

REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

UNITA' DI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI (UCP-Dom)

PREMESSE

Le cure palliative sono, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 38/2010, l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici.

Le cure palliative domiciliari nell'ambito della rete locale di assistenza, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali e tutelari, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

Tale livello viene erogato dalle Unità di Cure Palliative domiciliari (UCP-Dom) che garantiscono sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia interventi di équipe specialistiche tra loro interagenti in funzione della complessità che aumenta con l'avvicinarsi della fine della vita nonché la pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver. Gli interventi di base garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. Queste cure sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative. Le cure richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale. Gli interventi di équipe specialistiche multiprofessionali dedicate, sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale.

Le cure sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, farmacologico e diagnostico a favore di persone nella fase terminale della vita, affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sui 7 giorni nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

Le Cure Palliative Domiciliari richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente da parte di una équipe professionale e la definizione di un "Piano di cure personalizzato". Le Cure Palliative Domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazioni agli esiti della valutazione multidimensionale.

Tutti i requisiti del presente documento rispettano la struttura già impiegata per gli altri manuali di accreditamento e sono divisi, pertanto, in 4 fasi di monitoraggio basate sulla sequenza (Plan-Do-Check-Act) che aiutano a garantirne il mantenimento nel tempo.

- **La Fase 1** richiede, di solito al primo accreditamento o, comunque, alla prima verifica dopo l'approvazione del nuovo manuale, la presenza e i contenuti dei documenti di indirizzo e pianificazione, quali ad esempio: la missione, le politiche, i piani, le linee guida, le istruzioni, le check-list, ecc.).

- **Le Fasi 2, 3 e 4** riguardano rispettivamente l'applicazione dei documenti predisposti, l'autovalutazione/verifica della corretta applicazione con produzione di report e, infine, l'adozione di azioni correttive eventualmente necessarie.

Più in particolare:

- Fase 2 – La valutazione del soddisfacimento dei requisiti di questa fase viene effettuata tramite l'osservazione sul campo, interviste o valutazione delle, dei dati e di altri documenti. Questa fase richiede la conoscenza, la consapevolezza e l'implementazione di quanto pianificato, sia da parte della Direzione sia da parte del personale;

- Fase 3 – Questa fase richiede di documentare i risultati dell'implementazione delle evidenze delle fasi precedenti;

- Fase 4 – Questa fase presuppone che i dati raccolti, in base alle evidenze definite nella fase precedente, siano analizzati e valutati e che, sulla base di questi, vengano definite le priorità e pianificate azioni di miglioramento della sicurezza e della qualità delle strutture, dei processi e degli esiti.

INDICE DEI REQUISITI

FATTORI/CRITERI DI QUALITA'	REQUISITI PER CIASCUN FATTORE	CAMPO DI APPLICAZIONE
FATTORE/CRITERIO 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto 2. Programmi per lo sviluppo delle reti assistenziali 3. Definizione delle responsabilità 4. Presa in carico 5. Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati) 6. Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi 	
FATTORE /CRITERIO 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipologia di prestazioni e di servizi erogati 2. Presenza di percorsi assistenziali: valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti 3. Passaggio in cura (continuità assistenziale) 4. Monitoraggio e valutazione 5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria 	
FATTORE /CRITERIO 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Idoneità all'uso delle strutture (sede operativa e relative caratteristiche) 2. Gestione e manutenzione delle attrezzature 3. Dotazioni informatiche 4. Dotazioni di materiali sanitari 	
FATTORE /CRITERIO 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica 2. Inserimento e addestramento di nuovo personale 3. Valutazione del personale 	
FATTORE /CRITERIO 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modalità di comunicazione interna alla struttura, per favorire la partecipazione degli operatori 2. Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori 3. Modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone assistite e ai caregiver 4. Coinvolgimento delle persone assistite, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali 5. Modalità di ascolto delle persone assistite 	
FATTORE/CRITERIO 6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche 2. Procedure operative per la qualità e la sicurezza delle cure 3. Programma per la gestione del rischio clinico 	
FATTORE/CRITERIO 7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Progetti di miglioramento 2. Adozione di iniziative di innovazione 3. Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa 	
FATTORE/CRITERIO 8	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza 	

FATTORE/CRITERIO 1

Attuazione di un sistema di gestione dei servizi, al fine di fornire evidenza di processi di pianificazione e verifica, coerenti con le indicazioni regionali ed efficaci nel promuovere la qualità, in quanto “fornisce garanzia di buona qualità dell’assistenza socio-sanitaria, una gestione dell’organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in un’ottica di miglioramento continuo”.

1. Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L’organizzazione ha definito il piano annuale, in cui sono definiti gli obiettivi di attività e di qualità, formulato con il coinvolgimento del personale e in relazione al piano annuale definito dalla Rete Locale di Cure Palliative (RLCP).			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto della modalità di programmazione, pianificazione e organizzazione delle attività di assistenza indicata nella Fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio (almeno annuale) dei seguenti aspetti: a) pianificazione; b) programmazione; c) organizzazione.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato sono state apportate azioni correttive e vi è evidenza che tali azioni abbiano raggiunto i risultati attesi.			
2. Programmi per lo sviluppo delle reti assistenziali		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L’organizzazione ha definito documenti che individuano: 1) il ruolo, le funzioni e le attività dell’organizzazione all’interno della Rete Regionale e Locale di Cure Palliative di cui la struttura è parte costitutiva; 2) i collegamenti funzionali con gli altri nodi (ospedalieri, Hospice, ambulatoriali e territoriali della rete) per promuovere la continuità assistenziale; 3) i relativi indicatori e sistemi di monitoraggio.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato.			
FASE 3: MONITORAGGIO	L’organizzazione valuta la corrispondenza tra quanto pianificato e quanto attuato ed effettua una raccolta dati sul raggiungimento degli obiettivi dell’organizzazione all’interno della Rete Locale di Cure Palliative.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base delle analisi effettuate, vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità del sistema.			
3. Definizione delle responsabilità		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L’organizzazione: 1) definisce il proprio organigramma/funzionigramma, che identifica le attività, le responsabilità/funzioni;			

	<p>2) dispone di una pianta organica in cui sono riportati i nominativi del personale in servizio, la tipologia di rapporto di lavoro, la qualifica e le competenze specifiche in materia di cure palliative;</p> <p>3) definisce le modalità di rivalutazione periodica del sistema organizzativo;</p> <p>4) elabora e adotta un regolamento del personale.</p>			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	<p>Vi è evidenza che tutta l'organizzazione conosca la struttura di governo, con particolare riferimento ai responsabili (amministrativo e sanitario, se previsto), ai loro sostituti e alle rispettive competenze.</p> <p>Vi è evidenza che per ogni lavoratore impiegato per lo svolgimento dei servizi:</p> <p>1) vengano applicati i contratti di lavoro e i relativi accordi integrativi (rispetto delle norme relative all'assicurazione del personale contro gli infortuni sul lavoro, alla disoccupazione involontaria, all'invalidità, alla vecchiaia, ecc.);</p> <p>2) sia stato predisposto e venga tenuto, presso la sede operativa, un fascicolo contenente: dati anagrafici, qualifica di assunzione, estremi delle posizioni assicurative e previdenziali, orario di lavoro settimanale e contratto di lavoro o di collaborazione e dossier formativo.</p>			
FASE 3: MONITORAGGIO	<p>Vi è evidenza che periodicamente (almeno ogni 2 anni ed ogni qualvolta vi sia un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura) venga effettuata una valutazione dell'efficacia dell'organizzazione, delle responsabilità e degli strumenti di delega.</p>			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>Sulla base delle analisi effettuate e dei risultati annuali raggiunti, vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi, dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega.</p> <p>Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.</p>			
4. Presa in carico		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>L'organizzazione:</p> <p>1) adotta gli strumenti validati e standardizzati di valutazione multidimensionale utilizzati durante la riunione del Nucleo di Continuità Assistenziale (NCA)</p>			

