

Decreta:

Art. 1

Per le finalità espresse in premessa, gli elenchi A e B relativi alla graduatoria regionale definitiva delle istanze ammissibili al finanziamento rispettivamente della misura 211 e della misura 212, e gli elenchi C e D relativi alle domande escluse dal finanziamento rispettivamente della misura 211 e della misura 212, interamente allegati al decreto 712 del 26 luglio 2010, sono sostituiti dai nuovi elenchi A, B, C e D che fanno parte integrante del presente decreto.

Art. 2

La pubblicazione delle presenti graduatorie regionali nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana assolve all'obbligo della comunicazione ai soggetti dell'ammissibilità e finanziabilità, nonché dell'avvio del procedimento di archiviazione per le ditte escluse e/o non ricevibili.

Art. 3

Il presente decreto sarà trasmesso alla Corte dei conti per la registrazione e successivamente sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 12 luglio 2011.

BARRESI

Registrato alla corte dei conti, sezione controllo per la Regione siciliana, addì 10 agosto 2011, reg. n. 5, Assessorato delle risorse agricole e alimentari fg. n. 209.

(2011.36.2677)003

DECRETO 1 settembre 2011.

Integrazione del decreto 24 agosto 2011, concernente calendario venatorio 2011/2012.

L'ASSESSORE
PER LE RISORSE AGRICOLE E ALIMENTARI

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 11 febbraio 1992, n. 157, recante "Norme per la protezione della fauna selvatica omeoterma e per il prelievo venatorio" e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 1 settembre 1997, n. 33, recante: "Norme per la protezione, la tutela e l'incremento della fauna selvatica e per la regolamentazione del prelievo venatorio. Disposizioni per il settore agricolo e forestale" e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 15 maggio 2000, n. 10;

Vista la legge regionale n. 19 del 10 agosto 2011, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 34 del 12 agosto 2011;

Visto in particolare l'art. 3 della suddetta legge regionale (Disposizioni transitorie);

Visto il proprio decreto n. 2709/2011 del 24 agosto 2011, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 26 agosto 2011, con il quale è stato regolamentato l'esercizio dell'attività venatoria nel territorio della Regione siciliana con limitazioni di tempo, specie, luoghi e capi da abbattere, anche in rapporto alle esigenze di tutela del patrimonio faunistico e degli ecosistemi;

Viste le note delle Ripartizioni faunistico-venatorie di Caltanissetta, Catania, Enna e Siracusa, con le quali è stato richiesto di apportare delle modifiche e/o integrazio-

ni agli allegati "A" e "B" del suddetto calendario venatorio, approvato con decreto n. 2709 del 24 agosto 2011;

Considerato opportuno procedere alle necessarie modifiche agli allegati "A" e "B" al suddetto calendario venatorio, approvato con decreto n. 2709 del 24 agosto 2011;

Decreta:

Art. 1

Il calendario venatorio relativo alla stagione 2011/2012, approvato con decreto n. 2709 del 24 agosto 2011, è così integrato:

- il comma 2 dell'art. 7 dell'allegato "A" è così integrato: dopo le parole "... tutto il territorio", inserire "ad esclusione del comune di Mazzarino (CL2)";
- il comma 3 dell'art. 7 dell'allegato "A" è così modificato: "L'uso del furetto, per la caccia al coniglio selvatico, è consentito dal 18 settembre al 30 novembre 2011 incluso, negli ambiti territoriali di caccia CT1 e CT2, ad esclusione del comune di Mineo (CT1)";
- nell'allegato "B" al decreto n. 2709 del 24 agosto 2011, relativamente alla provincia di Enna, devono essere inserite:
 - A.A.V. "Feudo Ventura", ricadente in agro del comune di Piazza Armerina (EN2);
 - A.A.V. "Il Drago", ricadente in agro dei comuni di Aidone e Piazza Armerina (EN2);
 - A.A.V. "Costantina Franchiscè", ricadente in agro del comune di Centuripe (EN2);
- nell'allegato "B" al decreto n. 2709 del 24 agosto 2011, relativamente alla provincia di Siracusa, devono essere inserite:
 - A.A.V. "Busulmone", ricadente in agro del comune di Noto (SR2);
 - A.F.V. "Bufalefi", ricadente in agro del comune di Noto (SR2);
 deve essere depennata:
 - A.F.V. "Lannito Luogo Petrone" ricadente in agro del comune di Noto (SR2).

Art. 2

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana e nel sito web di pertinenza.

Palermo, 1 settembre 2011.

D'ANTRASSI

(2011.36.2642)020

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 12 agosto 2011.

Approvazione dei nuovi standard Joint Commission International per la gestione del rischio clinico.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio sanitario nazionale";

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 15 maggio 2000, n. 10;

Visto il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" di seguito denominato Codice;

Vista la legge regionale 16 dicembre 2008, n. 19 "Norme per la riorganizzazione dei dipartimenti regionali. Ordinamento del Governo e dell'Amministrazione della Regione";

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale";

Vista la legge regionale 11 maggio 2011, n. 8 "Bilancio di previsione della Regione siciliana per l'anno finanziario 2011 e approvazione bilancio pluriennale per il triennio 2011-2013";

Visti il decreto n. 2720 del 2 novembre 2010 ed il decreto n. 2855 del 22 novembre 2010, con il quale è stata approvata la convenzione tra la Regione siciliana e Joint Commission International (JCI) per la realizzazione del progetto "Patient Safety & Emergency Department" che prevede i seguenti obiettivi:

- sostenere il processo di miglioramento in corso coinvolgendo anche i professionisti;
- ridurre efficacemente il livello di rischio, soprattutto nelle organizzazioni maggiormente esposte;
- aumentare il numero degli standard in uso, ponendo l'attenzione su alcune procedure ad alto rischio e sull'area del pronto soccorso;

Visto il decreto 11 gennaio 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 8 del 15 febbraio 2008, parte I, con il quale, in particolare, all'art. 1 venivano approvati gli standard per la gestione del rischio clinico rivolti alle strutture ospedaliere e raccolti nel manuale allegato A facente parte integrante del citato decreto;

Visto il decreto n. 742 del 12 marzo 2010, che ha modificato il citato art. 1 del decreto 11 gennaio 2008 nella parte in cui fissava il termine del 31 dicembre 2009 per il raggiungimento degli standard ivi approvati;

Considerato che il progetto "Patient safety & Emergency Department" prevede di aumentare il numero degli standard in uso, ponendo l'attenzione su alcune procedure ad alto rischio e sull'area del pronto soccorso;

Ritenuto, dopo aver seguito un processo volto alla selezione di un set di nuovi standard ed elementi misurabili che si è svolto secondo le seguenti tappe:

- consultazione e condivisione con le società scientifiche ed i responsabili delle U.O. Qualità ed i Referenti rischio clinico delle Aziende sanitarie pubbliche della Regione siciliana;
- effettuazione di un test pilota in tre presidi ospedalieri di Aziende sanitarie pubbliche per testare il set di standard selezionati;
- rideterminazione del nuovo set di standard da adottare in base ai risultati delle due precedenti tappe,

di poter adottare un nuovo set di standard rivolto alle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate in modo da ampliare gli strumenti per l'identificazione di aree critiche e per la definizione e implementazione di piani di miglioramento dei processi sanitari in tutte le realtà della Regione siciliana;

Decreta:

Art. 1

Sono approvati gli standard per la gestione del rischio clinico raccolti nel manuale che fa parte integrante del presente decreto, rivolto alle strutture ospedaliere della

Regione siciliana pubbliche e private accreditate. Ogni standard è caratterizzato da uno o più elementi misurabili che permettono una valutazione del grado di aderenza della struttura ai singoli standard.

Gli standard adottati sono 65 con 252 elementi misurabili comprendenti anche quelli adottati con il precedente decreto 11 gennaio 2008.

Ogni struttura ospedaliera pubblica e privata accreditata è tenuta a svolgere un'attività di autovalutazione secondo le modalità descritte nel decreto 11 gennaio 2008 ed i tempi previsti dall'attività progettuale.

Art. 2

Il presente decreto verrà inviato alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per l'integrale pubblicazione in parte prima, comprensiva degli allegati.

Palermo, 12 agosto 2011.

RUSSO

Allegato A

**MANUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
STANDARD PER GLI OSPEDALI**

Premessa

Il presente documento racchiude gli standard relativi agli ospedali nell'ambito del progetto "Patient Safety & Emergency Department".

Gli standard per la gestione del rischio negli ospedali sono suddivisi in distinte sezioni:

- obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente (International patient safety goals IPSG);
- accesso all'assistenza e continuità delle cure (ACC);
- diritti del paziente e dei familiari (PFR);
- valutazione del paziente (AOP);
- cura del paziente (COP);
- assistenza anestesiológica e chirurgica (ASC);
- gestione e utilizzo dei farmaci (MMU);
- miglioramento della qualità e sicurezza del paziente (QPS);
- qualifiche e formazione del personale (SQE);
- gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI).

Ciascuno standard è seguito dall'intento e da uno o più elementi misurabili.

Lo standard è identificato da una sigla e rappresenta l'obiettivo da raggiungere.

L'intento dello standard costituisce l'esemplificazione del contenuto e delle modalità di applicazione dello standard.

Gli elementi misurabili sono i requisiti dello standard che sono richiesti per una completa e totale aderenza allo standard medesimo e che vengono valutati durante il processo di verifica.

**OBIETTIVI INTERNAZIONALI
PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE
(INTERNATIONAL PATIENT SAFETY GOALS - IPSG)**

IPSG. 1

L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'accuratezza dell'identificazione del paziente

Intento

Gli errori di identificazione del paziente si verificano di fatto in tutte le fasi della diagnosi e del trattamento. Il paziente può essere sedato, disorientato o non del tutto vigile; può cambiare letto, stanza o reparto all'interno dell'ospedale; può avere disabilità sensoriali; oppure può essere soggetto ad altre situazioni suscettibili di errori di corretta identificazione. L'intento di questo obiettivo è duplice: in primo luogo, identificare il paziente in maniera attendibile in quanto persona destinataria della prestazione o del trattamento; in secondo luogo, verificare la corrispondenza tra la prestazione o il trattamento e quel singolo paziente.

Politiche e/o procedure sono sviluppate in maniera collaborativa al fine di migliorare i processi di identificazione, in particolare i processi utilizzati per identificare il paziente in occasione della sommi-

nistrazione di farmaci, sangue ed emoderivati; del prelievo di sangue o di altri campioni biologici per analisi cliniche; e dell'esecuzione di altre terapie o procedure. Le politiche e/o procedure prevedono quantomeno due modalità di identificazione del paziente, come ad esempio il nome/cognome del paziente, un numero di identificazione univoco, la data di nascita, un braccialetto con codice a barre o altri identificativi. Il numero di stanza, di letto o di reparto del paziente non possono essere utilizzati per l'identificazione del paziente. Le politiche e/o procedure evidenziano in modo chiaro l'eventuale utilizzo di coppie di identificativi diversi in unità diverse all'interno dell'organizzazione, ad esempio per i pazienti ambulatoriali o per alcune tipologie di servizi ambulatoriali, il pronto soccorso o le sale operatorie. È inoltre prevista una metodologia per l'identificazione del paziente in coma le cui generalità sono ancora ignote. Le politiche e/o procedure sono elaborate tramite un processo collaborativo a garanzia dell'inclusione di tutte le possibili situazioni dove è necessario provvedere all'identificazione del paziente.

Elementi misurabili

1. Il paziente è identificato tramite l'utilizzo di due identificativi, ad esclusione del numero di reparto, stanza o letto del paziente.
2. Il paziente viene identificato prima della somministrazione di farmaci, sangue ed emoderivati.
3. Il paziente viene identificato prima del prelievo di sangue e di altri campioni biologici per analisi cliniche.
4. Il paziente viene identificato prima dell'esecuzione di terapie e procedure.
5. Politiche e procedure supportano l'uniformità della pratica di identificazione del paziente in tutte le sedi e in tutte le situazioni.

IPSG. 2

L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'efficacia delle comunicazioni tra gli operatori

Intento

La comunicazione efficace, che equivale a una comunicazione tempestiva, precisa, completa, priva di ambiguità e recepita correttamente dal destinatario, riduce gli errori e migliora la sicurezza del paziente. La comunicazione può avvenire in forma elettronica, verbalmente o per iscritto. Le comunicazioni più soggette alla possibilità di errore sono le prescrizioni per la cura del paziente che vengono date verbalmente, comprese quelle date al telefono, laddove le prescrizioni verbali siano ammesse dalla legislazione o dalla normativa locale. Un altro tipo di comunicazione soggetta ad errore è la segnalazione dei risultati degli esami critici sul paziente, ad esempio quando il laboratorio di analisi cliniche telefona al reparto di degenza per comunicare i risultati di un esame urgente.

L'organizzazione elabora in maniera collaborativa una politica e/o una procedura per le prescrizioni verbali e telefoniche che prevede i seguenti passaggi: la persona che riceve le informazioni telefoniche o verbali scrive (o inserisce a computer) la prescrizione completa o il risultato completo dell'esame sotto dettatura; una volta finito di scrivere, rilegge ad alta voce la prescrizione o il risultato dell'esame; attende conferma dell'esattezza di quanto scritto e riletto da parte dell'altro operatore. La politica e/o procedura individuano alcune alternative ammissibili per i casi in cui il processo di riletture ad alta voce può non essere sempre possibile, come ad esempio in sala operatoria e nelle situazioni di emergenza in pronto soccorso o nell'unità di terapia intensiva.

Elementi misurabili

1. La prescrizione telefonica o verbale e/o il risultato dell'esame comunicato al telefono o verbalmente vengono scritti per intero sotto dettatura dalla persona che riceve le informazioni telefoniche o verbali.
2. La persona che riceve le informazioni telefoniche o verbali rilegge per intero ad alta voce la prescrizione e/o il risultato dell'esame comunicati al telefono o verbalmente.
3. La prescrizione e/o il risultato dell'esame vengono confermati dalla persona che li ha comunicati.
4. Politiche e procedure supportano l'uniformità della pratica di verifica dell'accuratezza di tutte le comunicazioni verbali e telefoniche.

IPSG. 3

L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la sicurezza dei farmaci ad alto rischio

Intento

Quando la terapia farmacologica fa parte del piano di trattamento, la gestione appropriata dei farmaci è un elemento critico a garanzia della sicurezza del paziente. I farmaci ad alto rischio sono quei farmaci coinvolti in una percentuale elevata di errori e/o eventi sentinella, i farmaci che comportano un rischio maggiore di provocare esiti avversi, come pure i farmaci cosiddetti "Look-Alike/Sound-Alike". Elenchi di farmaci ad alto rischio sono messi a disposizione da enti quali l'Organizzazione mondiale della sanità o l'Institute for safe medication practices.

Una problematica di sicurezza nell'uso dei farmaci spesso citata in letteratura è la somministrazione involontaria di elettroliti concentrati (ad esempio: cloruro di potassio [in concentrazione pari o maggiore a 2 meq/ml], fosfato di potassio [in concentrazione pari o maggiore a 3 mmol/ml], cloruro di sodio [in concentrazione superiore a 0,9%] e solfato di magnesio [in concentrazione pari o superiore al 50%]). Gli errori possono verificarsi in assenza di un orientamento adeguato degli operatori al reparto di cura, quando si utilizzano infermieri a contratto senza un adeguato orientamento o durante le emergenze. Il mezzo più efficace per ridurre o eliminare questi eventi consiste nell'elaborazione di un processo per la gestione dei farmaci ad alto rischio che preveda la rimozione degli elettroliti concentrati dai reparti, limitandone la conservazione alla farmacia.

L'organizzazione elabora in maniera collaborativa una politica e/o una procedura che riportano l'elenco dei farmaci ad alto rischio in uso all'interno dell'organizzazione sulla base dei dati in suo possesso. La politica e/o procedura identificano altresì le aree assistenziali dove la presenza degli elettroliti concentrati è clinicamente necessaria in base all'evidenza scientifica e alla pratica professionale, come ad esempio il pronto soccorso o le sale operatorie, e individuano le modalità di corretta etichettatura e di conservazione nelle aree assistenziali sopra identificate in maniera tale da limitarne l'accesso al fine di prevenirne la somministrazione accidentale.

Elementi misurabili

1. Sono elaborate politiche e/o procedure che contemplano l'identificazione dei farmaci ad alto rischio, le aree assistenziali in cui è ammessa la loro conservazione e le relative modalità di etichettatura e conservazione.
2. Le politiche e/o procedure sono implementate.
3. Gli elettroliti concentrati non sono presenti nelle unità operative se non in quelle dove la loro presenza è clinicamente necessaria e autorizzata dalla politica ospedaliera e dove sono state messe in atto azioni di prevenzione della somministrazione accidentale.
4. Gli elettroliti concentrati che sono stoccati nelle unità operative sono etichettati in modo chiaro e conservati in modo tale da limitarne l'accesso.

IPSG. 4

L'organizzazione elabora un metodo per garantire l'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta

Intento

L'intervento chirurgico in paziente sbagliato, con procedura sbagliata, in parte del corpo sbagliata è un evento tanto comune nelle organizzazioni sanitarie da destare allarme. Questi errori sono la conseguenza di un difetto di comunicazione (inefficace o inadeguata) tra i membri dell'equipe chirurgica, del non coinvolgimento del paziente nella marcatura del sito chirurgico e della mancanza di procedure per la verifica del sito chirurgico. Inoltre, spesso intervengono altri fattori favorevoli, quali l'inadeguatezza della valutazione del paziente, l'inadeguatezza della verifica della documentazione clinica, una cultura refrattaria alla comunicazione aperta tra i membri dell'equipe chirurgica, problemi dovuti all'illeggibilità della calligrafia e l'utilizzo di abbreviazioni.

