

# CERTIFICARE I PERCORSI DI CURA CON IL SISTEMA C.O.P.

---

CORSO DI FORMAZIONE  
MILANO, 19 – 20 SETTEMBRE 2019



# LA METODOLOGA C.O.P.: COME È COSTRUITO LO SCHEMA DI RIFERIMENTO

CORSO DI FORMAZIONE  
MILANO, 19 SETTEMBRE 2019 ORE 14

LAURA LODETTI



# Il metodo C.O.P: le aree d'intervento

---

Il metodo C.O.P. nasce per diffondere una cultura della sicurezza e della qualità nelle organizzazioni sanitarie; punto di riferimento per i processi di cura e assistenza sono le Linee Guida.

Il metodo si articola su 7 distinte aree:

1. PSG e raccomandazioni ministeriali (GEN)
2. Definizione, strutturazione e valutazione del percorso di cura (PDC)
3. Condizioni organizzative da realizzarsi per la gestione del percorso di cura (SO)

# Il metodo C.O.P: le aree d'intervento

---

4. Empowerment del paziente (CPF)
5. Gestione della documentazione clinica e di valutazione del percorso attraverso l'utilizzo dei dati (DAT)
6. Definizione, implementazione e monitoraggio di indicatori di performances che consentano di valutare il percorso (IND)
7. Progettazione ed implementazione del programma di miglioramento (QUA)

# Area 1: PSG e Raccomandazioni Ministeriali (GEN)

---

***Patients safety goals:*** dal 2004 l'OMS ha messo a punto una serie di obiettivi per garantire la sicurezza del paziente, intesa come assenza di danni prevenibili durante il processo di cura e assistenza sanitaria. Gli obiettivi di sicurezza sono sforzi coordinati per prevenire i danni, causati dal processo stesso dell'assistenza sanitaria, che potrebbero accadere ai pazienti. L'OMS ha sempre riconosciuto la sicurezza dei pazienti come una questione di importanza globale.

# Area 1: PSG e Raccomandazioni Ministeriali (GEN)

---

***Raccomandazioni ministeriali per la sicurezza e la riduzione del rischio clinico:*** il Ministero della Salute ha sviluppato un sistema di allerta per quelle condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, con l'obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo ad alcune procedure potenzialmente pericolose, fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento di sistema. La Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome ha provveduto, fin dal 2005, alla stesura e diffusione di "Raccomandazioni" per offrire agli operatori sanitari informazioni su condizioni particolarmente pericolose, che possono causare gravi e fatali conseguenze ai pazienti

## Area 2: Percorso di cura (PDC)

---

Nella formalizzazione del percorso di cura che si intende certificare è necessario definire:

- quali sono linee guida/raccomandazioni/evidenze di riferimento e come le stesse sono state valutate e selezionate;
- quale livello di assistenza, trattamenti e servizi si intende erogare nell'ambito del percorso di cura;
- quali sono i requisiti di reclutamento dei pazienti e conseguentemente la popolazione target;
- quali caratteristiche in termini di qualità, professionalità, formazione e consistenza devono avere i professionisti coinvolti nell'erogazione;
- come si valutano le pratiche professionali adottate e il percorso di cura nel suo complesso.

# Area 3: Condizioni organizzative per l'erogazione del Percorso (SO)

---

La progettazione del percorso di cura prevede la definizione delle procedure che garantiscano uniformità di assistenza, qualità e sicurezza.

Per questo è necessario:

- disporre di informazioni sulla condizione del paziente e di procedure per la gestione del personale,
- Definire i livelli di responsabilità,
- attivare un sistema di monitoraggio continuo.



# Area 3: Condizioni organizzative per l'erogazione del Percorso (SO)

---

L'area delle condizioni organizzative affronta tematiche relative a:

- necessità di un percorso di cura strutturato sulla base dei bisogni del paziente con conseguente conoscenza e valutazione degli stessi;
- modalità di gestione delle informazioni per garantire la cura e la continuità assistenziale;
- disponibilità di protocolli e procedure per la gestione del personale;
- ruoli della leadership.

## Area 4: Empowerment del paziente (CPF)

---

L'empowerment dei pazienti in sanità risponde a esigenze etiche, consente una medicina più umana, più capace di integrare clinica e vita, più rispettosa delle persone, con rapporti meno asimmetrici e più soddisfacenti.

Oggi si dispone di prove consistenti sul fatto che l'empowerment migliora le cure e la salute della popolazione, e pertanto dovrebbe essere considerato parte integrante dell'attività sanitaria.

Le maggiori evidenze dell'impatto dell'empowerment sulla salute sono da riferirsi alle patologie croniche, ma è noto che l'empowerment favorisce anche la prevenzione, la partecipazione ai programmi di screening, l'accesso alle cure quando servono e la loro buona gestione.

# Area 4: Empowerment del paziente (CPF)

---

In quest'area vengono affrontate le seguenti tematiche:

- il coinvolgimento del paziente nel percorso;
- la valutazione dei bisogni formativi del paziente e delle sue capacità di apprendimento sull'auto gestione della patologia;
- la promozione dei corretti stili di vita.

# Area 5: Documentazione clinica e dati (DAT)

---

Per ogni paziente deve essere disponibile una documentazione clinica (cartella o fascicolo personale) nella quale siano contenute tutte le informazioni necessarie a supportare la diagnosi, a giustificare i trattamenti e a documentare il corso e i risultati del trattamento.

E' opportuno che la documentazione clinica sia strutturata secondo impostazioni e contenuti standard così da garantire il necessario flusso di informazioni a tutti coloro che assistono il paziente.

La privacy e la riservatezza dei dati e delle informazioni devono essere protette, si devono identificare le azioni da intraprendere nel caso di violazione della riservatezza e/o della sicurezza dei dati e delle informazioni, deve essere definita la politica delle autorizzazioni all'accesso dei dati

# Area 5: Documentazione clinica e dati (DAT)

---

Dalla documentazione clinica possono essere desunti una serie di dati e di informazioni che, se raccolti e analizzati in modo aggregato, possono supportare l'assistenza ai pazienti e la gestione e/o valutazione del percorso.

