

# **Standard per Ospedali e per la Sicurezza del paziente**

Progetto per il servizio triennale di valutazione  
delle aziende sanitarie accreditate e di  
trasferimento del know-how alle Aziende  
Sanitarie Locali

## **INDICE**

Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente .....	3
Accesso e Continuità dell' Assistenza (ACC) .....	4
Diritti del Paziente e dei Familiari (PFR) .....	7
Valutazione del Paziente (AOP) .....	8
Cura del Paziente (COP) .....	11
Assistenza Anestesiologica e Chirurgica (ASC).....	13
Gestione e Utilizzo dei Farmaci (MMU) .....	15
Educazione del Paziente e dei Familiari (PFE).....	17
Miglioramento della Qualità e Sicurezza dei Pazienti (QPS) .....	19
Qualifiche e Formazione del Personale (SQE) .....	23
Gestione della Comunicazione e delle Informazioni (MCI).....	26

## **Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente**

### **Considerazioni Generali**

In questo capitolo vengono presentati gli Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente, la cui implementazione è obbligatoria a far data dal 1° gennaio 2008 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 di sistema deve essere intrinseca nell'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 in termini di "conforme", "parzialmente conforme" o "non conforme". In base alle Regole per la Decisione di Accreditemento, la decisione sulla conformità con gli Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente viene presa separatamente.

### **Obiettivi**

- |                    |                                                                                                             |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Obiettivo 1</b> | Identificare Correttamente il Paziente                                                                      |
| <b>Obiettivo 2</b> | Migliorare l'Efficacia della Comunicazione                                                                  |
| <b>Obiettivo 3</b> | Migliorare la Sicurezza dei Farmaci ad Alto Rischio                                                         |
| <b>Obiettivo 4</b> | Garantire l'Intervento Chirurgico in Paziente Corretto, con Procedura Corretta, in Parte del Corpo Corretta |
| <b>Obiettivo 5</b> | Ridurre il Rischio di Infezioni Associate all'Assistenza Sanitaria                                          |
| <b>Obiettivo 6</b> | Ridurre il Rischio di Danno al Paziente in seguito a Caduta                                                 |

## **Accesso e Continuità dell'Assistenza (ACC)**

### **Considerazioni generali**

Un ospedale deve considerare le prestazioni erogate come parte di un sistema integrato di servizi, professionisti sanitari e livelli di assistenza che, insieme, creano continuità nell'assistenza sanitaria.

Gli obiettivi sono la convergenza tra bisogni sanitari del paziente e servizi disponibili, il coordinamento delle prestazioni erogate all'interno dell'ospedale e la pianificazione delle dimissioni e del follow-up

I risultati sono il miglioramento complessivo degli esiti delle cure erogate al paziente ed un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili.

Le informazioni sono essenziali al fine di prendere decisioni corrette in merito a:

- bisogni del paziente che l'ospedale è in grado di soddisfare;
- flusso efficiente dei servizi per il paziente;
- adeguatezza dei trasferimenti o delle dimissioni dei pazienti presso il domicilio o verso altra struttura assistenziale.

### ACCETTAZIONE

**Standard**

ACC.1 Il paziente accede ai servizi dell'ospedale sulla base di bisogni ben precisi d'assistenza identificati e sulla base delle risorse e della missione dell'ospedale.

**Standard**

ACC.1.1 L'ospedale ha un processo di accettazione e ricovero e di registrazione dei pazienti ambulatoriali.

**Standard**

ACC.1.1.1 Al paziente con bisogni urgenti o immediati è data priorità di valutazione e di trattamento.

**Standard**

ACC.1.3 L'ospedale cerca di ridurre le barriere fisiche, linguistiche, culturali ed altre barriere che possano ostacolare l'accesso e l'erogazione dei servizi.

**Standard**

ACC.1.4 L'ingresso o il trasferimento alle unità di terapia intensiva o ad altre unità specialistiche è determinato sulla base di criteri prestabiliti.

