

La check list per guidare i percorsi di cura

Intervento del 15/6 a cura di Laura Lodetti

LA CHECK PER PERCORSI CORRETTAMENTE STRUTTURATI E COINVOLGENTI



Engagement del paziente (CPF): requisiti

Quest'area della check list è orientata al paziente e al suo coinvolgimento all'interno del PdC sia in termini di conoscenza e compliance a quanto offerto sia in termini di formazione ed educazione alla gestione della propria patologia

Tre requisiti:

- ➤ Il coinvolgimento del paziente e dei care-giver nel percorso;
- La valutazione dei bisogni formativi del paziente e dei care-giver e delle sue capacità di apprendimento sull'auto-gestione della patologia;
- ➤ La **promozione** dei corretti stili di vita.



Engagement del paziente Requisito → coinvolgimento



Requisito 1 \rightarrow i pazienti e, quando appropriato, i loro familiari, sono coinvolti nel processo di decisione sulla gestione della loro malattia o della loro condizione

1. I pazienti e se necessario i familiari condividono con i professionisti le decisioni cliniche e gli obiettivi del percorso?

Il paziente è veramente coinvolto nel proprio percorso di cura o il coinvolgimento è solo formale (firma sul modulo del consenso informato)? Quanto tempo viene dedicato al paziente e/o ai suoi famigliari per renderlo edotto di ciò che gli verrà proposto? Il percorso di cura valuta questo investimento in risorse ed affronta come garantire un vero coinvolgimento del paziente? Sono formalizzate le modalità di comunicazione con il paziente nel PdC? Quali strumenti vengono utilizzati?



Engagement del paziente Requisito → coinvolgimento



Requisito 1 \rightarrow i pazienti e, quando appropriato, i loro familiari, sono coinvolti nel processo di decisione sulla gestione della loro malattia o della loro condizione

2. I pazienti e se necessario i familiari sono informati, sul loro coinvolgimento e sui rischi del non trattamento?

Come viene gestita la comunicazione sui rischi del trattamento e del non trattamento? A chi è affidata questo tipo di comunicazione? Il PdC affronta queste problematiche?

Si condividono gli obiettivi di cura? Si illustra quali sono le responsabilità del paziente nel fornire informazioni rilevanti per PdC?



Engagement del paziente Requisito → valutazione dell'apprendimento



Requisito 2 viene valutata la propensione del paziente ad apprendere, e quando appropriato dei famigliari

1. si valuta la capacità del paziente e dei famigliari di auto gestire la patologia?

Come viene educato il paziente alla gestione della propria patologia? Come si verifica l'apprendimento e l'adesione alle indicazioni fornite? Il PdC affronta queste problematiche e standardizza a livello di patologia le informazioni che devono essere veicolate e le modalità di verifica di comprensione da parte del soggetto destinatario? Come è previsto il coinvolgimento dei famigliari e del care giver?



Engagement del paziente Requisito → valutazione dell'apprendimento



Requisito 2→ viene valutata la propensione del paziente ad apprendere, e quando appropriato dei famigliari

2. si valuta la compliance alla formazione/educazione ricevuta riguardo all'autogestione?

Chi se ne occupa? In quali modi e in quali tempi? Sono previsti nel PdC dei follow up specifici per questo contenuto?

Vi sono molte variabili impattano sulla capacità nell'apprendere, si valutano quindi in particolare:

- credenze e valori;
- alfabetizzazione, livello di formazione e di competenza linguistica;
- barriere emotive e motivazioni;
- limitazioni fisiche e cognitive;
- volontà di ricevere informazioni?



Engagement del paziente Requisito → valutazione dei bisogni educativi



Requisito 3 > vengono valutati bisogni educativi dei pazienti e, quando appropriato, dei familiari

- 1. Viene valutato l'impatto del percorso sul paziente relativamente a:
 - cambiamenti dello stile di vita
 - o promozione della salute
 - Prevenzione
 - o Informazioni sulla patologia?

L'educazione si deve focalizzare sulle conoscenze e sulle capacità da sviluppare per prendere le decisioni, per partecipare all'assistenza e per gestire il PdC domicilio.

Spesso questo è in contrasto con il flusso di informazioni gestito dai sanitari nei confronti dei pazienti, flusso informativo ma non formativo.



Engagement del paziente Requisito comprensibilità delle informazioni fornite



Requisito 4 -> Le informazioni fornite ai pazienti sono in linea con il percorso e comprensibili

1. È previsto che le informazioni fornite siano comprensibili? Esiste documentazione scritta semplice e comprensibile per quando il paziente torna al proprio domicilio?

Il PdC utilizza materiali standardizzati, coerenti con le linee guida cliniche e con le evidenze scientifiche? I materiali legati ai cambiamenti nello stile di vita, alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie e a specifici trattamenti sono uniformi e appropriati alla popolazione target?



Engagement del paziente Requisito → stili di vita



Requisito 5 -> si promuovono i cambiamenti nello stile di vita che supportano i regimi di autogestione

1. Esiste un processo che promuove i cambiamenti dello stile di vita e che coinvolge le famiglie e le strutture sociali quando ritenuto utile?

