



ACCREDITATION
CANADA

Servizi di diagnostica per immagini

Per le Visite di Accreditamento che Iniziano Dopo:
01 luglio 2019

Versione 4



ACCREDITATION
CANADA

© Il presente documento è protetto da copyright

Copyright © 2020, HSO e/o i suoi concessionari di licenze. Tutti i diritti riservati.

Tutti gli utilizzi, riproduzioni e modalità di sfruttamento del presente documento sono soggetti alle condizioni e modalità indicate nel sito <https://healthstandards.org/standards/terms/org-it-jan-2018/>. Tutti gli altri utilizzi sono proibiti. Se l'utente non accetta le presenti condizioni e modalità (in parte o per intero), non potrà in nessun modo né per alcuno scopo usare, riprodurre o altrimenti sfruttare il presente documento.

Contattare HSO all'indirizzo publications@healthstandards.org per ulteriori informazioni.

Sito web: www.healthstandards.org Telefono: 00.1.613.738.3800

Servizi di diagnostica per immagini

La funzione dei servizi di diagnostica per immagini è quella di coadiuvare i professionisti medici nelle fasi di diagnosi e trattamento delle patologie e nel monitoraggio delle condizioni di salute dei pazienti. I professionisti medici richiedenti collaborano con i professionisti sanitari della diagnostica per immagini allo scopo di selezionare l'esame diagnostico più appropriato e meno invasivo atto a raggiungere i risultati auspicati per il singolo paziente. Gli esami di diagnostica per immagini possono includere gli esami di radiologia convenzionale, risonanza magnetica, tomografia computerizzata, radiologia interventistica, densitometria ossea, ecografia, mammografia e medicina nucleare (compresa la tomografia ad emissione di positroni).

Lo Standard per i servizi di diagnostica per immagini si applica alle organizzazioni che erogano i suddetti servizi sia in ambito ospedaliero sia come centro ambulatoriale indipendente. Lo standard promuove un approccio integrato ai servizi di diagnostica per immagini nell'ambito del quale gli appositi professionisti sanitari collaborano con i professionisti medici richiedenti allo scopo di garantirne sicurezza e qualità ai pazienti.

Lo Standard per i servizi di diagnostica per Immagini si compone delle seguenti sezioni:

- Rispondere ai bisogni dei pazienti e dei professionisti medici richiedenti
- Assicurarsi di avere le persone giuste
- Predisposizione di un ambiente idoneo
- Selezionare, utilizzare ed effettuare la manutenzione delle apparecchiature di diagnostica per immagini
- Garantire la sicurezza e l'appropriatezza dei servizi di diagnostica per immagini
- Garantire l'accuratezza, l'aggiornamento e la protezione della documentazione clinica
- Monitorare la sicurezza e la qualità dei servizi di diagnostica per immagini

Legenda:

Dimensioni della Qualità:



Centralità della Popolazione

Lavorare con la comunità per anticipare e soddisfare i bisogni



Accessibilità

Garantire i servizi con puntualità ed equità



Sicurezza

Garantire la sicurezza delle persone



Ambiente di Lavoro

Sostenere il benessere sul luogo di lavoro



Centralità del Paziente

Mettere al primo posto il paziente e i suoi familiari



Continuità dell'Assistenza

Erogare servizi tra loro coordinati e continuativi



Efficienza

Mettere in atto il miglior uso delle risorse



Appropriatezza

Fare la cosa giusta per ottenere i risultati migliori

Tipologie di Criteri:



Alta Priorità

I criteri ad alta priorità sono criteri correlati a sicurezza, etica, gestione del rischio e miglioramento della qualità. Sono identificati negli standard.



Pratiche Organizzative Obbligatorie

Le Pratiche Organizzative Obbligatorie (POO) sono pratiche essenziali di cui l'organizzazione deve dotarsi per incrementare la sicurezza del paziente e per ridurre al minimo i rischi.

Metodo di valutazione



In sede

Per criterio contrassegnato con "In sede", si intende che i criteri saranno valutati in sede da un valutatore terza parte.



Attestazione

Per criterio contrassegnato con "Attestazione", si intende che i servizi sanitari forniti devono attestare la loro conformità ai criteri. Ciò sarà sottoposto a revisione da parte del soggetto per l'accreditamento ai servizi sanitari.

Livelli



Oro

riguarda le strutture e i processi basilari che si ricollegano ai rudimenti essenziali del miglioramento della qualità e della sicurezza.



Platino

consolida gli elementi di qualità e di sicurezza e pone l'accento sugli elementi chiave della centralità del paziente nel processo assistenziale, creando uniformità nell'erogazione dei servizi attraverso processi standardizzati e tramite il coinvolgimento dei pazienti e del personale nei processi decisionali.



Diamante

punta al raggiungimento della qualità tramite il monitoraggio degli esiti, l'utilizzo delle evidenze e delle migliori pratiche per il miglioramento dei servizi e il benchmarking con organizzazioni simili allo scopo di indirizzare i miglioramenti a livello di sistema.

RISPONDERE AI BISOGNI DEI PAZIENTI E DEI PROFESSIONISTI MEDICI RICHIEDENTI

1.0 Il team pianifica e progetta i propri servizi di diagnostica per immagini allo scopo di soddisfare i bisogni presenti e futuri dei pazienti e dei professionisti medici richiedenti.



1.1 Il team raccoglie, almeno con frequenza annuale, informazioni sui volumi, sui tempi di attesa, sulle opinioni dei pazienti in merito ai servizi resi e sulle tendenze demografiche ed epidemiologiche che si riflettono nell'utilizzo dei servizi diagnostici, ad esempio per fasce di età o per patologie.

Linea Guida

Raccogliere questi dati serve al team per valutare la domanda di servizi, identificare modelli nell'ambito della domanda e determinare le risorse necessarie per soddisfarla.



1.2 Il team raccoglie informazioni dai professionisti medici richiedenti, con frequenza almeno annuale, in relazione ai loro bisogni di servizi di diagnostica per immagini.

Linea Guida

Per professionisti medici richiedenti si intendono i medici, ma anche gli infermieri specialisti, gli odontoiatri, i chiropratici, i podologi e le ostetriche professionali. Il team può raccogliere tali informazioni somministrando dei questionari oppure tramite interviste ai professionisti medici richiedenti. I risultati sono poi condivisi con i vari professionisti medici richiedenti.



1.3 Il team si riunisce con cadenza almeno annuale per esaminare le informazioni raccolte dai pazienti e dai professionisti medici allo scopo di identificare i punti di forza e le aree di miglioramento in relazione ai fabbisogni di prestazioni e di apportare le opportune modifiche ai propri servizi.



1.4 Il team instaura rapporti di collaborazione con vari partner allo scopo di garantire il coordinamento dei servizi di diagnostica per immagini.

Linea Guida

Per partner si intendono i professionisti medici richiedenti e altre organizzazioni sanitarie che erogano servizi di diagnostica per immagini. Per i centri ambulatoriali che erogano servizi di diagnostica per immagini, i partner possono essere anche gli ospedali.



1.5 L'organizzazione stabilisce linee precise di responsabilità per i vari servizi di diagnostica per immagini erogati nei diversi dipartimenti.

Linea Guida

Negli ospedali, i servizi di diagnostica per immagini possono essere erogati in altre unità operative all'infuori del dipartimento di diagnostica per immagini. Ad esempio, è possibile che i cardiologi eseguano le ecografie cardiache nel dipartimento di cardiologia. In questi casi, l'organizzazione definisce a chi compete la responsabilità di assicurare che le politiche e le procedure riguardanti la diagnostica per immagini siano applicate in modo uniforme in tutta l'organizzazione (es. qualifiche degli operatori, radioprotezione, utilizzo e manutenzione delle apparecchiature).

2.0 Il team garantisce l'accesso tempestivo ai servizi di diagnostica per immagini.



2.1 Il team rileva i tempi di attesa e i tempi medi di risposta alle richieste di esami diagnostici in elezione, in urgenza e in emergenza.