### CONTINUITÀ DELLE CURE

**Standard**

ACC.2 L'ospedale progetta e attua processi in grado di garantire la continuità dei servizi sanitari offerti al paziente e il coordinamento tra i professionisti sanitari.

**Standard**

ACC.2.1 Durante tutte le fasi del trattamento, un professionista qualificato viene identificato come il responsabile dell'assistenza fornita al paziente.

### DIMISSIONE, INVIO E FOLLOW-UP

**Standard**

ACC.3 E' prevista una politica per dimettere il paziente in modo appropriato oppure indirizzarlo ad altra struttura.

**Standard**

ACC.3.1 L'organizzazione collabora con i professionisti sanitari e gli enti esterni per garantire la tempestività e l'appropriatezza degli invii.

**Standard**

ACC.3.2 La cartella clinica contiene una copia della lettera di dimissione.

**Standard**

ACC.3.3 All'atto della dimissione o dell'invio ad altra struttura assistenziale, il paziente (e laddove opportuno i suoi familiari) riceve istruzioni comprensibili relative al follow-up.

### **TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE**

**Standard**

ACC.4 Esiste un processo per trasferire in modo appropriato il paziente presso un'altra struttura, in modo da soddisfare il suo bisogno di continuità assistenziale.

**Standard**

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.

**Standard**

ACC.4.2 La struttura di destinazione riceve una relazione scritta delle condizioni cliniche del paziente e degli interventi prestati dall'ospedale di provenienza.

**Standard**

ACC.4.3 Durante il trasferimento diretto, le condizioni del paziente sono monitorate da personale qualificato.

**Standard**

ACC.4.4 Il processo di trasferimento è documentato nella cartella clinica del paziente.

### **TRASPORTO**

**Standard**

ACC.6.1.1 I Servizi di trasporto dei pazienti sono gestiti attraverso una modalità efficace e continua.

**Standard**

ACC.6.1.2 I veicoli dedicati al trasporto sanitario sono mantenuti e gestiti in una maniera che assicura la sicurezza del paziente e del personale.

**Standard**

ACC.6.1.3 I servizi di trasporto sanitario assicurano qualità e sicurezza del paziente

## **Diritti del Paziente e dei Familiari (PFR)**

### **Considerazioni Generali**

Ogni paziente è unico, con i suoi bisogni, punti di forza, valori e credenze. L'ospedale 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, psico-sociali e culturali di ciascun paziente.

Gli esiti delle cure migliorano quando il paziente e, laddove opportuno, i famigliari o chi ne fa ne veci sono coinvolti nelle decisioni e nei processi di cura coerentemente con le aspettative culturali di ognuno.

Per promuovere i diritti del paziente all'interno di un ospedale, si comincia col definire quali siano questi diritti, per poi educare al riguardo sia il paziente sia il personale dell'ospedale. Il paziente è informato sui suoi diritti e su come esercitarli, mentre il personale è educato a comprendere e osservare le credenze e i valori del paziente e a fornire cure premurose e rispettose a tutela della dignità del paziente.

In questa sezione si affrontano i processi per:

- identificare, tutelare promuovere i diritti del paziente;
- informare il paziente sui suoi diritti;
- coinvolgere i famigliari del paziente, laddove opportuno, nelle decisioni circa il trattamento cui sottoporre il paziente;
- ottenere il consenso informato;
- educare il personale circa i diritti del paziente.

### **Standard**

PFR.1.5 I bambini vulnerabili, i soggetti disabili e gli anziani ricevono idonea protezione.

## **CONSENSO INFORMATO**

### **Standard**

PFR.6 Il consenso informato del paziente è ottenuto attraverso un processo definito dall'ospedale e implementato da personale addestrato.

### **Standard**

PFR.6.1 Il paziente e i famigliari ricevono informazioni adeguate sulla malattia, sul trattamento proposto e sui professionisti sanitari affinché possano effettuare una scelta consapevole.

