



*Associazione Europea Infermieri Dialisi e Trapianto
Associazione Europea per il Trattamento delle Malattie Renali
Filiale Italiana*

Manuale di autovalutazione per l'accreditamento di eccellenza dell'assistenza infermieristica in nefrologia e dialisi

*Gruppo di Lavoro per la Qualità e l'Accreditamento EDTNA-ERCA Filiale Italiana
Testo a cura di: G. Boarino, R. Montesano, M. Rivetti
Revisione: A. Zampieron, S. Geatti, M. T. Benedetto, M. Pegoraro*

Sommario

Presentazione	pag.	5
Introduzione	pag.	6
Il percorso di elaborazione	pag.	8
Struttura del manule	pag.	10
Guida al manuale	pag.	13
Fasi dell'esperienza del paziente/cliente: criteri e livelli di performance	pag.	17
Fase dell'esperienza 1: Ammissione	pag.	18
<i>Dimensione: Accoglienza</i>		
<i>Dimensione: Valutazione iniziale e Presa in carico</i>		
Fase dell'esperienza 2: Degenza/Assistenza ambulatoriale Assistenza domiciliare/Day Hospital (DA)	pag.	26
<i>Dimensione: Progetto assistenziale</i>		
<i>Dimensione: Progetto assistenziale infermieristico</i>		
<i>Dimensione: Gestione di specifiche situazioni clinico-assistenziali</i>		
<i>Dimensione: Rivalutazione ed eventuale rivalutazione del progetto assistenziale</i>		
Fase dell'esperienza 3: Dimissione e Follow-up/Continuità assistenziale	pag.	45
<i>Dimensione: Aspetti clinico-assistenziali</i>		
Funzioni organizzative: criteri e livelli di performance	pag.	47
Governare, Leadership, Direzione (GLD)	pag.	48
Formazione e Ricerca (FR)	pag.	56
Valutazione e Miglioramento della Qualità (VQ)	pag.	60
Gestione delle Informazioni (GI)	pag.	63
Scheda di ponderazione dei criteri	pag.	67
Scheda di sintesi dei punteggi	pag.	87
Glossario	pag.	91

Presentazione

Negli ultimi vent'anni si sono profondamente modificati i metri di misura dell'efficacia dei servizi sanitari. Da una chiave di lettura a forte dimensione quantitativa (quante prestazioni), si è passati ad un approccio sistematico in cui quello che conta sono i risultati delle prestazioni. Nel frattempo si è fatta strada una nuova e più significativa cultura della qualità. Ciò ha comportato e comporta per tutti gli operatori – pena la loro obsolescenza funzionale – una integrale revisione del proprio ruolo, delle proprie attività, delle proprie relazioni con il sistema organizzativo e con il paziente-utente. Dal punto di vista istituzionale sono state assunte modalità di promozione della qualità conosciute come “certificazione” e “accreditamento”.

In quest'ultima prospettiva si colloca questo “Manuale di autovalutazione” che la Filiale Italiana Edtna-Erca mette ora a disposizione degli infermieri del settore nefrologico. Si tratta di uno strumento di “pronto utilizzo”, che può aiutare il team infermieristico delle unità operative di nefrologia e dialisi a elevare gli standard di qualità. Il manuale propone infatti un percorso di crescita professionale su obiettivi condivisi, sostenibili e misurabili, ma nel contempo mette in evidenza la necessità che nel sistema infermieristico vi siano effettivi momenti decisionali in grado di imprimere i cambiamenti organizzativi indispensabili per il miglioramento della qualità.

Trattandosi di un campo in continuo sviluppo, il manuale sarà suscettibile di modifiche con l'evolversi dei bisogni, delle indicazioni di pianificazione fornite dalla normativa ma soprattutto dalle proposte di revisione elaborate dai gruppi professionali che lo utilizzeranno come uno strumento attivo.

*Sandro Geatti
Key Member Edtna-Erca, Filiale Italiana*

Aprile 2002

Introduzione

Gli infermieri sono impegnati ed integrati con altri professionisti nei progetti assistenziali e nei processi di miglioramento continuo della qualità: il prodotto finale ed i risultati dipendono strettamente dalla combinazione del contributo delle varie parti dell'organizzazione.

Gli infermieri hanno la necessità di operare per l'accreditamento di eccellenza dell'assistenza infermieristica avvalendosi di un manuale, in relazione a vari mutamenti professionali, giuridici, sociali, fra i quali:

- la nuova realtà infermieristica disegnata dalla Legge 42/1999, la quale disciplina l'autonomia e la responsabilità della professione infermieristica, e dalla Legge 251/2000, in cui viene attribuita alla dirigenza infermieristica la diretta responsabilità clinico-organizzativa e gestionale delle attività di assistenza infermieristica;
- la pubblicazione del Patto con il Cittadino e del Nuovo Codice Deontologico, dichiarazioni e principi guida che ci pongono di fronte al cittadino con un contratto, rispetto a cui ci si impegna¹;
- la richiesta di sempre maggior sicurezza, per un'assistenza sicura di buona qualità tecnico-scientifica;
- l'esigenza di fare buon uso delle risorse umane e materiali, in quanto la non qualità ha un costo per la comunità;
- le potenzialità educative, perché il processo di accreditamento all'eccellenza è sempre volontario, correttivo, mai punitivo. Inoltre, un'équipe infermieristica è diventata consapevole e responsabile del fatto che il processo di elaborazione dei criteri specifici di buona qualità non può essere delegato ad altri professionisti².

Il processo mentale di riflessione e autodiagnosi permette l'individuazione di livelli di qualità a cui tendere, la misurazione delle proprie carenze,

¹ Fiamminghi M. Autorizzazione, certificazione ed accreditamento, quale ricaduta sui processi gestionali infermieristici. In Atti Congresso nazionale Associazione Infermieristica ANIARTI 1999.

² Ibidem

conferisce maggiore senso alle attività svolte quotidianamente. La valutazione è quindi mirata al miglioramento continuo³ e questo determina un'autoformazione che si traduce in maggiore soddisfazione lavorativa.

L'intento degli autori è quello di proporre uno strumento per l'autovalutazione e l'autodiagnosi organizzativa, il quale serva ai professionisti che operano nelle Unità di Nefrologia-Dialisi per valutare il livello di qualità raggiunto nell'assistenza infermieristica prevedendo azioni di miglioramento per raggiungere livelli di eccellenza, avendo come punto cardine di riferimento le esigenze del cittadino/cliente del Servizio Sanitario Nazionale⁴.