L'educazione supporta la guarigione e, quando possibile, un ritorno alle funzionalità precedenti, per sostenere una salute ottimale, l'educazione dovrebbe supporta i cambiamenti rispetto allo stile di vita precedente.

I pazienti vengono valutati rispetto alle barriere nel realizzare i cambiamenti necessari nello stile di vita e relativamente alla loro risposta ai cambiamenti?

Sono previste collaborazioni strutturate con le associazioni di pazienti/volontari relativamente alla patologia trattata? Il PdC individua come attivare e mantenere stabilmente questo tipo di collaborazioni? Cosa viene delegato e cosa viene gestito direttamente?

LA	CHECK	PER I	_A DOC	UMENT	AZIONE	CLINIC	CA E GLI	INDICA	TORI



Gestione della documentazione clinica e valutazione del percorso attraverso l'utilizzo dei dati (DAT)

Quest'area della check list è orientata alla gestione della documentazione clinica. Si articolare in 7 differenti requisiti per un totale di 15 differenti criteri

- Vengono garantite la riservatezza, la privacy e la conservazione sicura delle informazioni relative al paziente
- 2. Esiste un processo strutturato per la richiesta e l'archiviazione del consenso informato
- 3. esiste processo di gestione della documentazione clinica



Gestione della documentazione clinica e valutazione del percorso attraverso l'utilizzo dei dati (DAT)

- 4. Condivisione delle informazioni sulla malattia o la condizione del paziente con tutti quanti garantiscono la continuità assistenziale
- 5. È identificato chi può accedere alla documentazione clinica (autorizzazione all'accesso)
- 6. Sono preservate la qualità e l'integrità delle informazioni raccolte
- 7. I dati raccolti nella **documentazione clinica** vengono utilizzati in modo aggregato per supportare il **processo decisionale**



Gestione della documentazione clinica Requisito → riservatezza, privacy e sicurezza



1. La riservatezza del paziente è protetta?

Viene posta attenzione al bilanciamento tra condivisione dei dati e riservatezza?

Dove e come vengono gestite le cartelle cliniche e il fascicolo personale quando il paziente è ancora ricoverato?

Si è sicuri che le stesse non giacciano incustodite per ore nel corridoio sul carrello visita?

Nell'ufficio dei medici e/o nella sala infermeria è certo che persone non autorizzate non possano accedere alla documentazione del paziente?

Nel parlare al paziente e/o ai suoi famigliari si è certi di non diffondere notizie riservate a chi sta nelle immediate vicinanze?







Requisito 1 → Vengono protette la riservatezza, la sicurezza e la conservazione delle informazioni relative al paziente

2. Esiste, a livello aziendale, una procedura che definisce cosa avviene in caso di violazione della sicurezza e/o della riservatezza?

La procedura è nota a livello di singolo operatore? Come si effettuano i controlli? Come si intercettano le violazioni, se si intercettano? Com'è coinvolto il DPO?



Gestione della documentazione clinica Requisito → riservatezza, privacy e sicurezza



3. Esiste una procedura per garantire il rispetto della normativa in termini di informativa e consenso del trattamento dei dati?

La procedura è nota a livello di singolo operatore? C'è commistione tra consenso al trattamento dei dati e consenso informato?

Come viene gestito in tal senso il problema della comunicazione con famigliari e caregiver?



Gestione della documentazione clinica Requisito → consenso informato



Requisito 2 → Esiste un processo per l'acquisizione e l'archiviazione del consenso informato

1. sono implementate procedure in linea con la normativa vigente per l'acquisizione del consenso, da parte del paziente e/o dei suoi famigliari?

Tipicamente quest'area è sempre coperta da procedure aziendali.

Sarebbe comunque opportuno che nell'ambito del PDTA venissero formalizzati moduli di consenso informato personalizzati rispetto alla patologia e ai rischi/benefici correlati ai trattamenti proposti per la stessa, di modo che il consenso informato sia il vero primo step della comunicazione col paziente...la forma scritta facilita sicuramente una migliore comprensione da parte del paziente e/o dei famigliari/caregiver



Gestione della documentazione clinica Requisito → consenso informato



Requisito 2 → Esiste un processo per l'acquisizione e l'archiviazione del consenso informato

2. il modulo del consenso informato sottoscritto dal paziente e dal medico è archiviato nella documentazione clinica?

È sempre possibile riscontrare il modulo del consenso informato all'interno della cartella clinica/fascicolo personale?

Lo stesso è compilato in ogni sua parte e firmato sia dal paziente (o famigliare/caregiver quando previsto) che dal medico che ha illustrato i rischi/benefici?



Gestione della documentazione clinica Requisito → cartella clinica/fascicolo personale



Requisito 3 → si apre, conserva e rende accessibile una cartella clinica o un fascicolo sanitario per ogni paziente

- 1. Con le informazioni contenute nella documentazione è possibile identificare:
 - Il paziente
 - La diagnosi
 - Il processo di cura
 - Il percorso
 - o La continuità della cura?

La documentazione clinica è completa per avere un quadro generale del paziente e dei trattamenti effettuati e programmati?

Il PDTA individua una personalizzazione della cartella clinica? L'informatizzazione aiuta o ostacola?



