



Società Italiana Geriatri Ospedalieri

MANUALE DI ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA DELLA FUNZIONE SPECIALISTICA DI GERIATRIA

A cura di:

Francesco	De Filippi
Giuseppe	Galetti
Adriano	Guala
Filippo	Nico
Massimo	Palleschi
Enzo	Pescerelli
Sergio	Semeraro

www.sigos.it



Società Italiana Geriatri Ospedalieri

MANUALE DI ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA DELLA FUNZIONE SPECIALISTICA DI GERIATRIA

A cura di:

F. De Filippi

G. Galetti

A. Guala

F. Nico

M. Palleschi

E. Pescerelli

S. Semeraro

© Copyright 2004 by S.I.G.Os.
SOCIETÀ ITALIANA GERIATRI OSPEDALIERI
c/o Congress Line • Via Cremona, 19 – 00161 Roma
Tel. 06.44.290.783 – Fax 06.44.241.598
www.sigos.it

Printed in Italy

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta né divulgata sotto qualsiasi forma o tramite qualsiasi mezzo elettronico, con fotocopie, registrazione su nastro o memorizzazione senza specifica autorizzazione scritta dall'Editore.

INDICE

Presentazione	5
1. Storia	6
2. Accreditamento e Geriatria	10
3. Proposta di accreditamento in Geriatria da parte della Società Italiana Geriatri Ospedalieri.....	12
Introduzione	13
Guida al manuale di Accreditamento (M.A.)	15
1. Definizione di accreditamento di qualità	15
2. Gli obiettivi di un sistema di accreditamento	16
3. Il metodo proposto	16
4. La struttura del manuale	20
5. La procedura di accreditamento	21
6. La visita	22
7. Il risultato della visita (la “restituzione delle informazioni”) ...	23
Manuale di Accreditamento	
- Parte Prima	
1. Profilo Unità Operativa di Geriatria Ospedaliera (Subaree: Degenza per acuti, Degenza per postacuti, Day Hospital, Ambulatorio, Servizio di Consulenza)	25
2. Profilo Geriatria Residenziale Extraospedaliera (Subaree: Degenza temporanea, Degenza per cure permanenti)	32
3. Profilo Geriatria Distrettuale-Territoriale (Subaree: ADI, OD, Ambulatorio distrettuale, Centri diurni)	37
- Parte Seconda	
4. Maxicriterio	41
5. Criteri assunti	42
6. Macroarea Unità Operativa di Geriatria Ospedaliera. Schede di valutazione delle quattro subaree	44
7. Macroarea Residenziale Extraospedaliera. Schede di valuta- zione delle tre subaree	72
8. Macroarea Distrettuale Territoriale. Schede di valutazione delle quattro subaree	78
Glossario	87
Indice Analitico	89

PRESENTAZIONE

Se in passato una delle sfide della medicina è stata quella di separare nettamente l'esercizio della medicina "scientifica" dalla "cialtroneria", oggi un obiettivo rilevante è quello di valutare con rigore le metodiche proprie dell'azione medica e i suoi effetti sulla salute della comunità affinché i medici siano i primi ad avversare il ricorso a quelle inutili o dannose e a diffondere l'uso di quelle efficaci.

Diviene pertanto sempre più indispensabile per il medico partecipare a una discussione critica della propria professionalità, a un aggiornamento costante della sua operatività e ad una verifica puntuale dei risultati delle sue prestazioni (VRQ).

Negli ultimi anni si è avvertita sempre più l'esigenza non solo di una verifica delle singole prestazioni sanitarie, ma di una valutazione accurata dei requisiti che devono possedere le diverse strutture cliniche.

Se le decisioni finanziarie, rivolte al contenimento della spesa pubblica, non dovessero accompagnarsi a programmi migliorativi della qualità, presumibilmente si creerebbero le condizioni per effetti disastrosi per la salute di molti malati.

L'accreditamento è un processo di valutazione di istituzioni sanitarie, sistematico e periodico, che ha lo scopo di verificare l'esistenza di requisiti predeterminati relativi alle condizioni strutturali, organizzative e di funzionamento che garantiscono la qualità dell'assistenza. È quindi uno strumento di verifica e di garanzia della Qualità dei servizi sanitari svolto da una agenzia professionale indipendente che utilizza criteri e standard prestabiliti per valutare la struttura che ne faccia richiesta.

Questo tipo di accreditamento all'eccellenza deve essere tenuto distinto dall'accreditamento istituzionale (previsto dalle leggi 502 e 517) che è uno strumento capace di regolare l'accesso al mercato sanitario: in tal modo lo Stato definisce esso stesso criteri e standard, li verifica direttamente e usa i risultati per il possibile ingresso delle strutture nel Sistema sanitario.

STORIA

Il primo Paese che ha ideato e sviluppato il concetto di accreditamento sono stati gli U.S.A. Nel 1912 l'American College of Surgeon realizza l'Hospital Standardization Program che nella sua dichiarazione di intenti, esplicita in modo esaustivo il concetto di accreditamento: "Standardizzare la struttura e il modo di lavorare degli ospedali, per far sì che le istituzioni con gli ideali più elevati abbiano il giusto riconoscimento davanti alla comunità scientifica e che le istituzioni con standard inferiori siano stimolate a migliorare la qualità del loro lavoro. In tal modo i pazienti riceveranno il trattamento migliore e la gente avrà qualche strumento per riconoscere quelle istituzioni che si ispirano ai più alti ideali della medicina".

In Italia, tralasciando alcuni provvedimenti legislativi (DPR 20.5.1987 e 384/1990, DM 7.11.91) che accennarono alla necessità di introdurre criteri di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria e per l'accreditamento delle istituzioni senza darne norme attuative, è solo con il DL 502/92 e 517/93 e il DPR 1.3.1994 (Piano Sanitario Nazionale 1994/96), che il processo di accreditamento trova piena cittadinanza. Infatti dalla sintesi dei succitati riferimenti legislativi deriva che chiunque (pubblico o privato) voglia fornire prestazioni sanitarie al SSN deve accettare obbligatoriamente tre condizioni:

- accettazione del sistema tariffario;
- adozione della metodologia della VRQ;
- accreditamento.

Inoltre le Regioni, a livello locale definiscono le regole dell'accreditamento e provvedono a rilasciare alle strutture sanitarie CERTIFICAZIONE DI ACCREDITAMENTO e a rinnovare periodicamente tali certificazioni.

Il legislatore fra le varie possibilità ha ritenuto di riferirsi al modello della CERTIFICAZIONE OBBLIGATORIA, ossia della *valutazione esterna e pubblica* della struttura, diretta a verificare la sua conformità agli standard individuati dallo Stato. Pertanto si può ritenere che:

1. l'accreditamento si basa sul riscontro di una serie di requisiti minimi di tipo *strutturale, tecnologico* e *organizzativo* riferiti sia a caratteri generali della struttura nella quale vengono erogate le prestazioni sanitarie, sia a caratteri specifici inerenti la tipologia di prestazioni che essa eroga;
2. l'accreditamento e l'autorizzazione al funzionamento non coincidono, ma l'ultima precede in quanto solo i servizi già autorizzati possono richiedere l'accreditamento alle Regioni. La legge finanziaria del 1995 ha stabilito che, in via transitoria e in attesa della definizione e dell'espletamento delle

procedure d'accREDITAMENTO, le strutture pubbliche e le strutture private già convenzionate con il SSN sono da considerarsi automaticamente accreditate (la seconda per le discipline già convenzionate);

3. l'accREDITAMENTO non permette il diritto all'erogazione libera di prestazioni in quanto le Aziende contrattano con i soggetti accreditati i volumi e la tipologia delle prestazioni fruibili dagli utenti, tenendo conto della programmazione regionale e degli oneri finanziari da sostenere.

Si può quindi osservare che, nella realtà legislativa italiana, l'accREDITAMENTO è uno degli strumenti di regolazione dell'accesso al SSN dei soggetti erogatori di prestazioni, teso ad evitare che il regime di competitività promosso dall'aziendalizzazione e il possibile ingresso di nuovi soggetti erogatori comportino uno scadimento dei livelli qualitativi dell'assistenza o una incontrollabile dilatazione delle spese.

In sostanza, pur essendo arrivata per ultima, la legislazione italiana si può a buon diritto considerare di non elevato profilo e pare non essersi giovata dell'esperienza altrui che è costantemente diretta al miglioramento della qualità e al raggiungimento di standard elevati.

Infatti tiene separata la qualità, che demanda al concetto e alla prassi di V.R.Q., dall'accREDITAMENTO e per questa procedura richiede l'adozione di criteri minimi, e non dei più elevati possibili (**accREDITAMENTO di eccellenza**). Si tratta più che altro di una **certificazione**, cioè di una valutazione esterna sul possesso di alcuni requisiti. Non è stata utilizzata pertanto l'occasione dell'accREDITAMENTO per stimolare circoli virtuosi per il miglioramento continuo delle prestazioni.

Usando la terminologia della Quality Assurance e in particolare della tripartizione di Donabedian degli ambiti di valutazione (struttura, processo, esito) gli aspetti da valutare riguardano esclusivamente la prima, la struttura, e in realtà sono da considerarsi prerequisiti più che vere caratteristiche in grado di garantire la corretta erogazione delle prestazioni agli utenti: personale, spazi, tecnologia e organizzazione sono condizioni favorevoli ma non di garanzia di una buona pratica assistenziale.

Si può ritenere che il processo, cioè il modo e la qualità con cui vengono prodotte le prestazioni, sia da considerarsi garantito dai procedimenti di V.R.Q., di cui la legge si limita ad indicare i compiti senza prevedere alcun aspetto cogente, con il risultato che a tutt'oggi sono rare le Aziende dotate di un Ufficio e un Piano per la qualità, la cui attuazione è affidata alla buona volontà dei Direttori Generali.

Molte Aziende hanno ritenuto di garantire che i processi avvengano correttamente certificando che ogni passaggio è conforme ad una serie di

norme codificate, adattate alla Sanità dal mondo industriale, le norme ISO (International Organization for Standardization) 9000, che controllano le procedure formali, gli aspetti strutturali e l'organizzazione, trascurando gli aspetti legati alla qualità tecnico - professionale e all'appropriatezza degli interventi.

Molti però ritengono, noi con loro, che la relazione "struttura conforme agli standard = assistenza di buona qualità" sia tutt'altro che dimostrata, così come le procedure che rispettano le norme non garantiscono ancora la qualità.

E secondo altri* molte offerte di supervisione e di certificazione sottintendono un interesse economico di ritorno (profitto) a fronte di una scarsa conoscenza o addirittura ignoranza della peculiarità del settore sanitario.

Si arriva dunque all'essenza della questione: chi e come si può garantire al malato che una struttura attraverso i propri operatori offra il massimo livello consentito di servizio o almeno un livello qualitativamente molto elevato? Nel 1918, sotto l'impulso dell'American College of Surgeon che nel Congresso del 1912 aveva, come abbiamo visto, ritenuto indispensabile l'accreditamento degli ospedali, nasce l'Hospital Standardization Program che aveva tre standard:

- lo staff medico deve revisionare e analizzare la propria attività clinica e basarsi, per tali revisioni e analisi, sulle cartelle cliniche dei pazienti;
- la cartella clinica deve essere compilata in modo accurato e completo;
- lo staff medico deve poter disporre delle strutture diagnostiche e terapeutiche necessarie per lo studio, la diagnosi e il trattamento dei pazienti.

Come si vede dal primo avvio (nell'edizione del 1991 vi sono 117 standard con oltre 2800 caratteristiche) si tratta di un audit medico sulla esperienza della pratica basata sulle cartelle cliniche: i professionisti si giudicano "fra pari" sulle procedure e i risultati. L'audit medico è ancora oggi un caposaldo della Quality Assurance e sulla quasi totalità delle esperienze (con la sola eccezione della Catalogna dove l'accreditamento è ad opera di una agenzia statale) l'accreditamento avviene ad opera di medici che possono farlo saltuariamente o per professione sulla base di criteri e standard elaborati dalle Associazioni Mediche.

In Italia, quindi, si devono prevedere due tipi di accreditamento, quello *obbligatorio di regolazione e autorizzazione* a cui si deve affiancare l'altro, *l'accreditamento volontario*, per cui *agenzie indipendenti formate da professioni-*

* PERRARO F., DI STANISLAO F., LIVA C.: L'accreditamento dei Servizi sanitari. Q.A. 7, 1, 3, 1996.

sti del settore valutano periodicamente gli standard delle strutture che volontariamente richiedono la valutazione con l'intento di garantire una elevata qualità dell'assistenza e un miglioramento continuo della stessa.

Da questa definizione derivano alcune precisazioni nel rendere operativi i processi di accreditamento.

Innanzitutto cosa sono e come determinare *criteri e standard*:

- i *criteri* sono *requisiti* che la struttura in esame deve possedere. Devono essere misurabili, specifici, avere una fondatezza scientifica e facilità di rilevazione. Devono essere individuati da esperti nelle varie competenze che li derivano dalla Letteratura, dal confronto/consenso, dall'esperienza. Devono riferirsi ad una qualità "attesa" dell'assistenza e in ciò si differenziano dai *requisiti minimi* ministeriali in quanto permettono un accreditamento di *eccellenza*.

- gli *standard* sono i livelli di accettabilità o meno dei criteri
- la serie dei criteri, raccolti in *manuali*, con punteggi ponderati vengono inviati alle strutture che li richiedono affinché ne prendano atto e cerchino di adeguarsi.

Dopo un periodo concordato, *valutatori*, che sono contemporaneamente professionisti anche se appartengono ad una agenzia, insieme agli operatori dell'Unità Operativa in questione visitano la struttura, verificano la corrispondenza dei requisiti presenti ai criteri espliciti prefissati e inviano una relazione, confidenziale, con giudizi e suggerimenti per gli opportuni provvedimenti migliorativi.

L'accREDITAMENTO così inteso è un potente stimolo per un miglioramento continuo della qualità, soprattutto attraverso la valutazione dei processi, con la necessità di linee guida per vari problemi, per l'apporto di chiarezza su obiettivi strategici e di breve periodo, per l'indispensabile richiesta di procedure di V.R.Q. e della nomina di un Responsabile della qualità nella Azienda e in ogni unità operativa, per la possibilità di paragone con strutture analoghe.

Altro aspetto qualitativo a cui l'accREDITAMENTO può dare impulso è la qualità *percepita* dal paziente, che trova il suo fondamento nel rispetto degli standard contenuti nella Carta dei Servizi di ogni Azienda e di ogni unità.

Non a caso la Società di V.R.Q. Italiana si è occupata a fondo del problema e nel Congresso di Sorrento (1996) così sintetizzava le caratteristiche dei programmi di accREDITAMENTO:

- Obiettivo: promozione e miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria (qualità manageriale, tecnica e percepita);
- la partecipazione volontaria;
- coinvolgimento delle Società scientifiche e delle Associazioni professionali;

- definizione dei criteri e standard periodicamente aggiornati per descrivere e valutare la buona qualità dell'assistenza sanitaria;
- feed-back formali orientati al miglioramento della qualità;
- utilizzo di supervisori adeguatamente addestrati per le visite: medici, infermieri, amministrativi;
- valutazione dell'aderenza ai criteri utilizzando punteggi predefiniti;
- attività sistematica di supporto agli Enti accreditandi e di follow-up agli Enti accreditati;
- indipendenza da Enti governativi dell'organismo di accreditamento riconosciuto però dall'autorità sanitaria che può utilizzare i programmi di accreditamento per le proprie decisioni.

ACCREDITAMENTO E GERIATRIA

Un aspetto dell'accREDITAMENTO è estremamente importante: attraverso l'esplicitazione della "mission", della "vision", degli obiettivi, dei percorsi diagnostico-assistenziali dei vari processi in cui si articola l'intervento sanitario, si arriva a discutere l'essenza della specialità da accreditare e i suoi confini, in una parola ad **una migliore identificazione/identità della specialità stessa**.