Lo strumento deve essere periodicamente revisionato ed aggiornato in base alle evidenze scientifiche, diffondendolo al maggior numero possibile di professionisti ed ottenendone il consenso.

³ Ovretveit J. Valutazione degli interventi in Sanità. Torino: Centro Scientifico Editore, 2000: 161-81

⁴ Padua R, Romanini E, Zanoni G. Il ruolo del paziente nel controllo della qualità dell'assistenza sanitaria. De Sanitatae 2000; 19: 43-50

Il percorso di elaborazione

Lo schema generale per la costruzione di questo manuale di accreditamento è riferito sia alla letteratura infermieristica sia a quella manageriale della Total Quality Management, senza dimenticare le disposizioni normative sull'argomento. In particolare si è attinto alla Carta dei Servizi Sanitari e alle Linee guida attuative della stessa. Si è considerato soprattutto il principio che per effettuare il controllo di qualità vanno consultati, oltre agli esperti consultazione degli esperti, anche i cittadini, al fine di valutare la loro soddisfazione.

Recentemente tali indirizzi legislativi sono stati rafforzati dall' articolo 11 del Dlgs 30 luglio 1999, n. 286 il quale prevede la "partecipazione diretta dei cittadini e degli utenti già nelle procedure di definizione degli standard qualitativi". Alla luce di tali principi è stato reiterato il metodo dell'albero della qualità, fondato sulla ricostruzione del percorso effettuato dal paziente all'interno dell'area di bisogno considerata (fig.1).

L'elaborazione dei criteri di accreditamento è stata guidata dall' analisi dei risultati ottenuti della consultazione dei gruppi di professionisti a livello locale e nazionale, dagli spunti ricavati dalle interviste a pazienti, familiari o associazioni di tutela dei cittadini/clienti, dello stato dell'arte e dalla letteratura sull'assistenza infermieristica in Nefrologia-Dialisi, soprattutto a quella relativa a più rilevanti interventi diagnostico-terapeutico-assistenziali in campo nefrologico più rilevanti^{5,6}. Di fondamentale importanza sono stati gli spunti di riflessione emersi dagli approfondimenti in materia di accreditamento^{7,8,9,10}.

⁵ EDTNA-ERCA European Standards for Nephrology Nursing Practice 1994

⁶ EDTNA-ERCA Core Curriculum for a Post-Basic Course in Nephrology Nursing 1994

⁷ Liva C. L'accreditamento di eccellenza e l'accreditamento istituzionale sono compatibili tra loro? In Atti Congresso nazionale Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria. Saint Vincent, ottobre 2000

⁸ Cerati C. Strategie e strumenti per la Qualità. Accreditamento. Professioni Infermieristiche 1999; 4:214-6

⁹ Liva C. Accreditamento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000. QA 1999; 10 (3): 145-61

¹⁰ Scrivens E. Accreditamento dei Servizi Sanitari. Torino: Centro Scientifico Editore, 1997: 84

La validazione teorica dei criteri è avvenuta utilizzando tecniche di consenso e la tecnica Delphi, successivamente si è realizzata una sperimentazione del manuale nell'unità operativa di Nefrologia-Dialisi dell'ospedale di Alba, al fine di verificarne l'efficacia pratica (affidabilità, fattibilità, precisione e accettabilità) e la reale utilità nel diagnosticare le maggiori criticità all'interno delle dimensioni indagate.

Struttura del manuale

Il manuale specifica i criteri orientativi dell'attività professionale all'interno delle unità operative di nefrologia e dialisi. È proposto un insieme di indicatori, attraverso i quali è possibile rilevare il grado di realizzazione dei criteri stessi. I criteri definiscono gli obiettivi che il gruppo professionale si propone di raggiungere. All'interno dei criteri sono inclusi fattori di qualità strutturale, di processo e di risultato. Si considera sempre anche la qualità attesa dalla persona assistita e dei familiari.

La struttura del manuale consta di 11 dimensioni, organizzate in funzioni centrate sul paziente e funzioni organizzative.

Le funzioni centrate sul paziente sono:

1. Accoglienza
2. Valutazione iniziale e presa in carico
3. Progetto assistenziale
4. Processo assistenziale infermieristico
5. Gestione di specifiche situazioni clinico-assistenziali
6. Rivalutazione e eventuale revisione del progetto assistenziale
7. Aspetti clinico assistenziali della dimissione, del follow-up e dell'assistenza ambulatoriale e domiciliare

Le funzioni organizzative descritte sono:

1. Governo, leadership e direzione
2. Formazione e ricerca
3. Valutazione e miglioramento della qualità
4. Gestione del sistema informativo

All'interno delle dimensioni sono definiti i criteri generali, suddivisi in criteri specifici e subspecifici. Il criterio generale è un'ampia enunciazione di come dovrebbe essere la realtà operativa, un ideale da raggiungere. I criteri

specifici prevedono un limite numerico ed esprimono in modo esplicito ed osservabile i livelli di qualità.

Le funzioni centrate sul paziente si incentrano sulla persona assistita. La valutazione dei criteri è orientata essenzialmente sull'attività svolta dal personale (valutazione del processo). Questo orientamento si fonda sull'assunto secondo cui se il processo è corretto, vi sono buone probabilità che i risultati siano idonei. Inoltre si considerano i risultati che tale attività realizza a beneficio degli utenti (valutazione degli esiti).

Le funzioni organizzative sono incentrate sui processi gestionali, ponendo l'attenzione sugli aspetti della struttura organizzativa che possono influire sulla qualità dell'assistenza infermieristica. L'attenzione è focalizzata sui fattori che esprimono la capacità operativa complessiva e integrata del servizio, il quale deve aver identificato e sancito determinati criteri di qualità attesi, coerenti con la propria impostazione filosofica e strategica¹¹. La misura di questi processi può indicare la capacità dell'organizzazione di sostenere l'assistenza infermieristica.

