



palliative ch

gemeinsam + kompetent
ensemble + compétent
insieme + con competenza

Criteria di qualità per gli audit inerenti l'attribuzione di un marchio di qualità a strutture specializzate in cure palliative

Versione adottata dal comitato in data 03.12.2018
Entrata in vigore: 01.01.2019

Indice

Pagina

Spiegazioni	1
A. Filosofia	2
B. Diritti dei pazienti	3
C. Valutazione globale del paziente	5
D. Informazione e coinvolgimento dei familiari	6
E. Interprofessionalità nelle cure, nei trattamenti e nell' accompagnamento	7
F. Trattamento medico	8
G. Cure infermieristiche	9
H. Accompagnamento da parte di altri professionisti	10
I. Formazione, aggiornamento e perfezionamento	11
J. Collaborazione nella rete d'assistenza	13
K. Gestione degli incidenti critici	14

1. La realizzazione pratica degli audit si basa sul Regolamento per l'attribuzione del "Marchio di qualità in cure palliative" di qualità palliative (Associazione svizzera per la qualità in cure palliative).
2. Nel presente documento il termine " struttura" si riferisce ai reparti di degenza, per esempio le unità di cure palliative in ospedali acuti, le case-hospice, ecc.
3. Nell'intero documento la forma maschile rappresenta anche quella femminile.
4. Il termine "regolarmente" viene definito come segue nell'intera lista di criteri: regolarmente significa che viene stabilito per iscritto con quale cadenza e/o in presenza di che tipo di variazioni ha luogo una verifica. Può trattarsi di una regola generale oppure viene annotato caso per caso nella documentazione quando e in presenza di quali variazioni ha luogo una verifica.
5. I criteri obbligatori sono evidenziati in grassetto.

A. Filosofia

Criterio di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
1. L'istituzione dispone di una filosofia di cura.¹					
2. Tutti i membri dell'équipe conoscono e applicano la filosofia di cura².					
3. La validità della filosofia di cura viene verificata e adattata periodicamente³.					

¹ Definizione del termine "filosofia di cura":
una filosofia di cura deve comprendere almeno:

- una definizione di "cure palliative" ("Che cosa sono le cure palliative per noi?");
- il mandato di prestazione e le competenze chiave dell'istituzione;
- una definizione della tipologia di pazienti;
- una descrizione delle prestazioni proposte dall'istituzione;
- una descrizione delle figure professionali che offrono queste prestazioni e in che maniera;
- il posto che occupa l'istituzione nella rete sanitaria;
- le capacità umane e professionali richieste all'équipe;
- una descrizione delle attività principali (ad es. sviluppo di strategie, processi decisionali, gestione della qualità...).

² La presentazione della filosofia ai collaboratori è comprensibile.

³ Il criterio è soddisfatto se emerge chiaramente da chi e ogni quanto tempo viene verificata la filosofia di cura.

B. Diritti dei pazienti

Criterio di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
4. Il paziente e i familiari sanno chi è il medico e il personale infermieristico di riferimento e chi sono i relativi sostituti.	Sì = 3 No = 0				
5. Il paziente viene informato dei suoi diritti⁴, di modo che possa prendere le proprie decisioni in libertà.					
6. La gestione delle direttive anticipate dei pazienti è disciplinata.	Sì = 3 No = 0				
7. Il paziente viene informato sull'applicazione del diritto di protezione degli adulti⁵, come pure il rappresentante che egli ha designato o che è stabilito per legge.					
8. Le coordinate e il coinvolgimento del rappresentante terapeutico sono documentati.					
9. La modalità con cui vengono coinvolti i familiari nei trattamenti, nelle cure e nell'accompagnamento è stata discussa con il paziente, adeguata in base alle sue richieste e documentata.					
10. L'istituzione dispone di una dichiarazione di principio riguardo all'assistenza al suicidio.					

⁴ Per esempio il diritto all'autodeterminazione; il diritto di essere informato tempestivamente ed in modo appropriato; il diritto di consultare tutta la documentazione che lo concerne; il diritto di rifiutare delle misure diagnostiche e terapeutiche, il diritto di rifiutarsi di rispondere a delle domande, ecc.

⁵ Diritto di protezione degli adulti (Legge svizzera sulla protezione civile RS 210 (artt. 360-456)): direttive del paziente art. 370 ss. e soprattutto art. 378 sulla rappresentanza in caso di provvedimenti medici

11. Tale dichiarazione di principio è nota ai pazienti e ai rispettivi familiari⁶.					
--	--	--	--	--	--

⁶ Il criterio si considera soddisfatto se l'istituzione può dimostrare di aver informato i pazienti e/o i familiari quando la situazione l'ha richiesto.

