo stato di avanzamento del piano di assistenza;</p> <p><i>f)</i> vengono effettuati e verbalizzati incontri per gestire e coordinare l'attività dei volontari;</p> <p><i>g)</i> vi è evidenza della periodica valutazione del rischio nutrizionale e di quelli legati all'idratazione del paziente. I risultati di tali valutazioni sono registrati e monitorati;</p> <p><i>h)</i> vi è evidenza del monitoraggio degli effetti legati alla somministrazione dei farmaci.</p> |
| <p>Fase 4: Miglioramento della qualità</p> | <p><i>a)</i> Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ dei criteri, dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per la presa in carico e gestione dei pazienti; ○ dei processi per la gestione del Piano Assistenziale Individuale, ivi compresa la qualità della tracciabilità delle attività all'interno della documentazione sanitaria; ○ del trasferimento delle informazioni all'interno del processo di cura; ○ delle procedure operative definite. <p>Inoltre vi è evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p> |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 1 – 2E | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.2.2 – 2E | Passaggio in cura (continuità assistenziale) |
| Campo d'applicazione | Struttura residenziale per cure palliative - Hospice |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> o protocolli e linee guida per la pianificazione della continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione dei pazienti); o protocolli, linee guida e procedure per la definizione dei collegamenti funzionali con le strutture di degenza, i servizi di assistenza domiciliare e altre servizi territoriali/strutture sanitarie coinvolte nella assistenza del paziente (forme di assistenza domiciliare, ospedale per acuti, medici curanti); o procedure per l'adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Viene implementata una efficace integrazione tra la struttura di assistenza residenziale e i servizi di assistenza domiciliare;</p> <p>b) sono garantite le competenze in Terapia del Dolore necessarie ad assicurare la continuità della gestione del paziente;</p> <p>c) esiste evidenza che il paziente e i familiari siano informati sul proseguimento dell'assistenza;</p> <p>d) vi è evidenza dell'adozione da parte dell'organizzazione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione;</p> <p>e) sono attuati programmi di prosecuzione delle cure a domicilio e vi è evidenza delle attività di educazione e addestramento di familiari/caregiver;</p> <p>f) vi è evidenza che tutta la documentazione sanitaria del paziente è a disposizione degli operatori sanitari, sociosanitari e sociali in ogni momento;</p> <p>g) vi è evidenza che sia fornita al paziente/familiari specifica relazione clinica finale per il medico curante.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <ul style="list-style-type: none"> o Vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione dei processi, dei protocolli e delle linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti e il coordinamento delle cure (appropriatezza dei trasferimenti e della dimissione dei pazienti); o vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo da parte della Direzione delle modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna e i trasferimenti delle cure presso altre tipologie di strutture. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi relativi a continuità assistenziale e dimissioni. Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p> |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 1 – 2E | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.2.3 – 2E | Monitoraggio e valutazione |
| Campo d'applicazione | Struttura residenziale per cure palliative - Hospice |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito degli obiettivi per la qualità del percorso assistenziale;</p> <p>b) l'organizzazione ha selezionato gli indicatori chiave per la valutazione della performance assistenziale tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore.</p> |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione del grado di conformità delle attività ai protocolli e alle linee guida <i>Evidence Based Medicine</i> e <i>Evidence Based Nursing</i> secondo quanto previsto dalle procedure (ad es. monitoraggio dei tempi di attesa, delle modalità e dei contenuti della presa in carico, della valutazione iniziale e del piano di trattamento, della continuità assistenziale e dimissione, in accordo con gli obiettivi stabiliti);</p> <p>b) vi è evidenza dell'utilizzo di strumenti validati di misurazione della qualità di vita nei pazienti assistiti (peso dei sintomi sulla vita quotidiana);</p> <p>c) vi è evidenza dei risultati del monitoraggio degli indicatori chiave per la valutazione della performance clinico-assistenziale tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore;</p> <p>d) vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione della qualità e dell'efficacia del piano di assistenza (effetti dell'attività clinica sui sintomi);</p> <p>e) vi è evidenza dello svolgimento di indagini sulla qualità percepita e l'esperienza di cura dai pazienti e dai familiari e/o di valutazioni della qualità del piano di assistenza da parte delle organizzazioni di cittadini;</p> <p>f) è presente evidenza dei risultati di un'analisi retrospettiva su eventi avversi, incidenti, <i>near miss</i> manifestati durante l'episodio di cura.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza dell'aggiornamento in termini di efficacia ed affidabilità dei sistemi di misura della performance clinica, clinico-assistenziale, della qualità dell'assistenza. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità:</p> <ul style="list-style-type: none"> o dei sistemi di monitoraggio e valutazione della qualità e dell'efficacia del piano di assistenza e del percorso di assistenza; o dell'esperienza di cura da parte dei pazienti e dei familiari. <p>Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p> |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 1 – 2E | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.3 – 2E | <i>La modalità di gestione della documentazione sanitaria e socio assistenziale</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura residenziale per cure palliative - Hospice |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha formalizzato e diffuso un documento che definisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo; ○ gli aspetti legati al tema della <i>privacy</i> e della riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia; ○ i tempi di accesso alla documentazione sanitaria; ○ le modalità per le attività di valutazione della qualità della documentazione socio-assistenziale e l'implementazione di azioni correttive se necessario. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Per ciascun ospite è compilata una cartella clinica integrata, periodicamente aggiornata che prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la tracciabilità degli elementi che caratterizzano la presa in carico del paziente, il processo assistenziale e la continuità assistenziale; ○ gli strumenti di valutazione standardizzati utilizzati; ○ i risultati delle valutazioni compresi gli eventi avversi; ○ prestazioni erogate e trattamenti farmacologici; ○ elementi di valutazione sociale; ○ tutti gli elementi previsti per assolvere al debito informativo regionale; ○ eventuali elementi di rischio per il paziente. <p>b) La comunicazione e l'invio della documentazione sanitaria ai professionisti di strutture esterne è garantita in tempo utile.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione da parte dell'organizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ della qualità della documentazione sanitaria/socio-assistenziale; ○ della tracciabilità delle attività di valutazione e delle attività di presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria; ○ del soddisfacimento delle regole che caratterizzano la gestione della documentazione; ○ del rispetto dei tempi definiti per l'accesso alla documentazione sanitaria. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ della qualità della documentazione sanitaria; ○ della politica relativa alla <i>privacy</i> e alla riservatezza delle informazioni contenute nella documentazione sanitaria; ○ della sicurezza nell'accesso e tenuta dei dati contenuti nella documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità; ○ dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale. <p>Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p> |

