

## **Criteria di qualità per le cure palliative nelle istituzioni di lungodegenza**

Le cure palliative sono parte integrante di un concetto più generale di trattamento, cure e accompagnamento. Alcuni dei criteri di qualità descritti qui di seguito comprendono aspetti contenuti nei trattamenti di base e di accompagnamento sui quali poggiano le cure palliative. Le richieste specifiche inerenti le cure palliative sono segnalate dal colore giallo.

<b>Indice</b>	<b>Pagina</b>
<b>Spiegazioni</b>	<b>2</b>
<b>A. Progetto</b>	<b>3</b>
<b>B. Anamnesi dell'ospite</b>	<b>4</b>
<b>C. I trattamenti, le cure e l'accompagnamento</b>	<b>5</b>
<b>D. I diritti degli ospiti</b>	<b>7</b>
<b>E. Cure mediche</b>	<b>9</b>
<b>F. Cure infermieristiche</b>	<b>10</b>
<b>G. La collaborazione interprofessionale, il lavoro in equipe</b>	<b>11</b>
<b>H. Informazione e integrazione dei familiari</b>	<b>12</b>
<b>I. Aspetti culturali in relazione al lutto</b>	<b>13</b>
<b>J. Collaborazione in rete</b>	<b>15</b>
<b>K. Gestione degli incidenti critici</b>	<b>16</b>

## **Base normativa (criteri di qualità) per gli audit inerenti l'attribuzione del marchio di qualità in cure palliative alle istituzioni di lungodegenza (Lista C)**

### Spiegazioni

1. La base normativa che segue contiene da una parte dei criteri di qualità che concernono in particolare le cure palliative. Dall'altra parte essa include anche criteri che descrivono requisiti generali per una buona qualità delle cure nelle istituzioni di lungo degenza. Come segnalato nell'introduzione, le esigenze specifiche di cure palliative sono contrassegnati in giallo. In ogni caso, nel corso di un audit saranno esaminati tutti i criteri poiché per poter garantire cure palliative di qualità devono essere acquisiti anche i requisiti generali.
2. La realizzazione pratica degli audit si basa sul "Regolamento per l'attribuzione del marchio di qualità in cure palliative" dell'Associazione Svizzera per la Qualità in Cure Palliative ([qualitépalliative](#)).
3. I criteri obbligatori sono in grassetto.
4. In questo documento, con la parola "istituzione" si intendono tutte le strutture di ricovero di prima linea di lungodegenza.

## A. Progetto

Criteri di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
<b>1. L'istituzione dispone di un progetto<sup>1</sup> inerente le cure palliative.</b>	si = 3 no = 0				
<b>2. Tutti i collaboratori che hanno un contatto diretto con gli ospiti conoscono il progetto e lo mettono in pratica.</b>					
<b>3. La validità del progetto è verificata periodicamente<sup>2</sup>.</b>					
<b>4. L'approccio palliativo è contenuto nella Carta della missione e dei valori dell'istituzione.</b>					
<b>5. La filosofia di base, le possibilità e l'offerta inerenti le cure palliative sono regolarmente<sup>3</sup> comunicate sia all'interno dell'istituzione sia verso l'esterno.</b>					
<b>6. Responsabilità, procedure e strumenti atti ad assicurare la realizzazione e lo sviluppo continuo del progetto di cure palliative sono definiti, regolarmente<sup>4</sup> rivisti e adattati.</b>					

<sup>1</sup> Il progetto per le cure palliative può essere specifico o far parte di un concetto generale di cura. Un tale progetto deve comprendere in ogni caso:

- una definizione di cure palliative ("Che cosa sono le cure palliative per noi?")
- il mandato di prestazione e le competenze di punta dell'istituzione;
- una definizione della tipologia dei pazienti a cui esso è dedicato;
- una descrizione delle prestazioni proposte dall'istituzione;
- quali sono le figure professionali che offrono queste prestazioni e in che maniera;
- il posto che occupa l'istituzione (o l'equipe) nella rete sanitaria;
- le capacità umane e professionali richieste all'equipe;
- una descrizione delle principali attività.

<sup>2</sup> Questo criterio è soddisfatto se emerge chiaramente da chi e ogni quanto tempo è verificato il progetto.

<sup>3</sup> "regolarmente" significa che è definito per iscritto a quali intervalli, con quali modalità e da parte di chi la comunicazione viene attuata.

<sup>4</sup> Questo criterio è soddisfatto se emerge chiaramente da chi e ogni quanto tempo avviene una verifica.