2.2 Il team individua ed elimina, laddove possibile, le barriere fisiche e sistemiche che impediscono ai pazienti o ai professionisti medici richiedenti di accedere ai servizi di diagnostica per immagini.

Linea Guida

Le criticità riguardanti l'accesso ai servizi di diagnostica per immagini possono essere imputabili a barriere che rientrano sotto il controllo del team (es. orari di apertura, barriere fisiche o linguistiche) oppure a barriere che esulano dal controllo diretto del team (es. trasporti, lunghi tempi di attesa).



2.3 Il team sollecita regolarmente il contributo dei professionisti medici richiedenti al fine di ottenere il loro parere su come migliorare l'accesso ai servizi di diagnostica per immagini e su come gestire i ritardi nella refertazione dei risultati degli esami di diagnostica per immagini.

Linea Guida

L'organizzazione definisce cosa si intende per “regolarmente” e si attiene alla periodicità così stabilita. Il contributo dei professionisti medici richiedenti viene esaminato secondo necessità, soprattutto in caso di gravi ritardi nell'erogazione del servizio.



2.4 Il team individua le risorse necessarie all'erogazione efficiente e puntuale dei servizi di diagnostica per immagini.

Linea Guida

Le risorse possono essere finanziarie, informatiche, strutturali o in termini di attrezzature. La disponibilità di risorse può dipendere dalla continuità dei finanziamenti, oltre che dalle opportunità di condivisione con altre organizzazioni.

I leader del team si fanno carico di segnalare i bisogni di risorse del team, necessariae raggiungere le finalità e gli obiettivi prefissati.

DISPORRE DELLE PERSONE GIUSTE



3.0 I professionisti sanitari della diagnostica per immagini sono formati, qualificati e competenti.

3.1 Il team ha definito i profili delle posizioni che ne indicano qualifiche, ruoli e responsabilità.

Linea Guida

I profili professionali descrivono le funzioni, le qualifiche e i requisiti minimi per l'incarico in questione, chiarendone anche la natura, l'ambito e i rapporti gerarchici.



3.2 Il team recluta e seleziona i propri componenti in base alle loro qualifiche, esperienze lavorative precedenti e idoneità alle necessità del team.



3.3 Il team ha una struttura gestionale con chiari rapporti gerarchici e ambiti di responsabilità.



3.4 Il team ha un leader amministrativo responsabile dell'amministrazione e della gestione dei servizi di diagnostica per immagini, ivi compresa la supervisione e la direzione dei collaboratori di diagnostica per immagini.



3.5 Il team ha un direttore medico responsabile della supervisione e della direzione dei medici.



- 3.6 Il direttore medico e i medici del team sono medici specialisti in diagnostica per immagini accreditati presso l'ordine professionale di pertinenza.

Linea Guida

I requisiti per l'iscrizione agli ordini di pertinenza variano a seconda degli ordinamenti giuridici. I Direttori vengono normalmente certificati dai collegi/ordini professionali nazionali e/o dal collegio/sezione regionale dei medici e chirurghi.



- 3.7 I professionisti sanitari della diagnostica per immagini deputati all'erogazione di modalità diagnostiche specialistiche sono in possesso delle credenziali o della formazione specifiche in materia e sono accreditati presso l'ordine o il collegio professionale che li abilita all'esercizio.

Linea Guida

Per modalità diagnostiche specialistiche si intendono, a titolo di esempio: ecocardiografia, risonanza magnetica, medicina nucleare, tomografia a emissione di positroni, radiografia, tomografia computerizzata, mammografia ed ecografia.



- 3.8 I componenti del team deputati alla somministrazione di sedazione o al monitoraggio di pazienti sottoposti a sedazione sono in possesso di un certificato di abilitazione all'esecuzione di manovre di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza (BLS) in corso di validità.


3.9

Il team sostiene la partecipazione regolare dei professionisti sanitari della diagnostica per immagini alle attività di sviluppo professionale.

Linea Guida

L'organizzazione definisce cosa si intende per “regolare” e si attiene alla periodicità così stabilita. Le attività di sviluppo professionale sono correlate alle attività cliniche del team (es. formazione sull'uso delle apparecchiature). Il sostegno può prevedere l'accesso ai corsi di formazione a distanza (e-learning), permessi per motivi di studio o per la partecipazione a convegni e il rimborso delle spese per l'iscrizione ai corsi di formazione e/o ai convegni.


3.10

Il team valuta e documenta le performance di ciascun componente del team in modo obiettivo, interattivo e costruttivo.

Linea Guida

Il team applica un processo prestabilito per la valutazione delle performance di ciascun componente.

Nella valutazione delle performance, il team valuta la capacità del singolo di svolgere le funzioni che gli sono affidate e la sua professionalità, prendendo in considerazione i punti di forza e le aree di miglioramento, i contributi dati sulla sicurezza del paziente e altri ambiti descritti nel profilo professionale. Il team può anche richiedere il parere dei pazienti o dei colleghi.

Una valutazione delle performance è solitamente condotta prima del completamento del periodo di prova e successivamente con cadenza annuale o con la periodicità definita dall'organizzazione. Può essere eseguita anche dopo periodi di riqualificazione, ad esempio in seguito all'introduzione di nuove apparecchiature o capacità tecniche.



3.11 Per ciascun componente del team esiste un fascicolo personale o professionale aggiornato e completo.

Linea Guida

Il fascicolo personale può contenere il contratto di lavoro, la registrazione delle credenziali, le informazioni sulla formazione e la documentazione relativa alla valutazione del rendimento.

GARANTIRE UN AMBIENTE ADEGUATO

4.0 Il team lavora in un ambiente fisico sicuro, pulito e privato.



4.1 L'ambiente fisico è dotato di una segnaletica chiara atta a indirizzare i pazienti ai vari servizi diagnostici.



4.2 Il team ha una separazione delle aree dedicate all'attesa dei pazienti dalle aree dedicate allo svolgimento delle procedure di diagnostica per immagini.



4.3 Per la medicina nucleare, il team ha individuato le aree di attesa dedicate esclusivamente ai pazienti sottoposti a iniezione di sostanze radioattive in modo da separarli da altri pazienti.



4.4 L'area di erogazione delle prestazioni prevede uno spazio per lo screening del paziente nel rispetto della riservatezza prima dell'esecuzione dell'esame strumentale.



4.5 L'area di erogazione delle prestazioni è provvista di spogliatoi privati e protetti per i pazienti.

Linea Guida

Il team tutela gli effetti personali del paziente da furto o da smarrimento mettendo a disposizione un'area protetta dove depositarli oppure limitando l'accesso all'unità operativa o al reparto.



4.6 L'area di erogazione delle prestazioni è provvista di servizi igienici per i pazienti.



4.7 L'area di erogazione delle prestazioni include uno spazio con personale dedicato ed equipaggiato in maniera idonea per la ripresa del paziente a seguito dell'esame.

Linea Guida

Si tratta di uno spazio utilizzato per garantire che i pazienti cui sono stati somministrati farmaci, come ad esempio i sedativi, siano stabili e possano essere dimessi dal servizio.



4.8 L'area di erogazione delle prestazioni è accessibile ai pazienti che si servono di ausili per la deambulazione come ad esempio sedie a rotelle, deambulatori e stampelle.

Linea Guida

Un ambiente accessibile prevede servizi igienici accessibili alle persone aventi capacità di deambulazione ridotta, porte sufficientemente larghe da consentire l'accesso alle persone su sedia a rotelle e almeno uno spogliatoio abbastanza grande da consentire a un assistente di aiutare il paziente.



4.9 Il team sa come identificare e segnalare le criticità ambientali riguardanti temperatura, umidità e areazione.

Linea Guida

Il mantenimento di temperatura, umidità e areazione adeguate tutela la sicurezza dei pazienti e degli operatori e garantisce il funzionamento ottimale delle apparecchiature.



- 4.10 Il team espone la segnaletica di sicurezza all'ingresso delle sale diagnostiche e limita l'accesso alle sale quando sono in uso.