L'organizzazione deve elaborare in maniera collaborativa una politica e/o una procedura volte a eliminare efficacemente questo problema allarmante. La politica deve prevedere una definizione di chirurgia che comprenda quantomeno quelle procedure invasive eseguite a scopo diagnostico e/o terapeutico e finalizzate a indagare e/o a trattare malattie e disturbi dell'organismo umano a mezzo di incisione, asportazione, alterazione o introduzione di strumenti endoscopici. La politica si applica in tutte le unità operative e in tutti i reparti dove si eseguono tali procedure invasive.

Le pratiche cliniche basate sull'evidenza sono descritte nel Protocollo Universale di The (U.S.A.) Joint Commission per la Prevenzione dell'intervento chirurgico in paziente sbagliato, con procedura sbagliata, in parte del corpo sbagliataTM.

I processi essenziali descritti nel Protocollo universale sono:

- marcatura del sito chirurgico;
- processo di verifica preoperatoria;
- time-out da eseguire immediatamente prima dell'inizio di una procedura invasiva.

La marcatura del sito chirurgico coinvolge attivamente il paziente ed è eseguita con un segno univoco, immediatamente riconoscibile. Il segno dovrebbe essere standardizzato in tutta l'organizzazione, dovrebbe essere fatto dalla persona che eseguirà la procedura, dovrebbe avvenire in presenza del paziente vigile e cosciente laddove possibile e deve essere visibile anche dopo la preparazione e la vestizione preoperatorie. Il sito chirurgico deve essere contrassegnato in tutti i casi dove è possibile confondere il lato (destra o sinistra), l'articolazione (dita delle mani o dei piedi), la lesione (in caso di lesioni multiple) o il livello (colonna vertebrale).

Il processo di verifica preoperatoria ha lo scopo di:

- verificare che si tratti del paziente giusto, della procedura corretta e del sito operatorio corretto;
- assicurarsi che sia disponibile, appropriatamente etichettata e pronta per l'uso, tutta la documentazione clinica pertinente, comprese le lastre e i referti delle indagini;
- verificare l'effettiva presenza di eventuali apparecchiature, dispositivi e/o impianti speciali e necessari all'esecuzione dell'intervento.

Il time-out permette di risolvere eventuali situazioni di confusione o domande senza risposta. Il time-out è condotto nel luogo dove sarà eseguita la procedura, appena prima di dare il via alla procedura, e vede il coinvolgimento dell'intera équipe operatoria. L'organizzazione stabilisce le modalità di documentazione del processo del time-out.

Elementi misurabili

1. L'organizzazione utilizza un segno immediatamente riconoscibile per l'identificazione del sito chirurgico ed è previsto il coinvolgimento attivo del paziente nel processo di marcatura del sito operatorio.
2. L'organizzazione utilizza una checklist o un altro meccanismo per verificare nel preoperatorio la corretta identificazione del paziente, della procedura e del sito chirurgico e per verificare la presenza, la correttezza e la funzionalità di tutta la documentazione e di tutte le apparecchiature e i dispositivi necessari.
3. L'intera équipe chirurgica conduce e documenta una procedura di time-out appena prima di iniziare una procedura chirurgica.
4. Sono elaborate politiche e procedure che supportano processi uniformi a garanzia dell'esecuzione dell'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta, ivi comprese le procedure invasive cliniche e odontoiatriche eseguite fuori dalla sala operatoria.

IPSG. 5

L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di infezioni associate all'assistenza sanitaria

Intento

La prevenzione e il controllo delle infezioni pongono una serie di difficoltà nella maggior parte delle strutture sanitarie e i tassi crescenti di infezioni associate all'assistenza sanitaria rappresentano una grossa fonte di preoccupazione sia per i pazienti sia per i professionisti sanitari. Le infezioni comuni a molte strutture sanitarie comprendono le infezioni delle vie urinarie associate a cateterismo vescicale, le infezioni del torrente ematico e la polmonite (spesso associata alla ventilazione meccanica).

Un fattore centrale per l'eliminazione di queste e di altre infezioni è l'adeguatezza dell'igiene delle mani. Le linee guida per l'igiene delle mani riconosciute a livello internazionale sono reperibili presso l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), i Centers for disease control and prevention negli Stati Uniti (CDC, Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie) e varie altre organizzazioni nazionali e internazionali.

L'organizzazione utilizza un processo collaborativo per sviluppare politiche e/o procedure che adattano o adottano le linee guida correnti sull'igiene delle mani comunemente accettate e pubblicate in letteratura e per l'implementazione di tali linee guida all'interno dell'organizzazione.

Elementi misurabili

1. L'organizzazione ha adottato o adattato le linee guida correnti sull'igiene delle mani comunemente accettate e pubblicate in letteratura.
2. L'organizzazione ha messo in atto un programma efficace di igiene delle mani.
3. Sono elaborate politiche e/o procedure che supportano la riduzione continua delle infezioni associate all'assistenza sanitaria.

IPSG. 6

L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di danno subito dal paziente a seguito di caduta accidentale

Intento

Le cadute rappresentano una quota significativa delle lesioni che colpiscono i pazienti ricoverati. Nel contesto della tipologia di pazienti, dei servizi erogati e degli ambienti fisici di erogazione dell'assistenza, l'organizzazione dovrebbe provvedere a valutare il rischio di caduta dei propri pazienti e mettere in atto delle misure per ridurre il rischio di caduta e per ridurre il rischio di infortunio in caso di caduta accidentale. La valutazione del rischio di caduta potrebbe prendere in considerazione l'anamnesi di cadute pregresse, la revisione del consumo di farmaci ed alcol, uno screening dell'andatura e dell'equilibrio del paziente, e gli ausili utilizzati dal paziente. L'organizzazione stabilisce un programma di riduzione del rischio di caduta sulla base di politiche e/o procedure appropriate.

Il programma prevede il monitoraggio delle conseguenze attese e volute e delle conseguenze inattese e indesiderate delle misure intraprese per ridurre le cadute accidentali: ad esempio, l'utilizzo inappropriato dei mezzi di contenzione fisica o la limitazione dell'assunzione di liquidi possono esitare in lesioni, danni circolatori o nella compromissione dell'integrità cutanea. Il programma è implementato.

Elementi misurabili

1. L'organizzazione implementa un processo per la valutazione iniziale del rischio di caduta del paziente e per la rivalutazione del paziente in caso di modifica, a titolo di esempio, delle condizioni di salute o della terapia farmacologica.
2. Sono implementate misure atte a ridurre il rischio di caduta per quei pazienti individuati a rischio di caduta nel corso della valutazione del paziente.
3. I risultati delle misure messe in atto sono oggetto di monitoraggio, sia in termini di un'effettiva riduzione degli infortuni conseguenti a caduta accidentale sia in termini di eventuali conseguenze inattese e indesiderate delle stesse misure.
4. Politiche e/o procedure supportano la riduzione continua del rischio di danno conseguente a caduta accidentale all'interno dell'organizzazione.

ACCESSO ALL'ASSISTENZA E CONTINUITÀ DELLE CURE (ACC)

ACC.1.1.1

Ai pazienti in emergenza, in urgenza o con bisogni immediati è data priorità di valutazione e di trattamento

Intento

Il paziente in emergenza, in urgenza o con bisogni immediati (ad esempio nel caso di infezione trasmissibile per via aerea) è individuato per mezzo di un processo di triage basato sull'evidenza. Una volta individuato come paziente in emergenza, in urgenza o con bisogni immediati, il paziente è valutato e assistito quanto prima secondo necessità. Alcuni di questi pazienti possono essere valutati da un medico o da un altro professionista qualificato prima di altri pazienti, essere sottoposti ad indagini diagnostiche il più rapidamente possibile e iniziare il trattamento per far fronte ai loro bisogni. Il processo di triage può includere dei criteri basati su parametri fisiologici, laddove possibile e appropriato. L'organizzazione istruisce il personale a individuare i pazienti che necessitano di cure immediate e su come dare la priorità alla cura di questi pazienti.

Quando l'organizzazione non è in grado di far fronte ai bisogni del paziente in condizioni d'emergenza ed è necessario trasferire il paziente a un livello di cura superiore, prima di procedere al trasporto deve essere fornito un trattamento medico atto a stabilizzare le condizioni del paziente entro le possibilità e le risorse dell'ospedale che effettua il trasferimento.

Elementi misurabili

1. L'organizzazione utilizza un processo di triage basato sull'evacuazione per dare priorità ai pazienti con bisogni immediati.
2. Il personale è addestrato sull'utilizzo dei criteri.
3. Viene definito l'ordine di priorità dei pazienti in base all'urgenza dei loro bisogni.
4. I pazienti in condizioni d'emergenza sono valutati e stabilizzati entro le possibilità e le risorse dell'ospedale prima di procedere al trasferimento. (Vedere anche ACC.4, EM 1, 2 e 5; ACC.4.2, EM 3 e 4).

ACC.1.4**Il ricovero e il trasferimento da/in unità di terapia intensiva o ad alta specializzazione sono determinati da criteri prestabiliti***Intento*

Le unità e i servizi di terapia intensiva (ad esempio, l'unità di terapia intensiva postchirurgica) o ad alta specializzazione (ad esempio, il centro grandi ustionati o il centro trapianti d'organo) hanno costi elevati e in genere sono limitati in quanto a dotazione di spazi e di organico. Anche il pronto soccorso con posti letto di osservazione e le unità di ricerca clinica, laddove presenti, devono garantire un'appropriata selezione dei pazienti da ricoverare e a cui assegnare un posto letto. Ogni organizzazione deve stabilire criteri per l'identificazione dei pazienti che necessitano del livello di assistenza prestato in tali unità. Al fine di garantire uniformità e coerenza, i criteri devono essere basati su parametri fisiologici, laddove possibile e appropriato. I criteri sono elaborati con la partecipazione di personale qualificato dei servizi di urgenza/emergenza, di terapia intensiva o delle unità ad alta specializzazione. I criteri sono utilizzati per stabilire l'accesso diretto all'unità, ad esempio direttamente dal pronto soccorso. I criteri sono utilizzati anche per stabilire il trasferimento presso l'unità da un altro reparto all'interno dell'ospedale o dall'esterno. I criteri servono inoltre per stabilire l'opportunità di sospendere il trattamento presso l'unità in questione e quindi di trasferire il paziente a un livello di cura diverso.

Se l'organizzazione conduce attività di ricerca o fornisce servizi e/o programmi di cura ad alta specializzazione, l'accesso o il trasferimento in questi programmi avviene sulla base di criteri prestabiliti o di un protocollo prestabilito.

L'elaborazione dei criteri o del protocollo avviene con il coinvolgimento di soggetti appropriati che fanno parte dei programmi di ricerca o di altri programmi. L'accesso a tali programmi è documentato nella cartella clinica del paziente insieme alle condizioni che giustificano l'accesso o il trasferimento del paziente in base ai criteri o al protocollo.

Elementi misurabili

1. L'organizzazione ha stabilito i criteri di accesso e/o trasferimento per le unità di terapia intensiva e ad alta specializzazione, compresi i programmi di ricerca ed altri programmi studiati per esigenze particolari.
2. I criteri sono basati su parametri fisiologici laddove possibile e appropriato.
3. Professionisti idonei sono coinvolti nell'elaborazione dei criteri.
4. Il personale è addestrato sull'applicazione dei criteri.
5. Le cartelle cliniche dei pazienti ricoverati nelle unità di terapia intensiva e/o nelle unità ad alta specializzazione contengono l'evidenza clinica della rispondenza ai criteri di ricovero.
6. Le cartelle cliniche dei pazienti trasferiti o dimessi dalle unità di terapia intensiva e/o dalle unità ad alta specializzazione contengono l'evidenza clinica del fatto che questi pazienti non rispondono più ai criteri di ricovero in tali unità.

ACC.4**Il paziente è trasferito presso un'altra organizzazione in base al suo stato e alla necessità di soddisfare le sue esigenze di continuità delle cure***Intento*

Il trasferimento di un paziente presso un'altra organizzazione sanitaria si fonda sulle condizioni del paziente e sul suo bisogno di continuità delle cure e delle prestazioni. Il trasferimento può essere la risposta al bisogno del paziente di un consulto specialistico e del relativo trattamento, di prestazioni d'urgenza o di servizi meno intensivi come la terapia sub-acuta o la riabilitazione a lungo termine. (Vedere anche ACC.1.1.1, EM 4). È necessario un processo di trasfe-

rimento al fine di garantire che le organizzazioni esterne soddisfino le esigenze di continuità delle cure. Il processo definisce:

- le modalità di passaggio delle responsabilità tra professionisti sanitari e tra strutture sanitarie;
- i criteri che stabiliscono la necessità del trasferimento per far fronte ai bisogni del paziente;
- chi è responsabile del paziente durante il trasferimento;
- i dispositivi e le apparecchiature che servono durante il trasferimento;
- come agire nel caso in cui non sia possibile effettuare il trasferimento presso un altro centro di cura.

Elementi misurabili

1. Il trasferimento del paziente si basa sui suoi bisogni di continuità delle cure. (Vedere anche ACC.1.1.1, EM 4).
2. Il processo di trasferimento definisce le modalità del passaggio di responsabilità per la prosecuzione delle cure a un altro professionista sanitario o un'altra struttura assistenziale. (Vedere anche ACC.1.1.1, EM 4).
3. Il processo di trasferimento definisce chi è responsabile durante il trasferimento e quali dispositivi e apparecchiature sono necessari durante il trasporto.
4. Il processo di trasferimento definisce le situazioni in cui non è possibile effettuare il trasferimento.
5. I pazienti vengono trasferiti in maniera appropriata presso altre organizzazioni. (Vedere anche ACC.1.1.1, EM 4).

ACC.4.2**L'organizzazione che accoglie il paziente riceve una relazione scritta sulle condizioni cliniche del paziente e sugli interventi prestatati dall'organizzazione inviante***Intento*

Per garantire la continuità delle cure, le informazioni relative al paziente sono trasferite insieme al paziente. Una copia della lettera di dimissione o un'altra relazione clinica scritta è consegnata all'organizzazione di accoglienza insieme al paziente. La lettera include lo stato di salute o le condizioni cliniche del paziente, le procedure e gli altri interventi eseguiti e i bisogni di assistenza continuativa del paziente.

Elementi misurabili

1. Le informazioni cliniche relative al paziente o una relazione clinica sono trasferite insieme al paziente.
2. La relazione clinica comprende lo stato di salute del paziente.
3. La relazione clinica comprende le procedure e gli altri interventi eseguiti. (Vedere anche ACC.1.1.1, EM 4).
4. La relazione clinica comprende i bisogni di assistenza continuativa del paziente. (Vedere anche ACC.1.1.1, EM 4).

ACC.5**Il processo di invio, trasferimento e/o dimissione del paziente ricoverato e ambulatoriale prevede una pianificazione volta a soddisfare le necessità del paziente durante il trasporto***Intento*

Il processo di invio, trasferimento e/o dimissione del paziente prevede una presa in carico delle necessità del paziente durante il trasporto. Il tipo di trasporto può variare, poiché il trasporto può avere luogo a mezzo ambulanza o altro autoveicolo di proprietà dell'ospedale oppure tramite automezzo di proprietà di un ente esterno indicato dai familiari, oppure ancora possono essere i familiari e/o i conoscenti del paziente stesso a occuparsi del suo trasporto in prima persona. In ogni caso, il tipo di trasporto prescelto dipenderà dalle condizioni e dallo stato di salute del paziente.

I mezzi di trasporto che sono di proprietà dell'ospedale devono essere in regola con tutte le leggi e le normative che si applicano al loro funzionamento, allestimento e manutenzione. L'organizzazione identifica le situazioni di trasporto che possono presentare un rischio di infezione e attua strategie per la riduzione del rischio di infezioni. (Vedere anche il capitolo PCI per l'ottemperanza con gli standard appropriati sul controllo delle infezioni.) I farmaci e gli altri dispositivi medici necessari a bordo del veicolo si basano sulla tipologia di pazienti trasportati.

Ad esempio, l'accompagnamento al domicilio dei pazienti geriatrici dopo le visite ambulatoriali è molto diverso dal trasferimento di

un paziente ustionato o con malattia infettiva presso un altro ospedale.

Se l'ospedale ha attivato una convenzione o siglato un contratto per i servizi di trasporto, deve assicurarsi che il contraente o l'appaltatore soddisfi degli standard simili al presente standard per la sicurezza del paziente e del veicolo.

In ogni caso, sia che gli autoveicoli siano di proprietà dell'ospedale sia che il servizio sia appaltato, l'ospedale valuta la qualità e la sicurezza dei servizi di trasporto, il che prevede anche il recepimento, la valutazione e la risposta ai reclami riguardanti il trasporto fornito direttamente o predisposto tramite terzi.

Elementi misurabili

1. Le necessità del paziente in funzione del trasporto sono oggetto di valutazione ogni qualvolta il paziente è inviato presso un'altra struttura e/o professionista sanitario, trasferito presso un'altra struttura sanitaria o pronto a tornare al domicilio dopo un ricovero ospedaliero o dopo una visita ambulatoriale.

2. Il trasporto fornito direttamente dall'ospedale o predisposto tramite terzi è appropriato ai bisogni e alle condizioni del paziente.

3. I mezzi di trasporto di proprietà dell'ospedale sono in regola con tutte le leggi e le normative che si applicano al loro funzionamento, allestimento e manutenzione.

4. I servizi di trasporto in appalto soddisfano i requisiti di qualità e di sicurezza previsti dall'ospedale.

5. Tutti gli autoveicoli utilizzati per il trasporto, in appalto o di proprietà dell'ospedale, dispongono delle apparecchiature, dei dispositivi medici e dei farmaci appropriati per far fronte ai bisogni del paziente durante il trasporto.