Gestione della documentazione clinica Requisito → cartella clinica/fascicolo personale



Requisito 3 \rightarrow si apre, conserva e rende accessibile una cartella clinica o un fascicolo sanitario per ogni paziente

- 1. La cartella clinica deve contenere almeno:
 - documentazione dell'assistenza fornita
 - o prescrizione di esami diagnostici o di trattamento da eseguire all'interno o all'esterno dell'organizzazione
 - o prescrizione di farmaci prescritti o dispensati all'interno o all'esterno dell'organizzazione
 - o procedure effettuate e risultati

Un format e un contenuto standard della cartella clinica del paziente aiuta a promuovere cartelle complete e accuratamente compilate, nonché a garantire il flusso di informazioni a tutti coloro che assistono il paziente o che compilano la cartella







Requisito 3 → si apre, conserva e rende accessibile una cartella clinica o un fascicolo sanitario per ogni paziente

2. Esiste un processo per la valutazione della completezza della documentazione sanitaria del paziente

La verifica della documentazione clinica avviene in modo formale o sostanziale? Secondo quali modalità? Spesso le check list sono strumenti utilizzati in modo esclusivamente burocratico che portano ad una valutazione di completezza anche se in realtà la documentazione clinica presenta delle forti incongruenze







Requisito 4 \rightarrow si condividono le informazioni sulla malattia o la condizione del paziente con tutti quanti garantiscono la continuità assistenziale

1. Esiste un processo che garantisce l'accesso alle informazioni dei pazienti ai professionisti coinvolti nel percorso, a pazienti e familiari e ad altri professionisti esterni?

La documentazione clinica per come è progettata consente di garantire la continuità assistenziale? Quali sono i contenuti della lettera di dimissione? Si condividono con il paziente e gli altri possibili professionisti coinvolti nel PdC almeno le seguenti informazioni:

- lo stato di salute del paziente;
- un sunto dell'assistenza fornita;
- o la risposta del paziente all'assistenza?



Gestione della documentazione clinica Requisito → autorizzazioni



Requisito 5 -> sono identificate le persone autorizzate ad avere accesso e/o a compilare la cartella clinica del paziente

1. è definito chi può scrivere sulla documentazione clinica del paziente?

Un aspetto della sicurezza delle informazioni legate ai pazienti consiste nel determinare chi è autorizzato a compilare la cartella clinica e chi è autorizzato a leggere una cartella clinica di un paziente.

Sono identificate le figure autorizzate? È identificato il contenuto e il formato di compilazione della cartella clinica? Vi è un processo per garantire che solo le persone autorizzate compilino la cartella clinica e che in ogni compilazione sia identificabile l'autore e la data della compilazione stessa? Si annota l'ora?







Requisito 5 -> sono identificate le persone autorizzate ad avere accesso e/o a compilare la cartella clinica del paziente

2. Sono definite le limitazioni all'accesso alle cartelle cliniche per persone e/o posizioni?

Esiste una procedura che definisce le limitazioni di accesso? Come si monitora che non vengano violate le limitazioni?

Il PdC definisce in modo esplicito questo criterio?







Requisito 5 -> sono identificate le persone autorizzate ad avere accesso e/o a compilare la cartella clinica del paziente

3. Viene misurata la compliance dei comportamenti alle limitazioni all'accesso alla cartella clinica?

Chi se ne occupa? Esiste una reportistica che rileva queste violazioni?







Requisito 6 → si preservano la qualità e l'integrità dei dati.

1. Esiste un processo per la raccolta sistematica e dettagliata delle informazioni?

Si raccolgono e analizzano dati aggregati per supportare l'assistenza ai pazienti e la gestione del PdC?

I dati aggregati forniscono un profilo del PdC nel tempo e consentono di confrontare le performance del PdC con quelle di altri percorsi similari?

I dati aggregati sono uno strumento importante per le attività di miglioramento delle performance e possono aiutare a comprendere l'attuale performance e ad identificare le opportunità di miglioramento



Gestione della documentazione clinica Requisito → qualità e integrità



Requisito 6 → si preservano la qualità e l'integrità dei dati.

- 2. Il processo di raccolta dei dati sul PdC:
 - minimizza gli errori
 - valuta la veridicità dei dati
 - o prevede modalità di campionamento solide?

Esistono o sono progettati nel PdC processi di raccolta dati, compreso il monitoraggio della continua coerenza del sistema di rilevazione?

Vengono valutate l'attendibilità (comprese accuratezza e completezza) e validità dei dati oggetto di analisi?

Quali azioni sono intraprese per minimizzare gli errori?

Esiste un approccio alla presentazione e all'interpretazione dei report?



Gestione della documentazione clinica Requisito → utilizzo dei dati



Requisito 7 → si utilizzano dati e informazioni aggregate per supportare le decisioni manageriali

- 1. È previsto che vengano forniti dati al fine di poter migliorare:
 - le performance
 - o il percorso di cura
 - la scelte operative
 - o le scelte organizzative?

Come viene programmata l'attività di raccolta dati? È coerente con il piano di miglioramento per consentire un monitoraggio del passaggio dall'as-is all'as-to-be?

I dati raccolti hanno una visione più ampia di quella meramente clinica?