Linea Guida

La segnaletica di sicurezza può prevedere l'utilizzo di contrassegni adesivi di pericolosità atti a segnalare eventuali zone controllate con pericolo di radiazioni ed altri pericoli come, ad esempio, la presenza di campi magnetici per l'espletamento delle procedure di risonanza magnetica.



- 4.11 Il team dispone di un impianto di back-up per energia elettrica, regolarmente collaudato e conforme alle normative vigenti in materia.

Linea Guida

L'organizzazione definisce cosa si intende per “regolarmente” e si attiene alla periodicità così stabilita.



- 4.12 Si prevedono aree e sostegni spirituali per soddisfare le eventuali esigenze dei pazienti.

Linea Guida

Sostegni di tipo spirituale sono disponibili per soddisfare le esigenze dei pazienti se necessario, incluso la presenza di un riferimento spirituale appropriato per il proprio orientamento (che sia cappellano, imam, rabbino o un consigliere non confessionale). Pazienti e familiari hanno accesso a uno spazio designato per l'osservanza della pratica spirituale.

Le esigenze e preferenze spirituali del paziente sono considerate parte integrante del processo di cura e guarigione, e se ne discute con lui quando devono essere fatte scelte terapeutiche che possono avere componenti etiche o spirituali.

- | | |
|---|--|
| | <p>5.0 Il team applica le politiche e le procedure che disciplinano la conservazione, la manipolazione e lo smaltimento in sicurezza di materiali e consumabili.</p> |
|  | <p>5.1 Il team è informato e aggiornato sulle normative vigenti in materia di sostanze pericolose.</p> |
|  | <p>5.2 Il team etichetta e conserva le soluzioni e le sostanze chimiche in ottemperanza alla normativa vigente.</p> |
|  | <p>5.3 Il team ottempera alla normativa vigente che disciplina la conservazione, la manipolazione e lo smaltimento di materiale radioattivo.</p> |
|  | <p>5.4 Il team applica la normativa vigente in materia di sanificazione e smaltimento di materiale contaminato proveniente da sversamenti accidentali, sangue e fluidi corporei.</p> |
|  | <p>5.5 Il team raccoglie vetreria, aghi e taglienti in contenitori antiperforazione prima del loro smaltimento.</p> |

SELEZIONARE, UTILIZZARE ED EFFETTUARE LA MANUTENZIONE DELLE APPARECCHIATURE DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI



6.0 Il team applica politiche e procedure per la selezione e l'utilizzo delle apparecchiature di diagnostica per immagini.

6.1 I professionisti sanitari della diagnostica per immagini partecipano al processo aziendale di selezione e prioritizzazione delle apparecchiature e dei dispositivi di diagnostica per immagini.

Linea Guida

Altri attori coinvolti nel processo di selezione delle apparecchiature possono includere i tecnici di ingegneria clinica, i responsabili del controllo infezioni e i tecnici informatici.



6.2 Il team applica le normative regionali e nazionali sulla registrazione, l'installazione e la taratura delle apparecchiature di diagnostica per immagini.



6.3 I professionisti sanitari della diagnostica per immagini hanno in dotazione un manuale aggiornato sull'utilizzo delle apparecchiature diagnostiche, comprensivo delle istruzioni del costruttore e delle normative applicabili in materia di sicurezza.

Linea Guida

Il manuale contiene le informazioni rilasciate dal costruttore e riguardanti eventuali precauzioni particolari per la sicurezza.



6.4 I professionisti sanitari della diagnostica per immagini vengono addestrati sull'utilizzo delle apparecchiature diagnostiche prima della loro messa in funzione.

Linea Guida

L'addestramento è fornito da persone competenti (es. tecnici della ditta costruttrice) sull'utilizzo di apparecchiature nuove e a seguito di interventi di riqualificazione e/o aggiornamento eseguiti su macchinari preesistenti.



6.5 I professionisti sanitari della diagnostica per immagini hanno in dotazione un Manuale di politiche e procedure che comprende le procedure dettagliate per il posizionamento del paziente ai fini dell'esecuzione di esami strumentali e che è firmato dal direttore medico o da un designato.

Linea Guida

Il manuale comprende le istruzioni sulla preparazione del paziente alla procedura, sull'esecuzione di ciascuna fase della procedura, sul tipo e dose di farmaco richiesto (laddove applicabile) e sull'assistenza da fornire al paziente dopo la procedura. Per designato si intende il dirigente medico responsabile del servizio.



6.6 Il team fornisce un orientamento sui contenuti del Manuale delle politiche e delle procedure ai professionisti sanitari neoassunti della diagnostica per immagini.



6.7 Il team riesamina e aggiorna annualmente il Manuale delle politiche e delle procedure.



6.8 Il team informa i professionisti sanitari della diagnostica per immagini degli aggiornamenti apportati al Manuale delle politiche e delle procedure e ogni qualvolta vengono elaborate nuove procedure.



6.9 Il team conserva le versioni precedenti del Manuale delle politiche e delle procedure secondo quanto previsto dalla politica aziendale sui tempi di conservazione dei documenti.

Linea Guida

La politica aziendale sui tempi di conservazione dei documenti dovrebbe attenersi a quanto previsto dalla normativa vigente in materia.

7.0 Il team si attiene a politiche e procedure per la manutenzione di tutte le apparecchiature diagnostiche in uso all'interno dell'organizzazione.



7.1 Il team dispone di un piano annuale di manutenzione preventiva delle apparecchiature che recepisce le raccomandazioni dei costruttori.



7.2 Il team dispone di un registro delle apparecchiature sul quale vengono documentati gli interventi di manutenzione e i tempi di fermo macchina al fine di individuare e risolvere eventuali criticità.



7.3 Il team conserva i registri di manutenzione preventiva per almeno due anni.



8.0 Il team si attiene a un programma per la pulizia e riprocessazione dei dispositivi e delle apparecchiature diagnostici.

8.1 Il responsabile deputato al coordinamento generale di tutte le attività di riprocessazione e sterilizzazione all'interno dell'organizzazione riesamina e approva l'organizzazione, le politiche e le procedure del team in materia di pulizia e riprocessazione.



8.2 Qualora il team non abbia accesso alle risorse necessarie per riprocessare in condizioni di sicurezza le apparecchiature o i dispositivi diagnostici nel luogo di utilizzo, il team li manda alla centrale di riprocessazione o a una ditta esterna.

Linea Guida

I dispositivi diagnostici includono, a titolo di esempio, le sonde ecografiche (es. transesofagee e transrettali).

Le ditte esterne includono quelle che sono dotate di un'area centralizzata per la riprocessazione o ditte private specializzate nei servizi di riprocessazione e sterilizzazione.



- 8.3 Quando le attività di pulizia e riprocessazione sono esternalizzate, l'organizzazione stipula e mantiene un contratto con ciascun fornitore ed esegue controlli periodici della qualità dei servizi.

Linea Guida

L'organizzazione stabilisce e monitora i requisiti minimi per i servizi esternalizzati e verifica che ciascun fornitore esterno si attenga agli standard riconosciuti della pratica professionale.

I fornitori esterni si impegnano ad eseguire le attività di monitoraggio della qualità, ad esempio il monitoraggio giornaliero degli stampati e dei dati, assicurano i sistemi di reportistica e la raccolta dei dati e attivano i meccanismi di segnalazione delle non conformità, ad esempio le confezioni difettose o gli strumenti consegnati sporchi. Il team riesamina le copie dei report e degli stampati e qualsiasi altro documento attestante i controlli di qualità effettuati dal fornitore esterno.



- 8.4 Il team applica le politiche e le procedure dell'organizzazione e le istruzioni del produttore per raccogliere le apparecchiature e i dispositivi contaminati in contenitori idonei per trasportarli presso la centrale di riprocessazione di strumenti medici o presso la ditta esterna.



- 8.5 Il team si assicura che gli operatori addetti alla riprocessazione delle apparecchiature e dei dispositivi diagnostici siano qualificati e competenti.