2° Criterio/fattore di qualità - Appropriatelyzza clinica e sicurezza

“L’efficacia, l’appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”

Per corrispondere a tale criterio ogni struttura residenziale per cure palliative – Hospice – dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

- 2.1 Approccio alla pratica clinica secondo evidenze*
- 2.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi*
- 2.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi*
- 2.4 Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze.*

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 2 – 2E | <i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.1 – 2E | <i>Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura residenziale per cure palliative - Hospice |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso protocolli, linee guida, procedure per la gestione del Piano di Assistenza Individualizzato formulato secondo i principi della <i>Evidence Based Medicine</i> e della <i>Evidence Based Nursing</i> sia per pazienti con patologie oncologiche che non oncologiche (es. cardio-circolatorie, respiratorie, neurologiche, metaboliche, nefrologiche, ecc.). |
| Fase 2: Implementazione | a) Vi è evidenza della messa in atto di protocolli, linee guida e/o procedure per la corretta gestione del paziente in linea con i principi della <i>Evidence Based Medicine</i> e della <i>Evidence Based Nursing</i> ; b) vi è evidenza dell'accessibilità al personale dei regolamenti interni di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza; c) vi è evidenza dell'implementazione di tutte le buone pratiche regionali e delle raccomandazioni ministeriali di pertinenza; d) vi è evidenza del coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida, procedure, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad essi correlati. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione: <ul style="list-style-type: none"> o dell'appropriatezza delle prestazioni da parte dei professionisti sanitari e della Direzione; o dell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o del percorso assistenziale individuale; o dell'applicazione delle buone pratiche e delle raccomandazioni ministeriali. b) Vi è evidenza dello svolgimento di audit multidisciplinari e/o multiprofessionali e sistematici per confrontare la pratica corrente con le linee guida basate sulle evidenze, i protocolli e i percorsi di cura/ assistenza definiti dall'organizzazione. I risultati dell'audit vengono comunicati al personale; c) vi è evidenza della rivalutazione e dell'aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento dell'approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche e dell'appropriatezza delle prestazioni, controllando l'efficacia delle azioni di miglioramento intraprese (vedi requisito 5.1 – Sezione 1). |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 2 – 2E | <i>L'efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.2 – 2E | <i>L'organizzazione assicura la promozione della sicurezza e la gestione dei rischi</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura residenziale per cure palliative - Hospice |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) E' presente ed è stato formalizzato un piano annuale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che preveda la definizione delle politiche per la sicurezza del paziente, le modalità per l'identificazione e la valutazione dei rischi, una lista dei processi, delle aree e dei rischi maggiori identificati, le modalità di comunicazione con gli stakeholder e la gestione dei relativi contenziosi. Il piano comprende la prevenzione ed il controllo almeno di:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. infezioni correlate all'assistenza; ii. sindrome da immobilizzazione; iii. cadute dei pazienti; iv. somministrazione dei farmaci; v. corretta alimentazione e idratazione. <p>Tale piano deve contemplare ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione e deve essere approvato dalla Direzione. Il piano prevede la definizione di obiettivi specifici e misurabili;</p> <p>b) l'organizzazione ha definito formalizzato e diffuso protocolli, linee guida e procedure per la programmazione di attività di valutazione del rischio derivante dagli esiti inattesi dei trattamenti;</p> <p>c) vi è evidenza di un Piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi.</p> |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) L'organizzazione ha individuato le aree e i processi a rischio. In particolare sono individuati e gestiti i processi relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> o la corretta identificazione del paziente; o l'esecuzione delle principali manovre strumentali previste; o la corretta gestione dei dispositivi medici durante le attività; o la gestione di situazioni d'emergenza clinica e il trasferimento del paziente in idonea struttura; o la gestione dell'uso del sangue ed emoderivati; o la somministrazione della sedazione palliativa da parte di personale qualificato; o la corretta raccolta, gestione e trasporto sicuro dei campioni di laboratorio. <p>b) Vi è evidenza della messa in atto:</p> <ul style="list-style-type: none"> o del piano annuale aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente e del controllo e monitoraggio dei seguenti rischi: <ol style="list-style-type: none"> I. infezioni correlate all'assistenza; II. sindrome da immobilizzazione; III. cadute dei pazienti; IV. somministrazione dei farmaci; V. corretta alimentazione e idratazione. o del piano di formazione e aggiornamento aziendale sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi; <p>c) Vi è evidenza della completezza e della tracciabilità nella documentazione sanitaria dell'applicazione delle procedure per la corretta somministrazione dei medicinali e degli emoderivati;</p> <p>d) la somministrazione della sedazione palliativa è pianificata, documentata e registrata per ogni paziente ed è gestita da personale qualificato;</p> <p>e) sono attivati programmi di supporto psicologico e di prevenzione e</p> |