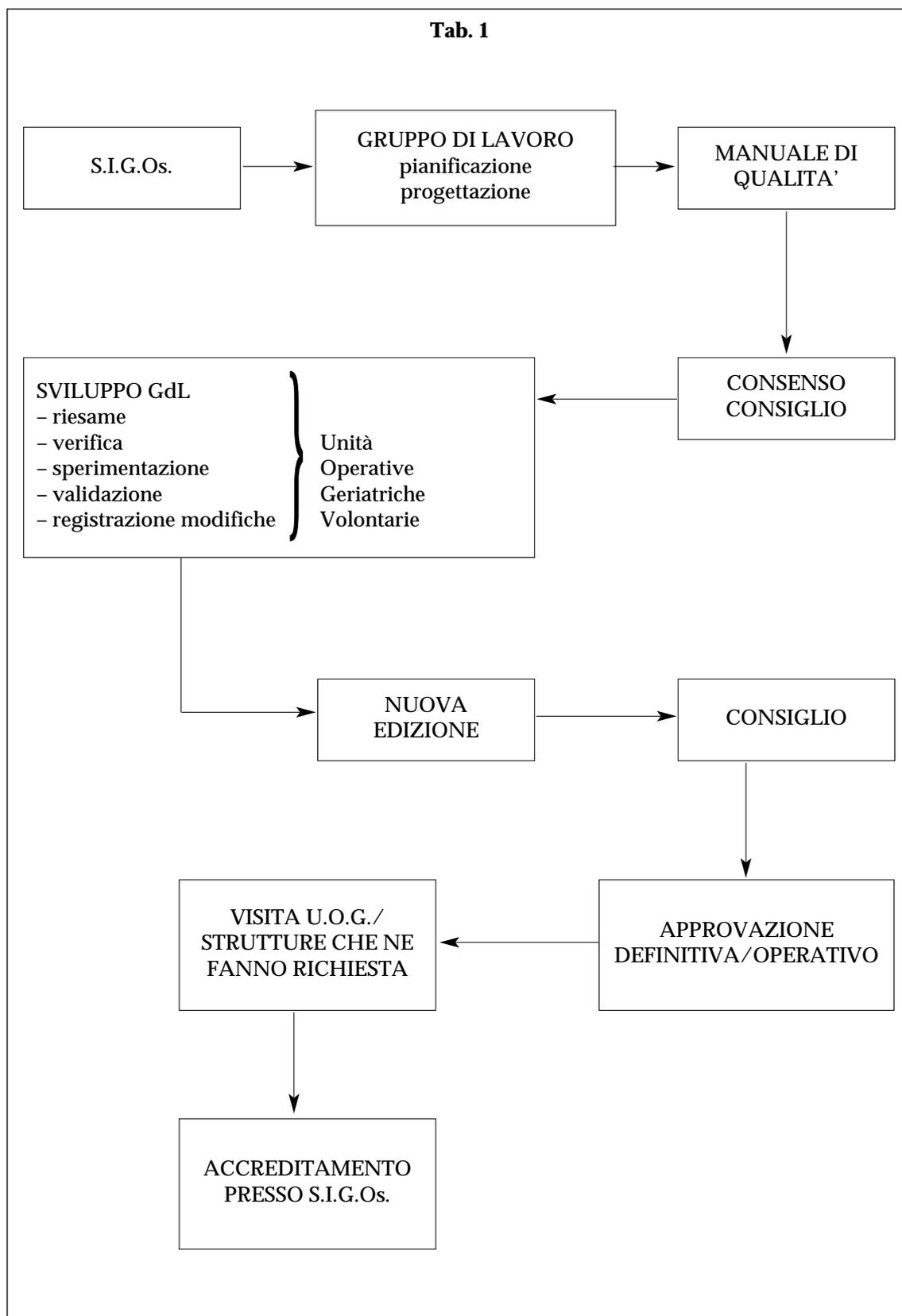
Questo è il primo motivo che ha spinto la Società Italiana Geriatri Ospedalieri ad affrontare il problema.

Nonostante che da diversi anni la Geriatria abbia assunto una fisionomia sempre più precisa e la metodologia geriatrica abbia ricevuto consensi e riconoscimenti internazionali, ancor oggi non è del tutto eccezionale riscontrare divisioni di Geriatria troppo somiglianti a divisioni di Medicina Generale, venendo meno in questo modo alle specifiche funzioni di questa indispensabile disciplina medica. È necessario pertanto, oltre ad una continua sensibilizzazione geriatrica e ad una ulteriore crescita culturale specifica dei geriatri stessi, predisporre delle norme che stabiliscano i requisiti delle strutture e funzioni geriatriche.

La legislazione dispone l'accREDITAMENTO di strutture e servizi, ma quello che i Geriatri devono perseguire è l'accREDITAMENTO della "funzione geriatrica"; in questo senso l'assistenza geriatrica presenta un carattere trasversale, interessando sedi intra ed extraospedaliere (ospedale con degenza e day hospital), territorio, residenze e si integra con servizi anche non sanitari (settore socio-assistenziale) e con diversi organi erogatori (S.S.N., Comuni, Consorzi dei Comuni, ecc.).

Gli elementi unificanti sono:

1. il soggetto destinatario degli interventi;
2. la missione della Geriatria (l'assistenza geriatrica), ben definiti nelle Linee



Guida per il progetto Obiettivo Tutela della Salute degli Anziani. In esse è identificato il destinatario negli “Anziani non autosufficienti, parzialmente non autosufficienti e in quelli con pluripatologie ad alto rischio di perdere l’autosufficienza, con particolare riguardo ai pazienti ultrasettantacinquenni”. La mission è definita dal prevenire la non autosufficienza, curare l’acuzie, garantire la riabilitazione immediata e continuativa.

Ciò può avvenire attraverso:

- la specificità e la globalità degli interventi
- l’integrazione socio-sanitaria
- l’integrazione delle competenze e dei diversi livelli di assistenza
- la continuità dell’assistenza.

Da questa visione strategica derivano tre caratteristiche della Geriatria: la specificità, l’integrazione, la continuità/globalità degli interventi che ampliano il campo di attività e giustificano che si sottoponga ad accreditamento non più la struttura ed il servizio, ma la funzione assistenziale e i vari processi che la compongono.

Il Gruppo di Lavoro della Società Italiana Geriatri Ospedalieri ha iniziato un percorso operativo con la formulazione di un *maxicriterio*, ovvero la ragion d’essere, la mission della Geriatria, le *aree* in cui si suddivide la funzione geriatrica, gli indicatori con i relativi punteggi ponderati al fine di poter proporre ai Geriatri un possibile manuale di accreditamento di eccellenza teso al miglioramento continuo della qualità dell’assistenza.

PROPOSTA DI ACCREDITAMENTO IN GERIATRIA DA PARTE DELLA SOCIETÀ ITALIANA GERIATRI OSPEDALIERI

La nostra Società scientifica ha ritenuto utile procedere alla stesura di un manuale di accreditamento di eccellenza della funzione specialistica di Geriatria atto ad identificare i più corretti processi assistenziali di cui l’anziano necessita nelle differenti sue condizioni di malattia dall’ospedale, al domicilio, alle istituzioni.

Obiettivo specifico della Società Italiana Geriatri Ospedalieri è di definire, in questo ambito, le prerogative ed i compiti delle divisioni ospedaliere affinché, nel rispetto della funzione specialistica di Geriatria, ne permettano il loro riconoscimento per un accreditamento di eccellenza.

Verrà pertanto presentato il lavoro svolto dalla Commissione di studio della Società Italiana Geriatri Ospedalieri composta dal Dott. De Filippi, dal Dott. Galetti, dal Dott. Guala, dal Dott. Nico, dal Prof. Palleschi, dal Dott. Pescerelli, dal Dott. Semeraro.

INTRODUZIONE

La Geriatria ha come obiettivo il mantenimento del più alto livello possibile di salute, autosufficienza e qualità di vita del soggetto anziano, attraverso la prevenzione, la cura degli eventi morbosi acuti e cronici, il recupero dei danni funzionali.

Opera con un approccio globale e multidimensionale al paziente anziano, ponendo costantemente al centro dell'attenzione e della verifica il rispetto del soggetto anziano nelle sue specificità fisiologiche, patologiche e ambientali.

Prerogativa peculiare nello sviluppo del processo di erogazione della prestazione specialistica in ambito geriatrico ospedaliero (dalla accettazione lungo l'iter diagnostico, alla decisione terapeutica, fino alla dimissione per la più congrua destinazione) ed extraospedaliero (residenziale, semiresidenziale e domiciliare) è di perseguire la massima efficacia in funzione della salute e del benessere nel rispetto della continuità assistenziale.

Per tale finalità strumento operativo indispensabile è l'**Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)** deputata ad analizzare i bisogni, programmare gli interventi e garantire la continuità del trattamento.

La Geriatria in quanto funzione specialistica si articola nelle seguenti tre **macroaree** (ambiti) operative:

- **Unità operativa di Geriatria nell'Ospedale Generale;**
- **Geriatria residenziale extraospedaliera;**
- **Geriatria distrettuale.**

Esse si differenziano, a seconda che si affronti il trattamento acuto, postacuto e continuo della patologia geriatrica (vedi matrice).

Il manuale in corso di composizione ha come scopo la valutazione di accreditamento della funzione specialistica di Geriatria nelle macroaree sopra elencate.

La funzione specialistica di Geriatria, nelle macroaree considerate, è stata disaggregata in **subaree**. Queste rappresentano le modalità organizzative di erogazione del processo di assistenza. Tale assistenza sarà di tipo ospedaliero (degenze per acuti e degenza per post-acuti, ambulatorio, day

hospital, consulenza-partnership), di tipo residenziale extraospedaliera (strutture per degenza temporanea e/o permanente variamente definite nelle diverse realtà regionali) e distrettuale (ADI, SD, ambulatorio e visite domiciliari, centri diurni).

Le subaree sono attraversate da tre **dimensioni** che si configurano come il momento di maggior impatto critico rispetto al paziente (accoglienza-presenza in carico, trattamento e dimissioni-follow-up).

L'orientamento al paziente-utente rappresenta il punto focale del sistema di accreditamento di eccellenza proposto. Per orientamento al paziente-utente si intende:

- garanzia dell'efficacia dell'intervento terapeutico;
- qualità dell'assistenza, intesa come soddisfazione del paziente-utente per il contesto strutturale e relazionale nel quale è inserito. Il grado di soddisfazione si intende correlato alle aspettative dei singoli pazienti, nonché alle caratteristiche del contesto locale di appartenenza.

GUIDA AL MANUALE DI ACCREDITAMENTO (M.A.)

1. DEFINIZIONE DI ACCREDITAMENTO DI QUALITÀ

L'accreditamento è un sistema di valutazione per migliorare la qualità dell'assistenza erogata.

Presenta le seguenti caratteristiche:

- una procedura formalizzata finalizzata alla ricerca dell'eccellenza (best practice)

La formalizzazione della procedura consente di:

- esplicitare i criteri di valutazione assunti per definire la qualità dell'assistenza erogata
 - tenere sotto controllo la discrezionalità del valutatore.
- un meccanismo di valutazione interno al sistema professionale
Il sistema di valutazione richiede che:
 - vi sia il consenso tra pari
 - i professionisti sanitari siano coinvolti nell'attività di individuazione dei criteri e degli indicatori utilizzati nella valutazione di qualità
 - i valutatori siano sempre dei professionisti, anche nel caso in cui la valutazione venga effettuata da un'agenzia indipendente.
 - una attività volontaria
La procedura di accreditamento ha inizio per richiesta volontaria dell'Unità Operativa di sottoporsi al processo di valutazione; gli operatori dell'Unità Operativa partecipano al processo di valutazione.
 - un processo di apprendimento
Il confronto con le performance migliori e le interazioni continue fra valutatori e valutati determinano un cambiamento organizzativo.
 - un percorso ciclico
La valutazione è un processo al quale la struttura viene sottoposta ciclicamente, secondo archi temporali che, nell'esperienza internazionale, vanno da circa 1 a 5 anni circa.
 - un aggiornamento continuo del sistema

I criteri e gli indicatori utilizzati nella valutazione sono continuamente aggiornati in quanto prendono come punto di riferimento sempre lo stato di eccellenza raggiunto.

- la mancanza di effetti sanzionatori

Il mancato accreditamento non preclude la possibilità per l'Unità Operativa di operare.

- un meccanismo di valutazione che internalizza anche il punto di vista del paziente

I criteri di valutazione espressi tengono conto anche delle attese del paziente, del grado di soddisfazione che egli prova per le prestazioni ricevute.

2. GLI OBIETTIVI DI UN SISTEMA DI ACCREDITAMENTO

Una valutazione di accreditamento può proporsi diversi obiettivi: valutare la affidabilità della struttura, la qualità della prestazione erogata o la capacità di soluzione di un problema (Tab. 2).

Il metodo proposto ha come obiettivo la valutazione della qualità della prestazione erogata; il focus è sulle fasi del processo.

Dalla definizione degli obiettivi che si intendono perseguire discendono opzioni differenti rispetto alle dimensioni indagate, ai criteri e agli indicatori assunti.

3. IL METODO PROPOSTO

A. L'oggetto della valutazione: la funzione specialistica

Il sistema di accreditamento proposto valuta la qualità di una funzione specialistica nella sua globalità, cioè esamina tutti gli ambiti operativi all'interno dei quali essa viene esercitata.

Il presupposto sul quale il metodo si basa è che l'**eccellenza** della funzione viene realizzata attraverso la globalità di questa funzione, valutando tutte le "specifiche" del suo esercizio.

Obiettivi	Dimensioni indagate	Focus
1. Affidabilità della struttura	analisi delle dimensioni che compongono la struttura	sul sistema gestionale organizzativo
2. Qualità della prestazione erogata	a) analisi del processo in una visione dinamica	sulle fasi del processo
3. Capacità di soluzione del problema	a) analisi dei risultati b) analisi degli esiti clinici c) soddisfazione del paziente	sul prodotto

Per la funzione specialistica di Geriatria sono così identificabili tre macroaree: ospedaliera, residenziale extraospedaliera e distrettuale. Di seguito evidenziamo degli elementi di specificità che trovano diverse rappresentazioni in relazione a differenti realtà regionali; per quanto concerne la definizione più particolareggiata si rimanda quindi tecnicamente alla parte prima del fascicolo (pag. 25).

Macroarea Ospedaliera (comprendente le subaree: degenza per acuti, degenza per postacuti, D.H., ambulatori, consulenza). La Geriatria ospedaliera per acuti opera sul paziente anziano che per le patologie da cui è affetto (complessità clinica) è ad alto rischio di perdita di autosufficienza e di disabilità per eventi in fase acuta o di riacutizzazione (anziano fragile). Per tali finalità deve essere dotata dell'U.V.G.

La degenza postacuta si rivolge a pazienti anziani che hanno superato la fase acuta dell'evento causa di ricovero, che hanno completato l'iter diagnostico ma necessitano di ulteriore proseguimento del ricovero ospedaliero per consolidare i risultati ottenuti e raggiungere il massimo livello di autonomia.

Macroarea Residenziale - Extraospedaliera (comprendente subaree dedicate a degenza temporanea e/o permanente). La Geriatria extraospedaliera ha come finalità il massimo dell'autonomia possibile da ottenere o da mantenere in fasi di stabilizzazione o di progressivo peggioramento. Tutto ciò esige lo sviluppo di un'assistenza sanitaria specialistica geriatrica e di riabilitazione mirata all'espletamento autonomo e/o protetto delle attività di vita quotidiana da parte del soggetto anziano, non assistibile al proprio domicilio o richiedente trattamento continuo. Vi possono trovare collocazione anche pazienti dimessi dall'ospedale o provenienti dal territorio per una temporanea erogazione degli interventi. L'accesso e successivi percorsi assistenziali sono regolati dall'UVG.

Macroarea Distrettuale (comprendente le subaree: ADI, OD, ambulatorio e consulenza domiciliare, centri diurni). La funzione della Geriatria nell'ambito territoriale pone attenzione alla necessità che l'anziano mantenga il suo domicilio come sede preferenziale di vita. Le subaree operative di sviluppo dell'assistenza secondo questo principio, richiedono il coinvolgimento di tutti i supporti sanitari, assistenziali, sociali dell'area domiciliare o più prossimi al domicilio stesso dell'anziano o comunque facilmente accessibili.

I principi menzionati rimangono indispensabili per modulare con la maggior efficacia possibile gli interventi nelle varie sedi della rete dei servizi. Anche in questo caso l'U.V.G. garantisce l'ottimizzazione dei servizi medesimi proprio per le sue caratteristiche di struttura multiprofessionale.

Ogni macroarea verrà valutata per le subaree di attività che possiede.

B. Modalità di analisi

Ogni macroarea operativa viene analizzata focalizzando l'attenzione sul processo di erogazione della prestazione e su quattro dimensioni di questo processo: accesso, presa in carico, trattamento, dimissioni e follow-up in quanto momenti di maggiore impatto tra il paziente e il servizio.

Nella Tabella 3 (matrice) vengono illustrate le macroaree con le relative subaree e le dimensioni. Il risultato è che la funzione specialistica di Geriatria è suddivisa in tre macroaree, composte da 11 subaree, attraversate da tre dimensioni (sottofase = incrocio fra subarea e dimensione) per un totale di 33 sottofasi. Ogni sottofase viene letta attraverso un sistema di **criteri** ed **indicatori** che ne misurano la qualità.

Dal punto di vista metodologico, l'analisi è partita dal flusso del processo ed è arrivata ai legami relazionali all'interno del flusso, fra gli attori, fra i servizi, fra le sottofasi operative.

C. Criteri ed indicatori

Il criterio definisce il paradigma di qualità che orienta l'azione degli attori durante il processo di erogazione e nello stesso tempo costituisce una guida per il valutatore nel formulare il giudizio.

I criteri individuati sono 15 e sono stati suddivisi in due gruppi, ciascuno dei quali focalizza l'attenzione su un nodo critico rispetto alla ricerca dell'eccellenza.

Macro aree	Dimensioni		
	Accoglienza-Presa in carico	Trattamento	Dimissioni/ Follow-up
1) UNITÀ OPERATIVA DI GERIATRIA OSPEDALIERA a) Degenza per acuti b) Degenza per postacuti c) D.H. d) Ambulatori e) Consulenza (presso altre U.O. e P.S.) 2) RESIDENZIALE EXTRA OSPEDALIERA a) Temporanea b) Per cure permanenti 3) DISTRETTUALE a) A.D.I. b) O.D. c) Ambulatorio d) Centri diurni			

Il primo gruppo centra l'attenzione sul processo e su quegli elementi di qualità che sono posti a garanzia dell'efficacia del flusso operativo.