Linea Guida

Le sonde contaminate rappresentano una fonte potenziale di infezione per pazienti, operatori e professionisti sanitari. L'organizzazione ha definito i requisiti scritti che stabiliscono le qualifiche e le competenze necessarie. La verifica delle competenze degli operatori addetti alla riprocessazione dello strumentario diagnostico è importante ai fini della prevenzione della manipolazione erronea o della riprocessazione inadeguata di questi dispositivi.



8.6 Tutti i locali adibiti alla riprocessazione dello strumentario diagnostico sono fisicamente separati dalle aree di erogazione delle prestazioni diagnostiche.

Linea Guida

La pulizia delle aree di lavoro viene effettuata giornalmente.



8.7 Tutti i locali adibiti alla riprocessazione dello strumentario diagnostico sono dotati di aree di lavoro separate per la linea del pulito e per la decontaminazione, di aree di stoccaggio del pulito separate, di impianti idraulici e fognari dedicati e di livelli adeguati di aerazione e di umidità.

Linea Guida

L'aerazione contribuisce ad eliminare i vapori chimici tossici provenienti dalle aree di lavoro e può prevedere il ricorso a dispositivi speciali come le cappe per l'aspirazione dei fumi. L'organizzazione monitora periodicamente la qualità dell'aria conformemente alle proprie politiche e procedure e alla legislazione vigente in materia (ad es. leggi sulla salute e sulla sicurezza +sul lavoro)

Le aree di stoccaggio sono anch'esse ben ventilate e vengono pulite e sottoposte a disinfezione almeno settimanalmente.



8.8 Il team segue le politiche e le procedure aziendali e le istruzioni del produttore ai fini della selezione delle metodiche appropriate di pulizia, disinfezione e riprocessazione.

Linea Guida

Queste politiche e procedure dovrebbero attenersi a un sistema di classificazione riconosciuto per stabilire il livello di criticità, semi-criticità e non criticità degli strumenti e apparecchiature in base al rischio di infezioni. Per ogni livello esistono dei requisiti di riprocessazione atti a ridurre il rischio infettivo.



8.9 Il team applica le politiche e le procedure aziendali e le istruzioni del produttore ai fini della riprocessazione delle apparecchiature e dei dispositivi diagnostici.



8.10 Il team conserva le apparecchiature e i dispositivi diagnostici puliti secondo le istruzioni del costruttore e separati dagli strumenti sporchi e dai rifiuti.

Linea Guida

Per minimizzare i danni alle sonde diagnostiche, il team evita di conservarle arrotolate o nelle loro confezioni. Le sonde dotate di canale sono conservate in posizione verticale con le valvole dei canali fuori dalla sonda.



8.11 Il team dispone di un processo per la tracciabilità di tutte le apparecchiature e i dispositivi diagnostici riprocessati in modo da garantirne il richiamo in caso di guasto o avaria al sistema di riprocessazione.

Linea Guida

La tracciabilità delle apparecchiature e dei dispositivi diagnostici è garantita indipendentemente dalla presenza o meno di una centrale di riprocessazione dei dispositivi medici all'interno dell'organizzazione. Le informazioni devono essere prontamente disponibili e condivise con la centrale di riprocessazione dei dispositivi medici, laddove applicabile.



8.12 Il responsabile deputato al coordinamento generale di tutte le attività di riprocessazione all'interno dell'organizzazione sorveglia l'aderenza del team alle politiche e alle procedure aziendali in materia.

GARANTIRE LA SICUREZZA E L'APPROPRIATEZZA DEI SERVIZI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI



9.0 Il team gestisce e risponde alle richieste di servizi di diagnostica per immagini.

9.1 Il team ha attivato un processo per dotare i professionisti medici richiedenti delle risorse per poter selezionare le indagini appropriate di diagnostica per immagini.

Linea Guida

Linee guida di riferimento in materia di diagnostica per immagini sono disponibili per orientare i professionisti medici richiedenti nella scelta degli esami appositi.



9.2 Per le prestazioni di diagnostica per immagini, il team riceve una richiesta scritta o in formato elettronico che identifica il paziente e i professionisti medici di pertinenza, la data della richiesta, il livello di urgenza, le informazioni cliniche del caso, il tipo di procedura ed eventuali istruzioni particolari.

Linea Guida

Gli identificativi fondamentali del paziente includono il nome, il numero o codice identificativo, l'età o la data di nascita, il sesso e i recapiti del paziente.

I professionisti medici di pertinenza includono il medico richiedente e ogni altro professionista medico designato a ricevere una copia del referto. La richiesta contiene anche i recapiti di questi professionisti medici.

Le informazioni cliniche comprendono le indicazioni, l'anamnesi (es. allergie note), la diagnosi provvisoria e l'eventuale necessità di refertazione urgente o immediata.



9.3 Qualora pervenga telefonicamente una richiesta urgente o in regime di emergenza di prestazioni di diagnostica per immagini, un componente qualificato del team raccoglie e registra le informazioni telefoniche e si assicura che pervenga anche la richiesta scritta o informatizzata prima dell'interpretazione dei risultati dell'esame diagnostico.

Linea Guida

Il team registra informazioni quali: la/e procedura/e richiesta/e, la diagnosi preliminare, il nome del medico richiedente, la data e l'ora della richiesta.



9.4 Qualora le informazioni riportate sulla richiesta di prestazioni di diagnostica per immagini siano incomplete, il team raccoglie informazioni aggiuntive prima di effettuare la procedura.

Linea Guida

Il team può contattare il professionista medico richiedente o richiedere al paziente tutte le informazioni necessarie.



9.5 Il team provvede ad aggiornare il registro cartaceo o informatizzato delle richieste di esami diagnostici ricevute dai professionisti medici richiedenti.



9.6 Il registro cartaceo o informatizzato riporta le richieste giornaliere di esamicorredate del nome del paziente, del tipo di esame e del numero di archiviazione delle immagini.



9.7 Il team risponde tempestivamente alle richieste in regime di emergenza.

Linea Guida

L'organizzazione definisce cosa si intende per “tempestivo” e si attiene alla tempestività così stabilita.

10.0 Il team prepara il paziente e i familiari alle indagini di diagnostica per immagini.



- 10.1 Durante l'erogazione dei servizi di diagnostica per immagini, il team rispetta la diversità del paziente, ivi compresa la diversità di genere, cultura, lingua, religione e disabilità.

Linea Guida

Ad esempio, il team rispetta la scelta del paziente di richiedere che sia un professionista del suo stesso sesso ad eseguire l'esame.



- 10.2 Il team fornisce a pazienti e familiari informazioni sugli esami di diagnostica per immagini.

Linea Guida

Le informazioni comprendono le modalità di preparazione alla singola procedura e trattano argomenti quali l'esposizione alle radiazioni, l'appropriatezza delle indagini e l'efficacia clinica.



- 10.3 Prima di eseguire la procedura, il team riesamina le informazioni sull'indagine strumentale insieme al paziente e ai suoi familiari e acquisisce il consenso informato scritto o verbale.

Linea Guida

Le informazioni comprendono il motivo dell'indicazione all'esame, i suoi benefici, rischi e alternative (laddove applicabile) e le aspettative in termini di informazioni diagnostiche. Tali informazioni possono essere fornite ai pazienti dal professionista medico richiedente. Tuttavia, il team esamina queste informazioni con il paziente come parte del processo per l'acquisizione del consenso informato.



10.4 Il team sa quali sono i propri ruoli e le proprie responsabilità nel caso in cui il paziente sia incapace di prendere una decisione consapevole e, laddove necessario, coinvolge un fiduciario.

Linea Guida

La figura del fiduciario può essere specificata dalla legislazione e può essere un curatore, un familiare, un tutore o un assistente. Se il consenso è espresso da un fiduciario, nella cartella clinica si devono annotare il suo nome, la relazione con il paziente e la sua decisione.



