



EMERGENCY DEPARTMENT 2012/2013  
*Convenzione tra Regione Siciliana e Joint Commission International*

# GLI STANDARD JCI ADOTTATI PER I PS SICILIANI

# INDICE

Gli standard del progetto Emergency Department 2012/2013 .....	3
Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente (IPSG) .....	4
Accesso all'Assistenza e Continuità delle Cure (ACC) .....	12
Diritti del Paziente e dei Familiari (PFR) .....	22
Valutazione del Paziente (AOP) .....	30
Cura del Paziente (COP) .....	37
Assistenza Anestesiologica e Chirurgica (ASC) .....	42
Gestione e Utilizzo dei Farmaci (MMU) .....	45
Educazione del Paziente e dei Familiari (PFE) .....	52
Miglioramento della Qualità e Sicurezza del Paziente (QPS) .....	54
Prevenzione e Controllo delle Infezioni (PCI) .....	57
Governo, Direzione e Leadership (GLD) .....	58
Gestione e Sicurezza delle Infrastrutture (FMS) .....	60
Qualifiche e Formazione del Personale (SQE) .....	72
Gestione della Comunicazione e delle Informazioni (MCI) .....	76

## *Gli standard del progetto Emergency Department 2012/2013*

Vengono di seguito presentati gli standard e gli elementi misurabili selezionati da JCI, Progea e Regione Siciliana per l'edizione 2012/2013 del progetto *Emergency Department*, a cui partecipano i 20 maggiori PS della Regione Siciliana.

Gli standard sono stati selezionati dalla quarta edizione del manuale degli standard di accreditamento istituzionale.

Per ciascuna area sono riportate le considerazioni generali presenti nel manuale, nonché un elenco sinottico degli standard selezionati.

Per ciascuno standard è poi riportato:

- l'intento
- lo statement dello standard
- gli elementi misurabili selezionati nell'ambito del progetto (NB: è possibile che NON tutti gli elementi misurabili di uno standard siano stati selezionati; ogni EM è stato riportato con il suo numero originale)
- Eventuali note o chiarificazioni emerse durante il progetto, condivise e discusse tra JCI, Progea e Regione Siciliana.

## *Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente (IPSG)*

### **Considerazioni Generali**

In questo capitolo sono presentati gli Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente (IPSG), i cui requisiti devono essere necessariamente implementati a far data dal 1° gennaio 2011 in tutte le organizzazioni accreditate da Joint Commission International (JCI) sulla base degli Standard Internazionali per Ospedali.

Lo scopo degli Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente è di promuovere dei miglioramenti specifici nell'area della sicurezza del paziente. Gli obiettivi evidenziano infatti alcune aree problematiche in ambito sanitario e ne descrivono le soluzioni basate sull'evidenza e sul consenso degli esperti in materia. Partendo dalla premessa fondamentale che una solida progettazione dei sistemi deve essere intrinseca all'erogazione di un'assistenza sanitaria sicura e di alta qualità, gli obiettivi si concentrano in linea di massima sulle soluzioni sistemiche, laddove possibile.

Gli obiettivi sono organizzati esattamente come gli standard nel resto del manuale e comprendono dunque uno standard (l'obiettivo), un intento e gli elementi misurabili. Agli obiettivi viene assegnato un punteggio analogo a quello degli standard.

### **Gli standard in breve**

<b>IPSG.1</b>	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'accuratezza dell'identificazione del paziente.
<b>IPSG.2</b>	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'efficacia delle comunicazioni tra gli operatori.
<b>IPSG.3</b>	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la sicurezza dei farmaci ad alto rischio.
<b>IPSG.4</b>	L'organizzazione elabora un metodo per garantire l'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta.
<b>IPSG.5</b>	L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di infezioni associate all'assistenza sanitaria.
<b>IPSG.6</b>	L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di danno subito dal paziente a seguito di caduta accidentale.

## **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 somministrazione 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.

### **Note**

Lo standard è da riferirsi a tutte le comunicazioni telefoniche/verbali.

### 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.

#### **Note**

Alcune informazioni utili sui farmaci ad alto rischio sono disponibili sul sito dell'ISMP (Institute for Safe Medication Practices) <http://www.ismp.org/>

#### 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 elabora 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 Joint Commission per la Prevenzione dell'Intervento Chirurgico in Paziente Sbagliato, con Procedura Sbagliata, in Parte del Corpo Sbagliata™.

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 equipe 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 equipe 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)*

### **Considerazioni Generali**

Un'organizzazione sanitaria deve considerare l'assistenza da essa erogata come parte di un sistema integrato di livelli di assistenza, prestazioni, operatori e professionisti sanitari i quali, tutti assieme, danno vita alla continuità assistenziale. L'obiettivo consiste nella giusta convergenza tra i bisogni sanitari del paziente e i servizi disponibili, nel coordinamento delle prestazioni erogate all'interno dell'organizzazione e nella pianificazione della dimissione e del follow-up. Il risultato è il miglioramento complessivo degli esiti delle cure erogate al paziente e un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili.

Le informazioni sono essenziali al fine di prendere decisioni corrette in merito ai seguenti aspetti:

- quali sono i bisogni del paziente che l'organizzazione sanitaria è in grado di soddisfare;
- una logistica efficiente delle prestazioni da erogare al paziente;
- il trasferimento o la dimissione del paziente presso il domicilio o ad altra struttura assistenziale.

### **Gli standard in breve**

<b>ACC.1.1</b>	L'organizzazione dispone di un processo di accettazione e presa in carico dei pazienti in regime di ricovero e dei pazienti ambulatoriali.
<b>ACC.1.1.1</b>	Al paziente in emergenza, in urgenza o con bisogni immediati è data priorità di valutazione e di trattamento.
<b>ACC.1.2</b>	All'atto del ricovero, il paziente e i suoi familiari ricevono le informazioni sul trattamento proposto, gli esiti attesi del trattamento e i costi presunti eventualmente a carico del paziente.
<b>ACC.1.3</b>	L'organizzazione si adopera per ridurre le barriere fisiche, linguistiche, culturali e di altro tipo che possono ostacolare l'accesso all'assistenza sanitaria e l'erogazione dei servizi.
<b>ACC.1.4</b>	Il ricovero e il trasferimento da/in unità di terapia intensiva o ad alta specializzazione sono determinati da criteri prestabiliti.
<b>ACC.2</b>	L'organizzazione progetta e implementa processi atti a garantire la continuità dei servizi sanitari offerti al paziente al suo interno e il coordinamento tra gli operatori sanitari.
<b>ACC.3.1</b>	L'organizzazione collabora con i professionisti sanitari e gli enti esterni per garantire la tempestività e l'appropriatezza degli invii.
<b>ACC.3.4</b>	Il paziente e, laddove appropriato, i suoi familiari ricevono istruzioni comprensibili di follow-up.
<b>ACC.3.5</b>	L'organizzazione ha attivato un processo per la gestione e per il follow-up dei pazienti che lasciano l'ospedale contro il parere medico.
<b>ACC.4</b>	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.
<b>ACC.4.1</b>	L'organizzazione inviante stabilisce che l'organizzazione di accoglienza è in grado di soddisfare i bisogni di continuità delle cure del paziente.
<b>ACC.4.2</b>	L'organizzazione che accoglie il paziente riceve una relazione scritta sulle condizioni cliniche del paziente e sugli interventi prestati dall'organizzazione inviante.
<b>ACC.4.3</b>	Durante il trasferimento diretto, le condizioni del paziente sono monitorate da personale qualificato.
<b>ACC.4.4</b>	Il processo di trasferimento è documentato nella cartella clinica del paziente.
<b>ACC.5</b>	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.

### **ACC.1.1**

**L'organizzazione dispone di un processo di accettazione e presa in carico dei pazienti in regime di ricovero e dei pazienti ambulatoriali.**

#### **Intento**

Il processo di accettazione del paziente in regime di ricovero e in regime ambulatoriale è standardizzato per mezzo di politiche e procedure scritte. Il personale responsabile del processo di accettazione conosce e applica le procedure standardizzate. Le politiche e le procedure definiscono:

- le modalità di accettazione in regime ambulatoriale e in regime di ricovero;
- le modalità di ricovero diretto dal pronto soccorso in reparto;
- il processo di presa in carico del paziente da trattenere sotto osservazione.

Le politiche definiscono inoltre le modalità di gestione del paziente nei casi in cui i posti letto siano limitati ovvero non vi siano posti letto disponibili in tutto l'ospedale o nel reparto appropriato per il ricovero del paziente. (Vedere anche COP.1, EM 1).

#### **Elementi Misurabili**

3. Esiste un processo per ricoverare i pazienti di pronto soccorso nei reparti di degenza.
4. Esiste un processo per trattenere i pazienti in osservazione.
5. Esiste un processo per gestire i pazienti nei casi in cui non vi siano posti letto disponibili nel reparto/servizio idoneo o in altro luogo nell'ospedale.
6. Politiche e procedure scritte supportano i processi di accettazione e presa in carico dei pazienti in regime di ricovero e dei pazienti ambulatoriali.
7. Il personale conosce politiche e procedure.

### **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'evidenza 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.

### **ACC.1.2**

**All'atto del ricovero, il paziente e i suoi familiari ricevono le informazioni sul trattamento proposto, gli esiti attesi del trattamento e i costi presunti eventualmente a carico del paziente.**

#### **Intento**

Durante il processo di ricovero, il paziente e i suoi familiari ricevono informazioni sufficienti per prendere decisioni ponderate sulle cure. Le informazioni fornite riguardano il trattamento proposto, i risultati attesi e i costi presunti a carico del paziente o dei familiari nel caso in cui il trattamento non sia rimborsato da un soggetto pubblico o privato. In presenza di limitazioni economiche in relazione ai costi dell'assistenza, l'organizzazione si adopera per superare tali limitazioni. Queste informazioni possono essere fornite al paziente e ai familiari per iscritto o verbalmente, annotando però in cartella clinica l'avvenuta informazione del paziente.

#### **Elementi Misurabili**

1. Il paziente e suoi familiari ricevono informazioni al momento del ricovero.
2. Le informazioni fornite riguardano le cure proposte.
3. Le informazioni fornite riguardano gli esiti attesi delle cure proposte.
4. Le informazioni fornite riguardano i costi presunti eventualmente a carico del paziente o dei familiari.
5. Le informazioni fornite sono sufficienti a consentire al paziente e ai suoi familiari di prendere decisioni consapevoli.

### **ACC.1.3**

**L'organizzazione si adopera per ridurre le barriere fisiche, linguistiche, culturali e di altro tipo che possono ostacolare l'accesso all'assistenza sanitaria e l'erogazione dei servizi.**

#### **Intento**

La popolazione del territorio servito da un'organizzazione sanitaria è spesso molto composita. All'interno della comunità locale possono trovarsi pazienti anziani, disabili o provenienti da etnie diverse ciascuna con la propria lingua e cultura di origine: queste e altre barriere possono rendere molto difficoltoso il processo di accesso all'assistenza e di fruizione dell'assistenza. L'organizzazione ha identificato queste barriere e ha implementato dei processi atti ad abbatterle o a ridurle a beneficio dei pazienti che necessitano di accedere all'assistenza sanitaria. L'organizzazione si adopera anche per ridurre l'impatto di queste barriere sull'erogazione dei servizi.

#### **Elementi Misurabili**

2. Esiste un processo per superare o ridurre le barriere a beneficio dei pazienti che necessitano di accedere all'assistenza sanitaria.

#### **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.

#### **ACC.2**

**L'organizzazione progetta e implementa processi atti a garantire la continuità dei servizi sanitari offerti al paziente al suo interno e il coordinamento tra gli operatori sanitari.**

##### **Intento**

L'esperienza di un paziente all'interno di un'organizzazione sanitaria, dall'accettazione alla dimissione o al trasferimento, può vedere il coinvolgimento di diversi dipartimenti e servizi e di vari operatori sanitari. In tutte le fasi del trattamento, i bisogni del paziente devono essere soddisfatti mediante l'utilizzo di risorse appropriate all'interno e, se necessario, all'esterno dell'organizzazione. In genere, questo risultato viene raggiunto utilizzando criteri o politiche prestabiliti che definiscono l'appropriatezza del trasferimento all'interno dell'organizzazione.

Affinché l'assistenza non abbia a subire soluzioni di continuità, l'organizzazione deve progettare e implementare dei processi di continuità e di coordinamento delle cure tra i medici, gli infermieri e gli altri operatori sanitari nelle seguenti aree:

- servizi di emergenza/urgenza (pronto soccorso) e ricovero ordinario;
- servizi diagnostici e servizi di cura;
- servizi di cura chirurgici e medici;
- tra programmi e servizi ambulatoriali;
- altre organizzazioni e altre tipologie di strutture sanitarie.

I responsabili delle varie strutture e servizi collaborano alla stesura e all'implementazione dei processi, a sostegno dei quali possono esservi criteri espliciti di trasferimento oppure politiche, procedure o linee guida. L'organizzazione identifica i soggetti responsabili del coordinamento dei

servizi, i quali possono coordinare l'assistenza in linea generale (ad esempio, tra i vari dipartimenti) oppure l'assistenza di singoli pazienti (ad esempio, case manager).

### **Elementi Misurabili**

2. Criteri o politiche prestabiliti determinano l'appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione.
3. Continuità e coordinamento sono evidenti in tutte le fasi della cura del paziente.

### **ACC.3.1**

**L'organizzazione collabora con i professionisti sanitari e gli enti esterni per garantire la tempestività e l'appropriatezza degli invii.**

### **Intento**

L'invio tempestivo al professionista sanitario, all'organizzazione sanitaria o all'ente che possano soddisfare al meglio i bisogni di continuità assistenziale del paziente richiede un'apposita pianificazione. L'organizzazione si informa sui professionisti sanitari presenti sul territorio al fine di individuare la tipologia di pazienti trattati e le prestazioni da essi erogate e al fine di instaurare delle relazioni formali o informali. Quando un paziente proviene da un'altra provincia o regione, l'organizzazione cerca di predisporre l'invio a un ente o a un professionista qualificati nella zona di residenza del paziente. Inoltre, il paziente può aver bisogno di servizi medici e/o di sostegno dopo la dimissione. Ad esempio, una volta dimesso il paziente può necessitare di supporto sociale, nutrizionale, economico o psicologico. La disponibilità e l'effettivo utilizzo di questi servizi di sostegno può in larga misura determinare la necessità di prosecuzione del trattamento medico. Il processo di pianificazione della dimissione prende in esame il tipo di servizio di sostegno necessario e la disponibilità del servizio.

### **Elementi Misurabili**

3. L'invio del paziente all'esterno dell'organizzazione viene fatto nei confronti di soggetti ed enti specifici operanti nella zona di residenza del paziente, laddove possibile.
4. Laddove possibile, il paziente viene inviato ai servizi di sostegno.



#### **ACC.3.4**

**Il paziente e, laddove appropriato, i suoi familiari ricevono istruzioni comprensibili di follow-up.**

##### **Intento**

Per quei pazienti che non vengono inviati o trasferiti direttamente a un'altra struttura o a un altro professionista sanitario, è essenziale ricevere istruzioni precise su dove e come ottenere assistenza continuativa allo scopo di garantire gli esiti ottimali delle cure e il soddisfacimento di tutti i bisogni assistenziali. Le istruzioni indicano il nome e l'indirizzo dei centri dove proseguire il trattamento, l'eventuale ritorno presso l'organizzazione per il follow-up e i casi in cui richiedere cure urgenti. I familiari sono coinvolti nel processo quando le condizioni o le capacità del paziente gli impediscono la comprensione delle istruzioni di follow-up. I familiari vengono coinvolti anche quando sono chiamati a svolgere un ruolo nel processo di continuità delle cure. L'organizzazione fornisce le istruzioni al paziente e, laddove appropriato, ai suoi familiari, in maniera semplice e comprensibile. Le istruzioni sono date per iscritto o comunque nella forma più comprensibile per il paziente.

##### **Elementi Misurabili**

1. Le istruzioni di follow-up sono fornite in forma e maniera tali da essere comprese dal paziente e/o dai familiari
2. Le istruzioni includono l'eventuale ritorno in ospedale per il follow-up.
3. Le istruzioni includono i casi in cui richiedere cure urgenti.
4. I familiari ricevono le istruzioni di cura in funzione delle condizioni del paziente.

#### **ACC.3.5**

**L'organizzazione ha attivato un processo per la gestione e per il follow-up dei pazienti che lasciano l'ospedale contro il parere medico.**

##### **Intento**

Nel momento in cui un paziente degente o esterno sceglie di lasciare l'ospedale contro il parere medico, vi sono dei rischi associati al trattamento inadeguato che possono sfociare nel decesso o in un danno permanente. L'ospedale è tenuto a comprendere i motivi che spingono i pazienti ad andarsene contro il parere medico al fine di poter migliorare la comunicazione con i propri pazienti. Se il medico di famiglia del paziente è noto all'ospedale, l'ospedale dovrebbe informare questo medico al fine di ridurre il rischio di danno. Il processo è conforme alla legislazione e alla normativa vigenti in materia.

##### **Elementi Misurabili**

1. Esiste un processo per la gestione e per il follow-up dei pazienti degenti ed esterni che lasciano l'ospedale contro il parere medico.
2. Se il medico di famiglia del paziente è noto all'ospedale, il medico di famiglia viene avvisato di quanto accaduto.
3. Il processo è conforme alla legislazione e alla normativa vigenti in materia.

