

SERVIZIO QUALITA' E ORGANISMO TECNICAMENTE ACCREDITANTE
Corso Sidney Sonnino, 177 - BARI
e-mail: ota@aress.regione.puglia.it - PEC: ota.aress@pec.rupar.puglia.it

Manuale operativo per la compilazione delle Griglie di autovalutazione requisiti specifici per la fase PLAN delle strutture hospice, ex Reg. Reg. n. 16/2019 - Allegato B - Sezione 2H

**Il Dirigente del Servizio QuOTA
Dott. Domenico Lagreca**

Firma

**Il Direttore dell'Area Innovazione Sociale,
Sanitaria, di Sistema e Qualità - CRSS
Dott. Ettore Attolini**

Firma

**Il Direttore Generale
Dott. Giovanni Gorgoni**

Firma

Criterio 2 - PRESTAZIONI E SERVIZI

Requisito 2.1H – Tipologia di prestazioni e di servizi erogati

Obiettivo

"L'obiettivo di questo requisito è fornire al cittadino una corretta informazione sulle tipologie di prestazioni e sui servizi sanitari erogati e definire ambiti e criteri dell'impegno che la struttura intende assumere con i pazienti/utenti al fine di tutelarne i diritti."

Razionale

"Tale adempimento deve essere espletato dalla Carta dei Servizi che deve essere aggiornata periodicamente. Oltre alla presentazione dell'azienda/struttura, alla sua missione e ai principi ispiratori, devono essere presenti informazioni specifiche sui servizi e le prestazioni sanitarie, i relativi criteri di accesso e gli impegni assunti dall'azienda/struttura per un miglioramento della qualità assistenziale. L'organizzazione deve illustrare, in relazione alle singole articolazioni assistenziali e alle loro specificità, i principali elementi costitutivi ed i riferimenti utili per facilitare l'orientamento e la scelta degli utenti."

(Rif. Intesa CSR n. 259/2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento")

Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	NOTE ESPLICATIVE Riferimenti alla normativa previgente e/o ai documenti tipici attestanti le evidenze
PLAN	a) L'organizzazione ha definito le linee guida per la redazione e la distribuzione di una Carta dei Servizi che assicuri: - le informazioni circa le prestazioni e le relative modalità erogative; - la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze; - le procedure di ammissione/trattamento/dimissione e le modalità di relazione con altre strutture. b) L'organizzazione partecipa, anche in collaborazione con MMG, PLS, farmacie e organizzazioni no profit a campagne istituzionali di informazione ai cittadini: - sui programmi di assistenza in materia di cure palliative connessi a malattie neoplastiche e cronico-degenerative; - sulla tutela dei diritti nella lotta contro il dolore.	DGR n. 750/2015 Capitolo secondo: "Il percorso di presa in carico e l'attuazione del P.A.I."

Requisito 2.2H Presenza di percorsi assistenziali

Requisito 2.2.1H – Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti

Obiettivo

"L'obiettivo del requisito è di definire e standardizzare le modalità di eleggibilità dei pazienti, per specifici percorsi di assistenza e la successiva presa in carico del paziente, che si concretizzino nella valutazione multidisciplinare delle condizioni e dei bisogni della persona, premessa indispensabile per definire l'attuazione di politiche e di interventi mirati ed efficaci."

Razionale

"Il processo di presa in carico, completo e multidisciplinare, deve basarsi su bisogni clinici e sulle priorità del paziente. L'azienda e il dipartimento devono essere in grado di valutare quali bisogni del paziente è in grado di soddisfare al fine di determinarne la eleggibilità al più specifico e appropriato percorso di assistenza. Una organizzazione sanitaria/dipartimento deve considerare le modalità di raccolta delle informazioni rilevanti per la definizione e la pianificazione del percorso assistenziale individuale, tenuto conto delle politiche organizzative e gestionali."