6. È in atto un processo di monitoraggio della qualità e della sicurezza dei trasporti forniti direttamente dall'ospedale o predisposti tramite terzi, ivi compreso un processo per la gestione dei reclami.

DIRITTI DEL PAZIENTE E DEI FAMILIARI (PFR)

PFR.6

Il consenso informato del paziente è acquisito attraverso un processo definito dall'organizzazione e implementato da personale addestrato, con un linguaggio comprensibile dal paziente

Intento

Uno dei modi principali per coinvolgere il paziente nelle decisioni riguardanti il trattamento è l'espressione del consenso informato. Per acconsentire, il paziente deve essere informato di quei fattori relativi al trattamento pianificato che sono necessari per poter prendere una decisione informata. È possibile acquisire il consenso informato in diversi momenti durante il percorso assistenziale, ad esempio quando il paziente viene ricoverato e prima di certe procedure o trattamenti che comportano un rischio elevato. Il processo del consenso informato è definito in modo chiaro dall'organizzazione sanitaria per mezzo di politiche e procedure. Le leggi e le normative vigenti in materia sono fatte proprie dalle politiche e dalle procedure.

Il paziente e i suoi familiari sono informati sugli esami, le procedure e i trattamenti che richiedono il consenso e sulle modalità di espressione del consenso (ad esempio: a voce, firmando un modulo per il consenso o con altri meccanismi). Al paziente e ai suoi familiari viene spiegato chi altri può fornire il consenso a parte il paziente. Gli operatori designati sono addestrati su come informare il paziente e su come acquisire e documentare il consenso del paziente.

Elementi misurabili

1. L'organizzazione dispone di un processo chiaramente definito per l'acquisizione del consenso informato, descritto in politiche e procedure.

2. Il personale designato è addestrato sull'implementazione delle politiche e delle procedure per il consenso informato.

3. I pazienti esprimono il proprio consenso informato in conformità alle politiche e alle procedure dell'organizzazione.

PFR.6.4

Il consenso informato è acquisito prima dell'intervento chirurgico, dell'anestesia, dell'utilizzo di sangue o emoderivati e di altri trattamenti e procedure ad alto rischio

Intento

Se l'assistenza e le cure pianificate prevedono procedure chirurgiche o invasive, anestesia (compresa la sedazione moderata e profonda), l'utilizzo di sangue ed emoderivati, o altri trattamenti e procedure ad alto rischio, viene acquisito un consenso specifico a parte. Il processo del consenso informato fornisce le informazioni identificate nel PFR.6.1(*) e documenta l'identità del soggetto che fornisce queste informazioni.

(*) Benché non adottato, lo standard PFR.6.1 richiede che le informazioni fornite al paziente e/o ai suoi famigliari comprendano:

- le condizioni del paziente;
- il/i trattamento/i proposto/i;
- il nome della persona che esegue il trattamento;
- i potenziali benefici e svantaggi;
- le possibili alternative;
- le probabilità di successo;
- i possibili problemi relativi al recupero o alla piena guarigione;
- le possibili conseguenze del non trattamento.

Elementi misurabili

1. Il consenso è acquisito prima di procedure chirurgiche o invasive. (Vedere anche ASC.7.1, intento).

2. Il consenso è acquisito prima della somministrazione di anestesia (compresa la sedazione moderata e profonda). (Vedere anche ASC.5.1, intento ed EM.1).

3. Il consenso è acquisito prima dell'utilizzo di sangue ed emoderivati.

4. Il consenso è acquisito prima di altre procedure e trattamenti ad alto rischio.

5. L'identità del soggetto che fornisce le informazioni al paziente e ai familiari è registrata in cartella clinica.

6. Il consenso è documentato in cartella clinica con una firma o con un'annotazione del consenso verbale.

PFR.6.4.1

L'organizzazione redige un elenco delle categorie o delle tipologie di trattamenti e procedure che richiedono un consenso informato specifico

Intento

Non tutti i trattamenti e le procedure richiedono un consenso specifico a parte. Ogni organizzazione identifica le procedure e i trattamenti ad alto rischio o problematici per i quali si deve acquisire il consenso informato. L'organizzazione redige un elenco di queste procedure e trattamenti ed educa il personale al fine di garantire l'uniformità del processo di acquisizione del consenso informato. L'elenco è elaborato di concerto dai medici e da coloro che forniscono i trattamenti o che eseguono le procedure. L'elenco comprende le procedure e i trattamenti erogati sia in regime ambulatoriale sia in regime di ricovero.

Elementi misurabili

1. L'organizzazione ha redatto un elenco delle procedure e dei trattamenti che richiedono un consenso informato a parte.

2. L'elenco è elaborato di concerto dai medici e da coloro che forniscono i trattamenti e che eseguono le procedure.

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE (AOP)

AOP.1.2

La valutazione iniziale di ciascun paziente comprende, oltre all'anamnesi e all'esame obiettivo, anche una valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici

Intento

La valutazione iniziale di un paziente, sia esso degente o ambulatoriale, è un momento cruciale per l'identificazione dei suoi bisogni sanitari e per l'inizio del processo di cura. La valutazione iniziale fornisce le informazioni per:

- capire il tipo di cura richiesto dal paziente;

- selezionare il servizio/reparto di cura migliore in funzione dei bisogni del paziente;
- formulare una diagnosi iniziale;
- capire la risposta del paziente a eventuali cure precedenti.

Per fornire queste informazioni, la valutazione iniziale comprende un inquadramento clinico del paziente tramite l'anamnesi e l'esame obiettivo. La valutazione psicologica determina lo stato emozionale del paziente (es. paziente depresso, timoroso o aggressivo, che potrebbe danneggiare se stesso o altri). La raccolta di informazioni a carattere sociale non è finalizzata a "classificare" il paziente. Piuttosto, il contesto sociale, culturale, familiare ed economico di un paziente sono fattori rilevanti che possono influenzare la sua risposta alla malattia e al trattamento. I familiari possono rivelarsi molto utili in quest'area della valutazione e ai fini della comprensione dei desideri e delle preferenze del paziente durante il processo di valutazione. I fattori economici sono valutati nell'ambito della valutazione dello stato sociale, oppure sono valutati a parte nel caso in cui il paziente e i suoi familiari dovranno sostenere il costo totale o parziale delle cure erogate in regime di ricovero o dopo la dimissione. La valutazione del paziente può prevedere il coinvolgimento di diversi professionisti qualificati. Il fattore più importante è che le valutazioni siano complete e a disposizione degli operatori incaricati della cura del paziente. (Vedere anche AOP.1.7, EM 1 per quanto concerne la valutazione del dolore).

Elementi misurabili di AOP.1.2

1. Per tutti i pazienti ricoverati e ambulatoriali viene effettuata una valutazione iniziale comprensiva di un'anamnesi e di un esame obiettivo coerentemente con i requisiti definiti nella politica ospedaliera.
2. Per ogni paziente viene effettuata una valutazione psicologica iniziale in funzione dei bisogni del paziente.
3. Per ogni paziente viene effettuata una valutazione iniziale dello stato sociale ed economico in funzione dei bisogni del paziente.
4. La valutazione iniziale si conclude con un'ipotesi diagnostica.

AOP.1.3

I bisogni di assistenza medica e infermieristica del paziente sono individuati nell'ambito delle valutazioni iniziali e sono registrati in cartella clinica

AOP.1.3.1

La valutazione medica e infermieristica iniziale del paziente in situazione di emergenza è basata sui suoi bisogni e sulle sue condizioni

Intento di AOP.1.3 e AOP.1.3.1

L'esito primario delle valutazioni iniziali del paziente è la comprensione dei suoi bisogni di assistenza medica e infermieristica in modo da poter cominciare la cura e il trattamento. A tal fine, l'organizzazione determina il contenuto minimo delle valutazioni mediche e infermieristiche iniziali e di altre valutazioni iniziali, i tempi entro cui completare le valutazioni e i requisiti per la documentazione delle valutazioni. Anche se le valutazioni mediche e infermieristiche sono fondamentali per poter iniziare il percorso di cura, possono esservi altre valutazioni supplementari ad opera di altri professionisti sanitari, ad esempio le valutazioni specialistiche e le valutazioni personalizzate. Queste valutazioni devono essere integrate e devono essere identificati i bisogni sanitari più urgenti.

Nei casi di emergenza, le valutazioni mediche e infermieristiche iniziali possono limitarsi ai bisogni e alle condizioni apparenti del paziente. Parimenti, nei casi in cui non vi è il tempo materiale per registrare l'anamnesi e l'esame obiettivo completi di un paziente in situazione di emergenza che necessita di intervento chirurgico, prima di procedere si documentano quantomeno una nota sintetica e la diagnosi preoperatoria.

Elementi misurabili di AOP.1.3

1. I bisogni di assistenza medica del paziente sono identificati tramite la valutazione iniziale, l'anamnesi documentata, l'esame obiettivo e le ulteriori valutazioni eseguite sulla base della rilevazione dei bisogni del paziente.
2. I bisogni di assistenza infermieristica del paziente sono identificati tramite la valutazione infermieristica documentata, la valutazione medica e le ulteriori valutazioni eseguite sulla base della rilevazione dei bisogni del paziente.
3. I bisogni di assistenza medica del paziente così identificati sono documentati in cartella clinica.

4. I bisogni di assistenza infermieristica del paziente così identificati sono documentati in cartella clinica.
5. Politiche e procedure supportano l'uniformità della pratica in tutte le aree.

Elementi misurabili di AOP.1.3.1

3. In caso di intervento chirurgico, prima dell'intervento sono registrate perlomeno una nota sintetica e la diagnosi preoperatoria.

AOP.1.4.1

Le valutazioni medica e infermieristica iniziali sono completate entro le prime 24 ore dall'accettazione in regime di ricovero ordinario oppure entro tempi più brevi come indicato dalle condizioni del paziente o dalla politica ospedaliera

Intento

Le valutazioni iniziali mediche e infermieristiche sono ultimate entro le prime 24 ore dall'accettazione e sono a disposizione di tutti gli operatori coinvolti nella cura del paziente. Laddove indicato dalle condizioni del paziente, la valutazione iniziale medica e/o infermieristica viene eseguita e documentata in tempi più brevi. Di conseguenza, i pazienti in emergenza vengono valutati immediatamente e la politica ospedaliera può individuare altre tipologie di pazienti che devono essere valutati in tempi inferiori alle 24 ore.

Se la valutazione medica iniziale è stata eseguita nello studio privato di un medico o in un centro ambulatoriale prima dell'accettazione in regime di ricovero ordinario, non deve avere più di 30 giorni. Se invece, al momento del ricovero ordinario, la valutazione medica ha più di 30 giorni, è necessario documentare un raccordo anamnestico e ripetere l'esame obiettivo. Per le valutazioni mediche eseguite nei 30 giorni precedenti il ricovero, vengono registrati i cambiamenti significativi intervenuti nelle condizioni del paziente.

Questo aggiornamento e/o riesame può essere svolto da qualunque professionista qualificato.

Elementi misurabili

1. La valutazione medica iniziale è eseguita entro le prime 24 ore dall'accettazione in regime di ricovero ordinario oppure entro tempi più brevi come indicato dalle condizioni del paziente o dalla politica ospedaliera.
2. La valutazione infermieristica iniziale è eseguita entro le prime 24 ore dall'accettazione in regime di ricovero ordinario oppure entro tempi più brevi come indicato dalle condizioni del paziente o dalla politica ospedaliera.
3. Le valutazioni mediche iniziali eseguite prima dell'accettazione in regime di ricovero ordinario o prima di una procedura ambulatoriale, non hanno più di 30 giorni oppure l'anamnesi è stata aggiornata e l'esame obiettivo è stato ripetuto.
4. Per le valutazioni con meno di 30 giorni, al momento del ricovero ospedaliero vengono registrati in cartella clinica i cambiamenti significativi intervenuti nelle condizioni del paziente.

AOP.1.5.1

La valutazione medica iniziale è documentata prima dell'anestesia o del trattamento chirurgico

Intento

I risultati della valutazione medica e di eventuali esami diagnostici sono registrati in cartella clinica prima dell'anestesia o dell'intervento chirurgico.

Elementi misurabili

1. Per i pazienti per cui è programmato l'intervento chirurgico viene eseguita una valutazione medica prima dell'intervento. (Vedere anche ASC.7, EM 1 e 2).
2. La valutazione medica del paziente chirurgico è documentata prima dell'intervento.

AOP.1.7

Tutti i pazienti ricoverati e ambulatoriali sono sottoposti a uno screening del dolore, cui segue la valutazione del dolore in caso di riscontro positivo

Intento

Nel corso della valutazione iniziale e delle rivalutazioni, è utilizzata una procedura di screening allo scopo di individuare i pazienti con dolore. Una volta identificata la presenza del dolore, il paziente

può essere trattato all'interno dell'organizzazione oppure inviato altrove per il trattamento. L'ambito del trattamento si basa sull'ambiente di cura e sui servizi erogati.

Quando il paziente è trattato all'interno dell'organizzazione, viene eseguita una valutazione più esauriente. Questa valutazione è appropriata all'età del paziente e misura l'intensità e la qualità del dolore, come natura, frequenza, sede e durata. Questa valutazione viene registrata in modo tale da facilitare la rivalutazione periodica e il follow-up in base ai criteri elaborati dall'organizzazione e ai bisogni del paziente.

Elementi misurabili

1. Per tutti i pazienti viene fatto uno screening del dolore.
2. Se l'esame di screening iniziale identifica la presenza di dolore, il paziente viene inviato altrove per il trattamento oppure viene eseguita una valutazione completa, appropriata all'età del paziente, che misura l'intensità e la qualità del dolore, come natura, frequenza, sede e durata del dolore.
3. La valutazione viene registrata in modo tale da facilitare la rivalutazione periodica e il follow-up in base ai criteri elaborati dall'organizzazione e ai bisogni del paziente.

AOP.2

Tutti i pazienti sono sottoposti a rivalutazione a intervalli appropriati sulla base delle loro condizioni e del loro trattamento allo scopo di determinare la loro risposta al trattamento e di pianificare la continuità delle cure o la dimissione

Intento

La rivalutazione ad opera di tutti i professionisti sanitari coinvolti nella cura paziente è lo strumento principale per comprendere se le decisioni di cura sono appropriate ed efficaci. Il paziente è sottoposto a rivalutazione durante tutto il processo assistenziale, a intervalli di tempo adeguati ai suoi bisogni e al suo piano di cura oppure in base a quanto definito nelle politiche e nelle procedure dell'organizzazione. I risultati di queste rivalutazioni sono annotati nella cartella clinica ad uso e informazione di tutti coloro che intervengono nella cura del paziente.

La rivalutazione del medico è parte integrante della continuità dell'assistenza fornita al paziente. Il paziente acuto è valutato dal medico almeno una volta al giorno, compresi i fine settimana, e ogni qualvolta intervengano modificazioni significative nelle condizioni del paziente.

Le rivalutazioni sono eseguite e i riscontri sono registrati in cartella clinica:

- a intervalli regolari durante il trattamento (ad esempio il personale infermieristico rileva e registra periodicamente i parametri vitali sulla base delle condizioni del paziente);
- da un medico con frequenza giornaliera per i pazienti acuti oppure con minore frequenza come indicato nella politica ospedaliera;
- in risposta a un cambiamento significativo nelle condizioni del paziente;
- se è cambiata la diagnosi del paziente e i bisogni assistenziali richiedono una revisione della pianificazione;
- per verificare il buon esito della terapia farmacologica e di altre terapie e per valutare se il paziente può essere trasferito o dimesso.

Elementi misurabili

1. Il paziente è sottoposto a rivalutazione al fine di determinare la sua risposta al trattamento. (Vedere anche ASC.5.3, EM 1 e 2).
2. Il paziente è sottoposto a rivalutazione al fine di pianificare la continuità delle cure o la dimissione. (ASC.5.3, EM 1 e 2).
3. Il paziente è sottoposto a rivalutazione a intervalli appropriati in base alle sue condizioni e ogni qualvolta intervengano modificazioni significative nelle sue condizioni, nel piano di cura e nei suoi bisogni individuali oppure in base alle politiche e procedure ospedaliere. (Vedere anche ASC.3, EM 1; ASC.5.3, EM 1).
4. Un medico rivaluta il paziente almeno una volta al giorno, compresi i fine settimana, durante la fase acuta della cura e del trattamento.
5. Per i pazienti non acuti, la politica ospedaliera definisce le circostanze e le tipologie di pazienti o le categorie di pazienti per cui la valutazione medica può essere eseguita con una periodicità inferiore a quella giornaliera e identifica l'intervallo minimo di rivalutazione per questi pazienti.
6. Le rivalutazioni sono documentate in cartella clinica.

CURA DEL PAZIENTE (COP)

COP.2.2

I professionisti autorizzati a prescrivere annotano le prescrizioni nell'apposito spazio della cartella clinica

Intento

Le attività assistenziali comprendono le prescrizioni, come ad esempio la richiesta di analisi di laboratorio, la prescrizione di terapia farmacologica, di assistenza infermieristica e di terapia nutrizionale. Le procedure diagnostiche, chirurgiche e le altre procedure sono prescritte da professionisti qualificati in tal senso. Affinché siano eseguite in maniera tempestiva, queste prescrizioni devono essere facilmente accessibili. Scrivere le prescrizioni su un unico foglio o in un apposito spazio uniforme della cartella clinica, facilita la loro esecuzione. Le prescrizioni scritte aiutano inoltre il personale a capire meglio le specifiche della prescrizione, quando deve essere eseguita e chi deve eseguirla. Le prescrizioni possono anche essere scritte su di un apposito modulo da accludere alla cartella clinica periodicamente o alla dimissione.