| | |
|--|---|
| | trattamento del burn-out per gli operatori. |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'efficacia, almeno annuale, del piano aziendale per la gestione del rischio, delle attività realizzate, degli obiettivi per la sicurezza e dei risultati raggiunti;</p> <p>b) vi è evidenza del monitoraggio e della rivalutazione (ogni 2 anni) delle aree a rischio dell'organizzazione incluse quelle individuate dall'OMS, dei processi e delle procedure ad alto rischio; l'organizzazione produce e diffonde almeno un report annuale sui risultati raggiunti in materia di rischio.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate e sulla base delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità ed individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi; controlla, altresì, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p> |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 2 – 2E | <i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.3 – 2E | <i>Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura residenziale per cure palliative - Hospice |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> o un sistema per l'identificazione, la segnalazione e l'analisi di: <i>near miss</i>, eventi avversi ed eventi sentinella; o modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari degli eventi avversi, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza della partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;</p> <p>b) è presente evidenza dei risultati di un'analisi retrospettiva su eventi avversi, incidenti, <i>near miss</i> manifestati durante l'episodio di trattamento, cura/assistenza e riabilitazione;</p> <p>c) vi è evidenza dell'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti degli eventi segnalati attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (Safetywalkround) che prevedano il coinvolgimento multidisciplinare degli operatori e la predisposizione, in seguito all'indagine condotta, di piani di azione e relativi indicatori di monitoraggio;</p> <p>d) vi è evidenza dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza;</p> <p>e) il personale implementa le azioni previste e codificate dalle procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari degli eventi avversi e per offrire l'opportuno supporto/ sostegno ai pazienti/familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi;</p> <p>f) i pazienti/familiari/<i>caregiver</i> possono segnalare incidenti o situazioni rischiose di cui sono stati testimoni.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio (relazione tra il numero di eventi e le dimensioni della struttura) e della valutazione dell'applicazione delle procedure di segnalazione e gestione dei <i>near miss</i>, eventi avversi ed eventi sentinella;</p> <p>b) vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione degli strumenti utilizzati per la prevenzione del rischio e degli eventi avversi;</p> <p>c) l'organizzazione divulga agli operatori almeno una volta l'anno i risultati delle analisi sulle segnalazioni rilevate;</p> <p>d) vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) I dati del monitoraggio sono utilizzati per studiare le aree target per la gestione del rischio e vi è evidenza dell'implementazione di cambiamenti nella struttura e nei processi a seguito di eventi avversi;</p> <p>b) vi è evidenza della valutazione dell'efficacia delle azioni correttive e preventive implementate.</p> |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 2 – 2E | <i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.4 – 2E | <i>Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura residenziale per cure palliative - Hospice |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico. |
| Fase 2: Implementazione | a) Vi è evidenza dell'identificazione e dell'applicazione di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività; b) vi è evidenza della produzione e diffusione di buone pratiche; c) vi è evidenza dell'implementazione del programma per lo sviluppo di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi; d) vi è evidenza della messa in atto di politiche e procedure per il coinvolgimento e la partecipazione dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione periodica da parte della Direzione dell'implementazione delle buone pratiche e delle soluzioni innovative adottate per la sicurezza in ambiti specifici di attività; b) l'organizzazione effettua il monitoraggio dell'applicazione delle procedure per il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver e valuta il grado di partecipazione dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni correttive e preventive; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1). |

3° Criterio/fattore di qualità – UMANIZZAZIONE

“L’impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è, un impegno comune a tutte le strutture”

Per corrispondere a tale criterio ogni struttura residenziale per cure palliative – Hospice – dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

8.1 Programmi per l’umanizzazione e la personalizzazione dell’assistenza

| | |
|---|--|
| Fattore/ criterio 3 – 2E | <i>L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, è un impegno comune a tutte le strutture</i> |
| Requisito 3.1 – 2E | <i>Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza</i> |
| Campo d'applicazione | Struttura residenziale per cure palliative - Hospice |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) La Direzione ha definito e formalizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ un piano per lo sviluppo di attività (assistenziali-organizzative) orientate a migliorare l'accessibilità e l'accoglienza degli utenti, nel rispetto della dignità e dei valori dei pazienti; ○ un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari; ○ specifici requisiti riguardanti il confort delle aree di degenza, nel rispetto del benessere e della dignità dei pazienti, delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per accompagnatori e visitatori; ○ specifici requisiti per il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni; ○ modalità per informare i pazienti del loro diritto a rifiutare i trattamenti; ○ regolamento per la gestione della salma nel rispetto delle differenze e specificità culturali e religiose; ○ protocolli linee guida e procedure per la pianificazione e la gestione del percorso di accompagnamento alla morte con il coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza dell'implementazione da parte dell'organizzazione e del personale di attività (assistenziali-organizzative) e di specifici requisiti orientati a migliorare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ l'accessibilità e l'accoglienza degli utenti tenendo conto delle differenti esigenze degli utenti relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche, nel rispetto della dignità dei pazienti; ○ il confort delle aree di degenza, nel rispetto del benessere e della dignità dei pazienti, delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per accompagnatori e visitatori; ○ la qualità delle prestazioni tenendo conto delle differenti esigenze degli utenti relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche, nel rispetto della dignità del paziente, in particolare vi è evidenza: <ul style="list-style-type: none"> • della possibilità di usufruire dell'assistenza di un interprete (disponibilità nella struttura o a chiamata); • di attività organizzate per rispondere ai bisogni dei pazienti e familiari; • è presente un servizio di assistenza spirituale; • della presenza di una modalità per garantire l'assistenza religiosa in relazione alle esigenze di culto del paziente; • della possibilità di usufruire dell'assistenza di un mediatore culturale (disponibile nella struttura o a chiamata); • della possibilità per i pazienti di scegliere menu speciali o di personalizzare il menù sulla base delle proprie convinzioni etniche e religiose; |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • della presenza di uno o più progetti/attività per favorire le esigenze ludiche del bambino e promuoverne le emozioni positive. <p>b) La Direzione ha implementato un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari/socio-sanitari e sociali, pazienti e loro familiari e per agevolare il supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti che preveda almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la formazione degli operatori socio sanitari/assistenziali e sociali alle abilità procedurali alle attività di <i>counselling</i> (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di cattive notizie); ○ partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione; ○ l'adozione di modalità di lavoro secondo la logica dell'équipe multidisciplinare; ○ processi per l'identificazione e la denuncia di presunte vittime di abusi o abbandoni; ○ prestazioni legate all'assistenza sociale erogate anche con il contributo del volontariato; ○ la presenza di supporto psicologico al paziente affetto da malattia in fase progressiva ed irreversibile; ai suoi familiari, in particolare nella fase del lutto; il servizio può essere realizzato dalla struttura o in partnership con associazioni, cooperative ecc. nell'ambito di specifici accordi scritti; ○ l'ampliamento degli orari di visita e di assistenza per i familiari. <p>c) Vi è evidenza dell'implementazione di interventi per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali, per la semplificazione degli adempimenti amministrativi ed è assicurata un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento alle modalità di accesso ed attivazione delle cure palliative domiciliari, all'accesso alla documentazione sanitaria/ entro tempi predefiniti e l'informazione al paziente e ai suoi familiari;</p> <p>d) vi è evidenza dell'utilizzo di strumenti validati di misurazione della qualità di vita nei malati assistiti;</p> <p>e) vi è evidenza dell'adozione da parte dell'organizzazione di processi per la gestione del percorso di accompagnamento alla morte a supporto del paziente e dei suoi familiari.</p> |
| <p>Fase 3: Monitoraggio</p> | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio dell'efficacia delle iniziative orientate a migliorare l'accessibilità, il confort, l'accoglienza e la qualità delle prestazioni;</p> <p>b) vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione del programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, socio-sanitari/assistenziali e sociali, pazienti e loro familiari;</p> <p>c) vi è evidenza del coinvolgimento di pazienti/organizzazione dei cittadini per valutare la centralità del paziente nel processo di cura e la personalizzazione dell'assistenza;</p> <p>d) vi è evidenza che la qualità delle cure al termine della vita, durante l'accompagnamento, è valutata da familiari;</p> <p>e) vi è evidenza del monitoraggio della qualità percepita dai familiari durante la fase di lutto.</p> |
| <p>Fase 4: Miglioramento della qualità</p> | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità ed individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della personalizzazione dell'assistenza; controlla, altresì, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p> |