#### **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 trasferimento 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.

#### **ACC.4.1**

**L'organizzazione inviante stabilisce che l'organizzazione di accoglienza è in grado di soddisfare i bisogni di continuità delle cure del paziente.**

#### **Intento**

Quando si invia un paziente presso un'altra organizzazione sanitaria, l'organizzazione inviante deve stabilire se l'organizzazione di destinazione fornisce i servizi necessari a soddisfare i bisogni del paziente e se è in grado di accogliere il paziente. Questa decisione viene presa in genere con largo anticipo, tanto che la disponibilità ad accogliere i pazienti e le condizioni del trasferimento sono descritte in accordi e convenzioni formali o informali. La decisione anticipata garantisce la continuità delle cure e il soddisfacimento dei bisogni del paziente.

#### **Elementi Misurabili**

1. L'organizzazione inviante determina che l'organizzazione di accoglienza è in grado di soddisfare i bisogni del paziente che deve essere trasferito.
2. Accordi formali o informali sono in essere con le organizzazioni di accoglienza presso cui i pazienti vengono trasferiti con una certa frequenza.

#### **ACC.4.2**

**L'organizzazione che accoglie il paziente riceve una relazione scritta sulle condizioni cliniche del paziente e sugli interventi prestati 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.4.3**

**Durante il trasferimento diretto, le condizioni del paziente sono monitorate da personale qualificato.**

##### **Intento**

Il trasferimento diretto di un paziente presso un'altra organizzazione sanitaria può essere un processo breve in caso di paziente vigile e collaborante, oppure può anche significare la movimentazione di un paziente in coma che necessita di sorveglianza medica o infermieristica continua. Il paziente deve essere monitorato in entrambi i casi, ma cambiano in misura significativa le qualifiche dei soggetti incaricati del monitoraggio. Di conseguenza, sono lo stato e le condizioni del paziente a determinare le qualifiche appropriate del personale incaricato di monitorare il paziente durante il trasferimento.

##### **Elementi Misurabili**

1. Tutti i pazienti sono monitorati durante il trasferimento diretto.
2. Le qualifiche del personale incaricato del monitoraggio sono appropriate in funzione delle condizioni del paziente.

#### **ACC.4.4**

**Il processo di trasferimento è documentato nella cartella clinica del paziente.**

##### **Intento**

La cartella clinica di ciascun paziente trasferito presso un'altra organizzazione sanitaria contiene la documentazione relativa al trasferimento. La documentazione comprende la denominazione della struttura e il nome del soggetto che danno la disponibilità ad accogliere il paziente, il motivo del trasferimento e le eventuali condizioni particolari per il trasferimento (ad esempio, da effettuarsi solo quando vi siano letti disponibili presso l'organizzazione di accoglienza o in base allo stato del paziente). Viene inoltre annotato se le condizioni del paziente sono mutate durante il trasferimento (ad esempio, nel caso in cui il paziente muore o necessita di rianimazione cardiopolmonare). La cartella clinica comprende ogni altra documentazione prevista dalla politica aziendale (ad esempio, la firma del medico o dell'infermiere che accoglie il paziente, il nome di chi ha monitorato il paziente durante il trasporto).

##### **Elementi Misurabili**

1. La cartella clinica del paziente trasferito riporta il nome dell'organizzazione sanitaria e il nome del soggetto che hanno accettato di accogliere il paziente.
2. La cartella clinica del paziente trasferito contiene la documentazione o ogni altra indicazione così come previsto dalla politica dell'organizzazione inviante.
3. La cartella clinica del paziente trasferito riporta il motivo del trasferimento.

## **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)*

### **Considerazioni Generali**

Ogni paziente è unico, con i suoi bisogni, punti di forza, valori e credenze. L'organizzazione sanitaria si adopera al fine di instaurare un rapporto di fiducia e di comunicazione con il paziente, e al fine di comprendere e tutelare i valori spirituali, psicosociali e culturali di ciascun paziente.

Gli esiti delle cure migliorano quando il paziente e, laddove opportuno, i familiari o chi ne fa ne veci sono coinvolti nelle decisioni e nei processi assistenziali in linea con le loro aspettative culturali.

Per promuovere i diritti del paziente all'interno di un'organizzazione sanitaria, si comincia col definire quali siano questi diritti, per poi educare al riguardo sia il paziente sia il personale ospedaliero. Il paziente è informato sui suoi diritti e su come esercitarli, mentre il personale è educato a capire e a rispettare le credenze e i valori del paziente e a fornire un'assistenza attenta e rispettosa che tutela la dignità del paziente. In questo capitolo si affrontano i processi per: • individuare, tutelare e promuovere i diritti del paziente; • informare il paziente in merito ai suoi diritti; • coinvolgere i familiari del paziente, laddove opportuno, nelle decisioni sulla cura del paziente; • acquisire il consenso informato; • educare il personale sui diritti del paziente; Le modalità di implementazione di questi processi all'interno di un'organizzazione sanitaria dipendono dalla legislazione nazionale e dalle disposizioni vigenti in materia, oltre che da eventuali convenzioni, trattati e accordi internazionali sui diritti umani adottati dalla nazione di appartenenza. Tutti questi processi si ricollegano al livello di equità dell'assistenza sanitaria erogata dall'organizzazione, in funzione della struttura del sistema sanitario nazionale e dei relativi meccanismi di finanziamento. Nel presente capitolo si affrontano anche i diritti del paziente e dei familiari in relazione sia alla ricerca clinica sia alla donazione e al trapianto di organi e tessuti.

### **Gli standard in breve**

<b>PFR.1.1.1</b>	L'organizzazione ha previsto un processo atto a rispondere alle richieste del paziente e dei familiari riguardo a servizi pastorali o simili, in relazione alle credenze religiose e spirituali del paziente.
<b>PFR.1.2</b>	L'assistenza erogata rispetta il bisogno di privacy del paziente.
<b>PFR.1.3</b>	L'organizzazione adotta misure a tutela dei beni del paziente da furti o smarrimenti.
<b>PFR.1.4</b>	I pazienti sono salvaguardati da ogni forma di violenza fisica
<b>PFR.1.5</b>	I bambini, i disabili, gli anziani e le altre categorie a rischio ricevono idonea protezione.
<b>PFR.1.6</b>	Le informazioni riguardanti il paziente sono soggette al vincolo della riservatezza.
<b>PFR.2.1</b>	L'organizzazione informa il paziente e i familiari, con un metodo e un linguaggio ad essi comprensibili, sulle modalità di comunicazione delle condizioni cliniche e delle diagnosi accertate, delle cure e dei trattamenti programmati e su come essi possano intervenire nelle decisioni cliniche, nella misura in cui sceglieranno di partecipare.
<b>PFR.2.2</b>	L'organizzazione informa il paziente e i familiari sui loro diritti e doveri in relazione al rifiuto o alla sospensione del trattamento clinico.
<b>PFR.3</b>	L'organizzazione informa il paziente e i familiari sia sui processi da essa attivati per accogliere e rispondere a reclami, conflitti e divergenze d'opinione che hanno per oggetto l'assistenza fornita al paziente, sia sul diritto del paziente di partecipare a questi processi.
<b>PFR.5</b>	Tutti i pazienti sono informati dei propri diritti e doveri con un metodo e un linguaggio ad essi comprensibili.
<b>PFR.6</b>	Il consenso informato del paziente è acquisito attraverso un processo definito dall'organizzazione e implementato da personale addestrato, con un linguaggio comprensibile dal paziente.
<b>PFR.6.1</b>	Il paziente e i familiari ricevono informazioni adeguate sulla malattia, sul trattamento proposto e sui professionisti sanitari affinché possano prendere decisioni consapevoli.
<b>PFR.6.2</b>	L'organizzazione stabilisce un processo, nel contesto della normativa vigente e della cultura prevalente, per l'espressione del consenso ad opera di soggetti diversi dal paziente.
<b>PFR.6.4</b>	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.

#### **PFR.1.1.1**

**L'organizzazione ha previsto un processo atto a rispondere alle richieste del paziente e dei familiari riguardo a servizi pastorali o simili, in relazione alle credenze religiose e spirituali del paziente.**

#### **Intento**

Ogni paziente è portatore del proprio personale bagaglio di valori e credenze anche all'interno del processo assistenziale. Alcuni valori e credenze, spesso di origine culturale e religiosa, sono comuni alla maggior parte dei pazienti, mentre altri valori e credenze sono propri di un singolo paziente. Tutti i pazienti sono incoraggiati a esprimere le proprie credenze nel rispetto delle credenze altrui.

Valori e credenze molto forti possono permeare il percorso assistenziale e la risposta del paziente al trattamento. Ogni struttura od operatore sanitario cerca quindi di capire quali cure e servizi offrire nel contesto dei valori e delle credenze del paziente.

Se un paziente o un familiare desidera parlare con qualcuno in relazione ai suoi bisogni religiosi o spirituali, l'organizzazione ha un processo atto a soddisfare tale richiesta. Il processo può essere affidato a personale religioso di stanza presso l'organizzazione, a religiosi del luogo o a religiosi segnalati dai familiari. Il processo di attivazione risulta più complesso, ad esempio, nei casi in cui l'organizzazione o il paese non "riconoscono" ufficialmente una religione e/o non esistono rappresentanti di una religione o di una fede per le quali può essere avanzata una richiesta.

#### **Elementi Misurabili**

1. L'organizzazione ha un processo atto a rispondere alle richieste di assistenza religiosa o spirituale, siano esse ordinarie o complesse.
2. L'organizzazione soddisfa le richieste di supporto religioso o spirituale.

#### **PFR.1.2**

**L'assistenza erogata rispetta il bisogno di privacy del paziente.**

#### **Intento**

Il rispetto della privacy del paziente, specie durante i colloqui, le visite mediche, le procedure cliniche, i trattamenti e il trasporto, è importante. Il paziente può desiderare il rispetto della sua privacy nei confronti del personale, degli altri pazienti e anche dei suoi familiari. Il paziente può anche non voler essere fotografato, registrato o non voler partecipare alle interviste di una visita di accreditamento. Nonostante vi siano alcuni approcci comuni per garantire la privacy di tutti i pazienti indistintamente, a volte i singoli pazienti possono avere aspettative e bisogni diversi o supplementari per quanto riguarda la loro privacy a seconda delle situazioni, e queste aspettative e bisogni possono anche mutare nel corso del tempo. Nel fornire assistenza e servizi ai pazienti, quindi, il personale si informa sui bisogni e sulle aspettative di privacy del paziente in relazione all'assistenza o al servizio. Si tratta di un tipo di comunicazione tra operatore e paziente che ne consolida la fiducia e l'apertura e che non necessita di documentazione.

#### **Elementi Misurabili**

1. Il personale identifica le aspettative e i bisogni di privacy del paziente durante le cure e il trattamento.
2. Il bisogno espresso di privacy del paziente è rispettato in occasione di ogni colloquio, visita medica, procedura/trattamento e trasporto.

### **PFR.1.3**

**L'organizzazione adotta misure a tutela dei beni del paziente da furti o smarrimenti.**

#### **Intento**

L'organizzazione comunica a pazienti e familiari la propria assunzione di responsabilità (ovvero non assunzione di responsabilità) per i beni del paziente. Se l'organizzazione si assume la responsabilità di parte o di tutti gli effetti personali introdotti in ospedale dal paziente, vi è un processo per rispondere di questi beni e per garantire che non vadano persi o rubati. Questo processo prende in considerazione gli effetti personali dei pazienti di pronto soccorso, dei pazienti di day surgery, dei pazienti degenti, dei pazienti impossibilitati a disporre altrimenti la custodia dei propri beni e dei pazienti incapaci di prendere decisioni riguardo i propri beni.

#### **Elementi Misurabili**

1. L'organizzazione ha definito il proprio livello di responsabilità nei confronti dei beni di proprietà del paziente.
2. I pazienti vengono informati sulle responsabilità dell'organizzazione per la tutela degli effetti personali.
3. I beni personali del paziente sono protetti se l'organizzazione se ne è assunta la responsabilità o nei casi in cui il paziente non è in grado di assumersela.

### **PFR.1.4**

**I pazienti sono salvaguardati da ogni forma di violenza fisica.**

#### **Intento**

L'organizzazione ha la responsabilità di proteggere i pazienti da ogni forma di violenza fisica ad opera di visitatori, altri pazienti e personale. Questa responsabilità è particolarmente rilevante nei confronti di neonati, bambini, anziani e altri pazienti incapaci di proteggersi o di chiamare aiuto. L'organizzazione cerca di prevenire le aggressioni per mezzo di processi come ad esempio l'indagine su soggetti non identificati che si trovino all'interno dell'ospedale, la sorveglianza di aree remote o isolate dell'infrastruttura e l'intervento rapido in soccorso di chi si ritiene possa trovarsi in pericolo di aggressione.

#### **Elementi Misurabili**

1. L'organizzazione ha un processo per proteggere i pazienti da ogni forma di violenza fisica.
2. Il processo prende in considerazione neonati, bambini, anziani e altri diversamente abili o impossibilitati a proteggersi da soli.
3. Le persone non identificate vengono interrogate.



### **PFR.1.5**

**I bambini, i disabili, gli anziani e le altre categorie a rischio ricevono idonea protezione.**

#### **Intento**

Ogni organizzazione identifica le categorie di pazienti vulnerabili e a rischio e stabilisce dei processi per la tutela dei diritti delle persone che rientrano in queste categorie. Le categorie protette e le responsabilità dell'organizzazione nei loro confronti possono essere individuate dalla normativa vigente. Il personale conosce le proprie responsabilità all'interno di questi processi. Ad ogni modo, quantomeno i bambini, i disabili, gli anziani e le altre categorie identificate di pazienti a rischio sono fatti oggetto di tutela e protezione, nonché i pazienti in coma e i soggetti affetti da disturbi mentali o emotivi, laddove presenti in ospedale. La protezione nei riguardi di tutti questi soggetti va oltre l'aggressione fisica e copre altre aree della sicurezza, come la tutela da abusi e da maltrattamenti, da stati di abbandono e dalla negazione delle prestazioni oppure anche l'assistenza in caso di incendio.

#### **Elementi Misurabili**

2. Bambini, disabili, anziani e altri soggetti individuati dall'organizzazione sono considerati categorie protette.
3. Il personale conosce le proprie responsabilità all'interno dei processi di protezione e tutela.

### **PFR.1.6**

**Le informazioni riguardanti il paziente sono soggette al vincolo della riservatezza.**

#### **Intento**

Le informazioni mediche e sanitarie in genere, una volta documentate e raccolte, sono importanti per capire il paziente e i suoi bisogni e per fornirgli assistenza e servizi nel corso del tempo. Le informazioni possono essere su supporto cartaceo o informatizzato. L'organizzazione tutela la riservatezza di queste informazioni e ha implementato politiche e procedure a tutela di tali informazioni dal rischio di perdita o uso improprio. Le politiche e le procedure specificano le informazioni che sono rilasciate ai sensi di legge. Il personale rispetta la riservatezza del paziente evitando di apporre informazioni riservate sulla porta della sua stanza o nella sala infermieri ed evitando di parlare di questioni relative ai pazienti in luoghi pubblici. Il personale è a conoscenza dell'esistenza di leggi e normative a tutela della riservatezza delle informazioni e informa il paziente sulle modalità di trattamento dei dati sensibili. Il paziente è informato anche delle situazioni in cui possono essere rilasciate le informazioni che lo riguardano e delle modalità per acquisire la sua autorizzazione al rilascio. L'organizzazione ha una politica in cui si stabilisce se il paziente ha accesso o meno alle proprie informazioni sanitarie e, laddove concesso, il processo per accedervi. (*Vedere anche MCI.10, EM 2 e MCI.16, intento*)

#### **Elementi Misurabili**

2. Al paziente viene chiesto di autorizzare il rilascio di informazioni non regolamentate dalla legge e dalla normativa vigente.
3. L'organizzazione tutela la riservatezza delle informazioni sullo stato di salute del paziente.

### **PFR.2.1**

**L'organizzazione informa il paziente e i familiari, con un metodo e un linguaggio ad essi comprensibili, sulle modalità di comunicazione delle condizioni cliniche e delle diagnosi accertate, delle cure e dei trattamenti programmati e su come essi possano intervenire nelle decisioni cliniche, nella misura in cui sceglieranno di partecipare.**

#### **Intento**

Affinché il paziente e i suoi familiari possano partecipare alle decisioni sul percorso di cura, necessitano di informazioni essenziali sulle condizioni cliniche riscontrate durante la valutazione, ivi comprese le diagnosi accertate laddove appropriato, e sulle cure e i trattamenti proposti. Il paziente e i suoi familiari sanno quando saranno date loro queste informazioni e chi è responsabile di informarli; sanno il tipo di decisione che deve essere presa circa il trattamento e come partecipare a tale decisione; conoscono anche il processo adottato dall'organizzazione per acquisire il consenso e per quali percorsi di cura e quali esami, procedure e trattamenti è necessario il loro consenso. Anche se alcuni pazienti potrebbero preferire essere all'oscuro di una diagnosi accertata o non partecipare personalmente alle decisioni riguardanti le loro cure, viene comunque data loro la possibilità di scegliere di partecipare per mezzo di un familiare, un amico o una persona delegata.