Ogni organizzazione sanitaria stabilisce:

- quali prescrizioni/ricieste devono essere scritte piuttosto che verbali;
- quali richieste di esami di laboratorio e di diagnostica per immagini devono includere il quesito diagnostico o la motivazione dell'esame;
- le eventuali eccezioni previste per i reparti ad alta specializzazione, come il pronto soccorso e le unità di terapia intensiva;
- chi è autorizzato a scrivere le prescrizioni;
- dove vanno registrate le prescrizioni nella cartella clinica.

Elementi misurabili

1. Le prescrizioni/ricieste sono formulate per iscritto laddove previsto e seguono la politica ospedaliera. (Vedere anche MMU.4, EM 1).
2. Le richieste degli esami di laboratorio e di diagnostica per immagini includono il quesito diagnostico o la motivazione dell'esame laddove necessari ai fini dell'interpretazione.
3. Le prescrizioni/ricieste sono scritte solo dai soggetti autorizzati.
4. Le prescrizioni/ricieste si trovano in un apposito spazio uniforme della cartella clinica.

COP.2.3

Le procedure eseguite sono documentate in cartella clinica

Intento

Le procedure diagnostiche e le altre procedure eseguite, e i risultati delle procedure eseguite, sono documentati in cartella clinica. Sono incluse le procedure di endoscopia, di cateterismo cardiaco e ogni altra procedura diagnostica e/o terapeutica invasiva e non invasiva. (Per quanto riguarda le procedure chirurgiche, vedere ASC.7.2, EM 2).

Elementi misurabili

1. Le procedure eseguite sono documentate in cartella clinica.
2. I risultati delle procedure eseguite sono documentati in cartella clinica.

COP.3.1

Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti in emergenza

COP.3.3

Politiche e procedure guidano la movimentazione, l'uso e la somministrazione di sangue ed emoderivati

COP.3.4

Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti in coma o tenuti in vita artificialmente

Intento di COP.3.1 - CP.3.4

Politiche e procedure, per essere appropriate ed efficaci nella riduzione del rischio associato, devono essere mirate in funzione della popolazione specifica di pazienti a rischio o del singolo servizio ad alto rischio. È molto importante che le politiche e le procedure identifichino:

a) le modalità della pianificazione, compresa l'identificazione delle differenze tra pazienti adulti e pazienti pediatrici o altre considerazioni speciali;

b) la documentazione di cui necessita l'equipe di cura per lavorare e comunicare efficacemente;

c) le considerazioni riguardo a consensi speciali, laddove appropriati;

d) i requisiti di monitoraggio del paziente;

e) le qualifiche o le competenze speciali del personale coinvolto nel processo assistenziale;

f) la disponibilità e l'utilizzo di apparecchiature specialistiche.

Le linee guida cliniche e i percorsi clinici sono spesso utili allo sviluppo di politiche e procedure di cui possono diventare parte integrante. (Vedere anche AOP.1.7).

Elementi misurabili di COP.3.1

• L'assistenza ai pazienti in emergenza è guidata da politiche e procedure appropriate.

• I pazienti ricevono le cure e l'assistenza in conformità alle politiche e alle procedure.

Elementi misurabili di COP.3.3

1. Il trattamento, l'uso e la somministrazione di sangue ed emoderivati sono guidati da politiche e procedure appropriate.

2. Il sangue e gli emoderivati sono somministrati secondo politiche e procedure.

Elementi misurabili di COP.3.4

1. L'assistenza ai pazienti in coma è guidata da politiche e procedure appropriate.

2. L'assistenza ai pazienti tenuti in vita artificialmente è guidata da politiche e procedure.

3. I pazienti in coma e i pazienti tenuti in vita artificialmente ricevono le cure e l'assistenza in base alle politiche e alle procedure.

ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA E CHIRURGICA (ASC)

ASC.3

Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti sottoposti a sedazione moderata e profonda

Intento

La sedazione, in particolare la sedazione moderata e profonda, pone dei rischi per il paziente e quindi deve essere erogata utilizzando definizioni, politiche e procedure chiare. I livelli di sedazione progrediscono in un continuum e il paziente può progredire da un livello all'altro, in base al farmaco somministrato, alla via di somministrazione e ai dosaggi. Le considerazioni importanti da tenere presenti comprendono la capacità del paziente di mantenere i riflessi protettivi, di mantenere autonomamente la pervietà delle vie aeree e di rispondere agli stimoli fisici o ai comandi verbali.

Le politiche e le procedure per la sedazione identificano:

a) le modalità della pianificazione, compresa l'identificazione delle differenze tra pazienti adulti e pazienti pediatrici o altre considerazioni speciali;

b) la documentazione di cui necessita l'equipe di cura per lavorare e comunicare efficacemente;

c) le considerazioni riguardo a consensi speciali, laddove appropriati;

d) la frequenza e il tipo di requisiti per il monitoraggio del paziente;

e) le qualifiche o le competenze speciali del personale coinvolto nel processo della sedazione;

f) la disponibilità e l'utilizzo di apparecchiature specialistiche.

Sono inoltre importanti le qualifiche del medico, dell'odontoiatra o del professionista qualificato che ha la responsabilità del paziente sottoposto a sedazione moderata e profonda. Il medico o il professionista deve possedere le competenze relative a:

a) tecniche per le diverse modalità di sedazione;

b) monitoraggio appropriato;

c) risposta alle complicanze;

d) uso di antagonisti;

e) tecniche di base di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza (come minimo, il BLS).

Il professionista qualificato responsabile effettua una valutazione pre-sedazione del paziente volta ad assicurare che la sedazione e il livello di sedazione programmati siano appropriati per il paziente. La politica ospedaliera definisce l'ambito e il contenuto della valutazione pre-sedazione.

In aggiunta al medico o all'odontoiatra, un altro operatore sanitario qualificato è responsabile del monitoraggio continuo dei parametri fisiologici del paziente e dell'assistenza in caso di interventi rianimatori o di supporto. Le qualifiche dell'operatore che effettua il monitoraggio e le apparecchiature e i dispositivi utilizzati per il monitoraggio sono gli stessi in tutti gli ambiti ospedalieri, (per esempio insala operatoria e nell'ambulatorio di odontoiatria). È così possibile garantire un unico livello di assistenza in tutto l'ospedale.

Le definizioni dei livelli di sedazione sono riportate nelle Note.

Elementi misurabili

1. L'assistenza ai pazienti sottoposti a sedazione moderata e profonda è guidata da politiche e procedure appropriate, che descrivono quantomeno gli elementi di cui ai punti a) - f) dell'intento. (Vedere anche AOP.2, EM 3; MMU.4, EM 1).

2. I professionisti qualificati identificati dallo standard ASC.2(*) partecipano all'elaborazione delle politiche e delle procedure.

3. Viene eseguita una valutazione pre-sedazione, conforme alla politica ospedaliera, per valutare il rischio e l'appropriatezza della sedazione per il singolo paziente.

4. Il professionista medico responsabile della sedazione è qualificato quantomeno negli elementi di cui ai punti g) - k) dell'intento.

5. Un operatore sanitario qualificato effettua il monitoraggio del paziente durante tutto il periodo di sedazione e documenta il monitoraggio.

6. Sono stati elaborati criteri prestabiliti per il risveglio e per la dimissione dalla sedazione e questi criteri sono documentati.

7. La sedazione moderata e profonda è somministrata in base alla politica ospedaliera.

ASC.4

Un professionista qualificato esegue una valutazione preanestesiologica e una valutazione pre-induzione

Intento

Dato che l'anestesia comporta un livello di rischio elevato, la sua somministrazione è pianificata con attenzione.

La valutazione preanestesiologica del paziente fornisce le basi per formulare il piano anestesiologico e per programmare l'analgesia postoperatoria. La valutazione preanestesiologica fornisce infatti le informazioni necessarie per:

- selezionare il tipo di anestesia e pianificare il trattamento anestesiologico;
- somministrare in sicurezza l'anestetico appropriato;
- interpretare i risultati del monitoraggio del paziente.

Un anestesista o un altro professionista qualificato effettua la valutazione preanestesiologica.

La valutazione preanestesiologica può essere eseguita qualche tempo prima del ricovero ospedaliero o della procedura chirurgica oppure poco prima dell'intervento chirurgico come succede nelle emergenze e per le pazienti di ostetricia.

La valutazione pre-induzione è distinta dalla valutazione preanestesiologica, in quanto si concentra sulla stabilità dei parametri fisiologici e sulla idoneità del paziente all'anestesia immediatamente prima dell'induzione di anestesia.

In caso di somministrazione di anestesia per una procedura d'emergenza, la valutazione preanestesiologica e la valutazione pre-induzione possono essere eseguite in rapida successione o in contemporanea, ma sono comunque documentate l'una separata dall'altra.

Elementi misurabili

1. Per ciascun paziente viene effettuata una valutazione preanestesiologica.

2. Viene eseguita a parte una valutazione pre-induzione allo scopo di rivalutare il paziente immediatamente prima dell'induzione di anestesia.

3. Le due valutazioni sono eseguite da un professionista qualificato in tal senso.

4. Le due valutazioni sono documentate in cartella clinica.

ASC.5**Il trattamento anestesilogico di ciascun paziente è pianificato e documentato in cartella clinica***Intento*

Il trattamento di anestesia è attentamente pianificato e documentato nella scheda anestesilogica. Il piano di cura anestesilogico prende in considerazione le informazioni rilevabili dalle altre valutazioni del paziente e identifica il tipo di anestesia da praticare, il metodo di somministrazione, altri farmaci e infusioni, le procedure di monitoraggio e il trattamento previsto per il decorso post-anestesia.

Elementi misurabili

1. Il trattamento anestesilogico di ciascun paziente è pianificato.
2. Il piano di cura anestesilogico è documentato.

ASC.5.1**I rischi, i benefici e le alternative sono discussi con il paziente, i suoi familiari o chi ne fa le veci***Intento*

Il processo di pianificazione dell'anestesia prevede anche l'educazione del paziente, dei suoi familiari o di chi ne fa le veci sui rischi, i benefici e le alternative associati al tipo di anestesia e di analgesia postoperatoria programmate. Il colloquio avviene nell'ambito del processo per l'acquisizione del consenso all'anestesia (compresa la sedazione moderata e profonda), così come richiesto dallo standard PFR.6.4, EM 2. L'anestesista o un professionista qualificato provvede ad informare il paziente.

Elementi misurabili

1. Il paziente, i suoi familiari e chi ne fa le veci sono informati ed educati sui rischi, i benefici e le alternative dell'anestesia. (Vedere anche PFR.6.4, EM 2).
2. L'anestesista o un altro professionista qualificato provvede a educare il paziente.

ASC.5.2**Il tipo di anestesia praticato e la tecnica anestesilogica sono scritti in cartella clinica***Intento*

Il tipo di anestesia praticato e la tecnica anestesilogica sono registrati nella scheda anestesilogica del paziente.

Elementi misurabili

1. Il tipo di anestesia praticato è documentato nella scheda anestesilogica del paziente.
2. La tecnica anestetica utilizzata è documentata nella scheda anestesilogica del paziente.
3. L'anestesista e l'infermiere di anestesia e/o l'infermiere professionale che lo assiste sono identificati nella scheda anestesilogica del paziente.

ASC.5.3**Lo stato fisiologico di ciascun paziente durante la somministrazione di anestesia è sotto monitoraggio continuo, documentato in cartella clinica***Intento*

Il monitoraggio dei parametri fisiologici fornisce informazioni attendibili sullo stato del paziente durante la somministrazione di anestesia (generale, spinale e regionale) e nella fase di risveglio. I metodi di monitoraggio dipendono dalle condizioni pre-anestesia del paziente, dalla scelta del tipo di anestesia e dalla complessità dell'intervento chirurgico o della procedura eseguiti in anestesia. In ogni caso, il monitoraggio complessivo durante l'anestesia è un processo continuo, i cui risultati sono registrati nella cartella clinica del paziente.

Elementi misurabili

1. La politica e la procedura definiscono il tipo di monitoraggio minimo e la frequenza minima del monitoraggio durante l'anestesia, i quali sono uniformi per le tipologie di pazienti simili sottoposti a un'anestesia simile indipendentemente dal luogo di erogazione dell'anestesia. (Vedere anche AOP.2, EM 1-3).

2. Lo stato fisiologico del paziente è monitorato in base alla politica e alla procedura durante la somministrazione di anestesia. (Vedere anche AOP.2, EM 1 e 2).

3. I risultati del monitoraggio sono registrati nella scheda anestesilogica del paziente.

ASC.6**Le condizioni post-anestesia di ciascun paziente sono monitorate e documentate e il paziente è dimesso dall'area di risveglio da un professionista qualificato oppure sulla base di criteri prestabiliti***Intento*

Il monitoraggio durante l'anestesia fornisce le basi per il monitoraggio durante la fase di risveglio postanestesia.

La raccolta continua e l'analisi sistematica dei dati sulle condizioni del paziente durante il risveglio supportano le decisioni sul trasferimento del paziente presso altri reparti e in unità meno intensive. La registrazione dei dati del monitoraggio fornisce la documentazione a supporto delle decisioni di dimissione del paziente.

La dimissione dall'area di risveglio post-anestesia o la cessazione del monitoraggio relativo alla fase di risveglio avviene in uno dei seguenti modi:

- a) il paziente viene dimesso (oppure il monitoraggio relativo alla fase di risveglio viene terminato) da un anestesista qualificato o da un altro operatore autorizzato dal responsabile della gestione dei servizi di anestesia;
- b) il paziente viene dimesso (oppure il monitoraggio relativo alla fase di risveglio viene terminato) da un infermiere o da un operatore analogamente qualificato sulla base dei criteri post-anestesia elaborati dai leader dell'ospedale e in cartella clinica vi sono le evidenze del raggiungimento di tali criteri;
- c) il paziente viene dimesso in un reparto designato per l'assistenza post-anestesia o post-sedazione di pazienti selezionati, come ad esempio un'unità di terapia intensiva cardiovascolare o un'unità di terapia intensiva neurochirurgica.

L'ora di ingresso e l'ora di uscita dall'area di risveglio postoperatorio (o di cessazione del monitoraggio relativo alla fase di risveglio) sono registrate.

Elementi misurabili

1. Il monitoraggio del paziente durante la fase di risveglio post-anestesia viene eseguito in conformità alla politica ospedaliera. (Vedere anche AOP.2, EM 3).
2. I dati del monitoraggio sono documentati in cartella clinica tramite registrazione manuale (per iscritto o a computer) o informatizzata (esempio: tracciato).
3. Il paziente viene dimesso dall'area di post-anestesia (oppure il monitoraggio relativo alla fase di risveglio viene terminato) secondo una delle alternative descritte ai punti a) - c) dell'intento.
4. L'ora di inizio della fase di risveglio e l'ora di fine della fase di risveglio sono registrate in cartella clinica.

ASC.7**Il trattamento chirurgico di ciascun paziente è pianificato e documentato in base ai risultati della valutazione***Intento*

Dato che la chirurgia comporta un grado di rischio elevato, la sua pianificazione è molto accurata. Le valutazioni del paziente forniscono le basi per selezionare la procedura chirurgica appropriata. Le valutazioni forniscono infatti le informazioni necessarie per:

- selezionare la procedura appropriata e la tempistica ottimale;
- eseguire la procedura in sicurezza;
- interpretare i risultati del monitoraggio del paziente;
- la selezione della procedura dipende dall'anamnesi del paziente, dalle sue condizioni fisiche (esame obiettivo) e dai dati diagnostici, nonché dalla valutazione dei rischi e dei benefici della procedura per il singolo paziente.

La selezione della procedura chirurgica prende in considerazione le informazioni rilevabili dalla valutazione di ingresso, dagli esami strumentali e da altre fonti disponibili. Il processo di valutazione è condotto in tempi ridotti se a necessitare l'intervento chirurgico è un paziente in emergenza.

Il trattamento chirurgico pianificato è documentato in cartella clinica, insieme ad una diagnosi preoperatoria.

La sola indicazione della procedura chirurgica non è una diagnosi.

Elementi misurabili

1. Le informazioni emerse dalle valutazioni del paziente, che sono state utilizzate per elaborare e supportare la procedura invasiva programmata, sono documentate in cartella clinica ad opera del medico responsabile prima dell'esecuzione della procedura stessa.

2. Il trattamento chirurgico di ciascun paziente è pianificato sulla base delle informazioni emerse dalle valutazioni del paziente.

3. Una diagnosi preoperatoria e la procedura programmata sono documentate in cartella clinica ad opera del medico responsabile prima dell'esecuzione della procedura.

ASC.7.1

I rischi, i benefici e le alternative sono discussi con il paziente, i suoi familiari o chi ne fa le veci

Intento

Il paziente e i suoi familiari o chi ne fa le veci ricevono informazioni adeguate per partecipare alle decisioni di cura ed esprimere il consenso informato previsto dallo standard PFR.6.4. Le informazioni fornite includono:

- i rischi della procedura pianificata;
- i benefici della procedura pianificata;
- le potenziali complicanze;
- le opzioni chirurgiche e non chirurgiche (alternative) disponibili per trattare il paziente.

Inoltre, nel caso in cui vi sia la possibilità che si renda necessaria la somministrazione di sangue o emoderivati, si discutono anche i rischi e le alternative ad essi connessi. Il chirurgo che opererà il paziente o un altro professionista qualificato forniscono queste informazioni.