Il secondo gruppo centra l'attenzione sul paziente e sulle sue aspettative.

Tale approccio comporta due conseguenze:

1) la qualità ha due facce:

- a) l'efficacia, intesa come best practice, il miglior trattamento possibile,
- b) la soddisfazione del paziente-utente;

2) il punto di vista del paziente viene internalizzato nei criteri di valutazione.

Non necessariamente tutti i criteri vengono usati per valutare ogni sottofase del processo. Solo i criteri ritenuti significativi per la sottofase esaminata vengono impiegati.

Ogni criterio viene rilevato attraverso uno o più indicatori. L'indicatore misura il grado di realizzazione del criterio.

La filosofia e i valori espressi dai criteri e dagli indicatori sono unificati nel maxicriterio.

D. Il sistema di ponderazione

Ogni macroarea verrà ponderata per le subaree di attività che possiede.

Il sistema di valutazione prevede l'attribuzione di un punteggio sintetico per ogni singola subarea e di un punteggio globale per la funzione.

In entrambi i casi (singola subarea e funzione globale) si evidenzia la posizione di accreditamento rispetto ad un punteggio minimo e massimo. Sono stati ponderati sia i criteri che gli indicatori.

Il peso dato ai criteri può variare da una sottofase all'altra, in quanto in un percorso dinamico cambia da una sequenza all'altra la significatività dei fattori qualitativi.

Il valore attribuito ai criteri è il seguente:

A = eccellente = 1.5 B = intermedio = 1 C = basale = 0.5

Ogni indicatore viene valutato dagli auditors secondo la seguente scala di punteggi:

	a=1.5	b=1	c=0.5
assenza indicatore	0	0	0
insufficiente	0.3	0.2	0.1
sufficiente	0.6	0.4	0.2
discreto	0.9	0.6	0.3
buono	1.2	0.8	0.4
ottimo	1.5	1	0.5

Per l'applicazione pratica durante la valutazione della UOG si indirizza alla APPLICAZIONE DEL SISTEMA DI PONDERAZIONE a pagina 45.

Per il calcolo del peso sintetico di ogni singolo criterio si applica la seguente formula:

$$\frac{\text{somma del valore degli indicatori del criterio "x"}}{\text{n° degli indicatori del criterio "x"}} = \text{valore del criterio "x"}$$

La ponderazione risulta così composta:

- punteggio della subarea = somma del punteggio sintetico dei singoli criteri;
- punteggio dell'area = somma dei punteggi sintetici delle singole subaree;
- punteggio della funzione = somma dei punteggi delle singole aree;

Il manuale è orientato alla ricerca dell'eccellenza; di conseguenza tutti gli elementi (criteri ed indicatori) considerati irrinunciabili vengono considerati di livello C per i criteri e c per gli indicatori.

La ponderazione sia dei criteri che degli indicatori consente di far emergere, in modo molto analitico, la particolare significatività di un criterio rispetto ad un altro e la diversa importanza degli indicatori all'interno dello stesso criterio.

Il sistema di ponderazione scelto consente di evidenziare, da un lato, i punti di forza e di debolezza del processo di erogazione della prestazione sanitaria, dall'altro confrontare il posizionamento di strutture diverse deputate a svolgere la stessa funzione.

E. La logica del sistema di accreditamento

La logica sulla quale si basa il sistema di valutazione/accreditamento, quindi posta a presupposto del sistema di ponderazione, è di tipo **comparativo**.

Ciò che si intende valutare infatti non è la conformità ad una norma o ad uno standard, ma il posizionamento di un'area organizzativa rispetto ad altre ad essa omogenee, in termini di risorse, o rispetto alle variazioni da essa realizzate nel tempo.

Ne consegue l'esigenza di una estrema analiticità nella lettura della situazione da valutare.

4. LA STRUTTURA DEL MANUALE

Il manuale costituisce la traccia formalizzata e strutturata del processo di valutazione da parte degli operatori della UOG (autovalutazione) e dei valutatori S.I.G.Os.

Esso può costituire anche una guida al percorso di autovalutazione compiuto dai professionisti dell'unità operativa della funzione specialistica che intende essere accreditata.

Il manuale è strutturato in due parti: la prima definisce i requisiti di qualità proposti dalla S.I.G.Os., la seconda la qualità del processo di erogazione della funzione specialistica di Geriatria.

La prima parte si articola nei seguenti punti:

- A. richiesta di alcune informazioni generali che consentono di collocare l'U.O. in un determinato contesto;
- B. descrizione del profilo dell'U.O. La descrizione viene fatta attraverso la raccolta di informazioni che riguardano le condizioni ambientali, i requisiti tecnologici e le risorse organizzative secondo le indicazioni contenute nei requisiti minimi (DPR 14.1.97).

Qualora la Regione in cui opera l'Ospedale di appartenenza dell'U.O. in esame abbia emanato proprie indicazioni in merito ai requisiti di qualità, questi dovranno integrare quelli presenti nel punto B.

La seconda parte contiene il questionario per la valutazione della qualità del processo di erogazione della funzione. Essa contiene:

- l'enunciazione del maxicriterio e dei criteri di riferimento
- le schede di valutazione di ogni sottofase
- le schede di ponderazione di ogni subarea e la scheda per la ponderazione globale della funzione.

Ogni scheda viene identificata precisando: la macroarea, la subarea e la dimensione del processo (*esempio: MACROAREA ospedaliera, SUBAREA degenza, DIMENSIONE accoglienza-presenza in carico*).

5. LA PROCEDURA DI ACCREDITAMENTO

Una procedura di accreditamento prevede :

- a) una richiesta volontaria alla S.I.G.Os. da parte dell'U.O.G. di essere accreditata. Tale richiesta comporta la stipula di un contratto relativo alle modalità e agli oneri economici
- b) una autovalutazione da parte dell'U.O.G. del proprio livello di qualità seguendo il percorso tracciato dal manuale;
- c) la visita dei valutatori S.I.G.Os. all'U.O.G. durante la quale viene compilato il questionario contenuto nel manuale (vedi parte seconda del MA);
- d) la valutazione, in sede adeguata, dei risultati conseguiti dall'U.O., espressi nel punteggio ottenuto ad opera dei valutatori S.I.G.Os.;
- e) la restituzione dei risultati della valutazione agli operatori dell'U.O. esaminata, espressi attraverso una relazione quantitativa-qualitativa;
- f) confronto fra il giudizio attribuito dal team dei valutatori S.I.G.Os. e quello derivante dall'autovalutazione da parte degli operatori dell'U.O.

G. invio al Consiglio S.I.G.Os., da parte del team di valutazione SIGOs, della relazione conclusiva contenente la proposta di accreditamento a cui seguirà risposta ufficiale della Società.

6. LA VISITA

La visita rappresenta un momento centrale del processo di accreditamento. Essa viene compiuta da due o più valutatori S.I.G.Os. che raccolgono, durante la visita, le informazioni necessarie per la compilazione del questionario mediante l'osservazione e mediante interviste al personale e raccogliendo la documentazione ritenuta utile. La composizione ottimale del gruppo dell'U.O. che effettua l'autovalutazione e partecipa all'intervista effettuata nel corso della visita, comprende **personale medico, personale infermieristico, rappresentanti della Direzione sanitaria e generale**. Ogni visita si articola in fasi principali:

Fase 1 *Riunione di apertura con presentazione dei valutatori S.I.G.Os. che illustreranno lo scopo della visita e dei componenti del gruppo dell'U.O. che ha effettuato l'autovalutazione*

Fase 2 *Individuazione di un locale idoneo alle riunioni del gruppo di valutazione.*

Fase 3 *Raccolta delle informazioni e compilazione del manuale di accreditamento.*

Gli operatori dell'U.O. oggetto della valutazione hanno in precedenza provveduto a raccogliere il materiale cartaceo informativo (protocolli, linee guida, elenchi di riunioni, ordini di servizio etc.) in modo da renderlo immediatamente disponibile ai visitatori.

- La raccolta delle informazioni avviene tramite intervista semistrutturata utilizzando il manuale di accreditamento (parte seconda MA) come lista di riscontro. Saranno indagate, ovviamente, le macroaree di processo e le aree organizzative presenti nel contesto visitato.
- I valutatori ascoltano, chiedono chiarimenti e contemporaneamente compilano il manuale in maniera riservata e separata dando la propria valutazione.
- Se al termine dell'esposizione alcuni indicatori sono rimasti senza risposta, vengono poste delle domande specifiche.
- La valutazione non deve in alcun modo interferire o rallentare la routine quotidiana della Unità Operativa oggetto di valutazione.
- È opportuno che l'intervista venga completata con le osservazioni e i dati raccolti con l'ispezione dei locali e delle attrezzature dell'U.O.; sarà così possibile valutare meglio l'aderenza alla realtà di quanto esposto nell'intervista.

Fase 4 *Congedo.* Esposizione succinta della relazione dei valutatori, breve discussione.

7. IL RISULTATO DELLA VISITA (LA “RESTITUZIONE” DELLE INFORMAZIONI)

La relazione finale approntata dai valutatori riassumerà gli aspetti strutturali, tecnici ed organizzativi che consentiranno di descrivere l’U.O. visitata. Le considerazioni successive dovranno riguardare gli aspetti generali ed in dettaglio gli aspetti di riscontro nell’ambito delle aree organizzative esaminate. Il commento sarà espresso relativamente al grado di attuazione dei requisiti indicati nella prima parte e conterrà suggerimenti volti ad identificare momenti di miglioramento.

Le considerazioni conclusive consentiranno di esprimere in termini cronologici l’opportunità di una nuova verifica.

Tutto ciò sarà il risultato del confronto tra i due (o più) valutatori ed il gruppo dell’autovalutazione e verrà portato all’attenzione di tutto il personale interessato appartenente all’U.O.G. valutata.

L’originale della relazione finale verrà inviata al Consiglio S.I.G.Os., unitamente ad un commento da parte del team di valutazione, per la formalizzazione della proposta di accreditamento.

PARTE PRIMA

1. PROFILO UNITÀ OPERATIVA DI GERIATRIA OSPEDALIERA (subaree: Degenza per acuti, Degenza per postacuti, Day Hospital, Ambulatorio, Servizio di Consulenza)

- **Dati generali dell'U.O.G.**
 - Ospedale di appartenenza
 - Località
 - Popolazione n. di abitanti
 - Collocazione della U.O.
 - Anno di inizio dell'attività
 - Parametri di attività – ricoveri anno degenza ordinaria n.
 - ricoveri anno degenza D.H. n.
 - rapporto ricoveri urgenti/programmati
 - indice case-mix
 - degenza media gg
 - indice turnover
 - tasso occupazione
 - indice di rotazione
 - prestazioni ambulatoriali n.
 - consulenze interne n.

- **Profilo descrittivo dell'U.O.G.**

- a. Subarea Degenza per acuti, Degenza per postacuti

La Geriatria ospedaliera per acuti opera sul paziente anziano che per le patologie da cui è affetto (complessità clinica) è ad alto rischio di perdita di autosufficienza e di disabilità per eventi in fase acuta o di riacutizzazione (anziano fragile). Per tali finalità deve essere dotata dell'U.V.G.

La degenza postacuta si rivolge a pazienti anziani che hanno superato la fase acuta dell'evento causa di ricovero, che hanno completato

l'iter diagnostico ma necessitano di ulteriore proseguimento del ricovero ospedaliero per consolidare i risultati ottenuti e raggiungere il massimo livello di autonomia possibile in tale fase.

b. Subarea Day Hospital

Risponde a criteri di accessibilità ed organizzazione adeguati a soggetti anziani fragili parzialmente autosufficienti. Costituisce un ponte tra l'Ospedale e il territorio, deve pertanto essere integrato nella U.O.G. Ha il compito di erogare prestazioni diagnostico-terapeutiche complesse ed elettive, riabilitative neuromotorie e sociocomportamentali; offre al territorio la possibilità di una revisione di criticità a rischio di scompenso ai soggetti anziani fragili evitandone l'ospedalizzazione. Gli spazi a disposizione devono essere adeguati in termini di superficie e di organizzazione.

c. Subarea Ambulatorio Generale e per Patologie Specifiche

d. Subarea consulenza presso altre U.O. o P.S.

Il Servizio di consulenza geriatrica presso gli altri Reparti deve rappresentare il punto di riferimento essenziale per tutti i pazienti anziani fragili ricoverati in un altro reparto a causa di una patologia acuta specialistica.

• Dotazioni ambientali, requisiti tecnologici, caratteristiche organizzative*

a. Subarea: degenza ospedaliera

Dotazioni ambientali:

- n. posti letto per milione di abitanti
- n. di sezioni
- n. di stanze per sezione
- n. di letti per stanza di degenza
- n. di stanze singole
- n. di stanze per pazienti critici
- n. di stanze con spazio dedicato ai parenti per l'assistenza
- armadietto personale per i degenti
- n. di bagni (rapporto bagni/pazienti)
- n. di bagni con lavandino, tazza, bidet, vasca, doccia, maniglioni
- n. di bagni assistiti
- n. di servizi igienici riservati agli operatori
- n. di servizi igienici riservati ai visitatori
- n. di centraline di sorveglianza
- n. di studi caposala

* **N.B.:** Per dotazioni ambientali e requisiti tecnologici non espressi si deve far riferimento a quanto contenuto nel DPR 14/01/97 e DLgs 626.

- n. di studi medici
- n. di sala-visita e medicazione
- n. di locale preparazione terapie
- n. di locale farmacia
- n. di locali dedicati accoglienza pazienti
- n. di spazi attesa visitatori
- n. locali sosta personale
- n. locali con vuotatoio e lavapadelle
- n. locali per stoccaggio materiale pulito
- n. locali deposito materiale
- n. locali per smaltimento rifiuti e materiale sporco
- climatizzazione nelle sezioni
- n. locale cucina
- presenza di attrezzature ambientali antiscivolo, corrimano, ecc.
- n. locali pranzo-soggiorno
- n. palestra con attrezzatura
- n. sale di riabilitazione e riattivazione

Requisiti tecnologici:

- n. letti con dispositivi antidecubito
- n. letti articolati
- n. letti regolabili in altezza*
- n. presidi-dispositivi antidecubito
- piano ortostatico
- n. sollevatore malati
- n. carrozzine
- n. comode
- n. poltrone articolate**
- n. carrello gestione emergenze con monitor cardiaco, defibrillatore e unità di ventilazione manuale, materiale per emergenza
- n. bilance
- n. bilance pesapersona

N.B.: Per dotazioni ambientali e requisiti tecnologici non espressi si deve far riferimento a quanto contenuto nel DPR 14/01/97 e DLgs 626.

(*) Per quanto riguarda l'altezza dei letti, si deve tener presente che se non è possibile la dotazione di letti regolabili in altezza, è necessario però che questi abbiano un'altezza non superiore ai 50 cm., in modo da rendere meno pericolosa l'alzata dal letto e meno gravi le cadute dal letto.

(**) Alcune di queste poltrone devono avere caratteristiche particolari (larghezza, dotazione di comando per modificare la postura del paziente, ecc.): vanno utilizzate quando la prescrizione del Geriatra di far alzare il paziente dal letto presenta aspetti di notevole problematicità.

- n. riflettometri
- n. saturimetri
- dispositivi medici monouso (es. set toracentesi)
- n. broncoaspiratore
- n. gastroevacuatore
- n. armadio farmaceutico
- n. pompe per infusione
- n. pompe-siringa per infusione
- n. pompa peristaltica per nutrizione enterale
- n. carrelli somministrazione terapie
- n. carrelli biancheria ed igiene personale
- n. carrelli per materiale sporco
- n. carrelli visita medica
- n. carrelli per medicazione
- biancheria monouso
- dotazione informatica di base (almeno due postazioni con relativi programmi di archiviazione ed elaborazione dati)
- n. telefoni pubblici portatili
- collegamento Internet
- impianto-chiamata con segnalazione e acustica e luminosa
- impianto-segnalazione presenza personale di assistenza nelle varie aree
- controllo video a circuito interno
- controllo telematico ambientale degli spostamenti dei pazienti con disorientamento

Caratteristiche organizzative:

- professionali: personale medico specialista in Geriatria, esclusivamente dedicato all'attività di assistenza geriatrica
- guardia medica attiva 24/24 ore
- guardia medica specialistica 12/24 ore
- personale medico dedicato anche per consulenza in altre UO e PS
- n. di medici per posti letto di degenza
- n. di caposala
- n. di infermieri professionali per posti letto di degenza
- n. di OTA addetti all'assistenza per posti letto di degenza
- n. applicati amministrativi
- n. di terapisti della riabilitazione dedicati
- n. di assistenti sociali dedicati
- possibilità di momenti ricreativi
- presenza di volontariato

b. Subarea: Day Hospital

Dotazioni ambientali:

- punto di accettazione
- n. di posti letto
- n. di posti letto per stanza di degenza
- n. di bagni assistiti
- sala pranzo-soggiorno
- presenza di sala di attesa, di area per accompagnatori
- spogliatoio-cabina per paziente
- sala per terapia occupazionale, riattivazione geriatrica, riabilitazione cognitiva
- n. studio medico
- n. locali per personale dedicato

Requisiti tecnologici:

- letto-degenza e poltrone tecniche articolate per i prelievi di laboratorio, per la terapia infusione e trasfusionale
- strumentazione ed apparecchiature dedicate
- pompe per infusione
- dotazione informatica di base con relativi programmi di archiviazione ed elaborazione dati; collegamento con Internet
- n. carrelli

Caratteristiche organizzative:

- possibilità di eseguire consulenze ed esami diagnostici in tempi brevi (corsie preferenziali) utilizzando la struttura ospedaliera
- professionali: personale medico specialista in Geriatria, esclusivamente/parzialmente dedicato
- n. di medici per posti letto
- n. di caposala
- n. di infermieri professionali dedicati
- attività di terapia riabilitativa motoria
- attività di riabilitazione cognitivo-comportamentale
- n. di terapisti dedicati (vedi degenza)
- presenza di volontariato-accompagnatori
- possibilità di trasporto domicilio-struttura.

c. Subarea: ambulatorio (generale e per patologie specifiche)

Dotazioni ambientali:

- n. locali visita separati
- n. locali attesa
- n. servizi igienici riservati ai pazienti

Requisiti tecnologici:

- dotazione informatica di base con relativi programmi di archiviazione ed elaborazione dati; collegamento Internet
- apparecchiature specifiche

Caratteristiche organizzative:

- professionali: medico specialista in geriatria, dedicato esclusivamente/parzialmente
- n. medici per visita
- n. infermieri professionali dedicati

d. Subarea: consulenza-partnership presso altre Unità Operative e presso P.S.