(Rif. Intesa CSR n. 259/2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento")

Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	NOTE ESPLICATIVE Riferimenti alla normativa previgente e/o ai documenti tipici attestanti le evidenze
PLAN	<p>L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - procedure e regolamenti per la gestione trasparente delle liste di attesa e i criteri per gestire i tempi di attesa dei pazienti dichiarati eleggibili; - procedure che definiscono la modalità di accesso, accoglienza e registrazione dell'utente; - procedure per la valutazione iniziale multidimensionale e la presa in carico multidisciplinare; - le responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti; - protocolli, linee guida e procedure per la gestione delle attività previste dal Piano Assistenziale Individuale, per la gestione delle condizioni cliniche più frequenti e di maggiore gravità e la gestione delle prestazioni più importanti in termini di frequenza, costo e rischio per i pazienti; - protocolli specifici per gestire il controllo ed il trattamento del dolore e dei sintomi, la sedazione palliativa e gli aspetti specifici dell'assistenza infermieristica; - protocolli, linee guida e procedure per la corretta alimentazione del paziente e per la preparazione, gestione, stoccaggio e somministrazione della nutrizione enterale e parenterale; - procedure per la corretta idratazione dei pazienti in accordo con la tolleranza dei fluidi da parte del paziente; - linee guida e procedure per la corretta gestione e somministrazione dei medicinali; - protocolli per il riconoscimento dei malati che si avvicinano agli ultimi giorni o ore di vita, per la valutazione dei loro bisogni specifici, per una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; - protocolli e procedure per la valutazione costante dei bisogni della famiglia e linee guida per la definizione di un percorso di supporto alla famiglia durante l'accompagnamento e nella fase di lutto; - procedure per la discussione e risoluzione dei dilemmi etici che si dovessero presentare, anche in relazione alle modalità di una eventuale segnalazione ad un Comitato Etico di riferimento; - le modalità e gli strumenti per il trasferimento delle informazioni relative alla valutazione e alla presa in carico all'interno del processo di assistenza. 	<p>DGR n. 750/2015 Capitolo terzo: "I livelli di presa in carico assistenziale"</p>

Requisito 2.2.2h – Passaggio in cura (continuità assistenziale)**Obiettivo**

"L'obiettivo di questo requisito è di identificare le responsabilità, i criteri e le modalità che definiscono l'appropriatezza del trasferimento all'interno dell'organizzazione, oltre a definire modalità adeguate di comunicazione che garantiscano il trasferimento delle informazioni all'interno della struttura e tra questa e le organizzazioni esterne, al fine di assicurare un'efficace e sicuro trasferimento."

Razionale

"L'organizzazione deve progettare e implementare i processi di continuità per coordinare l'assistenza dei singoli pazienti tra i vari dipartimenti/articolazioni organizzative. La definizione delle responsabilità e delle modalità per il passaggio in cura contribuisce a migliorare la continuità, il coordinamento, la soddisfazione del paziente, la qualità e potenzialmente anche gli esiti. Al fine di garantire la continuità delle cure viene chiaramente identificato per tutto il periodo di degenza un responsabile della cura del paziente. Per integrare e coordinare l'assistenza è fondamentale adottare strumenti per assicurare la comunicazione tra reparti, servizi e i singoli operatori e tra questi e altre strutture con cui l'organizzazione si rapporta per garantire l'assistenza."

(Rif. **Intesa CSR n. 259/2012** "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento")

Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	NOTE ESPLICATIVE Riferimenti alla normativa previgente e/o ai documenti tipici attestanti le evidenze
PLAN	a) L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso protocolli, linee guida e procedure per la pianificazione appropriata del trasferimento, della dimissione e del follow up (collegamenti tra strutture e servizi, addestramento di pazienti e familiari, trasferimento delle informazioni); b) sono garantite le competenze in Terapia del Dolore necessarie ad assicurare la continuità della gestione del paziente.	DGR n. 750/2015 Capitolo secondo: "Il percorso di presa in carico e l'attuazione del P.A.I."

Requisito 2.2.3H – Monitoraggio e valutazione

Obiettivo

"L'obiettivo di questo requisito è che l'azienda/dipartimento tenga sotto controllo le attività/prestazioni relative alla eleggibilità del paziente, alla presa in carico e alla continuità assistenziale attraverso la pianificazione e l'attuazione dei processi di monitoraggio, di misurazione, di analisi e di miglioramento. "

Razionale

"La pianificazione e l'applicazione di un sistema di valutazione della reale attuazione delle indicazioni diagnostiche-terapeutiche-assistenziali previste dai percorsi è fondamentale per valutare il grado di conformità alle linee guida e protocolli. L'analisi degli indicatori (di processo e di esito), l'analisi degli scostamenti da quanto previsto nei percorsi descritti dai professionisti, gli eventuali risultati delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari rappresentano gli oggetti di riflessione sulla qualità complessiva delle prestazioni effettuate."