	<p>per la rilevazione dei bisogni sanitari e sociosanitari e i risultati conseguiti;</p> <p>2) garantisce che il PAI sia redatto durante l'apposita riunione NCA;</p> <p>3) garantisce che il PAI contenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'indicazione dei problemi clinici, organizzativi e relazionali da affrontare (valutazione dei bisogni assistenziali); • gli obiettivi di cura, gli interventi previsti, la tipologia e la frequenza degli accessi dei diversi professionisti su base settimanale (pianificazione delle attività); • le modalità di trattamento dei sintomi esistenti e prevedibili; • il trattamento della co-morbilità; • le modalità di attivazione della continuità assistenziale e/o eventuali situazioni di emergenza; • le modalità di supporto della famiglia, gli orientamenti e le scelte dell'assistito; • le figure professionali coinvolte e il referente del caso; • il caregiver della persona assistita. <p>4) garantisce che il PAI sia puntualmente aggiornato dall'équipe di cure palliative in relazione alla modifica dei bisogni;</p> <p>5) al mutare delle condizioni cliniche generali del paziente, a fronte delle quali dovesse sorgere la necessità di variare l'intensità assistenziale (sia in miglioramento che in peggioramento), saranno intensificati o diminuiti gli accessi settimanali e la situazione sarà discussa in occasione della prima riunione di aggiornamento settimanale disponibile e considerata, se confermata, valida retroattivamente. Conseguentemente verrà aggiornato il PAI, sempre alla luce dei criteri sopra citati;</p> <p>6) verifica che le attività previste vengano effettuate.</p>			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.			

5. Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha definito procedure per la gestione dei dati gestionali e sanitari, che garantiscano la sicurezza e la trasparenza.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato.			
FASE 3: MONITORAGGIO	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi di sicurezza e di trasparenza dei dati sanitari previsti nella fase di pianificazione.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base delle analisi effettuate, l'organizzazione individua le aree e le priorità di intervento e avvia, se necessario, un piano di miglioramento.			
6. Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: 1) elabora un piano annuale per il miglioramento della qualità dei servizi di cure palliative in cui vengono descritti gli obiettivi, le attività previste, gli indicatori per il monitoraggio tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali di riferimento; 2) il piano di miglioramento della qualità tiene conto delle criticità emerse dall'analisi dei reclami e dei disservizi; 3) relaziona annualmente in merito alle attività previste dalla procedura sulla qualità dei servizi.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Le attività di valutazione degli esiti e della qualità delle prestazioni e dei servizi di cure palliative sono svolte e documentate con periodicità almeno annuale ed evidenziano la partecipazione del personale nonché dei pazienti e/o dei familiari/caregiver.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del controllo periodico (almeno annuale) e dell'eventuale adeguamento del sistema di valutazione della qualità del servizio in maniera tale da garantire la validità e l'affidabilità, nel tempo, di tutte le misure e delle strategie adottate.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base dei risultati delle valutazioni effettuate sulle prestazioni e sui servizi, vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni per il miglioramento delle performance. Vi è evidenza dell'efficacia delle azioni correttive eventualmente messe in atto.			

FATTORE/CRITERIO 2

Prestazioni e servizi, indicando l'offerta di prestazioni nell'ottica della presa in carico, in quanto "E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi come pratica del governo clinico sui quali fondere azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti e con i cittadini".

1. Tipologia di prestazioni e di servizi erogati		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha definito le linee guida per la redazione e la distribuzione di una Carta dei Servizi che assicuri: 1) le informazioni circa le prestazioni di cure palliative e le relative modalità erogative; 2) gli impegni assunti nei confronti del paziente e dei caregiver; 3) la presenza di materiale informativo multilingua a disposizione dell'utenza; 4) il collegamento con la Rete locale di cure palliative.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	La Carta dei servizi è stata redatta, approvata e diffusa, anche attraverso sistemi informatici (sito web ad esempio), secondo le procedure esistenti e il materiale informativo è a disposizione dell'utenza.			
FASE 3: MONITORAGGIO	L'organizzazione monitora la qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo e le modalità di diffusione e distribuzione.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma.			
2. Presenza di percorsi assistenziali: valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<u>Premessa.</u> La richiesta di attivazione dell'assistenza domiciliare può provenire dal paziente, dai familiari/caregiver e dal personale sanitario ospedaliero o territoriale. La formalizzazione della richiesta è svolta dal MAP o dalla stessa SSD Cure Palliative e di tale atto viene data comunicazione alla COT. L'eleggibilità del singolo caso, dal punto di vista clinico e organizzativo, è valutata dai medici della SSD Cure Palliative. Questi attivano il NCA composto da: Medico della SSD Cure Palliative e Hospice, Medico di Medicina Generale, personale infermieristico, caregiver domiciliare per la valutazione della gestione domiciliare, per la stesura del piano di cure e la formalizzazione del PAI. La valutazione deve essere effettuata nel luogo in cui si trova il paziente o, in subordine e per situazioni particolari, attraverso l'uso di sistemi di videoconferenza, il più			