I dati aggregati forniscono un quadro di riferimento del percorso nel tempo e consentono di confrontare la performance del percorso con quella di altri erogatori di percorsi simili.

# Area 5: Documentazione clinica e dati (DAT)

---

In sintesi quest'area affronta le seguenti tematiche:

- vengono protette la riservatezza, la sicurezza e la conservazione delle informazioni relative al paziente;
- si apre, conserva e rende accessibile una cartella clinica/fascicolo sanitario per ogni paziente;
- si condividono le informazioni cliniche del paziente con tutti quanti garantiscono la continuità assistenziale;
- sono identificate le persone autorizzate ad avere accesso e/o a compilare la cartella clinica del paziente;
- si preserva la qualità e l'integrità dei dati;
- si utilizzano dati e informazioni aggregate per supportare le decisioni manageriali.

## Area 6: Gli indicatori di percorso (IND)

---

Per favorire il miglioramento della performance e la sicurezza del paziente è necessario disporre di misure che consentano di valutare gli output e gli outcome del percorso, implementando un processo di monitoraggio del percorso stesso, definendo: quali dati raccogliere, con quale frequenza, con quali modalità.

Comprendere come si sta comportando l'organizzazione dipende dall'analisi dei dati e dai report sui risultati conseguiti. Per raggiungere questi obiettivi è necessario che i dati utilizzati siano:

- corretti
- validi e affidabili
- significativi rispetto a quanto si vuole monitorare
- tempestivi e completi
- misurabili

# Area 6: Gli indicatori di percorso (IND)

---

Per selezionare gli indicatori di monitoraggio si devono considerare:

- Il percorso, la procedura o l'outcome da misurare;
- la disponibilità a livello scientifico e di EBM di indicatori a supporto della misurazione;
- le modalità di attuazione della misurazione;
- la frequenza della misurazione.

Sinteticamente i requisiti relativi a questo gruppo riguardano:

- l'utilizzo di dati per migliorare i processi e gli outcome e monitorare le divergenze dalla linea guida;
- la realizzazione di report di monitoraggio di eventi sentinella, eventi avversi e near misses;
- la valutazione della customer satisfaction.



# Area 7: Il Piano di Miglioramento (QUA)

---

Un piano di miglioramento prevede la valutazione della situazione di fatto e l'individuazione delle aree a maggior rischio.

Successivamente i professionisti pianificano le azioni di miglioramento individuando fasi, responsabilità e ambiti di azione di ciascuno degli attori coinvolti, procedendo quindi alla valutazione dello stato di attuazione del piano per l'aggiornamento dello stesso. Il piano di miglioramento deve ricomprendere e coinvolgere tutte le funzioni sia nella fase di sviluppo che in quella di implementazione. Obiettivo di quest'area è:

- La strutturazione del piano;
- La definizione delle responsabilità nelle varie aree individuate per il miglioramento;
- Il monitoraggio dello stato di attuazione del piano.

# LA METODOLOGA C.O.P.: I REQUISITI SPECIFICI

---

CORSO DI FORMAZIONE  
MILANO, 19 SETTEMBRE 2019 ORE 15

LAURA LODETTI



# Area 1: PSG e Raccomandazioni Ministeriali (GEN)

---

I requisiti di quest'area:

1. è garantita la corretta identificazione del paziente
2. comunicazione efficace con paziente e professionisti
3. L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di infezioni
4. l'azienda dispone di procedure per la prevenzione e la gestione delle cadute del paziente (raccomandazione ministeriale n. 13)
5. l'azienda dispone di protocolli e procedure per la gestione del farmaco (raccomandazione ministeriale n. 7)
6. l'azienda ha implementato la riconciliazione della terapia (raccomandazione ministeriale n. 17)

# Area 1: PSG e Raccomandazioni Ministeriali (GEN)

---

7. l'azienda dispone di protocolli e procedure per la gestione dei farmaci LASA e ad alto rischio (raccomandazione ministeriale n. 12)
8. l'azienda dispone di protocolli e procedure per il corretto utilizzo delle soluzioni concentrate (cloruro, potassio, KCL ed altre) (raccomandazione ministeriale n. 1)
9. l'azienda dispone di protocolli e procedure per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO (raccomandazione ministeriale n. 5)
10. l'azienda dispone di protocolli e procedure per la corretta identificazione del sito chirurgico e della procedura (raccomandazione ministeriale n. 3)

# Area 1: PSG e Raccomandazioni Ministeriali (GEN)

---

11. l'azienda dispone di protocolli e procedure per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico (raccomandazione ministeriale n. 2)
12. gestione dei reclami e delle segnalazioni
13. Le strutture dove i pazienti ricevono assistenza possiedono e applicano un programma per la gestione dell'emergenza e della sicurezza
14. esistono procedure e protocolli per la gestione della sicurezza (raccomandazione ministeriale n. 9)
15. l'azienda dispone di protocolli e procedure per prevenire gli atti di violenza ai danni degli operatori (raccomandazione ministeriale n. 8)
16. l'azienda dispone di protocolli e procedure per la prevenzione del suicidio dei pazienti (raccomandazione ministeriale n. 4)

## Area 2: Percorso di cura (PDC)

---

**DPC\_1 Le attività del percorso di cura sono definite seguendo LG, raccomandazioni ed evidenze**

Il percorso di cura è strutturato e standardizzato al fine di fornire un'assistenza uniforme ai vari pazienti e favorire in tal modo un'assistenza clinica che minimizzi il rischio. Il riferimento a LG, raccomandazioni, evidenze deve guidare tutte le fasi della presa in carico e gestione del paziente per:

ridurre i rischi nei processi di assistenza;

uniformare i processi di assistenza clinica;

garantire che l'assistenza sia fornita in modo efficace, efficiente e tempestivo, ottimizzando il governo delle risorse disponibili.