## B. L'anamnesi dell'ospite

Criteri di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
<b>7.</b> All'entrata in Casa per Anziani (CPA) viene verificato quali cure palliative potrebbero essere indicate per l'ospite.	si = 3 no = 0				
<b>8.</b> Durante la degenza viene regolarmente <sup>5</sup> verificato, se e con quali modalità una terapia e una presa a carico palliativa è indicata.	si = 3 no = 0				
<b>9.</b> I sintomi fisici sono regolarmente identificati e valutati attraverso strumenti riconosciuti <sup>6</sup> .					
<b>10.</b> I sintomi psichici sono regolarmente identificati e valutati.					
<b>11.</b> Il contesto sociale, la biografia, i valori, le credenze, i bisogni spirituali, le abitudini dell'ospite sono conosciuti, documentati e presi in considerazione nelle cure, nei trattamenti e nell'accompagnamento.					
<b>12.</b> Per gli ospiti con un'alterazione dello stato cognitivo sono utilizzati strumenti di valutazione specifici e/o modalità adatte alla loro situazione.					

<sup>5</sup> "regolarmente" significa, che è stabilito per iscritto con quale frequenza avvengono le rivalutazioni. Può trattarsi di una regola generale che indica il tempo massimo tra due valutazioni, oppure la data della prossima valutazione è segnalata nella documentazione del paziente.

<sup>6</sup> Per esempio Edmonton Symptom Assessment System (ESAS); la scala comportamentale per persone non comunicanti (ECPA); la Scala Visuale Analogica (VAS); la Scala Numerica; la scala verbale.

## C. I trattamenti, le cure e l'accompagnamento

Criteri di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
<b>13. Quando l'ospite esprime o si osservano dei cambiamenti del suo stato di salute, si procede a una valutazione regolare del suo stato di comfort.</b>					
<b>14. I desideri e le richieste individuali dell'ospite sono determinanti per il progetto di cura e per l'organizzazione della giornata.</b>					
<b>15. I bisogni individuali in cure, trattamenti e accompagnamento sono identificati e documentati per ogni ospite.</b>					
<b>16. I trattamenti, le cure e l'accompagnamento sono regolarmente<sup>7</sup> rivalutati e adattati nell'ambito di colloqui con l'ospite e, se lo desidera, con i suoi familiari ; tutto ciò è documentato.</b>					
<b>17. Il progetto di cura<sup>8</sup> è regolarmente rivalutato, adattato e documentato dall'equipe interprofessionale<sup>9</sup> .</b>					
<b>18. Le complicanze possibili in relazione alle malattie in corso sono previste e discusse, le modalità di procedere e le opzioni possibili sono documentate.</b>	si = 3 no = 0				
<b>19. Se l'ospite lo desidera, può essere messo a disposizione un sostegno psicosociale e/o spirituale; se sofferenza psichica (dovuta per esempio a angoscia di morte, disperazione, isolamento, crisi esistenziale, intenzioni suicidali), sarà richiesto l'intervento di professionisti come psicologi, psichiatri, assistenti spirituali, rappresentanti religiosi ecc.</b>					

<sup>7</sup> "regolarmente" vuol dire che è definito per iscritto con quale frequenza avvengono le rivalutazioni. Può trattarsi di una regola generale che indica il tempo massimo tra due valutazioni, oppure la data della prossima valutazione è segnalata nella documentazione del paziente.

<sup>8</sup> La verifica degli obiettivi e dell'efficacia del progetto di presa a carico è documentata nel Kardex del paziente. Questa verifica può avvenire attraverso visite, colloqui periodici, family conference, colloqui mirati con il paziente.

<sup>9</sup> "interprofessionale" nell'ambito della lungodegenza significa almeno medico e personale infermieristico.

## D. Diritti degli ospiti

Criteri di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
<b>20. L'ospite, il suo rappresentante terapeutico<sup>10</sup> ed i familiari conoscono i medici e gli infermieri di riferimento o i loro sostituti, e viceversa.</b>					si = 3 no = 0
<b>21. L'ospite, rispettivamente il suo rappresentante terapeutico sono informati dei loro diritti, e del fatto che possono prendere decisioni in piena libertà<sup>11</sup>.</b>					
<b>22. L'istituzione ha stabilito la modalità con cui si confronta con le direttive anticipate.</b>					si = 3 no = 0
<b>23. L'esistenza del rappresentante terapeutico è sistematicamente verificata<sup>12</sup>.</b>					si = 3 no = 0
<b>24. Nel caso di incapacità di discernimento, il rappresentante terapeutico è designato secondo la Legge sulla protezione dell'adulto.</b>					
<b>25. Le condizioni circa il coinvolgimento dei familiari nelle decisioni concernenti trattamenti e terapie sono stabilite in accordo con l'ospite.</b>					
<b>26. L'istituzione dispone di una dichiarazione di principio riguardo l'assistenza al suicidio.</b>					