Elementi misurabili

1. Il paziente, i suoi familiari e chi ne fa le veci sono informati ed educati sui rischi, i benefici, le potenziali complicanze e le alternative della procedura chirurgica pianificata. (Vedere anche PFR.6.4, EM 1).

2. L'educazione del paziente comprende la spiegazione della necessità, del rischio, dei benefici e delle alternative dell'utilizzo di sangue ed emoderivati.

3. Il chirurgo che opererà il paziente o un altro professionista qualificato provvede a educare il paziente.

ASC.7.2

Un verbale operatorio o una breve nota sull'intervento chirurgico sono presenti in cartella clinica allo scopo di facilitare la prosecuzione delle cure

Intento

L'assistenza postoperatoria del paziente dipende dagli eventi intraoperatori e dagli accertamenti riscontrati in sede di procedura chirurgica. La cartella clinica comprende quindi una diagnosi postoperatoria, una descrizione della procedura chirurgica e dei riscontri o accertamenti (compresi i prelievi di campioni operatori mandati ad analizzare) e i nomi del chirurgo e degli assistenti. A supporto della continuità dell'assistenza postoperatoria, il verbale operatorio è disponibile per iscritto prima che il paziente lasci l'area di risveglio post-anestesia.

Prima che il paziente lasci l'area di risveglio post-anestesia, è possibile stilare una breve annotazione sull'intervento chirurgico al posto del verbale operatorio scritto. Il contenuto minimo del verbale operatorio o della breve nota sull'intervento chirurgico, disponibili per iscritto, deve includere quantomeno i seguenti elementi:

- a) diagnosi postoperatoria;
- b) nome del chirurgo e degli assistenti;
- c) nome della procedura chirurgica;
- d) campioni operatori mandati ad analizzare;
- e) menzione specifica di eventuali complicanze o dell'assenza di complicanze intraoperatorie, compresa la quantità di sangue perso durante l'intervento;
- f) data, ora e firma del medico responsabile.

Elementi misurabili

1. Tutti i verbali operatori e le brevi note sugli interventi chirurgici, documentati per iscritto, comprendono quantomeno gli elementi di cui ai punti a) - f) dell'intento.

2. Il verbale operatorio scritto o una breve nota sull'intervento chirurgico documentata in cartella clinica sono disponibili prima che il paziente lasci l'area di risveglio post-anestesia. (Vedere anche COP.2.3, intento).

ASC.7.4

L'assistenza postoperatoria del paziente è pianificata e documentata

Intento

I bisogni di assistenza medica e infermieristica postoperatoria sono diversi da paziente a paziente. Di conseguenza, è necessario pianificare le cure postoperatorie, compresi il livello di assistenza, l'ambiente di cura, il monitoraggio o il trattamento di follow-up e la necessità di terapia farmacologica. La pianificazione dell'assistenza postoperatoria può cominciare prima dell'intervento chirurgico sulla base della valutazione dei bisogni e delle condizioni del paziente. L'assistenza pianificata è documentata in cartella clinica al fine di garantire la continuità delle prestazioni durante la fase di recupero o di riabilitazione.

Elementi misurabili

1. L'assistenza di ogni paziente nell'immediato postoperatorio è pianificata e include la componente medica, infermieristica e di altre discipline così come indicato dai bisogni predefiniti del paziente.

2. Il piano di assistenza postoperatoria è documentato in cartella clinica dal chirurgo referente o verificato dal chirurgo referente che co-firma il piano documentato che è stato redatto da un suo delegato.

3. Il piano di assistenza infermieristica postoperatoria è documentato in cartella clinica.

4. Laddove indicato dalle condizioni del paziente, il piano di cura postoperatorio erogato da altre discipline è documentato in cartella clinica.

6. Le cure pianificate sono erogate.

GESTIONE E UTILIZZO DEI FARMACI (MMU)

MMU.3

I farmaci sono conservati in modo appropriato e sicuro

Intento

I farmaci possono essere stoccati in magazzino, in farmacia o nel servizio farmaceutico oppure nelle farmacie di reparto o nelle sale infermieri delle unità operative. Lo standard MMU.1 prevede un meccanismo di supervisione per tutti i luoghi dove sono conservati i farmaci. In tutti i luoghi dove sono conservati i farmaci, valgono le seguenti condizioni:

- a) i farmaci sono conservati in condizioni idonee a garantire la stabilità dei prodotti;
- b) esiste un registro di carico e scarico degli stupefacenti ai sensi della legislazione e della normativa vigenti;
- c) i farmaci e le sostanze chimiche utilizzate per preparare i farmaci sono accuratamente etichettati con l'indicazione del contenuto, della data di scadenza e delle avvertenze;
- d) gli elettroliti concentrati non sono conservati nelle unità operative se non laddove clinicamente necessari e, in tal caso, sono in atto dei meccanismi di sicurezza per prevenirne la somministrazione accidentale (requisito valutato come IPSPG 3, EM 1 e 2);
- e) tutte le aree di deposito farmaci sono ispezionate periodicamente in base alla politica ospedaliera allo scopo di garantire la conservazione appropriata dei farmaci;
- f) la politica ospedaliera definisce le modalità di identificazione e conservazione dei farmaci di proprietà del paziente.

Elementi misurabili

Ciascun elemento di cui ai punti a) - f) dell'intento viene valutato separatamente in quanto ognuno di essi rappresenta un'area critica o ad alto rischio.

1. I farmaci sono conservati in condizioni idonee a garantire la stabilità dei prodotti.

4. Tutte le aree di deposito farmaci sono ispezionate periodicamente in base alla politica ospedaliera per garantire la conservazione appropriata dei farmaci.

5. La politica ospedaliera definisce le modalità di identificazione e conservazione dei farmaci di proprietà del paziente.

MMU.3.2

I farmaci per le emergenze sono disponibili, presidiati e al sicuro se conservati fuori dalla farmacia

Intento

In caso di emergenza, il rapido accesso ai farmaci necessari per le emergenze è cruciale. Ogni organizzazione pianifica dove e quali farmaci rendere disponibili per le emergenze. Ad esempio, in sala operatoria si trovano gli antagonisti dell'anestesia. Possono servire allo scopo armadietti, carrelli, borse o contenitori per le urgenze. Al fine di garantire l'accesso ai farmaci per le emergenze in caso di necessità, l'organizzazione stabilisce una procedura o un processo per prevenirne l'abuso, il furto o lo smarrimento e per garantire la sostituzione dei farmaci utilizzati, danneggiati o scaduti. Questo significa che l'organizzazione ha trovato un equilibrio tra la rapidità di accesso ai farmaci per le emergenze e la sicurezza dei luoghi dove sono conservati.

Elementi misurabili

1. I farmaci per le emergenze sono disponibili nelle unità operative dove saranno necessari o sono prontamente accessibili all'interno dell'ospedale per rispondere alle emergenze.

2. La politica ospedaliera definisce le modalità di conservazione, controllo e protezione da perdita o furto dei farmaci per le emergenze.

3. I farmaci per le emergenze sono presidiati e sostituiti tempestivamente come da politica ospedaliera dopo ogni uso e in caso di scadenza o danneggiamento.

MMU.4

La prescrizione, l'ordinazione e la trascrizione dei farmaci sono guidate da politiche e procedure

Intento

La prescrizione, l'ordinazione e la trascrizione sicure dei farmaci sono guidate da politiche e procedure ospedaliere. Il personale medico, infermieristico, farmaceutico e amministrativo collabora all'elaborazione delle politiche e delle procedure e al loro monitoraggio. Gli operatori coinvolti sono addestrati sulle pratiche corrette di prescrizione, ordinazione e trascrizione. Poiché le prescrizioni o le richieste di terapia illeggibili mettono a repentaglio la sicurezza del paziente e possono ritardare il trattamento, la politica ospedaliera contempla le azioni atte a ridurre l'illeggibilità delle prescrizioni di terapia. Un elenco di tutte le terapie in corso è registrato in cartella clinica ed è a disposizione della farmacia, degli infermieri e dei medici. L'organizzazione istituisce un processo per la comparazione dell'elenco dei farmaci assunti dal paziente prima del ricovero ospedaliero con la prima prescrizione di terapia all'ingresso.

Elementi misurabili

1. Politiche e procedure guidano la prescrizione, l'ordinazione e la trascrizione sicure dei farmaci all'interno dell'organizzazione. (Vedere anche COP.2.2, EM 1; IPSPG 2, EM 1).

2. Politiche e procedure prevedono le azioni relative all'illeggibilità delle prescrizioni e delle richieste di terapia.

3. Un processo collaborativo sottintende all'elaborazione delle politiche e procedure.

4. Gli operatori coinvolti sono addestrati sulle pratiche corrette di prescrizione, ordinazione e trascrizione.

5. La cartella clinica contiene un elenco di tutti i farmaci in corso di assunzione dal paziente prima del ricovero ospedaliero e queste informazioni sono messe a disposizione della farmacia e degli operatori sanitari che hanno in carico il paziente.

6. La prima prescrizione di terapia all'ingresso è confrontata con l'elenco dei farmaci assunti dal paziente prima del ricovero ospedaliero, secondo il processo stabilito dall'organizzazione.

MMU.4.1

L'organizzazione definisce gli elementi per la completezza delle prescrizioni o richieste di terapia farmacologica e quali prescrizioni sono considerate accettabili

Intento

Al fine di ridurre la variazione e migliorare la sicurezza del paziente, l'organizzazione definisce in politica gli elementi considerati accettabili di una prescrizione o di una richiesta di terapia complete. Gli elementi descritti dalla politica individuano quantomeno i seguenti punti:

- a) i dati necessari per identificare con esattezza il paziente;
- b) gli elementi della prescrizione o della richiesta;
- c) i casi in cui è accettabile o necessaria l'indicazione del farmaco generico o della specialità medicinale (principio attivo o nome commerciale);
- d) se e quando è richiesta l'indicazione terapeutica per una prescrizione "al bisogno" o di altro tipo;
- e) le precauzioni o le procedure specifiche per la prescrizione dei farmaci cosiddetti "Look-Alike/Sound-Alike";
- f) le azioni da intraprendere quando la prescrizione di terapia è incompleta, illeggibile o non chiara;
- g) le tipologie aggiuntive di prescrizioni autorizzate, come ad esempio le prescrizioni durante un'emergenza, gli "standing orders(*)" prescrizioni continuative, le prescrizioni con sospensione automatica predefinita, e gli elementi necessari di tali prescrizioni;
- h) prescrizioni di terapia verbali e telefoniche e il processo per la verifica di tali prescrizioni. (Vedere anche IPSPG 2, EM 1);
- i) le tipologie di prescrizioni che sono in base al peso, come quelle per i pazienti pediatrici.

Questo standard fissa quindi una serie di aspettative in merito alle prescrizioni di terapia farmacologica che riguardano tutta l'organizzazione. L'implementazione della politica si rifletterà nella completezza delle prescrizioni di terapia registrate in cartella clinica, nel ricevimento delle informazioni necessarie alla dispensazione da parte della farmacia o dell'unità preposta e nella somministrazione del farmaco sulla base di una prescrizione completa.

Elementi misurabili

Gli elementi di cui ai punti a) - i) dell'intento sono valutati come un tutt'uno in quanto rappresentano gli aspetti della politica ospedaliera relativi alla completezza delle prescrizioni di terapia.

1. Le richieste o le prescrizioni di terapia farmacologica considerate accettabili sono definite in politica, ivi compresi quantomeno gli elementi di cui ai punti a) - i) dell'intento.

2. Le richieste o le prescrizioni di terapia farmacologica sono complete in base alla politica ospedaliera.

MMU.4.2

L'organizzazione identifica i professionisti qualificati che sono autorizzati a prescrivere od ordinare i farmaci

Intento di MMU.4.2

La scelta di una terapia farmacologica richiede conoscenze ed esperienze specifiche. Ogni organizzazione è responsabile per l'identificazione dei professionisti in possesso delle conoscenze ed esperienze indispensabili, che siano altresì autorizzati in forza di abilitazioni, certificazioni, leggi o normative a ordinare o prescrivere i farmaci. L'organizzazione può porre delle limitazioni all'autonomia di un singolo professionista, ad esempio in relazione alla prescrizione di stupefacenti, di chemioterapia o di farmaci radioattivi e farmaci sotto sperimentazione. I professionisti autorizzati a prescrivere e ordinare i farmaci sono noti al servizio farmaceutico o agli operatori incaricati della dispensazione dei farmaci. Per le situazioni di emergenza, l'organizzazione identifica ogni altro soggetto autorizzato a prescrivere od ordinare i farmaci.

Elementi misurabili

1. Soltanto gli operatori autorizzati dall'organizzazione in forza di abilitazioni idonee, leggi e normative prescrivono od ordinano i farmaci.

2. Esiste un processo per porre delle limitazioni, laddove opportuno, alle pratiche di prescrizione od ordinazione dei singoli professionisti. (Vedere anche SQE.10, EM 1).

3. I professionisti autorizzati a prescrivere od ordinare i farmaci sono noti al servizio farmaceutico o agli operatori incaricati di dispensare i farmaci.

MMU.5.2**È in uso un sistema di dispensazione dei farmaci nella giusta dose per il paziente giusto al momento giusto***Intento*

Per quanto possibile, i farmaci sono dispensati nella forma più pronta per la somministrazione al fine di minimizzare l'eventualità di errori durante la distribuzione e la somministrazione. Ogni qualvolta un farmaco viene rimosso dalla sua confezione originale oppure preparato e dispensato con una veste/contenitore diversi (e non viene somministrato immediatamente), il farmaco deve essere dotato di etichetta recante il nome del farmaco, la dose/concentrazione del farmaco, la data di preparazione e la data di scadenza. La farmacia centrale e gli altri punti di distribuzione dei farmaci utilizzano lo stesso sistema in tutta l'organizzazione.

Il sistema supporta la dispensazione accurata dei farmaci su base tempestiva.

Elementi misurabili

1. Esiste un sistema uniforme di dispensazione e distribuzione dei farmaci in tutto l'ospedale.
2. Dopo la preparazione, i farmaci sono dotati di etichetta recante il nome del farmaco, la dose/concentrazione del farmaco, la data di preparazione, la data di scadenza e il nome del paziente.
3. I farmaci sono dispensati nella forma di somministrazione più pronta per l'uso.
4. Il sistema supporta l'accuratezza della dispensazione.
5. Il sistema supporta la tempestività della dispensazione.

MMU.6.1**La somministrazione dei farmaci prevede un processo atto a verificare la correttezza del farmaco rispetto alla prescrizione dello stesso***Intento*

La somministrazione sicura dei farmaci prevede la verifica della corrispondenza tra la prescrizione e:

- a) il farmaco;
- b) l'orario e la frequenza di somministrazione;
- c) la dose;
- d) la via di somministrazione;
- e) l'identità del paziente. (Valutato come IPSPG 1, EM 3).

L'organizzazione definisce il processo di verifica da utilizzare per la somministrazione della terapia farmacologica.

Se il farmaco è preparato e dispensato nelle unità operative, anche il processo di verifica dell'appropriatezza descritto allo standard MMU.5.1(*) deve essere svolto da un professionista qualificato.

Elementi misurabili

1. Il farmaco viene verificato rispetto alla prescrizione o alla richiesta.
2. La dose viene verificata rispetto alla prescrizione o alla richiesta.
3. La via di somministrazione viene verificata rispetto alla prescrizione o alla richiesta.
4. Il farmaco è somministrato puntualmente.
5. Il farmaco è somministrato come prescritto e l'avvenuta somministrazione è registrata in cartella clinica.

MMU.6.2**Politiche e procedure regolano la gestione dei farmaci introdotti nell'organizzazione a scopo di auto somministrazione o come campioni di specialità medicinali***Intento*

Per sorvegliare l'utilizzo dei farmaci è necessario essere a conoscenza anche delle fonti e degli utilizzi di farmaci non prescritti o non richiesti all'interno dell'organizzazione sanitaria. I farmaci introdotti nell'organizzazione dal paziente o dai suoi familiari sono noti al medico referente e sono registrati in cartella clinica.

L'autosomministrazione dei farmaci, sia quelli di proprietà del paziente sia quelli prescritti o richiesti all'interno dell'organizzazione, è nota al medico referente e registrata cartella clinica. L'organizzazione controlla la disponibilità e l'utilizzo dei campioni gratuiti di medicinali.

Elementi misurabili

1. Sono implementate politiche e procedure per regolare l'auto-somministrazione dei farmaci ad opera del paziente.
2. Sono implementate politiche e procedure per regolare la documentazione e la gestione dei farmaci introdotti nell'organizzazione da o per il paziente.
3. Sono implementate politiche e procedure per regolare la disponibilità e l'utilizzo dei campioni gratuiti di medicinali.

MMU.7.1**Gli errori di terapia, compresi i "near miss", sono segnalati con un processo e nei tempi stabiliti dall'organizzazione***Intento*

L'organizzazione dispone di un processo di rilevazione e segnalazione degli errori di terapia e dei "near miss" di terapia. Il processo comprende la definizione di errore di terapia e di "near miss" di terapia, l'utilizzo di un formato standard per la loro segnalazione e la formazione del personale riguardo al processo di segnalazione e all'importanza di segnalare errori e near miss. Le definizioni e i processi sono sviluppati tramite un processo collaborativo che vede la partecipazione di tutti i soggetti coinvolti nelle varie fasi della gestione dei farmaci. Il processo di segnalazione fa parte del programma di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente adottato dall'organizzazione ospedaliera. Le segnalazioni sono indirizzate a una o più persone responsabili dell'adozione di azioni correttive. Il programma mira alla prevenzione degli errori di terapia attraverso la comprensione delle tipologie di errori più comuni nell'ospedale e in altre organizzazioni sanitarie e delle motivazioni per cui si verificano i near miss. I miglioramenti nei processi di gestione e utilizzo dei farmaci e la formazione del personale sono impiegati allo scopo di prevenire gli errori nel futuro. La farmacia partecipa alla formazione del personale.