¹¹ Boggio Gilot C, Marmo G. Proposte di criteri di accreditamento per la formazione infermieristica universitaria. *Professioni Infermieristiche* 1999; (2): 109-16

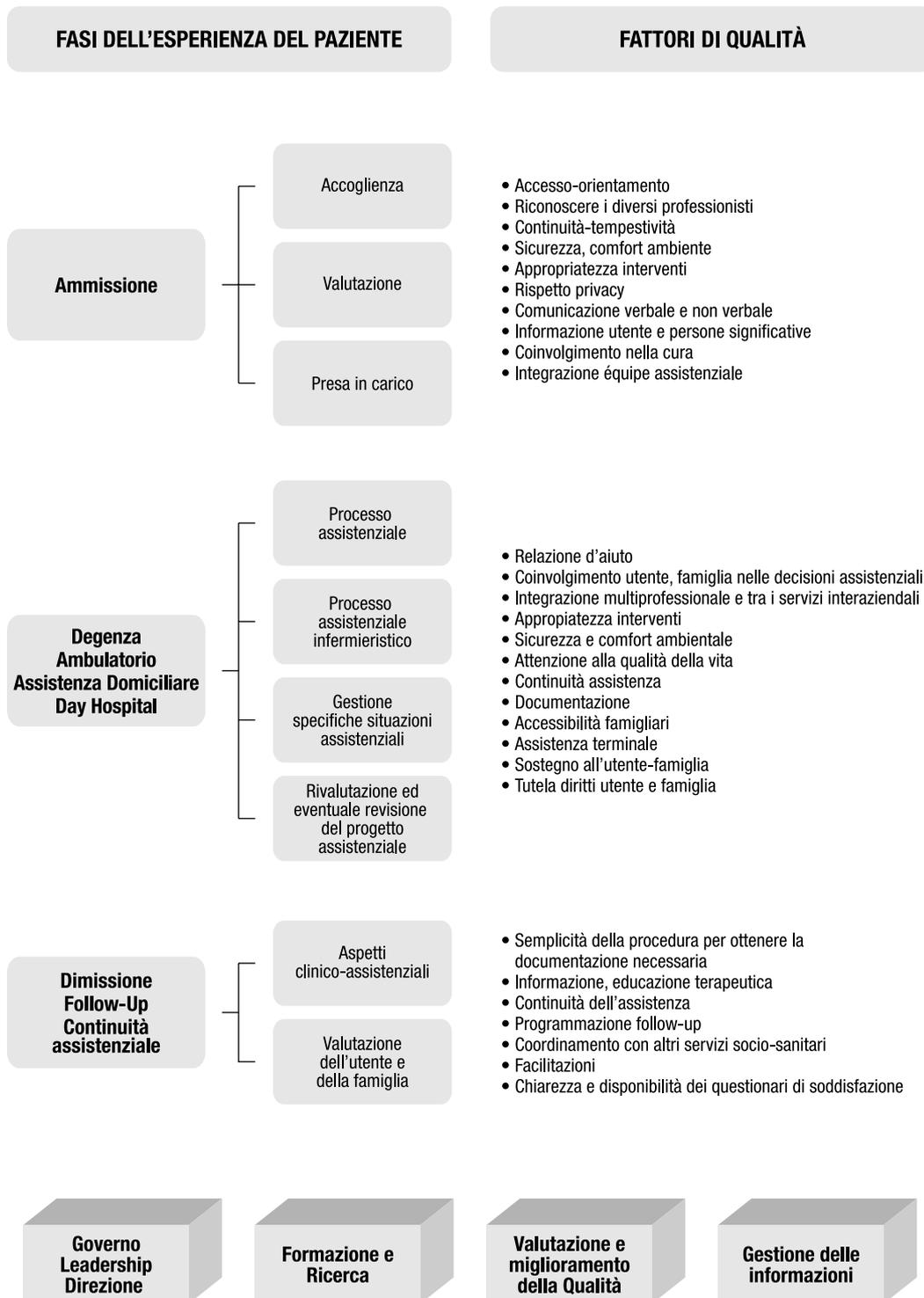


Fig.1
Albero della qualità dell'assistenza infermieristica nelle UU.OO di Nefrologia e Dialisi¹²

¹² tratto e adattato da Carta dei servizi, DPCM 19 maggio 1995)

Guida al manuale

Il manuale analizza 137 criteri suddivisi in 15 generali, 99 specifici e 23 subspecifici.

Il manuale presenta:

- le dimensioni o aree di aggregazione dei criteri di accreditamento;
- la tipologia generale dei criteri e dei livelli di performance;
- il sistema di ponderazione dei criteri e le modalità di attribuzione dei punteggi;
- il glossario.

Il sistema di ponderazione dei criteri riporta i punteggi attribuiti a ciascun criterio di accreditamento e una scheda di sintesi per la raccolta dei punteggi.

I criteri di accreditamento contenuti in questo manuale sono stati aggregati in 11 dimensioni, suddivise in funzioni centrate sul paziente e funzioni organizzative (fig. 2).

Ogni dimensione è introdotta da un enunciato generale, il quale esprime la finalità della specifica fase e i valori ad essa sottesi.

In casi specifici è stata anche elaborata una nota esplicativa posta dopo il criterio in *corsivo*, oppure una precisazione tra parentesi.

I criteri sono identificati con una o più lettere che indicano la fase dell'esperienza analizzata (es. per la fase Governo-Leadership-Direzione = GLD) seguite da un codice numerico fino a 3 cifre a seconda che si tratti di un criterio generale (1 cifra), specifico (2 cifre) o sub-specifico (3 cifre) (fig.3).

Al manuale viene allegato un Glossario che riporta le definizioni della maggior parte dei termini utilizzati.

A. Funzioni centrate sul paziente	
1. Accoglienza	AMMISSIONE
2. Valutazione iniziale e presa in carico	A
3. Progetto Assistenziale	DEGENZA
4. Processo assistenziale infermieristico	ASSISTENZA AMBULATORIALE
5. Gestione di specifiche situazioni clinico-assistenziali	ASSISTENZA DOMICILIARE
6. Rivalutazione ed eventuale revisione del progetto assistenziale	DAY HOSPITAL
	D/A
7. Aspetti clinico-assistenziali	DIMISSIONI/FOLLOW UP
	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
	D/F
B. Funzioni organizzative	
8. Governo, leadership, direzione	GLD
9. Formazione e ricerca	FR
10. Valutazione e miglioramento della Qualità	VQ
11. Gestione delle informazioni	GI

Fig 2

GLD. 3	Sono definite le competenze professionali specifiche del personale infermieristico attese dall'organizzazione
GLD. 3.1	L'équipe infermieristica ha elaborato il profilo di competenza professionale specifica
GLD. 3.1.1	Vi è evidenza che il profilo di competenza specifica è stato elaborato in coerenza con: <ul style="list-style-type: none"> a) le funzioni generali dell'infermiere stabilite dal profilo professionale e dal codice deontologico b) i bisogni di salute dell'utenza servita c) i bisogni dell'organizzazione