#### **Elementi Misurabili**

3. Il paziente e i suoi familiari sanno quando sarà necessario il loro consenso e conoscono il processo utilizzato per esprimere il consenso.
4. Il paziente e i suoi familiari sono a conoscenza del proprio diritto a partecipare alle decisioni cliniche nei limiti della loro volontà.

### **PFR.2.2**

**L'organizzazione informa il paziente e i familiari sui loro diritti e doveri in relazione al rifiuto o alla sospensione del trattamento clinico.**

#### **Intento**

Il paziente o chi ne fa le veci può decidere di non procedere con la cura e il trattamento pianificati o di sospenderli una volta iniziati. L'organizzazione informa il paziente e i familiari sul loro diritto a prendere tali decisioni, sui potenziali esiti di tali decisioni e sulle loro responsabilità al riguardo. Il paziente e i suoi familiari sono informati sulle possibili cure e trattamenti alternativi. (*Vedere anche ACC.3.5, EM 1*)

#### **Elementi Misurabili**

1. L'organizzazione informa il pazienti e i familiari circa il loro diritto di rifiutare o sospendere il trattamento.
2. L'organizzazione informa il paziente circa le conseguenze delle loro decisioni.
3. L'organizzazione informa il paziente e i familiari circa le loro responsabilità in relazione a tali decisioni.
4. L'organizzazione informa il paziente sulle possibili cure e trattamenti alternativi.

### **PFR.3**

**L'organizzazione informa il paziente e i familiari sia sui processi da essa attivati per accogliere e rispondere a reclami, conflitti e divergenze d'opinione che hanno per oggetto l'assistenza fornita al paziente, sia sul diritto del paziente di partecipare a questi processi.**

#### **Intento**

Il paziente ha il diritto di lamentarsi dell'assistenza ricevuta e di esigere che i suoi reclami siano presi in considerazione e, laddove possibile, risolti. Inoltre, le decisioni riguardanti l'assistenza a volte possono porre questioni, conflitti o altri dilemmi sia all'organizzazione sia al paziente, ai suoi familiari o chi ne fa le veci. Questi dilemmi possono sorgere da problematiche relative all'accesso, al trattamento o alla dimissione e possono essere particolarmente difficili da risolvere quando riguardano, ad esempio, il rifiuto dei servizi di rianimazione cardiopolmonare oppure la rinuncia o la sospensione del mantenimento in vita con mezzi artificiali.

L'organizzazione ha dei processi prestabiliti per tentare di risolvere questi dilemmi e reclami e identifica per mezzo di politiche e procedure sia i soggetti che devono essere coinvolti nei processi sia le modalità di partecipazione ai processi del paziente e dei suoi familiari.

#### **Elementi Misurabili**

1. Il paziente è informato del processo per esprimere reclami, conflitti o divergenze d'opinione
2. Reclami, conflitti e divergenze d'opinione sono oggetto di indagine da parte dell'organizzazione.

### **PFR.5**

**Tutti i pazienti sono informati dei propri diritti e doveri con un metodo e un linguaggio ad essi comprensibili.**

#### **Intento**

L'accettazione in regime di ricovero o in regime ambulatoriale presso un'organizzazione sanitaria può suscitare paura e confusione nel paziente, al quale diviene difficile esercitare i propri diritti e capire i propri doveri nel processo di cura. L'organizzazione redige quindi una dichiarazione scritta dei diritti e dei doveri del paziente e dei familiari, che viene consegnata al paziente al momento dell'accettazione e che rimane a disposizione per tutta la degenza o in occasione di ogni visita ambulatoriale (ad esempio, affissa alle pareti). La dichiarazione è appropriata all'età del paziente, al suo grado di comprensione e alla sua lingua. Nei casi in cui la comunicazione scritta è inefficace o inappropriata, il paziente e i suoi familiari sono informati dei loro diritti e doveri con un linguaggio e un metodo ad essi comprensibili.

#### **Elementi Misurabili**

2. La dichiarazione dei diritti e dei doveri del paziente è affissa alle pareti o è comunque reperibile in qualunque momento tramite il personale.

## **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.6.1**

**Il paziente e i familiari ricevono informazioni adeguate sulla malattia, sul trattamento proposto e sui professionisti sanitari affinché possano prendere decisioni consapevoli.**

### **Intento**

Il personale spiega con chiarezza al paziente e, laddove opportuno, ai suoi familiari il trattamento e/o le procedure proposte. Le informazioni fornite comprendono:

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

Il personale informa il paziente anche del nome del medico o altro professionista sanitario che ha la responsabilità primaria della cura del paziente o che è autorizzato a eseguire procedure e trattamenti. Sovente, i pazienti si interrogano sull'esperienza del professionista che li ha presi in carico, sulla sua esperienza all'interno dell'organizzazione e su altri aspetti simili. L'organizzazione deve avere un processo per rispondere ai pazienti che richiedono informazioni supplementari sui professionisti sanitari che li hanno presi in carico.

### **Elementi Misurabili**

1. Il paziente è informato degli elementi di cui ai punti a) –h) in relazione alle sue condizioni e al trattamento programmato.

#### **PFR.6.2**

**L'organizzazione stabilisce un processo, nel contesto della normativa vigente e della cultura prevalente, per l'espressione del consenso ad opera di soggetti diversi dal paziente.**

#### **Intento**

Il consenso informato per l'assistenza sanitaria a volte richiede che una persona diversa dal paziente (o in aggiunta al paziente) sia coinvolta nelle decisioni riguardanti la cura del paziente. Questo vale soprattutto quando il paziente non è mentalmente o fisicamente in grado di prendere decisioni, quando la cultura o le usanze richiedono che altri prendano una decisione al suo posto oppure quando il paziente è un minore. Se il paziente non può prendere decisioni, si identifica la persona delegata a prendere decisioni in sua vece. Se una persona diversa dal paziente dà il consenso, le generalità di questa persona vengono registrate nella cartella clinica del paziente.

#### **Elementi Misurabili**

2. L'organizzazione ha un processo per gestire il consenso informato nei casi in cui sia rilasciato da una persona diversa dal paziente.
3. Il processo rispetta leggi, cultura e usanze.

#### **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<sup>(\*)</sup> 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 familiari 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.
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.

## *Valutazione del Paziente (AOP)*

### **Considerazioni Generali**

Un processo efficace di valutazione del paziente produce le decisioni in merito ai suoi bisogni terapeutici immediati e ai suoi bisogni di continuità assistenziale in caso di cure in emergenza e di cure d'elezione o programmate, anche al variare delle sue condizioni. La valutazione del paziente è quindi un processo dinamico, continuo, che si svolge in svariati dipartimenti, strutture e unità ambulatoriali e di degenza, e che consta di tre processi primari:

- Raccolta di dati e informazioni sulle condizioni fisiche, psicologiche e sociali del paziente e sulla sua anamnesi
- Analisi dei dati e delle informazioni, compresi i risultati degli esami di laboratorio e di diagnostica per immagini, allo scopo di identificare i bisogni sanitari del paziente
- Sviluppo di un piano di cura volto a soddisfare i bisogni precedentemente identificati del paziente. La valutazione del paziente è appropriata se prende in considerazione le sue condizioni, l'età, i bisogni sanitari e assistenziali e le sue richieste o preferenze. Questi processi sono condotti con maggiore efficacia quando i vari professionisti sanitari che prendono in carico il paziente lavorano con spirito collaborativo.

### **Gli standard in breve**

<b>AOP.1.3.1</b>	La valutazione medica e infermieristica iniziale del paziente in situazione di emergenza è basata sui suoi bisogni e sulle sue condizioni.
<b>AOP.1.7</b>	Tutti i pazienti ricoverati e ambulatoriali sono sottoposti a uno screening del dolore, cui segue la valutazione del dolore in caso di riscontro positivo.
<b>AOP.1.10</b>	La valutazione iniziale comprende la determinazione del bisogno di valutazioni specialistiche supplementari.
<b>AOP.2</b>	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.
<b>AOP.3</b>	Professionisti qualificati conducono le valutazioni e le rivalutazioni.
<b>AOP.5</b>	I servizi di laboratorio sono disponibili per far fronte ai bisogni del paziente e tutti i servizi di laboratorio sono conformi a leggi, normative e standard locali e nazionali vigenti in materia.
<b>AOP.5.3</b>	I risultati degli esami di laboratorio sono disponibili su base tempestiva come definito dall'organizzazione.
<b>AOP.5.7</b>	Valori normali e intervalli di riferimento prestabiliti sono utilizzati per interpretare e refertare i risultati delle analisi cliniche.
<b>AOP.6</b>	I servizi di radiologia e diagnostica per immagini sono disponibili per far fronte ai bisogni del paziente e tutti i servizi di radiologia e diagnostica per immagini sono conformi a leggi, normative e standard locali e nazionali vigenti in materia.
<b>AOP.6.2</b>	Un programma di radioprotezione è in vigore, applicato e documentato.
<b>AOP.6.3</b>	Operatori in possesso di qualifiche ed esperienza adeguate eseguono gli esami di radiodiagnostica, interpretano i risultati e li refertano.
<b>AOP.6.4</b>	I risultati degli esami radiologici e di diagnostica per immagini sono disponibili su base tempestiva come definito dall'organizzazione.

### **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**

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**

1. La valutazione medica del paziente in situazione di emergenza si basa sui suoi bisogni e sulle sue condizioni.
2. La valutazione infermieristica del paziente in situazione di emergenza si basa sui suoi bisogni e sulle sue condizioni.
3. In caso di intervento chirurgico, prima dell'intervento sono registrate perlomeno una nota sintetica e la diagnosi preoperatoria.

### **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.

### **AOP.1.10**

**La valutazione iniziale comprende la determinazione del bisogno di valutazioni specialistiche supplementari.**

#### **Intento**

Il processo di valutazione iniziale può individuare la necessità di ulteriori valutazioni, ad esempio di tipo odontoiatrico, audiologico, oculistico e così via. L'organizzazione attiva le consulenze per queste valutazioni presso le proprie unità specialistiche oppure, in mancanza di esse, invia il paziente ad altri centri assistenziali sul territorio.

#### **Elementi Misurabili**

1. Laddove viene identificato il bisogno di valutazioni specialistiche supplementari, viene attivata la consulenza dello specialista dentro o fuori l'organizzazione.

### **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)
6. Le rivalutazioni sono documentate in cartella clinica.



### **AOP.3**

**Professionisti qualificati conducono le valutazioni e le rivalutazioni.**

#### **Intento**

La valutazione e la rivalutazione del paziente rappresentano dei processi critici che richiedono formazione, addestramento, conoscenze e capacità specifiche. Di conseguenza, per ogni tipo di valutazione, i professionisti qualificati ad eseguire la valutazione sono identificati e le loro responsabilità sono definite per iscritto. In particolare, vengono identificati i professionisti qualificati a condurre le valutazioni in emergenza e le valutazioni dei bisogni infermieristici. Le valutazioni sono eseguite da ciascuna figura professionale nell'ambito di applicazione della rispettiva pratica professionale, dell'abilitazione, della legislazione e della normativa vigenti in materia o di una certificazione.

#### **Elementi Misurabili**

2. Soltanto i professionisti autorizzati in forza di abilitazione, legislazione e normativa vigenti o certificazione eseguono le valutazioni del paziente.
3. Le valutazioni in emergenza sono condotte da professionisti qualificati in materia.
4. Le valutazioni infermieristiche sono condotte da professionisti qualificati in materia.

### **AOP.5**

**I servizi di laboratorio sono disponibili per far fronte ai bisogni del paziente e tutti i servizi di laboratorio sono conformi a leggi, normative e standard locali e nazionali vigenti in materia.**

#### **Intento**

L'organizzazione dispone di un sistema per fornire i servizi di laboratorio, compresi i servizi di anatomia patologica, che servono in funzione della popolazione di riferimento, delle prestazioni cliniche offerte dall'organizzazione e delle necessità dei professionisti sanitari. I servizi di laboratorio sono organizzati ed erogati in modo tale da essere conformi a leggi, normative e standard locali e nazionali vigenti in materia.

I servizi di laboratorio, compresi quelli richiesti per le emergenze, possono essere erogati direttamente dall'organizzazione stessa e/o sulla base di convenzioni con altre organizzazioni sanitarie. I servizi di laboratorio sono disponibili per le emergenze anche dopo l'orario normale di attività.

I fornitori esterni sono facilmente accessibili ai pazienti. L'organizzazione seleziona i fornitori esterni sulla base delle indicazioni del direttore o del responsabile dei servizi di laboratorio. I fornitori esterni dei servizi di laboratorio sono a norma di leggi e normative vigenti e sono in grado di dimostrare uno storico accettabile nell'erogazione di servizi accurati e puntuali. Il paziente è informato nel caso in cui un fornitore esterno di servizi di laboratorio sia di proprietà del medico che invia il paziente allo stesso servizio esterno.

#### **Elementi Misurabili**

3. I servizi di laboratorio sono disponibili per le emergenze anche dopo il normale orario di lavoro

### **AOP.5.3**

**I risultati degli esami di laboratorio sono disponibili su base tempestiva come definito dall'organizzazione.**

#### **Intento**

L'organizzazione definisce i tempi per la refertazione dei risultati degli esami di laboratorio. I referti degli esami sono pronti nei tempi previsti sulla base dei bisogni del paziente, delle prestazioni offerte dall'organizzazione e delle necessità del personale clinico, ivi comprese le necessità di esami in emergenza e di quelli da eseguirsi fuori orario e nei fine settimana. Il processo di misurazione della qualità dedica un'attenzione particolare ai risultati degli esami urgenti, ad esempio per il pronto soccorso, le sale operatorie e le unità di terapia intensiva. Inoltre, se i servizi di laboratorio sono convenzionati con un'organizzazione esterna, i referti sono comunque puntuali così come specificato dalla politica ospedaliera o nel contratto. (Vedere anche AOP.5.3.1)

#### **Elementi Misurabili**

1. L'organizzazione ha stabilito i tempi attesi di refertazione dei risultati degli esami di laboratorio.
2. La tempestività della refertazione degli esami richiesti d'urgenza/emergenza è oggetto di misurazione.
3. I risultati degli esami di laboratorio sono refertati entro i tempi utili a soddisfare i bisogni del paziente.

### **AOP.5.7**

**Valori normali e intervalli di riferimento prestabiliti sono utilizzati per interpretare e refertare i risultati delle analisi cliniche.**

#### **Intento**

Il laboratorio stabilisce i valori "normali" o gli intervalli di riferimento (range) per tutte le analisi eseguite. Gli intervalli di riferimento sono acclusi alla cartella clinica, come parte integrante del referto oppure allegando un elenco aggiornato dei valori normali approvati dal direttore del laboratorio. Gli intervalli di riferimento sono forniti anche quando le analisi sono eseguite da un fornitore esterno. Gli intervalli di riferimento sono appropriati alle caratteristiche del territorio e della popolazione servita dall'organizzazione sanitaria e sono rivisti e aggiornati ogni qualvolta cambiano le metodiche.

#### **Elementi Misurabili**

1. Il laboratorio ha stabilito gli intervalli di riferimento per ogni analisi eseguita.
2. L'intervallo di riferimento è accluso alla cartella clinica insieme alla refertazione dei risultati delle analisi.

## **AOP.6**

**I servizi di radiologia e diagnostica per immagini sono disponibili per far fronte ai bisogni del paziente e tutti i servizi di radiologia e diagnostica per immagini sono conformi a leggi, normative e standard locali e nazionali vigenti in materia.**

### **Intento**

L'organizzazione dispone di un sistema per fornire i servizi di radiologia e diagnostica per immagini che servono in funzione della popolazione di riferimento, delle prestazioni cliniche offerte dall'organizzazione e delle necessità dei professionisti sanitari. I servizi di radiologia e diagnostica per immagini sono conformi a tutte le leggi, le normative e gli standard locali e nazionali vigenti in materia. I servizi di radiologia e diagnostica per immagini, compresi quelli richiesti per le emergenze, possono essere erogati direttamente dall'organizzazione stessa e/o sulla base di convenzioni con altre organizzazioni sanitarie. I servizi di radiologia e di diagnostica per immagini sono disponibili per le emergenze anche dopo l'orario normale di attività.

I fornitori esterni sono facilmente accessibili ai pazienti e i referti sono consegnati in maniera tempestiva così da supportare la continuità delle cure. L'organizzazione seleziona i fornitori esterni sulla base delle indicazioni del direttore o del responsabile dei servizi di radiologia e diagnostica per immagini. I fornitori esterni dei servizi di radiologia e di diagnostica per immagini soddisfano le leggi e le normative in vigore e sono in grado di dimostrare uno storico accettabile nell'erogazione di servizi accurati e puntuali. Il paziente è informato nel caso in cui un fornitore esterno di servizi di radiologia e diagnostica per immagini sia di proprietà del medico che invia il paziente allo stesso servizio esterno.

### **Elementi Misurabili**

3. I servizi di radiologia e diagnostica per immagini sono disponibili per le emergenze anche dopo il normale orario di lavoro.