Elementi misurabili

1. Le definizioni di errore di terapia e di "near miss" di terapia sono elaborate tramite un processo collaborativo. (Vedere anche QPS.6, EM 4).
2. Gli errori e i near miss di terapia sono segnalati tempestivamente per mezzo di un processo prestabilito.
3. Sono identificati i soggetti responsabili dell'adozione di azioni correttive sulla base delle segnalazioni.
4. L'organizzazione utilizza le informazioni derivate dalle segnalazioni degli errori e dei near miss di terapia per migliorare i processi di gestione e utilizzo dei farmaci.

MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E SICUREZZA
DEL PAZIENTE (QPS)

QPS.1**I responsabili del governo e della gestione dell'organizzazione sanitaria partecipano alla pianificazione e alla misurazione di un programma per il miglioramento della qualità e per la sicurezza del paziente***Intento*

Leadership e pianificazione sono essenziali al fine di avviare il miglioramento della qualità sostenibile nel tempo e al fine di ridurre i rischi per i pazienti e gli operatori. La leadership e la pianificazione provengono dall'organo di governo dell'organizzazione sanitaria assieme ai responsabili delle attività cliniche e manageriali e dell'operatività quotidiana, i quali rappresentano la leadership dell'organizzazione. La leadership ha la responsabilità di definire il tipo di impegno dell'organizzazione, il suo approccio al miglioramento e alla sicurezza, e le modalità di gestione e supervisione del programma. La leadership elabora il piano per la qualità e per la sicurezza del paziente e, tramite la sua visione e il suo supporto, contribuisce a plasmare la cultura della qualità all'interno dell'ospedale.

L'organo di governo è il responsabile ultimo della qualità e della sicurezza del paziente nell'organizzazione e, quindi, approva il piano per la qualità e per la sicurezza del paziente, riceve periodicamente i report relativi al programma ospedaliero e agisce di conseguenza al fine di migliorare la qualità e la sicurezza del paziente.

Elementi misurabili

1. La leadership dell'organizzazione partecipa all'elaborazione del piano per il programma di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente.

2. La leadership dell'organizzazione partecipa alla misurazione del programma di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente.

3. La leadership dell'organizzazione stabilisce il processo o il meccanismo di supervisione del programma di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente.

4. La leadership dell'organizzazione sottopone all'organo di governo i report sul programma della qualità e della sicurezza del paziente.

QPS.3.1

I leader dell'organizzazione identificano gli indicatori clinici chiave per le singole strutture, processi ed esiti clinici dell'organizzazione

QPS.3.3

I leader dell'organizzazione identificano gli indicatori chiave per ogni singolo Obiettivo internazionale per la sicurezza del paziente

Intento

Il miglioramento della qualità e la sicurezza del paziente sono guidati e indirizzati dai dati. L'utilizzo efficace dei dati si realizza al meglio nel più ampio contesto delle pratiche cliniche basate sull'evidenza e delle pratiche manageriali basate sull'evidenza.

Dato che le organizzazioni sanitarie, in genere, dispongono di risorse limitate, non sono materialmente in grado di raccogliere i dati per misurare tutte le possibili aree di interesse. Di conseguenza, ogni organizzazione deve scegliere i processi e gli esiti clinici e manageriali più importanti da misurare in base alla propria missione, ai bisogni dei pazienti e ai servizi da essa erogati. La misurazione è spesso focalizzata su quei processi che sono ad alto rischio per il paziente, che producono grandi volumi d'attività o che sono problematici per natura. I leader dell'organizzazione hanno la responsabilità di effettuare la selezione definitiva delle misure chiave (indicatori) da includere nelle attività per il miglioramento della qualità dell'organizzazione (cruscotto della qualità).

Gli indicatori sono selezionati in relazione alle aree cliniche importanti che includono:

1. le valutazioni del paziente;
2. i servizi di laboratorio;
3. i servizi di radiologia e diagnostica per immagini;
4. le procedure chirurgiche;
5. l'uso di antibiotici e di altri farmaci;
6. gli errori di terapia e i near miss di terapia farmacologica;
7. l'uso di anestesia e sedazione;
8. l'uso di sangue ed emoderivati;
9. la disponibilità, il contenuto e l'utilizzo delle cartelle cliniche;
10. la prevenzione e il controllo, la sorveglianza e la segnalazione delle infezioni;
11. la ricerca clinica.

[...]

Gli indicatori sono selezionati in relazione alle aree manageriali importanti che includono:

- a) l'approvvigionamento dei farmaci, dei presidi medico-chirurgici e dei materiali comunemente utilizzati ed essenziali al fabbisogno dei pazienti;
- b) la rendicontazione delle attività (reportistica) ai sensi della legislazione e della normativa;
- c) la gestione del rischio;
- d) la gestione delle risorse;
- e) le aspettative e la soddisfazione del paziente e dei familiari;
- f) le aspettative e la soddisfazione del personale;
- g) i fattori demografici e le diagnosi cliniche relativamente ai pazienti;
- h) la gestione economico-finanziaria;
- i) la prevenzione e il controllo di eventi che mettono a repentaglio la sicurezza di pazienti, familiari e operatori.

[...]

I leader dell'organizzazione hanno la responsabilità di effettuare la selezione definitiva delle attività obiettivo della misurazione. Per ciascuna di queste aree, i leader decidono:

- il processo, la procedura o l'esito (outcome) da misurare;

- la disponibilità di "scienza" o "evidenza" a supporto dell'indicatore;
- le modalità di svolgimento della misurazione;
- il nesso tra gli indicatori e il piano globale dell'organizzazione per la misurazione della qualità e per la sicurezza del paziente;
- la frequenza o la periodicità della misurazione.

Il passo più importante è evidentemente l'identificazione del processo, della procedura o dell'esito (outcome) da misurare. L'indicatore deve focalizzarsi, ad esempio, sui punti di rischio nei processi, sulle procedure che spesso presentano problemi o che sono eseguite in grandi volumi e sugli esiti che sono nettamente definibili e controllabili dall'organizzazione. Ad esempio, un'organizzazione può scegliere di misurare una particolare procedura chirurgica (ad esempio la correzione della cheiloschisi) oppure una categoria di procedure chirurgiche (ad esempio le procedure ortopediche). Inoltre, l'organizzazione può voler misurare il processo utilizzato per selezionare la procedura chirurgica per la correzione della cheiloschisi e può voler misurare il processo di allineamento della protesi nell'intervento di artroplastica coxofemorale. La periodicità della raccolta dati è associata alla frequenza di utilizzo di un particolare processo o di esecuzione di una particolare procedura. Per supportare conclusioni e raccomandazioni è necessario un numero sufficiente di dati di tutti i casi o di un campione rappresentativo. Si selezionano nuovi indicatori quando un indicatore in uso non fornisce più i dati utili ad analizzare il processo, la procedura o l'esito. In questo modo, l'organizzazione avrà uno storico di misurazione continua nell'area identificata, anche se gli indicatori utilizzati possono cambiare nel tempo. Per misurare i processi, l'organizzazione deve stabilire come organizzare le attività di misurazione, la periodicità della raccolta dati e le modalità di integrazione della raccolta dati nei processi dell'operatività quotidiana. Gli indicatori sono altresì utili per capire meglio o per valutare più intensivamente le aree sotto osservazione. Analogamente, l'analisi dei dati della misurazione [...] può portare a strategie di miglioramento nell'area oggetto della misurazione. A quel punto, l'indicatore diventa utile anche per comprendere l'efficacia della strategia di miglioramento.

[...]

Elementi misurabili di QPS.3.1

1. I leader clinici selezionano gli indicatori chiave per ciascuna delle aree cliniche individuate ai punti 1) - 11) dell'intento.
3. I leader tengono conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore selezionato.
4. La misurazione comprende indicatori di struttura, di processo e di esito (outcome).
5. Per ciascun indicatore sono identificati l'ambito di applicazione, la metodologia e la frequenza.
6. I dati della misurazione clinica sono raccolti e utilizzati per valutare l'efficacia dei miglioramenti.

Elementi misurabili di QPS.3.3

1. I leader clinici e manageriali selezionano gli indicatori chiave per ciascun Obiettivo internazionale per la sicurezza del paziente.
2. La misurazione degli Obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente comprende le aree individuate dagli IPSG.1 - IPSG.6.
3. I dati della misurazione sono utilizzati per valutare l'efficacia dei miglioramenti.

QPS.6

L'organizzazione utilizza un processo predefinito per identificare e gestire gli eventi sentinella

Intento

Ogni organizzazione sanitaria adotta una definizione operativa di evento sentinella che include quantomeno:

- a) decesso inatteso non associato al decorso naturale della patologia o del quadro clinico del paziente (ad esempio: suicidio);
- b) grave perdita permanente di funzionalità non associata al decorso naturale della patologia o del quadro clinico del paziente;
- c) intervento chirurgico in paziente sbagliato, con procedura sbagliata, in parte del corpo sbagliata;
- d) rapimento di neonato o neonato mandato a casa con i genitori sbagliati.

La definizione ospedaliera di evento sentinella comprende gli eventi identificati alle lettere a) - d) e può includere altri eventi così come previsto dalla legislazione o dalla normativa o come considerato appropriato dall'organizzazione ai fini di un elenco completo di

eventi sentinella. Tutti gli eventi che rispondono alla definizione di evento sentinella sono valutati tramite l'esecuzione di una root cause analysis (analisi delle cause profonde). Se la root cause analysis rivela che dei miglioramenti ai sistemi o altre azioni possono prevenire o ridurre il rischio del ripetersi dell'evento sentinella, l'organizzazione ridisegna i processi e intraprende ogni altra misura appropriata a tal fine.

È importante sottolineare che il termine "evento sentinella" non si riferisce sempre a un errore o uno sbaglio, né sottintende una particolare responsabilità legale.

Elementi misurabili di QPS.6

1. I leader dell'ospedale hanno stabilito una definizione di evento sentinella che include quantomeno gli eventi di cui ai punti a) - d) dell'intento.

2. L'organizzazione conduce una root cause analysis per tutti gli eventi sentinella entro i tempi stabiliti dai leader dell'ospedale.

3. Gli eventi sono analizzati quando si verificano.

4. I leader dell'ospedale prendono delle misure correttive sulla base dei risultati della root cause analysis.

QPS.8

L'organizzazione utilizza un processo predefinito per l'identificazione e l'analisi dei near miss

Intento

Nel tentativo di imparare in modo proattivo dove e come i sistemi possono essere vulnerabili al verificarsi concreto di un evento avverso, l'organizzazione raccoglie i dati e le informazioni su quegli eventi considerati "near miss" e valuta anche questi eventi evitati in uno sforzo teso a prevenire che possano accadere per davvero. In primo luogo, l'organizzazione stabilisce una definizione di "near miss" e stabilisce quali eventi debbano essere segnalati. In secondo luogo, viene attivato un meccanismo di segnalazione, seguito infine da un processo di aggregazione e analisi dei dati al fine di imparare dove e come è possibile ridurre o eliminare l'evento evitato con dei cambiamenti proattivi di processo.

Elementi misurabili

1. L'organizzazione stabilisce una definizione di near miss.

2. L'organizzazione definisce le tipologie di eventi da segnalare. (Vedere anche MMU.7.1 per i near miss di terapia farmacologica).

3. L'organizzazione stabilisce il processo per la segnalazione dei near miss. (Vedere anche MMU.7.1 per i near miss di terapia farmacologica).

4. I dati sono analizzati e sono intraprese misure correttive per ridurre gli eventi di near miss. (Vedere anche MMU.7.1, EM 3).

QUALIFICHE E FORMAZIONE DEL PERSONALE (SQE)

SQE.1.1

Le responsabilità di ciascun operatore sono definite in una job description aggiornata

Intento

Le responsabilità dei singoli operatori che non sono abilitati a esercitare la professione autonomamente, sono definite in una job description aggiornata. La job description è la base per l'assegnazione degli operatori, per l'orientamento al lavoro e per la valutazione dell'espletamento delle responsabilità attribuite.

Una job description si rende necessaria anche per i professionisti sanitari nei casi in cui:

a) il professionista presta servizio in un ruolo sostanzialmente manageriale, ad esempio come responsabile di dipartimento, o in un doppio ruolo sia clinico sia manageriale, le cui responsabilità manageriali sono identificate in una job description;

b) il professionista ha alcune responsabilità cliniche per le quali non è stato autorizzato ad esercitare la professione autonomamente, ad esempio nel caso di un medico in formazione per l'assunzione di un nuovo ruolo o per l'apprendimento di tecniche e competenze nuove (in alternativa al conferimento dei "privileges" come descritto allo standard SQE.10);

c) il professionista è inserito in un programma di formazione ed è sotto supervisione e il programma accademico identifica, per ciascuna fase o livello di addestramento, cosa può fare autonomamente e cosa deve fare sotto supervisione. In questi casi, la descrizione del programma di formazione può servire da job description;

d) il professionista è temporaneamente autorizzato a erogare prestazioni nell'organizzazione. (In alternativa al conferimento dei "privileges" come previsto dallo standard SQE.10).

Se l'organizzazione utilizza delle job description generiche o definite a livello nazionale, ad esempio la job description per la posizione di "infermiere", è necessario integrare questo tipo di job description con l'aggiunta delle responsabilità specifiche degli incarichi per le diverse tipologie di infermieri (ad esempio "infermiere di terapia intensiva", "infermiere di pediatria", "infermiere di sala operatoria", per citarne solo alcuni).

Per gli operatori autorizzati dalla legislazione e dall'organizzazione ad esercitare la professione autonomamente, esiste un processo atto a identificare e autorizzare il singolo professionista all'esercizio della professione sulla base della sua formazione, della pratica e dell'esperienza. Questo processo è identificato dallo standard SQE.9 per il personale medico e dallo standard SQE.12 per il personale infermieristico.

I requisiti di questo standard si applicano a tutte le tipologie di "operatori" per i quali serve una a job description, siano essi a tempo pieno, a tempo parziale, a tempo indeterminato, a tempo determinato, interinali o volontari.

Elementi misurabili

1. Per ogni operatore non autorizzato ad esercitare la professione autonomamente esiste una job description.

2. Per i professionisti identificati ai punti a) - d) dell'intento, laddove presenti nell'organizzazione, esiste una job description appropriata alle attività e alle responsabilità loro affidate oppure, laddove evidenziato dall'intento come alternativa possibile, sono stati loro conferiti i relativi "privileges".

3. Le job description sono aggiornate in base alla politica ospedaliera.

SQE.3

L'organizzazione utilizza un processo predefinito per garantire che le conoscenze e le capacità del personale sanitario corrispondano ai bisogni dei pazienti

Intento

L'organizzazione assume personale qualificato per mezzo di un processo che mette in correlazione i requisiti della posizione con le qualifiche del candidato. Questo processo garantisce inoltre che le capacità professionali dell'operatore sanitario corrispondano ai bisogni dei pazienti sia inizialmente che nel corso del tempo.

Per i professionisti sanitari che non esercitano ai sensi di una job description, il processo è individuato agli standard SQE.9, SQE.10 e SQE.11.

Per il personale sanitario che opera ai sensi di una job description, il processo prevede:

- Una valutazione iniziale per assicurarsi che la persona sia effettivamente in grado di assumersi le responsabilità individuate dalla job description. Questa valutazione viene svolta prima o nel momento stesso in cui il neoassunto comincia ad adempiere alle sue responsabilità lavorative. L'organizzazione può avere un periodo detto "di prova" durante il quale l'operatore sanitario lavora sotto stretta supervisione e viene valutato, ma il processo può anche essere meno formale. In ogni caso, per quanto riguarda gli operatori che erogano servizi ad alto rischio o che erogano assistenza ai pazienti ad alto rischio l'organizzazione si assicura che siano valutati nel momento stesso in cui cominciano ad erogare l'assistenza. Questa valutazione delle capacità e delle conoscenze necessarie e dei comportamenti richiesti viene svolta dal dipartimento o dal servizio cui è stato assegnato l'operatore.

- L'organizzazione definisce poi il processo e la frequenza per la valutazione continua delle capacità professionali degli operatori sanitari.

La valutazione continua assicura gli interventi di formazione del personale laddove necessario e garantisce che l'operatore sia in grado di assumersi responsabilità nuove o modificate. Anche se sarebbe ottimale che questa valutazione fosse svolta su base veramente continua, vi è almeno una valutazione documentata l'anno per ogni professionista sanitario che opera ai sensi di una job description. [...]

Elementi misurabili

1. L'organizzazione utilizza un processo predefinito per abbinare le conoscenze e le capacità professionali degli operatori sanitari ai bisogni dei pazienti.

2. Gli operatori sanitari neoassunti sono valutati nel momento stesso in cui cominciano ad adempiere alle loro responsabilità lavorative.

3. La valutazione è condotta dal dipartimento o dal servizio cui è stato assegnato il neoassunto.

4. L'organizzazione definisce la frequenza della valutazione continua del personale sanitario.

5. Esiste almeno una valutazione documentata per ogni professionista sanitario che opera ai sensi di una job description ogni anno o più valutazioni l'anno come definito dall'organizzazione.

SQE.5

Le informazioni sul personale sono documentate per ciascun operatore

Intento

Per tutto il personale che opera all'interno dell'organizzazione esistono uno o più fascicoli individuali contenenti le informazioni sulle qualifiche, i risultati delle valutazioni, lo stato di servizio e le precedenti esperienze di lavoro. Il processo e i fascicoli del personale sanitario, compresi i professionisti autorizzati dalla normativa e dall'organizzazione ad esercitare autonomamente, sono descritti agli standard SQE.9 per il personale medico, SQE.12 per il personale infermieristico [...]. I fascicoli del personale sono standardizzati e tenuti costantemente aggiornati in base alla politica dell'organizzazione.