Il Servizio di consulenza geriatrica presso gli altri Reparti deve rappresentare il punto di riferimento essenziale per tutti i pazienti anziani fragili ricoverati in un altro reparto a causa di una patologia acuta specialistica.

Dotazioni ambientali:

- n. locali visita presso l'UOG

Requisiti tecnologici:

- supporto cartaceo riportante l'esito della consulenza
- dotazione informatica di base con relativi programmi di archiviazione ed elaborazione dati

Caratteristiche organizzative:

- professionali: medici specialisti in geriatria dedicati esclusivamente/parzialmente
- n. di medici per consulenza
- procedure formalizzate per la richiesta di consulenza

2. PROFILO GERIATRIA RESIDENZIALE EXTRAOSPEDALIERA (subaree: Degenza temporanea, Degenza per cure permanenti)

Dati generali della struttura

Località

Popolazione n. di abitanti

Collocazione della struttura

Anno di inizio dell'attività

Parametri di attività

- ricoveri anno
- tasso occupazione
- indice di rotazione
- n. di letti

Profilo descrittivo

a. Subarea: Degenza temporanea

Paziente tipo = anziano fragile per comorbidità, con perdita recente di autonomia, per patologia acuta, subacuta o cronica riacutizzata o da decondizionamento, che necessita di intervento terapeutico integrato e finalizzato al recupero funzionale e/o alla stabilizzazione clinica e/o al ritorno a casa.

L'attività riabilitativa sarà di tipo **estensivo** e mirerà al recupero massimo, funzionale e sociale; avrà un impegno terapeutico relativo alla fase post-acuta, di media intensità, diversificata e di durata temporanea a seconda delle caratteristiche del soggetto.

La degenza temporanea inoltre potrà avere diverse estrinsecazioni a seconda della normativa e dell'Organizzazione sanitaria esistente nelle varie regioni italiane: più frequentemente il ricovero temporaneo extraospedaliero (attualmente sono previsti anche reparti ospedalieri per subacuti) trova realizzazione nelle cliniche di Riabilitazione convenzionate con la Regione e in alcune forme particolari di RSA ("R.S.A. a breve termine" o moduli specifici riabilitativi delle RSA tradizionali).

b. Subarea: Degenza per cure permanenti

Ci sembra opportuna una breve premessa sul significato del termine lungodegenza.

I pazienti anziani che vengono sottoposti a ricoveri prolungati, molto spesso, non rientrano più nel proprio domicilio.

Anche nelle strutture impostate nel senso del recupero (vedasi ad esempio le Cliniche di Riabilitazione) i malati che di fatto rimangono ospiti per

un periodo particolarmente prolungato (oltre 45-60 giorni), frequentemente non tornano più nella propria casa, spesso dopo vari ricoveri in strutture di diversa tipologia.

Qui ci si riferisce ai Reparti od Istituti che anche da un punto di vista normativo vanno considerati a tutti gli effetti Reparti per cure permanenti.

È il caso delle Case di Cura di Lungodegenza convenzionate con la Regione Lazio e quello delle “case protette per anziani” soprattutto della Regione Emilia-Romagna..

Le stesse RSA anche se prevedono un ritorno al proprio domicilio per una quota dei loro pazienti, di fatto assistono malati, in gran parte, a lungo termine (o in maniera permanente).

Dotazioni ambientali, requisiti tecnologici, caratteristiche organizzative

a. Subarea: degenza temporanea (Cliniche di Riabilitazione convenzionate con la Regione, “RSA a breve termine”, ecc.)

Dotazioni ambientali:

- n. posti letto per milioni di abitanti
- n. di sezioni
- n. di stanze per sezione
- n. di letti per stanza di degenza
- n. di stanze singole
- n. di stanze per pazienti critici
- n. di stanze con spazio dedicato ai parenti per l’assistenza
- n. di armadietto personale per i degenti
- n. di bagni (rapporto bagni/pazienti)
- n. di bagni con lavandino, tazza, bidet, vasca, doccia, maniglioni
- n. di bagni assistiti
- n. servizi igienici riservati agli operatori
- n. di servizi igienici riservati ai visitatori
- n. locali per medico
- n. locali per caposala
- n. locali medicheria
- n. locali con vuotatoio e lavapadelle
- n. locale cucina
- presenza di attrezzature ambientali antiscivolo, corrimano
- n. locali pranzo-soggiorno
- sala di riabilitazione e riattivazione
- n. locale per salme

Requisiti tecnologici:

- n. letti con dispositivi antidecubito
- n. letti articolati
- n. presidi antidecubito
- n. sollevatore malati
- n. carrozzine
- n. comode
- n. poltrone
- n. bilance pesa persone
- n. riflettometri
- n. armadio farmaceutico
- n. pompa peristaltica per nutrizione enterale
- n. carrelli somministrazione terapie
- n. carrelli biancheria ed igiene personale
- n. carrelli per materiale sporco
- n. carrelli per medicazione
- biancheria monouso
- n. telefoni pubblici portatili

Caratteristiche organizzative:

- professionali: personale medico specialista in Geriatria, esclusivamente dedicato all'attività di assistenza geriatrica, per almeno quattro ore al giorno
- guardia medica, medico di base, altri medici
- n. caposala
- n. di infermieri professionali per posti letto di degenza
- n. di infermieri generici per posti letto di degenza
- n. di ausiliari
- n. di terapisti della riabilitazione
- n. assistenti sociali
- possibilità di movimenti ricreativi
- presenza di volontariato

b. Subarea: Degenza per cure permanenti (Case di cura per lungodegenti convenzionate con la Regione, RSA tradizionali per ospiti fissi, "Case protette per anziani", ecc.)

Dotazioni ambientali:

- articolazione strutturale in nuclei di 10-20 soggetti con spazi privati personalizzati

- accessibilità (possibilità di movimentazione con carrozzina), sicurezza degli spazi anche mediante l'eliminazione di barriere architettoniche, ecc.
- n. posti letto
- n. sezioni
- n. di stanze per sezione
- n. di letti per stanze di degenza
- n. di stanze singole
- n. di stanze per pazienti critici
- n. di stanze con spazio dedicato ai parenti
- n. di armadietto personale per i degenti
- n. di bagni (rapporto bagni/pazienti)
- n. di bagni con lavandino, tazza, bidet, vasca, doccia, maniglioni
- n. di bagni assistiti
- n. servizi igienici riservati agli operatori
- n. servizi igienici riservati ai visitatori
- n. locali per medico
- n. locali per caposala
- n. locali medicheria
- n. locali con vuotatoio e lavapadelle
- n. locali cucina
- presenza di attrezzature ambientali antiscivolo, corrimano
- n. locali pranzo-soggiorno
- n. sala di riabilitazione e riattivazione
- n. locali per salme

Requisiti tecnologici:

- n. letti con dispositivi anti-decubito
- n. letti articolati*
- n. presidi antidecubito
- n. sollevatore malati
- n. carrozzine
- n. comode
- n. poltrone
- n. bilance pesapersone
- n. riflettometri
- n. armadio farmaceutico

N.B.: I letti, oltreché articolati, potrebbero essere regolabili in altezza. Se questo non è possibile, è necessario però che abbiano un'altezza non superiore ai 50 cm, in modo da rendere meno pericolosa l'alzata dal letto e meno gravi le eventuali cadute dal letto.

- n. pompa peristaltica per nutrizione enterale
- n. carrelli somministrazione terapia
- n. carrelli biancheria ed igiene personale
- n. carrelli per materiale sporco
- n. carrelli visita medica
- n. carrelli per medicazione
- n. telefoni pubblici portatili

Caratteristiche organizzative:

- professionali: personale medico specialista in Geriatria, esclusivamente dedicato all'attività di assistenza geriatrica, per l'arco delle 24 h
- n. caposala
- n. di infermieri professionali per posti letto di degenza
- n. di infermieri generici per posti letto di degenza
- n. di ausiliari
- n. di terapisti della riabilitazione
- n. assistenti sociali
- possibilità di movimenti ricreativi
- presenza di volontariato

3. PROFILO GERIATRIA DISTRETTUALE-TERRITORIALE (subaree: ADI, OD, Ambulatorio distrettuale, Centri diurni)

Comprende:

- Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)
- Ospedalizzazione Domiciliare (O.D.)
- Ambulatorio distrettuale
- Centri diurni

Profilo descrittivo

L'ADI ha come presupposto fondamentale l'esigenza di mantenere l'anziano al proprio domicilio in tutti i casi possibili.

Lo sradicamento dell'anziano dalle proprie abitudini, dal proprio ambiente, è spesso dannoso per la salute e lo stato psicologico dell'anziano. Pertanto l'attenzione ad evitare ogni ricovero ospedaliero non indispensabile è quanto mai opportuna anche per questo motivo.

Un efficiente servizio di assistenza domiciliare integrata può rendere meno frequente il ricorso all'ospedalizzazione, oltretutto all'istituzionalizzazione.

Il CAD (centro di assistenza domiciliare) è affidato dal capo distretto ad un medico che spesso non è un geriatra, anche se nulla vieta ad un capo distretto di affidare il coordinamento dell'assistenza domiciliare ad uno specialista in Geriatria. Per il buon funzionamento del Servizio di assistenza domiciliare è necessario che il Geriatra venga regolarmente chiamato in consulenza, riguardando il CAD prevalentemente malati anziani. Per **Ospedalizzazione a domicilio** si intende il complesso delle cure praticate nella loro abitazione a malati acuti e cronici ai quali vanno garantite sia la qualificazione del personale medico e paramedico che l'intensità e la regolarità delle prestazioni proprie dell'Ospedale. Si tratta quindi di una vera e propria proiezione dell'Ospedale sul territorio che si differenzia dall'assistenza domiciliare, oltretutto perché prevede una durata di intervento più circoscritta, dipendente dal tipo di patologia da trattare.

Si può anche affermare che l'ospedalizzazione a domicilio rappresenti il servizio domiciliare a più alta intensità (*).

(*) Palummeri E., Cella A., Pioli G., Barone A., Curiale V., Prete C.: Le cure domiciliari ad alta intensità. Atti del 1° Congresso Nazionale di Assistenza Domiciliare, 21-23 Novembre 2002, Livorno, pag. 112-115.

I principali obiettivi che il servizio di ospedalizzazione a domicilio permette di conseguire sono i seguenti:

- 1) la riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- 2) il miglioramento delle prestazioni ai malati compromessi funzionalmente e la umanizzazione delle cure prestate ai malati terminali;
- 3) il rapido reinserimento del paziente anziano, dopo il ricovero ospedaliero, nel proprio ambito socio-familiare;
- 4) l'avvio di metodi integrati e unificati di intervento sanitario.

L'**ambulatorio distrettuale** di Geriatria sostanzialmente si identifica con il "vecchio" ambulatorio specialistico di Geriatria, retto da medici con il contratto SUMAI, ancora presente in alcune realtà locali e che tende ad essere soppresso per esaurimento (i medici in pensione non vengono sostituiti). L'ambulatorio distrettuale fa riferimento al distretto, uno dei 3-4-5 o più compartimenti nei quali vengono attualmente divise le aziende ASL.

Non raramente lo specialista in Geriatria dell'ambulatorio distrettuale opera anche nel Servizio di Assistenza Domiciliare.

I **Centri diurni** per anziani fragili si configurano principalmente come un servizio di accoglienza, tutela e assistenza per le persone anziane con problemi di compromissione dell'autosufficienza, dovuti alla presenza di una o più malattie croniche invalidanti che riducono le capacità motorie e/o le performance mentali.

Il servizio del Centro Diurno offre un sostegno anche alla famiglia, gravata quotidianamente dal carico assistenziale che deve offrire al proprio parente. La presenza di terapisti occupazionali e di animatori è molto importante per questo tipo di malati, che devono essere soprattutto recuperati ad una migliore qualità di vita e alla ricezione di un diverso significato esistenziale che non può essere solo quello di sopravvivere.

Dotazioni ambientali, requisiti tecnologici, caratteristiche organizzative

A. Subarea: ADI

Dotazioni ambientali:

- n. ambienti del centro di coordinamento
- n. linee telefoniche del centro di coordinamento
- n. di bagni per operatori del centro di coordinamento
- n. di bagni per utenti del centro di coordinamento

Requisiti tecnologici:

- n. auto per spostamento degli operatori
- elettrocardiografo portatile
- alberi per flebo

Caratteristiche organizzative:

- professionali: personale medico specialista in Geriatria, altre figure di medici, terapisti della riabilitazione, infermieri professionali
- assistenza sociale

B. Subarea: Ospedalizzazione Domiciliare (O.D.)

Dotazioni ambientali:

- n. ambienti del centro di coordinamento
- n. linee telefoniche del centro di coordinamento
- n. di bagni per operatori del centro di coordinamento
- n. di bagni per utenti del centro di coordinamento

Requisiti tecnologici:

- n. auto per spostamento degli operatori
- elettrocardiografo portatile
- ecografo portatile
- alberi per flebo
- spirometro

Caratteristiche organizzative:

- professionali: personale medico specialista in Geriatria, altre figure di medici, terapisti della riabilitazione, infermieri professionali, ecc.
- assistenza sociale

C. Subarea: Ambulatorio distrettuale

Dotazioni ambientali:

- n. ambienti
- n. linee telefoniche
- n. bagni per gli operatori
- n. bagni per gli utenti dell'ambulatorio

Requisiti tecnologici:

- n. lettini per visita
- n. sfigmomanometri
- presenza diafanoscopio
- elettrocardiografo
- dotazione informatica per l'archiviazione dati e possibilità di trasmettere dati per via elettronica

Caratteristiche organizzative:

- professionali: personale medico specialista in Geriatria
- assistente sociale
- n. infermieri

D. Subarea: Centri diurni

Dotazioni ambientali:

- il Centro deve essere ubicato in un centro abitato con la possibilità di rapido accesso ai servizi sociali e sanitari
- il Centro deve avere una capacità ricettiva per 20-30 utenti
- il Centro deve comprendere una zona soggiorno, una zona riposo, una zona pranzo, una zona destinata a infermeria e visite mediche, un bagno attrezzato per disabili, un servizio igienico, un servizio igienico separato per il personale
- n. locali per soggiorno
- sala di riattivazione
- n. locali per il personale medico, infermieristico, ecc.

Requisiti tecnologici:

- attrezzatura minima per sala di riattivazione
- attrezzatura minima per visita medica
- n. poltrone
- n. carrelli per terapia
- n. carrozzine
- n. bilance pesapersona
- armadio farmaceutico e attrezzature per visita medica

Caratteristiche organizzative:

- orario del Centro e giorni di apertura
- accesso al Centro attraverso valutazione geriatrica
- professionali: personale medico specialista in Geriatria, almeno un medico parzialmente dedicato, come consulente
- n. di infermieri professionali dedicati
- un fisioterapista parzialmente dedicato
- un terapista occupazionale
- presenza di animatori
- presenza di volontariato-accompagnatori

PARTE SECONDA

4. MAXICRITERIO

Le attività di Geriatria sono finalizzate al mantenimento del più alto livello possibile di salute, autosufficienza e qualità di vita del soggetto anziano, mediante un approccio globale e multidimensionale che pone costantemente al centro dell'attenzione e della verifica il rispetto del soggetto anziano nei suoi diritti e nelle sue specificità fisiologiche, patologiche e ambientali.

5. CRITERI ASSUNTI

Come già illustrato a pag. 16 i criteri orientano l'azione degli attori durante il processo di erogazione delle prestazioni e nel contempo forniscono una guida per il valutatore chiamato a formulare il giudizio.