10.5 Prima della somministrazione di mezzi di contrasto, il team effettua uno screening del paziente per identificare eventuali allergie e patologie.

Linea Guida

Ad esempio, il team interroga il paziente in relazione a un'eventuale anamnesi di patologie renali. Lo screening può essere effettuato anche dal medico richiedente. Tuttavia il team riesamina tutte le informazioni cliniche pertinenti che possano avere un impatto sull'esame diagnostico.



10.6 Per le procedure che prevedono l'esposizione a radiazioni della zona addominale o pelvica, il team accerta l'eventuale stato di gravidanza della paziente in età fertile e documenta la risposta fornita.

Linea Guida

Esiste un protocollo per la gestione delle pazienti gravide o che potrebbero esserlo.



10.7 Il team effettua uno screening per verificare se il paziente è portatore di protesi, dispositivi e materiali impiantabili.

Linea Guida

Il team ottiene informazioni e relativa documentazione sui rischi associati alla presenza di protesi, dispositivi e materiali impiantabili che potrebbero compromettere la sicurezza del paziente e degli operatori e anche la qualità dell'immagine diagnostica.



11.0 Il team esegue gli esami di diagnostica per immagini.

11.1 Il team, in collaborazione con il professionista medico richiedente, sceglie la tecnica di diagnostica per immagini meno invasiva per ottenere i risultati auspicati.



11.2 Durante l'esecuzione dell'esame di diagnostica per immagini, il team provvede a schermare il paziente e i professionisti sanitari ai sensi della normativa vigente in materia.

Linea Guida

Le procedure prevedono la schermatura delle gonadi nel paziente, laddove previsto. Inoltre, i professionisti sanitari della diagnostica per immagini sono tenuti a indossare i propri dosimetri personali a termoluminescenza, i quali sono monitorati e verificati da un esperto qualificato. I dosimetri servono a misurare e monitorare i livelli di radiazioni a cui sono stati esposti i pazienti e i professionisti sanitari della diagnostica per immagini.

Cuffie o tappi auricolari amagnetici sono prontamente disponibili per proteggere il paziente dalla perdita di udito temporanea o permanente derivante dalle vibrazioni prodotte durante lo svolgimento degli esami di risonanza magnetica.



11.3

Il team applica una procedura specifica per le persone che assistono durante lo svolgimento degli esami di diagnostica per immagini.

Linea Guida

Ad esempio, il team può dover fornire i dispositivi di protezione individuale all'accompagnatore del paziente che lo assiste durante l'esame. Le persone a mobilità ridotta possono essere assistite da un assistente.



- 11.4 PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA: con la collaborazione di pazienti e familiari, si utilizzano almeno due identificativi personali specifici per assicurarsi che i pazienti ricevano l'assistenza o l'intervento adeguato previsto.

Linea Guida

L'utilizzo di identificativi personali specifici per assicurarsi che i pazienti ricevano l'assistenza o l'intervento adeguato previsto può evitare il verificarsi di violazioni della privacy e di eventi avversi quali reazioni allergiche, affidamento di pazienti a famiglie sbagliate, errori terapeutici e procedure destinate ad altra persona.

Gli elementi identificativi personali specifici utilizzati dipendono dalla popolazione assistita e dalle preferenze dei pazienti. Esempi di identificativi specifici includono il nome intero del cliente, l'indirizzo di casa (quando è confermato da paziente o familiare), la data di nascita, un codice identificativo personale (ad esempio il codice fiscale) o una foto chiara e riconoscibile. In strutture di lungodegenza o assistenza continuativa in cui l'operatore ha confidenza con il paziente, un identificativo personale specifico può essere il riconoscimento facciale. Il numero della stanza del paziente o del posto letto, oppure l'indirizzo di casa non confermato dal paziente stesso o da un familiare non rappresentano elementi identificativi personali specifici e non potrebbero essere utilizzati come tali.

L'identificazione del paziente avviene coinvolgendo il paziente e i familiari spiegando le ragioni di sicurezza alla base di tale prassi chiedendogli i dati identificativi (ad es. "Come si chiama?"). Quando pazienti e familiari non sono in grado di fornire tali informazioni allora altri metodi di identificazione sono rappresentati da braccialetti identificativi, fascicoli sanitari o carte d'identità. Due identificativi possono essere ottenuti dalla stessa fonte.

Prove di Conformità

- 11.4.1 In collaborazione con i pazienti e i familiari, si utilizzano almeno due identificativi personali specifici per assicurarsi che i pazienti ricevano l'assistenza o l'intervento adeguati previsti per loro.



11.5 Appena prima di iniziare una procedura interventistica, il team conferma l'identità del paziente, la tipologia e il sito della procedura.



11.6 Il team applica le politiche e le procedure dell'organizzazione sulla somministrazione dei farmaci, ad esempio i mezzi di contrasto, i sedativi e i radiofarmaci.

Linea Guida

Le politiche e le procedure dell'organizzazione definiscono chi è responsabile della prescrizione, della conservazione, della manipolazione e dello smaltimento dei farmaci; le modalità di preparazione dei farmaci in base alle istruzioni della casa farmaceutica; la selezione del tipo di farmaco e del dosaggio per ciascuna procedura; l'utilizzo di protocolli con gli schemi di dosaggio per i pazienti pediatrici; la verifica della selezione del farmaco corretto prima della somministrazione; la verifica del colore, della limpidezza e della data di scadenza del farmaco; il trattamento delle reazioni avverse o delle complicanze.



11.7 Il team monitora il paziente cui sono somministrati farmaci quali mezzi di contrasto, sedativi e radiofarmaci durante e dopo l'esame per verificare l'insorgenza di eventuali reazioni avverse o complicanze.



11.8 In caso di somministrazione di sedativi o di anestesia, il paziente è monitorato da componenti qualificati del team durante e dopo l'esame.

Linea Guida

Per componenti qualificati del team si intendono medici, anestesisti o infermieri.



- 11.9 Il team applica la politica e le procedure dell'organizzazione per il trattamento, la documentazione e la segnalazione di reazioni avverse.

Linea Guida

Le reazioni avverse sono documentate in cartella clinica. Si incoraggia l'organizzazione a segnalare le reazioni avverse alle autorità competenti.



- 11.10 In caso di somministrazione di farmaci quali mezzi di contrasto, sedativi e radiofarmaci, il team garantisce l'accesso immediato a operatori addestrati nella gestione delle emergenze cliniche (es. nella rianimazione cardiopolmonare ossia BLS), alla gestione del carrello delle urgenze e dei dispositivi per l'erogazione dell'ossigeno.

Linea Guida

Il carrello delle urgenze contiene i farmaci per le emergenze e i dispositivi per la rianimazione cardiopolmonare appropriati alla popolazione di pazienti (es. pazienti pediatrici).



- 11.11 Il team utilizza le proiezioni standard di ogni distretto anatomico per ottimizzare la qualità dell'immagine e minimizzare l'esposizione alle radiazioni.

Linea Guida

In radiologia, le tabelle per l'impostazione dei parametri operativi relativi ai fattori di esposizione, unitamente a una collimazione adeguata, consentono di limitare l'esposizione del distretto anatomico oggetto d'esame. La selezione dei fattori di esposizione produce radiografie diagnostiche affidabili delle parti anatomiche di pazienti aventi superfici corporee diverse e minimizza la necessità di esposizioni ripetute. Il monitoraggio del tasso di ripetizione degli esami rientra nel processo di routine del controllo di qualità.



- 11.12 Il team impiega i livelli diagnostici di riferimento allo scopo di ottimizzare la radioprotezione di pazienti adulti e pediatrici.

Linea Guida

Una delle problematiche con cui si confrontano i professionisti sanitari della diagnostica per immagini consiste nel ridurre al minimo la dose di radiazioni cui viene esposto il paziente, senza tuttavia compromettere la qualità delle immagini necessaria a formulare una diagnosi accurata. L'impiego dei Livelli diagnostici di riferimento (LDR) protegge il paziente dall'eccessiva esposizione a radiazioni superflue tramite l'impiego di una dose quanto più ragionevolmente bassa possibile.