Elementi misurabili

1. Le informazioni sul personale sono documentate per ciascun operatore.

2. I fascicoli del personale contengono le qualifiche degli operatori.

3. I fascicoli del personale contengono la job description degli operatori laddove applicabile.

4. I fascicoli del personale contengono il curriculum delle precedenti esperienze di lavoro.

5. I fascicoli del personale contengono i risultati delle valutazioni.

6. I fascicoli del personale contengono la documentazione dei corsi di formazione e di aggiornamento frequentati dall'operatore.

7. I fascicoli del personale sono standardizzati e costantemente aggiornati.

SQE.7

Tutti gli operatori sanitari e non sanitari sono orientati all'organizzazione, al dipartimento o all'unità di assegnazione e alle responsabilità specifiche del proprio incarico all'atto dell'assegnazione degli incarichi

Intento

La decisione di assegnare l'incarico ad una persona mette in moto una serie di processi all'interno dell'organizzazione.

Per poter svolgere correttamente le proprie mansioni, il neoassunto (indipendentemente dal tipo di rapporto di lavoro) deve conoscere l'intera organizzazione e il modo in cui le sue specifiche responsabilità cliniche o non cliniche contribuiranno alla realizzazione della missione dell'organizzazione. Tutto questo si ottiene tramite un orientamento generale all'organizzazione e al ruolo del neoassunto all'interno dell'organizzazione e tramite un orientamento specifico alle responsabilità insite nelle mansioni proprie di ogni singola posizione funzionale. L'orientamento comprende, laddove appropriato, la segnalazione degli errori medici, le pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni, le politiche ospedaliere sulle prescrizioni telefoniche di terapia e così via.

Anche gli operatori a contratto, i volontari e gli studenti/tirocinanti sono orientati all'organizzazione e ai loro incarichi o responsabilità specifiche, ad esempio sulla sicurezza del paziente e sulla prevenzione e il controllo delle infezioni.

Elementi misurabili

1. Tutti i neoassunti delle aree cliniche e non cliniche sono orientati all'organizzazione, al dipartimento o all'unità di assegnazione e alle responsabilità specifiche del proprio incarico o di eventuali incarichi particolari.

2. Gli operatori a contratto sono orientati all'organizzazione, al dipartimento o all'unità di assegnazione e alle responsabilità specifiche del proprio incarico o di eventuali incarichi particolari.

3. I volontari sono orientati all'organizzazione e alle responsabilità loro assegnate.

4. Gli studenti/tirocinanti sono orientati all'organizzazione e alle responsabilità loro assegnate.

SQE.8.1

Gli operatori sanitari a diretto contatto con il paziente e altri operatori identificati dall'organizzazione sono addestrati nelle manovre di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza e sono in grado di dimostrare una competenza adeguata al riguardo

Intento

Ogni organizzazione identifica gli operatori che devono essere addestrati nelle manovre di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza e il livello di addestramento (base o avanzato) adeguato al loro ruolo nell'organizzazione.

Il corso di addestramento del livello richiesto (base o avanzato) per il personale così identificato è ripetuto sulla base dei requisiti e/o della periodicità definiti da un programma di addestramento ufficialmente riconosciuto oppure ogni due anni laddove non sia utilizzato un corso di addestramento ufficialmente riconosciuto.

Vi è la documentazione a dimostrazione del fatto che ogni operatore che abbia frequentato il corso abbia effettivamente raggiunto il livello di competenza richiesto.

Elementi misurabili

1. Gli operatori sanitari a diretto contatto con il paziente e gli altri operatori individuati dall'organizzazione per frequentare i corsi sulla rianimazione cardiopolmonare d'urgenza sono identificati.

2. Il livello appropriato di addestramento è offerto con la periodicità sufficiente a rispondere ai bisogni del personale.

3. Vi è l'evidenza a dimostrazione che l'operatore ha superato il corso di addestramento.

4. Ogni operatore ripete il corso di addestramento del livello auspicato (base o avanzato) sulla base dei requisiti e/o della periodicità definiti da un programma di addestramento ufficialmente riconosciuto oppure ogni due anni laddove non sia utilizzato un corso di addestramento ufficialmente riconosciuto.

SQE.9

L'organizzazione ha un processo efficace per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, formazione, pratica, competenze ed esperienze) del personale medico autorizzato a fornire assistenza sanitaria senza supervisione

SQE.9.1

Come minimo ogni tre anni, la leadership prende una decisione fondata su informazioni precise in merito al rinnovo dell'autorizzazione di ciascun medico a seguire ad erogare prestazioni clinico-sanitarie

Intento di SQE.9 - 9.1

Per personale medico si intendono tutti i medici, gli odontoiatri e gli altri laureati che sono abilitati a esercitare la professione in maniera autonoma (senza supervisione) e che erogano ai pazienti prestazioni sanitarie di tipo preventivo, terapeutico, conservativo, chirurgico, riabilitativo o altre prestazioni a carattere medico o dentistico oppure che erogano prestazioni diagnostiche a favore dei pazienti, come nel caso dei servizi di anatomia patologica, radiologia e laboratorio, indipendentemente dalla classificazione dell'organizzazione sul tipo di assegnazione dell'incarico, rapporto di lavoro dipendente o libero-professionale o di altre tipologie di accordi contrattuali con il singolo medico per l'erogazione delle suddette prestazioni sanitarie. Questi professionisti sono i principali responsabili della cura del paziente e degli esiti (outcome) delle cure. Di conseguenza, l'organizzazione si assume la massima responsabilità nel garantire che ognuno di questi professionisti medici sia qualificato a erogare prestazioni e trattamenti sicuri ed efficaci per la cura del paziente.

L'organizzazione si assume questa responsabilità implementando le seguenti azioni:

- osservanza della legislazione e della normativa vigenti in materia che identificano i professionisti autorizzati ad esercitare autonomamente e conseguente adeguamento dell'organizzazione alle norme applicabili;

- raccolta di tutte le credenziali disponibili sul professionista medico, ivi compresa, quantomeno, tutta la documentazione attestante, nell'ordine: studi e tirocinio, abilitazione in corso di validità, competenze attuali tramite informazioni da altre organizzazioni dove il medico ha esercitato, lettere di presentazione e/o altre informazioni che l'organizzazione può richiedere, come ad esempio un'anamnesi dello stato di salute, foto e così via;

- verifica delle informazioni essenziali come ad esempio aggiornate registrazioni o abilitazioni, specie nei casi in cui tali documenti necessitano di rinnovo periodico, e ogni eventuale certificazione o diploma postlaurea.

L'organizzazione è tenuta a fare tutti i tentativi possibili per verificare la veridicità delle informazioni essenziali, anche nei casi in cui la formazione del medico abbia avuto luogo in un'altra nazione e/o diverso tempo addietro. I metodi per effettuare questo tipo di verifica sono diversi, dalla ricerca sui siti web sicuri alla conferma ottenuta per lettera o per telefono dalla fonte e documentata per iscritto, fino all'interpellanza di enti terzi come ad esempio un'agenzia ufficialmente preposta, governativa o non governativa.

Le tre situazioni seguenti sono considerate sostituiti accettabili per la verifica alla fonte originale delle credenziali quando non eseguita direttamente dall'organizzazione:

1. Applicabile ad ospedali sotto la supervisione diretta di enti governativi: è accettabile il processo di verifica governativa, supportato dalla presenza di normative governative trasparenti in materia di verifica alla fonte originale, oltre all'abilitazione rilasciata dal ministero (o chi per esso) e al conferimento di uno status specifico (a titolo di esempio: medico specialista ospedaliero, specialista in ...).

2. Applicabile a tutti gli ospedali: è accettabile la verifica alla fonte originale dei documenti presentati dal candidato che sia stata già condotta da un ospedale facente parte della stessa azienda ospedaliera o dello stesso gruppo ospedaliero privato purché l'ospedale affiliato sia attualmente accreditato da JCI con un punteggio di "piena conformità" per quanto riguarda il processo di verifica, vale a dire un punteggio pieno nell'elemento misurabile 2 dello standard SQE.9.

3. Applicabile a tutti gli ospedali: le credenziali sono state verificate da un ente terzo indipendente, come ad esempio un'agenzia governativa o non governativa ufficialmente preposta, a patto che si applichino le seguenti condizioni: un ospedale che basa in parte le sue decisioni sulle informazioni ricevute da un'agenzia governativa o non governativa ufficialmente preposta deve avere piena fiducia nella completezza, accuratezza e tempestività di tali informazioni. Per ottenere questo livello di fiducia nelle informazioni, l'ospedale deve valutare l'agenzia che rilascia le informazioni inizialmente e poi a seguire su base periodica. I principi che guidano tale valutazione sono i seguenti:

- L'agenzia rende noto all'utilizzatore quali dati e informazioni è in grado di fornire.

- L'agenzia fornisce all'utilizzatore la documentazione che descrive le modalità di esecuzione dei suoi processi di raccolta dati, informazione e sviluppo e infine verifica.

- L'utilizzatore e l'agenzia concordano il formato per l'invio delle informazioni relative alle credenziali del professionista da parte dell'agenzia.

- L'utilizzatore può facilmente distinguere tra le informazioni trasmesse dall'agenzia quali provengono da una fonte originale e quali no.

- Se l'agenzia trasmette informazioni che possono diventare obsolete, fornisce anche la data dell'ultimo aggiornamento effettuato presso la fonte originale.

- L'agenzia certifica che le informazioni trasmesse all'utilizzatore rappresentano fedelmente le informazioni da essa ottenute.

- L'utilizzatore è in grado di sapere se le informazioni trasmesse dall'agenzia e provenienti da una fonte originale sono tutte le informazioni in possesso dell'agenzia in relazione a un dato aspetto e, in caso contrario, dove è possibile ottenere ulteriori informazioni.

- Laddove necessario, l'utilizzatore può attivare i processi di controllo qualità dell'agenzia per risolvere problemi di errori di trasmissione, incongruenze o altre problematiche relative ai dati che possono insorgere di quando in quando.

- L'utilizzatore ha un accordo formale con l'agenzia per la comunicazione di eventuali cambiamenti nelle informazioni relative alla verifica delle credenziali.

[...]

Nei casi in cui non è possibile effettuare la verifica, ad esempio in caso di perdita di dati o documenti a causa di un evento calamitoso, il tutto è debitamente documentato.

L'organizzazione assembla e trattiene un fascicolo delle credenziali di ciascun medico. Il processo si applica a tutto il personale medico di ogni ordine e grado, indipendentemente dal tipo di rapporto di lavoro (dipendenti, onorari, contrattisti e liberi professionisti).

L'organizzazione riesamina i fascicoli di ciascun medico in occasione dell'assegnazione del primo incarico e poi quantomeno ogni tre anni al fine di garantire che ogni medico sia sempre in possesso di abilitazione in corso di validità, non abbia subito azioni disciplinari da parte delle agenzie di certificazione e di abilitazione, sia in possesso di documentazione sufficiente per richiedere il conferimento di "privileges" o incarichi nuovi o ampliati all'interno dell'organizzazione e sia fisicamente e mentalmente in grado di erogare prestazioni sanitarie e di curare e trattare i pazienti senza supervisione. La politica dell'organizzazione identifica i soggetti o il meccanismo deputati a effettuare questo riesame, i criteri eventualmente utilizzati a scopo decisionale e le modalità di documentazione delle decisioni prese.

Elementi misurabili di SQE.9

1. I medici e i laureati che sono autorizzati dalla legislazione, dalla normativa e dall'organizzazione a erogare assistenza sanitaria senza supervisione sono identificati.

2. Le credenziali richieste per ciascun medico in forza all'organizzazione (tra cui titoli di studio, abilitazioni ed registrazioni), così come stabilite in base alla normativa e alla politica ospedaliera, sono trattenute in copia dall'organizzazione e conservate nel fascicolo personale o in un fascicolo a parte delle credenziali del singolo medico.

3. Tutte le credenziali (tra cui titoli di studio, abilitazioni ed registrazioni) sono verificate presso la fonte originale, ossia l'istituzione che ha rilasciato la credenziale, prima che il professionista cominci ad erogare prestazioni sanitarie ai pazienti o per essi.

4. Tutte le credenziali presenti nel fascicolo del singolo medico (tra cui titoli di studio, abilitazioni ed iscrizioni agli albi) sono in corso di validità e aggiornate laddove richiesto.

5. In occasione dell'assegnazione del primo incarico, viene stabilito sulla base di informazioni precise che il medico è in possesso dei titoli che gli consentono di erogare prestazioni sanitarie.

Elementi misurabili di SQE.9.1

1. Esiste un processo, descritto in politica, per il riesame delle credenziali di ciascun medico a intervalli periodici quantomeno ogni tre anni.

Standard SQE.10

L'organizzazione ha 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

Intento

La decisione più critica che deve essere presa da un'organizzazione sanitaria al fine di tutelare la sicurezza dei pazienti e promuovere la qualità dei propri servizi sanitari, riguarda le competenze cliniche aggiornate dei singoli medici e determinare quali prestazioni cliniche il singolo medico sarà autorizzato a eseguire: tale processo che viene anche chiamato "conferimento dei privileges".

Le decisioni in merito al conferimento dei "privileges" sono prese con le seguenti modalità:

1. L'organizzazione seleziona un processo standardizzato per individuare le prestazioni cliniche per ciascun professionista medico. In occasione dell'assegnazione del primo incarico nell'organizzazione, le credenziali individuate allo standard SQE.9 forniranno la base principale per stabilire quali saranno i "privileges" del neoassunto. Laddove disponibili, vengono prese in considerazione anche le lettere dei precedenti luoghi di lavoro e di esimi colleghi, i premi vinti e altre fonti di informazione.

2. In occasione della riconferma in ruolo, ogni tre anni, l'organizzazione raccoglie e utilizza le informazioni relative alle seguenti aree di competenza generale dei professionisti medici:

- a) assistenza sanitaria: il medico eroga assistenza sanitaria nel rispetto del paziente in modo appropriato ed efficace per quanto concerne la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, il trattamento delle patologie e le cure di fine vita;

- b) conoscenze mediche/cliniche delle scienze biomediche, cliniche e sociali consolidate e in divenire, compresa l'applicazione delle conoscenze alla cura del paziente e alla formazione dei colleghi;

- c) apprendimento e miglioramento basato sulla pratica professionale utilizzando le evidenze scientifiche e le metodiche scienti-

fiche per studiare, valutare e migliorare le pratiche clinico-assistenziali;

d) capacità di comunicazione e nei rapporti interpersonali che consentono al medico di instaurare e mantenere rapporti professionali con i pazienti, i familiari e gli altri componenti delle equipe di cura;

e) professionalità che si riflette nell'impegno verso il continuo sviluppo professionale, nell'esercizio della pratica professionale secondo criteri di eticità, nell'attenzione e nella sensibilità alle diversità e nell'atteggiamento responsabile nei confronti dei pazienti, della professione medica e della società;

f) pratiche di sistema tramite la conoscenza dei contesti e dei sistemi di erogazione dell'assistenza sanitaria.

Esiste una procedura standardizzata oggettiva e basata sull'evidenza per convertire tutte queste informazioni in una decisione in merito ai "privileges" del professionista medico. La procedura è documentata nelle politiche ed è implementata. I leader del personale medico sono in grado di dimostrare l'efficacia della procedura nel processo di assegnazione del primo incarico e nel processo di riconferma.

I "privileges" clinici, una volta stabiliti o ristabiliti, sono resi disponibili in formato cartaceo, elettronico o con altri mezzi agli operatori o alle unità operative (ad esempio in sala operatoria o in pronto soccorso) dove il medico erogherà le prestazioni. Queste informazioni sono un'ulteriore garanzia del fatto che i singoli medici eserciteranno la loro professione entro i limiti delle loro competenze e dei "privileges" loro conferiti. Le informazioni sono aggiornate periodicamente.

Elementi misurabili

1. L'organizzazione si serve di un processo standardizzato, documentato in una politica ufficiale, per il conferimento dei "privileges" per l'erogazione di prestazioni sanitarie ai singoli medici in occasione dell'assegnazione del primo incarico e della riconferma. (Vedere anche MMU.4.2, EM 2).

2. La decisione in merito alla riconferma per l'erogazione di prestazioni sanitarie è guidata dagli elementi di cui ai punti a) - f) dell'intento e dal riesame annuale delle performance del singolo medico.

3. Le prestazioni sanitarie da erogarsi ad opera di ciascun medico sono chiaramente delineate e comunicate dai leader dell'organizzazione a tutte le unità operative dell'organizzazione e al singolo medico interessato.

4. Ciascun medico eroga solo ed esclusivamente quelle prestazioni che gli sono state specificatamente autorizzate dall'organizzazione.

SQE.11

L'organizzazione si serve di un processo standardizzato e permanente per valutare la qualità e la sicurezza delle prestazioni cliniche erogate da ciascun medico

Intento

Esiste un processo standardizzato per raccogliere, almeno una volta l'anno, i dati di interesse su ogni singolo medico a scopo di riesame da parte del rispettivo capo di dipartimento o della direzione sanitaria. Questo riesame permette all'organizzazione di identificare le tendenze (trend) in atto nella pratica professionale che impattano sulla qualità dell'assistenza e sulla sicurezza del paziente. I criteri utilizzati nella valutazione continua della pratica professionale includono, tra gli altri:

- riesame delle procedure chirurgiche e di altre procedure cliniche eseguite e dei loro esiti (outcome);
- utilizzo di sangue e di farmaci;
- richieste di esami e procedure;
- durata delle degenze;
- dati di morbilità e mortalità;
- ricorso a consulenze e specialisti;
- altri criteri pertinenti stabiliti dall'organizzazione.