I criteri individuati sono quindici, suddivisi in due gruppi:

- 1) il primo gruppo pone l'accento sugli elementi di qualità posti a garanzia dell'efficacia degli interventi;
- 2) il secondo gruppo centra l'attenzione sul paziente e sulle sue aspettative.

a = Garanzia dell'efficacia del processo assistenziale

1. Deve essere assicurata la specialità del processo nella dimensione
2. Deve essere assicurato il raggiungimento delle finalità attraverso la pratica professionale per ciascuna figura (mission)
3. Deve essere assicurata la tempestività dell'intervento
4. Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza
5. Deve essere assicurata l'integrazione fra servizi e figure professionali diverse
6. Deve esistere un sistema informativo
7. Deve esistere un sistema di verifica e valutazione periodica della qualità dell'assistenza erogata
8. Deve essere assicurata la tutela della salute all'interno dell'U.O.
9. Deve essere assicurato un utilizzo delle risorse adeguato all'obiettivo della funzione

b = Umanizzazione del servizio

10. L'accesso alla struttura deve essere agevole
11. Deve esistere un sistema di accoglienza
12. Deve esistere un insieme di strutture e servizi per il comfort del paziente
13. Devono essere assicurati diritti, personalità e soddisfazione del paziente
14. Deve essere promosso il coinvolgimento dei familiari e del paziente
15. Devono essere rispettate personalità e professionalità degli operatori sanitari.

APPLICAZIONE DEL SISTEMA DI PONDERAZIONE

Il valore dei criteri e degli indicatori è stato stabilito dal Gruppo di Lavoro S.I.G.Os. sull'Accreditamento.

Il valore dei **criteri** – lettera maiuscola - è prestabilito secondo: A = eccellente = 1.5; B = intermedio = 1; C = basale = 0.5.

Il valore massimo degli indicatori – lettera minuscola – è prestabilito secondo: a = 1.5; b = 1; c = 0.5 (vedi pagina 19).

Le caselle devono contenere un numero, espressione della misurazione del grado di realizzazione degli indicatori, effettuata dalla struttura che si autovaluta (A) e da parte del Team dei valutatori S.I.G.Os. (T) secondo un punteggio che va da 0 (indicatore completamente assente) fino a rispettivamente 1.5, 1 e 0.5 (indicatore ottimo) secondo quanto espletato in tabella (uguale a pag. 19).

Tabella 4 – Punteggio da attribuire a ciascun indicatore secondo il valore massimo previsto			
	a = 1.5	b = 1	c = 0.5
assenza indicatore	0	0	0
insufficiente	0.3	0.2	0.1
sufficiente	0.6	0.4	0.2
discreto	0.9	0.6	0.3
buono	1.2	0.8	0.4
ottimo	1.5	1	0.5

6. MACROAREA UNITÀ OPERATIVA DI GERIATRIA-OSPEDALIERA

Schede di valutazione delle quattro subaree

Subarea: Degenza

Dimensione 1: accoglienza-presenza in carico

Criteria e relativi indicatori

	A	T
1. <i>Deve essere assicurata la specialità del processo nella dimensione (A)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) viene garantita la presenza di un medico di comprovata esperienza geriatrica in quanto in possesso della specializzazione in Geriatria o con servizio pluriennale nell'ambito della specialità (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) esistenza di posti letto di degenza per malati acuti di competenza geriatrica costituenti l'U.O.G. (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) sono esplicitati gli obiettivi della U.O.G. rispetto alla presenza in carico (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) esistono indicatori di appropriatezza* del ricovero: anziani "fragili", affetti da polipatologia di cui una acuta o riacutizzata con alto rischio di compromissione dell'autosufficienza (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) viene assicurata la presenza dello specialista geriatra per (c):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• almeno 12 ore diurne (5/7 gg. etc.);		
• 24 ore;		
• è garantito un servizio di pronta disponibilità sostitutivo della guardia divisionale;		
f) esistenza di linee guida relative all'identificazione del paziente geriatrico (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <i>Deve essere assicurato il raggiungimento delle finalità attraverso la pratica professionale per ciascuna figura (mission) (C):</i>		
a) la procedura di accoglienza-presenza in carico è stata definita, illustrata e condivisa dagli operatori (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(*) Tra gli indicatori non è stata menzionata l'età, perché è estremamente difficoltoso prevedere una determinata età oltre la quale inderogabilmente tutti i malati debbano essere ricoverati nell'Unità operativa di Geriatria e non in quella di Medicina.

In linea di massima la cronologia del paziente geriatrico prevede un'età superiore ai 65 anni, limite che, da parte di alcuni, tende ad essere spostato a 75 anni.

Un compromesso normativo stabilisce che al reparto Ospedaliero di Geriatria affluiscono i pazienti ultra 75ⁿⁱ e gli ultra 65ⁿⁱ a rischio di perdita di autonomia.

	A	T
b) esistono criteri formalizzati per la presa in carico del paziente geriatrico in funzione della gravità, della complessità e della instabilità della condizione clinica (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) all'atto della presa in carico esiste, da parte delle diverse figure professionali coinvolte, la possibilità di valutare immediatamente le esigenze del paziente anziano (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 3. Deve essere assicurata la tempestività dell'intervento (C):		
a) è individuato il medico per la presa in carico del paziente in funzione delle fasce orarie (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) possibilità di costante accettazione di pazienti geriatrici con patologie acute provenienti dal P.S. o da altre subaree (b).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 4. Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza (C):		
a) viene identificato il medico a cui è assegnato il paziente (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) è assicurata la trasmissione della documentazione diagnostica e terapeutica relativa agli atti diagnostici e terapeutici eseguiti nelle realtà da dove il Paziente proviene (altra U.O., altro ospedale, territorio) (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) esiste documentazione scritta dell'ingresso compilata dal medico in reparto (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) viene posto in evidenza l'orientamento diagnostico (diagnosi presuntiva) sulla cartella clinica (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) esiste una procedura formalizzata per il passaggio delle consegne mediche e infermieristiche relative alla presa in carico (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 5. Deve essere assicurata l'integrazione fra servizi e figure professionali diverse (A):		
a) esiste una procedura formalizzata di consulenza geriatrica per le altre U.O. dell'ospedale (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) esiste una procedura formalizzata di consulenza geriatrica per il P.S. (al di fuori di una eventuale turnistica prevista in P.S.) (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) esiste una procedura formalizzata per i trasferimenti e l'accettazione di pazienti provenienti da altre U.O. dell'ospedale per competenza specialistica (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. *Deve esistere un sistema informativo (C):*

- a) viene redatta la cartella clinica geriatrica (c);
- b) viene redatta la cartella infermieristica geriatrica (c);
- c) esiste la possibilità di collegamento con l'archivio clinico dell'U.O.G. (c).

A	T
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. *Deve esistere un sistema di verifica e revisione periodica della qualità dell'assistenza erogata (C):*

- a) esiste un sistema di verifica periodica delle modalità di accoglienza-presa in carico e del rispetto delle procedure (c);
- b) esiste un sistema di verifica dell'appropriatezza del ricovero: anziani "fragili", affetti da polipatologia di cui una acuta o riacutizzata con alto rischio di compromissione dell'autosufficienza (a);
- c) esiste un sistema di monitoraggio dei tempi d'attesa dei ricoveri programmati in relazione alla patologia (c);
- d) esiste un sistema di monitoraggio della capacità di rispondere adeguatamente alle richieste di ricovero urgente (b);
- e) esiste un sistema di monitoraggio dei ricoveri provenienti sia da altre U.O. sia da altri ospedali (b).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. *Deve essere assicurata la tutela della salute all'interno dell'U.O. (C):*

- a) esiste un protocollo per la presa in carico dei pazienti con sospetto di patologia trasmissibile (c);
- b) esiste un protocollo relativo alle misure da adottare nel paziente immunodepresso (c);
- c) il personale è informato dall'Azienda Ospedaliera dei rischi a cui è esposto nel proprio ambito di lavoro (c).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. *Deve essere assicurato un utilizzo delle risorse adeguato all'obiettivo della funzione (C):*

- a) l'accesso dei ricoveri programmati è regolamentato in base a una lista d'attesa compilata seguendo il criterio della gravità della patologia e cronologico (c).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

10. *L'accesso alla struttura deve essere agevole (C):*

- a) esiste una segnaletica chiara per l'accesso all'U.O. (c);

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- | | A | T |
|--|--------------------------|--------------------------|
| b) non esistono barriere architettoniche per l'accesso ai disabili (c); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) la procedura amministrativa è contestuale all'accettazione in reparto (b); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) la procedura amministrativa, non espletata in reparto trova agevole indicazione (es. piantina, opuscolo, segnaletica chiara) (b). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Deve esistere un sistema di accoglienza (B)

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) il cartellino di identificazione del personale e del suo ruolo è ben chiaro e leggibile (c); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) esiste materiale informativo comprendente il nome dei medici - con relativa funzione - e degli infermieri del reparto, le informazioni sulle caratteristiche e sulla organizzazione dell'U.O. (orari, giorni, dimissione, etc.) e sulle norme comportamentali da tenere durante la degenza (c); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) viene effettuato un colloquio tra personale di assistenza e accompagnatori sulle abitudini del paziente geriatrico (a); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) viene fornita la Carta dei Servizi dell'Ospedale quando richiesta (c). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Deve esistere un insieme di strutture e servizi per il comfort dell'utente geriatrico (C):

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) esiste un luogo dedicato all'accoglienza-presenza in carico (a); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) esiste una sala di attesa per accompagnatori e parenti (c); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) esistono servizi igienici accessibili separati per visitatori e ricoverati (c); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) esistono servizi di ristoro accessibili separati per visitatori e ricoverati (b); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) esistono telefoni pubblici a disposizione (c). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Devono essere assicurati diritti, personalità e soddisfazione del paziente (C):

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) l'assegnazione del posto letto tiene conto della patologia del singolo paziente (a); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) i colloqui avvengono nel rispetto della privacy (c). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Deve essere promosso il coinvolgimento dei familiari e del paziente (A):

a) è promossa la presenza di accompagnatori durante alcune fasi dell'accoglienza-presa in carico (a).

A T

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Subarea: Degenza

A T

Dimensione 2: trattamento

Criteri e relativi indicatori

1. *Deve essere assicurata la specialità del processo nella dimensione (A):*

a) sono esplicitati gli obiettivi dell'U.O.G. rispetto al trattamento (a);

--	--

b) sono formalizzate le competenze e le responsabilità individuali di ciascun operatore (c);

--	--

c) esistenza di linee guida per l'iter diagnostico, il trattamento delle patologie geriatriche prevalenti periodicamente aggiornate (primi 10 DRG/ROD) (a);

--	--

d) esistono protocolli validati, diffusi, condivisi e applicati per le situazioni geriatriche di maggior criticità (es.: sindrome ipocinetica e decubiti, rieducazione motoria, cateterismo vescicale e IVU, infezioni nosocomiali, nutrizione parenterale totale, etc.) periodicamente aggiornati (a);

--	--

e) esistono strumenti validati per la misurazione dello stato funzionale (fisico e mentale) del paziente anziano all'ingresso e alla dimissione, sottoposti a periodico aggiornamento (a);

--	--

f) esistono scale di valutazione (validate, diffuse, condivise) della gravità e della complessità dell'assistenza del paziente anziano (a);

--	--

g) esistono protocolli condivisi per le procedure diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali di più frequente impiego, sottoposti a revisione periodica (a);

--	--

h) esistono protocolli definiti per l'utilizzo di mezzi di contenzione* (a);

--	--

(*) La consapevolezza delle implicazioni etiche e professionali relative al trattamento dell'anziano in acuzie o affetto da patologie croniche invalidanti è in grado di migliorare l'approccio complessivo alla persona anziana limitando all'essenziale l'impiego della contenzione, una pratica "comoda", ma "crucele" e passibile, se male impiegata, di conseguenze penali. La Costituzione italiana sancisce infatti all'art. 13 l'inviolabilità della libertà personale ed all'art. 32 la necessità al consenso dell'atto terapeutico. L'uso incongruo dei mezzi di contenzione può ricadere nell'ambito dell'art. 610 del C.P., configurando il reato di violenza. Va ricordato, peraltro, che qualora ricorrano gli estremi dello stato di necessità (art. 54 del C.P.) la misura restrittiva va adottata senza alcuna riserva, se ovviamente proporzionale al danno potenziale, potendo altrimenti configurarsi il reato di abbandono di incapace (art. 591 del c.p.).

	A	T
i) esistono presidi e ausili per la prevenzione e il trattamento della sindrome ipocinetica e dell'incontinenza, identificati, numerati e sottoposti a revisione periodica (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) esiste un sistema di vigilanza per gli spostamenti incontrollati all'interno dell'ospedale, per i soggetti con disturbi dell'orientamento (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) tutta la modulistica in uso nella U.O.G. è identificata, registrata, numerata e sottoposta a revisione periodica (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Deve essere assicurato il raggiungimento delle finalità attraverso la pratica professionale per ciascuna figura (mission) (C):		
a) è previsto un piano di formazione e aggiornamento del personale, concordato e finalizzato agli obiettivi dell'U.O.G. (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) i protocolli diagnostici che riguardano la preparazione dei pazienti a procedure invasive, alla sequenza di esami di laboratorio etc., sono specifici per il paziente anziano (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) esistono protocolli assistenziali relativi ad interventi infermieristici e alle singole operazioni di nursing più frequenti sul paziente anziano (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) esistono protocolli* per la prescrizione del riposo assoluto a letto (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) esistono protocolli per il monitoraggio della mobilizzazione del paziente anziano (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) esistono protocolli** per il monitoraggio della funzione minzionale del paziente anziano (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Deve essere assicurata la tempestività dell'intervento (C):		
a) tutto il personale deve essere addestrato per eseguire interventi di rianimazione cardio-respiratoria (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*segue nota **

Il numero degli anziani sottoposti a contenzione e il numero delle ore di contenzione può, a buon diritto, essere considerato indicatore di qualità dell'assistenza geriatrica negli Ospedali, oltretutto nelle case di soggiorno (6).

(*) È necessario che il riposo assoluto a letto venga prescritto solo in condizioni patologiche di emergenza ben definite e per un periodo nettamente precisato (vedasi "Linee Guida nel Trattamento e nella gestione delle malattie geriatriche" della S.I.G.Os., C.E.S.I., Roma, II Ediz. 2002, pag. 31). È indispensabile che la prescrizione del riposo a letto venga esplicitamente espressa nella cartella clinica.

(**) Più in particolare deve essere prevista la rimozione tempestiva del catetere vescicale, non indispensabile, introdotto al momento dell'accesso in Pronto Soccorso.

	A	T
b) esistono protocolli per il trattamento delle urgenze-emergenze geriatriche (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 4. Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza (C):		
a) viene garantita la presenza quotidiana-feriale del medico di riferimento (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) viene garantita la presenza di almeno un medico di reparto nei giorni festivi, limitatamente ad alcune fasce orarie (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) in caso di assenza del medico di riferimento l'équipe garantisce la continuità dell'assistenza (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) il medico responsabile dell'U.O.G. coordina gli interventi assistenziali (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) il percorso diagnostico e terapeutico deve trovare motivazione e documentazione scritta in cartella (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) esiste una procedura formalizzata per le consegne mediche relativamente al trattamento (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) esiste una procedura formalizzata per le consegne infermieristiche relative al trattamento (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) esiste un sistema unico di compilazione e conservazione dei documenti clinici di rilievo (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) è previsto e documentato l'incontro periodico tra le varie figure professionali (medico, IPAFD, infermiere professionale, fisiatra, fisioterapista) per assicurare la qualità e la continuità dell'assistenza (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 5. Deve essere assicurata l'integrazione fra servizi e fra figure professionali diverse (A):		
a) esiste una procedura formalizzata per la integrazione dei trattamenti da parte delle differenti figure professionali relativamente alle specifiche competenze (UVGO) (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) il personale medico è sufficientemente supportato da personale infermieristico, amministrativo, ausiliario e di segreteria nel soddisfare la richiesta di prestazioni sanitarie (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) esistono schede infermieristiche per il controllo della somministrazione giornaliera dei farmaci e per l'esecuzione di esami di laboratorio e strumentali (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	A	T
d) esiste una procedura che garantisce la distribuzione giornaliera dei farmaci e dei presidi (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) esistono procedure formalizzate di invio di prelievi di materiale biologico dal Reparto ai Laboratori (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Deve esistere un sistema informativo (C):		
a) la cartella clinica viene compilata e aggiornata tempestivamente (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) la cartella infermieristica viene compilata ed aggiornata tempestivamente (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) le cartelle sono strutturate per l'informatizzazione (b).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Deve esistere un sistema di verifica e valutazione periodica della qualità dell'assistenza erogata (B):		
a) esiste un sistema di verifica dell'applicazione delle linee guida (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) esiste un sistema di verifica dell'applicazione dei protocolli e delle procedure in atto (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) esiste un sistema di verifica della efficacia dei protocolli e delle procedure in atto (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) esiste un sistema di monitoraggio degli eventi sentinella (infezioni nosocomiali, cadute*, decubiti, etc.) (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) esiste una documentazione del materiale disponibile e dei tempi di controllo periodico dello stesso (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) esiste un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati relativi alla attività dell'U.O. (numero ricoveri, patologie principali, numero prestazioni erogate, etc.) (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) esistono momenti di valutazione dell'operato medico (audit clinico) (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) esistono momenti di valutazione dell'operato infermieristico (audit infermieristico) (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) esiste un sistema di monitoraggio dei tempi di attesa per il ricovero programmato (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) esiste un sistema di controllo del rispetto delle liste di attesa (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) esiste un sistema di monitoraggio della capacità di rispondere alle richieste del P.S (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(*) Sono indispensabili protocolli che prevedano l'identificazione delle cause delle cadute, la responsabilità dei farmaci, la valutazione delle carenze ambientali ed un piano operativo che non equivalga alla semplice messa in atto di misure di contenzione. (Vedasi capitolo sulle cadute di pag. 61 delle Linee Guida nel Trattamento e nella Gestione delle Malattie Geriatriche, C.E.S.I., Roma, II Edizione, 2002).