<sup>10</sup> Secondo l'articolo 378 della Legge sulla protezione dell'adulto (in vigore dal 2012)

<sup>11</sup> Per esempio il diritto all'autodeterminazione, il diritto di essere informato tempestivamente ed in modo appropriato; il diritto di accedere a tutta la documentazione che lo concerne; il diritto di rifiutare delle misure diagnostiche e terapeutiche, il diritto di rifiutare di rispondere a delle domande, ecc.

<sup>12</sup> Il rappresentante terapeutico è la persona incaricata di pronunciarsi al posto del paziente sulla scelta delle cure da effettuare nelle situazioni in cui il paziente stesso non sia più in grado di esprimere la sua volontà. La struttura dispone di un regolamento scritto che sarà applicato in tutte quelle situazioni in cui il paziente non ha voluto designare un rappresentante terapeutico.

<b>27.</b> Questa dichiarazione come pure la sua applicazione pratica sono note agli ospiti, ai familiari e all'equipe.					
<b>28.</b> La procedura nel caso un'ospite richiedesse il suicidio assistito è stabilita.					
<b>29.</b> E' definita e applicata una procedura strutturata e interprofessionale per la presa di decisioni in situazioni complesse.					

## E. Cure mediche

Criteri di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
<b>30. La presa a carico medica è assicurata 24h/24.</b>					
<b>31. I medici partecipano attivamente ai rapporti ed ai colloqui interprofessionali.</b>					
<b>32. I medici applicano le raccomandazioni di cura validate e/o riconosciute in medicina e cure palliative<sup>13</sup>.</b>					
<b>33.</b> L'istituzione dispone di un concetto che regola la formazione post-diploma e la formazione continua dei medici in cure palliative. Questo concetto contiene un piano, che la struttura è tenuta a rispettare, e che definisce chi, nei 3 prossimi anni, seguirà quale formazione post-diploma o continua.					

<sup>13</sup> Non sono tuttora disponibili raccomandazioni specifiche per le cure in questo ambito. Nella misura in cui sono applicabili si terrà conto delle Raccomandazioni del Bigorio sulla nausea, dispnea, delirio pubblicate sul sito di Palliative ch o del libro "Medicina palliativa. Una guida pratica per medici". NEUENSCHWANDER Hans, et al. Lega svizzera contro il cancro, Berna, seconda edizione riveduta e ampliata. (2007), 307 pagine.



## F. Cure infermieristiche

Criteri di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
<b>34. Gli infermieri di riferimento partecipano ai rapporti ed ai colloqui interprofessionali.</b>					
<b>35. Lo scambio di informazioni orale e scritto tra infermieri è assicurato.</b>	si = 3 no = 0				
<b>36. Gli infermieri lavorano con standard di cura che si basano sulle raccomandazioni generalmente riconosciute in cure palliative.<sup>14</sup></b>					
<b>37.</b> L'istituzione dispone di un concetto che regola la formazione post-diploma e la formazione continua del personale infermieristico in cure palliative. Questo concetto contiene un piano, che la struttura è tenuta a rispettare, e che definisce chi, nei 3 prossimi anni, seguirà quale formazione post-diploma o continua.					

<sup>14</sup> Non sono tuttora disponibili raccomandazioni specifiche per le cure in questo ambito. Nella misura in cui sono applicabili si terrà conto delle Raccomandazioni del Bigorio sulla nausea, dispnea, delirio pubblicate sul sito di Palliative ch o del libro "Medicina palliativa. Una guida pratica per medici". NEUENSCHWANDER Hans, et al. Lega svizzera contro il cancro, Berna, seconda edizione riveduta e ampliata. (2007), 307 pagine.