## **Valutazione del Paziente (AOP)**

### **Considerazioni Generali**

Un processo efficace di valutazione del paziente produce le decisioni in merito ai suoi bisogni di urgenza o di trattamento immediato e ai suoi bisogni di trattamento continuo, anche al variare delle sue condizioni.

La valutazione del paziente è quindi un processo dinamico, in costante evoluzione, che si svolge in strutture e dipartimenti diversi e che consta di tre processi primari:

- la raccolta di dati e informazioni sulle condizioni fisiche, psicologiche e sociali del paziente e sulla sua anamnesi;
- l'analisi dei dati e delle informazioni allo scopo di identificare i fabbisogni sanitari del paziente; e
- lo sviluppo di un piano di cura che soddisfi i fabbisogni precedentemente identificati del paziente.

La valutazione del paziente è appropriata se considera il suo stato, l'età, i fabbisogni sanitari e le sue richieste o preferenze.

Questi processi sono condotti con maggiore efficacia quando i vari professionisti sanitari responsabili della salute del paziente lavorano con spirito collaborativo.



**Standard**

AOP.1 I bisogni sanitari di ciascun paziente in cura presso l'ospedale sono identificati per mezzo di un processo di valutazione prestabilito.

**Standard**

AOP.1.1 L'ospedale ha determinato l'ambito e il contenuto delle valutazioni, sulla base di leggi e regolamenti vigenti e degli standard professionali.

**Standard**

AOP.1.2 La valutazione iniziale di ciascun paziente comprende una valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici e comprende l'anamnesi e l'esame obiettivo

**Standard**

AOP.1.3 La valutazione iniziale identifica le esigenze mediche e infermieristiche del paziente.

**Standard**

AOP. 1.4 Le valutazioni sono completate entro i tempi prescritti dall'organizzazione.

**Standard**

AOP.1.4.1 Le valutazioni iniziali medica e infermieristica sono completate entro le prime 24 ore dall'accettazione in regime di ricovero ordinario oppure entro tempi più brevi come indicato dalle condizioni del paziente o dalla politica ospedaliera.

**Standard**

AOP.1.5.1 La valutazione medica iniziale è documentata prima dell'anestesia o del trattamento chirurgico.

**Standard**

AOP.1.6 Il paziente è sottoposto a uno screening dello stato nutrizionale e dei bisogni funzionali e, se necessario, viene attivata la consulenza per ulteriori valutazioni e trattamenti.

**Standard**

AOP.1.7 L'organizzazione conduce valutazioni iniziali personalizzate per categorie particolari di assistiti.

**Standard**

AOP.1.8.1 La valutazione iniziale comprende la determinazione del bisogno di pianificazione della dimissione.

**Standard**

AOP.1.8.2 Tutti i pazienti sono sottoposti a uno screening del dolore, cui segue la valutazione del dolore in caso di riscontro positivo.

**Standard**

AOP.2 Tutti i pazienti sono sottoposti a rivalutazione a intervalli appropriati, al fine di determinare la loro risposta al trattamento e per pianificare la continuità delle cure o la dimissione.

**Standard**

AOP.3 Professionisti qualificati conducono le valutazioni iniziali e successive del paziente.

### **SERVIZI DI LABORATORIO**

**Standard**

AOP.5.3 Gli esiti delle analisi di laboratorio sono disponibili su base tempestiva come definito dall'ospedale.

**Standard**

AOP.5.8 Uno o più professionisti qualificati sono responsabili della gestione del servizio di laboratorio analisi cliniche o del servizio di medicina di laboratorio.

### **SERVIZI DI RADIOLOGIA E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

**Standard**

AOP.6.4 I risultati degli esami radiologici sono disponibili su base tempestiva come definito dall'ospedale.

**Standard**

AOP.6.7 Uno o più professionisti qualificati sono responsabili della gestione dei servizi di radiologia e diagnostica per immagini.