Queste informazioni possono essere acquisite tramite:

- riesame periodico delle cartelle cliniche;
- osservazione diretta;
- monitoraggio delle tecniche diagnostiche e terapeutiche;
- monitoraggio della qualità clinica;
- confronto tra pari, con colleghi e altri operatori.

La valutazione delle attività dei primari e dei capi dipartimento è condotta da una commissione interna o esterna.

Il processo di valutazione continua della pratica professionale è oggettivo e basato sulle evidenze. I risultati del processo di riesame hanno dei risvolti in termini di attribuzione di responsabilità in capo al singolo medico, le quali possono restare immutate, possono essere ampliate oppure ridotte, può essere previsto un periodo di counseling e di supervisione oppure altre azioni appropriate al caso. In qualunque momento nel corso dell'anno, laddove si dovessero presentare delle evidenze di performance scadenti o comunque discutibili, viene condotto un riesame e vengono intraprese le azioni del caso. I risultati dei riesami, le azioni intraprese e ogni impatto sui "privileges" sono documentati nel fascicolo delle credenziali del medico o in un altro fascicolo appropriato.

Elementi misurabili di SQE.11

1. Una valutazione continua della pratica professionale in termini di qualità e di sicurezza delle prestazioni sanitarie erogate da ciascun medico è oggetto di riesame e di comunicazione al diretto interessato almeno una volta l'anno. (Vedere anche QPS.1.1, EM 1).

2. La valutazione continua della pratica professionale e il riesame annuale di ciascun medico sono effettuati per mezzo di un processo uniforme definito dalla politica ospedaliera.

3. La valutazione contempla e utilizza i dati comparativi in modo proattivo, ad esempio tramite un benchmarking con la medicina basata sulla letteratura.

4. La valutazione contempla e utilizza le conclusioni delle analisi approfondite di complicanze note laddove applicabile. (Vedere anche QPS.6).

5. Le informazioni emerse dal processo di valutazione della pratica professionale sono documentate nel fascicolo delle credenziali del medico e in altri fascicoli pertinenti.

SQE.12

L'organizzazione ha un processo efficace per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, studi, tirocinio ed esperienze) del personale infermieristico

Intento

L'organizzazione sanitaria deve garantire la presenza di personale infermieristico qualificato in funzione della sua missione, delle risorse e dei bisogni dei pazienti. Il personale infermieristico ha la responsabilità di fornire assistenza sanitaria diretta. Inoltre, l'assistenza infermieristica contribuisce agli esiti (outcome) finali dell'assistenza. L'organizzazione deve garantire la presenza di infermieri qualificati ad erogare assistenza infermieristica e deve specificare il tipo di assistenza che sono autorizzati ad erogare laddove non già definito dalla legislazione o dalla normativa. L'organizzazione garantisce che ogni infermiere è qualificato ad erogare prestazioni e trattamenti sicuri ed efficaci per la cura del paziente implementando le seguenti azioni:

- osservanza della legislazione e della normativa vigenti in materia che si applicano agli infermieri e alla pratica infermieristica;
- raccolta di tutte le credenziali disponibili su ciascun infermiere, ivi compresa, quantomeno, tutta la documentazione attestante, nell'ordine:
 - studi e tirocinio;
 - abilitazione in corso di validità;
 - competenze attuali tramite informazioni da altre organizzazioni dove l'infermiere ha prestato servizio;
 - lettere di presentazione e/o altre informazioni che l'organizzazione può richiedere, come ad esempio un'anamnesi dello stato di salute, foto e così via;
- verifica delle informazioni essenziali come ad esempio registrazioni o l'abilitazione, specie nei casi in cui tali documenti necessitano di rinnovo periodico, e ogni eventuale certificazione di formazione specialistica o avanzata.

L'organizzazione è tenuta a fare tutti i tentativi possibili per verificare la veridicità delle informazioni essenziali, anche nei casi in cui la formazione dell'infermiere abbia avuto luogo in un'altra nazione e/o diverso tempo addietro. I metodi per effettuare questo tipo di verifica sono diversi, dalla ricerca su siti web sicuri alla conferma ottenuta per lettera o per telefono dalla fonte e documentata per iscritto, fino all'interpellanza di enti terzi come ad esempio un'agenzia ufficialmente preposta, governativa o non governativa.

Le situazioni descritte per il personale medico nell'intento dello standard SQE.9 sono considerate sostituiti accettabili per la verifica alla fonte originale delle credenziali del personale infermieristico quando non eseguita direttamente dall'organizzazione.

[...]

Nei casi in cui non è possibile condurre la verifica, ad esempio in caso di perdita di dati o documenti a causa di un evento calamitoso, il tutto è debitamente documentato.

L'organizzazione ha un processo per garantire la raccolta, la verifica e la valutazione delle credenziali di ogni singolo infermiere con contratto interinale (o comunque non inquadrato) al fine di verificare le competenze cliniche attuali prima dell'assegnazione di incarichi o ad unità operative.

L'organizzazione assembla e trattiene un fascicolo delle credenziali di ciascun infermiere. Il fascicolo contiene le abilitazioni in corso di validità (in caso di rinnovo periodico previsto dalla normativa). È presente anche la documentazione della formazione relativa ad eventuali competenze aggiuntive.

Elementi misurabili

1. L'organizzazione ha una procedura standardizzata per raccogliere le credenziali di ciascun infermiere.
2. Abilitazioni, studi, tirocini ed esperienze sono documentati.
3. Le suddette informazioni sono verificate presso la fonte originale in base ai parametri delineati nell'intento dello standard SQE.9.
4. Esiste un fascicolo aggiornato delle credenziali di ciascun infermiere.
5. L'organizzazione ha un processo per garantire la validità e la completezza delle credenziali degli infermieri presi in outsourcing prima dell'assegnazione di incarichi.
6. L'organizzazione ha un processo per garantire la validità delle credenziali degli infermieri che non sono dipendenti dell'organizzazione ma che accompagnano medici privati ed erogano prestazioni per i pazienti dell'organizzazione.

GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE E DELLE INFORMAZIONI (MCI)

MCI.18

Una politica o un protocollo scritto definisce i requisiti per lo sviluppo e la gestione di politiche e procedure interne e un processo per la gestione di politiche e procedure esterne

Intento

Lo scopo di politiche e procedure è fornire conoscenze uniformi sul funzionamento dell'organizzazione.

Una politica o un protocollo definisce le modalità di controllo sulle politiche dell'organizzazione. La politica o il protocollo in questione contiene le seguenti informazioni sulle modalità di attuazione del controllo sulle politiche, ivi comprese le seguenti fasi:

- a) verifica e approvazione di tutte le politiche e le procedure da parte di un soggetto autorizzato prima dell'emissione;
- b) il processo e la frequenza per la revisione e il rinnovo dell'approvazione di politiche e procedure;
- c) i controlli volti a garantire che solo le versioni correnti e aggiornate di politiche e procedure siano disponibili in tutti i luoghi di effettivo utilizzo;
- d) identificazione delle modifiche apportate a politiche e procedure;
- e) gestione dell'identità dei documenti e loro leggibilità;
- f) processo per la gestione di politiche e procedure provenienti dall'esterno;
- g) conservazione di politiche e procedure obsolete almeno per i tempi imposti dalla legislazione e dalla normativa, assicurando al contempo che le stesse non vengano utilizzate erroneamente;
- h) identificabilità e tracciabilità di tutte le politiche e le procedure in uso nell'organizzazione.

Il sistema di tracciabilità permette di identificare ogni documento per titolo, data di emissione, numero e data di revisione e/o data della versione corrente, numero di pagine, soggetto che ne ha autorizzato l'emissione e/o che ha verificato il documento e l'identificativo del database (laddove applicabile).

Esiste un processo per garantire che tutto il personale abbia letto e conosca le politiche e le procedure di loro competenza.

I processi per sviluppare e gestire politiche e procedure sono implementati.

Elementi misurabili

1. Una politica o un protocollo scritto definisce i requisiti per lo sviluppo e la gestione di politiche e procedure tra cui, quantomeno, gli elementi di cui ai punti a) - h) dell'intento. La politica o il protocollo è implementato.

2. Un protocollo scritto definisce le modalità di controllo sulle politiche e sulle procedure prodotte da soggetti esterni all'organizzazione. Il protocollo è implementato.

3. Una politica o un protocollo scritto definisce i tempi di conservazione di politiche e procedure obsolete, almeno per i tempi previsti dalla legislazione e dalla normativa, assicurando al contempo che le stesse non vengano utilizzate erroneamente. La politica o il protocollo è implementato.

4. Una politica o un protocollo scritto definisce le modalità di identificazione e di tracciabilità delle politiche e delle procedure in uso. La politica o il protocollo è implementato.

MCI.19.1.1

La cartella clinica di ogni paziente trattato in pronto soccorso riporta l'ora di arrivo, le conclusioni al termine del trattamento di pronto soccorso, le condizioni del paziente alla dimissione e le istruzioni di follow-up

Intento

La cartella clinica di ciascun paziente deve presentare informazioni sufficienti a supportare la diagnosi, giustificare il trattamento erogato e documentare il decorso e i risultati del trattamento. Un formato e un contenuto standardizzati della cartella clinica contribuiscono a promuovere l'integrazione e la continuità delle cure tra i vari professionisti sanitari che, di volta in volta, prendono in carico il paziente.

L'organizzazione stabilisce quali dati e informazioni specifiche devono essere registrati nella cartella clinica di ciascun paziente esaminato o trattato in regime ambulatoriale, in ricovero o in emergenza. La cartella clinica di ciascun paziente che riceve cure di pronto soccorso riporta le informazioni specifiche identificate dallo standard MCI.19.1.1.

Elementi misurabili

1. La cartella clinica di pronto soccorso riporta l'ora di arrivo.
2. La cartella clinica di pronto soccorso riporta le conclusioni al termine del trattamento.
3. La cartella clinica di pronto soccorso riporta le condizioni del paziente alla dimissione.
4. La cartella clinica di pronto soccorso riporta le istruzioni di follow-up.

MCI.19.3

Per ogni annotazione effettuata in cartella clinica è possibile identificarne l'autore e la data

Intento di MCI.19.2 e MCI.19.3

L'autorizzazione d'accesso alle diverse categorie di informazioni si basa sulla necessità oggettiva di accedere a determinate informazioni ed è definita in base alla carica e alla posizione funzionale degli utilizzatori, ivi compresi gli specializzandi e i tirocinanti. Un processo efficace definisce:

- chi ha accesso alle informazioni;
- le informazioni alle quali hanno accesso i singoli utilizzatori;
- l'obbligo dell'utilizzatore di tutelare la riservatezza delle informazioni;
- il processo applicato in caso di violazione della riservatezza e della protezione dei dati.

Un aspetto relativo alla protezione delle informazioni riguardanti i pazienti consiste nello stabilire chi è autorizzato a entrare in possesso di una cartella clinica e ad apporvi annotazioni. L'organizzazione elabora una politica per definire questo tipo di autorizzazioni e per identificare il contenuto e il formato delle annotazioni da registrare in cartella clinica. Un processo è posto in essere a garanzia del fatto che solo i soggetti autorizzati scrivano in cartella clinica e che l'autore e la data di ciascuna annotazione siano chiaramente identificabili. Inoltre, la politica deve prevedere le modalità di correzione o sovrascrittura delle annotazioni in cartella clinica. Qualora prescritto dall'organizzazione, viene segnata anche l'ora dell'annotazione, ad esempio per i trattamenti da somministrare ad orari prestabiliti e per le prescrizioni di terapia farmacologica.

Elementi misurabili di MCI.19.3

1. È possibile identificare l'autore di ciascuna annotazione in cartella clinica.
2. È possibile identificare la data di ciascuna annotazione in cartella clinica.

3. Laddove prescritto dall'organizzazione, è possibile identificare l'ora di un'annotazione.

MCI.19.4

Nell'ambito delle proprie attività di miglioramento delle performance, l'organizzazione valuta regolarmente il contenuto e la completezza delle cartelle cliniche

Intento

L'organizzazione stabilisce il contenuto e il formato della cartella clinica e ha un processo per valutare la completezza e il contenuto delle cartelle cliniche. Questo processo fa parte delle attività di miglioramento delle performance dell'organizzazione ed è condotto su base regolare. La verifica delle cartelle cliniche è basata su un campione rappresentativo dei vari professionisti sanitari che erogano l'assistenza e delle tipologie di cure erogate. Il processo di verifica è condotto dal personale medico e infermieristico e dagli altri professionisti sanitari che sono autorizzati a fare annotazioni in cartella clinica. La verifica è incentrata su fattori quali, ad esempio, la tempestività, la completezza e la leggibilità delle cartelle cliniche e delle informazioni cliniche. Il processo di verifica prende in considerazione anche il contenuto delle cartelle cliniche previsto dalle disposizioni di legge o dalla normativa e riguarda sia le cartelle cliniche dei pazienti tuttora in cura sia quelle dei pazienti dimessi.

Elementi misurabili

1. Le cartelle cliniche sono riesaminate regolarmente.
2. La verifica si svolge su un campione rappresentativo.
3. La verifica è condotta da medici, infermieri e altri operatori autorizzati a fare annotazioni in cartella clinica o a gestire le cartelle cliniche.
4. La verifica si concentra sulla tempestività, la leggibilità e la completezza delle cartelle cliniche.
5. Il processo di verifica prende in considerazione anche il contenuto delle cartelle cliniche così come previsto dalle disposizioni di legge e dalla normativa.
6. Il processo di verifica riguarda sia le cartelle aperte sia quelle chiuse.
7. I risultati del processo di verifica sono acquisiti dal meccanismo aziendale di supervisione della qualità.

(2011.33.2565)102

DECRETO 31 agosto 2011.

Zone carenti di assistenza primaria accertate all'1 marzo 2011.

**IL DIRIGENTE
DEL SERVIZIO PERSONALE CONVENZIONATO S.S.R.
DEL DIPARTIMENTO REGIONALE
PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA**

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale n. 833 del 23 dicembre 1978;

Visto il decreto legislativo 502/92, come modificato dal decreto legislativo 517/93, ed ulteriormente modificato ed integrato dal decreto legislativo 229/99;

Visto l'Accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale del 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009, ed, in particolare, l'art. 34 che stabilisce i criteri per la copertura degli ambiti carenti di assistenza primaria;

Visto l'art. 15, comma 11, dell'A.C.N. 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009, ai sensi del quale i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento;

Visto il decreto n. 8927 del 26 ottobre 2006, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 53 del 17 novembre 2006, con il quale sono stati rideterminati gli ambiti territoriali di assistenza primaria, secondo i criteri

previsti dall'art. 33 dell'A.C.N. 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009;

Visto il D.P.R.S. del 22 settembre 2009 (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 46 del 2 ottobre 2009) con il quale sono stati definiti i distretti sanitari della Regione ai sensi dell'art. 12 della legge regionale 14 aprile 2009, n. 5;

Visto il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, approvato con D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445;

Visto il decreto n. 810/11 del 5 maggio 2011 (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 24 del 3 giugno 2011), con il quale sono state approvate le graduatorie regionali definitive di medicina generale valide per l'anno 2011, ed in particolare la graduatoria relativa al settore di assistenza primaria;

Visto il decreto n. 1278/11 dell'8 luglio 2011, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 31 del 22 luglio 2011, con il quale si è provveduto alla rettifica e integrazione della graduatoria definitiva di settore per l'assistenza primaria valida per il 2011;

Preso atto delle comunicazioni pervenute da parte delle AA.SS.PP. della Regione relativamente agli incarichi carenti di assistenza primaria accertati alla data dell'1 marzo 2011;

Visto l'art. 39, comma 8 A.C.N. 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009, ai sensi del quale ai medici che fruiscono della norma di cui all'art. 1 comma 16 del decreto legislativo n. 324/93, convertito nella legge n. 423/93, è consentita la reinscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria nell'ambito territoriale di provenienza (ambito nel quale erano convenzionati al momento dell'esercizio dell'opzione di cui all'art. 4, comma 7, della legge n. 412/91), alle condizioni e nei limiti previsti dall'organizzazione sanitaria, così come disposto dall'art. 33 A.C.N. 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009;

Visto l'Accordo regionale, reso esecutivo con decreto n. 9324 del 19 dicembre 2006 con il quale, ai sensi di quanto previsto dall'art. 16, comma 7, dell'A.C.N. 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009, si è stabilito che nell'ambito della Regione siciliana per l'assegnazione a tempo indeterminato degli incarichi vacanti di assistenza primaria, fatto salvo il disposto di cui all'art. 34, comma 2, lett. a), è riservata la percentuale del 60% dei posti a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 ed all'art. 2 comma 2 decreto legislativo n. 256/91 e delle corrispondenti norme di cui al decreto legislativo n. 368/99 e n. 277/03, e la percentuale del 40% dei posti a favore dei medici in possesso del titolo equipollente;

Visto l'art. 16 comma 9 dell'A.C.N. 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009, ai sensi del quale gli aspiranti all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione;

Vista la norma finale n. 2 dell'A.C.N. 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009, ai sensi della quale ai medici inseriti nella graduatoria regionale di medicina generale, i quali abbiano conseguito l'attestato di formazione specifica in medicina generale dopo la data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione nella predetta graduatoria, è consentito partecipare all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti nell'ambito della riserva di assegnazione prevista dall'art. 16, comma 7, lett. a) del medesimo A.C.N. 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009, con l'attribuzione