Fig 3
Esempio di codifica dei criteri di accreditamento

Per ogni criterio sono stati esplicitati i livelli di performance distribuiti su una scala, a volte presente in modo parziale, che comprende un punteggio da 1 a 5, dove 1 rappresenta il livello più alto (di eccellenza), mentre 5 il livello più basso. Ad ogni punteggio viene attribuito un peso, rappresentato nella Tabella 1:

SCORE (o punteggio)	LIVELLO DI PERFORMANCE	PESO
1	Evidenza assoluta di corrispondenza al criterio	100%
2	Evidenza significativa di corrispondenza al criterio	75%
3	Evidenza parziale di corrispondenza al criterio	50%
4	Evidenza minima di corrispondenza al criterio	25%
5	Assenza di corrispondenza al criterio	0%

Tab. 1
Livelli di performance di ogni singolo criterio e peso

Per la valutazione si propone un sistema di ponderazione a punti, la cui somma totale è 1000 punti. Per ogni dimensione indagata è stato definito un punteggio totale massimo e, di conseguenza, ad ogni criterio è stato assegnato un valore in punti. La somma dei punteggi permette di valutare il livello di qualità raggiunto, sia nella singola dimensione, sia nell'intera fase dell'esperienza considerata. In questo modo sarà possibile, in fase applicativa, stabilire delle priorità di valutazione e di intervento di miglioramento.

Nella Tabella 2 vengono indicati i punteggi distribuiti alle diverse dimensioni.

Tab. 2
Punteggi attribuiti alle diverse dimensioni

DIMENSIONI	PUNTEGGIO
Funzioni centrate sul paziente	700 punti
Ammissione	
1. Accoglienza	60 punti
2. Valutazione iniziale e presa in carico	80 punti
Degenza/Ass. ambulatoriale/Ass. domiciliare/ Day Hospital	
3. Progetto Assistenziale	100 punti
4. Processo assistenziale infermieristico	150 punti
5. Gestione di specifiche situazioni clinico-assistenziali	120 punti
6. Rivalutazione ed eventuale revisione del progetto assistenziale	120 punti
Dimissione/Follow up/Continuità assistenziale	
7. Aspetti clinico-assistenziali	70 punti
Funzioni organizzative	300 punti
8. Governo, leadership, direzione	61 punti
9. Formazione e ricerca	60 punti
10. Valutazione e miglioramento continuo	60 punti
11. Gestione delle informazioni	119 punti
TOTALE	1000 punti

Quando si è individuato il livello di performance di ogni criterio, gli si può attribuire lo score, e quindi il punteggio definitivo raggiunto. Si riportano due esemplificazioni.

Esempio 1

FR 2.1 Tutti gli infermieri ricevono una formazione orientata all'applicazione dei risultati di studi di ricerca.

SCORE	LIVELLO DI PERFORMANCE
1	Tutti gli infermieri ricevono una formazione orientata all'applicazione dei risultati di studi di ricerca
2	Il 99-75% degli infermieri ricevono una formazione orientata all'applicazione dei risultati di studi di ricerca
3	Il 74-50% degli infermieri ricevono una formazione orientata all'applicazione dei risultati di studi di ricerca
4	Meno del 50% degli infermieri ricevono una formazione orientata all'applicazione dei risultati di studi di ricerca
5	Non è prevista una formazione orientata all'applicazione dei risultati di studi di ricerca

Al criterio FR 2.1 (FORMAZIONE-RICERCA), sulla scheda di ponderazione dei criteri, sono stati attribuiti n. 5 punti. Se il gruppo dei valutatori assegna uno score di 3, il punteggio finale sarà di 3 punti, pari al 50% del peso totale del criterio.

Esempio 2

A.2.5 Vi è evidenza dell'espletamento delle modalità necessarie alla riservatezza dei dati personali e della privacy del paziente e dei suoi familiari, da parte degli infermieri o sotto il loro controllo diretto.

L'evidenza è data da dati documentali.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Tutte le CI documentano il rispetto delle modalità di riservatezza dei dati personali e della privacy dei pazienti e dei loro familiari
3	Almeno il 50% delle CI documentano il rispetto delle modalità di riservatezza dei dati personali e della privacy dei pazienti e dei loro familiari
5	Meno del 50% delle CI documentano il rispetto delle modalità di riservatezza dei dati personali e della privacy dei pazienti e dei loro familiari

Al criterio A 2.5 (AMMISSIONE), sulle schede di ponderazione dei criteri sono stati attribuiti 7,5 punti. Se il gruppo dei valutatori assegna uno score di 3, ricordando che tale criterio prevede solo tre score, il punteggio 3 sarà di 5 punti, pari al 50% del peso totale del criterio.

Il manuale include anche:

1. la ponderazione per i singoli criteri generali, specifici e subspecifici;
2. le schede di sintesi di ponderazione dei criteri da utilizzarsi quando si valuta l'assistenza infermieristica. Si può inserire il punteggio per ogni criterio nell'apposita colonna vuota.

**Fasi dell'esperienza del
paziente/cliente:
criteri e livelli di performance**

Fase dell'esperienza 1:

Ammissione (A)

Dimensione: Accoglienza (A 1)

Concerne l'atto di accogliere, il ricevere e l'informare la persona assistita ed i familiari riguardo al modo, al comportamento degli operatori sanitari nel momento dell'ingresso nell'unità di cura

A 1 **Gli infermieri, nel momento dell'accesso all'Unità Organizzativa di Nefrologia-Dialisi, garantiscono alle persone assistite un'accoglienza adeguata ai loro bisogni di salute, alla mission del servizio, ai bisogni e alle risorse dell'organizzazione.**

A 1.1 Esistono documenti disponibili per le persone assistite ed i familiari in cui vengono descritti:
a) mission del servizio e dell'équipe infermieristica;
b) obiettivi generali e specifici;
c) modello organizzativo interno;
d) professionalità degli operatori sanitari del servizio di nefrologia-dialisi.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Esistono documenti disponibili per le persone assistite in cui vengono descritti tutti gli elementi sopra riportati.
3	Esistono documenti disponibili per le persone assistite in cui vengono descritti alcuni degli elementi sopra riportati e almeno gli elementi ai punti a-b-c.
5	Non esistono documenti disponibili per le persone assistite in cui vengano descritti gli elementi sopra riportati.