SEZIONE 2F

**STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI PER PERSONE CON NECESSITA' DI ASSISTENZA
DOMICILIARE**

1° Criterio/fattore di qualità - PRESTAZIONI E SERVIZI

“E’ buona prassi che l’organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini”

Per corrispondere a tale criterio, ogni struttura che eroga prestazioni di assistenza domiciliare dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenzino:

1.1 La tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati

1.2 La presenza di percorsi assistenziali che comprendono:

1.2.1 Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti

1.2.2 Passaggio in cura (continuità assistenziale)

1.2.3 Monitoraggio e valutazione

1.3 La modalità di gestione della documentazione sanitaria/socio-assistenziale che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne la completezza rispetto agli interventi effettuati; la rintracciabilità; la riservatezza (privacy)

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 1 – 2F | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico-assistenziale sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.1 – 2F | <i>Tipologia di prestazioni e di servizi erogati</i> |
| Campo d'applicazione | Servizi di assistenza territoriale domiciliare |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) L'organizzazione ha definito e approvato le linee guida per la redazione, la diffusione e le modalità di distribuzione di una Carta dei Servizi che assicuri la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini nonché la presenza di materiale informativo (multilingua) a disposizione dell'utenza. |
| Fase 2: Implementazione | a) E' presente e viene diffusa la Carta dei Servizi e il materiale informativo a disposizione dell'utenza. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza della periodica rivalutazione da parte dell'organizzazione della struttura della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi, della qualità del materiale informativo a disposizione dell'utenza e delle modalità di diffusione e distribuzione con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei pazienti e del volontariato. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo a disposizione degli utenti; controlla, altresì, che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati. |

| | |
|---|--|
| Fattore/ criterio 1 – 2F | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.2.1 – 2F | <i>Presa in carico e gestione dei pazienti</i> |
| Campo d'applicazione | Servizi di assistenza territoriale domiciliare |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> o le procedure e regolamenti per la gestione trasparente delle liste di attesa; o le responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti; o protocolli, linee guida e procedure per la gestione delle attività previste dal Piano Assistenziale Individuale, per la gestione delle condizioni cliniche più frequenti e di maggiore gravità e la gestione delle prestazioni più importanti in termini di frequenza, costo e rischio per i pazienti. La gestione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) definito per ciascun paziente dall'Unità di Valutazione Multidimensionale consiste in: <ul style="list-style-type: none"> i. attività clinica di tipo valutativo diagnostico; ii. attuazione del percorso di cura definito dal PAI attraverso la stesura del piano assistenziale; iii. valutazione e gestione del dolore; iv. attività educativo/relazionali/ambientali; v. attività clinica di tipo terapeutico; vi. trattamento delle lesioni cutanee e delle alterazioni dei tessuti molli; vii. somministrazione dei medicinali; viii. mantenimento dell'omeostasi; ix. interventi riabilitativi; x. prestazioni relative alle funzioni respiratorie/ xi. prestazioni relative alla funzione alimentare; xii. prestazioni relative alle funzioni escretorie. o protocolli per la consegna dei farmaci a domicilio; o un documento in cui sono identificati le modalità e gli strumenti per l'attuazione di una politica per la promozione della salute ed educazione del caregiver. Tale politica coinvolge i pazienti, i loro familiari/caregiver e il personale; o protocolli per il riconoscimento dei malati che si avvicinano agli ultimi giorni o ore di vita, per la valutazione dei loro bisogni specifici, per una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; o procedure per la gestione del trasferimento delle informazioni relative all'attuazione del piano assistenziale attraverso un confronto con l'équipe, il case manager e il care manager (riunioni periodiche, passaggio di informazioni e di consegne). |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza della tracciabilità nella documentazione sanitaria/socio assistenziale dell'applicazione dei criteri, dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per la presa in carico multidisciplinare e multi professionale e la gestione del paziente;</p> <p>b) vi è evidenza dell'attuazione del Piano Assistenziale Individuale per ciascun paziente, compresi i programmi educativi e riabilitativi finalizzati al mantenimento e al miglioramento delle abilità, in relazione agli specifici bisogni;</p> <p>c) esiste evidenza che il piano individualizzato di assistenza contempli la promozione dell'autonomia e della socializzazione;</p> |