(Rif. **Intesa CSR n. 259/2012** "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento")

Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	NOTE ESPLICATIVE Riferimenti alla normativa previgente e/o ai documenti tipici attestanti le evidenze
PLAN	L'organizzazione ha definito obiettivi <i>evidence based</i> e relativi indicatori di qualità del Piano di Assistenza Individualizzato e del percorso assistenziale del paziente.	DGR n. 750/2015 Capitolo quarto: " <i>Il monitoraggio delle Cure Domiciliari Integrate</i> "

Requisito 2.3H - La modalità di gestione della documentazione sanitaria/socio-sanitaria che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne la completezza rispetto agli interventi effettuati; la rintracciabilità; la riservatezza (privacy)

Obiettivo

"L'obiettivo di questo requisito è assicurare la corretta gestione della documentazione sanitaria affinché sia accurata, leggibile, accessibile e redatta tempestivamente per migliorare l'efficacia e la sicurezza delle cure, aumentare l'integrazione fra i diversi setting assistenziali e l'efficienza del processo di cura. La corretta gestione della documentazione sanitaria include anche una adeguata conservazione della stessa, sia durante il tempo di apertura del documento, sia successivamente alla sua chiusura e un costante monitoraggio."

Razionale

"La documentazione sanitaria in quanto testimonianza della pluralità di eventi e di attività, costituisce un bene di straordinaria importanza sul piano clinico, scientifico, didattico oltre che per la tutela dell'operato professionale. Pertanto essa deve essere gestita secondo modalità definite circa la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica, al fine di garantire la completezza rispetto agli interventi effettuati, la tracciabilità, la riservatezza (privacy), la sicurezza delle cure. Se correttamente gestita, essa contribuisce ad integrare l'agire dei molteplici professionisti coinvolti nel processo assistenziale e ad accrescere la sicurezza del paziente, permettendo di assumere decisioni basate su aggiornati e puntuali riscontri documentali.

I documenti sanitari contengono dati personali ascrivibili alla categoria dei dati sensibili, pertanto debbono essere trattati: in modo lecito e con correttezza; per scopi ben determinati, espliciti e legittimi; debbono essere esatti e, se necessario, aggiornati; pertinenti, completi ma non eccedenti rispetto alle finalità da perseguire; in forma che consenta l'identificazione solo per un tempo non superiore a quello necessario in base allo scopo."

(Rif. Intesa CSR n. 259/2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento")

Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	NOTE ESPLICATIVE Riferimenti alla normativa previgente e/o ai documenti tipici attestanti le evidenze
PLAN	L'organizzazione ha formalizzato e diffuso un documento che definisce: - i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria/socio- sanitaria; - gli aspetti legati al tema della privacy e della riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione sanitaria/socio- sanitaria e tenuta dei dati; - i tempi di accesso alla documentazione sanitaria e socio-sanitaria.	DGR n. 750/2015 Capitolo secondo: "Il percorso di presa in carico e l'attuazione del P.A.I. - Scheda Clinica Domiciliare Integrata"

Criterio 6 - APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

Requisito 6.1H – Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche

Obiettivo

"L'obiettivo di questo requisito è che le organizzazioni mettano in atto un sistema per garantire l'utilizzo delle evidenze disponibili nella definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni cliniche e assistenziali."

Razionale

"Un'organizzazione deve essere in grado di fornire interventi efficaci nel rispetto delle preferenze individuali e dei valori culturali e sociali di ogni paziente. Sono disponibili in letteratura evidenze che possono guidare le organizzazioni nell'implementare strategie e metodi che possono essere utilizzati per fornire cure e servizi appropriati ed efficaci. Le linee guida ed i protocolli adottati dagli operatori devono essere utilizzati in relazione alle specifiche condizioni organizzative della propria realtà operativa. Ogni struttura organizzativa ne predispone una raccolta ed il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che devono essere facilmente accessibili. Le organizzazioni devono garantire inoltre che i professionisti sanitari valutino le evidenze disponibili nei processi di definizione dei percorsi assistenziali e attivino percorsi di miglioramento laddove necessario. Le strutture devono effettuare una valutazione sistematica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni evidenziandone gli scostamenti rispetto alle evidenze disponibili e identificando gli ambiti di miglioramento."