Requisito 7 → si utilizzano dati e informazioni aggregate per supportare le decisioni manageriali

2. I dati sono valutati periodicamente, nel rispetto della normativa sulla privacy?

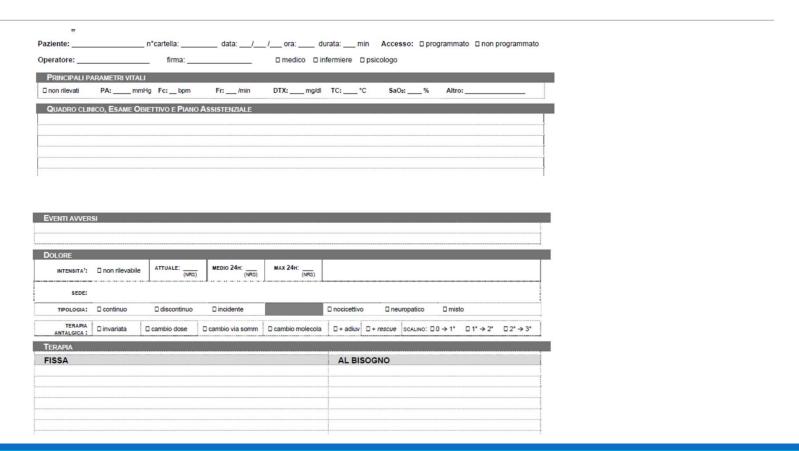
Esiste una reportistica periodica condivisa con il GdS?

Questa reportistica viene valutata in equipe e nell'ambito del GdS?

Le indicazioni fornite dalla reportistica supportano il ri-orientamento del PdC?



Gestione della documentazione clinica





Gestione della documentazione clinica

☐ igiene personale	□ terapia iniettiva	☐ gestione tracheostomia	□ educazione caregiver/trasferim competenze	
gestione alvo/enterostomia	□ terapia infusionale	□ sostituzione cannula tracheale	□ supporto psicologico paziente/famiglia	
☐ medicaz semplice (1°-2° gr)	☐ gestione catetere vescic/altre derivaz	☐ gestione CVC	☐ rieducazione mot, verb, resp, neuropsicol.	
□ medic complessa (3°-4° gr)	□ paracentesi	□ emotrasfusione	□ dolore attuale >5	
☐ fasciatura/bendaggio	□ toracentesi	□ esami strumentali	0	
prelievo ematico	□ broncoaspirazione	gestione cat. spinale o di neuromodul.	0	

	DISTURBI DELLA VIGILANZA	□ rallentamento	□ sopore	□ coma		
□ NULLA DA SEGNALARE	DISTURBI DELLA COSCIENZA	: 🛮 disorientamento S/	T 🛘 confusione	☐ delirium ipoattivo ☐ delirium iperattivo	□ allucinazioni:	
□INVARIATO	DISTURBI EMOTIVO-COMPORTAN	: 🗆 ansia	□ depressione	□ aggressività	□ agitazione	
	DISTURBI DEL SONNO	insonnia	☐ risvegli nottumi	□ alterazione ritmo circadiano		
APPARATO RESPIR	RATORIO					
D NULLA DA SEGNALARE	☐ dispnea a riposo ☐	dispnea da sforzo	NRS dispnea:	□ postura obbligata	□ respiro patologico:	
□ INVARIATO	□ broncospasmo □ tosse (☐ tirage	□ emoftoe □ emottisi	□ cianosi	



Gestione della documentazione clinica

APPARATO TEGUMENTARIO								
	LESIONI CUTANEE:	□ da decubito -	sede della più gr	_, stadio della più grave: m n o p				
□ NULLA DA SEGNALARE		□ neoplastica -	sede:					
□INVARIATO		□ vascolare -	sede:					
	□ sanguinamento	□ infezione	□ prurito	☐ disidratazione	□ edemi			
APPARATO LOCOM	OTORE							
	□ deambulazione assistita		□ mts osse	ee, sede:	; tipo:			
□ NULLA DA SEGNALARE	□ deficit motori:	□ rischio fratture, sede:						
□INVARIATO	posture antalgiche:		□ presenz					
	□ ausili/presidi:							
AUTONOMIA								
□ NULLA DA SEGNALARE	ASTENIA: lieve		□ moderata □ intensa					
□INVARIATO	ALLETTAMENTO:	□ parziale □ tota	ale					
	PERFORMANCE STATUS:	(scala: _)				
ALTRI SINTOMI O QUADRI CLINICI								
□ NULLA DA SEGNALARE	□INVARIATO							



Indicatori di valutazione del Percorso di Cura (IND)

Questa sezione della check affronta le tematiche relative agli indicatori ed in particolare si focalizza su:

- ➤ Utilizzo di **indicatori** per:
 - migliorare i processi e gli outcome
 - monitorare gli scostamenti dalla linea guida
- ➤ Realizzazione di **report di monitoraggio** di
 - eventi sentinella/eventi avversi
 - near miss
- > Valutazione della **customer sactisfation**



Valutare l'impatto del Percorso di Cura

Per valutare l'impatto del PdC è necessario:

- o Definire un set di indicatori di processo e di esito consistenti e misurabili
- Utilizzare gli indicatori per monitorare l'effettiva attuazione del percorso e l'aderenza alle raccomandazioni
- Pianificare e condurre audit clinici
- Periodicamente rivedere il set di indicatori per evidenziare tutti i possibili miglioramenti nelle aree grigie



Indicatori di valutazione del Percorso di Cura (IND)

Sono individuati 4 differenti requisiti ed in particolare:

- 1. L'utilizzo di dati di misurazione per valutare e migliorare processi/output/outcome
- 2. Gestione degli venti sentinella
- 3. Raccolta e analisi di dati per verificare le divergenze dalle LG/raccomandazioni
- 4. Viene valutata la qualità percepita



Indicatori di valutazione del PdC Requisito → indicatori per miglioramento



Requisito 1 -> si utilizzano indicatori per valutare e migliorare i processi e gli outcome

1. Esiste un processo per la definizione di indicatori di percorso riconosciuti in letteratura e nelle linee guida adottate?

Si identificano 3 differenti tipologia di indicatori:

- 1. Indicatori di struttura
- 2. Indicatori di processo
- 3. Indicatori di esito

Il PdC deve essere supportato da un mix composto di indicatori e non si deve focalizzare solo su una tipologia



IND 1/1

Indicatori di struttura

Comprendono i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali (STOP) delle strutture sanitarie previste dalle normative e dall'accreditamento.

Al di là delle differenze tra le varie regioni la componente professionale è ancora «ipotrofica».

La mancata standardizzazione dei criteri di competence professionale e l'assenza di periodiche procedure di valutazione costituiscono il vero problema

→ l'anello debole della catena





Indicatori di processo

Misurano l'appropriatezza del processo assistenziale in relazione a standard minimi i riferimento.

Non forniscono informazioni sui risultati (esiti) e quindi costituiscono dei proxy perché potenzialmente in grado di prevedere un miglioramento dell'esito.

Sono più significativi quanto più sono robuste le evidenze che documentano l'efficacia di un intervento sanitario e quindi quanto più forti sono le raccomandazioni (A,B)



IND 1/1

Indicatori di esito

Documentano una modifica di esiti assistenziali: clinici (morbilità, mortalità), economici (costi diretti e indiretti) e umanistici (qualità di vita, soddisfazione dell'utente)

Dal momento che gli esiti sono influenzati da molte determinanti oltre che dalla qualità dell'assistenza, il principale elemento che ne condiziona la robustezza è il tempo trascorso dall'erogazione del processo.

Ulteriore elemento che li condiziona è la documentata relazione volumi-esiti, solitamente determinata da un elevato livello di competence tecnica e a setting assistenziali di eccellenza.







Requisito 1 \rightarrow si utilizzano indicatori per valutare e migliorare i processi e gli outcome

- 2. gli indicatori selezionati per il percorso:
 - o riguardano processi e outcome
 - o consentono il monitoraggio
 - o sono periodicamente valutati ed eventualmente revisionati?

Nel PdC è descritto il processo di costruzione e di revisione degli inidcatori? È stato valutato che con le informazioni e i sistemi informativi disponibili gli indicatori siano effettivamente implementabili? Con quale cadenza?



Indicatori di valutazione del PdC Requisito → eventi sentinella



Requisito 2 \rightarrow È definito ed implementato il processo per identificare, riportare, gestire e tracciare gli eventi sentinella

- 1. Esiste un processo di rilevazione:
 - o degli eventi sentinella
 - o di errori ed eventi avversi
 - o di near misses?

Esiste a livello aziendale una procedura? Esiste la cultura della trasparenza quanto piuttosto si tende a nascondere/occultare dove possibile l'errore? Il processo di apprendimento nasce dal riconoscere i propri errori, se questi non sono resi evidenti come si migliora?



Eventi sentinella



Eventi gravi e imprevisti possono accadere e, anche se rari, devono essere definiti ed affrontati. Gli eventi sentinella sono i più gravi, poiché i risultati non sono reversibili:

- a) morte imprevista non legata al corso naturale della patologia o alla condizione del paziente;
- b) perdita di funzionalità permanente non legata al corso naturale della patologia o alla condizione del paziente;
- c) intervento chirurgico su sito sbagliato; sbagliato intervento chirurgico; intervento chirurgico su paziente sbagliato.

Tutti gli eventi che rientrano in questa definizione devono essere valutati attraverso una root cause analysis. Quando la RCA riveli che miglioramenti al sistema o loro conseguenze possono prevenire o ridurre il rischio che un tale evento sentinella si ripeta, il percorso deve reingegnerizzare i processi e intraprendere ogni azione affinchè l'evento non si manifesti più



Eventi avversi



Quando si individuano o si sospettano cambiamenti inaspettati, deve avviarsi un'analisi per determinare dove focalizzare il miglioramento.

L'analisi deve essere avviata soprattutto quando i livelli, gli schemi o i trend variano significativamente e in modo indesiderabile rispetto a:

- L'atteso
- PdC similari
- standard riconosciuti.