| | |
|------------------------------------|--|
| | <p><i>d)</i> è effettuata una valutazione periodica del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati e della applicazione delle linee guida e delle procedure per un'appropriata terapia del dolore. All'interno della cartella clinica/foglio socio-assistenziale, nelle sezioni medica ed infermieristica, sono riportate le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione, nonché la tecnica antalgica, i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito;</p> <p><i>e)</i> vi è evidenza della rivalutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti a intervalli appropriati sulla base delle loro condizioni e del loro trattamento. I riscontri sono annotati nella cartella clinica/documentazione sanitaria/socio-assistenziale;</p> <p><i>f)</i> sono implementate forme di lavoro multidisciplinare finalizzate al recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;</p> <p><i>g)</i> le attività di valutazione, di presa in carico multidisciplinare dei pazienti e le prestazioni erogate sono documentate e verificabili all'interno della documentazione sanitaria;</p> <p><i>h)</i> vi è evidenza del trasferimento delle informazioni relative all'attuazione del piano assistenziale attraverso un confronto con l'équipe, il case manager e il care manager (riunioni periodiche, passaggio di informazioni e di consegne);</p> <p><i>i)</i> vengono attuate attività di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari nel percorso di cura e attività di promozione della salute in relazione alle patologie trattate ed educazione sanitaria;</p> <p><i>j)</i> esiste evidenza di programmi di supporto psicosociale a favore dei pazienti e dei loro familiari;</p> <p><i>k)</i> esiste evidenza che i turni del personale siano organizzati in modo tale da assicurare che siano gli stessi operatori a prendersi cura dei medesimi pazienti.</p> |
| <p>Fase 3: Monitoraggio</p> | <p><i>a)</i> Vi è evidenza della verifica da parte dell'organizzazione, dell'applicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ dei protocolli per la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale dei pazienti; ○ del piano assistenziale; ○ dei protocolli e delle procedure per la valutazione e la gestione del dolore; ○ dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per la gestione delle condizioni cliniche più frequenti e di maggiore gravità e delle prestazioni più importanti in termini di frequenza, costo e rischio per i pazienti; ○ le procedure per la gestione e la somministrazione dei medicinali e dei relativi effetti collaterali; ○ i protocolli per il riconoscimento dei malati che si avvicinano agli ultimi giorni o ore di vita, per la valutazione dei loro bisogni specifici, per una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. <p><i>b)</i> Vi è evidenza del monitoraggio da parte dell'organizzazione dei tempi di attesa di presa in carico e di erogazione delle prestazioni, soprattutto nei casi di post acuzie e di terminalità;</p> <p><i>c)</i> vi è evidenza del controllo della tracciabilità delle attività di presa in carico dei pazienti, oltre alla registrazione delle prestazioni erogate all'interno della documentazione sanitaria;</p> <p><i>d)</i> vi è evidenza della rivalutazione dei bisogni e delle condizioni dei pazienti a intervalli basati sulle necessità del paziente, al fine di aggiornare il piano di assistenza individuale e determinare il risultato e la pianificazione del proseguimento della cura;</p> <p><i>e)</i> vi è evidenza della rivalutazione e della revisione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) con il coinvolgimento del paziente o del familiare/caregiver quando è rilevato un cambiamento delle condizioni o</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>della diagnosi del paziente (i riscontri sono registrati all'interno della documentazione sanitaria);</p> <p>f) vengono effettuati incontri e briefing per coordinare il personale ed i passaggi di consegna;</p> <p>g) vengono effettuate e verbalizzate le riunioni dell'équipe multidisciplinare per discutere gli obiettivi, la prognosi e lo stato di avanzamento del piano di assistenza.</p> |
| <p>Fase 4: Miglioramento della qualità</p> | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ dei criteri, dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per la presa in carico e gestione dei pazienti; ○ dei processi per la gestione del Piano Assistenziale Individuale, ivi compresa la qualità della tracciabilità delle attività all'interno della documentazione sanitaria; ○ del trasferimento delle informazioni all'interno del processo di cura; ○ delle procedure operative definite; ○ della politica per la promozione della salute. <p>Inoltre vi è evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p> |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 1 – 2F | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.2.2 – 2F | Continuità assistenziale |
| Campo d'applicazione | Servizi di assistenza territoriale domiciliare |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ protocolli e linee guida per la pianificazione della continuità assistenziale dei pazienti; ○ protocolli, linee guida e procedure operative per il collegamento con le funzioni assistenziali e i professionisti coinvolti nella gestione e nel percorso assistenziale del paziente (medici di medicina generale, assistenza specialistica, strutture di ricovero ospedaliero, RSA, hospice); ○ programmi per l'organizzazione della dimissione di concerto con il Medico di Medicina Generale e con il distretto che prevedano: <ul style="list-style-type: none"> i. la definizione della tipologia delle cure necessarie; ii. modalità di corretta risoluzione delle problematiche burocratiche, prescrittive e certificatorie. ○ programmi che prevedano l'educazione e l'addestramento del paziente e dei familiari su tematiche che riguardano: procedure di emergenza, l'uso sicuro dei medicinali e dei presidi medici, le potenziali interazioni tra cibo e medicinali, la guida alla nutrizione del paziente, la terapia del dolore e le tecniche di riabilitazione. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Esiste evidenza che il paziente e i familiari siano informati sul proseguimento delle cure;</p> <p>b) vi è evidenza dell'adozione da parte dell'organizzazione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione;</p> <p>c) vi è evidenza che tutta la documentazione sanitaria del paziente è a disposizione degli operatori sanitari, sociosanitari e sociali in ogni momento;</p> <p>d) vi è evidenza che sia fornita al paziente specifica relazione clinica finale per il medico curante.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione delle linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti e il coordinamento delle cure (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione dei pazienti);</p> <p>b) vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo da parte della Direzione delle modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna e i trasferimenti delle cure.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi relativi a continuità assistenziale, collegamenti funzionali con le strutture a garanzia del coordinamento delle cure e dimissioni. Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p> |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 1 – 2F | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.2.3 – 2F | Monitoraggio e valutazione |
| Campo d'applicazione | Servizi di assistenza territoriale domiciliare |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha definito gli obiettivi per la qualità del percorso assistenziale del paziente;</p> <p>b) l'organizzazione ha selezionato gli indicatori chiave per la valutazione della performance clinico-assistenziale/riabilitativa tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore.</p> |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione del grado di conformità delle attività ai protocolli e alle linee guida <i>Evidence Based Medicine</i> e <i>Evidence Based Nursing</i> secondo quanto previsto dalle procedure (ad es. monitoraggio dei tempi, delle modalità e dei contenuti della presa in carico, della valutazione iniziale e del piano di trattamento, della continuità assistenziale e dimissione, in accordo con gli obiettivi stabiliti);</p> <p>b) vi è evidenza dei risultati del monitoraggio degli indicatori chiave per la valutazione della performance clinico-assistenziale/riabilitativa tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore;</p> <p>c) vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione della qualità e dell'efficacia del Piano di Assistenza Individualizzato, dalla presa in carico alla dimissione;</p> <p>d) vi è evidenza delle attività di audit su i percorsi di cura (dalla presa in carico alla dimissione) e della diffusione dei risultati a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso;</p> <p>e) vi è evidenza dello svolgimento di indagini sulla soddisfazione degli ospiti e dei familiari riguardo il percorso assistenziale;</p> <p>f) vi è evidenza dell'utilizzo di strumenti validati di misurazione della qualità di vita e dell'esperienza dei pazienti assistiti e dei familiari;</p> <p>g) è presente evidenza dei risultati di un'analisi retrospettiva su eventi avversi, incidenti, <i>near miss</i> manifestati durante l'episodio di cura.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza dell'aggiornamento in termini di efficacia ed affidabilità dei sistemi di misura degli esiti, della performance clinica, della qualità dei percorsi di cura. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità:</p> <ul style="list-style-type: none"> o dei sistemi di monitoraggio e valutazione della qualità del percorso assistenziale; o dell'esperienza di cura da parte dei pazienti e dei familiari. <p>Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p> |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 1 – 2F | <i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i> |
| Requisito 1.3 – 2F | <i>La modalità di gestione della documentazione sanitaria e socio assistenziale</i> |
| Campo d'applicazione | Servizi di assistenza territoriale domiciliare |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) L'organizzazione ha formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le relative modalità di controllo e reperibilità; ○ uno specifico campo nella Cartella Clinica Integrata dedicato alla riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (<i>transition</i>) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di <i>setting</i> assistenziali; ○ gli aspetti legati al tema della <i>privacy</i> e della riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia; ○ i tempi di accesso alla documentazione sanitaria e socio-assistenziale; ○ le modalità per le attività di valutazione della qualità della documentazione sanitaria e l'implementazione di azioni correttive se necessario. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Per ciascun paziente è compilata una cartella clinica integrata, periodicamente aggiornata che prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la tracciabilità degli elementi che caratterizzano la presa in carico del paziente, il processo assistenziale e la continuità assistenziale; ○ gli strumenti di valutazione standardizzati utilizzati; ○ i risultati delle valutazioni compresi gli eventi avversi; ○ accessi effettuati per operatore; ○ prestazioni erogate e trattamenti farmacologici; ○ registrazione di eventuali assenze dell'utente; ○ elementi di valutazione sociale; ○ tutti gli elementi previsti per assolvere al debito informativo regionale; ○ eventuali elementi di rischio per il paziente. <p>b) La comunicazione e l'invio della documentazione sanitaria ai professionisti all'interno della struttura e ai colleghi di strutture esterne è garantita in tempo utile.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione da parte dell'organizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ della qualità della documentazione sanitaria; ○ della tracciabilità delle attività di valutazione e delle attività di presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria; ○ del soddisfacimento delle regole che caratterizzano la gestione della documentazione; ○ del rispetto dei tempi definiti per l'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>azioni per il miglioramento:</p> <ul style="list-style-type: none">○ della qualità della documentazione sanitaria;○ della politica relativa alla privacy e alla riservatezza delle informazioni contenute nella documentazione socio-assistenziale;○ della sicurezza nell'accesso e tenuta dei dati contenuti nella documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità;○ dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale. <p>Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p> |
|--|---|