## Area 2: Percorso di cura (PDC)

---

### **DPC\_1 Le attività del percorso di cura sono definite seguendo LG, raccomandazioni ed evidenze**

Le LG utilizzate devono:

- essere basate sull'evidenza clinica e promosse dalle società scientifiche di riferimento;
- essere aggiornate sulla base delle innovazioni che via via si vanno introducendo;
- essere approvate dalla direzione e formalmente adottate dai professionisti sanitari;
- essere revisionate per eventuali aggiornamenti.

## Area 2: Percorso di cura (PDC)

---

**PDC\_2 il PDTA definisce per iscritto le modalità di assistenza, i trattamenti ed i servizi che il percorso di cura garantisce**

IL PDTA deve sintetizzare:

- la mission del percorso e gli obiettivi di salute che si prefigge;
- la popolazione target;
- la strutturazione e l'organizzazione delle attività, dalla presa in carico al follow up nonché alla continuità assistenziale al domicilio (dove previsto), nonché le risorse coinvolte;
- i trattamenti e i servizi garantiti ai pazienti arruolati;
- Le responsabilità nell'erogazione dei servizi



## Area 2: Percorso di cura (PDC)

---

**PDC\_2 il PDTA definisce per iscritto le modalità di assistenza, i trattamenti ed i servizi che il percorso di cura garantisce**

Il documento formalizzato per il PDTA deve:

- contenere un piano di qualità che recepisce i contenuti gli obiettivi e le responsabilità dell'organizzazione del percorso (fasi, output e servizi erogati);
- essere formalmente approvato dalla Direzione e dai professionisti;
- essere rivisto ed aggiornato con cadenza almeno annuale o quando necessario.

## Area 2: Percorso di cura (PDC)

---

### **PDC\_3 IL PDTA standardizza acronimi, simboli e abbreviazioni**

L'utilizzo di acronimi e abbreviazioni con significati differenti in funzione dei singoli professionisti o delle equipe generano problemi rilevanti soprattutto nel trasferimento delle informazioni. È quindi necessario che la terminologia, le definizioni, gli acronimi e le abbreviazioni siano standardizzate in modo da facilitare il confronto di dati e informazioni all'interno dell'organizzazione e con altre organizzazioni.

Si deve disporre di un elenco degli acronimi e dei simboli che non devono essere utilizzati (allegato al PDTA)

## Area 2: Percorso di cura (PDC)

---

### **PDC\_4 il PDTA definisce precisamente i criteri di ammissione e/o di partecipazione**

Il PDTA deve definire in modo esplicito quali sono i criteri adottati per la presa in carico dei pazienti. Tutti i pazienti che accedono alla struttura e che hanno le caratteristiche definite dai criteri di arruolamento devono essere informati dell'esistenza del percorso di cura, degli obiettivi, delle modalità di erogazione e deve essere data loro la possibilità di essere arruolati nel percorso (presa in carico). Deve essere attivato un processo uniforme per identificare i possibili pazienti e valutare i loro bisogni in base alle informazioni disponibili.

## Area 2: Percorso di cura (PDC)

---

### **PDC\_5 Il PDTA definisce una valutazione continua delle pratiche professionali e dei processi di cura**

Le modalità di erogazione del servizio vengono sottoposte ad un costante monitoraggio che prevede che vengano raccolti dati sull'attività svolta e che questi siano sottoposti alla valutazione del responsabile del percorso. Ciò si rende necessario per verificare che il percorso sia effettivamente standardizzato e che eventuali pratiche che impattano sulla qualità dell'assistenza e sulla sicurezza dei pazienti siano oggetto di revisione. Qualora si riscontrino deficienze o performance al di sotto degli standard attesi devono essere intraprese le opportune azioni correttive.

## Area 2: Percorso di cura (PDC)

---

**PDC\_5 Il PDTA definisce una valutazione continua delle pratiche professionali e dei processi di cura**

Cosa fare:

- Coinvolgimento di tutti i professionisti nella valutazione del percorso
- Valutare l'aderenza della pratica clinica al percorso di cura anche attraverso report di monitoraggio.
- Analizzare gli outcome del percorso per valutarne l'aderenza alle LG ed eventualmente modificare le pratiche cliniche.

## Area 2: Percorso di cura (PDC)

---

### **PDC\_6 Il personale conosce le LG e svolge le attività in coerenza con esse**

È necessario utilizzare in modo efficace e coerente le linee guida selezionate. I professionisti devono quindi adottare le LG e ricevere una formazione adeguata per poterle applicare in modo da garantire un'effettiva integrazione e coordinazione dell'assistenza. Per garantire che le LG vengano efficacemente seguite è opportuno che la valutazione, dei professionisti coinvolti nel percorso di cura, avvenga anche sull'aderenza della pratica clinica alle LG.

Cosa fare:

- Formare i professionisti coinvolti sul percorso di cura e sulle Linee Guida di pertinenza
- Valutare il personale anche sull'aderenza del percorso di cura alle linee guida identificate.

## Area 2: Percorso di cura (PDC)

---

**PDC\_7 Il programma è strutturato, implementato e valutato in maniera collaborativa**

Tutti i professionisti, sia quelli direttamente coinvolti nel percorso di cura sia quelli che operano nei servizi di supporto, mettono a disposizione le loro competenze e cooperano per coordinare e integrare tutte le attività sul paziente.

## Area 2: Percorso di cura (PDC)

---

**PDC\_7 Il programma è strutturato, implementato e valutato in maniera collaborativa**

Cosa fare:

- Prevedere che tutti i servizi coinvolti nel percorso aderiscono allo stesso (mappatura precisa e completa)
- i servizi coinvolti rispettano i tempi previsti dal percorso (definizione precisa dei timing);
- gli esiti della valutazione del percorso sono presi in considerazione dai responsabili per la definizione dei piani di miglioramento.