	<p>tempestivamente possibile. Comunque entro 72 ore dalla richiesta.</p> <p>L'organizzazione ha formalizzato e diffuso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) le procedure e i regolamenti per la presa in carico dell'utente dall'Unità di Cure Palliative Domiciliari; 2) le responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti (case manager e care manager); 3) protocolli, linee guida e procedure per la gestione delle attività previste dal PAI, per la gestione delle condizioni cliniche più frequenti e di maggiore gravità e la gestione delle prestazioni più importanti in termini di frequenza, costo e rischio per i pazienti. La gestione del PAI definito per ciascun paziente nel corso della riunione NCA consiste in: <ul style="list-style-type: none"> • attività clinica di tipo valutativo; • attuazione del percorso di cura definito dal PAI attraverso la stesura del piano assistenziale; • valorizzazione della costruzione in équipe di un Piano di Cure Condiviso con il paziente, anche in forma evolutivamente progressiva; • valutazione e gestione del dolore e degli altri sintomi somatici secondo gli standard nazionali di cure palliative; • attività educativo/relazionali/ambientali; • attività clinica di tipo terapeutica/palliativa; • trattamento delle lesioni cutanee e delle alterazioni dei tessuti molli; • somministrazione dei medicinali, sia in forma di terapia fissa a orario, sia in forma di terapia al bisogno su sintomatologia non controllata; • mantenimento dell'omeostasi; • interventi riabilitativi; • prestazioni relative allo stato neurologico; • prestazioni relative alle funzioni respiratorie; • prestazioni relative alla funzione alimentare; • prestazioni relative alle funzioni escretorie. 4) protocolli per la consegna dei farmaci a domicilio; 5) protocolli per l'esecuzione delle principali manovre strumentali e per la gestione dei dispositivi in uso; 6) protocolli per il riconoscimento dei malati che si avvicinano agli ultimi giorni o ore di vita, per la 			
--	---	--	--	--

	<p>valutazione dei loro bisogni specifici, per una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia/caregiver;</p> <p>7) procedure per la gestione del trasferimento delle informazioni relative all'attuazione del piano assistenziale attraverso un confronto con l'équipe (riunioni periodiche, passaggio di informazioni e di consegne);</p> <p>8) procedure per garantire la pronta disponibilità medica ed infermieristica (h/24; 7 giorni su 7) ai sensi dell'Intesa del 25/07/2012 (Rep. Atti 151/CSR).</p>			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1 (almeno ogni 2 anni e ogniqualvolta vi siano degli aggiornamenti dei protocolli/procedure a livello aziendale, nazionale, regionale).			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
3. Passaggio in cura (continuità assistenziale)		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha definito protocolli e linee guida per il collegamento con le funzioni assistenziali e i professionisti coinvolti nella gestione e nel percorso assistenziale del paziente (medici palliativisti, medici di medicina generale, strutture di ricovero ospedaliero, R2, Hospice, ecc) e programmi per l'organizzazione della dimissione che comprendono: la definizione della tipologia delle cure palliative necessarie, le modalità di corretta risoluzione delle problematiche burocratiche, prescrittive e certificatorie, comprese le modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti e che prevedono l'educazione e l'addestramento dell'ospite e dei familiari su tematiche che riguardano le procedure di emergenza, l'uso sicuro dei medicinali e dei presidi medici, le potenziali interazioni tra cibo e medicinali, la guida alla nutrizione del paziente, la terapia del dolore e le tecniche di riabilitazione.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione.			

FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base delle analisi effettuate, l'organizzazione individua le aree e le priorità di intervento (revisione dei criteri, protocolli, linee guida e procedure per la presa in carico e gestione dei pazienti revisione dei processi per la gestione e il miglioramento del PAI, compresa la qualità della tracciabilità delle attività all'interno della documentazione sanitaria; trasferimento delle informazioni all'interno del processo di cura; revisione delle procedure operative definite) e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma.			
4. Monitoraggio e valutazione		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: 1) effettua l'analisi degli eventi avversi, incidenti, near misses accaduti durante la cura, anche tramite audit, e adotta modalità per dare evidenza dei risultati agli operatori; 2) mette in atto per il miglioramento continuo della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate; 3) adotta un sistema di monitoraggio e di valutazione quali-quantitativa delle attività erogate, in particolare in merito ai criteri di eleggibilità del paziente, di presa in carico e di continuità assistenziale, in aderenza alle indicazioni e agli indicatori previsti dalla Rete locale di cure palliative; 4) adotta modalità di misurazione delle prestazioni al fine di gestire e migliorare l'attività.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e aggiornamento (almeno annuale) in termini di efficacia ed affidabilità dei sistemi di misura degli esiti e della qualità.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni per il miglioramento della qualità. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.			
5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: 1) adotta procedure per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo;			

	<p>2) analizza i risultati della valutazione e della verifica di qualità della documentazione sanitaria e attua eventuali azioni correttive;</p> <p>3) formalizza e attua procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e nella tenuta della documentazione sanitaria.</p>			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	<p>Vi è evidenza del periodico monitoraggio sui seguenti aspetti:</p> <p>1) qualità della documentazione sanitaria;</p> <p>2) rispetto delle regole di gestione della documentazione e dei tempi per l'accesso alla documentazione sanitaria;</p> <p>3) rispetto della politica della privacy e della riservatezza delle informazioni, nonché della sicurezza nell'accesso e conservazione della documentazione sanitaria.</p>			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni per il miglioramento della qualità.</p> <p>Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p>			

FATTORE/CRITERIO 3

Aspetti strutturali, ad integrazione dei requisiti minimi, con verifica dei processi che consentono di mantenere nel tempo l'adeguatezza e la sicurezza di strutture, impianti, attrezzature, in quanto "L'organizzazione cura l'idoneità all'uso delle strutture e la puntuale delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature: è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse".

1. Idoneità all'uso delle strutture (sede operativa e relative caratteristiche)		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha formalizzato il programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture che consente di individuare le situazioni che mettono in pericolo la sicurezza di beni e persone e di gestire le aree a rischio, anche tramite la formazione e il coinvolgimento del personale.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto dei piani, dei programmi e delle attività indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione (almeno ogni 2 anni).			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.			
2. Gestione e manutenzione delle attrezzature		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha definito una procedura per l'identificazione di tutte le attrezzature utilizzate, con il relativo programma di gestione e manutenzione (straordinaria e preventiva).			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato.			
FASE 3: MONITORAGGIO	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma.			
3. Dotazioni informatiche		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
PUNTI DA VERIFICARE NELLA FASE 1 E DA MONITORARE NELLE SUCCESSIVE FASI (come mantenimento e assenza di variazioni)	L'organizzazione garantisce la presenza nella sede operativa di una dotazione informatica con: <ul style="list-style-type: none"> • personal computer dedicati all'attività; • almeno una stampante dedicata all'attività; • una connessione internet; • dispositivi tecnologici utili alla trasmissione da remoto dei dati per il monitoraggio dell'assistenza, relativi alle prestazioni erogate in funzione degli obiettivi del PAI; • dispositivi digitali per l'erogazione di servizi a distanza (telemedicina), specifiche per le tipologie di prestazioni che si intendono effettuare in tali modalità 			

	(telemonitoraggio, telecontrollo, teleassistenza e altro) ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 10 dicembre 2020 e delle normative vigenti.			
4. Dotazioni di materiali sanitari		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
PUNTI DA VERIFICARE NELLA FASE 1 E DA MONITORARE NELLE SUCCESSIVE FASI (come mantenimento e assenza di variazioni)	<p>L'organizzazione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) garantisce la presenza di una dotazione di materiali sanitari in relazione al livello di cure domiciliari palliative da svolgere, come da indicazioni della Rete Locale di cure palliative e da normativa nazionale e regionale vigente; 2) si attiene alle modalità aziendali dell'erogazione per i farmaci (compresa la dotazione farmacologica per l'urgenza del controllo sintomatico), le apparecchiature elettromedicali e i presidi necessari all'attività domiciliare di cure palliative. 			