## **Standard AOP.6.2**

**Un programma di radioprotezione è in vigore, applicato e documentato.**

### **Intento**

L'organizzazione ha un programma di radioprotezione attiva che include tutte le componenti dei servizi di radiologia e di diagnostica per immagini, ivi compresi la radiooncologia e il laboratorio di cateterismo cardiaco. Il programma di radioprotezione riflette i rischi e i pericoli riscontrabili all'interno dell'organizzazione. Il programma contempla le pratiche di sicurezza e le misure di prevenzione per il personale della radiologia e della diagnostica per immagini, per gli altri operatori ospedalieri e per i pazienti. Il programma è coordinato con il programma di gestione della sicurezza dell'organizzazione. Il programma di gestione della radioprotezione comprende:

- politiche e procedure scritte a supporto della conformità con gli standard, le leggi e le normative vigenti;
- politiche e procedure scritte per la movimentazione e lo smaltimento di materiali infettivi e pericolosi;
- la disponibilità dei dispositivi di protezione adeguati alle pratiche e ai rischi riscontrati;
- l'orientamento di tutto il personale della radiologia e della diagnostica per immagini alle procedure e alle pratiche di prevenzione e protezione;
- la formazione in servizio per le procedure nuove e per i materiali pericolosi di nuova acquisizione o recentemente riconosciuti tali.

### **Elementi Misurabili**

1. I rischi identificati in materia di radioprotezione sono gestiti da processi specifici o dispositivi di protezione atti a ridurre il rischio (ad esempio, camici di piombo, dosimetri e così via). (Vedere anche FMS.5, EM 5)

### **AOP.6.3**

**Operatori in possesso di qualifiche ed esperienza adeguate eseguono gli esami di radiodiagnostica, interpretano i risultati e li refertano.**

#### **Intento**

L'organizzazione identifica il personale incaricato di eseguire le indagini diagnostiche e gli esami di radiologia e di diagnostica per immagini, compresi coloro che sono autorizzati a eseguire gli esami al letto del paziente (point-of-care testing), il personale qualificato a interpretare i risultati o a verificare e refertare i risultati e coloro che sono incaricati di dirigere o supervisionare tali processi. Il personale tecnico e quello di supervisione hanno una formazione e un'esperienza adeguate e capacità idonee e sono orientati al proprio lavoro. Ai tecnici di radiologia sono assegnati incarichi coerentemente con la loro formazione ed esperienza. Inoltre, vi è un numero sufficiente di personale per eseguire, interpretare e refertare gli esami con sollecitudine e per garantire la necessaria presenza di personale di radiologia durante tutto l'orario di attività e per le emergenze.

#### **Elementi Misurabili**

3. I risultati degli esami sono interpretati da operatori con le qualifiche e l'esperienza adeguate.
4. I risultati degli esami sono verificati e refertati da personale debitamente qualificato.

### **AOP.6.4**

**I risultati degli esami radiologici e di diagnostica per immagini sono disponibili su base tempestiva come definito dall'organizzazione.**

#### **Intento**

L'organizzazione definisce i tempi per la refertazione dei risultati degli esami di radiologia e diagnostica per immagini. I referti degli esami sono pronti nei tempi previsti sulla base dei bisogni del paziente, delle prestazioni offerte dall'organizzazione e delle necessità del personale clinico, ivi comprese le necessità di esami in emergenza e di quelli da eseguirsi fuori orario e nei fine settimana. Il processo di misurazione della qualità dedica un'attenzione particolare ai risultati degli esami urgenti, ad esempio per il pronto soccorso, le sale operatorie e le unità di terapia intensiva. Inoltre, gli esami e le indagini di radiologia e di diagnostica per immagini eseguiti in appalto da un fornitore esterno sono refertati così come specificato dalla politica ospedaliera o nel contratto.

#### **Elementi Misurabili**

1. L'organizzazione ha stabilito i tempi attesi di refertazione dei risultati degli esami di radiodiagnostica.
2. La tempestività della refertazione degli esami richiesti d'urgenza/emergenza è oggetto di misurazione.
3. I risultati degli esami di radiodiagnostica sono refertati entro i tempi utili a soddisfare i bisogni del paziente.

## *Cura del Paziente (COP)*

### **Considerazioni Generali**

La finalità primaria di ogni organizzazione sanitaria è la cura del paziente. Per fornire le cure più appropriate in un ambiente che offra assistenza e risposta ai bisogni unici di ogni singolo paziente, è necessario un alto livello di pianificazione e coordinamento. Indipendentemente dalle figure professionali coinvolte, alcune attività sono fondamentali per la cura del paziente e precisamente:

- la pianificazione e l'erogazione delle cure per ogni singolo paziente;
- il monitoraggio del paziente per verificare i risultati delle cure e del trattamento;
- la modifica del trattamento laddove necessario;
- il completamento delle cure;
- la pianificazione del follow-up.

Tali attività possono essere svolte da numerosi professionisti sanitari, tra cui medici, infermieri, farmacisti, terapisti della riabilitazione e altri ancora. Ognuno di questi professionisti sanitari svolge un ruolo ben preciso nella cura del paziente. Questo ruolo è determinato da: abilitazioni; credenziali; certificazioni; leggi e normative; capacità, conoscenze ed esperienze specifiche del singolo professionista; politiche aziendali o job description. Una parte dell'assistenza può essere a carico del paziente, dei suoi familiari o di altri operatori formati allo scopo.

Gli standard relativi alla Valutazione del Paziente (*vedere anche* capitolo AOP) descrivono le basi per l'erogazione dell'assistenza sanitaria, vale a dire per l'elaborazione di un piano di cura personalizzato in funzione della valutazione dei bisogni del singolo paziente. Le cure possono essere preventive, palliative, terapeutiche o riabilitative e possono prevedere l'anestesia, la chirurgia, la terapia farmacologica, terapie di sostegno o una combinazione di tutti questi elementi. Un piano di cura non basta da solo a ottenere esiti ottimali. L'erogazione delle prestazioni deve infatti essere coordinata e integrata ad opera di tutti i professionisti che si occupano del paziente.

### **Gli standard in breve**

<b>COP.2.1</b>	L'assistenza e le cure fornite a ciascun paziente sono pianificate e documentate in cartella clinica.
<b>COP.2.2</b>	I professionisti autorizzati a prescrivere annotano le prescrizioni nell'apposito spazio della cartella clinica.
<b>COP.2.3</b>	Le procedure eseguite sono documentate in cartella clinica.
<b>COP.3.1</b>	Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti in emergenza.
<b>COP.3.2</b>	Politiche e procedure guidano l'utilizzo dei servizi di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza in tutto l'ospedale.
<b>COP.3.3</b>	Politiche e procedure guidano il trattamento, l'uso e la somministrazione di sangue ed emoderivati.
<b>COP.3.4</b>	Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti in coma o tenuti in vita artificialmente.
<b>COP.3.5</b>	Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti affetti da malattie trasmissibili e dei pazienti immunosoppressi.
<b>COP.3.7</b>	Politiche e procedure guidano l'utilizzo della contenzione e l'assistenza dei pazienti contenuti.
<b>COP.3.8</b>	Politiche e procedure guidano l'assistenza di pazienti anziani, disabili, minori e delle categorie di pazienti a rischio di abuso.
<b>COP.6</b>	Ai pazienti è offerto il supporto per gestire efficacemente il dolore.

### **COP.2.1**

**L'assistenza e le cure fornite a ciascun paziente sono pianificate e documentate in cartella clinica.**

#### **Intento**

I processi assistenziali sono attentamente pianificati allo scopo di ottenere risultati ottimali. Il processo di pianificazione si serve dei dati della valutazione iniziale e delle rivalutazioni periodiche al fine di identificare e stabilire l'ordine di priorità delle terapie, delle procedure, dell'assistenza infermieristica e degli altri trattamenti utili a soddisfare i bisogni del paziente. Il paziente e i suoi familiari sono coinvolti nel processo di pianificazione. Il piano di cura è documentato in cartella clinica ed è elaborato entro 24 ore dall'accettazione in regime di ricovero. Sulla base della rivalutazione del paziente eseguita dai professionisti sanitari che lo hanno preso in carico, il piano viene aggiornato di conseguenza in modo da riflettere l'evolversi delle condizioni del paziente. L'assistenza e le cure pianificate per un paziente devono corrispondere ai suoi bisogni identificati. Questi bisogni possono mutare in conseguenza di un miglioramento clinico, di nuove informazioni emerse a seguito di una rivalutazione di routine (ad esempio: risultati anomali delle indagini di laboratorio o di radiologia) oppure possono manifestarsi a seguito di un mutamento repentino nelle condizioni del paziente (ad esempio: perdita di coscienza). Al mutare dei bisogni del paziente, cambia anche il piano di cura. I cambiamenti sono registrati in cartella clinica come commenti al piano iniziale, come obiettivi assistenziali nuovi o aggiornati, oppure possono dar vita a un nuovo piano di cura.

#### **Elementi Misurabili**

7. L'assistenza e le cure erogate a ciascun paziente sono documentate in cartella clinica ad opera del professionista sanitario che le ha erogate.

### **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/richieste 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/richieste 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/richieste sono scritte solo dai soggetti autorizzati.

### **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.3.2**

**Politiche e procedure guidano l'utilizzo dei servizi di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza in tutto l'ospedale.**

### **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.**

### **COP.3.5**

**Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti affetti da malattie trasmissibili e dei pazienti immunosoppressi.**

### **COP.3.7**

**Politiche e procedure guidano l'utilizzo della contenzione e l'assistenza dei pazienti contenuti.**

### **COP.3.8**

**Politiche e procedure guidano l'assistenza di pazienti anziani, disabili, minori e delle categorie di pazienti a rischio di abuso.**

#### **Intento di COP.3.1 – COP.3.8**

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**

1. L'assistenza ai pazienti in emergenza è guidata da politiche e procedure appropriate.
2. I pazienti ricevono le cure e l'assistenza in conformità alle politiche e alle procedure.

**Elementi Misurabili di COP.3.2**

1. L'utilizzo uniforme dei servizi di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza in tutto l'ospedale è guidato da politiche e procedure appropriate.
2. La rianimazione cardiopolmonare d'urgenza è fornita secondo politiche e 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.

**Elementi Misurabili di COP.3.5**

1. L'assistenza ai pazienti affetti da malattie trasmissibili è guidata da politiche e procedure appropriate.
2. L'assistenza ai pazienti immunosoppressi è guidata da politiche e procedure appropriate.
3. I pazienti immunosoppressi e i pazienti affetti da malattie trasmissibili ricevono le cure e l'assistenza in base alle politiche e alle procedure.

**Elementi Misurabili di COP.3.7**

1. L'utilizzo della contenzione è guidato da politiche e procedure appropriate.
2. I pazienti contenuti ricevono le cure e l'assistenza in base alle politiche e alle procedure.

**Elementi Misurabili di COP.3.8**

1. L'assistenza ai pazienti anziani fragili non autosufficienti è guidata da politiche e procedure appropriate.
2. I pazienti anziani fragili non autosufficienti ricevono le cure e l'assistenza in base alle politiche e alle procedure.
3. L'assistenza ai minori non autosufficienti è guidata da politiche e procedure appropriate.
4. I minori non autosufficienti ricevono le cure e l'assistenza in base alle politiche e alle procedure.
5. Le categorie di pazienti a rischio di abuso sono identificate e la loro assistenza è guidata da politiche e procedure appropriate.



## **COP.6**

**Ai pazienti è offerto il supporto per gestire efficacemente il dolore.**

### **Intento**

Il dolore può essere una componente comune nell'esperienza di un paziente. Il dolore non alleviato produce effetti avversi di carattere fisico e psicologico. Il diritto del paziente a un'appropriate valutazione e gestione del dolore è rispettato e supportato (*vedere anche* PFR.2.5, intento). Sulla base della tipologia di servizi erogati, l'organizzazione stabilisce dei processi per la valutazione e la gestione appropriate del dolore, i quali prevedono:

- a) l'identificazione dei pazienti con dolore durante la valutazione iniziale e nelle rivalutazioni;
- b) la gestione del dolore secondo linee guida o protocolli;
- c) la comunicazione con i pazienti e i familiari e la loro educazione sulla gestione del dolore e della sintomatologia nel contesto delle loro credenze personali, culturali e religiose;
- d) la formazione dei professionisti sanitari sul tema della valutazione e gestione del dolore.

### **Elementi Misurabili**

1. In funzione della tipologia dei servizi erogati, l'organizzazione ha dei processi per identificare i pazienti con dolore.
2. I pazienti con dolore ricevono le cure e l'assistenza in base alle linee guida per la gestione del dolore
3. In funzione della tipologia dei servizi erogati, l'organizzazione ha dei processi per comunicare con i pazienti e i familiari e per educarli sulla gestione del dolore.
4. In funzione della tipologia dei servizi erogati, l'organizzazione ha dei processi per formare il personale sulla gestione del dolore.

## Assistenza Anestesiologica e Chirurgica (ASC)

### Considerazioni Generali

L'utilizzo delle prestazioni di anestesia, sedazione e chirurgia rappresenta processi molto comuni e altrettanto complessi all'interno di un'organizzazione sanitaria. Tali prestazioni richiedono una valutazione completa ed esaustiva del paziente, la pianificazione integrata delle cure e dell'assistenza, il monitoraggio continuo del paziente e il trasferimento dalle rispettive aree sulla base di criteri prestabiliti ai fini del proseguimento delle cure, della riabilitazione e dell'eventuale trasferimento e dimissione.

L'anestesia e la sedazione sono comunemente considerati come un continuum che va dalla sedazione mini- ma all'anestesia totale. Poiché la risposta del paziente può indurre uno stato non programmato di approfondimento della sedazione, i servizi di anestesia e sedazione sono organizzati in maniera integrata. Il presente capitolo affronta il tema dell'anestesia e della sedazione moderata e profonda, durante le quali i riflessi protettivi del paziente necessari per il mantenimento della capacità respiratoria sono a rischio, mentre non affronta il tema della sedazione minima (ansiolisi). Di conseguenza, l'utilizzo del termine "anestesia" comprende anche la sedazione moderata e profonda. Nota: Gli standard relativi all'anestesia e alla chirurgia sono applicabili in qualunque contesto dove si fa uso di anestesia e/o sedazione moderata o profonda e dove si eseguono procedure chirurgiche e altre procedure invasive per le quali è richiesto il consenso del paziente (*vedere anche* PFR.6.4), ivi comprese le sale operatorie, le unità di day surgery o day hospital, l'ambulatorio di odontoiatria e gli altri servizi ambulatoriali, i servizi di emergenza, le unità di terapia intensiva e così via.

### Gli standard in breve

<b>ASC.1</b>	I servizi di anestesia (compresa la sedazione moderata e profonda) sono disponibili per far fronte ai bisogni del paziente e tutti i servizi di anestesia sono conformi alle leggi, alle normative e agli standard locali e nazionali vigenti in materia e agli standard professionali.
<b>ASC.3</b>	Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti sottoposti a sedazione moderata e profonda.

### **ASC.1**

**I servizi di anestesia (compresa la sedazione moderata e profonda) sono disponibili per far fronte ai bisogni del paziente e tutti i servizi di anestesia sono conformi alle leggi, alle normative e agli standard locali e nazionali vigenti in materia e agli standard professionali.**

#### **Intento**

L'organizzazione dispone di un sistema per fornire i servizi di anestesia (compresa la sedazione moderata e profonda) che servono in funzione della popolazione di pazienti, dei servizi clinici offerti dall'organizzazione e delle necessità dei professionisti sanitari. I servizi di anestesia (compresa la sedazione moderata e profonda) sono conformi a leggi, normative e standard locali e nazionali.

I servizi di anestesia (compresa la sedazione moderata e profonda e i servizi richiesti per le emergenze), possono essere erogati direttamente dall'organizzazione stessa e/o sulla base di convenzioni con altre organizzazioni sanitarie. I servizi di anestesia (compresa la sedazione moderata e profonda) sono disponibili per le emergenze anche dopo l'orario normale di attività.

L'eventuale utilizzo di fornitori esterni di servizi di anestesia si basa sulle indicazioni del direttore e di altri responsabili dei servizi di anestesia/sedazione. I fornitori esterni dei servizi di anestesia sono conformi alla legislazione e alla normativa vigenti e sono in grado di dimostrare uno storico accettabile in termini di qualità e di sicurezza per il paziente.

#### **Elementi Misurabili**

1. I servizi di anestesia (compresa la sedazione moderata e profonda) sono a norma di leggi, normative e standard locali e nazionali vigenti in materia.
2. Servizi di anestesia adeguati, regolari e accessibili (compresa la sedazione moderata e profonda) sono a disposizione per rispondere alle esigenze dei pazienti
3. I servizi di anestesia (compresa la sedazione moderata e profonda) sono disponibili per le emergenze anche dopo il normale orario di lavoro.

### **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)
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.

### Note

(\*) Lo standard ASC.2 richiede che uno o più professionisti qualificati siano responsabili della gestione dei servizi di anestesia.

Lo standard riguarda tutti gli aspetti relativi alla sedazione che precedentemente venivano valutati assieme all'anestesia.

I 3 livelli della sedazione sono i seguenti:

- sedazione minima (ansiolisi): stato indotto da farmaci durante il quale il paziente risponde normalmente a comandi verbali. Anche se le funzioni cognitive e di coordinazione possono risultare limitate, la funzionalità respiratoria e cardiovascolare non risultano in alcun modo limitate.
- sedazione procedurale (o moderata) (precedentemente "sedazione cosciente"): stato di limitazione della coscienza indotto da farmaci durante il quale il paziente risponde intenzionalmente ai comandi verbali, spontaneamente oppure dopo leggera stimolazione tattile. I riflessi da stimolo doloroso non sono considerati una risposta intenzionale. Il paziente è in grado di mantenere autonomamente la pervietà delle vie aeree, per cui non risulta necessario nessun tipo di intervento per il mantenimento della capacità respiratoria e la ventilazione spontanea risulta adeguata. La funzione cardiovascolare è mantenuta in modo regolare.
- sedazione profonda / analgesia: stato di limitazione della coscienza indotto da farmaci durante il quale il paziente non può essere facilmente svegliato, ma risponde decisamente solo dopo una stimolazione ripetuta o dolorosa. La capacità di mantenere la funzione respiratoria autonoma può essere limitata. Il paziente può avere bisogno di aiuto nel mantenimento della pervietà delle vie aeree e la ventilazione spontanea può risultare inadeguata. La funzione cardiovascolare è mantenuta in modo regolare.