	A	T
n) esiste e viene applicato un metodo per la rilevazione della customer satisfaction (b).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Deve essere assicurata la tutela della salute all'interno dell'U.O. (C):		
a) esiste una sufficiente esplicitazione e divulgazione delle prescrizioni inerenti la sicurezza sul luogo di lavoro (legge 626) (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) esistono dei pannelli indicanti il piano di evacuazione in caso di incendio-calamità, etc. (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) il personale sanitario esegue periodici corsi di aggiornamento sulla sicurezza sul luogo di lavoro (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) viene notificato alla direzione sanitaria l'esposizione a rischio infettivo del personale (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) viene segnalata al personale la presenza di pazienti a rischio infettivo (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) è presente una procedura da attuare nel caso di contagio (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) esiste un sistema di monitoraggio degli infortuni all'interno dell'U.O.G. (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) esistono spazi igienici differenziati per pazienti ed operatori (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) esistono protocolli per la preparazione e somministrazione dei farmaci potenzialmente dannosi per gli operatori (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) esiste un sistema di tutela del personale in gravidanza (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) esistono ausili all'interno dell'UOG (es sollevapersone - barella doccia-vasche, poltrone, letti regolabili innalzabili) (b).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Deve essere assicurato un utilizzo delle risorse adeguato all'obbiettivo della funzione (C):		
a) esiste un programma divisionale di riunioni periodiche di aggiornamento, informazione e verifica delle conoscenze (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) sono stati esplicitati gli obiettivi del PU.O. G. (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) il piano di formazione è, almeno in parte, finalizzato agli obiettivi dell'U.O.G. (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) è previsto un sistema di formazione/informazione per l'inserimento di personale nuovo nell'U.O.G. (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	A	T
e) esiste un sistema di riconoscimento formale delle competenze individuali di ciascun operatore (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) esiste una programmazione delle attività formative formalizzata alla crescita professionale organizzativa dei singoli operatori (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) è incentivata la ricerca medica ed infermieristica (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) esiste un sistema premiante per il raggiungimento di obiettivi prefissati e condivisi (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) il personale dell'U.O. che partecipa ad attività formative relaziona gli altri operatori (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Deve esistere un insieme di strutture e servizi per il comfort dell'utente geriatrico (C):		
a) esiste un protocollo per la cura ed igiene del paziente anziano non autosufficiente (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) il personale infermieristico sorveglia l'assunzione dei pasti (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) esiste la possibilità di fornire alimenti caldi al di fuori dell'orario previsto (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) esistono protocolli specifici per l'attività di volontariato (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) il personale ausiliario è disponibile per la pulizia ambientale oltre quella routinaria (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) esistono all'interno della U.O.G. ausilii per la postura in letto, il riposo, la mobilizzazione, l'igiene, lo svago del paziente anziano non autosufficiente (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Devono essere assicurati diritti, personalità e soddisfazione del paziente (C):		
a) viene garantita l'assunzione di alimenti e di terapia orale al paziente anziano non autosufficiente (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) esiste la possibilità di un colloquio riservato medico-paziente (anamnesi, comunicazione della malattia, etc.) (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) esistono mezzi per garantire la privacy durante l'esecuzione di manovre igienico-strumentali (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) esiste la possibilità di una camera riservata per il paziente terminale (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) esiste la possibilità di una camera di isolamento per il paziente agitato (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) esiste una procedura per la gestione dei reclami (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. *Deve essere promosso il coinvolgimento dei familiari e del paziente (A):*

- a) l'orario di ricevimento del primario, dei medici di reparto e della caposala è dichiarato e palese (affisso) (c);
- b) esistono spazi per il colloquio con i familiari (c);
- c) esiste la possibilità per i familiari (o di persone di loro fiducia) di assistere il proprio congiunto, oltre il consueto orario previsto*, su diretta segnalazione del medico di reparto e della caposala (c);
- d) possibilità di ricevere comunicazioni telefoniche a letto (b);
- e) esiste la possibilità per i familiari di accedere, previo pagamento diretto, al servizio ristorante (c);
- f) esiste un programma di coinvolgimento e informazione del familiare circa le problematiche assistenziali del proprio congiunto (a).

A T

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. *Devono essere rispettate personalità e professionalità degli operatori sanitari (C):*

- a) esistono locali idonei alle riunioni di U.O. e per lo studio (c);
- b) esiste uno spazio per il relax del personale (b);
- c) esiste un sistema codificato di comunicazione al personale (c);
- d) esiste un sistema di monitoraggio per le richieste di trasferimento, paragonate con quelle di altre UUOO (c);
- e) esistono protocolli per individuare carichi di lavoro in rapporto alla tipologia del paziente (a);
- f) esiste un sistema di monitorizzazione del rischio di burn-out per gli operatori e relativa procedura di recupero (a).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(*) Al di là dei casi particolari, è auspicabile che nei reparti di Geriatria l'orario per i familiari sia il più ampio possibile, con indubbi vantaggi di carattere psicologico, ed anche per dar modo ai congiunti del paziente di dare un contributo sostanziale ai programmi di riattivazione geriatrica.

Subarea: Degenza

Dimensione 3: dimissioni e follow-up

Criteri e relativi indicatori

A T

1. *Deve essere assicurata la specialità del processo nella dimensione (A):*

a) esistenza di un modello standard di lettera di dimissione che il paziente consegna al proprio medico curante che espliciti:

- il motivo del ricovero
- gli accertamenti significativi eseguiti
- le diagnosi
- le procedure significative eseguite
- le terapie farmacologiche effettuate e tutti i trattamenti eseguiti
- le condizioni cliniche e il livello di autonomia del paziente
- le terapie in corso e le istruzioni per la gestione di particolari condizioni e dei follow-up successivi (a);

--	--

b) esistenza di un protocollo terapeutico-assistenziale in caso di: ulcere da pressione, incontinenza urinaria, catetere vescicale - infezioni delle vie urinarie, sindrome ipocinetica, etc. (a);

--	--

c) esistenza di una valutazione e programma fisiatrico allegato in caso di proseguimento della rieducazione motoria al di fuori dell'UOG (a);

--	--

d) esistenza di una scheda infermieristica geriatrica per i principali problemi assistenziali (a);

--	--

e) esistenza di un protocollo UVG ospedaliera - territoriale per l'inserimento dei in ADI pazienti o altri sistemi extraospedalieri (a);

--	--

f) esiste un protocollo per l'attivazione dell'UVG territoriale da parte dell'UOG (a).

--	--

3. *Deve essere assicurata la tempestività dell'intervento (C):*

a) la consegna della relazione clinica è contestuale alla dimissione o, nei casi complessi, segue nei giorni immediatamente successivi al completamento dell'iter diagnostico (c);

--	--

b) in situazioni particolari (festivi) la prescrizione del farmaco avviene a cura del medico che firma la dimissione (c);

--	--

	A	T
c) vengono direttamente prescritti presidi monouso su modello regionale in caso di necessità (es. pannolini, cv etc.) (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza (A):		
a) la lettera di dimissione contiene i numeri telefonici dell'U.O.G. accessibili al paziente (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) viene programmato il follow-up con accesso al D.H. o altri servizi specifici dell'UOG (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) è identificabile il medico che ha redatto le dimissioni (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) copia della lettera di dimissione è contenuta nella cartella clinica da archiviare e/o alla eventuale cartella del D.H. e/o ambulatorio (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Deve essere assicurata l'integrazione fra servizi e figure professionali diverse (C):		
a) esiste la possibilità di attivare rapidamente l'ADI (dimissione protetta) (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) esiste la possibilità di inviare direttamente il paziente presso strutture riabilitative o lungodegenze e strutture protette (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) esiste un protocollo di intesa per il diretto intervento/consulenza in strutture protette (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) esiste un protocollo di intesa con il servizio sociale territoriale/servizio anziani, etc. (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Deve esistere un sistema informativo (C):		
a) la cartella clinica contiene l'epicrisi (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) la cartella clinica deve riportare i principali indicatori di esito relativi alla diagnosi principale: guarito, stazionario, peggiorato, deceduto (con o senza autopsia), trasferito (con procedura ordinaria o urgente) (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) la cartella clinica viene avviata all'archivio entro dieci giorni dalla conclusione dell'iter diagnostico (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) esiste un sistema informatico per l'archiviazione della lettera di dimissione (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) esiste un sistema informatico per l'archiviazione della SDO, delle procedure diagnostiche effettuate, degli esiti (dimissione, trasferimento, decesso) (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Deve esistere un sistema di verifica e revisione periodica della qualità dell'assistenza erogata (C):

- a) viene incentivata la compilazione dei questionari di soddisfazione dei degenti (b);
- b) sono previste riunioni periodiche di tutto il personale per l'analisi dei questionari e dei reclami (b);
- c) esiste un sistema di verifica del risultato di assessment funzionale ottenuto (a);
- d) esiste un sistema di valutazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati annualmente (b).

A T

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Devono essere assicurati diritti, personalità e soddisfazione del paziente (C):

- a) vi è un preavviso di almeno 24 ore per la dimissione (a);
- b) la comunicazione della dimissione avviene in luogo dedicato (b);
- c) esistono protocolli interni che tutelano la dignità del paziente deceduto (a).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Subarea: Day Hospital

A T

Dimensione 1: accoglienza-presenza in carico

Criteri e relativi indicatori

1. *Deve essere assicurata la specialità del processo nella dimensione (C):*

- a) l'approccio proprio della geriatria viene garantito dalla presenza di un medico di comprovata esperienza geriatrica o perché in possesso della specializzazione o per servizio pluriennale nell'ambito della specialità (c);
- b) esistono dei criteri formalizzati che definiscono per quali ambiti diagnostico-terapeutici al D.H. è appropriato (b);
- c) l'eccesso è subordinato ad una valutazione specialistica geriatrica (c).

--	--

--	--

--	--

2. *Deve essere assicurato il raggiungimento delle finalità attraverso la pratica professionale per ciascuna figura professionale (mission) (C):*

- a) esiste il medico di riferimento del D.H. (c);
- b) esiste un infermiere professionale dedicato (c).

--	--

--	--

3) *Deve essere assicurata la tempestività dell'intervento (C):*

- a) esiste un medico responsabile del D.H. che garantisce le priorità d'accesso secondo la complessità dello stato clinico (c);
- b) vengono rispettati i tempi programmati per l'esecuzione delle indagini previste (b);
- c) viene assicurato l'inizio delle procedure diagnostico-terapeutiche secondo i tempi previsti dal programma (b).

--	--

--	--

--	--

4) *Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza (B):*

- a) esiste una scheda sanitaria compilata del medico geriatra/MMG inviante contenente: indicazioni dell'accesso, documentazione clinica e richiesta degli interventi (c);
- b) il medico di riferimento si fa carico della visita (c);
- c) il personale infermieristico esegue i programmi prelievi ematici o di materiale biologico utile alle diagnosi (c);
- d) il personale infermieristico assiste il paziente nel suo percorso (c).

--	--

--	--

--	--

--	--

	A	T
5) <i>Deve essere assicurata l'integrazione fra servizi e figure professionali diverse (B):</i>		
a) esiste una documentazione relativa al caso clinico compilata dal medico inviante (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) la documentazione pregressa è già disponibile (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) la cartella clinica riporta l'ora in cui viene fatto l'esame diagnostico (b).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) <i>Deve esistere un sistema informativo (C):</i>		
a) viene aperta la cartella clinica (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) esiste una documentazione reperibile in tempi reali relativa ai D.H. precedenti (b).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) <i>Deve esistere un sistema di verifica e valutazione periodica della qualità dell'assistenza erogata (A):</i>		
a) esiste un sistema di verifica dell'appropriatezza degli accessi (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) viene eseguito il monitoraggio dei tempi di attesa (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) esiste una documentazione del materiale disponibile e dei tempi di controllo periodico dello stesso (b).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) <i>Deve essere assicurata la tutela della salute dell'U.O. (C):</i>		
a) vengono segnalati sulla scheda sanitaria pazienti portatori di particolari markers infettivi (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) <i>Deve essere assicurato un utilizzo delle risorse adeguato all'obiettivo della funzione (B):</i>		
a) sono esplicitati i criteri di utilizzo del D.H. (b).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) <i>L'accesso alla struttura deve essere agevole (B):</i>		
a) la procedura burocratica è contestuale al primo accesso (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) non esistono barriere architettoniche all'accesso in D.H. (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) esiste un parcheggio adeguato nelle vicinanze del D.H. (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) l'accesso al D.H. avviene su appuntamento (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) <i>Deve esistere un sistema di accoglienza (A):</i>		
a) il paziente viene presentato, dalla infermiera professionale dedicata, al medico di riferimento (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	A	T
b) il paziente viene informato del programma diagnostico terapeutico della giornata (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) al paziente viene consegnata la carta dei servizi (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) il paziente viene informato sulle regole di convivenza (b).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) <i>Deve esistere un insieme di strutture e servizi per il comfort dell'utente geriatrico (B):</i>		
a) vi è uno spazio riservato per l'attività di D.H. attrezzato con letti o poltrone (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) esistono servizi igienici (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) esiste una sala d'attesa (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) esiste una linea telefonica (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) <i>Devono essere assicurati diritti, personalità e soddisfazione del paziente (C):</i>		
a) vanno tenute presenti le esigenze del paziente nel fissare gli appuntamenti (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) viene garantito il consenso informato per le pratiche che lo prevedono (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) esistono spazi che permettono di soddisfare la privacy (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) esiste la possibilità di dare informazione ai familiari previo consenso del paziente mentalmente integro (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Subarea: Day Hospital

Dimensione 2: trattamento

Criteria e relativi indicatori

A T

1. *Deve essere assicurata la specialità del trattamento (C):*

a) viene garantita una valutazione allargata ai membri dell'équipe in possesso di competenze specialistiche utili alla definizione del caso clinico (b);

--	--

b) esistono linee guida relative all'iter diagnostico-terapeutico dei dieci principali DRG-ROD (a);

--	--

c) esistono strumenti validati per la misurazione dello stato funzionale (fisico e mentale del paziente) (a).

--	--

3. *Deve essere assicurata la tempestività dell'intervento (C):*

a) esiste un protocollo operativo per gli interventi tempestivi di supporto respiratorio, cardio-respiratorio e anti-shock in occasione di eventi acuti (b).

--	--

4. *Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza (C):*

a) in assenza del medico di riferimento del D.H. i medici dell'équipe si fanno carico del paziente (c).

--	--

5. *Deve essere assicurata l'integrazione fra servizi e figure professionali diverse (B):*

a) le consulenze specialistiche esterne all'U.O. e i servizi diagnostici sono disponibili secondo un canale preferenziale (b).

--	--

9. *Deve essere assicurato un utilizzo delle risorse adeguato all'obiettivo della funzione (A):*

a) esiste un programma di riunioni periodiche di aggiornamento, informazione e verifica delle conoscenze (a);

--	--

b) esiste un sistema di formazione-informazione per l'inserimento di personale nuovo nell'U.O. (a).

--	--

Subarea: Day Hospital

A T

Dimensione 3: dimissioni e follow-up

Criteri e relativi indicatori

1. *Deve essere assicurata la specialità del processo nella dimensione (A):*

a) esistenza di un modello standard di lettera di dimissione che il paziente consegna al proprio medico curante che espliciti:

- il motivo del ricovero
- gli accertamenti significativi eseguiti
- le diagnosi
- le procedure significative eseguite
- le terapie farmacologiche effettuate e tutti i trattamenti eseguiti
- le condizioni cliniche e il livello di autonomia del paziente
- le terapie in corso e le istruzioni per la gestione di particolari condizioni e dei follow-up successivi (a);

--	--

b) esistenza di un protocollo terapeutico-assistenziale in caso di: ulcere da pressione, incontinenza urinaria, catetere vescicale - infezioni delle vie urinarie, sindrome ipocinetica, etc. (a);

--	--

c) esistenza di una valutazione e programma fisiatrico allegato in caso di proseguimento della rieducazione motoria al di fuori dell'UOG (a);

--	--

d) esistenza di una scheda infermieristica geriatrica per i principali problemi assistenziali (a);

--	--

e) esistenza di un protocollo UVG ospedaliera - territoriale per l'inserimento dei in ADI pazienti o altri sistemi extraospedalieri (a);

--	--

f) esiste un protocollo per l'attivazione dell'UVG territoriale da parte dell'UOG (a).