A 1.2 L'équipe multiprofessionale ha esplicitato i criteri per l'organizzazione dei trattamenti terapeutici urgenti dei pazienti nefropatici con Insufficienza renale cronica (IRC) in condizioni acute o con Insufficienza Renale Acuta (IRA), concordati con le altre UU.OO. dell'azienda sanitaria (Reparti non intensivi - Rianimazione).

La valutazione di tale criterio avviene sulla base dell'evidenza documentale.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sono stati esplicitati e concordati con le altre UU.OO. dell'Azienda Sanitaria (UU.OO. non intensive-U.O. Rianimazione).
3	Si, sono stati esplicitati e concordati solo con alcune delle UU.OO. dell'Azienda Sanitaria.
5	No, non sono stati esplicitati.

A 1.3 È definito un protocollo di accoglienza con procedure mirate per fasce specifiche di utenti, in base ai loro bisogni di salute ed alle necessità dell'organizzazione

Evidenze fornite dall'esistenza di un documento consultabile, in cui sono chiaramente descritte le procedure mirate di accoglienza dell'utente per fasce specifiche: pazienti con IRC sottoposti a 1) trattamento conservativo, 2) trattamento sostitutivo con emodialisi o dialisi peritoneale; pazienti con IRA.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	È definito un protocollo di accoglienza, con procedure mirate per fasce specifiche di utenti che accedono alla U.O. in base ai loro bisogni di salute ed alle necessità dell'organizzazione
3	È definito un protocollo di accoglienza valido per tutte le fasce di utenti che accedono alla U.O.
5	Non è definito un protocollo di accoglienza.

N.B. Il criterio successivo deve essere valutato solo nel caso in cui il criterio A 1.3 abbia ottenuto punteggio 1 o 3.

A 1.3.1 Vi è evidenza dell'uniformità dell'applicazione del protocollo da parte dell'équipe infermieristica nel momento dell'accoglienza

All'interno delle Cartella Infermieristiche (CI) sono descritte le modalità con cui è stato accolto l'utente, coerentemente con le procedure indicate.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Almeno l'80% delle CI documentano l'avvenuta applicazione del protocollo di accoglienza.
3	Almeno il 50% delle CI documentano l'avvenuta applicazione del protocollo di accoglienza.
5	Meno del 50% delle CI documentano l'avvenuta applicazione del protocollo di accoglienza.

A 1.4 Le persone assistite ed i familiari affermano che il programma di accoglienza ha risposto ai loro bisogni e alle aspettative relative a questa fase.

La valutazione di questo criterio è effettuabile attraverso l'analisi dei risultati del questionario di valutazione della soddisfazione, somministrato periodicamente ai pazienti e/o familiari.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Il 100% dei questionari rivela che i bisogni e le aspettative delle persone assistite e dei familiari sono stati soddisfatti.
2	Tra il 99 e l'80% dei questionari rivela che i bisogni e le aspettative delle persone assistite e dei familiari sono stati soddisfatti.
3	Tra il 79 e il 50% dei questionari rivela che i bisogni e le aspettative delle persone assistite e dei familiari sono stati soddisfatti.
4	Tra il 49 e il 20% dei questionari rivela che i bisogni e le aspettative delle persone assistite e dei familiari sono stati soddisfatti.
5	Meno del 20% o nessuno dei questionari rivela che i bisogni e le aspettative delle persone assistite e dei familiari sono stati soddisfatti.

A 1.5 Viene motivato sulla CI per quale paziente non è stato possibile, o è risultato problematico, realizzare l'accoglienza come da protocollo.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, sistematicamente.
3	Sì, saltuariamente.
5	No, mai.

Dimensione: Valutazione iniziale e presa in carico (A 2)

La valutazione iniziale dei bisogni del paziente (accertamento) è un processo di analisi dinamico, continuo ed interattivo, il quale consente di identificare le risposte ai problemi di salute vissuti dalla persona. Si fonda sulla raccolta delle informazioni, decodificandole attraverso le conoscenze scientifiche, per comprendere il loro significato e rispondere ad esse attraverso gli interventi assistenziali. Questo processo è più efficace se le figure professionali responsabili della presa in carico dell'utente lavorano in modo coordinato ed integrato.

A 2 **A tutti i pazienti viene garantito un tempestivo accertamento infermieristico di ammissione, il quale permette di definire le diagnosi infermieristiche reali, di rischio o potenziali, le priorità assistenziali e la presa in carico, nel rispetto della riservatezza dei dati personali.**

A 2.1. Esiste un documento multiprofessionale, costituito da linee guida, procedure indicanti tempi e modalità per la valutazione iniziale dei pazienti.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, esiste un documento.
5	Non esiste un documento.

N.B. Il criterio successivo deve essere valutato solo nel caso in cui il criterio. A 2.1 abbia ottenuto punteggio 1.

A 2.1.1 Le indicazioni procedurali elaborate del documento:
a) sono chiaramente in vista e interpretabili;
b) consentono di attribuire le priorità;
c) sono aggiornate secondo le evidenze scientifiche;
d) riportano i nomi degli autori o referenti;

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Le indicazioni procedurali elaborate rispondono a tutti i requisiti.
2	Le indicazioni procedurali elaborate rispondono ai primi tre requisiti.
3	Le indicazioni procedurali elaborate rispondono ai primi due requisiti.
4	Le indicazioni procedurali elaborate rispondono solo al primo requisito.
5	Le indicazioni procedurali elaborate non rispondono ad alcun requisito.

A 2.2 L'accertamento iniziale effettuato dal nefrologo e dall'infermiere, in collaborazione con altri operatori dell'équipe multiprofessionale (dietista, psicologo, assistente sociale), include la valutazione:
a) della storia di salute del paziente;
b) dei bisogni fisici e psicologici;
c) dei fattori sociali ed economici che possono influenzare il processo di cura e gli esiti.

Evidenza fornita da un documento consultabile, in cui sono chiaramente descritti tali dati succitati. (Cartella Clinica, la quale può essere materialmente divisa in più parti: cartella medica, cartella infermieristica, grafiche, schede terapeutiche per diverse tipologie di trattamento...).

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Tutte le Cartelle Cliniche documentano la valutazione di cui ai punti a-b-c.
3	Almeno il 50% delle Cartelle Cliniche documentano la valutazione di cui ai punti a-b-c.
5	Meno del 50% delle Cartelle Cliniche documentano la valutazione di cui ai punti a-b-c.