Varie organizzazioni dispongono di un elenco di valori LDR raccomandati per un certo numero di procedure radiografiche eseguite su adulti e bambini. Il team può stabilire i valori di LDR per altre procedure non presenti nell'elenco ma che vengono eseguite presso l'organizzazione. Le misurazioni dei LDR possono essere eseguite su un fantoccio appositamente progettato per la procedura oppure direttamente sui pazienti sottoposti alla procedura.



- 11.13 Il team applica la politica e le procedure appropriate per ciascuna tecnica di diagnostica per immagini.



- 11.14 Per le procedure interventistiche, il team effettua le manovre appropriate di etichettatura, manipolazione, trasporto, tracciabilità e conservazione dei campioni biologici in condizioni di sicurezza.



11.15 Il team verifica la qualità diagnostica e l'inquadramento delle immagini prima di congedare il paziente.

Linea Guida

Il team ha un processo per verificare la qualità delle immagini e valutare la necessità di ripeterne l'acquisizione. Il team ripete gli esami di diagnostica per immagini solo quando la qualità è subottimale.



11.16 Il team applica politiche e procedure per stabilire se il paziente è idoneo alla dimissione.

Linea Guida

Le politiche e le procedure specificano i casi in cui la verifica finale deve essere svolta da un medico radiologo prima di congedare il paziente.



11.17 Il team fornisce al paziente le istruzioni da seguire nel post-procedura qualora dovessero insorgere complicanze dopo la dimissione.

12.0 Il team interpreta le informazioni delle immagini diagnostiche.



12.1 Il team interpreta tempestivamente i risultati degli esami diagnostici eseguiti in elezione, in urgenza o in regime di emergenza.

Linea Guida

L'organizzazione definisce cosa si intende per "tempestivamente" in base al livello di urgenza della richiesta e si attiene ai tempi prestabiliti.

- | | |
|---|---|
|    | <p>12.2 Il team valuta il proprio rispetto dei tempi prestabiliti per l'interpretazione dei risultati degli esami diagnostici e introduce dei miglioramenti in caso di necessità.</p> |
|     | <p>12.3 Il team informa immediatamente i professionisti medici richiedenti a fronte di riscontri inusuali, inaspettati o urgenti.</p> <p>Linea Guida</p> <p>Per riscontri inusuali, inaspettati o urgenti si intendono quei riscontri che richiedono decisioni immediate per la gestione del paziente. Inoltre, il team informa i professionisti medici richiedenti qualora dovessero emergere discrepanze tra il referto preliminare o redatto in situazione di emergenza e il referto definitivo redatto in forma scritta.</p> |
|    | <p>12.4 Il team documenta l'avvenuta comunicazione dei risultati ai professionisti medici richiedenti.</p> |

13.0 Subito dopo la lettura delle immagini, il team referta i risultati diagnostici mettendoli a disposizione dei professionisti medici appropriati.



- 13.1 Il referto identifica il paziente, il professionista sanitario che ha effettuato e refertato l'esame diagnostico e il nome del medico richiedente e contiene le informazioni relative alla procedura.

Linea Guida

Gli identificativi fondamentali del paziente includono il nome, il numero o codice identificativo, l'età o la data di nascita, il sesso, i recapiti e l'anamnesi del paziente (es. allergie note) laddove applicabile.

Laddove appropriato, il referto contiene anche: la data dell'ultimo ciclo mestruale; il tipo di mezzo di contrasto utilizzato; la quantità di mezzo di contrasto o di altre sostanze impiegate; i radiofarmaci somministrati; una descrizione di altri farmaci eventualmente somministrati; i cateteri e i dispositivi impiegati; il tempo di fluoroscopia; note riguardanti la richiesta dell'esame diagnostico; le ragioni che sottendono la necessità di ulteriori proiezioni o esami diagnostici; l'eventuale comunicazione verbale o scritta di una lettura preliminare; informazioni comparative con precedenti esami diagnostici laddove disponibili.



- 13.2 Il referto descrive la procedura utilizzando una terminologia anatomica e diagnostica precisa.



- 13.3 Il referto viene verificato in termini di accuratezza, autorizzato tramite firma scritta o digitale e riporta il nome del medico radiologo che ha effettuato la dettatura del referto.

Linea Guida

Laddove applicabile, il referto include anche il nome del medico specializzando o borsista.



13.4

Il team conserva le immagini diagnostiche insieme ai rispettivi referti in una busta chiaramente etichettata, su supporto elettronico o ricorrendo a una combinazione di entrambe le modalità.

Linea Guida

Indipendentemente dal fatto che le immagini diagnostiche e i referti siano conservati in buste o su supporto elettronico, entrambi devono essere etichettati con il nome del paziente, il numero o codice identificativo del paziente e un secondo identificativo come, ad esempio, il numero della tessera sanitaria o la data di nascita, unitamente al nome dell'organizzazione o all'identificativo della sede. La busta o la copia informatizzata sono recuperabili all'occorrenza.

GARANTIRE L'ACCURATEZZA, L'AGGIORNAMENTO E LA PROTEZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

14.0 Il team garantisce la tenuta corretta e puntuale della documentazione clinica e delle immagini diagnostiche.



14.1 La documentazione clinica include il modulo di richiesta scritto o elettronico relativo alla prestazione di diagnostica per immagini effettuata.



14.2 Il modulo di richiesta identifica il paziente, il professionista sanitario della diagnostica per immagini, il nome del medico richiedente e le informazioni relative alla procedura.

Linea Guida

Gli identificativi fondamentali del paziente includono il nome, il numero o codice identificativo, l'età o la data di nascita, il sesso, i recapiti e l'anamnesi del paziente (es. allergie note) laddove applicabile.

Le informazioni sulla procedura includono la data della richiesta; la data di ricezione della richiesta; la data di esecuzione dell'esame; il numero di immagini acquisite; i farmaci somministrati, ivi compresi il tipo di mezzo di contrasto utilizzato, la quantità di mezzo di contrasto e/o sostanze impiegate, il tempo di fluoroscopia e i radiofarmaci.



14.3 Il professionista sanitario della diagnostica per immagini facente parte del team registra le proprie iniziali, il proprio nome o il proprio codice identificativo (per iscritto o su supporto elettronico) allo scopo di attestare il proprio coinvolgimento nella procedura di diagnostica per immagini effettuata.

- | | | | |
|--|--|--|---|
| | | | 14.4 L'immagine diagnostica riporta il nome e il cognome del paziente, un secondo identificativo, il nome dell'organizzazione e la data e l'ora di esecuzione dell'esame. |
| | | | 14.5 Il team conserva in modo sicuro e protetto una copia dell'immagine diagnostica sotto forma di documentazione clinica permanente. |
| | | | 14.6 E' possibile recuperare la documentazione clinica permanente per eventuali aggiornamenti, laddove necessario. |

Linea Guida

Questo permette di registrare eventuali altri riscontri pertinenti al caso, da utilizzarsi a scopo comparativo con altri esami, e consente ad altri gruppi di diagnostica per immagini di confermare la diagnosi riesaminando l'immagine.

- | | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | 14.7 Il team utilizza un sistema di archiviazione computerizzato o cartaceo per trasmettere e conservare la documentazione clinica e le immagini diagnostiche. | |
| | | | | 14.8 Le immagini diagnostiche e i relativi referti possono essere recuperati utilizzando le informazioni identificative del paziente. |

Linea Guida

La conservazione sicura e protetta delle immagini, dei referti o della documentazione clinica tutela la riservatezza e la privacy del paziente.



14.9

Il team applica i requisiti minimi per i tempi di conservazione della documentazione clinica in conformità a quanto previsto dalle linee guida regionali.

MONITORARE LA SICUREZZA E LA QUALITÀ DEI SERVIZI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI



15.0 Il team promuove la sicurezza nell'ambito dei servizi di diagnostica per immagini.

15.1 Il team dispone di un programma per la sicurezza, sotto la direzione di un preposto alla sicurezza, di un comitato per la sicurezza o di entrambi.