## G. La collaborazione interprofessionale, il lavoro in equipe

Criteri di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
<b>38. Tutti i nuovi collaboratori ricevono un'introduzione concernente le cure palliative e la loro applicazione nella struttura.</b>					
<b>39. Il benessere dell'equipe è una preoccupazione costante della direzione dell'istituto. Delle misure di sostegno sono messe a disposizione.</b>					
<b>40. Lo scambio di informazioni interprofessionale è assicurato. Questo anche con servizi come la cucina, l'economia domestica, l'amministrazione...</b>					
<b>41. L'equipe interprofessionale ha il diritto di richiedere la consulenza di un servizio specialistico.</b>	si = 3 no = 0				
<b>42. Un piano di formazione continua è disponibile per tutti i gruppi professionali in contatto diretto con gli ospiti (formazioni interne ed esterne).</b>					
<b>43. Il ruolo ed i compiti dei volontari sono chiaramente definiti.</b>	si = 3 no = 0				
<b>44. I volontari sono accuratamente formati per il loro compito e hanno diritto ad una introduzione ed accompagnamento iniziali.</b>					

## H. Informazione e integrazione dei familiari

Criteri di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
<b>45. I familiari<sup>15</sup>sono considerati una parte importante della rete sociale dell'ospite.</b>					
<b>46. In caso di bisogno i familiari sono anche loro sostenuti e accompagnati dall'equipe.</b>					
<b>47. I familiari hanno la possibilità di partecipare alle cure nella misura in cui l'ospite lo desidera o lo permette.</b>					
<b>48. I familiari hanno diritto di visita 24h/24.</b>					
<b>49. I familiari hanno la possibilità di consumare i pasti e di dormire nell'istituto.</b>					

<sup>15</sup> I familiari sono le persone dichiarate come più vicine dall'ospite. Possono essere dei membri della famiglia in senso stretto come genitori, figli, fratelli e sorelle, il proprio congiunto o partner, oppure anche altre persone di fiducia (senza relazione di parentela con l'ospite).

## I. Aspetti culturali in relazione al lutto

Criteri di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
<b>50.</b> Ci sono all'interno dell'istituto le condizioni strutturali e organizzative che permettono una morte dignitosa e che danno ai familiari la possibilità di congedarsi secondo le loro necessità.					
<b>51.</b> I desideri individuali concernenti i trattamenti, l'ambiente degli ultimi momenti di vita e le misure da prendere dopo il decesso sono discusse, notificate, regolarmente attualizzate e nel limite del possibile messe in atto.					
<b>52.</b> Nel momento in cui ci si deve congedare e nella fase del lutto i familiari ricevono un accompagnamento e il sostegno che desiderano. In caso di bisogno è possibile indirizzarli verso istituzioni o professionisti specializzati.					
<b>53.</b> Le misure da prendere dopo il decesso sono discusse e definite con i familiari.					
<b>54.</b> Ai familiari viene offerto un sostegno anche dopo la morte dell'ospite.					
<b>55.</b> I curanti come pure gli altri ospiti hanno la possibilità di congedarsi da un ospite che è nell'ultima fase della sua vita o che è deceduto. Hanno la possibilità di esprimere il loro cordoglio.					
<b>56.</b> L'istituto dispone di una modalità per ricordare le persone decedute.	si = 3 no = 0				
<b>57.</b> Nel limite del possibile l'istituto dà la possibilità ai familiari appartenenti ad altre religioni o comunità religiose di svolgere i loro riti funebri previsti dalla loro tradizione.					

<b>58. La persona deceduta viene preparata con rispetto, con la partecipazione dei familiari se lo desiderano.</b>					
--	--	--	--	--	--

## J. Collaborazione in rete

Criteri di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
<b>59. I criteri d'ammissione e di trasferimento sono stabiliti.</b>					
<b>60. I criteri d'ammissione e di trasferimento sono noti al paziente, ai suoi familiari ed alla loro rete di sostegno.</b>					
<b>61. L'accesso a servizi specialistici di cure palliative è assicurato. Questi professionisti sono sollecitati in caso di bisogno.</b>					
<b>62. Nel caso l'ospite venisse trasferito in un'altra struttura è assicurata anche la trasmissione di tutti quei dati riguardanti le cure e l'accompagnamento.</b>					
<b>63. Uno scambio regolare<sup>16</sup> con la rete regionale di cure palliative è assicurato.</b>	si = 3 no = 0				

<sup>16</sup> "regolare" significa che è stato definito per iscritto con quali intervalli avviene lo scambio di informazioni.

## K. Gestione degli incidenti critici

Criteri di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
<b>64. Gli incidenti critici<sup>17</sup> sono registrati sistematicamente, segnalati e analizzati in equipe.</b>					
<b>65. Misure appropriate sono decise e messe in pratica. La loro efficacia è controllata.</b>					

<sup>17</sup> Incidente critico: avvenimento che nuoce o che, se non fosse stato scoperto in tempo, avrebbe potuto nuocere al paziente, ai familiari, ai curanti o all'istituzione. Sono compresi danni fisici o morali che possono andare fino alla morte, ma anche danni materiali. Le conseguenze per l'istituzione possono essere reclami, denunce, perdita della reputazione e finanziaria.