FATTORE/CRITERIO 4

Competenze del personale, per assicurare il possesso, l'acquisizione e il mantenimento da parte del personale delle conoscenze e abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività, in quanto "L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività".

1. Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p><u>Premessa.</u> Le risorse umane attive nell'erogazione delle prestazioni nell'ambito delle cure palliative domiciliari di livello specialistico devono ottemperare ad una formazione dedicata, che permetta di acquisire le competenze specifiche necessarie per questa tipologia di cure sulla base di quanto previsto dall'articolo 5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle CP e alla terapia del dolore) e di quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale vigente.</p> <p>L'organizzazione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) garantisce l'individuazione di un responsabile della formazione; 2) garantisce la definizione di un piano annuale di formazione che preveda la rilevazione dei fabbisogni formativi, la programmazione della attività formative (con tematiche specifiche nell'ambito delle cure palliative), la valutazione dell'efficacia delle stesse e della soddisfazione da parte del personale. 			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza (anche nel fascicolo/dossier individuale) della partecipazione del personale (dipendente e non) alle attività programmate di formazione/aggiornamento e addestramento, dell'individuazione di un responsabile della formazione e del piano di formazione.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza della valutazione (almeno annuale): <ol style="list-style-type: none"> 1) dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento; 2) della soddisfazione del personale. 			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità nonché adottate specifiche azioni per il miglioramento della programmazione della formazione e della relativa verifica. E' evidente che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.			
2. Inserimento e addestramento di nuovo personale		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha formalizzato un piano che definisce le modalità per l'accoglienza e l'affiancamento/addestramento del nuovo personale, neo			

	<p>assunto/trasferito compreso il personale volontario, che tenga conto delle loro qualifiche e dell'idoneità al ruolo e che comprenda la formazione sul rischio clinico ed occupazionale.</p> <p>Il personale dovrà frequentare obbligatoriamente un corso di formazione per neo-assunti da svolgere la settimana antecedente l'inserimento. Gli argomenti trattati dal corso sono quelli che consentiranno all'operatore di esercitare le competenze assistenziali nonché quelle gestionali e organizzative previste dal profilo di posto (illustrazione protocolli, istruzioni operative, procedure, linee guida aziendali, ecc).</p> <p>La competenza dei professionisti deve essere verificata al momento dell'inserimento nel servizio e successivamente tutelata attraverso l'addestramento e l'aggiornamento sino all'acquisizione delle competenze in cure palliative previste per il profilo professionale. Deve essere individuata una modalità oggettiva di valutazione del raggiungimento degli obiettivi individuati per il professionista durante il periodo di inserimento.</p> <p>I professionisti sanitari e sociosanitari parteciperanno, avuta la necessaria formazione, ad almeno un'iniziativa annuale di aggiornamento in cure palliative organizzata dall'Azienda sanitaria o da altri soggetti che prevedano il rilascio di ECM previa valutazione di appropriatezza da parte dell'Azienda sanitaria medesima.</p>			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto dei piani sopraindicati.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del monitoraggio periodico (autovalutazione) dell'efficacia dei programmi di orientamento/inserimento del nuovo personale, neo assunto/trasferito.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei programmi di orientamento e dei piani per l'inserimento dei nuovi addetti. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.			
3. Valutazione del personale		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione elabora un piano di valutazione periodico (annuale) del personale che tenga conto delle capacità relazionali e di comunicazione e delle competenze tecniche nell'ottica del miglioramento del servizio e della crescita professionale in relazione all'ambito specifico delle cure palliative.			

FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto dei piani e delle attività indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico (almeno annuale) monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			

FATTORE/CRITERIO 5

Comunicazione, nella consapevolezza che una buona comunicazione e relazione tra professionisti e con i pazienti costituisce garanzia di allineamento ai comportamenti professionali attesi e di partecipazione dei pazienti alle scelte del trattamento, in quanto "Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nell'erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento".