--	--

4. *Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza (C):*

a) viene motivata ogni variazione del programma diagnostico-terapeutico (b);

--	--

b) il paziente viene dimesso con un documento che contiene gli aggiornamenti diagnostici, terapeutici e gli appuntamenti futuri (b).

--	--

	A	T
5. Deve essere assicurata l'integrazione fra servizi e figure professionali diverse (B):		
a) il medico del D.H. prende contatti con il medico di famiglia per il follow-up (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) copia della documentazione di dimissione viene fatta pervenire al medico inviante (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) vi è la possibilità di passare automaticamente al regime di degenza (b).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Deve esistere un sistema informativo (A):		
a) esiste un archivio dei pazienti in carico al D.H. facilmente accessibile (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) esiste una rete informatica che collega il D.H. ai servizi ospedalieri (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Deve esistere un sistema di verifica e valutazione periodica della qualità dell'assistenza erogata (A):		
a) esiste un sistema di verifica della coerenza fra finalità dichiarate del D.H. e i trattamenti eseguiti (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) esiste un sistema di verifica e revisione periodica della soddisfazione dei pazienti per la prestazione ricevuta (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Deve esistere un sistema di accoglienza (C):		
a) il medico di riferimento informa il paziente sulle conclusioni diagnostiche, terapeutiche e di follow-up (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Devono essere assicurati diritti, personalità e soddisfazione del paziente (C):		
a) la comunicazione al paziente e ai familiari alla dimissione vengono effettuate nel rispetto della privacy (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) viene concordata col paziente/suo rappresentante la scadenza dei successivi follow-up (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Subarea: Ambulatorio

A T

Dimensione 1: accoglienza-presenza in carico

Criteri e relativi indicatori

1. *Deve essere assicurata la specialità del processo nella dimensione (C):*

- a) l'approccio proprio della geriatria viene garantito, negli ambulatori specialistici, dalla presenza di un medico di comprovata esperienza geriatrica perché in possesso della specializzazione o per servizio pluriennale nell'ambito della specialità (c);

--	--

3. *Deve essere assicurata la tempestività dell'intervento (C):*

- a) è stata definita una soglia temporale entro la quale garantire l'accesso (c);
- b) esistono dei criteri che disciplinano l'accesso con urgenza (b).

--	--

--	--

4. *Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza (C):*

- a) il paziente, a conclusione di un ricovero ordinario o in regime di D.H., viene accettato alla data stabilita alla dimissione dall'U.O. (c);
- b) esiste una documentazione anamnestica delle ipotesi diagnostiche formulate e delle indagini prescritte (c);
- c) viene posto in evidenza l'orientamento attuale nella cartella ambulatoriale (c);
- d) vengono documentate e motivate eventuali variazioni nell'orientamento diagnostico (b).

--	--

--	--

--	--

--	--

6. *Deve esistere un sistema informativo (C):*

- a) esiste un archivio delle cartelle cliniche facilmente accessibile (c).

--	--

7. *Deve esistere un sistema di verifica e valutazione periodica della qualità dell'assistenza erogata (B):*

- a) esiste un sistema di monitoraggio dei tempi di attesa (b).

--	--

10. *L'accesso alla struttura deve essere agevole (B):*

- a) assenza di barriere architettoniche (b);
- b) presenza di segnaletica chiara (b);
- c) la presenza in sede del CUP (b);
- d) la prenotazione viene fatta precisando il giorno e l'ora (c).

--	--

--	--

--	--

--	--

11. *Deve esistere un sistema di accoglienza (A):*

- a) il paziente può essere informato dei giorni di presenza in ambulatorio dei singoli medici (a);
- b) viene consegnata al paziente la carta dei servizi se richiesta (b).

A **T**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

12. *Deve esistere un insieme di strutture e servizi per il comfort dell'utente geriatrico (B):*

- a) presenza di una sala di attesa con un numero di posti a sedere proporzionale al numero di accessi giornalieri (b);
- b) esistenza di servizi igienici separati per pazienti ed operatori (c).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

13. *Devono essere assicurati diritti, personalità e soddisfazione del paziente (C):*

- a) il paziente può scegliere di essere visto in ambulatorio dallo stesso medico che lo ha seguito durante la degenza (b).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Subarea: Ambulatorio

Dimensione 2: trattamento

Criteri e relativi indicatori

A T

1. *Deve essere assicurata la specialità del processo nella dimensione (C):*

a) esiste un ordine di servizio che riguarda le presenze dei medici in ambulatorio (c);

--	--

b) viene assicurato un tempo per paziente non inferiore a 20 minuti (c).

--	--

4. *Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza (B):*

a) viene aggiornata la cartella ambulatoriale (c);

--	--

b) viene documentata e motivata la procedura diagnostico-terapeutica prescritta (c).

--	--

5. *Deve essere assicurata l'integrazione fra servizi e figure professionali diverse (B):*

a) esiste un collegamento in rete informatica (CUP) con i servizi diagnostici per le prenotazioni in tempo reale (a);

--	--

b) esiste la possibilità di collegamento rapido con l'accettazione per il ricovero (a).

--	--

7. *Deve esistere un sistema di verifica e valutazione periodica della qualità dell'assistenza erogata (A):*

a) viene fatta una revisione periodica dei criteri organizzativi dell'ambulatorio (a);

--	--

b) viene valutata periodicamente la domanda ambulatoriale e l'appropriatezza della stessa (a);

--	--

c) esiste una documentazione del materiale sanitario disponibile e dei tempi di controllo periodico dello stesso (b).

--	--

8. *Deve essere assicurata la tutela della salute all'interno dell'U.O. (C):*

a) vengono segnalate sulla cartella ambulatoriale le patologie a rischio infettivo (c).

--	--

13. *Devono essere assicurati diritti, personalità e soddisfazione del paziente (C):*

a) viene garantita la privacy del paziente (c).

--	--

Subarea: Ambulatorio

Dimensione 3: dimissioni e follow-up

Criteri e relativi indicatori

A T

4. *Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza (C):*

a) va motivata ogni variazione del programma terapeutico (c);

--	--

b) il paziente viene dimesso con un documento per il medico di medicina generale che contiene gli aggiornamenti diagnostici e terapeutici motivati (c).

--	--

5. *Deve essere assicurata l'integrazione fra servizi e figure professionali diverse (B):*

a) esiste la possibilità di collegarsi con la rete informatica per prenotare visite specialistiche esterne all'U.O. ed esami (a).

--	--

11. *Deve esistere un sistema di accoglienza (B):*

a) il medico consegna al paziente l'informazione aggiornata sulla diagnosi e la terapia in atto (c);

--	--

b) esiste la possibilità per il paziente di esprimere la propria soddisfazione tramite la compilazione di un questionario di gradimento (a).

--	--

15. *Devono essere rispettate personalità e professionalità degli operatori sanitari (C):*

a) esiste la possibilità per il medico ambulatoriale di discutere e modificare i tempi necessari per le prestazioni professionali (a);

--	--

b) esiste un sistema di valutazione della soddisfazione del medico e del personale sanitario (a).

--	--

Subarea: Consulenza

A T

Dimensione 1: accesso e accettazione

Criteri e relativi indicatori

1. *Deve essere assicurata la specialità del processo nella dimensione (C):*

a) viene garantita la consulenza specialistica per tutti i pazienti ricoverati in area chirurgica portatori di polipatologie o patologie multiorgano in fase pre e postoperatoria (a);

--	--

b) viene garantita la consulenza specialistica per i pazienti ricoverati in area subspecialistica medica portatori di polipatologia, patologia multiorgano o quadri sindromici complessi (a).

--	--

3. *Deve essere assicurata la tempestività dell'intervento (C):*

a) viene garantita la consulenza urgente specialistica 24 ore su 24 (b);

--	--

b) la consulenza ordinaria, inoltrata tramite richiesta formale, avviene entro le 24 ore (a).

--	--

5. *Deve essere assicurata l'integrazione fra servizi e figure professionali diverse (B):*

a) le prestazioni consulenziali urgenti vengono effettuate previa chiamata diretta da parte del medico richiedente (c).

--	--

6. *Deve esistere un sistema informativo (B):*

a) sulla richiesta di consulenza viene espresso il motivo della chiamata (c).

--	--

7. *Deve esistere un sistema di verifica e revisione periodica della qualità dell'assistenza erogata (C):*

a) esiste una revisione periodica della tempestività delle consulenze (c).

--	--

9. *Deve essere assicurato un utilizzo delle risorse adeguato all'obiettivo della funzione (C):*

a) sono individuati i geriatri a disposizione per le consulenze nelle varie U.O. (b).

--	--

13. *Devono essere assicurati diritti, personalità e soddisfazione del paziente (C):*

a) la richiesta di visita di consulenza viene inoltrata in busta chiusa (a).

--	--

Subarea: Consulenza

A T

Dimensione 2: trattamento

Criteri e relativi indicatori

3. *Deve essere assicurata la tempestività dell'intervento (C):*

a) in caso di consulenza urgente si danno disposizioni dirette al personale infermieristico relative alle procedure diagnostiche stabilite (c).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

4. *Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza (C):*

a) vengono riportate sulla cartella clinica le conclusioni diagnostico-terapeutiche della visita (c);

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

b) le consulenze successive vengono eseguite dallo stesso medico (c);

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

c) il Geriatra effettua la consulenza in presenza del Collega richiedente (a).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

5. *Deve essere assicurata l'integrazione fra servizi e figure professionali diverse (B):*

a) si concordano le modalità di somministrazione della terapia e la richiesta di eventuali esami diagnostici e/o consulenze con il medico di reparto (a);

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

b) si concorda con il medico richiedente l'eventuale trasferimento nel reparto di geriatria (a).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

9. *Deve essere assicurato l'utilizzo delle risorse adeguato all'obiettivo della funzione (C):*

a) durante la visita di consulenza lo specialista Geriatra è supportato da personale infermieristico professionale della UO richiedente (a).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

14. *Devono essere assicurati diritti, personalità e soddisfazione del paziente (C):*

a) viene richiesto il consenso del paziente, quando possibile, per un eventuale trasferimento (c).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Subarea: Consulenza

A T

Dimensione 3: dimissioni e follow-up

Criteria e relativi indicatori

4. *Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza (A):*

a) viene fissata l'eventuale visita geriatrica di controllo al paziente dimesso (a).

--	--

5. *Deve essere assicurata l'integrazione fra servizi e fra figure professionali diverse (B):*

a) viene assicurato il trasferimento in U.O. geriatrica, se necessario, entro 24 ore (b);

--	--

b) il consulente geriatra garantisce l'accettazione del paziente nella propria U.O. (b).

--	--

6. *Deve esistere un sistema informativo (C):*

a) esiste un registro delle consulenze eseguite dalle U.O. di Geriatria (a).

--	--

7. *Deve esistere un sistema di verifica e revisione periodica della qualità dell'assistenza erogata (C):*

a) viene fatta una valutazione periodica delle richieste di consulenza provenienti dai vari ambiti specialistici (c);

--	--

b) viene rilevato annualmente il rapporto fra consulenze urgenti e ordinarie (c).

--	--

13. *Devono essere assicurati diritti, personalità e soddisfazione del paziente (C):*

a) il medico geriatra e il medico richiedente la consulenza informano il paziente sulle conclusioni diagnostico-terapeutiche e sul follow-up (c).

--	--

**7. MACROAREA RESIDENZIALE
EXTRAOSPEDALIERA. Schede di valutazione
delle tre subaree**

A T

**Subarea: Residenza extraospedaliera temporanea
(Cliniche di Riabilitazione convenzionate con la
Regione, “RSA a breve termine”, ecc.)**

Criteria e relativi indicatori

*1) Deve essere assicurata la specialità del processo nella
dimensione (A):*

- a) deve essere garantita la presenza di un medico di
comprovata esperienza geriatrica (a);
- b) la presenza dello specialista geriatra deve essere
assicurata per almeno 24 ore settimanali (a);
- c) è garantito un servizio di pronta disponibilità (b);
- d) esistenza di linee guida relative alla gestione dei
pazienti (a).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*2) Deve essere assicurato il raggiungimento delle finalità
attraverso la pratica professionale per ciascuna figura
(mission) (B):*

- a) all’atto della presa in carico devono essere indivi-
duate le figure professionali da coinvolgere (b);
- b) deve essere possibile, da parte delle diverse figure
professionali coinvolte, valutare prontamente le esi-
genze dell’ospite anziano (b).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Deve essere assicurata la continuità dell’assistenza (B):

- a) deve essere disponibile la documentazione relativa agli
atti diagnostici e terapeutici eseguiti al paziente (b).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

*5) Deve essere assicurata l’integrazione tra servizi e figure pro-
fessionali diverse (A):*

- a) esiste una procedura formalizzata per la integrazione
dei trattamenti da parte delle differenti figure profes-
sionali relativamente alle specifiche competenze pro-
fessionali (b).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

6) Deve esistere un sistema informativo (C).

- a) la cartella clinica viene compilata ed aggiornata
regolarmente (c);
- b) la cartella infermieristica viene compilata ed aggior-
nata regolarmente (c).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	A	T
7) Deve esistere un sistema di verifica e valutazione periodica della qualità dell'assistenza erogata (C):		
a) esiste un sistema di verifica periodica delle modalità di accoglienza-presenza in carico e del rispetto delle procedure (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) esiste un sistema di monitoraggio dei ricoveri precedenti (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Deve essere assicurata la tutela della salute all'interno della struttura (C):		
a) esiste un sistema di monitoraggio degli infortuni all'interno delle Residenze (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) esistono spazi igienici differenziati per residenti ed operatori (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) L'accesso alla struttura deve essere agevole (C):		
a) esiste una segnaletica chiara (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) non esistono barriere architettoniche (b).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Deve esistere un sistema di accoglienza (B):		
a) cartellino di identificazione del personale (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) opuscolo informativo sulle caratteristiche e organizzazione della struttura e sulle norme comportamentali (b).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Deve esistere un insieme di strutture e servizi per il comfort dell'utente geriatrico (C):		
a) esiste una sala di attesa per accompagnatori e parenti (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) esistono servizi igienici separati per ospiti e visitatori (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) esistono servizi di ristoro separati per ospiti e visitatori (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) esistono telefoni pubblici facilmente accessibili (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Devono essere assicurati diritti, personalità e soddisfazione del paziente (C):		
a) rispetto della privacy durante i colloqui (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Deve essere promosso il coinvolgimento dei familiari e del paziente (A):		
a) esistono spazi per il colloquio con i familiari (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) esiste la possibilità per i familiari di visitare il proprio congiunto oltre gli orari previsti (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- c) esistono linee telefoniche sufficienti rispetto al numero degli utenti (b);
- d) esiste la possibilità per i familiari di accedere, previo pagamento diretto, al servizio ristorante (c).

A **T**

--	--

--	--

15) Devono essere rispettate personalità e professionalità degli operatori sanitari (C):

- a) esistono locali idonei alle riunioni e allo studio (c).
- b) esiste un sistema codificato di comunicazione al personale (c);
- c) esiste la possibilità di variazioni di organico e di turno (c);
- d) esistono protocolli per individuare carichi di lavoro in rapporto alla tipologia del paziente (a).

--	--

--	--

--	--

--	--

Subarea: Residenza extraospedaliera per cure permanenti (Case di cura per lungodegenti convenzionate con la Regione, RSA tradizionali per ospiti fissi, “Case protette per anziani”, ecc.)

A T

Criteri e relativi indicatori

1) Deve essere assicurata la specificità del processo nella dimensione (A):

- a) la complessità e la fragilità del paziente ospite di R.S.A. o di casa di cura per lungodegenti richiedono l'applicazione (attraverso la valutazione multidimensionale) del modello assistenziale geriatrico (a);
- b) deve essere garantita la presenza di un medico di comprovata esperienza geriatrica (a);
- c) deve essere assicurata la presenza del geriatra per almeno 12 ore settimanali (b);
- d) deve essere garantito un servizio di pronta disponibilità (c).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Deve essere assicurato il raggiungimento delle finalità attraverso la pratica professionale per ciascuna figura (mission) (C):

- a) deve essere possibile, da parte delle diverse figure professionali, valutare prontamente le esigenze del paziente anziano (c).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

4) Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza (C):

- a) è disponibile la documentazione relativa agli atti diagnostici e terapeutici eseguiti al paziente (c).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

5) Deve essere assicurata l'integrazione fra servizi e figure professionali diverse (A):

- a) esiste una procedura formalizzata per la integrazione dei trattamenti da parte delle differenti figure professionali relativamente alle specifiche competenze professionali (c);
- b) esiste una procedura che garantisce la distribuzione giornaliera dei farmaci e dei presidi (a).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Deve esistere un sistema informativo (C).