## *Gestione e Utilizzo dei Farmaci (MMU)*

### **Considerazioni Generali**

La gestione dei farmaci è una componente importante nella gestione e nel trattamento preventivo, sintomatico, terapeutico e palliativo di malattie e patologie. La gestione dei farmaci abbraccia tutto il sistema e tutti i processi utilizzati dall'organizzazione per assicurare le terapie farmacologiche ai propri pazienti. Si tratta in genere di un'attività coordinata e multidisciplinare svolta dal personale dell'organizzazione sanitaria, che vede l'applicazione dei principi della progettazione, dell'implementazione e del miglioramento di processi efficaci alla selezione, all'approvvigionamento, alla conservazione, alla prescrizione/richiesta, trascrizione, distribuzione, preparazione, dispensazione, somministrazione, documentazione e monitoraggio delle terapie farmacologiche. Anche se il ruolo dei professionisti sanitari nella gestione dei farmaci varia enormemente da paese a paese, i processi solidi di gestione dei farmaci ai fini della sicurezza del paziente sono universali.

Nota: Per farmaco si intende qualsiasi medicinale soggetto a prescrizione medica; campioni di specialità medicinali; rimedi fitoterapici e preparati galenici; vitamine; nutraceutici o integratori dietetici; medicinali da banco; vaccini; mezzi di contrasto e altre sostanze utilizzate o somministrate a scopo di diagnosi, trattamento o prevenzione di patologie o disturbi; farmaci radioattivi; trattamenti per la terapia respiratoria; nutrizione parenterale; emoderivati; soluzioni endovenose (semplici e con aggiunta di elettroliti e/o farmaci).

### **Gli standard in breve**

<b>MMU.2.2</b>	L'organizzazione è in grado di procurare prontamente i farmaci non a magazzino o normalmente non reperibili e negli orari di chiusura della farmacia.
<b>MMU.3</b>	I farmaci sono conservati in modo appropriato e sicuro.
<b>MMU.3.2</b>	I farmaci per le emergenze sono disponibili, presidiati e al sicuro se conservati fuori dalla farmacia.
<b>MMU.4</b>	La prescrizione, l'ordinazione e la trascrizione dei farmaci sono guidate da politiche e procedure.
<b>MMU.4.1</b>	L'organizzazione definisce gli elementi per la completezza delle prescrizioni o richieste di terapia farmacologica e quali prescrizioni sono considerate accettabili.
<b>MMU.4.3</b>	I farmaci prescritti e somministrati sono scritti in cartella clinica.
<b>MMU.5</b>	I farmaci sono preparati e dispensati in un ambiente sicuro e pulito.
<b>MMU.6.1</b>	La somministrazione dei farmaci prevede un processo atto a verificare la correttezza del farmaco rispetto alla prescrizione dello stesso.
<b>MMU.7</b>	Gli effetti del farmaco sul paziente sono monitorati.

### **MMU.2.2**

**L'organizzazione è in grado di procurare prontamente i farmaci non a magazzino o normalmente non reperibili e negli orari di chiusura della farmacia.**

#### **Intento**

A volte possono servire dei farmaci non in prontuario o non prontamente reperibili: esiste quindi un processo per approvare e procurare i farmaci in tali circostanze. In alcuni casi, può succedere che i farmaci servono durante la notte o quando la farmacia è chiusa e il magazzino è sotto chiave. Ogni organizzazione deve pianificare questi eventi e istruire il personale sulle procedure da seguire nelle varie situazioni. (*Vedere anche* GLD.3.2.1, EM 2)

#### **Elementi Misurabili**

1. Esiste un processo per approvare e procurare i farmaci richiesti che non sono in prontuario o normalmente reperibili
2. Esiste un processo per ottenere i farmaci quando la farmacia è chiusa e le scorte sono sotto chiave.
3. Il personale conosce i processi.

### **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**

1. I farmaci sono conservati in condizioni idonee a garantire la stabilità dei prodotti.
2. Esiste un registro di carico e scarico degli stupefacenti ai sensi della legislazione e della normativa vigenti.
3. I farmaci e le sostanze chimiche utilizzate per allestire i farmaci sono accuratamente etichettati con l'indicazione del contenuto, della data di scadenza e delle avvertenze.
4. Tutte le aree di deposito farmaci sono ispezionate periodicamente in base alla politica ospedaliera per garantire la conservazione appropriata dei farmaci.

### **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; IPSG 2, EM 1)
2. Politiche e procedure prevedono le azioni relative all'illeggibilità delle prescrizioni e delle richieste di terapia.

#### 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<sup>(\*)</sup>" 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 IPSP 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.

##### **Note**

(\*) *Standing orders*: situazioni in cui l'infermiere è titolato a somministrare farmaci senza una precedente specifica prescrizione



### **MMU.4.3**

**I farmaci prescritti e somministrati sono scritti in cartella clinica.**

#### **Intento**

La cartella clinica di ogni paziente cui è somministrato un farmaco contiene un elenco dei farmaci prescritti o richiesti, insieme alla posologia e agli orari di avvenuta somministrazione. Sono inclusi anche i farmaci somministrati “al bisogno”. Se queste informazioni sono registrate su un modulo a parte (es. foglio unico di terapia farmacologica), il modulo è accluso alla cartella clinica del paziente al momento della dimissione o del trasferimento.

#### **Elementi Misurabili**

1. I farmaci prescritti o richiesti sono registrati per ciascun paziente.
2. La somministrazione dei farmaci è registrata ad ogni dose.

### **MMU.5**

**I farmaci sono preparati e dispensati in un ambiente sicuro e pulito.**

#### **Intento**

La farmacia o il servizio farmaceutico preparano e dispensano i farmaci in un ambiente pulito e sicuro, a norma di leggi, regolamenti e standard della pratica farmaceutica. L'organizzazione identifica gli standard della pratica farmaceutica che normano la sicurezza e la pulizia dell'ambiente di preparazione e dispensazione. La conservazione e la dispensazione dei farmaci in aree esterne alla farmacia, ad esempio nelle unità operative, ottemperano alle medesime misure di sicurezza e di pulizia. Gli operatori che preparano i composti sterili (come le soluzioni endovenose e le epidurali) sono formati sui principi della tecnica asettica. Analogamente, le cappe aspiranti sono disponibili e utilizzate secondo le indicazioni della pratica farmaceutica, ad esempio per la preparazione dei citotossici.

#### **Elementi Misurabili**

1. I farmaci sono preparati e dispensati in ambienti puliti e sicuri con le apparecchiature e i dispositivi appropriati.
2. La preparazione e la dispensazione dei farmaci sono conformi a leggi, regolamenti e standard della pratica farmaceutica.
3. Gli operatori che preparano i composti sterili sono formati sulle tecniche asettiche.

### **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<sup>(\*)</sup> 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.

#### **Note**

(\*) Benchè lo standard MMU.5.1 non rientri nella selezione di standard per il progetto e non sia quindi oggetto di valutazione, il processo di verifica dell'appropriatezza a cui si riferisce prevede la valutazione dei seguenti elementi:

- a) l'appropriatezza del farmaco, della dose, della frequenza e della via di somministrazione;
- b) duplicazione della terapia farmacologica;
- c) allergie o intolleranze reali o potenziali;
- d) interazioni reali o potenziali tra il farmaco e le altre terapie o gli alimenti;
- e) variazione rispetto ai criteri ospedalieri di indicazione terapeutica;
- f) il peso del paziente e altre informazioni fisiologiche;
- g) altre controindicazioni.

## **MMU.7**

**Gli effetti del farmaco sul paziente sono monitorati.**

### **Intento**

Il paziente, il medico e l'infermiere che lo hanno in carico e gli altri professionisti sanitari collaborano al fine di monitorare il decorso della terapia farmacologica. Gli scopi del monitoraggio consistono nel valutare l'effetto di un farmaco sui sintomi o sulla malattia del paziente (compreso l'emocromo, la funzionalità renale, la funzionalità epatica e l'interazione con altri farmaci selezionati) e nel valutare l'insorgenza di eventuali effetti avversi. Sulla base del monitoraggio, è possibile modificare all'occorrenza la posologia o il tipo di farmaco. È appropriato monitorare attentamente la risposta del paziente alla prima dose di un farmaco di nuova introduzione nella sua terapia farmacologica. Questo monitoraggio è finalizzato a rilevare la risposta terapeutica attesa ma anche le reazioni allergiche, le interazioni inattese tra farmaci, una modifica nell'equilibrio del paziente che innalza il rischio di caduta accidentale e così via. Il monitoraggio degli effetti di un farmaco comprende l'osservazione e la documentazione di eventuali effetti avversi. L'organizzazione ha una politica che identifica tutti gli effetti avversi che devono essere registrati e quelli che devono essere segnalati. L'organizzazione definisce il meccanismo per la segnalazione degli eventi avversi laddove richiesta e i tempi entro cui effettuare la segnalazione.

### **Elementi Misurabili**

1. Gli effetti del farmaco sul paziente sono monitorati, ivi compresi gli effetti avversi.
4. Gli effetti avversi sono documentati in cartella clinica come da politica ospedaliera.

## *Educazione del Paziente e dei Familiari (PFE)*

### **Considerazioni Generali**

L'educazione sanitaria rivolta al paziente e ai familiari li aiuta a partecipare in maniera più positiva al processo assistenziale e a prendere decisioni più consapevoli sul percorso di cura. Varie figure professionali all'interno dell'organizzazione si occupano di educare il paziente e i suoi familiari. L'educazione ha luogo nel momento in cui il paziente interagisce con i medici e con gli infermieri che l'hanno in carico. Altri operatori sanitari provvedono a educare il paziente nel corso dell'erogazione di prestazioni specialistiche quali la riabilitazione o la terapia nutrizionale oppure nel momento in cui preparano il paziente alla dimissione e al proseguimento delle cure. Dato che diversi operatori contribuiscono a educare il paziente e i familiari, è importante che le loro attività siano coordinate e incentrate sui bisogni effettivi di apprendimento del paziente.

Un'educazione sanitaria efficace comincia quindi dalla valutazione dei bisogni di apprendimento del paziente e dei suoi familiari. Questa valutazione determina non solo cosa deve essere appreso, ma anche le modalità migliori di apprendimento. Il processo di apprendimento è infatti tanto più efficace quanto più si adatta alle preferenze individuali, ai valori religiosi e culturali e alle capacità linguistiche e di comprensione scritta del singolo paziente. Altro fattore che influisce sull'apprendimento è il momento in cui viene erogata l'educazione sanitaria nel corso del processo assistenziale.

L'educazione sanitaria comprende sia le conoscenze necessarie al paziente durante il processo assistenziale, sia le conoscenze necessarie una volta che il paziente viene dimesso al domicilio o trasferito presso un'altra struttura assistenziale. Di conseguenza, il progetto educativo può includere le informazioni sulle risorse disponibili sul territorio dove ottenere cure ulteriori e il trattamento previsto di follow-up e le informazioni su come accedere ai servizi d'urgenza/emergenza in caso di necessità. Un'educazione sanitaria efficace all'interno di un'organizzazione ospedaliera si serve dei mezzi visivi ed elettronici a disposizione e di svariate tecniche, come la formazione a distanza.

### **Gli standard in breve**

<b>PFE.4</b>	L'educazione sanitaria di pazienti e familiari prevede, in relazione al percorso di cura del paziente: l'uso sicuro dei farmaci, l'utilizzo in sicurezza delle apparecchiature medicali, le potenziali interazioni tra farmaci e alimenti, le indicazioni nutrizionali, la gestione del dolore e le tecniche riabilitative.
--------------	---

#### **PFE.4**

**L'educazione sanitaria di pazienti e familiari prevede, in relazione al percorso di cura del paziente: l'uso sicuro dei farmaci, l'utilizzo in sicurezza delle apparecchiature medicali, le potenziali interazioni tra farmaci e alimenti, le indicazioni nutrizionali, la gestione del dolore e le tecniche riabilitative.**

#### **Intento**

L'organizzazione fornisce di routine l'educazione sanitaria nelle aree che comportano un rischio elevato per il paziente. L'educazione contribuisce al ristabilimento dei precedenti livelli funzionali e al mantenimento di uno stato di salute ottimale. L'organizzazione utilizza materiali e processi standardizzati per educare i pazienti, perlomeno in relazione alle seguenti tematiche:

- Utilizzo sicuro ed efficace di tutti i farmaci assunti dal paziente (non soltanto i farmaci prescritti alla dimissione), compresi i loro potenziali effetti collaterali.
- Utilizzo sicuro ed efficace delle apparecchiature medicali.
- Potenziali interazioni tra i farmaci prescritti e altri farmaci (compresi i medicinali da banco) e gli alimenti.
- Dieta e nutrizione.
- Gestione del dolore.
- Tecniche riabilitative.

#### **Elementi Misurabili**

1. In relazione alle cure fornite, il paziente e i familiari sono istruiti sull'uso sicuro ed efficace di tutti i farmaci assunti, sui potenziali effetti collaterali dei farmaci assunti e sulla prevenzione delle potenziali interazioni tra i farmaci assunti e i medicinali da banco e/o gli alimenti.

## *Miglioramento della Qualità e Sicurezza del Paziente (QPS)*

### **Considerazioni Generali**

Questo capitolo propone un approccio globale ai temi del miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente: parte integrante del miglioramento complessivo della qualità consiste infatti nella riduzione continua dei rischi per l'incolumità di pazienti e di operatori. Alcuni rischi possono essere insiti nei processi clinici così come nell'ambiente fisico. L'approccio proposto prevede:

- la leadership e la pianificazione del programma per il miglioramento della qualità e per la sicurezza del paziente;
- la progettazione ottimale di nuovi processi clinici e manageriali;
- la misurazione della funzionalità dei processi attraverso la raccolta di dati;
- l'analisi dei dati;
- l'implementazione e il sostegno di quei cambiamenti che producono un miglioramento.

Entrambi i programmi per il miglioramento della qualità e per la sicurezza del paziente presentano le seguenti caratteristiche: • sono guidati dalla leadership; • cercano di cambiare la cultura dell'organizzazione; • sono proattivi nell'identificare e ridurre il rischio e la variazione; • utilizzano i dati per focalizzare l'attenzione sulle aree prioritarie; • cercano di dimostrare i miglioramenti sostenibili. Qualità e sicurezza sono radicate nel lavoro quotidiano dei singoli professionisti sanitari e del personale ospedaliero in genere. Questo capitolo può dunque aiutare medici e infermieri a capire come migliorare sensibilmente le loro attività di valutazione dei bisogni dei pazienti e di erogazione dell'assistenza al fine di fornire un servizio migliore ai pazienti e di ridurre i rischi. Analogamente, i responsabili, i loro collaboratori e il resto del personale potranno applicare gli standard descritti in questo capitolo alle loro attività quotidiane, al fine di capire come migliorare l'efficienza dei processi, utilizzare le risorse disponibili con maggior cognizione di causa e ridurre i rischi fisici. In questo capitolo si sottolinea come la pianificazione, la progettazione, la misurazione, l'analisi e il miglioramento continui dei processi clinici e manageriali devono essere ben organizzati e avere una leadership chiara per raggiungere il massimo beneficio. Questo approccio tiene conto del fatto che la maggior parte dei processi clinico-assistenziali coinvolgono più di un dipartimento o di una unità operativa e possono riguardare varie posizioni o profili professionali. Questo approccio tiene anche conto dell'interrelazione che sottende a gran parte delle questioni relative alla qualità clinica e manageriale. Di conseguenza, gli sforzi tesi a migliorare questi processi devono essere guidati da un quadro sistematico di riferimento per tutte le attività di gestione e miglioramento della qualità all'interno dell'organizzazione, sotto la supervisione di un gruppo o di un comitato di sorveglianza del miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente.

### **Gli standard in breve**

<b>QPS.2.1</b>	Le linee guida della pratica clinica, i percorsi clinici e/o i protocolli clinici sono utilizzati per guidare l'assistenza clinica.
<b>QPS.6</b>	L'organizzazione utilizza un processo predefinito per identificare e gestire gli eventi sentinella.

## QPS.2.1

**Le linee guida della pratica clinica, i percorsi clinici e/o i protocolli clinici sono utilizzati per guidare l'assistenza clinica.**

### Intento

Gli obiettivi di un'organizzazione sanitaria prevedono:

- la standardizzazione dei processi clinico-assistenziali;
- la riduzione dei rischi all'interno dei processi assistenziali, in particolare quelli associati alle fasi decisionali critiche;
- l'erogazione di assistenza clinica in maniera efficace e tempestiva per mezzo di un utilizzo efficiente delle risorse a disposizione;
- l'erogazione uniforme e standardizzata di cure di qualità elevata per mezzo di pratiche basate sull'evidenza.