A 2.3 La valutazione iniziale viene effettuata secondo i tempi stabiliti dall'organizzazione per le diverse tipologie di pazienti.

Dato rilevabile da Cartella Clinica.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, sistematicamente.
3	Sì, saltuariamente.
5	No, mai.

A 2.4 Sono definite le modalità per l'assicurazione della riservatezza dei dati personali e del rispetto della privacy dei pazienti e dei loro familiari.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Esiste un documento in cui vengono descritte le modalità per l'assicurazione della riservatezza dei dati personali e del rispetto della privacy, dei pazienti e dei loro familiari.
5	Non esiste un documento in cui vengono descritte le modalità per l'assicurazione della riservatezza dei dati personali e del rispetto della privacy dei pazienti e dei loro familiari.

A 2.5 Vi è evidenza dell'espletamento delle modalità necessarie alla riservatezza dei dati personali e della privacy del paziente e dei suoi familiari da parte degli infermieri o sotto il loro controllo diretto.

Le evidenze sono fornite da dati documentali.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Tutte le CI documentano il rispetto delle modalità di riservatezza dei dati personali e della privacy dei pazienti e dei loro familiari.
3	Almeno il 50% delle CI documentano il rispetto delle modalità di riservatezza dei dati personali e della privacy dei pazienti e dei loro familiari.
5	Meno del 50% delle CI documentano il rispetto delle modalità di riservatezza dei dati personali e della privacy dei pazienti e dei loro familiari.

A 2.6 Le persone assistite ed i familiari sono soddisfatti delle modalità con cui sono stati coinvolti nella valutazione iniziale.

La valutazione di questo criterio è effettuabile attraverso l'analisi dei risultati del questionario sulla soddisfazione percepita, somministrato periodicamente a pazienti e/o familiari.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Tutti i pazienti ed i familiari dichiarano di essere soddisfatti delle modalità con cui sono stati coinvolti nel momento della valutazione iniziale.
3	Almeno il 50% dei pazienti e dei familiari dichiarano di essere soddisfatti delle modalità con cui sono stati coinvolti nel momento della valutazione iniziale.
5	Meno del 50% dei pazienti e dei familiari dichiarano di essere soddisfatti delle modalità con cui sono stati coinvolti nel momento della valutazione iniziale.

A 2.7 Le persone assistite ed i familiari affermano che, durante la valutazione iniziale ed alla presa in carico, sono state seguite procedure per la riservatezza dei dati personali ed il rispetto della privacy.

Evidenze fornite dai risultati delle interviste dirette, rivolte ad un campione significativo non opportunistico dei pazienti e di almeno una persona significativa per ognuno di loro (se presente) in una giornata scelta per la rilevazione, dagli Infermieri valutatori.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Tutti i pazienti e le persone significative intervistate affermano che durante la valutazione iniziale ed alla loro presa in carico, sono state seguite le procedure per la riservatezza dei dati personali ed il rispetto della privacy.
3	Almeno il 50% dei pazienti e delle persone significative intervistate affermano che durante la valutazione iniziale ed alla loro presa in carico, sono state seguite le procedure per la riservatezza dei dati personali ed il rispetto della privacy.
5	Meno del 50% dei pazienti e delle persone significative affermano che durante la valutazione iniziale ed alla loro presa in carico, sono state seguite le procedure per la riservatezza dei dati personali ed il rispetto della privacy.

A 2.8 I dati significativi per l'accertamento infermieristico vengono completati in modo sistematico, attraverso:

- a) valutazione dei dati soggettivi e oggettivi significativi correlati alla diagnosi clinica;
- b) utilizzo della scheda di valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica;
- c) utilizzo della scheda di valutazione di predialisi;
- d) utilizzo della cartella clinica ad uso multiprofessionale nelle parti assegnate agli infermieri.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Almeno l'80% delle cartelle cliniche documentano la correlazione operata dagli infermieri dei dati soggettivi e oggettivi alla diagnosi clinica e l'utilizzo delle schede ai punti b-c e della cartella clinica nelle parti assegnate agli infermieri.
3	Almeno il 79-50% delle cartelle cliniche documentano la correlazione operata dagli infermieri dei dati soggettivi e oggettivi alla diagnosi clinica e l'utilizzo delle schede ai punti b-c e della cartella clinica nelle parti assegnate agli infermieri.
5	Meno del 50% delle cartelle cliniche documentano la correlazione operata dagli infermieri dei dati soggettivi e oggettivi alla diagnosi clinica e l'utilizzo delle schede ai punti b-c e della cartella clinica nelle parti assegnate agli infermieri.

A 2.9 Le diagnosi infermieristiche reali, di rischio o potenziali sono formulate sulla base di diagnosi infermieristiche standard per i pazienti con IRA (a) - IRC in predialisi (b) – emodialisi o dialisi peritoneale (c) – in lista per trapianto (d) e per pazienti trapiantati (e), partendo dai dati della valutazione iniziale.

Le diagnosi infermieristiche standard sono diagnosi infermieristiche prioritarie, individuate e concordate dal gruppo multiprofessionale dell'unità di Nefrologia-Dialisi, appartenenti alla classificazione NANDA, o ad altri sistemi tassonomici, oppure liberamente determinate. Le evidenze sono fornite dalla documentazione della CI.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Almeno l'80% delle CI documentano la definizione delle diagnosi infermieristiche reali, di rischio o potenziali sulla base di diagnosi infermieristiche standard per i pazienti di cui ai punti a-b-c-d-e, partendo dai dati della valutazione iniziale.
3	Almeno il 79-50% delle CI documentano la definizione delle diagnosi infermieristiche reali, di rischio o potenziali sulla base di diagnosi infermieristiche standard per i pazienti di cui ai punti a-b-c-d-e, partendo dai dati della valutazione iniziale.
5	Meno del 50% delle CI documentano la definizione delle diagnosi infermieristiche reali, di rischio o potenziali sulla base di diagnosi infermieristiche standard per i pazienti di cui ai punti a-b-c-d-e, partendo dai dati della valutazione iniziale.

A 2.10 Sono stati formulati criteri o procedure operative per stabilire le modalità di presa in carico del paziente, in coerenza con il principio di personalizzazione dell'assistenza.

Le evidenze sono fornite dall'esistenza di un documento scritto, in cui risultano formalizzati e condivisi da tutta l'équipe infermieristica i criteri o le procedure operative.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Esistono criteri o procedure operative per stabilire le modalità di presa in carico del paziente.
5	Non esistono criteri o procedure operative per stabilire le modalità di presa in carico del paziente.