## **Cura del Paziente (COP)**

### **Considerazioni generali**

Lo scopo primario 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 di assistenza a ciascun paziente;
- il monitoraggio (*vedere anche* Glossario) del paziente per verificare i risultati delle cure;
- 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 (*vedere anche* Glossario); credenziali (*vedere anche* Glossario); certificazioni (*vedere anche* Glossario); leggi e regolamenti; capacità, conoscenze ed esperienze specifiche del singolo professionista; e dalle politiche aziendali o dalle job description. Una parte dell'assistenza può essere a cura del paziente, dei suoi familiari o di altri operatori qualificati.

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 (*vedere anche* Glossario), palliative (*vedere anche* Glossario), 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 (*vedere anche* Glossario) non basta da solo a ottenere esiti (*vedere anche* Glossario) ottimali. L'erogazione delle prestazioni deve infatti essere coordinata e integrata ad opera di tutti i professionisti che si occupano del paziente.

### EROGAZIONE DI ASSISTENZA SANITARIA PER TUTTI I PAZIENTI

**Standard**

COP.2.1L'assistenza e le cure fornite a ciascun paziente sono pianificate e documentate in cartella clinica.

**Standard**

COP.2.2I professionisti autorizzati a prescrivere annotano le prescrizioni nell'apposito spazio della cartella clinica.

### ASSISTENZA AI PAZIENTI AD ALTO RISCHIO ED EROGAZIONE DEI SERVIZI AD ALTO RISCHIO

**Standard**

**COP.3.1** Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti urgenti.

**COP.3.7** Politiche e procedure guidano il ricorso alla contenzione e l'assistenza dei pazienti sottoposti a contenzione.

### GESTIONE DEL DOLORE

**Standard**

COP.6 Ai pazienti è offerto il supporto per gestire efficacemente il dolore.

## **Assistenza Anestesiologica e Chirurgica (ASC)**

### **Considerazioni generali**

L'utilizzo dei servizi di anestesia, sedazione e chirurgia è rappresentato da processi tanto comuni quanto complessi all'interno di un'organizzazione sanitaria. Tali servizi richiedono una valutazione completa ed esaustiva del paziente, la pianificazione integrata delle cure e dell'assistenza, il monitoraggio (*vedere anche* Glossario) continuo del paziente e il trasferimento (*vedere anche* Glossario) dalle rispettive aree sulla base di criteri prestabiliti ai fini del proseguimento delle cure, della riabilitazione e dell'eventuale trasferimento e dimissione ospedaliera.

L'anestesia e la sedazione (*vedere anche* Glossario) sono comunemente considerati come un continuum che va dalla sedazione minima (*vedere anche* Glossario) all'anestesia generale. 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/o invasive (*vedere anche* Glossario) 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 (*vedere anche* Glossario), i servizi di emergenza (pronto soccorso), le unità di terapia intensiva, ecc..

### SEDAZIONE

**Standard**

ASC.3 Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti sottoposti a sedazione moderata e profonda.

### ANESTESIA

**Standard**

ASC.4 Un professionista qualificato esegue una valutazione preanestesiologica e una valutazione pre-induzione.

**Standard**

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

**Standard**

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

**Standard**

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

### CHIRURGIA

**Standard**

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

**Standard**

ASC.7.2 L'intervento chirurgico eseguito è scritto in cartella clinica.

**Standard**

ASC.7.3 Lo stato fisiologico di ciascun paziente è sotto monitoraggio continuo durante l'intervento e nell'immediato postoperatorio ed è documentato in cartella clinica.

**Standard**

ASC.7.4 L'assistenza del paziente postoperatorio è pianificata e documentata.

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

### **Considerazioni generali**

La gestione dei farmaci è una componente importante nel trattamento terapeutico, preventivo (*vedere anche* Glossario), sintomatico e palliativo (*vedere anche* Glossario) 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 pazienti. Si tratta in genere di un'attività coordinata e multidisciplinare (*vedere anche* Glossario) 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/riciesta, trascrizione, distribuzione, preparazione, somministrazione, documentazione e monitoraggio (*vedere anche* Glossario) delle terapie farmacologiche. Anche se il ruolo degli operatori 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.