Un'organizzazione sanitaria utilizza molteplici strumenti al fine di raggiungere questi e altri obiettivi. Ad esempio, i professionisti sanitari si adoperano per sviluppare i processi clinici e prendere le decisioni cliniche sulla base delle migliori evidenze scientifiche a disposizione. Le linee guida della pratica clinica sono strumenti utili in questo sforzo volto a conoscere e applicare la scienza migliore a una particolare diagnosi o patologia.

I professionisti sanitari cercano anche di standardizzare i processi assistenziali. I percorsi clinico-assistenziali e i protocolli clinici sono strumenti utili in questo sforzo teso a garantire l'efficacia dell'integrazione e del coordinamento delle cure e l'efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili. Le linee guida della pratica clinica, i percorsi clinico-assistenziali e i protocolli clinici pertinenti alla missione dell'organizzazione sanitaria e alla sua popolazione di riferimento sono:

- a) selezionati tra quelli applicabili ai servizi e ai pazienti dell'organizzazione (le linee guida nazionali obbligatorie, laddove presenti, sono incluse in questo processo);
- b) valutati in merito alla loro pertinenza rispetto alle popolazioni di pazienti individuate dall'organizzazione;
- c) adattati laddove necessario alle tecnologie, ai farmaci e alle altre risorse dell'organizzazione, ovvero agli standard professionali nazionali comunemente accettati;
- d) valutati in merito alla loro evidenza scientifica;
- e) formalmente approvati o adottati dall'organizzazione;
- f) implementati e misurati per verificarne l'utilizzo uniforme e l'efficacia;
- g) supportati da operatori formati sull'applicazione delle linee guida o dei percorsi;
- h) periodicamente aggiornati sulla base delle novità emerse in fatto di evidenze e della valutazione dei processi e degli esiti.

L'aspettativa in capo all'organizzazione sanitaria è di realizzare quanto segue su base annuale:

- I leader clinici selezionano almeno cinque aree prioritarie sulle quali concentrare l'attenzione, tra cui, a titolo di esempio, diagnosi, procedure, popolazioni di pazienti o patologie per le quali l'utilizzo di linee guida, percorsi e protocolli impatterebbe sulla qualità e sulla sicurezza delle cure e ridurrebbe le variazioni indesiderate negli esiti.
- Aver completato il processo descritto ai punti a) – h) per le aree prioritarie individuate come aree sulle quali concentrare l'attenzione.

### Elementi Misurabili

2. L'organizzazione segue il processo descritto ai punti a) – h) dell'intento per l'implementazione di linee guida della pratica clinica, percorsi clinici e/o protocolli clinici.

## **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 sbagliato;
- 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**

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

### **Note**

La lista degli Eventi Sentinella definita dall'Intento va integrata con quella prevista dal Ministero della Salute (Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella - Luglio 2009)



## *Prevenzione e Controllo delle Infezioni (PCI)*

### **Considerazioni Generali**

L'obiettivo del programma di prevenzione e controllo delle infezioni di un'organizzazione sanitaria consiste nell'identificare e ridurre i rischi di acquisizione e trasmissione delle infezioni tra i pazienti, il personale ospedaliero, i professionisti sanitari, gli operatori a contratto, i volontari, gli studenti e i visitatori.

I rischi di infezione e le attività del programma possono variare da un ospedale all'altro, a seconda delle attività e delle prestazioni cliniche erogate, della popolazione di riferimento, dell'ubicazione geografica, della tipologia e del volume di pazienti e del numero di dipendenti.

Un programma efficace non può prescindere dai seguenti elementi: identificazione dei leader, operatori ben addestrati, metodologie di identificazione e risoluzione proattiva dei rischi di infezione, politiche e procedure appropriate, formazione del personale e coordinamento trasversale su tutta l'organizzazione ospedaliera.

### **Gli standard in breve**

<b>PCI.7.1</b>	L'organizzazione riduce il rischio di infezioni garantendo l'adeguatezza della pulizia e della sterilizzazione delle apparecchiature e una gestione appropriata della lavanderia e della biancheria.
----------------	--

### **PCI.7.1**

**L'organizzazione riduce il rischio di infezioni garantendo l'adeguatezza della pulizia e della sterilizzazione delle apparecchiature e una gestione appropriata della lavanderia e della biancheria.**

### **Intento**

Il rischio di infezione è minimizzato tramite i processi corretti di pulizia, disinfezione e sterilizzazione, come ad esempio la pulizia e la disinfezione degli endoscopi, la sterilizzazione dei presidi chirurgici e di altri dispositivi invasivi o non invasivi utilizzati per la cura del paziente. La pulizia, la disinfezione e la sterilizzazione possono avere luogo in una centrale di sterilizzazione oppure, con una supervisione appropriata, in altre aree dell'organizzazione, ad esempio nell'ambulatorio di endoscopia. I metodi per la pulizia, la disinfezione e la sterilizzazione mantengono gli stessi standard ovunque siano eseguite all'interno dell'organizzazione. Inoltre, la gestione corretta della lavanderia e della biancheria può tradursi in una riduzione del rischio di contaminazione della biancheria pulita e del rischio di infezione a carico degli operatori derivante dalla contiguità con biancheria sporca.

### **Elementi Misurabili**

2. Le metodiche di pulizia, disinfezione e sterilizzazione delle apparecchiature condotte al di fuori della centrale di sterilizzazione sono appropriate al tipo di apparecchiature.

## *Governo, Direzione e Leadership (GLD)*

### **Considerazioni Generali**

Un ente (ad esempio, il ministero della salute), uno o più proprietari oppure un gruppo di soggetti identificati (ad esempio, un consiglio di amministrazione o un organo direttivo) sono responsabili di sovrintendere al funzionamento dell'organizzazione e, quindi, responsabili dell'erogazione di servizi sanitari di qualità nei confronti della comunità locale o della popolazione che ad essa si rivolge per ottenere prestazioni di carattere sanitario. Le varie responsabilità dell'ente di governo sono descritte in un documento che ne indica le modalità di assunzione e di espletamento. Il documento descrive anche le modalità di valutazione dell'ente di governo e delle performance dei manager dell'organizzazione sulla base di criteri specifici propri dell'organizzazione sanitaria.

La struttura di governo e di gestione dell'organizzazione è rappresentata o illustrata in un organigramma o in un documento analogo che attesta le linee di autorità e di responsabilità. I soggetti rappresentati nell'organigramma sono identificati per qualifica o per nome.

### **Gli standard in breve**

<b>GLD.2</b>	Il direttore generale è responsabile del funzionamento dell'organizzazione e dell'ottemperanza a leggi e normative.
<b>GLD.5.5</b>	I direttori valutano le performance del dipartimento o del servizio e le performance del personale.

## **GLD.2**

**Il direttore generale è responsabile del funzionamento dell'organizzazione e dell'ottemperanza a leggi e normative.**

### **Intento**

Una leadership efficace è essenziale affinché un'organizzazione sanitaria possa funzionare con efficienza e adempiere alla sua missione. Leadership è tutto ciò che gli individui apportano collettivamente e singolarmente all'organizzazione e può essere esercitata da un numero imprecisato di soggetti. Il direttore generale è responsabile dell'operatività globale e quotidiana dell'organizzazione, il che comprende l'approvvigionamento e l'inventariato delle scorte essenziali, la manutenzione delle infrastrutture, la gestione finanziaria, la gestione della qualità e altre responsabilità ancora. La formazione e l'esperienza di questa persona corrispondono ai requisiti citati nella descrizione della posizione organizzativa. Il direttore generale collabora con i direttori e i leader dell'organizzazione al fine di definire la missione dell'ospedale e pianificare le politiche, le procedure e i servizi clinici in funzione della missione. Una volta approvate dall'organo di governo, il direttore generale è responsabile dell'implementazione di tutte le politiche e dell'assicurazione che tutte le politiche siano rispettate dal personale ospedaliero. Il direttore generale è responsabile:• dell'ottemperanza a leggi e normative vigenti;• della risposta ai report degli organismi di controllo e di ispezione;• dei processi di gestione e controllo delle risorse umane, finanziarie e altre.

### **Elementi Misurabili**

5. Il direttore generale assicura l'ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigenti.

## **GLD.5.5**

**I direttori valutano le performance del dipartimento o del servizio e le performance del personale.**

### **Intento**

Una delle responsabilità più importanti di un direttore di dipartimento o di servizio è l'implementazione del programma ospedaliero per il miglioramento della qualità e la sicurezza del paziente all'interno del proprio dipartimento. La selezione degli indicatori a livello di dipartimento o di servizio è influenzata da:

- a) le priorità di misurazione e di miglioramento dell'organizzazione sanitaria che riguardano il dipartimento o il servizio;
- b) la valutazione delle prestazioni erogate sulla base di fonti quali le indagini sulla soddisfazione del paziente e i reclami;
- c) la necessità di comprendere l'efficienza e l'efficacia economica delle prestazioni erogate;
- d) la valutazione delle prestazioni erogate tramite convenzioni. (*Vedere anche* GLD.3.3)

Il direttore ha la responsabilità di garantire che le attività di misurazione offrano l'opportunità di valutare sia il personale sia i processi assistenziali. Di conseguenza, la misurazione va a coprire, nel tempo, tutte le prestazioni erogate. I dati e le informazioni risultanti sono importanti per gli sforzi di miglioramento intrapresi dal dipartimento o dal servizio, ma sono altrettanto importanti per il programma ospedaliero di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente. (*Vedere anche* ASC.2, EM 7)

### **Elementi Misurabili**

1. I direttori implementano gli indicatori di qualità che riguardano le prestazioni erogate dal proprio dipartimento o servizio, ivi compresi i criteri a) – d) dell'intento laddove appropriati al dipartimento o al servizio.

## *Gestione e Sicurezza delle Infrastrutture (FMS)*

### **Considerazioni Generali**

Uno degli obiettivi per cui si adopera un'organizzazione sanitaria consiste nell'offrire ai propri pazienti, ai loro familiari, al personale tutto e ai visitatori un'infrastruttura sicura, funzionale e ricettiva. Per raggiungere questo obiettivo è necessaria una gestione efficace delle infrastrutture fisiche, degli impianti, delle apparecchiature medicali e delle persone, volta a:

- ridurre e controllare rischi e pericoli;
- prevenire incidenti e infortuni;
- mantenere condizioni di sicurezza.

Una gestione efficace prevede pianificazione, formazione e monitoraggio multidisciplinari nei seguenti termini:

- I leader pianificano gli spazi, le attrezzature e le risorse necessarie a supportare in modo sicuro ed efficace l'erogazione delle prestazioni cliniche.
- Il personale tutto è istruito sul funzionamento dell'infrastruttura, su come ridurre i rischi e su come monitorare e segnalare situazioni potenzialmente pericolose.
- Si impiegano criteri di funzionalità al fine di valutare gli impianti più importanti e di identificare le migliorie necessarie.

Sono elaborati piani scritti che prevedono le seguenti sei aree, laddove pertinenti all'infrastruttura e alle attività svolte dall'organizzazione ospedaliera:

1. Sicurezza e Vigilanza
  - Sicurezza: Il grado in cui edifici, aree adiacenti, impianti e attrezzature non presentano rischi o pericoli per pazienti, operatori o visitatori.
  - Vigilanza:: Tutela contro danni, distruzione, manomissione e accesso o uso non autorizzati.
2. Materiali pericolosi – La movimentazione, lo stoccaggio e l'utilizzo di materiali radioattivi e di altri materiali pericolosi sono controllati e i rifiuti pericolosi sono smaltiti in condizioni di sicurezza.
3. Gestione delle emergenze – La risposta a epidemie, eventi calamitosi ed emergenze è pianificata ed è efficace.
4. Protezione antincendio – Gli immobili e gli occupanti sono protetti da fumo e fiamme.
5. Apparecchiature medicali – Le apparecchiature sono selezionate, mantenute in efficienza e utilizzate in maniera da ridurre i rischi.
6. Impianti fissi – Gli impianti elettrici, idraulici e tutti gli altri impianti fissi sono mantenuti in efficienza per minimizzare il rischio di guasti o difetti di funzionamento.

Nel caso in cui, all'interno della struttura ospedaliera, siano presenti uffici, agenzie, esercizi commerciali non di proprietà dell'ospedale (ad esempio un bar o un negozio di articoli da regalo di proprietà di terzi o in gestione a terzi), l'organizzazione ha l'obbligo di garantire che tali esercizi autonomi si adeguino e rispettino i seguenti piani di sicurezza e di gestione dell'infrastruttura:

- Piano di sicurezza e di vigilanza
- Piano materiali pericolosi
- Piano di gestione delle emergenze
- Piano di protezione antincendio

Le leggi, le normative e le ispezioni delle autorità locali determinano in larga parte il modo in cui un'infra- struttura è progettata, utilizzata e mantenuta in efficienza. Tutte le organizzazioni, indipendentemente dalle dimensioni e dalle risorse proprie di ciascuna, sono tenute a osservare tali

requisiti nell'ambito delle responsabilità dell'organizzazione nei confronti dei pazienti, dei loro familiari, del personale e dei visitatori.

Un'organizzazione ospedaliera parte dall'osservanza della legislazione e della normativa per poi, nel corso del tempo, diventare sempre più competente nella gestione dell'infrastruttura fisica da essa occupata, fino ad assumere un atteggiamento proattivo nel raccogliere dati e nell'implementare strategie atte a ridurre i rischi e a migliorare le condizioni ambientali per l'erogazione di assistenza sanitaria.

### Gli standard in breve

<b>FMS.1</b>	L'organizzazione ospedaliera osserva la legislazione, la normativa e i requisiti di ispezione dell'infrastruttura vigenti in materia
<b>FMS.4</b>	L'organizzazione pianifica e implementa un programma volto a garantire un ambiente fisico sicuro e protetto.
<b>FMS.4.1</b>	L'organizzazione ispeziona tutti gli edifici adibiti alla cura del paziente e ha un piano per ridurre i rischi evidenti e per offrire un'infrastruttura sicura a pazienti, familiari, personale e visitatori
<b>FMS.5</b>	L'organizzazione ha un piano per l'inventario, la movimentazione, lo stoccaggio e l'utilizzo dei materiali pericolosi e per il controllo e lo smaltimento di materiali e rifiuti pericolosi
<b>FMS.6</b>	L'organizzazione elabora e aggiorna un piano di gestione delle emergenze e un programma di risposta a maxiemergenze, epidemie, calamità naturali e non
<b>FMS.6.1</b>	L'organizzazione sperimenta la propria risposta ad emergenze, epidemie ed eventi calamitosi
<b>FMS.7</b>	L'organizzazione pianifica e implementa un programma a garanzia che tutti gli occupanti dell'infrastruttura siano al sicuro da incendi, fumo o altre emergenze
<b>FMS.7.1</b>	Il piano prevede la prevenzione, la rilevazione, lo spegnimento, l'estinzione e l'esodo in sicurezza dall'infrastruttura in caso di incendio ed altre emergenze
<b>FMS.7.2</b>	L'organizzazione collauda regolarmente il proprio piano antincendio e antifumo, compresi i vari dispositivi di rilevazione e di spegnimento, e ne documenta i risultati
<b>FMS.7.3</b>	L'organizzazione sviluppa e implementa un piano per circoscrivere il fumo di sigaretta in apposite aree non dedicate alla cura dei pazienti
<b>FMS.8</b>	L'organizzazione pianifica e implementa un programma per l'ispezione, il collaudo e la manutenzione delle apparecchiature medicali e la documentazione dei risultati
<b>FMS.9</b>	Acqua potabile ed energia elettrica sono disponibili 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana, per mezzo di fonti normali o alternative, al fine di soddisfare i fabbisogni essenziali di cura del paziente
<b>FMS.9.2</b>	L'organizzazione collauda regolarmente gli impianti elettrici e idraulici di riserva in funzione della tipologia di impianto e documenta i risultati del collaudo
<b>FMS.10.1</b>	La qualità dell'acqua è oggetto di monitoraggio regolare ad opera dei soggetti o enti preposti
<b>FMS.11</b>	L'organizzazione educa e addestra tutti i membri del personale sul ruolo di ciascuno nell'offrire un'infrastruttura sicura ed efficace per la cura del paziente
<b>FMS.11.1</b>	Gli operatori sono addestrati e consapevoli circa il proprio ruolo nei piani dell'organizzazione relativi alla protezione antincendio, alla vigilanza, ai materiali pericolosi e alle emergenze
<b>FMS.11.2</b>	Il personale è addestrato sul funzionamento e sulla manutenzione delle apparecchiature medicali e degli impianti fissi

## **FMS.1**

**L'organizzazione ospedaliera osserva la legislazione, la normativa e i requisiti di ispezione dell'infrastruttura vigenti in materia**

### **Intento**

La prima considerazione da farsi in merito a qualunque tipo di infrastruttura riguarda la legislazione, la normativa e ogni altro requisito applicabile all'infrastruttura in oggetto. Tali requisiti possono variare a seconda dell'età e dell'ubicazione dell'infrastruttura e di altri fattori ancora. Ad esempio, molti codici di costruzione edile e codici antincendio, come per gli impianti antincendio automatici (sprinkler), si applicano solo alle costruzioni nuove.