2° Criterio/fattore di qualità - Appropriatelyzza clinica e sicurezza

“L’efficacia, l’appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”

Per corrispondere a tale criterio, ogni struttura che eroga prestazioni di assistenza domiciliare dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenzino:

- 2.1 Approccio alla pratica clinica secondo evidenze*
- 2.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi*
- 2.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi*
- 2.4 Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze*

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 2 – 2F | <i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.1 – 2F | <i>Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche</i> |
| Campo d'applicazione | Servizi di assistenza territoriale domiciliare |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso protocolli, linee guida, procedure per la gestione del Piano di Assistenza Individualizzato formulate secondo i principi della <i>Evidence Based Medicine</i> e della <i>Evidence Based Nursing</i> e predisposti in maniera integrata tra le strutture organizzative. |
| Fase 2: Implementazione | a) Vi è evidenza della messa in atto di protocolli, linee guida e/o procedure per la corretta gestione del paziente in linea con i principi della <i>Evidence Based Medicine</i> e della <i>Evidence Based Nursing</i> ; b) vi è evidenza dell'accessibilità al personale dei regolamenti interni di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza; c) vi è evidenza dell'implementazione di tutte le buone pratiche regionali e delle raccomandazioni ministeriali di pertinenza; d) vi è evidenza del coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida, procedure attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad essi correlati. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione: <ul style="list-style-type: none"> o dell'appropriatezza delle prestazioni da parte dei professionisti sanitari, degli operatori socio sanitari e sociali e della Direzione; o dell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o del percorso assistenziale individuale; o dell'applicazione delle buone pratiche e delle raccomandazioni ministeriali. b) Vi è evidenza dello svolgimento di audit multidisciplinari e/o multiprofessionali e sistematici per confrontare la pratica corrente con le linee guida basate sulle evidenze, i protocolli e i percorsi di cura/ assistenza definiti dall'organizzazione. I risultati dell'audit vengono comunicati al personale; c) vi è evidenza della rivalutazione e dell'aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento dell'approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche e dell'appropriatezza delle prestazioni, controllando l'efficacia delle azioni di miglioramento intraprese (vedi requisito 5.1 – Sezione 1). |