Quando applicabile al PdC, l'analisi deve includere:

- le reazioni da trasfusione confermate,
- i gravi eventi avversi relativi a farmaci,
- i significativi errori medici
- altri eventi collegati alla salute e alla sicurezza dei pazienti



Near Misess



Nel tentativo di apprendere in modo proattivo i possibili punti di vulnerabilità del sistema rispetto agli eventi avversi, nel PdC devono essere raccolti dati ed informazioni sui "near misses" (una variazione di processo che non ha influenzato l'outcome) e gli stessi devono essere valutati nel tentativo di prevenire l'effettivo verificarsi di eventi avversi.

Sarebbe opportuno che nel PdC sia esplicitata una definizione di *near miss* e dei possibili eventi conseguenti.

Inoltre deve essere attivata una reportistica che ne faciliti la lettura.

Infine i dati andrebbero aggregati e analizzati, in modo da apprendere dove cambiamenti proattivi nel PdC potrebbero ridurre o eliminare l'evento o il near miss





2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica al manifestarsi di un evento correlato al rischio, ovvero ad eventi gravi e imprevisti che, anche se rari, possono accadere quando un paziente:

- sia vittima di un evento imprevisto tale da compromettere non solo lo stato di salute ma da portarlo anche al decesso;
- subisca un danno o disagio, imputabile alle prestazioni sanitarie ricevute, che possono compromettere e peggiorare la qualità di vita e lo stato di salute;
- sia possibile destinatario di un inconveniente intercettato dal personale sanitario prima dell'effettivo manifestarsi sulle sue condizioni di salute.





In ambito sanitario sono presenti alcune tipologie di rischio di seguito parzialmente elencati e di particolare interesse in ambito domiciliare:

- Rischio clinico
- Rischio biologico (maggiori infezioni)
- Rischi legati a gas medicali
- Rischio elettrico impiantistico
- Rischio tecnologico
- Rischio incendio
- Rischio del lavoratore





Il sistema è teso a minimizzare gli eventi avversi in termini di efficacia ed efficienza nei processi assistenziali. Gli eventi legati ai vari rischi, che si ritiene opportuno monitorare nel percorso di Cure Palliative Oncologiche Domiciliari, sono:

- Le cadute
- Gli incendi
- Errori di terapia e near miss di terapia (somministrazione/prescrizione/farmaci scaduti e non effetti collaterali del farmaco)
- L'infezione delle vie urinarie (dopo applicazione di catetere vescicale).
- Farmaci scaduti
- Sistema elettrico (rischio di scarica elettrica per fili scoperti ecc)
- Uso di tecnologie (pompa siringa, elastomero, altri)
- Lesioni da pressione (prevenzione)
- Monitoraggio dell'uso della sedazione





Il processo di gestione e monitoraggio degli eventi avversi prevede:

- 1. un primo step relativo alla prevenzione del manifestarsi dell'evento. In questo caso è indispensabile un percorso di educazione/istruzione del caregiver, sia verbale che con supporto cartaceo, che venga sensibilizzato sulla possibilità che si manifesti un rischio per il paziente e sulle modalità per prevenire tali rischi;
- 2. il secondo step riguarda la rilevazione dell'evento nel fascicolo personale al momento del manifestarsi dello stesso e la procedura di segnalazione. L'evento viene segnalato, attraverso apposito modulo, al coordinatore medico e/o infermieristico dell'equipe che archivia le segnalazioni all'interno di un registro, organizzando lo stesso in base alla tipologia di evento, questo al fine di facilitare l'analisi e la valutazione sia della quantità che della tipologia.
- 3. il terzo step riguarda la verifica periodica degli eventi manifestatisi attraverso l'analisi e la definizione del piano di miglioramento e/o delle azioni correttive da mettersi in atto per evitare che gli stessi si verifichino in futuro. La verifica deve avvenire ogni tre mesi e il piano di miglioramento deve essere condiviso con l'intera equipe.
- 4. Promuovere processi formativi sulla gestione del rischio attraverso interventi di provata efficacia per la sicurezza (AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality)







MODULO DI SEGNALAZIONE EVENTI

	Data	
Identificazione del Paziente		
Nome		
Cognome		
Data di nascita		
N° fascicolo personale		

- Le cadute
- Gli incendi
- Errori di terapia e near miss di terapia (somministrazione/prescrizione/farmaci scaduti e non effetti collaterali del farmaco)
- L'infezione delle vie urinarie (dopo applicazione di catetere vescicale).
- Farmaci scaduti
- Sistema elettrico (rischio di scarica elettrica per fili scoperti ecc)
- Uso di tecnologie (pompa siringa, elastomero, altri)
- Lesioni da pressione (prevenzione)
- Uso della sedazione





escrizione/note					
		<u>.</u>		 127	
zioni intraprese			-		
	11.			1.5.7	





Desideriamo darVi delle indicazioni importanti che possono aiutarVi ad evitare dei rischi nella cura del vostro malato.

Somministrazione dei farmaci

La Vostra collaborazione nella somministrazione dei farmaci è fondamentale. Per aiutarVi in questo compito Vi sarà lasciato uno schema di terapia recante il nome del farmaco, il dosaggio, l'orario di somministrazione; saranno anche indicati i farmaci da usare al bisogno, cioè quando si presentano determinati sintomi (per es. dolore, nausea, agitazione ecc.).