N.B. Il criterio che segue deve essere valutato solo se al criterio A 2.10 è stato attribuito punteggio 1, in caso contrario passare all' A 2.11.

A 2.10.1 I criteri o le procedure operative formulate per stabilire le modalità di presa in carico del paziente vengono regolarmente applicati.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

A 2.11 Gli infermieri assicurano ai pazienti presi in carico la continuità assistenziale, nella modalità prevista dall'organizzazione, attraverso l'integrazione dell'attività con:

- a) il medico di base;
- b) gli infermieri di altre unità operative aziendali (nei casi in cui venga previsto dall'équipe multiprofessionale);
- c) gli infermieri e gli altri operatori dei servizi socio-sanitari territoriali, in particolar modo l'Assistente sociale e l'operatore addetto all'assistenza (nei casi in cui venga previsto dall'équipe multiprofessionale).

La valutazione avviene in base all'evidenza documentale fornita dalla registrazione e su carteggio in uso; inoltre, per tutti i pazienti, da dati/indicazioni pertinenti, provenienti dai contatti diretti, di cui ai punti a-b-c.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Il carteggio in uso documenta, per il 100% dei pazienti, la registrazione delle modalità e dei dati/indicazioni pertinenti, provenienti dall'integrazione dell'attività con gli operatori di cui ai punti a-b-c.
3	Il carteggio in uso documenta, per almeno il 50% dei pazienti, la registrazione delle modalità e dei dati/indicazioni pertinenti, provenienti dall'integrazione dell'attività con gli operatori di cui ai punti a-b-c.
5	Il carteggio in uso documenta, per meno del 50% dei pazienti, la registrazione delle modalità e dei dati/indicazioni pertinenti, provenienti dall'integrazione dell'attività con gli operatori di cui ai punti a-b-c.

Fase dell'esperienza 2:

Degenza/Assistenza Ambulatoriale/ Assistenza Domiciliare/Day Hospital (D/A)

Dimensione: Progetto Assistenziale (D/A 1)

L'obiettivo principale dell'organizzazione è fornire all'utente un'assistenza sicura, efficace ed appropriata. Un setting che supporta e risponde ai bisogni dell'unicità delle persone assistite richiede un elevato livello di pianificazione e coordinamento. Tali attività comprendono la pianificazione e l'attuazione del progetto assistenziale per ciascun paziente, la valutazione continua dei risultati raggiunti, la modificazione del progetto quando necessario, la pianificazione della dimissione o del trasferimento. I risultati dell'assistenza dipendono da un buon livello di integrazione dei professionisti coinvolti nel progetto assistenziale, e dalla partecipazione del paziente e/o dei familiari.

D/A 1 Per ogni persona assistita l'équipe multiprofessionale garantisce la definizione di un progetto assistenziale individualizzato e condiviso, coerente con la filosofia assistenziale dell'unità di Nefrologia-Dialisi e del gruppo infermieristico, oltre che e con le evidenze scientifiche disponibili.

D/A 1.1 Esiste un documento in cui è dichiarata la filosofia assistenziale seguita dal gruppo infermieristico.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Esiste il documento.
5	Non esiste il documento.

D/A 1.2 Esiste evidenza che la filosofia assistenziale seguita dal gruppo contiene precisi riferimenti a:
a) centralità della persona assistita e della sua famiglia;
b) qualità tecnica delle prestazioni;
c) buon uso delle risorse.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Il documento contiene tutti i requisiti descritti.
3	Il documento contiene parte dei requisiti descritti e almeno quelli ai punti a-b.
5	Il documento contiene uno o nessuno dei requisiti descritti.

D/A 1.3 Tutti gli infermieri conoscono e condividono la filosofia assistenziale adottata.

Evidenze fornite dalla presenza di un verbale di riunione d'équipe dal quale risulta discussa e approvata la filosofia assistenziale da tutti gli infermieri.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	È presente un verbale di riunione d'équipe dal quale risulta discussa e approvata la filosofia assistenziale da tutti gli infermieri.
3	È presente un verbale di riunione d'équipe dal quale risulta discussa e approvata la filosofia assistenziale dal 99 – 75% degli infermieri.
4	È presente un verbale di riunione d'équipe dal quale risulta discussa e approvata la filosofia assistenziale dal 74 – 50% degli infermieri.
5	È presente un verbale di riunione d'équipe dal quale risulta discussa e approvata la filosofia assistenziale da meno del 50% degli infermieri.

D/A 1.4 I progetti assistenziali sono scritti.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Almeno per l'80% dei pazienti esistono progetti assistenziali scritti.
3	Almeno per il 50% dei pazienti esistono progetti assistenziali scritti.
5	Per meno del 50% dei pazienti è stato scritto il progetto assistenziale.

D/A 1.5 Esiste evidenza che le decisioni assunte per la definizione dei progetti assistenziali individualizzati tengono conto di:
a) i piani standard definiti per le diverse tipologie di pazienti;
b) le prove di efficacia.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	I progetti assistenziali considerano i piani standard, definiti per le diverse tipologie di pazienti e le prove di efficacia
5	I progetti assistenziali non considerano di piani standard, definiti per le diverse tipologie di pazienti e le prove di efficacia

D/A 1.6 Vi sono evidenze di attuazione della valutazione del livello di autonomia e di capacità di autocura del paziente e dei suoi familiari.

Le evidenze sono fornite dall'utilizzo di specifiche schede i cui dati sono indispensabili per la progettazione individualizzata.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Vi sono evidenze di valutazione sistematica.
3	Vi sono evidenze di valutazione saltuaria.
5	Non vi sono evidenze di valutazione sistematica.

D/A 1.7 Sono individuate dall'équipe multiprofessionale precise responsabilità infermieristiche nel momento della definizione del progetto assistenziale. In particolare gli infermieri intervengono:
a) agendo al posto del paziente e dei familiari, nei casi in cui non siano in grado di farlo;
b) orientandoli e sostenendoli nelle scelte.

Il progetto assistenziale, individualizzato e scritto deve documentare gli interventi infermieristici attuati durante l'elaborazione del progetto assistenziale, per rispondere alle responsabilità di cui ai punti a) o b).