| | |
|--|---|
| Fattore/ criterio 2 – 2F | <i>L'efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.2 – 2F | <i>L'organizzazione assicura la promozione della sicurezza e la gestione dei rischi</i> |
| Campo d'applicazione | Servizi di assistenza territoriale domiciliare |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) E' presente ed è stato formalizzato un piano annuale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente che preveda la definizione delle politiche per la sicurezza del paziente, le modalità per l'identificazione e la valutazione dei rischi, una lista dei processi, delle aree e dei rischi maggiori identificati, le modalità di comunicazione con gli stakeholder e la gestione dei relativi contenziosi. Il piano comprende la prevenzione ed il controllo almeno di:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. lesioni da pressione; ii. infezioni correlate all'assistenza; iii. sindrome da immobilizzazione; iv. cadute dei pazienti; v. somministrazione dei farmaci; vi. utilizzo di cateteri; vii. corretta alimentazione e idratazione. <p>Tale piano deve contemplare ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione e deve essere approvato dalla Direzione. Il piano prevede la definizione di obiettivi specifici e misurabili;</p> <p>b) l'organizzazione ha definito formalizzato e diffuso protocolli, linee guida e procedure per la programmazione di attività di valutazione del rischio derivante dagli esiti inattesi dei trattamenti;</p> <p>c) sono definiti formalizzati e diffusi protocolli relativi alla prevenzione dei rischi per il paziente legati a fattori ambientali;</p> <p>d) vi è evidenza di un Piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi;</p> <p>e) l'organizzazione ha definito formalizzato e diffuso protocolli, linee guida, procedure per la prima gestione in loco delle complicanze e delle emergenze. Sono presenti protocolli relativi al collegamento tempestivo, in caso di necessità, con la sede operative o con il responsabile del servizio;</p> <p>f) sono state definite formalizzate e diffuse linee guida e procedure scritte per la prevenzione dei rischi professionali collegati all'assistenza a domicilio.</p> |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) L'organizzazione ha individuato le aree e i processi a rischio. In particolare sono individuati e gestiti, attraverso l'applicazione di procedure, i processi relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> o l'esecuzione delle principali manovre strumentali previste e la corretta gestione dei dispositivi medici durante le attività (posizionamento di sonde nasogastriche, posizionamento di cateteri vescicali, gestione dei dispositivi per la nutrizione artificiale); o la gestione e cura dei pazienti ad alto rischio; o la gestione di situazioni d'emergenza clinica; o la gestione dei processi relativi alle procedure invasive; o la gestione dell'uso del sangue ed emoderivati; o la somministrazione dell'anestesia e della sedazione da parte di personale qualificato; o la somministrazione dei farmaci e della profilassi antibiotica; o la corretta raccolta, gestione e trasporto sicuro dei campioni di laboratorio. <p>b) Vi è evidenza della messa in atto:</p> <ul style="list-style-type: none"> o del piano annuale aziendale per la gestione del rischio, orientato |

| | |
|--|--|
| | <p>alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente e del controllo e monitoraggio dei seguenti rischi:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. lesioni da pressione; ii. infezioni correlate all'assistenza; iii. sindrome da immobilizzazione; iv. cadute dei pazienti; v. somministrazione dei farmaci; vi. utilizzo di cateteri; vii. corretta alimentazione e idratazione. <ul style="list-style-type: none"> o dei protocolli per la prevenzione dei rischi per il paziente legati a fattori ambientali; o del piano di formazione e aggiornamento aziendale sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi. <p>c) Vi è evidenza della completezza e della tracciabilità nella documentazione sanitaria dell'applicazione delle procedure per la corretta somministrazione dei medicinali e degli emoderivati;</p> <p>d) la somministrazione dell'anestesia/sedazione è pianificata, documentata e registrata per ogni paziente ed è gestita da personale qualificato;</p> <p>e) sono identificati, registrati e gestiti, anche preventivamente, gli eventi avversi più importanti per frequenza e/o gravità.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'efficacia, almeno annuale, del piano aziendale per la gestione del rischio, delle attività realizzate, degli strumenti di prevenzione del rischio utilizzati, degli obiettivi per la sicurezza e dei risultati raggiunti;</p> <p>b) vi è evidenza del monitoraggio e della rivalutazione (ogni 2 anni) delle aree a rischio dell'organizzazione incluse quelle individuate dall'OMS, dei processi e delle procedure ad alto rischio; l'organizzazione produce e diffonde almeno un report annuale sui risultati raggiunti in materia di rischio.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p> |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 2 – 2F | <i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.3 – 2F | <i>Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi</i> |
| Campo d'applicazione | Servizi di assistenza territoriale domiciliare |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> o un sistema per l'identificazione, la segnalazione e l'analisi di: <i>near miss</i>, eventi avversi ed eventi sentinella; o modalità e procedure per la comunicazione agli utenti e/o familiari degli eventi avversi, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza della partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;</p> <p>b) è presente evidenza dei risultati di un'analisi retrospettiva su eventi avversi, incidenti, <i>near miss</i> manifestati durante l'episodio di trattamento e riabilitazione;</p> <p>c) vi è evidenza dell'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti degli eventi segnalati attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (Safetywalkround) che prevedano il coinvolgimento multidisciplinare e/o multiprofessionale degli operatori e la predisposizione, in seguito all'indagine condotta, di piani di azione e relativi indicatori di monitoraggio;</p> <p>d) vi è evidenza dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza;</p> <p>e) il personale implementa le azioni previste e codificate dalle procedure per la comunicazione agli utenti e/o familiari degli eventi avversi e per offrire l'opportuno supporto/ sostegno agli utenti/familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori;</p> <p>f) gli utenti/familiari/<i>caregiver</i> possono segnalare incidenti o situazioni rischiose di cui sono stati testimoni.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio (relazione tra il numero di eventi e le dimensioni della struttura) dell'applicazione delle procedure di segnalazione e gestione dei <i>near miss</i>, eventi avversi ed eventi sentinella;</p> <p>b) vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione degli strumenti utilizzati per la prevenzione del rischio e degli eventi avversi;</p> <p>c) l'organizzazione divulga agli operatori almeno una volta l'anno i risultati delle analisi sulle segnalazioni rilevate;</p> <p>d) vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) I dati del monitoraggio sono utilizzati per studiare le aree target per la gestione del rischio e vi è evidenza dell'implementazione di cambiamenti nella struttura e nei processi a seguito di eventi avversi;</p> <p>b) vi è evidenza della valutazione dell'efficacia delle azioni correttive e preventive implementate.</p> |