C. Valutazione globale del paziente

Criterio di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
12. La pertinenza del ricovero del paziente in un reparto di cure palliative specialistiche è verificata prima dell'ammissione mediante criteri di indicazione trasparenti.	Sì = 3 No = 0				
13. La pertinenza della presa in carico del paziente nella struttura è rivalutata regolarmente e confermata per iscritto.	Sì = 3 No = 0				
14. I sintomi fisici sono valutati e documentati regolarmente mediante strumenti validati e adeguati alla situazione⁷.					
15. I sintomi psichici sono valutati e documentati regolarmente mediante strumenti validati e adeguati alla situazione⁸.					
16. Le condizioni di vita del paziente (contesto sociale, biografia, ecc) e i suoi valori personali (aspetti spirituali, filosofia di vita, abitudini, luogo di morte) sono parte integrante fondamentale⁹ delle cure, del trattamento e dell'accompagnamento.					

⁷ Ad esempio: Edmonton Symptom Assessment System (ESAS); Scala comportamentale per persone non comunicanti (ECPA); Scala Visuale Analogica (VAS); Scala Numerica; Scala verbale, ecc.

⁸ Ad esempio: Zarith, Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), ecc.

⁹ Sono riportati ad esempio nella documentazione del paziente e vengono tenuti in considerazione nello scambio interdisciplinare, nel processo decisionale ecc.

D. Informazione e coinvolgimento dei familiari¹⁰

Criterio di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
17. Previo consenso del paziente, l'équipe responsabile della presa in carico del paziente tiene regolari colloqui con i familiari e li documenta.					
18. L'offerta di sostegno e accompagnamento da parte dell'équipe interprofessionale è aperta anche ai familiari.					
19. Se desiderato dal paziente, i familiari possono prendere parte alle cure.					
20. I familiari possono visitare il paziente 24 ore su 24.					
21. Anche dopo la morte del paziente viene offerto supporto e accompagnamento ai familiari.					
22. All'interno dell'istituzione ci sono le condizioni strutturali e organizzative che consentono ai familiari di congedarsi dal paziente secondo le proprie necessità.					
23. L'istituzione dispone di una modalità per ricordare le persone decedute.					

¹⁰ Per familiari non s'intendono solo i membri della famiglia in senso stretto, ma anche le persone di riferimento e di fiducia del paziente.

E. Interprofessionalità nelle cure, nei trattamenti e nell'accompagnamento

Criterio di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
24. Per ogni paziente vengono elaborati, verificati regolarmente, adeguati e documentati a livello interprofessionale i bisogni di cura, di trattamento e d'accompagnamento¹¹.					
25. Il regolare scambio di informazioni interprofessionale¹² è garantito e documentato.					
26. Tutti i membri dell'équipe interprofessionale¹³ coinvolti nel trattamento e nell'accompagnamento hanno un ruolo attivo e alla pari.					
27. Le problematiche etiche vengono discusse e documentate a livello interprofessionale secondo un modello decisionale strutturato.					
28. I volontari sono integrati nell'équipe, vengono supportati e formati.					

¹¹ Verifica e adeguamento ad esempio mediante visite, colloqui periodici, family conference ecc.

¹² Per scambio di informazioni s'intende la partecipazione a riunioni, discussioni sui casi, rapporti ecc.

¹³ Personale infermieristico, medici, assistenti di cura, fisioterapisti, ergoterapisti, assistenti sociali, assistenti spirituali, logopedisti, dietisti, psicoterapeuti, musicoterapisti, arteterapisti, ecc.

F. Trattamento medico

Criterio di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
29. La continuità della presa in carico e dei trattamenti è assicurata.¹⁴					
30. Un medico con competenze specialistiche¹⁵ in cure palliative è raggiungibile 24 ore su 24.	Sì = 3 No = 0				
31. I medici prendono attivamente parte ai colloqui interprofessionali.					
32. I medici applicano le linee guida e le raccomandazioni riconosciute in medicina e cure palliative¹⁶. Esse sono facilmente e velocemente accessibili.					
33. L'anticipazione¹⁷ delle complicazioni e delle urgenze in ambito palliativo è parte integrante del piano terapeutico scritto.					
34. Queste complicazioni e urgenze nonché i relativi trattamenti vengono discussi con il paziente e i familiari.					
35. In caso di complicazioni e urgenze in ambito palliativo si hanno a disposizione i mezzi e i trattamenti necessari.					

G. Cure infermieristiche

¹⁴ Questo criterio è soddisfatto se l'informazione e la comunicazione scritta e orale tra i medici coinvolti sono assicurate in modo continuativo, compreso in caso di sostituzioni; i subentranti dispongono anche loro delle competenze richieste e sono debitamente informati della situazione.

¹⁵ La competenza viene definita secondo le direttive ufficiali di palliative.ch.

¹⁶ Per esempio: Neuenschwander Hans et al. (2015): Medicina palliativa. Una guida pratica per medici. Ed.: Lega svizzera contro il cancro, Raccomandazioni di Bigorio ecc.

¹⁷ Anticipare significa che l'équipe si prepara attraverso prescrizioni mediche preventive a possibili avvenimenti, come per esempio emorragie, dolori episodici intensi, crisi epilettiche

Criterio di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
36. Il personale infermieristico lavora con standard conformi alle linee guida e raccomandazioni riconosciute in cure palliative. ¹⁸					
37. La pianificazione delle cure è documentata, applicata, valutata e adattata in maniera continua.					
38. Gli infermieri, soprattutto quelli che conoscono il paziente, prendono parte attivamente e alla pari ai colloqui interprofessionali.					
39. Un sufficiente numero di infermieri e sufficientemente qualificati è sempre disponibile 24 ore su 24.					