### PRESCRIZIONE E TRASCRIZIONE

**Standard**

MMU.4 La prescrizione e la trascrizione dei farmaci sono guidate da politiche e procedure

**Standard**

MMU.4.1 L'organizzazione definisce gli elementi per la completezza delle prescrizioni o richieste di terapia farmacologica e quali prescrizioni sono considerate accettabili.

**Standard**

MMU.4.2 L'organizzazione identifica i professionisti qualificati che sono autorizzati a prescrivere od ordinare i farmaci.

**Standard**

MMU.4.3 I farmaci prescritti e somministrati sono scritti in cartella clinica.

### PREPARAZIONE

**Standard**

MMU.5.2 E' in uso un sistema di preparazione dei farmaci nella giusta dose per il paziente giusto e al momento giusto.

### SOMMINISTRAZIONE

**Standard**

MMU.6 L'organizzazione identifica i professionisti qualificati che sono autorizzati a somministrare i farmaci.

**Standard**

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

**Standard**

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

### MONITORAGGIO

**Standard**

MMU.7 Gli effetti del farmaco sul paziente sono monitorati.



## **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 tipo 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 (*vedere anche* Glossario) 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. L'educazione sanitaria è poi particolarmente efficace se è offerta nei momenti appropriati 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 altro centro di assistenza. Di conseguenza, il progetto educativo può includere le informazioni sulle risorse disponibili sul territorio per l'ulteriore assistenza e per 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.

**Standard**

PFE.2 Il fabbisogno educativo di ciascun paziente è valutato e documentato in cartella clinica.

**Standard**

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

## **Miglioramento della Qualità e Sicurezza dei Pazienti (QPS)**

### **Considerazioni Generali**

Questo capitolo propone un approccio globale al miglioramento della qualità. Per il complessivo miglioramento continuo della qualità risulta necessaria la riduzione dei rischi per i pazienti e gli operatori. Alcuni rischi possono nascere dai processi clinici, così come dalle strutture fisiche.

L'approccio proposto prevede i seguenti processi:

- Progettazione ottimale di nuovi processi clinici e manageriali;
- Monitoraggio del livello di funzionamento dei processi attraverso la raccolta di dati indicatori;
- Analisi dei dati; e
- Implementazione e sostegno di quei cambiamenti che generano un miglioramento.

Sia il miglioramento della qualità che la sicurezza dei pazienti presentano le seguenti caratteristiche:

- Sono guidati dalla direzione aziendale;
- Cercano di cambiare la cultura di un'organizzazione;
- Utilizzano di un approccio proattivo e riducono i rischi e le variabili;
- Utilizzano di dati per l'identificazione delle priorità; e
- Cercano di dimostrare i miglioramenti sostenibili.

Qualità e sicurezza sono radicate nel lavoro quotidiano dei singoli professionisti sanitari e del personale in genere. Questo capitolo può dunque aiutare medici e infermieri a capire come migliorare sensibilmente la valutazione dei bisogni dei pazienti, la cura dei pazienti, la riduzione dei rischi. Analogamente, i responsabili di settore, i loro collaboratori ed 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 meglio le risorse disponibili, e ridurre i rischi fisici.

In questo capitolo si sottolinea come il monitoraggio continuo, l'analisi e il miglioramento dei processi clinici e manageriali devono essere ben organizzati e avere una leadership forte per ottenere il massimo vantaggio. Questo approccio tiene conto del fatto che la maggior parte dei processi clinici coinvolgono più di un dipartimento o una unità e possono richiedere diverse prestazioni individuali. Inoltre, questo approccio tiene conto del fatto che quasi tutte le questioni relative alla qualità clinica e manageriale sono correlate le une alle altre. Di conseguenza, gli sforzi tesi a migliorare questi processi devono essere guidati da un quadro sistematico globale per tutte le attività di miglioramento e gestione della qualità all'interno dell'ospedale.

Questi standard di accreditamento internazionale coprono l'intero spettro delle attività cliniche e manageriali di un ospedale, compreso il quadro sistematico per il miglioramento di tali attività e per la riduzione dei rischi associati alle variabili di processo.