# Area 3: Condizioni organizzative per l'erogazione del Percorso (SO)

---

## **SO\_1 Vengono raccolte informazioni sulla malattia o la condizione del paziente nell'attuazione del percorso**

Per ogni paziente i professionisti coinvolti nel percorso di cura hanno la necessità di raccogliere informazioni da diverse fonti per avere un quadro completo della situazione sia dal punto di vista clinico che da quello emozionale e comportamentale.

# Area 3: Condizioni organizzative per l'erogazione del Percorso (SO)

---

## **SO\_1 Vengono raccolte informazioni sulla malattia o la condizione del paziente nell'attuazione del percorso**

Cosa fare:

- attivare tutte le modalità per recuperare queste informazioni sia dal paziente e/o dai suoi familiari/caregiver che da altri professionisti che hanno avuto in cura il paziente.
- Tutte le informazioni così raccolte devono essere incluse nella cartella clinica o nel fascicolo personale e integrate nel piano di cura.

# Area 3: Condizioni organizzative per l'erogazione del Percorso (SO)

---

## **SO\_2 Esiste un processo standardizzato e pianificato sulla base dei bisogni dei pazienti**

Per ogni paziente si deve procedere alla valutazione dei bisogni. Tale valutazione è indispensabile per definire un piano completo e dettagliato di cura e assistenza. Nella valutazione dei bisogni è necessario ricomprendere anche la valutazione di eventuali rischi del paziente e dei familiari. Il processo di valutazione dei bisogni deve strutturarsi su criteri che siano in grado di definire le priorità dei bisogni ed identificare i pazienti a maggior rischio e per i quali è necessaria un'assistenza immediata.

Le informazioni raccolte durante il triage, la valutazione visiva, l'esame obiettivo e l'anamnesi devono essere utilizzate per inquadrare correttamente i bisogni del paziente nell'ambito del percorso di cura.

# Area 3: Condizioni organizzative per l'erogazione del Percorso (SO)

---

## **SO\_2 Esiste un processo standardizzato e pianificato sulla base dei bisogni dei pazienti**

Cosa fare:

- attivare un processo di valutazione dei bisogni del paziente all'atto della presa in carico;
- pianificare la cura e l'assistenza correlandole alla valutazione dei bisogni dei pazienti;
- aggiornare la pianificazione dell'assistenza in relazione ai bisogni dei pazienti;
- garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione sulla base della valutazione dei bisogni del paziente

# Area 3: Condizioni organizzative per l'erogazione del Percorso (SO)

---

## **SO\_3 Le informazioni vengono gestite in modo da soddisfare i bisogni informativi del percorso**

Dal momento che i pazienti, soprattutto quelli cronici, sono sempre più complessi e affetti da più patologie il processo di assistenza deve essere dinamico ed in grado di affrontare simultaneamente le comorbidità coinvolgendo più di un curante, più di un percorso di cura, più di un asset assistenziale (molteplici ambienti di assistenza e diversi livelli di intensità di cura). Perché il processo di assistenza e cura sia efficiente e per massimizzare i risultati del percorso sul paziente è necessario che le attività di cura e assistenza siano integrate e coordinate. Il percorso deve individuare quali strumenti e metodologie devono essere adottate per integrare, coordinare e comunicare ai professionisti coinvolti, il tipo di cura e di assistenza erogata al paziente.

# Area 3: Condizioni organizzative per l'erogazione del Percorso (SO)

---

**SO\_3 Le informazioni vengono gestite in modo da soddisfare i bisogni informativi del percorso**

Cosa fare

- Definire ed implementare i processi e le procedure per trattare le comorbilità;
- Definire ed implementare i processi e le procedure per l'emergenza clinica.

# Area 3: Condizioni organizzative per l'erogazione del Percorso (SO)

---

## **SO\_4 Sono valutate tutte le modalità di erogazione del servizio per garantire qualità e continuità**

Il percorso di cura definisce come accedere alle prestazioni che non possono essere erogate direttamente dall'organizzazione e che sono necessarie per il paziente sulla base della valutazione dei suoi bisogni. Qualora il paziente debba essere mandato presso erogatori terzi il PDTA definisce come accedervi per garantire la continuità assistenziale e soprattutto definisce l'adeguatezza di queste prestazioni per garantire comunque standard di qualità anche per le prestazioni non direttamente gestite.

# Area 3: Condizioni organizzative per l'erogazione del Percorso (SO)

---

**SO\_4 Sono valutate tutte le modalità di erogazione del servizio per garantire qualità e continuità**

Cosa fare:

- Definire dove e come inviare i pazienti per le prestazioni non direttamente gestite
- Verificare la qualità delle prestazioni erogate al di fuori dell'organizzazione



# Area 3: Condizioni organizzative per l'erogazione del Percorso (SO)

---

**SO\_5 il PDTA definisce l'adeguatezza dei professionisti nel momento dell'assegnazione al percorso**

Dal momento che i professionisti sanitari laureati hanno la diretta responsabilità del percorso di cura e del paziente ad essi affidato, è necessario che si garantisca agli assistiti che tali professionisti siano qualificati per il ruolo che svolgono.

Cosa fare:

- al momento dell'assunzione, normativa vigente, le autocertificazioni, in termini di possesso dei titoli, prodotte dal professionista per partecipare al concorso, devono essere verificate presso le fonti primarie (università, scuole di specializzazione, master etc.)

# Area 3: Condizioni organizzative per l'erogazione del Percorso (SO)

---

**SO\_5 il PDTA definisce l'adeguatezza dei professionisti nel momento dell'assegnazione al percorso**

Cosa fare:

- vanno raccolte tutte le credenziali disponibili e archiviate nel fascicolo personale: studi e formazione, abilitazione, esperienze precedenti, curriculum, eventuali referenze e pubblicazioni scientifiche, etc.
- deve essere conservato un fascicolo personale per ogni professionista nel quale sono indicate anche le specifiche mansioni dello stesso (job description, clinical competence);
- periodicamente vanno verificati i documenti che hanno validità per archi temporali definiti: certificati BLS, iscrizione all'albo etc.