I leader dell'organizzazione, compresi i responsabili del governo e dell'alta direzione, devono:

- conoscere la legislazione, la normativa e gli altri requisiti locali e nazionali che si applicano alle infrastrutture dell'organizzazione sanitaria;
- implementare i requisiti applicabili o gli eventuali requisiti alternativi approvati;
- pianificare e inserire a bilancio i necessari aggiornamenti o sostituzioni identificati dai dati del monitoraggio oppure volti a soddisfare i requisiti applicabili e quindi a mostrare lo stato di avanzamento nell'adeguamento ai piani. (*Vedere anche FMS.4.2*)

Se all'organizzazione sanitaria è stato notificato il non raggiungimento dei requisiti, i leader si assumono la responsabilità della pianificazione e dell'adempimento dei requisiti di legge nei tempi prescritti.

### **Elementi Misurabili**

3. I leader garantiscono il rispetto delle condizioni imposte dai rapporti di ispezione dell'infrastruttura o dalle citazioni in giudizio a seguito di ispezioni condotte dalle autorità locali

## **FMS.4**

**L'organizzazione pianifica e implementa un programma volto a garantire un ambiente fisico sicuro e protetto.**

### **FMS.4.1**

**L'organizzazione controlla tutti gli edifici adibiti alla cura del paziente e ha un piano per ridurre i rischi evidenti e per offrire un'infrastruttura sicura a pazienti, familiari, personale e visitatori.**

#### **Intento di FMS.4 – FMS.4.1**

I leader dell'organizzazione sanitaria utilizzano a buon fine le risorse disponibili per garantire un'infrastruttura sicura, efficace ed efficiente. Prevenzione e pianificazione sono essenziali allo scopo di creare un'infrastruttura sicura e ricettiva per la cura del paziente. Ai fini di una pianificazione efficace, l'organizzazione deve essere consapevole di tutti i rischi presenti al suo interno, ivi compresi i rischi in termini di sicurezza, come la protezione antincendio, e di vigilanza. L'obiettivo è prevenire incidenti e infortuni, mantenere condizioni di sicurezza e di sorveglianza a tutela di pazienti, familiari, operatori e visitatori e ridurre e controllare rischi e pericoli. Tutto ciò assume particolare rilevanza nei periodi di costruzione e/o ristrutturazione. Inoltre, al fine di assicurare un'adeguata vigilanza, tutti gli operatori, i visitatori, i fornitori e altre persone presenti all'interno dell'organizzazione per qualsivoglia motivo sono identificati per mezzo di tesserini (badge) temporanei o permanenti o tramite altri mezzi di identificazione, mentre tutte le aree che devono essere costantemente vigilate e protette, come la nursery, sono effettivamente sorvegliate e presidiate.

Si può raggiungere lo scopo tramite l'elaborazione di un Piano di Miglioramento delle Infrastrutture, che preveda un'ispezione a tappeto di tutte le infrastrutture con l'annotazione di tutto ciò che è da sottoporre a migioria, dalla presenza di arredi rotti o acuminati che potrebbero provocare ferite ai luoghi dove manca una via di fuga in caso di incendio o non vi è modo di monitorare un'area protetta. Questa ispezione periodica è documentata e serve all'organizzazione per pianificare e attuare i miglioramenti e per inserire a budget l'aggiornamento o la sostituzione degli impianti e delle infrastrutture nel lungo periodo.

Quindi, sulla base della conoscenza dei rischi presenti all'interno delle proprie infrastrutture fisiche, l'organizzazione può elaborare un piano proattivo per la riduzione di questi rischi a carico di pazienti, familiari, operatori e visitatori. Il piano può prevedere elementi quali l'installazione di videocamere di sorveglianza nelle aree remote, la sostituzione del gruppo elettrogeno di emergenza, la sostituzione di porte ignifughe e così via. Il piano comprende sicurezza e vigilanza.

#### **Elementi Misurabili di FMS.4**

1. L'organizzazione ha un programma per garantire un ambiente fisico sicuro e protetto, che comprende il monitoraggio e la sorveglianza di aree identificate come rischi per la vigilanza.
2. Il programma garantisce l'identificazione di tutti gli operatori, visitatori e fornitori e il monitoraggio e la sorveglianza di tutte le aree a rischio in termini di vigilanza.
3. Il programma è efficace nel prevenire infortuni e nel mantenere condizioni di sicurezza per pazienti, familiari, operatori e visitatori
4. Il programma include sicurezza e vigilanza nei periodi di costruzione e ristrutturazione degli edifici.

#### **Elementi Misurabili di FMS.4.1**

1. Le ispezioni delle infrastrutture fisiche sono documentate, aggiornate e accurate
2. L'organizzazione ha un piano per ridurre i rischi evidenti sulla base dei risultati delle ispezioni.
3. L'organizzazione sta facendo progressi nell'implementazione del piano

## **FMS.5**

**L'organizzazione ha un piano per l'inventario, la movimentazione, lo stoccaggio e l'utilizzo dei materiali pericolosi e per il controllo e lo smaltimento di materiali e rifiuti pericolosi.**

### **Intento**

L'organizzazione identifica e controlla in sicurezza i materiali e i rifiuti pericolosi (vedere anche AOP.5.1, EM 1 e AOP.6.2, EM 1) sulla base di un piano prestabilito. Per rifiuti e materiali pericolosi si intendono le sostanze chimiche, i chemioterapici, i materiali e i rifiuti radioattivi, i gas e i vapori pericolosi e gli altri rifiuti infetti e sanitari regolamentati. Il piano prevede i processi per:

- l'inventario dei materiali e dei rifiuti pericolosi;
- la movimentazione, lo stoccaggio e l'utilizzo dei materiali pericolosi;
- la segnalazione e la successiva indagine di sversamenti, esposizioni e altri incidenti;
- il corretto smaltimento dei rifiuti pericolosi;
- i corretti dispositivi di protezione e le corrette procedure di prevenzione in caso di utilizzo, sversamento o esposizione;
- la documentazione, compresi i vari permessi, licenze e gli altri requisiti normativi;
- la corretta etichettatura dei materiali e dei rifiuti pericolosi.

### **Elementi Misurabili**

2. Il piano per la movimentazione, lo stoccaggio e l'utilizzo in sicurezza dei rifiuti pericolosi è definito e implementato
3. Il piano per la segnalazione e l'indagine di sversamenti, esposizioni e altri incidenti è definito e implementato
4. Il piano per la corretta movimentazione dei rifiuti all'interno dell'organizzazione e lo smaltimento dei rifiuti pericolosi in condizioni di sicurezza e ai sensi di legge è definito e implementato
5. Il piano per le procedure e i dispositivi di protezione adeguati durante l'utilizzo, lo sversamento o l'esposizione è definito e implementato
7. Il piano per l'etichettatura dei materiali e dei rifiuti pericolosi è definito e implementato



## **FMS.6**

**L'organizzazione elabora e aggiorna un piano di gestione delle emergenze e un programma di risposta a maxi-emergenze, epidemie, calamità naturali e non**

### **FMS.6.1**

**L'organizzazione sperimenta la propria risposta ad emergenze, epidemie ed eventi calamitosi**

#### **Intento di FMS.6 - FMS.6.1**

Maxiemergenze, epidemie ed eventi calamitosi possono coinvolgere direttamente l'organizzazione sanitaria: ad esempio, un terremoto può danneggiare le aree adibite alla cura dei pazienti oppure un'epidemia influenzale può impedire al personale di recarsi al lavoro. Per rispondere efficacemente, l'organizzazione elabora un piano e un programma per la gestione di tali emergenze. Il piano prevede i processi per:

- a) definire la tipologia, la probabilità e le conseguenze di pericoli, minacce ed eventi;
- b) stabilire il ruolo dell'organizzazione in tali eventi;
- c) le strategie di comunicazione in caso di tali eventi;
- d) la gestione delle risorse durante gli eventi, comprese le fonti di approvvigionamento
- e) alternative;
- f) la gestione delle attività cliniche durante un evento, compresi i siti alternativi per la cura dei pazienti;
- g) l'identificazione e l'assegnazione di ruoli e responsabilità al personale ospedaliero durante un evento;
- h) la gestione delle emergenze e i casi in cui le responsabilità individuali degli operatori sono in conflitto con la responsabilità dell'organizzazione di provvedere alla dotazione organica per la cura dei pazienti.

Il piano di emergenza intraospedaliera a fronte di una maxiemergenza viene verificato tramite:

- un test annuale di tutto il piano organizzato internamente dall'ospedale oppure eseguito nell'ambito di un test svolto sul territorio;
- oppure una simulazione degli elementi critici di cui ai punti c) – g) del piano nel corso dell'anno.

Nel caso in cui l'organizzazione sia coinvolta in una vera maxiemergenza con attivazione del piano maxiemergenza e successivo resoconto completo, tale situazione va a sostituire il test annuale.

#### **Elementi Misurabili di FMS.6**

1. L'organizzazione ha identificato le maxiemergenze intra ed extraospedaliere, ad esempio le maxiemergenze sul territorio, le epidemie, le calamità naturali e altri tipi di disastri, ivi incluse le pandemie, il cui rischio concreto di verificarsi è significativo
2. L'organizzazione pianifica la sua risposta alle probabili maxiemergenze, compresi gli elementi di cui ai punti a) – g) dell'intento

#### **Elementi Misurabili di FMS.6.1**

1. Il piano viene testato annualmente nella sua interezza o quantomeno nei suoi elementi critici di cui ai punti c) – g) del piano.
2. Alla conclusione di ogni esercitazione o simulazione, viene condotto un debriefing (interrogazione con rapporto)

## **FMS.7**

**L'organizzazione pianifica e implementa un programma a garanzia che tutti gli occupanti dell'infrastruttura siano al sicuro da incendi, fumo o altre emergenze.**

### **FMS.7.1**

**Il piano prevede la prevenzione, la rilevazione, lo spegnimento, l'estinzione e l'esodo in sicurezza dall'infrastruttura in caso di incendio ed altre emergenze**

### **FMS.7.2**

**L'organizzazione testa regolarmente il proprio piano antincendio e antifumo, compresi i vari dispositivi di rilevazione e di spegnimento, e ne documenta i risultati.**

## **Intento di FMS.7 – FMS.7.2**

Il rischio di incendio è sempre presente in un'organizzazione sanitaria. Di conseguenza, ogni organizzazione deve pianificare come garantire la sicurezza degli occupanti in caso di incendio o fumo. In particolare, l'organizzazione pianifica i seguenti aspetti:

- la prevenzione di incendi tramite la riduzione dei rischi, come lo stoccaggio e la movimentazione in sicurezza dei materiali potenzialmente infiammabili, compresi i gas medicali infiammabili come l'ossigeno;

- i pericoli relativi ad eventuali lavori edili negli edifici occupati dai pazienti o nelle aree adiacenti;
- le vie di esodo sicure e sgombre da ostacoli in caso di incendio;
- i sistemi di segnalazione e gli impianti di rivelazione automatica, come i rilevatori di fumo, gli allarmi antincendio e le squadre antincendio;
- i meccanismi di estinzione, come gli idranti, i manicotti, gli agenti chimici o gli impianti di spegnimento automatici (es. sprinkler).

Queste azioni, se combinate, danno ai pazienti, ai familiari, agli operatori e ai visitatori il tempo sufficiente per abbandonare in sicurezza l'infrastruttura in caso di incendio o fumo. Queste azioni sono efficaci indipendentemente dall'età, dalle dimensioni e dal tipo di costruzione dell'infrastruttura. Ad esempio, per un edificio piccolo a un piano e costruito in mattoni si utilizzeranno metodi diversi rispetto a un edificio grande a più piani e costruito in legno.

Il piano di protezione antincendio dell'organizzazione sanitaria identifica:

- la frequenza dei controlli, dei collaudi, delle verifiche di funzionalità e della manutenzione degli impianti antincendio, in conformità ai requisiti di legge;
- il piano di evacuazione sicura in caso di incendio o fumo;
- il processo per testare tutte le parti del piano nel corso di ciascun periodo di 12 mesi;
- la necessaria formazione del personale ai fini di un'evacuazione e protezione efficace dei pazienti in caso di emergenza;
- la partecipazione degli operatori ad almeno un test antincendio l'anno.

Il test del piano antincendio può essere eseguito in svariate modalità. Ad esempio, l'organizzazione può assegnare un "addetto antincendio" a ciascuna unità operativa, il quale sarà incaricato di interrogare casualmente gli operatori su cosa farebbero nel caso in cui si sviluppasse un incendio nel loro reparto, ponendo domande specifiche come: "Dove si trova la valvola di intercettazione dell'ossigeno? Se dovessi chiudere la valvola di erogazione dell'ossigeno, come gestiresti i pazienti che necessitano dell'ossigeno? Dove sono ubicati gli estintori in questo reparto? Come fai a segnalare la presenza di un incendio? Come proteggi i pazienti durante un incendio? Se fosse necessario evacuare i pazienti, come ti comporteresti?" Gli operatori dovrebbero essere in grado di rispondere a queste domande in modo appropriato. In caso contrario, il fatto che le risposte degli operatori siano inappropriate andrebbe documentato e sarebbe necessario predisporre un piano per formarli nuovamente sui contenuti del piano antincendio. L'addetto antincendio dovrebbe tenere un registro degli operatori che partecipano al test. L'organizzazione può anche predisporre un test scritto

da sottoporre agli operatori in relazione alla protezione antincendio come parte delle simulazioni antincendio. Tutte i controlli, i test e gli interventi di manutenzione sono documentati.

#### **Elementi Misurabili di FMS.7**

1. L'organizzazione pianifica un programma volto a garantire la sicurezza di tutti gli occupanti della struttura in caso di incendio, fumo o altre emergenze
2. Il programma è implementato a tappeto in tutta l'organizzazione e senza soluzione di continuità in modo da garantire l'inclusione di tutte le aree dedicate alla cura del paziente e all'operatività del personale

#### **Elementi Misurabili di FMS.7.1**

1. Il programma prevede la riduzione del rischio incendio
2. Il programma prevede la valutazione del rischio incendio in caso vi siano lavori edili in corso all'interno della struttura o nelle immediate vicinanze
3. Il programma prevede la rilevazione immediata di fuoco e fumo
4. Il programma prevede l'estinzione del fuoco ed il contenimento del fumo
5. Il programma prevede l'esodo sicuro dalla struttura in caso di incendio o altra emergenza

#### **Elementi Misurabili di FMS.7.2**

1. Gli impianti di rivelazione d'incendio e di spegnimento sono ispezionati, testati e sottoposti a manutenzione in base alla frequenza definita dall'organizzazione
2. Il personale è addestrato per partecipare al piano antincendio e antifumo
3. Tutto il personale partecipa ad almeno una esercitazione o simulazione antincendio e antifumo l'anno
4. Il personale è in grado di dimostrare come porterebbe i pazienti in un luogo sicuro
5. Ispezioni, test e manutenzioni di sistemi, attrezzature e impianti sono documentati

#### **FMS.7.3**

**L'organizzazione sviluppa e implementa un piano per circoscrivere il fumo di sigaretta in apposite aree non dedicate alla cura dei pazienti.**

#### **Intento**

L'organizzazione elabora una politica volta a circoscrivere il fumo di sigaretta e attua un piano che:

- si applica a tutti i pazienti, i familiari, gli operatori e i visitatori;
- elimina il fumo di sigaretta in tutte le infrastrutture dell'organizzazione o quantomeno lo circoscrive in apposite aree non dedicate alla cura dei pazienti e dotate di sistemi di ventilazione che convogliano l'aria verso l'esterno.

La politica antifumo dell'organizzazione ne identifica anche le eventuali eccezioni riguardanti i pazienti, ad esempio le motivazioni mediche o psichiatriche per cui a un paziente può essere consentito di fumare e i professionisti autorizzati a concedere il permesso di fumare. In simili casi, il paziente può fumare in un'area designata, non adibita alla cura dei pazienti e lontano dagli altri pazienti.

#### **Elementi Misurabili**

1. L'organizzazione ha predisposto una politica e/o una procedura per eliminare o circoscrivere il fumo di sigaretta
2. La politica e/o procedura si applica a pazienti, familiari, visitatori e operatori
3. La politica e/o procedura è stata implementata

### **FMS.8**

**L'organizzazione pianifica e implementa un programma per il controllo, il collaudo, le verifiche e la manutenzione delle apparecchiature medicali e la documentazione dei risultati.**

#### **Intento di FMS.8**

Al fine di garantire la disponibilità ai fini dell'utilizzo e il corretto funzionamento delle apparecchiature medicali, l'organizzazione:

- tiene l'inventario delle apparecchiature medicali;
- ispeziona regolarmente le apparecchiature medicali;
- testa le apparecchiature medicali in funzione dell'utilizzo e dei requisiti;
- esegue la manutenzione preventiva.

Tutti questi servizi sono forniti da tecnici qualificati. Le apparecchiature nuove sono controllate e collaudate in occasione dell'installazione e poi verificate su base continua in relazione all'età e all'utilizzo dell'apparecchiatura o secondo le raccomandazioni del produttore. I controlli, i risultati del collaudo e delle verifiche e ogni intervento di manutenzione sono documentati. La documentazione aiuta a garantire la continuità del processo di manutenzione e a fornire le basi per la pianificazione degli investimenti di sostituzione, aggiornamento o altre modifiche.

#### **Elementi Misurabili**

3. Le apparecchiature medicali sono controllate regolarmente.
5. Esiste un programma di manutenzione preventiva.

### **FMS.9**

**Acqua potabile ed energia elettrica sono disponibili 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana, per mezzo di fonti normali o alternative, al fine di soddisfare i fabbisogni essenziali di cura del paziente**

#### **Intento**

In un'organizzazione ospedaliera l'assistenza sanitaria, sia essa di routine o di urgenza, è erogata 24 ore su 24, tutti i giorni della settimana. Di conseguenza, l'erogazione ininterrotta di acqua pulita ed energia elettrica è essenziale al fine di far fronte ai bisogni sanitari dei pazienti. Si possono utilizzare fonti di approvvigionamento normali o alternative.