- a) esiste un registro per gli ospiti residenti (c).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

	A	T
7) Deve esistere un sistema di verifica e valutazione periodica della qualità dell'assistenza erogata (B):		
a) esistono momenti di valutazione dell'operato medico ed infermieristico (b).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Deve essere assicurata la tutela della salute all'interno della struttura (C):		
a) esiste un sistema di monitoraggio degli infortuni all'interno della struttura (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) esistono spazi igienici differenziati per residenti ed operatori (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) L'accesso alla struttura deve essere agevole (C):		
a) esiste una segnaletica chiara (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) non esistono barriere architettoniche (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Deve esistere un sistema di accoglienza (B):		
a) il personale deve indossare il cartellino di identificazione (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) esiste un opuscolo informativo sulle caratteristiche e l'organizzazione della struttura e sulle norme comportamentali (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Deve esistere un insieme di strutture e servizi per il comfort dell'utente geriatrico (C):		
a) esiste una sala di attesa per accompagnatori e parenti (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) esistono servizi igienici separati per ospiti e visitatori (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) esistono servizi di ristoro separati per ospiti e visitatori (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) esistono telefoni pubblici facilmente accessibili (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Devono essere assicurati diritti, personalità e soddisfazione del paziente (C)*:		
a) i colloqui avvengono nel rispetto della privacy (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) possibilità di personalizzazione degli arredi (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) garanzia di assistenza spirituale (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) erogazione delle funzioni di animazione e tempo libero (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Gli aspetti di umanizzazione devono essere particolarmente curati nei pazienti con ospitalità permanente, in quanto queste strutture rappresentano l'ambiente di vita per l'anziano compromesso.

14) Deve essere promosso il coinvolgimento dei familiari e del paziente (A):

- a) esistono spazi per il colloquio con i familiari (c);
- b) esiste la possibilità per i familiari di visitare il proprio congiunto oltre gli orari previsti (c);
- c) esiste la possibilità di ricevere comunicazioni telefoniche a letto (b);
- d) esiste un programma di coinvolgimento e informazione del familiare circa le problematiche assistenziali del proprio congiunto (a);
- e) esiste la possibilità di accedere, previo pagamento diretto, al servizio ristorante (c).

A T

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

15) Devono essere rispettate personalità e professionalità degli operatori sanitari (C):

- a) esistono locali idonei alle riunioni e allo studio (c).
- b) esiste un sistema codificato di comunicazione al personale (c);
- c) esistono protocolli per individuare carichi di lavoro in rapporto alla tipologia del paziente (a);
- d) esiste monitoraggio del rischio di burn-out per gli operatori e relativa procedura di recupero (a).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

8. MACROAREA DISTRETTUALE TERRITORIALE
Schede di valutazione delle quattro subaree

A T

- ADI
- O.D. (Ospedalizzazione Domiciliare)
- Ambulatorio distrettuale
- Centro diurno

Subarea: ADI

Criteri e relativi indicatori

1) Deve essere assicurata la specialità del processo (A):

- a) deve essere garantito l'intervento di medici di comprovata esperienza geriatrica (a);
- b) devono essere previste linee guida relative alla gestione dei pazienti (a).

--	--

--	--

2) Deve essere assicurato il raggiungimento delle finalità attraverso la pratica professionale per ciascuna figura (mission) (B):

- a) deve essere possibile, da parte delle diverse figure professionali, valutare prontamente le esigenze del paziente anziano (b).

--	--

3) Deve essere assicurata la tempestività dell'intervento (B):

- a) è stata definita una soglia temporale entro la quale iniziare il trattamento in ADI (b).

--	--

4) Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza (B)

- a) è disponibile la documentazione relativa agli atti diagnostici, terapeutici e soprattutto di riabilitazione e riattivazione geriatrica eseguiti sul paziente (b).

--	--

5) Deve essere assicurata l'integrazione fra servizi e figure professionali diverse (B):

- a) il medico responsabile dell'ADI coordina gli interventi assistenziali (b).

--	--

6) Deve esistere un sistema informativo (C)

- a) esiste un registro dei pazienti seguiti in ADI (b);

--	--

	A	T
b) esiste un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati relativi all'attività del servizio dell'ADI (numero di pazienti assistiti, tipo di patologia, ecc.) (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) esiste una cartella clinica dei pazienti seguiti in ADI (b);		
d) esiste un regolare aggiornamento della cartella clinica (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <i>7) Deve esistere un sistema di verifica e valutazione periodica della qualità dell'assistenza erogata (B):</i>		
a) esistono momenti di valutazione dell'operato medico ed infermieristico (b);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) deve essere monitorato il numero dei pazienti presi in carico (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) deve essere monitorato il numero delle guarigioni ed il numero dei decessi (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) deve essere monitorato il numero dei ricorsi ai ricoveri ospedalieri (a);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) deve essere monitorato il numero dei ricorsi all'istituzionalizzazione (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <i>9) Deve essere assicurato un utilizzo delle risorse adeguato all'obiettivo della funzione (C):</i>		
a) l'accesso al servizio dell'ADI è regolamentato in base a una lista d'attesa compilata seguendo il criterio della gravità dei problemi e cronologico (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) esiste un sistema premiante per il raggiungimento di obiettivi prefissati e condivisi (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <i>13) Devono essere assicurati diritti, personalità e soddisfazione del paziente (C):</i>		
a) viene garantita l'esigenza da parte del malato e dei familiari, di ricevere i vari componenti dell'equipe dell'ADI in orari possibilmente graditi (c);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) esiste la possibilità di preservare la dignità del malato, garantendo la maggior privacy possibile (presenza esclusivamente degli operatori indispensabili) in alcune manovre assistenziali (c).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <i>14) Deve essere promosso il coinvolgimento dei familiari e del paziente (B):</i>		
a) esiste un programma di coinvolgimento e informazione del familiare nei riguardi delle problematiche assistenziali del proprio congiunto (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15) Devono essere rispettate personalità e professionalità degli operatori sanitari (C):

- a) esiste un sistema codificato di comunicazione al personale dell'équipe (c);
- b) esistono protocolli per individuare carichi di lavori in rapporto alla tipologia del paziente (b).

A T

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Subarea: O.D. (Ospedalizzazione Domiciliare)

Non è stata ritenuta opportuna la compilazione delle schede di valutazione riguardanti l'Ospedalizzazione Domiciliare, in quanto si tratta di un complesso di prestazioni che spesso viene trattato in quello più generale delle Cure domiciliari (vedasi anche pag. 38).

Inoltre, pur essendo previsti precisi parametri di assistenza (durata media di 40 giorni, due ore di presenza infermieristica, una visita giornaliera del medico, ecc.), il servizio ha una diffusione ancora molto limitata nel nostro Paese ed un carattere sperimentale.

Per quanto riguarda l'efficacia del processo assistenziale, è indispensabile il coordinamento del medico Geriatra ospedaliero ed un piano personalizzato di intervento, oltre ad una formazione permanente del personale e ad una educazione sanitaria dei familiari.

Subarea: Ambulatorio distrettuale

A T

Criteri e relativi indicatori

1) *Deve essere assicurata la specialità del processo nella dimensione (B):*

a) deve essere assicurata la specificità del trattamento dalla presenza di un medico di comprovata esperienza geriatrica in quanto in possesso della specializzazione o con servizio pluriennale nell'ambito della specialità (a);

b) deve essere assicurato un tempo per paziente non inferiore a 20 minuti (a).

2) *Deve essere assicurato il raggiungimento delle finalità attraverso la pratica professionale per ciascuna figura (mission) (B):*

a) deve essere possibile, da parte delle diverse figure professionali, valutare prontamente le esigenze del paziente anziano (b).

5) *Deve essere assicurata l'integrazione fra servizi e figure professionali diverse (B):*

a) il medico responsabile dell'ambulatorio coordina gli interventi assistenziali infermieristici (c).

6) *Deve esistere un sistema informativo (C):*

a) esiste un registro dei pazienti seguiti nell'ambulatorio distrettuale (c);

b) esiste una cartella clinica dei pazienti seguiti nell'ambulatorio distrettuale (c).

7) *Deve esistere un sistema di verifica e valutazione periodica della qualità dell'assistenza erogata (A):*

a) viene fatta una revisione periodica dei criteri organizzativi dell'ambulatorio (a);

b) viene valutata periodicamente la domanda ambulatoriale e l'appropriatezza della stessa (c).

10) *L'accesso alla struttura deve essere agevole (A):*

a) la prenotazione deve essere facilitata al massimo (a);

b) vanno evitate le lunghe liste di attesa (superiori ad una settimana) (a).

11) Deve esistere un sistema di accoglienza (A):

a) il cartellino di identificazione del personale e del suo ruolo è ben chiaro e leggibile (c);

A	T
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) esiste un opuscolo informativo comprendente il nome dei medici e degli infermieri del Servizio, le informazioni sull'organizzazione del Servizio stesso (orari, ecc.) (c).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

12) Deve esistere un insieme di strutture e servizi per il comfort del paziente (A).

a) presenza di una sala di attesa con un numero di posti a sedere proporzionale al numero di accessi giornalieri (b);

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

b) esistenza di servizi igienici separati per pazienti ed operatori (c).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

13) Devono essere assicurati diritti, personalità e soddisfazione del paziente (A):

a) esiste la possibilità di preservare la dignità del malato, che richiede la visita ambulatoriale, garantendo la maggior privacy possibile (presenza esclusivamente degli operatori indispensabili) in alcune misure diagnostiche che si rendessero necessarie durante la visita (c).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

15) Deve essere rispettata la personalità e professionalità degli operatori sanitari (C):

a) esiste un sistema codificato di comunicazione al personale (c);

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

b) esiste la possibilità di variazione di organico e di turno (c).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Subarea: Centro diurno

A T

Criteri e relativi indicatori

1) Deve essere assicurata la specialità del processo nella dimensione (A):

- a) deve essere elaborato un piano di intervento personalizzato per ogni paziente (a);
- b) va prevista la presenza del Geriatra per almeno due ore al giorno (a);
- c) devono essere assicurate sia le prestazioni sociali che quelle sanitarie (a).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Deve essere assicurato il raggiungimento delle finalità attraverso la pratica professionale per ciascuna figura (mission) (B):

- a) deve essere possibile, da parte delle diverse figure professionali valutare prontamente le esigenze del paziente anziano (b).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

4) Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza (A):

- a) va assicurata l'apertura del Centro per almeno 6 ore al giorno per 6 giorni alla settimana (a).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

5) Deve essere assicurata l'integrazione fra servizi e figure professionali diverse (A):

- a) si concordano tra i vari operatori le modalità di integrazione delle esigenze sanitarie e sociali degli assistiti (b).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

6) Deve esistere un sistema informativo (C):

- a) esiste un registro degli anziani seguiti nel centro (c);
- b) esiste una cartella clinica degli anziani seguiti nel centro (c).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Deve esistere un sistema di verifica e valutazione periodica della qualità dell'assistenza erogata (B):

- a) viene fatta una revisione periodica dei criteri organizzativi del centro diurno (b);
- b) viene valutata periodicamente la domanda di accesso al centro diurno e la sua appropriatezza (b).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) L'accesso alla struttura deve essere agevole (B):

a) deve essere prevista la possibilità di un mezzo di trasporto per disabili (pulmino attrezzato) (b);

b) non esistono barriere architettoniche (c).

A	T
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) Deve esistere un sistema di accoglienza (A):

a) gli accessi vanno accuratamente valutati per evitare di accogliere pazienti che non possono essere adeguatamente assistiti nella struttura (a).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

12) Deve esistere un insieme di strutture e servizi per il comfort del paziente (B):

a) esiste una sala di attesa per accompagnatori e parenti (c);

b) esistono servizi igienici separati per ospiti e visitatori (b).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Devono essere assicurati diritti, personalità e soddisfazione del paziente (A):

a) esiste la possibilità di preservare la dignità del malato, garantendo la maggior privacy possibile (presenza esclusivamente degli operatori indispensabili) in alcune misure assistenziali che si rendessero necessarie durante le ore di permanenza nel centro diurno (c).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

14) Deve essere promosso il coinvolgimento dei familiari e del paziente (A):

a) deve essere previsto un supporto psicologico alle famiglie e ai parenti (a);

b) deve essere previsto l'accesso del volontariato e dei parenti nella struttura (a).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15) Deve essere rispettata la personalità e professionalità degli operatori sanitari (C):

a) esiste un sistema codificato di comunicazione al personale (c);

b) esistono protocolli per individuare carichi di lavoro in rapporto alla tipologia del paziente (b).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GLOSSARIO

Accessibilità = possibilità d'accesso e facilità di contatto.

Accoglienza = le parole e il modo con cui si accoglie il paziente sono tali da metterlo a suo agio.

Conforto = presenza di elementi che rendono più facile la vita quotidiana, recano sollievo in una situazione difficile e dolorosa.

Continuità = il processo assistenziale si svolge senza interruzioni e tenendo conto della globalità della persona nelle sue dimensioni fisiche, psichiche e sociali.

Criterio = paradigma, affermazione di principio.

Esiste = esprime l'esistenza reale di un dato elemento riscontrabile attraverso l'esperienza.

Indicatore = espressione quantitativa o qualitativa di un criterio.

Integrazione = la realizzazione di un processo assistenziale avviene coordinando fra loro prestazioni complementari anche se erogate da servizi diversi.

Personalità = ogni paziente è titolare di diritti esigibili, ed ha una individualità improntata ad un insieme di valori soggettivi di riferimento che vanno rispettati.

Professionalità = possesso di abilità e conoscenze necessarie a dare un servizio.

Qualità dell'assistenza sanitaria = rispondenza a requisiti di efficacia, efficienza, equità (accessibilità, fruibilità), accettabilità, adeguatezza delle procedure tecnico-operative, soddisfazione dei pazienti.

Semplicità = facilità di esecuzione e comprensione (per esempio di una procedura).

Specialità = un insieme di conoscenze, tecniche e strumentali appropriati per risolvere un problema sanitario (per esempio le malattie renali).

Standard = valore soglia di accettazione o rifiuto.

Tempestività = la risposta ad un problema viene data nel modo giusto e al tempo opportuno.

INDICE ANALITICO

- Accreditamento, 6, 7, 10, 20
Ambulatorio distrettuale, 37-39, 78, 82
Anziani “fragili”, 44
Assistente sociale, 34, 36, 40
Assistenza Domiciliare Integrata, 37
Ausili, 54
Autovalutazione, 20-23
- Barriere architettoniche, 36, 47, 60, 64, 73
- Carrelli, 29, 34, 36, 40
Carrozzine, 27, 34, 35, 40
Cartella clinica, 46, 51, 57, 60, 67, 70
Cartella infermieristica, 46, 51
“Case protette per anziani”, 34, 75
Catetere vescicale, 49, 56
Centri diurni, 14, 18, 38, 40
Certificazione di accreditamento, 7
Certificazione obbligatoria, 7
Comfort dell’utente, 47, 54, 61, 66, 73, 76
Consulenza geriatrica, 26, 32, 46
Contenzione, 49, 50, 54
Corrimano, 27, 33, 35
Criteri, 6-10, 13, 16-17, 19-22, 26, 42-46, 49, 56, 59-60, 62-64, 66-71, 74, 77, 81, 83
- Dimissione, 14, 47, 49, 56-58, 63-64
Dispositivi antidecubito, 27, 34
Dotazioni ambientali, 26, 29, 30, 31, 33, 34, 38-40
- Etica, 49
- Formazione e aggiornamento del personale, 50, 53

Garanzia dell'efficacia del processo assistenziale, 42

Geriatrica distrettuale, 13, 38

Geriatrica extraospedaliera, 13, 17

Indicatori, 16-17, 19-22, 24, 44, 49, 56-57, 59, 62-64, 66-71, 74, 77, 81, 83

Infezioni nosocomiali, 49

Integrazione socio-sanitaria, 12

Internet, 28-30

Istituzionalizzazione, 37, 79

Letti con dispositivi antidecubito, 27, 34

Linee guida, 10, 23, 44, 48, 52, 62, 72, 78

Macroaree, 13, 16, 18, 22

Matrice, 13, 18

Maxicriterio, 12, 41

Norme ISO, 8

Ospedalizzazione Domiciliare (OD), 37, 39, 81

OTA, 28

Percorsi assistenziali, 17

Piaghe da decubito, 52, 56

Piano ortostatico, 27

Pompe per infusione, 28, 29

Ponderazione, 19-21

Preso in carico, 14, 18, 44-48, 72, 73

Presidi antidecubito, 35

Privacy, 47, 54, 61, 67, 73, 76, 83

Protocolli diagnostici, 50

Qualità di vita, 13, 41

Requisiti minimi ministeriali, 9

Requisiti tecnologici, 21, 26, 27, 29, 30, 31, 33-35, 38-40

Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), 32, 34, 72, 75

Segnaletica, 46, 65, 73, 76

Servizio di Consulenza, 26, 31

Sistema di accoglienza, 42, 47, 60, 64, 66, 68, 73, 76, 83

Sistema informativo, 44, 46, 59, 63-64, 68, 70-71, 74, 77, 81, 83

Sistema di ponderazione, 19, 20, 43

Sistema premiante, 54, 79

Tempestività dell'intervento, 42, 45, 50, 56, 59, 62, 65, 69, 70, 78

Terapisti della riabilitazione, 28, 29, 34, 36, 39, 40

Umanizzazione del Servizio, 42, 76

Unità di valutazione geriatrica, 13

Unità Operativa di Geriatria, 13, 25, 44

Valutatori, 9, 15, 21, 22, 23

Valutazione geriatrica, 13

Volontariato, 28, 29, 34, 36, 40, 54

Finito di stampare nel mese di Aprile 2004
dalla C.E.S.I. • Via Cremona, 19 – Roma