1. Modalità di comunicazione interna alla struttura, per favorire la partecipazione degli operatori		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione mette in atto meccanismi operativi che favoriscano la comunicazione tra gli operatori del servizio e azioni per un eventuale miglioramento, anche con la programmazione e l'effettuazione di regolari riunioni di équipe interne all'organizzazione e con l'équipe della Rete Locale di Cure Palliative.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto dei meccanismi operativi e delle azioni indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza della periodica effettuazione e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
2. Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	La Direzione ha definito le modalità di valutazione del clima aziendale e della soddisfazione del personale e facilita momenti di analisi e confronto sulle criticità e sulle tematiche relative alle cure palliative.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle indagini e valutazioni indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio (annuale) e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
3. Modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone assistite e ai caregiver		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: 1) attua una procedura per garantire modalità efficaci di comunicazione con pazienti e familiari/caregiver; 2) definisce, attua e documenta procedure di informazione alla persona assistita e ai suoi familiari/caregiver sulle procedure da adottare per la prevenzione delle complicanze e dei rischi correlati all'assistenza (iniezioni, cadute, ecc...) sulla somministrazione della terapia, sia fissa a orario che al bisogno in caso di eventi sintomatici, sulla gestione di			

	dispositivi, protesi e ausili, sulla gestione del dolore e sul fine vita.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
4. Coinvolgimento delle persone assistite, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: 1) adotta modalità operative finalizzate a preservare e favorire i rapporti fiduciari tra le persone assistite e gli operatori anche contenendo il turn over del personale; 2) garantisce che la persona assistita e i familiari/caregiver siano coinvolti nella definizione del piano assistenziale; 3) garantisce che venga prevista una rivalutazione periodica del PAI, condivisa con le persone assistite, i familiari/caregiver, i medici palliativisti e il MMG o PLS; 4) mette in atto un sistema per la valutazione dell'efficacia delle modalità di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e familiari/caregiver anche mediante l'utilizzo dei dati derivanti dalla gestione dei reclami e dall'elaborazione degli esiti della rilevazione su soddisfazione ed esperienza degli utenti.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle modalità operative indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
5. Modalità di ascolto delle persone assistite		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: 1) prevede un colloquio di presa in carico della persona assistita e dei familiari/caregiver, le cui conclusioni sono riportate nel fascicolo sanitario domiciliare/cartella; 2) acquisisce il consenso informato, elabora un piano di cure condiviso e progressivo nonché eventuali disposizioni anticipate di trattamento (DAT) del paziente in conformità alla normativa vigente e secondo			

	<p>le procedure approvate dalla Rete Locale di cure palliative;</p> <p>3) prevede strumenti per misurare il grado di soddisfazione e dell'esperienza degli assistiti (Customer Satisfaction) anche in funzione delle disposizioni regionali.</p>			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e degli strumenti indicati nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			

FATTORE/CRITERIO 6

Appropriatezza clinica e sicurezza, in quanto l'efficacia, appropriatezza e sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure, ed è necessario garantire che la struttura attui processi sistematici e metta a disposizione strumenti per supportare le proprie articolazioni nell'adozione delle pratiche migliori, in quanto "L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati".

1. Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso protocolli, linee guida, procedure per la definizione del PAI formulate secondo i principi della Evidence Based Medicine e della Evidence Based Nursing e dalle indicazioni della Federazione di cure palliative.</p> <p>La struttura recepisce e adatta alle peculiarità della propria organizzazione i PDTA elaborati a livello nazionale/regionale per le patologie di cui si fa carico.</p>			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza dell'applicazione di tutti gli aspetti indicati nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	L'organizzazione verifica il grado di applicazione delle azioni previste dal PDTA e analizza gli eventuali scostamenti.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
2. Procedure operative per la qualità e la sicurezza delle cure		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>L'organizzazione:</p> <p>1) applica procedure operative uniformi sulla base delle attività svolte, formulate attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura in materia di cure palliative e azioni sistematiche di verifica della qualità e sicurezza, nonché alle indicazioni regionali e aziendali, almeno per l'esecuzione delle principali manovre strumentali e per la gestione dei dispositivi in uso, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prevenzione e gestione delle lesioni da pressione; • prevenzione e gestione della sindrome da immobilizzazione; • prevenzione delle cadute (inclusa la valutazione del rischio); • somministrazione delle terapie farmacologiche; • somministrazione della terapia trasfusionale; • valutazione della condizione nutrizionale e gestione dei presidi per la nutrizione artificiale; • gestione dei cateteri vescicali, stomie, sondini nasogastrici e cateteri venosi; • valutazione e gestione del dolore e di altri sintomi somatici. 			