Di conseguenza, il quadro sistematico offerto dagli standard presentati in questo capitolo si adatta a molteplici programmi strutturati e approcci meno formali al miglioramento della qualità e alla sicurezza dei pazienti. In questo stesso quadro è altresì possibile inserire i tradizionali programmi di monitoraggio, come quelli per gli eventi inattesi (gestione del rischio) e quelli per l'impiego delle risorse (gestione delle risorse).

Nel tempo, le aziende che adottano questo quadro sistematico potranno:

- sviluppare un maggiore sostegno dei dirigenti a favore di un programma che coinvolga tutto l'ospedale;
- educare e coinvolgere più personale nelle attività di monitoraggio e di miglioramento;
- stabilire priorità più specifiche riguardo cosa monitorare e cosa migliorare;
- basare le decisioni su dati indicatori; e
- realizzare miglioramenti sulla base del confronto con altre aziende, su scala nazionale e internazionale.

### LEADERSHIP E PIANIFICAZIONE

#### **Standard**

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

#### **Standard**

QPS.1.1 I leader dell'organizzazione collaborano alla realizzazione del programma per il miglioramento della qualità e la sicurezza del paziente.

#### **Standard**

QPS.1.2 I leader stabiliscono l'ordine di priorità dei processi da monitorare e delle attività di miglioramento e di sicurezza del paziente da implementare.

#### **Standard**

GLD.3.2.1 Sono utilizzate le apparecchiature, i dispositivi e i farmaci raccomandati dalle associazioni professionali o, in alternativa, da altre fonti autorevoli.

#### **Standard**

GLD.3.3 I leader provvedono alla supervisione dei contratti per i servizi clinici e gestionali.

#### **Standard**

QPS.1.4 Le informazioni relative al miglioramento della qualità e alla sicurezza del paziente sono comunicate al personale.

#### **Standard**

QPS.1.5 Il personale è formato per partecipare al programma.

### PROGETTAZIONE DEI PROCESSI CLINICI E MANAGERIALI

#### **Standard**

QPS.2.1 Le linee guida della pratica clinica e i percorsi clinici sono utilizzati per guidare l'assistenza clinica.

### RACCOLTA DATI PER IL MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ

#### **Standard**

QPS.3 I leader dell'organizzazione identificano gli indicatori chiave atti a monitorare le strutture, i processi e gli esiti (outcome) clinici e manageriali dell'organizzazione e gli Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente.

Nota: Le aree cliniche identificate dagli standard seguenti fanno parte del monitoraggio (cruscotto) della qualità dell'organizzazione.

QPS.3.4 Il monitoraggio clinico include gli aspetti delle procedure chirurgiche selezionati dai leader.

QPS.3.5 Il monitoraggio clinico include gli aspetti relativi all'uso di antibiotici e di altri farmaci selezionati dai leader.

QPS.3.6 Il monitoraggio clinico include il monitoraggio degli errori di terapia e dei near miss di terapia.

QPS.3.7 Il monitoraggio clinico include gli aspetti relativi all'uso dell'anestesia e della sedazione selezionati dai leader.

QPS.3.9 Il monitoraggio clinico include gli aspetti relativi alla disponibilità, al contenuto e all'utilizzo della documentazione clinica selezionati dai leader.

QPS.3.20 Il monitoraggio manageriale include gli aspetti relativi alla prevenzione e al controllo degli eventi che mettono a repentaglio la sicurezza di pazienti, familiari e operatori **selezionati dai leader, compresi gli Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente.**

### ANALISI DEI DATI DEL MONITORAGGIO

**Standard**

QPS.4 L'attività di aggregazione e analisi dei dati è condotta in maniera sistematica da professionisti con esperienze, conoscenze e capacità idonee all'interno dell'organizzazione.

**Standard**

QPS.5 L'organizzazione utilizza un processo predefinito per identificare e gestire gli eventi sentinella.