# Area 3: Condizioni organizzative per l'erogazione del Percorso (SO)

---

## **SO\_6 I ruoli e le responsabilità degli operatori che intervengono nel percorso sono definiti**

Per assicurare che la cura sia fornita in modo uniforme e coerente con la *mission* e gli obiettivi del percorso è indispensabile definire ruoli e responsabilità degli operatori che intervengono nelle diverse fasi del trattamento clinico e in generale della gestione del percorso. I professionisti coinvolti nel percorso di cura, a prescindere dal tipo di impiego, per lavorare in modo efficace ed efficiente devono conoscere puntualmente il percorso e l'organizzazione dello stesso.

# Area 3: Condizioni organizzative per l'erogazione del Percorso (SO)

---

**SO\_6 I ruoli e le responsabilità degli operatori che intervengono nel percorso sono definiti**

Cosa fare:

- Per ciascun membro dell'equipe deve essere disponibile la job description e gli ambiti d'intervento (clinical competence) → definire competenze professionali e organizzative
- A livello di percorso deve essere disponibile un organigramma nel quale sono definite le responsabilità specifiche e le interazioni tra i vari professionisti.
- Utilizzare dati, report di monitoraggio e performance supporta l'identificazione dei bisogni formativi dei professionisti.

# Area 3: Condizioni organizzative per l'erogazione del Percorso (SO)

---

**SO\_6 I ruoli e le responsabilità degli operatori che intervengono nel percorso sono definiti**

Cosa fare:

- Programmare formazione coerente con i bisogni formativi.
- Definire le responsabilità nell'ambito del percorso
- valutare sistematica della variabilità nell'erogazione del servizio e che questa sia entro criteri definiti;
- esiste una valutazione sistematica che i professionisti operino nel rispetto delle proprie competenze.

# Area 3: Condizioni organizzative per l'erogazione del Percorso (SO)

---

## **SO\_7 Esistono procedure e protocolli per la gestione del personale coinvolto nel percorso**

È assicurato che i professionisti coinvolti nel percorso di cura siano qualificati per garantire ai pazienti arruolati un trattamento efficace e sicuro. Per far ciò è necessario che la formazione, il background, l'esperienza e l'addestramento dei professionisti siano coerenti con gli obiettivi dello stesso, nonché con la legislazione vigente. Nel processo di assunzione e/o di attribuzione del professionista allo specifico percorso di cura devono essere valutate le qualificazioni professionali che rendono il professionista idoneo al percorso: è necessario che periodicamente le qualifiche e le competenze dei professionisti siano rivalutate al fine di verificare che siano coerenti con i bisogni dei pazienti arruolati nel percorso

# Area 3: Condizioni organizzative per l'erogazione del Percorso (SO)

---

## **SO\_7 Esistono procedure e protocolli per la gestione del personale coinvolto nel percorso**

Cosa fare:

- Individuare personale che abbia maturato esperienza sul campo e formazione specifica relativa al percorso;
- Valutare annualmente le competenze dei professionisti;
- Formalizzare un programma di sviluppo delle competenze organizzative e professionali (piano formativo annuale)
- Utilizzare solo personale adeguato alle necessità del percorso e consentire la formazione di quello non adeguato

## Area 4: Empowerment del paziente (CPF)

---

**CPF\_1 I pazienti e, quando appropriato, i loro familiari, sono coinvolti nel processo di decisione sulla gestione della loro malattia o della loro condizione**

Il coinvolgimento del paziente nel percorso di cura è indispensabile per il buon esito dello stesso. A tal fine il paziente, e quando necessario i familiari e/o caregiver, devono essere coinvolti nelle decisioni relative all'assistenza, devono essere incentivati a porre domande per essere informati su tutto il percorso e devono sapere che è loro prerogativa rifiutare procedure diagnostiche e trattamenti. Ogni trattamento e procedura proposti al paziente devono essere spiegati chiaramente cosicché lo stesso possa prendere decisioni consapevoli. Anche il paziente ha la responsabilità di condividere con i professionisti tutte le informazioni in suo possesso.



# Area 4: Empowerment del paziente (CPF)

---

**CPF\_1 I pazienti e, quando appropriato, i loro familiari, sono coinvolti nel processo di decisione sulla gestione della loro malattia o della loro condizione**

Cosa fare:

- Condividere con i pazienti, e se necessario i familiari, le decisioni cliniche e gli obiettivi del percorso;
- Informare i pazienti, e se necessario i familiari, sul loro coinvolgimento nel percorso, sui rischi del non trattamento.

## Area 4: Empowerment del paziente (CPF)

---

**CPF\_2 Viene valutata la propensione del paziente ad apprendere e, quando appropriato, dei familiari**

Dal momento che l'autogestione per alcune patologie è un reale punto di snodo del percorso di cura è necessario valutare le capacità del paziente di apprendere quanto comunicato dai professionisti.

Cosa fare:

- valutare la capacità del paziente e dei familiari di auto gestire la patologia
- valutare l'efficacia della formazione/educazione ricevuta riguardo all'autogestione

# Area 4: Empowerment del paziente (CPF)

---

## **CPF\_3 I materiali messi a disposizione del paziente sono coerenti e comprensibili**

Per supportare il processo educativo-formativo molto efficaci sono i materiali didattici e gli opuscoli su come comportarsi per l'autogestione della propria patologia. Tale documentazione deve essere comprensibile, strutturata, in linea con quanto definito dalle linee guida e dalle raccomandazioni; deve contenere indicazioni sui corretti stili di vita, promozione della salute, prevenzione della malattia

Cosa fare:

- Informare/educare il paziente costantemente
- Predisporre materiale informativo comprensibile

## Area 4: Empowerment del paziente (CPF)

---

**CPF\_4 Si promuovono i cambiamenti nello stile di vita che supportano i regimi di autogestione**

Il processo di educazione del paziente dovrebbe supportare la guarigione e un'eventuale ritorno alle funzionalità precedenti. Per garantire un miglioramento delle condizioni di salute bisogna promuovere i cambiamenti verso i corretti stili di vita.