Linea Guida

Il preposto alla sicurezza o il comitato per la sicurezza hanno la responsabilità di far cessare le attività ritenute non sicure, di riesaminare tutti gli incidenti e di formulare raccomandazioni volte a prevenire il ripetersi di un incidente.

Il preposto alla sicurezza o il comitato per la sicurezza possono inoltre: essere responsabili del riesame del contenuto dei manuali aziendali sulla sicurezza e della loro fruibilità; della verifica dei programmi di orientamento, addestramento e formazione; del monitoraggio e della valutazione delle funzioni organizzative in materia di sicurezza; del riesame di tutti gli incidenti documentati e dell'approvazione delle relative raccomandazioni.



15.2 Il team dispone di un manuale della sicurezza adattato ai servizi di diagnostica per immagini.

Linea Guida

Il manuale della sicurezza contiene i requisiti specifici per i servizi di diagnostica per immagini, ad esempio in materia di sicurezza del paziente e degli operatori, sicurezza delle apparecchiature, radioprotezione, sicurezza dei campi magnetici, sicurezza antincendio, sicurezza elettrica, gas compressi, soluzioni, sostanze chimiche e materiali radioattivi, gestione e smaltimento dei rifiuti e controllo delle infezioni.



15.3 Il team dispone di politiche e procedure per la gestione delle emergenze cliniche.

Linea Guida

Esempi di emergenze cliniche per i servizi di diagnostica per immagini includono le reazioni avverse ai mezzi di contrasto.



15.4 Il team si prepara alla gestione delle emergenze cliniche partecipando a esercizi di simulazione.



15.5 Il team ha una procedura per ricevere, documentare e tenere sotto controllo le notifiche di allerta medica e le notifiche di sicurezza emesse dagli organismi regolatori nazionali e regionali.



15.6 Precauzioni universali contro le cadute – Criterio di alta priorità

Si individuano le precauzioni universali contro le cadute applicabili nell'ambito della struttura e le si implementano al fine di garantire un ambiente sicuro dove le cadute sono evitabili e il rischio di lesioni è ridotto.

Linea Guida

Le organizzazioni devono individuare e adottare le giuste precauzioni per tutelare qualsiasi paziente, indipendentemente dal rischio di cadute. L'acronimo S.A.F.E. (Safe environment, Assist with mobility, Fall-risk reduction, Engage client and family / Ambiente sicuro, Assistere nella mobilità, Riduzione del rischio di cadute, Coinvolgere paziente e familiari) descrive le metodologie fondamentali delle precauzioni universali da adottare al fine di prevenire le cadute. I seguenti sono esempi di precauzioni universali da adottare contro le cadute: aiutare il paziente a familiarizzare con l'ambiente; disporre eventualmente di pulsanti di chiamata (ad esempio, nei bagni) assicurarsi che siano a portata di mano; predisporre robusti corrimano in bagni, camere e corridoi; utilizzare un'adeguata illuminazione; fornire ai pazienti sedie in caso soffrano di problemi di motilità; porre ausili per la mobilità a portata di mano così come appropriato per i pazienti; tenere le superfici dei pavimenti pulite e asciutte; pulire qualsiasi tipo di sversamento prontamente; tenere i corridoi e i reparti sgombri. È importante individuare il tipo di precauzioni in linea con la struttura clinica e le esigenze dei pazienti in essa presenti, compreso il loro diritto di mantenere comportamenti a rischio.



15.7 Il team identifica le attività ad alto rischio ed implementa processi di verifica al fine di mitigarlo.

Linea Guida

Al fine di identificare le attività ad alto rischio il team può analizzare i propri servizi utilizzando le informazioni per sviluppare e implementare sistemi di controllo allo scopo di prevenire e ridurre il rischio di danni al paziente. Nell'ambito della continuità assistenziale, i sistemi variano in funzione dei servizi. Essi includono a titolo esemplificativo seppur non in maniera esaustiva:

procedure per ripetere o rileggere (“repeat back” e “read back”) richieste diagnostiche o prescrizioni ricevute verbalmente
 sistemi di verifica della temperatura dell'acqua per fare il bagno ai pazienti
 moduli identificativi standardizzati per i pazienti con bisogni complessi per la gestione dei medicinali
 sistemi di allerta automatici per comunicare i risultati critici di esami
 promemoria generati dal computer per esami di controllo su pazienti ad alto rischio
 procedimento di controllo per le emotrasfusioni affidato a due persone
 doppio controllo indipendente per dispensare e somministrare medicinali ad alto rischio
 sistemi di codici a barre per la dispensazione, etichettatura e somministrazione di farmaci
 software di supporto decisionale per verificare la registrazione delle prescrizioni e/o la verifica delle interazioni farmacologiche
 sistemi di monitoraggio delle condizioni di sicurezza per gli operatori di organizzazioni che operano sul territorio, oppure per i pazienti inseriti in ambienti ad alto rischio
 protocolli standardizzati per il monitoraggio della frequenza cardiaca fetale in caso di induzione o potenziamento farmacologico del travaglio o di parto ad alto rischio
 sistema di monitoraggio delle temperature dei frigoriferi adibiti allo stoccaggio di vaccini
 protocolli standardizzati per l'uso di sistemi di contenzione
 procedure di screening standardizzate per accertare eventuali allergie ai mezzi di contrasto



15.8 Si segnalano gli incidenti sulla sicurezza del paziente conformemente alla politica organizzativa e documentandoli adeguatamente nella cartella clinica del paziente e nei registri dell'organizzazione.

Linea Guida

Le attività di segnalazione e registrazione vengono svolte in maniera tempestiva. Gli incidenti sulla sicurezza del paziente comprendono incidenti con danno, incidenti senza danno e near miss (quasi eventi).



15.9 Si comunicano a pazienti e familiari gli incidenti a loro danno in base alla politica organizzativa, e se necessario si facilita l'accesso a servizi di supporto.

16.0 Il team dispone di un programma per il controllo della qualità dei servizi di diagnostica per immagini.



16.1 Il team conserva e aggiorna il registro delle procedure di controllo qualità.



16.2 Il team documenta i risultati delle procedure di controllo qualità, le criticità rilevate e le azioni correttive intraprese.



16.3 Il team effettua un'analisi delle immagini respinte/esami ripetuti, su cui redige un report mensile, come parte integrante del proprio programma di controllo qualità.

Linea Guida

L'analisi delle immagini respinte/esami ripetuti consente di determinare la causa della non utilizzabilità delle pellicole o immagini digitali ai fini diagnostici e per indicare i miglioramenti necessari.



16.4 Il team documenta tutte le analisi delle immagini respinte/esami ripetuti, ivi comprese le azioni correttive poste in essere.



16.5 Il team conserva la documentazione relativa alle immagini respinte/esami ripetuti per il periodo stabilito dalla politica aziendale.

Linea Guida

La politica aziendale sui tempi di conservazione dei documenti dovrebbe attenersi a quanto previsto dalla normativa regionale e nazionale vigente in materia.

17.0 Il team raccoglie e utilizza indicatori allo scopo di guidare le iniziative volte al miglioramento della qualità.



17.1 Il team raccoglie dati e feedback sulla qualità dei servizi dai pazienti e familiari, dal personale, dai professionisti sanitari, dai leader dell'organizzazione e da altre organizzazioni in modo da avere indicazioni sulle iniziative da adottare per migliorare la qualità.

Linea Guida

Il team raccoglie regolarmente dati e feedback sulla qualità dei servizi dai principali stakeholder. I feedback, sotto forma di grado di soddisfazione oppure di dati relativi all'esperienza del paziente e dei familiari, reclami, indicatori, esiti, schede di valutazione, dati sull'analisi degli incidenti e rendiconti finanziari, possono essere raccolti in vari modi, tra cui questionari, focus groups, interviste, riunioni o registrazione di reclami.