(Rif. Intesa CSR n. 259/2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento")

Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	NOTE ESPLICATIVE Riferimenti alla normativa previgente e/o ai documenti tipici attestanti le evidenze
PLAN	a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso protocolli, linee guida, procedure per la definizione del Piano di Assistenza Individualizzato formulate secondo i principi della Evidence Based Medicine e della Evidence Based Nursing e pianificato programmi di formazione specifica per il personale; b) La struttura recepisce e adatta alle peculiarità della propria organizzazione i PDTA elaborati a livello nazionale/regionale per le patologie di cui si fa carico.	DGR n. 750/2015 Capitolo secondo: <i>"Il percorso di presa in carico e l'attuazione del P.A.I."</i>

Obiettivo

"L'obiettivo di questo requisito è l'adozione da parte della Direzione e dei responsabili delle attività cliniche e manageriali di un approccio sistemico al miglioramento della qualità e alla sicurezza."

Razionale

"Per gestione della sicurezza s'intende l'applicazione e lo sviluppo di strutture e processi che, sulla base delle evidenze scientifiche, siano in grado di prevenire e ridurre i rischi all'interno di un ospedale. La sicurezza in un'organizzazione sanitaria è pertanto la gestione integrata del rischio ambientale, del rischio operatore e del rischio paziente:

- Rischio occupazionale: riguarda gli operatori, sanitari e non, nello svolgimento della loro attività lavorativa. Questi rischi sono generalmente classificati in rischio fisico, chimico e biologico;

- Rischio "non clinico": sono i problemi di sicurezza in generale, ad esempio eventi catastrofici, rischi finanziari;

- Rischio clinico: riguarda i pazienti, fa riferimento alla possibilità per gli stessi di essere danneggiati in relazione al trattamento sanitario.

I tre tipi di rischio sono tra loro strettamente connessi, pertanto è necessario prevedere una gestione integrata dei tre livelli di rischio; ciò implica da un lato la conoscenza dei fattori di rischio comuni e dall'altro l' strumenti di analisi, gestione e monitoraggio e di strategie integrate.

L'organizzazione deve elaborare un piano per la qualità e sicurezza declinato nei tre ambiti sopra descritti."

(Rif. Intesa CSR n. 259/2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento)

Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	NOTE ESPLICATIVE Riferimenti alla normativa previgente e/o ai documenti tipici attestanti le evidenze
PLAN	<p>E' stato formalizzato un piano annuale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente e che comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prevenzione ed il controllo almeno di sindrome da immobilizzazione, lesioni da pressione, infezioni correlate all'assistenza, cadute; - la corretta gestione di alimentazione e idratazione, cateterizzazione e somministrazione dei farmaci; - la definizione di ruoli, responsabilità, risorse e modalità di monitoraggio; - la programmazione di attività di formazione continua sulla gestione del rischio; - la programmazione di attività di segnalazione e analisi degli esiti inattesi. 	<p>DGR n. 750/2015 Capitolo secondo: <i>"Il percorso di presa in carico e l'attuazione del P.A.I."</i></p>

Requisito 6.3H – Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi

Obiettivo

"L'obiettivo di questo requisito è di garantire che le organizzazioni sanitarie siano dotate di meccanismi efficaci per la gestione del rischio clinico e la prevenzione degli eventi avversi."

Razionale

"Nei sistemi complessi è richiesto un elevato controllo dei rischi, dei processi e delle vulnerabilità che devono essere oggetto di una sistematica analisi e verifica e conseguentemente le organizzazioni devono adottare misure e strumenti atti a creare una diffusa cultura della sicurezza.

La gestione degli eventi avversi comprende: l'identificazione e segnalazione degli eventi avversi mediante un sistema strutturato, le analisi e le valutazioni per comprendere come e perché l'evento avverso è accaduto e per identificare eventuali misure preventive e l'implementazione di un piano di azione; una procedura per la comunicazione aperta e trasparente con i pazienti ed i loro familiari, forme di definizione stragiudiziale dei contenziosi."