Bisogna valutare le eventuali barriere del paziente alla realizzazione del cambiamento e individuare come superarle monitorando la risposta del paziente alle varie sollecitazioni.

# Area 4: Empowerment del paziente (CPF)

---

**CPF\_4 Si promuovono i cambiamenti nello stile di vita che supportano i regimi di autogestione**

Cosa fare:

- Coinvolgere tutte le risorse sociali che supportano la promozione della salute e la prevenzione della malattia.
- Individuare le modalità più opportune per promuovere i cambiamenti dello stile di vita
- Coinvolgere le famiglie e le strutture sociali quando ritenuto utile.

# Area 5: Documentazione clinica e dati (DAT)

---

**Dat\_1 Vengono protette la riservatezza, la sicurezza e la conservazione delle informazioni relative al paziente**

La privacy e la riservatezza dei dati devono essere protette e devono essere note le procedure che garantiscono questo obiettivo. Particolare attenzione va posta ai dati sensibili e al giusto peso che deve essere attribuito da una parte alla necessità di preservare la riservatezza e dall'altra alla necessità di condividere le informazioni tra professionisti. Il paziente e la famiglia devono sempre essere informati su quali dati verranno raccolti e utilizzati nel percorso di cura sulla condizione del paziente.

# Area 5: Documentazione clinica e dati (DAT)

---

**Dat\_1 Vengono protette la riservatezza, la sicurezza e la conservazione delle informazioni relative al paziente**

Cosa fare:

- Prevedere un consenso per l'utilizzo e il trattamento dei dati sensibili.
- Definire procedure che descrivono come agire in caso di violazione della riservatezza e/o della sicurezza dei dati e delle informazioni.
- implementare le procedure che garantiscono il rispetto della normativa in termini di informativa e consenso al trattamento dei dati.

# Area 5: Documentazione clinica e dati (DAT)

---

## **Dat\_2 Esiste un processo per l'acquisizione e l'archiviazione del consenso informato**

Per garantire la corretta partecipazione del paziente e dei suoi familiari al PDTA è necessario che lo stesso sia informato ed è necessario che sia noto chi deve informarlo. È opportuno che il paziente e/o i suoi familiari conoscano il processo attivato e le modalità vigenti per acquisire il consenso informato e per quali percorsi, esami e procedure lo stesso è necessario. Gli operatori designati ad essere parte attiva nel processo devono essere formati su come informare il paziente e su come acquisire e documentare il consenso. Il paziente solo se correttamente informato può interagire con i professionisti.



# Area 5: Documentazione clinica e dati (DAT)

---

## **Dat\_2 Esiste un processo per l'acquisizione e l'archiviazione del consenso informato**

Cosa fare:

- implementare procedure, in linea con la normativa vigente, per l'acquisizione del consenso da parte del paziente e/o dei suoi familiari
- Formulare uno specifico modulo di consenso informato, che contenga tutti i riferimenti specifici del PDTA
- Illustrare il modulo al paziente e farglielo sottoscrivere
- Archiviare il modulo sottoscritto dal paziente, dai familiari e dall'operatore che l'ha acquisito, nella documentazione clinica.

## Area 5: Documentazione clinica e dati (DAT)

---

**Dat\_3 Si apre, si conserva e si rende accessibile un fascicolo sanitario per ogni paziente**

Per ogni paziente arruolato nel percorso di cura deve essere aperta una cartella clinica e/o un fascicolo personale. La cartella o il fascicolo sono identificati in modo univoco rispetto al paziente e contengono tutte le informazioni necessarie a supportare il percorso di cura (diagnosi, trattamenti, risultati etc..). Disporre di una cartella strutturata e di un format univoco aiuta alla compilazione della stessa, alla completezza e alla comprensione e garantisce un corretto passaggio di informazioni tra professionisti e professionisti e paziente.

# Area 5: Documentazione clinica e dati (DAT)

---

## **Dat\_3 Si apre, si conserva e si rende accessibile un fascicolo sanitario per ogni paziente**

Cosa fare:

- Progettare un fascicolo coerente con le esigenze informative del PDTA
- Disporre per ciascun paziente di un fascicolo che identifichi in modo univoco: paziente, diagnosi, processo di cura: valutazione e pianificazione, percorso, continuità della cura
- Progettare check list di valutazione della completezza della documentazione sanitaria.

.

## Area 5: Documentazione clinica e dati (DAT)

---

**Dat\_4 Si condividono le informazioni sulla malattia o la condizione del paziente con tutti i soggetti che garantiscono la continuità assistenziale**

Per garantire un percorso di cura e assistenza uniforme risultano essenziali la comunicazione e lo scambio di informazioni tra professionisti, anche di organizzazioni diverse. La condivisione può avvenire sia in modo scritto che verbalmente. Il percorso di cura deve definire come, cosa e quando comunicare.

.

# Area 5: Documentazione clinica e dati (DAT)

---

**Dat\_4 Si condividono le informazioni sulla malattia o la condizione del paziente con tutti i soggetti che garantiscono la continuità assistenziale**

Cosa fare:

- Rendere disponibile ai professionisti esterni e ai pazienti/familiari una comunicazione che includa:
  - lo stato di salute del paziente;
  - la sintesi della cura e assistenza fornite;
  - la risposta del paziente all'assistenza;
  - il professionista referente.