E' molto importante ricordare questi principi:

- somministrare il farmaco nell'esatta quantità prescritta
- 2) somministrare i farmaci negli orari e secondo le modalità indicate
- somministrare tutta la terapia prescritta: se si ha un dubbio riguardo ad un farmaco, non fare di testa propria, ma mettersi in contatto con l'infermiere/medico di riferimento;
- 4) controllare la scadenza dei farmaci
- 5) se è prescritta una terapia al bisogno, somministrarla tempestivamente se si presenta il sintomo correlato;
- in caso di comparsa di situazioni non previste, comunicarle all'infermiere/medico riferimento.





Cadute

Il rischio di cadute, comune a tutti, è sicuramente maggiore per i malati, sia autosufficienti che allettati. Traumi e fratture possono aggravare la situazione del malato: questi consigli possono aiutarVi ad evitare che si verifichino

- 1) eliminare qualunque tipo di tappeto nei locali che il paziente frequenta, particolarmente nel bagno, e gli scendiletto;
- procurare e, se necessario, aiutarlo ad indossare, quando si alza da letto, pantofole o babbucce con suole di gomma che non scivolino sul pavimento;
- 3) seguire scrupolosamente le indicazioni dell'equipe per quanto riguarda la mobilizzazione del malato;
- 4) se il ammalato è abituato ad alzarsi di notte per andare in toilette o altre necessità, fare in modo che la camera da letto sia sempre un po' illuminata: alzandosi al buio potrebbe urtare contro qualche ostacolo o inciampare.
- 5) assisterlo, se necessario, nella deambulazione e, soprattutto, nelle operazioni di toilette in bagno: questo è il locale dove le cadute possono essere più pericolose. Potremo consigliarVi dei "presidi" per facilitare l'utilizzo dei sanitari;
- utilizzare, se la deambulazione è troppo difficile e/o faticosa, una sedia a rotelle per passare da un locale all'altro;
- se recarsi nel bagno, particolarmente di notte, ma anche di giorno, per le necessità corporali, risulta troppo faticoso, utilizzare una "comoda", posizionandola vicino al letto, assicurandosi che la stessa sia bloccata nel momento dell'uso;
- Se il malato è allettato potremo procurarVi in uso un letto ospedaliero completo e a seconda delle necessità vi indicheremo come utilizzarlo.

I presidi di cui ai punti 5, 6 e 7 possono essere a noi richiesti e forniti in uso gratuito.



Indicatori di valutazione del PdC Requisito → divergenze dalle LG



Requisito 3 → si raccolgono ed analizzano dati sulle divergenze dalle linee guida, in modo da migliorare i processi standardizzati

1. l'utilizzo degli indicatori selezionati consente il monitoraggio degli scostamenti tra le linee guida e il percorso di cura di ogni paziente?

Laddove possibile per ogni raccomandazione/evidenza sarebbe opportuno disporre di un indicatore che consenta di valutare se il PdC sta effettivamente agendo come individuato dalle evidenze. Nel caso non si possibile costruire degli specifici indicatori (carenze del sistema informativo) si suggerisce di attuare periodicamente degli audit per valutare questo fenomeno











Requisito 4 -> viene valutata la qualità di assistenza percepita da pazienti e familiari.

1. Esiste un processo di rilevazione della customer satisfaction?

Il processo è specifico di PdC? Si valutano anche aspetti che non sono meramente di carattere alberghiero?



Indicatori di valutazione del PdC Requisito → qualità percepita



			ACCOGLIE	NZA	
1.		TA L'ACCESSO AI DISPONIBILITA		CURE PALLIATI	VE IN QUANTO A
	SCARSO □	SUFFICIENTE	<i>DISCRETO</i> □	<i>BUONO</i> □	<i>0ТТІМО</i> П
2.		ITI GIORNI E' S' A DI CURE DOM		IL PRIMO COLL	OQUIO PER AVVIARE IL
	OLTRE 15 GG □	TRA 7 E □	15 GG	TRA 7 e 3 GG □	MENO DI 3 GG □
3.		ATTO DEL TEMPO EL PROGRAMMA I			PRIMO COLLOQUIO E
	PER NULLA □	<i>POCO</i> □		<i>ABBASTANZA</i> □	<i>MOLTO</i> □
		ASSISTENZA	A MEDICA ED	INFERMIERI	STICA
4.		. PERIODO DI CU SANITARI (MED			I ERANO GLI I ALLE CURE DEL
	MAI	SI, A VOLT □	E	SI, SPESSO □	SI, SEMPRE □