**Standard**

QPS.6 I dati sono analizzati quando manifestano tendenze (trend) e variazioni indesiderate.

**Standard**

QPS.7 L'organizzazione utilizza un processo predefinito per l'identificazione e l'analisi dei near miss.

### MIGLIORAMENTO

**Standard**

QPS.8 Il miglioramento della qualità e della sicurezza è conseguito e mantenuto nel tempo.

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

### **Considerazioni Generali**

Un ospedale 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 all'individuazione del numero e della tipologia del personale necessario sulla base delle raccomandazioni dei direttori di dipartimento e di servizio.

Le modalità migliori per reclutare, assumere e valutare il personale si svolgono tramite un processo coordinato, al tempo stesso efficiente e uniforme.

E' altresì essenziale la documentazione delle capacità, conoscenze, studi e precedenti esperienze lavorative del candidato. In particolare, è molto importante esaminare attentamente le credenziali del personale medico e infermieristico poiché questi professionisti sanitari sono coinvolti nei processi di assistenza clinica, a diretto contatto con i pazienti.

L'ospedale luoghi dovrebbe essere un luogo nel quale è possibile imparare e progredire dal punto di vista sia personale che professionale. Di conseguenza, sono offerte al personale la formazione continua in servizio e altre opportunità di apprendimento.

### **PIANIFICAZIONE**

**Standard**

SQE.1.1 Le responsabilità di ciascun membro del personale sono definite in un documento aggiornato (job description).

**Standard**

SQE.3L'organizzazione utilizza un processo predefinito per garantire che le conoscenze e le capacità del personale sanitario corrispondano ai bisogni dei pazienti.

**Standard**

SQE.4L'organizzazione utilizza un processo predefinito per garantire che le conoscenze e le capacità del personale non sanitario corrispondano ai bisogni dell'organizzazione e ai requisiti delle singole posizioni.

**Standard**

SQE.5Le informazioni sul personale sono documentate per ciascun operatore.

**Standard**

SQE.6 Un apposito piano per l'assunzione di personale, elaborato congiuntamente dai dirigenti clinici e amministrativi, identifica il numero, il tipo e le qualifiche richieste del personale.

### **ORIENTAMENTO E FORMAZIONE**

**Standard**

SQE.7Tutti gli operatori sanitari e non sanitari sono orientati all'organizzazione, al dipartimento o all'unità di assegnazione e alle responsabilità specifiche del proprio incarico all'atto della nomina in ruolo.

**Standard**

SQE.8.1 Gli operatori sanitari a diretto contatto con il paziente e altri operatori identificati dall'organizzazione sono addestrati nelle tecniche di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza e sono in grado di dimostrare una competenza adeguata al riguardo.

**Standard**

SQE.8.2 L'ospedale mette a disposizione i locali ed il tempo necessari per la formazione e l'addestramento del personale.

### **PERSONALE MEDICO**

**Standard**

SQE.9L'organizzazione ha un processo efficace per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, formazione, pratica ed esperienze) del personale medico autorizzato a fornire assistenza sanitaria senza supervisione.

**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.



### **PERSONALE INFERMIERISTICO**

#### **Standard**

SQE.12 L'organizzazione ha un processo efficace per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, formazione, pratica ed esperienze) del personale infermieristico.

#### **Standard**

SQE.13 L'ospedale ha attivato un processo efficace per l'individuazione delle responsabilità delle varie mansioni e per l'assegnazione degli incarichi clinici in base alle credenziali di ciascun membro del personale infermieristico e ai requisiti obbligatori.

### **ALTRO PERSONALE SANITARIO**

#### **Standard**

SQE.15 L'organizzazione ha un procedura standardizzata per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, formazione, pratica ed esperienze) degli altri professionisti sanitari.

## **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 delle informazioni. I difetti di comunicazione sono tra le cause profonde più frequenti degli incidenti a danno dei pazienti.