17.2 Il team utilizza le informazioni e i riscontri raccolti per identificare opportunità per iniziative di miglioramento della qualità.

Linea Guida

Il team utilizza i feedback, come anche altri tipi di informazioni, l'osservazione e l'esperienza, per identificare e assegnare una priorità alle aree in cui adottare iniziative per il miglioramento della qualità. Ciò si realizza utilizzando una procedura standardizzata basata su criteri quali esiti riferiti dai pazienti, rischio, volume o costo.



17.3 Il team identifica obiettivi misurabili per le sue iniziative di miglioramento della qualità e specifica l'intervallo temporale entro il quale devono essere raggiunti.

Linea Guida

Gli obiettivi di miglioramento della qualità definiscono che cosa il team cerchi di raggiungere ed entro quando. Obiettivi adeguati di miglioramento della qualità hanno target superiori alle attuali prestazioni. Generalmente, gli obiettivi di miglioramento della qualità sono a breve termine e sono allineati con le priorità strategiche a lungo termine o con le aree di sicurezza del paziente. L'intervallo temporale varia in funzione della natura dell'area di miglioramento.

L'acronimo SMART rappresenta un utile strumento per fissare obiettivi strategici, che dovrebbero essere Specifici, Misurabili, Arrivabili/Raggiungibili, Realistici e Temporalmente limitati (in inglese SMART: Specific, Measurable, Achievable, Realistic, and Time-bound).



17.4 Il team identifica gli indicatori da utilizzare per monitorare i progressi per ciascun obiettivo di miglioramento della qualità.

Linea Guida

Il team utilizza indicatori per verificare se le attività abbiano determinato un cambiamento e se questo rappresenti un miglioramento. Principalmente, gli indicatori sono selezionati in funzione della loro rilevanza e capacità di monitorare accuratamente i progressi. Se vi sono più indicatori potenziali, il team li seleziona sulla base di criteri quali la validità scientifica e la fattibilità. Se il team ha difficoltà a scegliere gli indicatori, ciò può voler dire che l'obiettivo di miglioramento della qualità deve essere chiarito meglio.



17.5 Il team raccoglie, analizza e interpreta i dati sull'appropriatezza degli esami, l'accuratezza delle interpretazioni e l'incidenza delle complicanze e degli incidenti sulla sicurezza del paziente.

Linea Guida

Ad esempio, per quanto riguarda la teleradiologia e altri esami diagnostici, vengono raccolti i dati sull'appropriatezza e sulla qualità dei dati trasmessi.



17.6 Il team riesamina, con cadenza almeno annuale, i propri livelli diagnostici di riferimento (LDR) nell'ambito del suo programma di miglioramento della qualità.

Linea Guida

I valori LDR stabiliti dall'organizzazione per la propria popolazione di pazienti, andrebbero periodicamente sottoposti a riesame allo scopo di valutarne l'appropriatezza.



17.7

Il team si serve di un processo per la gestione o il riesame dell'utilizzo delle risorse per monitorare i servizi di diagnostica per immagini.

Linea Guida

Il team registra i risultati del riesame dell'utilizzo delle risorse e può paragonarli a standard esterni o a quelli di organizzazioni analoghe.



17.8

Il team utilizza i risultati del riesame dell'utilizzo delle risorse allo scopo di educare i medici richiedenti e i professionisti sanitari della diagnostica per immagini sull'utilizzo appropriato degli appositi servizi.



17.9

Il team progetta e testa le iniziative volte al miglioramento della qualità per raggiungere gli obiettivi.

Linea Guida

Le attività di miglioramento della qualità sono le azioni utilizzate per apportare migliorie e rientrano nel più ampio piano di miglioramento della qualità. Prima di essere implementate su larga scala, le attività sono definite e sperimentate su scala ridotta per determinarne l'effetto.



17.10 Il team stabilisce per ciascun indicatore un livello di base iniziale basandosi su dati che vengono raccolti a tale scopo, o su dati già disponibili.

Linea Guida

Stabilire un livello di base iniziale (baseline) consente di monitorare i progressi volti al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento della qualità attraverso il confronto fra i dati registrati prima e dopo l'introduzione dell'attività, e la registrazione delle variazioni. Stabilire una baseline può richiedere uno o più punti dati e viene valutata in un periodo di tempo definito. Una volta stabilita la baseline, il team potrebbe dover rivalutare gli obiettivi di miglioramento della qualità, al fine di verificare che siano sempre fattibili e pertinenti.



17.11 Il team segue una procedura per raccogliere periodicamente i dati indicatori per tenere sotto controllo i progressi.

Linea Guida

Il team determina in che modo e con quale frequenza debbano essere raccolti i dati. La raccolta periodica dei dati consente al team di tenere sotto controllo l'andamento nel tempo e di imparare a conoscere la normale variazione dei valori.



17.12 Il team analizza e valuta periodicamente i dati indicatori per determinare l'efficacia delle iniziative volte al miglioramento della qualità.

Linea Guida

Il team confronta gli effetti attesi dalle iniziative di miglioramento della qualità con quelli effettivi, e in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo apporta i necessari correttivi per conseguirlo.

L'analisi dei dati identifica le tendenze e può evidenziare le aree di servizio in cui potrebbe essere necessario introdurre iniziative di miglioramento della qualità. Gli indicatori raccolti nel tempo possono essere riportati sotto forma di grafici di andamento (run chart) o di controllo (control chart), due validi strumenti di analisi dei dati.

Se il team non ha le competenze per l'analisi dei dati, richiede una consulenza qualificata interna o esterna.



17.13 Il team implementa attività efficaci di miglioramento della qualità su vasta scala.

Linea Guida

Il team implementa su vasta scala le attività di miglioramento della qualità che si sono dimostrate efficaci nella fase di sperimentazione. Il modo in cui lo fa varia in funzione della portata e della scala dei servizi che offre, come anche in considerazione dell'intervallo temporale, in ogni caso un'attività efficace è implementata in più di un'area di assistenza e per un periodo più lungo possibile.



17.14

Il team condivide le informazioni sulle attività di miglioramento della qualità, sui risultati e sulle esperienze con assistiti, familiari, personale, professionisti sanitari, responsabili dell'organizzazione e altre organizzazioni, a seconda del caso.

Linea Guida

Il team adatta le informazioni in funzione del destinatario, esprimendole nel linguaggio più appropriato ad ogni contesto.

Condividere i risultati delle valutazioni e i miglioramenti aiuta il personale, i professionisti sanitari e gli stakeholder a familiarizzare con la filosofia e i benefici derivanti dal miglioramento della qualità, coinvolgendo i responsabili dell'organizzazione nel processo. È altresì utile all'organizzazione per diffondere le attività efficaci di miglioramento della qualità, tanto al suo interno come all'esterno, e per dimostrare il suo impegno verso il miglioramento costante della qualità. Tra gli altri benefici, condividere gli indicatori all'esterno consente il confronto con le organizzazioni che offrono servizi analoghi.



17.15 Il team analizza e valuta periodicamente la fattibilità, la pertinenza e l'utilità delle iniziative miranti al miglioramento della qualità.

Linea Guida

Il team analizza e valuta periodicamente le iniziative volte al miglioramento della qualità, incluse attività, obiettivi e indicatori. Il team utilizza i dati per pianificare le iniziative future di miglioramento della qualità, in cui rientra anche come e quando sostenere o diffondere le iniziative esistenti nell'ambito dell'organizzazione. Il team valuta gli esiti delle iniziative di miglioramento della qualità in funzione del loro allineamento rispetto al piano generale di miglioramento della qualità, agli scopi e agli obiettivi, alla mission e ai valori, come pure al piano strategico dell'organizzazione. Il team valuta se gli obiettivi sono stati raggiunti nel periodo previsto e se questo è ancora rilevante.

Sulla base dell'analisi delle iniziative è possibile aggiungere, correggere o eliminare obiettivi e indicatori. Si prende nota del motivo che ha indotto a intervenire per introdurre modifiche.