# Area 5: Documentazione clinica e dati (DAT)

---

**Dat\_5 Sono identificate le persone autorizzate ad avere accesso e a compilare la documentazione clinica del paziente**

Per garantire la sicurezza e la privacy del paziente è necessario individuare chi è autorizzato a compilare la documentazione clinica e chi è autorizzato ad accedervi.

Cosa fare:

- Rendere identificabili tutti i soggetti che hanno scritto nella documentazione clinica e il momento in cui questo è avvenuto (giorno e ora).
- Definire chi può scrivere sulla documentazione clinica del paziente
- Definire chi può accedere in lettura alla documentazione

# Area 5: Documentazione clinica e dati (DAT)

---

## **Dat\_6 Preservare la qualità e l'integrità dei dati**

Si può migliorare solo ciò che si può misurare. I dati sono indispensabili per valutare e migliorare la qualità e la sicurezza. Per capire se si sta agendo correttamente è necessario disporre di dati che vanno costantemente analizzati per verificare se i risultati ottenuti sono in linea con gli obiettivi definiti dal percorso e dalle linee guida. La pianificazione delle attività e il miglioramento continuo necessitano di dati: significativi, accurati, completi, tempestivi, affidabili, quanto più possibile esenti da errori, misurabili.

# Area 5: Documentazione clinica e dati (DAT)

---

## **Dat\_6 Preservare la qualità e l'integrità dei dati**

Cosa fare:

- Definire quali dati e informazioni sono rilevanti per il PDTA
- progettare un processo di raccolta dei dati solido e verificato (minimizza gli errori, valuta la veridicità, prevede modalità di campionamento etc.)
- Avviare in modo sistematico e dettagliato il processo di raccolta delle informazioni e dei dati relativi al percorso di cura;



# Area 5: Documentazione clinica e dati (DAT)

---

## **Dat\_7 Dati e informazioni aggregate vengono utilizzati per decidere**

Per migliorare è necessario identificare cosa migliorare e la misurazione di quanto identificato è indispensabile per verificare il miglioramento. È necessario attuare un monitoraggio costante delle attività e bisogna definire quali dati raccogliere e con quale frequenza analizzarli. Dall'analisi dei dati potranno nascere le strategie di miglioramento.

# Area 5: Documentazione clinica e dati (DAT)

---

**Dat\_7 Dati e informazioni aggregate vengono utilizzati per decidere**

Cosa fare:

- Definire quali dati consentono di migliorare:
  - le performance
  - I risultati del percorso di cura
  - le scelte operative
  - le scelte organizzative
- Valutare periodicamente questi dati, nel rispetto della normativa sulla privacy.

## Area 6: Gli indicatori di percorso (IND)

---

**Ind\_1 Sono utilizzati dati di misurazione per valutare e migliorare i processi e gli outcome**

Per migliorare è necessario valutare e conoscere e per far ciò è necessario misurare. La definizione delle misurazioni è necessaria ma non sufficiente, bisogna infatti definire come organizzare le attività di monitoraggio, a chi affidarle, con che frequenza raccogliere e rendere disponibili i dati, che tipo di report progettare per rispondere alle esigenze di valutazione dei professionisti coinvolti nel percorso.

# Area 6: Gli indicatori di percorso (IND)

---

**Ind\_1 Sono utilizzati dati di misurazione per valutare e migliorare i processi e gli outcome**

Cosa fare:

- Progettare degli indicatori che consentano in modo semplice e sintetico di valutare il percorso quanto a:
  - **Struttura**: misura se l'organizzazione ha le risorse adeguate per fornire un servizio di qualità;
  - **Processo**: si focalizza sugli step necessari per raggiungere un certo esito;
  - **Outcome**: è relativo all'esito del processo di cura e si riferisce alla performance o alla non performance complessiva del processo (morbilità, mortalità, indicatori previsti dal PNE);
  - **Soddisfazione del paziente** e dei familiari/caregiver: valutazione dei questionari di customer.

## Area 6: Gli indicatori di percorso (IND)

---

**Ind\_2 È definito ed implementato il processo per identificare, riportare, gestire e tracciare gli eventi sentinella, avversi e near miss**

***gli eventi sentinella*** che sono i più gravi in quanto l'errore esita in un danno irreversibile per il paziente (morte, perdita permanente di funzionalità, intervento chirurgico sbagliato, su sito sbagliato o su paziente sbagliato etc...);

***gli eventi avversi*** sono quei danni che provocano al paziente un danno non permanente ma che potenzialmente potrebbe compromettere lo stato di salute dello stesso. Sono ricompresi in questa categoria gli errori di somministrazione di terapia, le eventuali reazioni a trasfusioni, significativi errori medici e tutto quanto può compromettere significativamente lo stato di salute del paziente;

***i near miss***, intesi come possibili errori che hanno implicato una variazione del processo di cura senza che questo abbia avuto impatto sull'outcome.

## Area 6: Gli indicatori di percorso (IND)

---

**Ind\_2 È definito ed implementato il processo per identificare, riportare, gestire e tracciare gli eventi sentinella, avversi e near miss**

Nel caso in cui si verificano degli eventi sentinella è necessario che l'organizzazione sia in grado di attivare prontamente una root cause analysis, che valuti quanto accaduto ed individui i miglioramenti da realizzare per prevenire o ridurre il rischio che l'evento si ripeta, definendo modi e tempi di implementazione degli stessi.

Negli altri casi è comunque opportuno avviare degli audit che verifichino la divergenza dall'atteso, individuino le responsabilità, definiscano i piani di miglioramento e di formazione da attivare per evitare il ripetersi della problematica.

## Area 6: Gli indicatori di percorso (IND)

---

**Ind\_2 È definito ed implementato il processo per identificare, riportare, gestire e tracciare gli eventi sentinella, avversi e near miss**

Cosa fare:

- attivare un processo che rileva in modo sistematico le diverse tipologie di errore, le analizza, le valuta con i professionisti ed individua le modalità di miglioramento.
- Rilevare gli errori per imparare dagli errori. Se l'errore non viene analizzato e valutato dall'errore non si può apprendere e il rischio di ripetizione è molto elevato.