(Rif. Intesa CSR n. 259/2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento")

Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	NOTE ESPLICATIVE Riferimenti alla normativa previgente e/o ai documenti tipici attestanti le evidenze
PLAN	La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso un sistema per l'identificazione, la segnalazione, la comunicazione e l'analisi di near miss, eventi avversi ed eventi sentinella.	DGR n. 750/2015 Capitolo secondo: "Il percorso di presa in carico e l'attuazione del P.A.I."

Obiettivo

"L'obiettivo è quello di evidenziare le esperienze aziendali più avanzate rispetto alla gestione del rischio clinico e alla promozione della cultura della sicurezza, che possano costituire un modello virtuoso per tutte le strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)."

Razionale

"Nei sistemi complessi è richiesto un elevato controllo dei rischi, dei processi e delle vulnerabilità che devono essere oggetto di una sistematica analisi e verifica e conseguentemente le organizzazioni devono adottare misure e strumenti atti a creare una diffusa cultura della sicurezza.

La promozione della cultura della sicurezza non deve essere solo una dichiarazione di intenti, ma deve prevedere una strategia sistematica di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze specifiche che comprenda anche la valutazione delle competenze professionali, sia tecniche che non tecniche.

La sostanziale attuazione di politiche efficaci per la sicurezza richiede una preliminare analisi per conoscere le condizioni di partenza e quindi un piano per agire sugli specifici aspetti di miglioramento.

L'implementazione di ogni progetto di cambiamento deve essere accompagnato dal monitoraggio e dalla valutazione al fine di individuare le migliori esperienze e le buone pratiche da mettere a disposizione e diffondere nel SSN."

(Rif. Intesa CSR n. 259/2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento)

Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	NOTE ESPLICATIVE Riferimenti alla normativa previgente e/o ai documenti tipici attestanti le evidenze
PLAN	L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso politiche e procedure per: - la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico; - la produzione e diffusione di buone pratiche; - lo sviluppo di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi.	DGR n. 750/2015 Capitolo secondo: "Il percorso di presa in carico e l'attuazione del P.A.I."

Criterio 8 - UMANIZZAZIONE

Requisito 8.1H - Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza

Obiettivo

"L'obiettivo è di garantire che un'organizzazione sanitaria definisca le modalità e i contenuti attraverso i quali praticare una concreta "centralità del paziente" nelle attività assistenziali."

Razionale

"L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è un impegno comune a tutte le strutture sanitarie accreditate che attraversa trasversalmente tutti i criteri/fattori della qualità descritti nell'accREDITAMENTO istituzionale. Il concetto di centralità del paziente nei servizi sanitari è stato più volte affermato in questi anni nella normativa nazionale e regionale e i diritti dei pazienti e le Carte dei diritti sono al centro della attenzione dei singoli Paesi, del legislatore europeo e delle associazioni dei cittadini.

Attraverso questo concetto si enfatizza come i servizi sanitari debbano essere progettati ed erogati in modo da rispondere ai bisogni e alle preferenze del paziente, a principi di appropriatezza e secondo il criterio costo-efficacia."

(Rif. Intesa CSR n. 259/2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accREDITAMENTO)

Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	NOTE ESPLICATIVE
PLAN	<p>La Direzione ha definito e formalizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un piano per lo sviluppo di attività assistenziali/organizzative orientate a migliorare l'accessibilità e l'accoglienza degli utenti (specificità linguistiche, culturali e religiose); - un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari (formazione degli operatori in materia di counselling, partecipazione del paziente al processo assistenziale in qualità di esperto, equipe multidisciplinari); - specifici requisiti riguardanti il confort delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per pazienti ed accompagnatori; - specifici requisiti per il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni; - protocolli linee guida e procedure per la pianificazione e la gestione del percorso di accompagnamento alla morte con il coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari. - regolamento per la gestione della salma nel rispetto delle differenze e specificità culturali e religiose. 	<p>DGR n. 750/2015 Capitolo secondo: "Il percorso di presa in carico e l'attuazione del P.A.I."</p>