	2) garantisce il periodico aggiornamento delle procedure (almeno triennale).			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza dell'applicazione delle procedure indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico (almeno triennale) monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
3. Programma per la gestione del rischio clinico		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: 1) elabora sulla base della valutazione del rischio, il piano per la gestione del rischio clinico, in cui vengono definiti gli obiettivi, le attività per la riduzione dei rischi e gli indicatori per il monitoraggio; 2) definisce le modalità per la partecipazione e il coinvolgimento del personale ai processi di gestione del rischio clinico.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto di procedure per la valutazione del rischio e per la sicurezza di operatori, ospiti e ambiente del documento di cui alla fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del monitoraggio e della rivalutazione (ogni 2 anni) delle aree a rischio dell'organizzazione, dei processi e delle procedure ad alto rischio; l'organizzazione produce e diffonde almeno un report annuale sui risultati raggiunti in materia di rischio.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, vengono intraprese azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.			

FATTORE/CRITERIO 7

Processi di miglioramento ed innovazione, con governo delle azioni di miglioramento, adozione di innovazioni tecnologiche e organizzativo-professionali e facilitazione della ricerca clinica e organizzativa per adattarsi a contesti nuovi, assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili in quanto "Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzazione esprimono la capacità dell'organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili".

1. Progetti di miglioramento		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha definito le modalità di intervento per il miglioramento della qualità e della sicurezza (identificazione delle aree prioritarie di intervento, integrazione del programma di miglioramento con il piano di gestione del rischio, la formazione e la pianificazione strategica).			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della formalizzazione del piano di miglioramento (almeno annuale) della qualità e della sicurezza (o altro documento di individuazione delle aree prioritarie di intervento in tale ambito) e della condivisione con il personale, il quale dovrà essere educato e formato sui temi legati alla qualità.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza della revisione periodica (almeno annuale) dei documenti di programmazione sulla base degli indirizzi regionali e sulle indicazioni provenienti dal personale operante nella struttura, dai rappresentanti della comunità di riferimento e delle associazioni di settore o portatori di interesse. Vi è evidenza che il personale e i pazienti possono disporre in qualsiasi momento dei risultati del monitoraggio per conoscere la qualità delle prestazioni.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base delle analisi effettuate e dei risultati del monitoraggio della qualità delle prestazioni vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni correttive di miglioramento dell'efficacia dei piani annuali di attività e di qualità. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.			
2. Adozione di iniziative di innovazione		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione predispone strumenti adeguati che consentono di acquisire e, quindi, utilizzare le innovazioni tecnologiche e organizzative previste dall'Azienda sanitaria di riferimento, compresa la Telemedicina (per quanto non sempre indicata nell'ambito delle cure palliative), nell'ottica di un costante miglioramento qualitativo dei servizi erogati e tenendo conto anche dei fabbisogni emergenti nell'ambito dell'équipe di cure palliative.	,		

FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi evidenzia della messa a disposizione degli strumenti di cui alla fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza della continua innovazione e miglioramento nell'uso degli strumenti di cui alla fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
3. Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha definito procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative nell'ambito delle cure palliative, prevedendo anche il coinvolgimento del personale.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi evidenzia della messa a disposizione degli strumenti di cui alla fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma.			

FATTORE/CRITERIO 8

Umanizzazione, al fine di rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, in quanto "L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è un impegno comune a tutte le strutture".

1. Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>L'organizzazione ha formalizzato:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) un piano per lo sviluppo di attività assistenziali/organizzative orientate a migliorare l'accessibilità al servizio di cure palliative nel rispetto della dignità dei pazienti (specificità linguistiche, culturali e religiose, ecc); 2) un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari (ad es. presenza di programmi di formazione degli operatori socio-sanitari/assistenziali e sociali alle abilità procedurali e alle attività di counselling/empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di cattive notizie, ecc); 3) procedure per l'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale entro tempi predefiniti; 4) modalità per informare i pazienti del loro diritto a rifiutare i trattamenti; 5) protocolli linee guida e procedure per la pianificazione e la gestione del percorso di accompagnamento alla morte con il coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari. 			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza dell'applicazione delle procedure indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			