## Area 6: Gli indicatori di percorso (IND)

---

**Ind\_3 L'equipe raccoglie ed analizza dati sulle divergenze dalle linee guida di pratica clinica, in modo da migliorare i processi standardizzati**

Dal momento che il percorso si riferisce a linee guida è indispensabile che si verifichi periodicamente che le attività cliniche e assistenziali siano svolte secondo quanto dalle stesse definito. Le decisioni devono essere prese in coerenza con le linee guida e si deve monitorare che le stesse siano utilizzate in modo efficace e coerente, adattandole, quando è necessario, alla nuova tecnologia e ai nuovi farmaci.



## Area 6: Gli indicatori di percorso (IND)

---

**Ind\_3 L'equipe raccoglie ed analizza dati sulle divergenze dalle linee guida di pratica clinica, in modo da migliorare i processi standardizzati**

Cosa fare:

- attivare un processo che rilevi sul singolo paziente l'eventuale divergenza dalle linee guida e la motivazione che ha spinto il clinico ad agire in tal modo.
- Monitorare periodicamente le divergenze rilevate per verificare che le linee guida siano ancora attuali per la popolazione di riferimento e non debbano invece essere aggiornate e/o riviste.
- Attivare un set di indicatori che consenta di monitorare l'eventuale divergenza dalle linee guida.
- Raccogliere sistematicamente i dati
- Valutare periodicamente gli indicatori ed eventualmente revisionarli.

# Area 6: Gli indicatori di percorso (IND)

---

## **Ind\_4 Valutare la qualità di assistenza percepita da pazienti e familiari**

Il coinvolgimento del paziente nel percorso di cura non può prescindere dalle aspettative che lo stesso ha nei confronti del servizio nonché dalla valutazione della soddisfazione sulla qualità delle cure.

La misurazione della soddisfazione del paziente è uno strumento indispensabile per individuare possibili ambiti di miglioramento del percorso. L'ascolto del paziente e la rilevazione delle sue indicazioni su quanto percepito possono fornire validi suggerimenti per migliorare complessivamente l'organizzazione e il percorso.

# Area 6: Gli indicatori di percorso (IND)

---

## **Ind\_4 Valutare la qualità di assistenza percepita da pazienti e familiari**

Cosa fare:

- Progettare un questionario di customer satisfaction relativo al PDTA;
- Somministrare periodicamente il questionario agli utenti
- Valutazione i risultati
- Individuare le aree di miglioramento

# Area 7: Il Piano di Miglioramento (QUA)

---

## **Qua\_1 Esiste un piano di miglioramento con riferimento al percorso**

Per ottenere e mantenere un miglioramento continuo, che garantisca la riduzione del rischio per pazienti e operatori, è indispensabile avviare processi di pianificazione.

La pianificazione non può prescindere dall'utilizzo di dati ed indicatori che sintetizzano i fenomeni e garantiscono le valutazioni.

E' necessario identificare quali sono le misure di performance da tenere monitorate e modificarle nel tempo, per garantire il maggior ambito di monitoraggio continuo nel tempo.

# Area 7: Il Piano di Miglioramento (QUA)

---

## **Qua\_1 Esiste un piano di miglioramento con riferimento al percorso**

Gli indicatori devono rispondere sia alla mission del percorso di cura che ai bisogni del paziente e devono garantire la valutazione di processi, della struttura, degli esiti e della soddisfazione del paziente.

I dati devono essere utilizzati per identificare miglioramenti possibili o per ridurre gli eventi avversi.

Attraverso il monitoraggio devono essere definite le priorità del miglioramento.

# Area 7: Il Piano di Miglioramento (QUA)

---

## Qua\_1 Esiste un piano di miglioramento con riferimento al percorso

Cosa fare:

- Definire un piano di miglioramento che contenga:
  - Cosa monitorare: i processi critici e indicatori
  - Come migliorare: gli outcome, la customer satisfaction, gli output
  - Come gestire: gli eventi sentinella, i near miss, gli eventi avversi o errori
  - Come valutare: la performance dei professionisti, la performance dell'organizzazione, l'aderenza alle linee guida

# Area 7: Il Piano di Miglioramento (QUA)

---

## **Qua\_2 il Piano è noto e condiviso**

Vengono comunicate regolarmente al personale le informazioni relative al piano di miglioramento, allo stato di attuazione e gli obiettivi assegnati al singolo per garantire il miglioramento complessivo.

La comunicazione deve avvenire attraverso tutti gli strumenti possibili per garantire la massima trasparenza e condivisione.

# Area 7: Il Piano di Miglioramento (QUA)

---

## Qua\_2 il Piano è noto e condiviso

Cosa fare:

- Formare/informare i professionisti coinvolti nel percorso di cura relativamente al proprio ruolo nell'attività pianificata.
- Diffondere e disseminare il piano di miglioramento a tutti gli attori coinvolti
- Definire gli obiettivi specifici per figura professionale



# Area 7: Il Piano di Miglioramento (QUA)

---

## **Qua\_3 Attuazione e valutazione del piano di miglioramento**

I dati del monitoraggio servono a capire dove pianificare il miglioramento e la priorità da dare allo stesso.

Lo stato di attuazione delle priorità deve essere verificato periodicamente.

Attraverso i report e gli indicatori viene valutata l'efficacia del piano di miglioramento e la sua effettiva attuabilità.

I cambiamenti che hanno portato risultati efficaci devono essere integrati nelle procedure e, nel caso, si provvede a formare il personale sugli stessi.

# Area 7: Il Piano di Miglioramento (QUA)

---

## Qua\_3 Attuazione e valutazione del piano di miglioramento

Cosa fare:

- Progettare audit e feedback
- Diffondere i risultati degli audit
- Favorire l'attuazione degli obiettivi di piano
- Premiare i risultati