1.					SONALE (comunicazioni	di
	informazion	i riservate, svolgimento	di azioni delicate	da parte degli ope	ratori, ecc) ?	
	<i>SCARSO</i>	SUFFICIENTE	DISCRETO	BUONO	OTTIMO	
2.	COME	VALUTA LA FREQUE	NZA DELLE VISI	TE DOMICILIA	RI RISPETTO ALLE	
	NECES	SITA' DEL MALATO?				
	<i>SCARSO</i>	SUFFICIENTE	DISCRETO	BUONO	OTTIMO	
3.	IN CASO	DI CHIAMATA URG	ENTE, COME VA	LUTA LA TEMPI	ESTIVITA' DI	
	RISPOST	TA ALLA CHIAMATA	DA PARTE DEGI	I OPERATORI	DELLE CURE	
	PALLIAT	IVE?				
	<i>SCARSO</i>	SUFFICIENTE	DISCRETO	BUONO	OTTIMO	
No	n ne ho mai	i avuto bisogno 🛚				
4.	E' SOI	DDISFATTO DELLE	INDICAZIONI	FORNITE SU	COME UTILIZZARE	A
	DOMIC	CILIO FARMACI, PRE	SIDI, PROTESI	?		
	PER NULLA	POCO		ABBASTANZA	MOLTO	



Indicatori di valutazione del PdC Requisito → qualità percepita



				SIGLI RICEVUTI IN MERIT	_
A COME	ALIMENTARE, M	UOVERE, CURA	ARE L'IGIENE	E PERSONALE, ASSISTERE 1	ſL
MALATO)?				
PER NULLA	POCO		ABBASTAN	IZA MOLTO	
			==	ALITA' E I TEMPI DI	
FORNIT	URA DI CARROZZ	INE, MATERA	SSI ANTIDEC	CUBITO ETC?	
SCARSO	SUFFICIENTE	DISCRETO	BUONO	O OTTIMO	
Non ne ho fatto	uso 🗆				
11. E' RIMA	STO SODDISFATT	O DELLE MOD	ALITA' DI PF	RESCRIZIONE DEI FARMAC	<u>I?</u>
PER NULLA	POCO		ABBASTAN	IZA MOLTO	
12. DURAN	TE IL PERIODO D	I ASSISTENZA	DOMICILIA	RE HA AVUTO NECESSITA' I	DΙ
RICORE	RERE AD ALTRI SE	RVIZI DI ASS	ISTENZA?		
SI	NO				
SE SI QUALI	□ <i>118</i>	☐ GUARDIA	<i>MEDICA</i> [☐ PRONTO SOCCORSO	
13. DAL PU	NTO DI VISTA DE	I RAPPORTI U	MANI E' RIM	ASTO SODDISFATTO DEGL	Ī
OPERATOR	RI DEL SERVIZIO	DI CURE PALL	IATIVE DOM:	ICILIARI?	
PER NULLA	POCO		ABBASTAN	ZA MOLTO	
14. IN GEN	ERALE COME VALI	JTA IL SERVIZ	IO DI CURE	DOMICILIARI?	
SCARSO S	SUFFICIENTE	DISCRETO	BUONO	OTTIMO	



CHECK PdC

SEZION	E DA VALUTARE	SI	NO
1.	Sono stati definiti i componenti, responsabilità e funzioni dei partecipanti del gruppo di lavoro		
	identificato per la costruzione del PDTA?		
2.	E' stata definita l'analisi del contesto/background a sostegno della motivazione clinica per cui		
	costruire un PDTA?		
3.	Gli obiettivi sono chiaramente definiti (generali, specifici)?		
4.	Sono state consultate le principali linee guida e le raccomandazioni scientifiche aggiornate?		
5.	E' stata identificata la popolazione destinataria del PDTA e i relativi criteri di inclusione/esclusione?		
6.	Sono descritte le interfacce coinvolte nel percorso PDTA?		
7.	Sono individuate e declinate le fasi del percorso?		
8.	Sono individuate le tempistiche di ogni fase del percorso?		
9.	Sono descritti gli snodi decisionali e rappresentati graficamente attraverso flow chart e/o matrici?		
10.	E' disponibile un informativa per i pazienti (es. in allegato)?		
	Sono descritte le caratteristiche e i requisiti di appropriatezza e sicurezza?		



CHECK PdC

12. Sono stati definiti gli indicatori di processo?	
13. Sono stati definiti gli indicatori di esito?	
 Sono state definite le modalità di raccolta dati e relativo monitoraggio? (flussi routinari e reportistica specifica) 	
15. Sono stabilite modalità di valutazione sistematica dei risultati attesi attraverso audit?	
16. Sono state definite modalità di verifica dell'adesione ai percorsi PDTA ?	
17. Sono state definite modalità di comunicazione per la diffusione del PDTA agli operatori coinvolti?	
18. Sono state definite attività formative ed educative per i pazienti e caregiver?	
19. E' stata definita la figura (es. case management) che si occupa di facilitare il percorso?	
20. Viene definito chi verifica l'applicazione e la manutenzione del percorso?	
21. E' stato definito il team multidisciplinare che si occupa di valutare le condizioni cliniche del paziente e l'appropriatezza del percorso?	
22. In caso di discostamento dai risultati attesi, è previsto un piano di miglioramento?	
23. E' stato previsto l'aggiornamento del percorso?	
24. E' stata descritta un'analisi dei costi teorici del PDTA?	
PUNTEGGIO	
PUNTEGGIO TOTALE	



CHECK PdC

LEGENDA

SI= 1 PUNTO

NO= 0 PUNTI

SE RISPOSTE SI> 20 PDTA APPROPRIATO

SE RISPOSTE SI < 20 PDTA DA RIVEDERE E RIALLINEARE SECONDO CHECK LIST