#### **Elementi Misurabili**

1. L'acqua potabile è disponibile 24 ore al giorno, sette giorni su sette
2. L'energia elettrica è disponibile 24 ore al giorno, sette giorni su sette

## **FMS.9.2**

**L'organizzazione testa regolarmente gli impianti elettrici e idraulici di riserva in funzione della tipologia di impianto e documenta i risultati del test.**

### **Intento**

Un'organizzazione sanitaria ha diverse esigenze in relazione alle apparecchiature medicali e agli impianti fissi in funzione della propria missione, dei bisogni dei pazienti e delle risorse disponibili. Indipendentemente dal tipo di impianto e dal livello di risorse disponibili, un'organizzazione deve poter tutelare i pazienti e gli operatori nei casi di emergenza come il guasto, l'interruzione o la contaminazione degli impianti elettrici e idraulici.

Per essere pronta a far fronte a tali emergenze, l'organizzazione:

- identifica le apparecchiature,
- gli impianti e le aree che presentano il rischio più elevato a carico di pazienti e operatori (ad esempio, individua le aree dove vi è sempre bisogno di illuminazione, refrigerazione,
- mantenimento in vita con mezzi artificiali e acqua pulita per la pulizia e la sterilizzazione dei dispositivi);
- valuta e riduce al minimo i rischi di guasti degli impianti fissi in queste aree;
- pianifica le fonti di approvvigionamento alternativo di energia elettrica e acqua pulita per queste aree e bisogni;
- testa la disponibilità e l'affidabilità delle fonti di approvvigionamento alternativo di acqua ed energia elettrica;
- documenta i risultati dei test;
- assicura che il test delle fonti di approvvigionamento alternativo di acqua ed energia elettrica sia effettuato almeno una volta l'anno o più frequentemente laddove richiesto dalle leggi e dalle normative locali o dalle condizioni oggettive delle fonti di erogazione di acqua ed energia elettrica.

Le condizioni oggettive delle fonti di erogazione di acqua ed energia elettrica che potrebbero richiedere un aumento della frequenza dei test comprendono:

- riparazioni ripetute dell'impianto idraulico;
- contaminazioni frequenti della rete di distribuzione dell'acqua;
- inaffidabilità delle reti di distribuzione dell'energia elettrica;
- blackout ricorrenti e imprevedibili.

### **Elementi Misurabili**

1. L'organizzazione collauda le fonti di approvvigionamento alternativo di acqua almeno una volta l'anno o più frequentemente laddove richiesto dalle leggi e dalle normative locali o dalle condizioni oggettive delle fonti di erogazione dell'acqua
2. L'organizzazione documenta i risultati di tali collaudi
3. L'organizzazione collauda le fonti di approvvigionamento alternativo di energia elettrica almeno una volta l'anno o più frequentemente laddove richiesto dalle leggi e dalle normative locali o dalle condizioni oggettive delle fonti di erogazione dell'energia elettrica
4. L'organizzazione documenta i risultati di tali collaudi

## **Standard FMS.10.1**

**La qualità dell'acqua è oggetto di monitoraggio regolare ad opera dei soggetti o enti preposti.**

### **Intento**

Il funzionamento sicuro, efficace ed efficiente degli impianti fissi e degli altri impianti fondamentali è essenziale per garantire la sicurezza di pazienti, familiari, operatori e visitatori e per soddisfare i bisogni di assistenza sanitaria dei pazienti. Ad esempio, la contaminazione di scorie nelle aree di preparazione degli alimenti, un'aerazione inadeguata nel laboratorio di analisi cliniche, le bombole di ossigeno non fissate correttamente nelle aree di stoccaggio, una fuga di ossigeno dalle condutture e il logorio dei fili elettrici sono tutte situazioni che presentano dei pericoli. Per evitare questi ed altri pericoli, l'organizzazione dispone di un processo per il controllo regolare di tutti questi impianti e per la loro manutenzione preventiva e ordinaria. Durante le prove di funzionamento, si presta particolare attenzione alle componenti critiche degli impianti (ad esempio, interruttori e relè). Le fonti di energia elettrica di riserva e di emergenza sono testate in situazioni pianificate che simulano gli effettivi fabbisogni di carico. Le migliorie sono eseguite all'occorrenza, ad esempio il servizio elettrico è perfezionato nelle aree dove si installano apparecchiature nuove.

La qualità dell'acqua può cambiare improvvisamente per cause diverse, a volte esterne all'organizzazione sanitaria, come una rottura nelle condutture della rete idrica locale o una contaminazione dell'acquedotto municipale. Anche la qualità dell'acqua è un fattore critico per alcuni processi clinici, ad esempio per la dialisi. Di conseguenza, l'organizzazione stabilisce un processo per il monitoraggio regolare della qualità dell'acqua, che prevede anche l'analisi biologica periodica dell'acqua utilizzata in dialisi. La frequenza del monitoraggio dipende in parte dalle passate esperienze in termini di problemi di qualità dell'acqua. Il monitoraggio può essere svolto da soggetti designati dall'organizzazione, ad esempio il personale del laboratorio analisi, oppure da un ente pubblico di sorveglianza igienico-sanitaria o della qualità dell'acqua, esterno quindi all'organizzazione e ritenuto competente in materia. È responsabilità dell'organizzazione assicurarsi che le analisi siano completate come richiesto.

Il monitoraggio degli impianti essenziali aiuta l'organizzazione a prevenire i problemi e fornisce le informazioni necessarie per prendere le decisioni sul miglioramento degli impianti e per pianificare la aggiornamento o la sostituzione degli impianti fissi. I dati del monitoraggio sono documentati.

### **Elementi Misurabili**

1. La qualità dell'acqua è regolarmente monitorata.

**FMS.11**

L'organizzazione forma e addestra tutto il personale circa il proprio ruolo nel garantire un'infrastruttura sicura ed efficace per la cura del paziente.

**FMS.11.1**

Gli operatori sono addestrati e consapevoli circa il proprio ruolo nei piani dell'organizzazione relativi alla protezione antincendio, alla vigilanza, ai materiali pericolosi e alle emergenze

**FMS.11.2**

Il personale è addestrato sul funzionamento e sulla manutenzione delle apparecchiature medicali e degli impianti fissi

**Intento di FMS.11 – 11.2**

Il personale dell'organizzazione sanitaria rappresenta la fonte primaria di contatto con pazienti, familiari e visitatori. Di conseguenza, la formazione e l'addestramento del personale è fondamentale affinché ognuno possa svolgere il proprio ruolo nell'identificazione e nella riduzione dei rischi, nella tutela della propria e dell'altrui incolumità e nella creazione di un'infrastruttura sicura e protetta. Ogni organizzazione sanitaria deve stabilire il tipo e il livello di addestramento del personale e, quindi, realizzare e documentare il relativo programma di addestramento e formazione. Il programma può prevedere la didattica di gruppo, materiale informativo stampato, una componente di orientamento dei neoassunti o altri meccanismi in grado di rispondere alle esigenze dell'organizzazione. Il programma prevede le istruzioni sui processi per la segnalazione dei rischi potenziali, per la segnalazione di incidenti e infortuni e per la movimentazione di materiali pericolosi e di altri materiali che presentano rischi per sé e per gli altri. Gli operatori incaricati del funzionamento o della manutenzione delle apparecchiature medicali ricevono un addestramento speciale, che può essere fornito a cura dell'organizzazione, del produttore dell'apparecchiatura o di un'altra fonte competente. L'organizzazione pianifica un programma destinato a verificare periodicamente le conoscenze del personale sulle procedure di emergenza, tra cui le procedure antincendio, la risposta ai pericoli come lo sversamento di un materiale pericoloso e l'utilizzo delle apparecchiature medicali che presentano un rischio per i pazienti e per gli operatori. È possibile verificare le conoscenze del personale attraverso vari mezzi, come le dimostrazioni individuali o di gruppo, la simulazione di eventi come un'epidemia sul territorio, l'utilizzo di test scritti o su supporto informatico e ogni altro mezzo adatto a testare le conoscenze oggetto di verifica. L'organizzazione documenta l'identità dei soggetti esaminati e i risultati della verifica.

**Elementi Misurabili di FMS.11**

1. Per ogni componente del programma aziendale di gestione e sicurezza delle infrastrutture, esiste un piano di formazione a garanzia che gli operatori presenti in tutti i turni di lavoro siano in grado di adempiere efficacemente alle proprie responsabilità.

**Elementi Misurabili di FMS.11.1**

1. Gli operatori sono in grado di descrivere e/o dimostrare il proprio ruolo in risposta a un incendio
2. Gli operatori sono in grado di descrivere e/o dimostrare le azioni per eliminare, minimizzare o segnalare rischi in termini di sicurezza, vigilanza e altri rischi
3. Gli operatori sono in grado di descrivere e/o dimostrare le precauzioni, le procedure e la propria partecipazione nelle attività di stoccaggio, movimentazione e smaltimento di gas medicali, rifiuti e materiali pericolosi e nelle relative situazioni di emergenza
4. Gli operatori sono in grado di descrivere e/o dimostrare le procedure e il proprio ruolo in caso di emergenze e maxiemergenze intra ed extraospedaliere

**Elementi Misurabili di FMS.11.2**

1. Gli operatori sono addestrati sul funzionamento delle apparecchiature medicali e degli impianti fissi in funzione dei requisiti del proprio incarico

## *Qualifiche e Formazione del Personale (SQE)*

### **Considerazioni Generali**

Un'organizzazione sanitaria necessita di un numero variegato di persone qualificate ed esperte per adempiere alla propria missione e soddisfare i bisogni dei pazienti. I leader dell'organizzazione collaborano al fine di individuare il numero e la tipologia di operatori necessari sulla base delle indicazioni dei direttori di dipartimento e di servizio.

Le modalità migliori di assunzione, valutazione e assegnazione degli incarichi al personale si svolgono tramite un processo coordinato, al tempo stesso efficiente e uniforme. È inoltre essenziale documentare le capacità, le conoscenze, la formazione e le precedenti esperienze lavorative dei candidati. In particolare, è molto importante verificare attentamente le credenziali del personale medico e infermieristico poiché questi professionisti sanitari sono coinvolti nei processi clinico-assistenziali e lavorano a diretto contatto con i pazienti.

Un'organizzazione sanitaria dovrebbe essere un luogo nel quale è possibile imparare e progredire sotto il profilo personale e professionale. Di conseguenza, sono offerte al personale varie opportunità di formazione continua in servizio e altre opportunità di apprendimento.

### **Gli standard in breve**

<b>SQE.1.1</b>	Le responsabilità di ciascun operatore sono definite in una job description aggiornata.
<b>SQE.8.1</b>	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.
<b>SQE.10</b>	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.



### **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.

### **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**

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.

## 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 scientifiche 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 équipe 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.

## *Gestione della Comunicazione e delle Informazioni (MCI)*

### **Considerazioni Generali**

L'erogazione di assistenza sanitaria è il risultato di uno sforzo complesso che dipende in larga parte dalla comunicazione di informazioni, da intendersi come comunicazione a doppio senso con il territorio, con i pazienti e i loro familiari e con altri professionisti sanitari. I difetti di comunicazione sono tra le cause profonde più frequenti degli incidenti a danno della sicurezza del paziente.

Per fornire, coordinare e integrare i propri servizi, un'organizzazione sanitaria si affida alle informazioni sulla scienza dell'assistenza, sui singoli pazienti, sulle prestazioni erogate, sui risultati delle cure e sulle sue stesse performance. Al pari delle risorse umane, materiali e finanziarie, anche le informazioni sono una risorsa che deve essere gestita efficacemente dai leader dell'organizzazione ospedaliera. Ogni organizzazione cerca di ottenere, gestire e utilizzare le informazioni al fine di migliorare gli esiti (*outcome*) per i pazienti e le performance individuali e organizzative in generale.

Nel tempo, un'organizzazione sanitaria diventa più efficace in termini di:

- identificazione dei fabbisogni informativi;
- progettazione di un sistema di gestione delle informazioni;
- definizione e acquisizione di dati e informazioni;

- analisi dei dati e loro trasformazione in informazioni;
- trasmissione e reportistica di dati e informazioni;
- integrazione e utilizzo delle informazioni.

Anche se l'informatizzazione e le altre tecnologie migliorano l'efficienza, i principi fondamentali di una buona gestione delle informazioni si applicano a tutti i metodi e a tutti i supporti, siano essi cartacei o elettronici. Gli standard presentati in questo capitolo sono studiati per essere egualmente compatibili sia con i sistemi non computerizzati sia con le future tecnologie informatiche.

### **Gli standard in breve**

<b>MCI.7</b>	La cartella clinica è a disposizione dei professionisti sanitari al fine di facilitare la comunicazione delle informazioni essenziali
<b>MCI.13</b>	L'organizzazione utilizza codici diagnostici, codici di procedure, simboli, abbreviazioni e definizioni standardizzati
<b>MCI.19</b>	L'organizzazione apre e trattiene una cartella clinica per ogni paziente esaminato o trattato
<b>MCI.19.1</b>	La cartella clinica contiene informazioni sufficienti a identificare il paziente, supportare la diagnosi, giustificare il trattamento, documentare il decorso e i risultati del trattamento e promuovere la continuità delle cure tra i professionisti sanitari
<b>MCI.19.1.1</b>	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

### **MCI.7**

**La cartella clinica è a disposizione dei professionisti sanitari al fine di facilitare la comunicazione delle informazioni essenziali**

#### **Intento**

La cartella clinica è una fonte primaria di informazioni sul processo di cura e sul decorso clinico del paziente e quindi rappresenta uno strumento di comunicazione essenziale. Affinché queste informazioni siano utili e di supporto alla continuità dell'assistenza fornita al paziente, devono essere disponibili durante tutto il periodo di degenza, in occasione delle visite ambulatoriali e in tutti gli altri casi ove si rendessero necessarie. Inoltre, devono essere sempre aggiornate. Le schede, i diari e i referti medici, infermieristici e di altre discipline sono a disposizione di tutti i professionisti sanitari che hanno in carico il paziente. La politica ospedaliera identifica i professionisti sanitari che hanno accesso alle cartelle cliniche al fine di garantire la riservatezza delle informazioni relative al paziente.

#### **Elementi Misurabili**

2. Le cartelle cliniche sono a disposizione di quei professionisti che ne hanno bisogno ai fini della cura dei pazienti

### **MCI.13**

**L'organizzazione utilizza codici diagnostici, codici di procedure, simboli, abbreviazioni e definizioni standardizzati**

#### **Intento**

La standardizzazione della terminologia, delle definizioni, del lessico e della nomenclatura facilita il confronto di dati e informazioni all'interno dell'organizzazione e con altre organizzazioni. L'utilizzo uniforme di codici di diagnosi e codici di procedure supporta l'aggregazione e l'analisi dei dati. Anche abbreviazioni, acronimi e simboli sono standardizzati ed è previsto un elenco degli acronimi e dei simboli da non utilizzare. La standardizzazione è conforme agli standard locali e nazionali ufficialmente riconosciuti.

#### **Elementi Misurabili**

4. Sono utilizzati simboli standardizzati in tutta l'organizzazione e quelli da non utilizzare sono identificati e monitorati
5. Sono utilizzati acronimi standardizzati in tutta l'organizzazione e quelli da non utilizzare sono identificati e monitorati

### **MCI.19**

**L'organizzazione apre e trattiene una cartella clinica per ogni paziente esaminato o trattato**

#### **Intento**

Per ogni paziente esaminato o trattato in un'organizzazione sanitaria in regime di ricovero, ambulatoriale o di urgenza, vi è una cartella clinica. Ad ogni cartella clinica è assegnato un identificativo unico ed esclusivo per il singolo paziente o comunque viene utilizzato un meccanismo analogo per collegare il paziente alla sua cartella clinica. Un'unica cartella clinica e un unico identificativo permettono all'organizzazione di rintracciare facilmente le cartelle cliniche dei pazienti e di documentarne le cure nel corso del tempo.

#### **Elementi Misurabili**

1. Per ogni paziente esaminato o trattato dall'organizzazione viene aperta una cartella clinica
2. Le cartelle cliniche sono gestite mediante l'utilizzo di un identificativo unico per ciascun paziente o di un altro metodo altrettanto efficace

**MCI.19.1.**

La cartella clinica contiene informazioni sufficienti a identificare il paziente, supportare la diagnosi, giustificare il trattamento, documentare il decorso e i risultati del trattamento e promuovere la continuità delle cure tra i professionisti sanitari

**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 di MCI.19.1-MCI.19.1.1**

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 di MCI.19.1**

2. La cartella clinica contiene informazioni sufficienti a identificare il paziente
3. La cartella clinica contiene informazioni sufficienti a supportare la diagnosi
4. La cartella clinica contiene informazioni sufficienti a giustificare le cure e il trattamento

**Elementi Misurabili di MCI.19.1.1**

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

Per la richiesta di informazioni e chiarimenti potete rivolgervi a:

Joint Commission International / Progea

e-mail: [jcr\\_segreteria@jcrinc.it](mailto:jcr_segreteria@jcrinc.it)

Tel. 02-58302994 (lun-ven dalle 9:00 alle 18:00)