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 2 – 2F | <i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i> |
| Requisito 2.4 – 2F | <i>Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze</i> |
| Campo d'applicazione | Servizi di assistenza territoriale domiciliare |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico. |
| Fase 2: Implementazione | a) Vi è evidenza dell'identificazione e dell'applicazione di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività; b) vi è evidenza della produzione e diffusione di buone pratiche; c) vi è evidenza dell'implementazione del programma per lo sviluppo di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi; d) vi è evidenza della messa in atto di politiche e procedure per il coinvolgimento e la partecipazione dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico. |
| Fase 3: Monitoraggio | a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione periodica da parte della Direzione dell'implementazione delle buone pratiche e delle soluzioni innovative adottate per la sicurezza in ambiti specifici di attività; b) l'organizzazione effettua il monitoraggio dell'applicazione delle procedure per il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver e valuta il grado di partecipazione dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico. |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni correttive e preventive; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1). |

3° Criterio/fattore di qualità – UMANIZZAZIONE

“L’impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è, un impegno comune a tutte le strutture”

Per corrispondere a tale criterio, ogni struttura che eroga prestazioni di assistenza domiciliare dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenzino:

3.1 Programmi per l’umanizzazione e la personalizzazione dell’assistenza

| | |
|--|--|
| Fattore/ criterio 3 – 2F | <i>L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, è un impegno comune a tutte le strutture</i> |
| Requisito 3.1 – 2F | <i>Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza</i> |
| Campo d'applicazione | Servizi di assistenza territoriale domiciliare |
| Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione | <p>a) La Direzione ha definito e formalizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ un piano per lo sviluppo di attività (assistenziali-organizzative) orientate a migliorare l'accessibilità al servizio nel rispetto della dignità dei pazienti; ○ un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari; ○ protocolli linee guida e procedure per la pianificazione e la gestione del percorso di accompagnamento alla morte con il coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari; ○ modalità per informare i pazienti del loro diritto a rifiutare i trattamenti. |
| Fase 2: Implementazione | <p>a) Vi è evidenza dell'implementazione da parte dell'organizzazione e del personale di attività (assistenziali-organizzative) orientate a migliorare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ l'accessibilità degli utenti; ○ la qualità delle prestazioni tenendo conto delle differenti esigenze degli utenti relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche, nel rispetto della dignità del paziente, in particolare vi è evidenza: <ul style="list-style-type: none"> • della possibilità di usufruire dell'assistenza di un interprete; • della possibilità di usufruire dell'assistenza di un mediatore culturale; • della presenza di progetti/attività per favorire le esigenze didattiche e la continuità scolastica del bambino/adolescente. <p>b) La Direzione ha implementato un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari/socio-sanitari e sociali, pazienti e loro familiari e per agevolare il supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti che preveda almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la formazione degli operatori socio sanitari/assistenziali e sociali alle abilità procedurali alle attività di <i>counselling</i> (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di cattive notizie); ○ partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione; ○ l'adozione di modalità di lavoro secondo la logica dell'équipe multidisciplinare che comprende anche operatori sociali; ○ la presenza di supporto psicologico per i pazienti fragili (il servizio può essere realizzato anche in partnership con associazioni, cooperative ecc. nell'ambito di specifici accordi scritti); ○ la possibilità di consulenza psicologica. <p>c) Vi è evidenza dell'implementazione di interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali per la semplificazione degli adempimenti amministrativi ed è assicurata un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento alle modalità di accesso ed attivazione delle cure |

| | |
|--|---|
| | <p>domiciliari, all'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale entro tempi predefiniti;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ per l'aiuto e il sostegno domiciliare a persone e famiglie con disabili fisici, psichici e sensoriali; ○ per lo sviluppo di servizi di sollievo per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia. <p>d) Vi è evidenza dell'adozione da parte dell'organizzazione di processi per la gestione del percorso di accompagnamento alla morte a supporto del paziente e dei suoi familiari.</p> |
| Fase 3: Monitoraggio | <p>a) Vi è evidenza del monitoraggio dell'efficacia delle iniziative orientate a migliorare l'accessibilità, e la qualità delle prestazioni;</p> <p>b) vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione del programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, socio-sanitari/assistenziali e sociali, pazienti e loro familiari;</p> <p>c) vi è evidenza del coinvolgimento di pazienti/organizzazione dei cittadini per valutare la centralità del paziente nel processo di cura e la personalizzazione dell'assistenza;</p> <p>d) vi è evidenza che la qualità delle cure al termine della vita è valutata da familiari e operatori.</p> |
| Fase 4: Miglioramento della qualità | <p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della personalizzazione dell'assistenza; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p> |