¹⁸ Neuenschwander Hans. Medicina palliativa. Una guida pratica per medici; Raccomandazioni di Bigorio, disponibili sul sito www.palliative.ch; Cornelia Knipping. Manuale didattico sulle cure palliative.

H. Accompagnamento da parte di altri professionisti

Criterio di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
40. L'assistenza spirituale professionale¹⁹ è assicurata e l'assistente spirituale è integrato nell'équipe interprofessionale²⁰.					
41. L'assistenza sociale è garantita e l'assistente sociale è integrato nell'équipe.					
42. L'assistenza e le cure fisioterapiche²¹ sono assicurate e i loro rappresentanti sono integrati nell'équipe.					
43. L'assistenza psicoterapeutica²² è assicurata e i loro rappresentanti sono integrati nell'équipe.					

¹⁹ Standard di formazione: studi in teologia e formazione supplementare in assistenza spirituale e Spiritual Care nonché conoscenze di base sulle cure palliative

²⁰ Integrazione nell'équipe significa: coinvolgimento nello scambio di informazioni, partecipazione a riunioni, a discussioni sui casi, a rapporti

²¹ Ad esempio: fisioterapia, ergoterapia, logopedia ecc.

²² Ad esempio: psicoterapia, musicoterapia, arteterapia

I. Formazione, aggiornamento e perfezionamento

Criterio di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
44. Esiste e viene utilizzata una check list per l'introduzione dei nuovi collaboratori.	Sì = 3 No = 0				
45. Il benessere²³ dell'équipe è una preoccupazione costante dei responsabili dell'istituzione. Il sostegno e le misure necessarie sono a disposizione.					
46. L'équipe interprofessionale ha la possibilità di beneficiare di una supervisione e questa ha luogo²⁴.	Sì = 3 No = 0				
47. Esiste e viene attuato un piano di formazione continua interprofessionale.					
48. L'aggiornamento e il perfezionamento in cure palliative del personale medico sono definiti per tre anni in un piano vincolante stabilito individualmente per ogni collaboratore.					
49. L'aggiornamento e il perfezionamento in cure palliative del personale infermieristico sono definiti per tre anni in un piano vincolante stabilito individualmente per ogni collaboratore.					
Criterio di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni

²³ Il tasso di fluttuazione del personale, la frequenza delle assenze per malattia, il numero di ore supplementari ecc. possono servire da indicatori del benessere del personale. L'équipe di auditori può inoltre domandare se e con quale frequenza vengono tenuti colloqui con i collaboratori o di uscita, se è previsto che si possano formulare delle proposte di miglioramento e/o dei reclami.

²⁴ La supervisione d'équipe serve a migliorare la collaborazione tra le persone che la compongono. Gli obiettivi della supervisione d'équipe sono: superare le tensioni, facilitare la comunicazione, chiarire il margine di manovra personale, elaborare modalità di lavoro comuni a tutti, verificare insieme il lavoro in relazione ai pazienti e gli orientamenti scelti.

	0	1	2	3	
50. Tutti gli altri professionisti hanno un piano di formazione basato sulle odierne offerte di formazione e competenze richieste.					
51. I volontari vengono appositamente formati per lo svolgimento dei compiti a loro affidati e ricevono istruzioni e accompagnamento professionali.					

J. Collaborazione nella rete d'assistenza

Criterio di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
52. I criteri d'ammissione e di trasferimento sono stabiliti e vengono applicati. Qualora esista una lista d'attesa vengono definite le priorità.					
53. I criteri d'ammissione e di trasferimento sono noti al paziente, ai familiari e alla rete d'assistenza.					
54. Sono a disposizione collaboratori esterni (medici consulenti e specialisti) che possono essere chiamati in caso di necessità.					
55. Prima di un trasferimento tutte le informazioni necessarie atte a garantire una continuità ottimale della presa in carico palliativa sono trasmesse dal personale implicato nelle cure all'équipe successiva in modo tempestivo e per iscritto.					

K. Gestione degli incidenti critici

Criterio di qualità	Livello raggiunto				Osservazioni
	0	1	2	3	
56. È disponibile una gestione generale degli incidenti critici²⁵.					

Gruppo di lavoro Qualità di Palliative ch – Gruppo label

- **2ª edizione rielaborata: Versione revisionata, approvata dal comitato in data 02.09.2015: entrata in vigore l' 18.07.2016**
- **Versione del 03.12.2018 con entrata in vigore il 01.01.2019: unica modifica a pagina 1, punto 5**

²⁵ Incidente critico: avvenimento che nuoce o che, se non fosse stato scoperto in tempo, avrebbe potuto nuocere al paziente, ai familiari, al personale di cura o all'istituzione. Sono compresi danni fisici o morali che possono arrivare fino alla morte, ma anche danni materiali. Le conseguenze per l'istituzione possono essere reclami, denunce, perdita della reputazione e finanziaria.