Per fornire, coordinare e integrare i servizi, un ospedale 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, le informazioni sono una risorsa che deve essere gestita efficacemente ad opera dei leader di un ospedale. Ogni ospedale cerca di ottenere, gestire e utilizzare le informazioni per migliorare i risultati in termini di pazienti e le performance individuali e organizzative in generale.

Nel tempo un'ospedale diventa più efficace per quanto riguarda:

- l'identificazione dei fabbisogni informativi;
- la progettazione di un sistema di gestione delle informazioni;
- la definizione e l'acquisizione di dati e informazioni;
- l'analisi dei dati e la loro trasformazione in informazioni;
- la trasmissione e il reporting di dati e informazioni; e
- l'integrazione e l'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, siano essi cartacei o elettronici.

Gli standard presentati in questa sezione sono stati studiati per essere egualmente compatibili sia con i sistemi non computerizzati sia con le future tecnologie informatiche.

### **COMUNICAZIONE RIVOLTA A PAZIENTI E FAMILIARI**

**Standard**

MCI.2 L'ospedale informa i pazienti e i famigliari sulle cure e i servizi forniti e su come accedere a questi servizi.

### **COMUNICAZIONI TRA OPERATORI SANITARI DENTRO E FUORI L'ORGANIZZAZIONE**

**Standard**

MCI.6 Le informazioni sul trattamento e sulla risposta del paziente a tale trattamento sono condivise tra gli operatori medici, infermieristici e sanitari in genere durante ciascun turno di lavoro, tra i vari turni ed all'atto del trasferimento da un'unità all'altra.

**Standard**

MCI.7 La cartella clinica del paziente è a disposizione degli operatori sanitari in modo da facilitare lo scambio di informazioni.

**Standard**

MCI.8 Le informazioni relative alla cura del paziente sono trasferite insieme al paziente.

### **LEADERSHIP E PIANIFICAZIONE**

**Standard**

MCI.9 L'organizzazione pianifica e progetta i processi per la gestione delle informazioni atti a soddisfare i fabbisogni informativi interni ed esterni.

**Standard**

MCI.10 Le informazioni sono trattate nel rispetto della privacy e della riservatezza.

**Standard**

MCI.11 La sicurezza delle informazioni è preservata, ivi compresa l'integrità dei dati.

**Standard**

MCI.13 L'ospedale utilizza codici diagnostici, codici procedurali, simboli e definizioni standardizzati.

**Standard**

MCI.14 Il personale ha accesso al livello di informazioni corrispondente alle proprie esigenze e alle responsabilità delle proprie mansioni.

**Standard**

MCI.17 Le informazioni cliniche e manageriali sono integrate a sostegno del governo e della guida dell'ospedale.

**Standard**

MCI.18 Una politica o un protocollo scritto definisce i requisiti per lo sviluppo e la gestione di politiche e procedure.

### CARTELLA CLINICA

**Standard**

MCI.19 L'ospedale compila e trattiene una cartella clinica per ogni paziente esaminato o trattato.

**Standard**

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 dell'assistenza tra i vari fornitori di prestazioni sanitarie.

MCI.19.1.1 La cartella di ogni paziente ricoverato in pronto soccorso riporta l'ora di arrivo, le conclusioni al termine del trattamento di pronto soccorso, le condizioni del paziente alle dimissioni e le istruzioni di follow-up.

**Standard**

MCI.19.2 La politica dell'ospedale identifica i soggetti autorizzati a fare annotazioni nelle cartelle cliniche e stabilisce il formato e il contenuto delle stesse.

MCI.19.3 L'autore, la data e l'ora di tutte le annotazioni riportate nelle cartelle cliniche sono chiaramente identificabili.

**Standard**

MCI.19.4 Nell'ambito delle proprie attività di miglioramento delle performance, l'organizzazione valuta regolarmente il contenuto e la completezza delle cartelle cliniche.

### INFORMAZIONI E DATI AGGREGATI

**Standard**

MCI.20.3 L'organizzazione dispone di un processo per utilizzare i database esterni o per fornire il proprio contributo di dati e informazioni ai database esterni.