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Tutti i progetti assistenziali individualizzati documentano gli interventi infermieristici attuati durante l'elaborazione del progetto assistenziale, per rispondere alle responsabilità di cui ai punti a) o b).
3	Almeno il 50% dei progetti assistenziali individualizzati documentano gli interventi infermieristici attuati durante l'elaborazione del progetto assistenziale per rispondere alle responsabilità di cui ai punti a) o b)
5	Meno del 50% dei progetti assistenziali individualizzati contengono la documentazione degli interventi infermieristici attuati durante l'elaborazione del progetto assistenziale per rispondere alle responsabilità di cui ai punti a) o b)

D/A 1.8 I risultati attesi, per il singolo paziente, sono identificati, in base alla valutazione iniziale, con il coinvolgimento dell'utente e/o delle persone significative.

La valutazione è fornita dall'evidenza documentale. I progetti assistenziali devono contenere i risultati attesi, identificabili negli obiettivi raggiungibili, e l'indicazione dell'avvenuto coinvolgimento dell'utente e/o delle persone significative.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, i risultati attesi sono identificati in base alla valutazione iniziale, coinvolgendo il paziente e le persone significative.
5	No, i risultati attesi non sono identificati in base alla valutazione iniziale, senza coinvolgere il paziente e le persone significative.

D/A 1.9 All'interno del progetto assistenziale sono indicate le risorse esterne all'Unità di Nefrologia-Dialisi, e le modalità di attivazione all'insorgenza di specifici bisogni delle persone assistite e/o dei familiari.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sono indicate le risorse esterne all'U. di Nefrologia-Dialisi e le modalità di attivazione
5	Non sono indicate le risorse esterne all'U. di Nefrologia-Dialisi e le modalità di attivazione

D/A 1.10 Il progetto assistenziale viene rivalutato periodicamente, sulla base di precisi indicatori di risultato.

Le evidenze sono fornite da verbali di incontri multiprofessionali, o altra documentazione, in cui risulta che è stata verificata la congruenza tra esiti previsti, esiti raggiunti e strumenti utilizzati.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Tutti i progetti assistenziali vengono rivalutati periodicamente sulla base di precisi indicatori di risultato.
3	Almeno il 50% dei progetti assistenziali vengono rivalutati periodicamente sulla base di precisi indicatori di risultato.
5	Meno del 50% dei progetti assistenziali vengono rivalutati periodicamente sulla base di precisi indicatori di risultato.

D/A 1.11 Gli infermieri, garantiscono l'utilizzo di metodi comunicativi efficaci nel momento del passaggio delle informazioni relative ai trattamenti diagnostico-terapeutici, al fine di un consenso realmente informato.

Per consenso realmente informato, nell'ottica di un'etica della responsabilità, si intende un'informazione correttamente condivisa e sostenuta da una solida alleanza tra équipe multiprofessionale-pazienti e persona significative.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Almeno l'80% delle CI documentano l'utilizzo di metodi comunicativi efficaci, nel passaggio delle informazioni relative ai trattamenti diagnostico-terapeutici, al fine di un consenso realmente informato.
3	Almeno il 50% delle CI documentano l'utilizzo di metodi comunicativi efficaci, nel passaggio delle informazioni relative ai trattamenti diagnostico-terapeutici, al fine di un consenso realmente informato.
5	Meno del 50% delle CI documentano l'utilizzo di metodi comunicativi efficaci, nel passaggio delle informazioni relative ai trattamenti diagnostico-terapeutici, al fine di un consenso realmente informato.

Dimensione: Processo Assistenziale Infermieristico (D/A 2)

D/A 2 L'équipe infermieristica di Nefrologia-Dialisi adotta piani di assistenza individualizzati, partendo da linee guida basate su evidenze scientifiche, definiti in base alle diverse tipologie di pazienti, attenendosi alle risposte individuali delle persona assistite e delle persone risorsa.

D/A 2.1 I piani assistenziali standard:
a) si basano sull'evidenza scientifica;
b) sono condivisi dall'intera équipe multiprofessionale;
c) riflettono l'unicità del paziente.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Almeno l'80% dei piani assistenziali standard rispettano i requisiti descritti .
3	Il 79-50% dei piani assistenziali standard rispettano i requisiti descritti.
5	Meno del 50% dei piani assistenziali standard rispettano i requisiti descritti.

D/A 2.2 I piani assistenziali standard prevedono percorsi assistenziali specifici per tipologie di pazienti con trattamento conservativo, trattamento sostitutivo (emodialisi-dialisi peritoneale), IRA, trapianto.

La valutazione è fornita dall'evidenza documentale.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, prevedono percorsi assistenziali specifici.
5	No, non prevedono percorsi assistenziali specifici.

D/A 2.3 L'équipe infermieristica formula un piano di assistenza scritto ed individualizzato, in base alla valutazione iniziale, alle diagnosi infermieristiche reali, di rischio o potenziali ed ai risultati attesi.

La valutazione è fornita dall'evidenza documentale sulle CI che devono comprovare la formulazione del piano di assistenza, scritto ed individualizzato coerente con la valutazione iniziale, le diagnosi infermieristiche reali, di rischio o potenziali ed i risultati attesi.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Tutte le CI comprovano la formulazione del piano di assistenza, scritto ed individualizzato, coerente con la valutazione iniziale, le diagnosi infermieristiche reali, di rischio o potenziali ed i risultati attesi.
3	Almeno il 50% delle CI comprovano la formulazione del piano di assistenza, scritto ed individualizzato coerente con la valutazione iniziale, le diagnosi infermieristiche reali, di rischio o potenziali ed i risultati attesi.
5	Meno del 50% delle CI comprovano la formulazione del piano di assistenza, scritto ed individualizzato, coerente con la valutazione iniziale, le diagnosi infermieristiche reali, di rischio o potenziali ed i risultati attesi.

D/A 2.4 Il piano viene sviluppato con il paziente, le persone significative, e gli altri operatori sanitari, a seconda dei casi specifici.

Vi è evidenza documentale sulla CI del coinvolgimento degli utenti, dei loro familiari e degli altri operatori sanitari, a seconda dei casi specifici, nella definizione del piano di interventi infermieristici.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Almeno l'80% delle CI documentano il coinvolgimento degli utenti, dei loro familiari e degli altri operatori sanitari, a seconda dei casi, nella definizione del piano di interventi infermieristici.
3	Tra il 79 – 50% delle CI documentano il coinvolgimento degli utenti, dei loro familiari e degli altri operatori sanitari, a seconda dei casi, nella definizione del piano di interventi infermieristici.
5	Meno del 50% delle CI documentano il coinvolgimento degli utenti, dei loro familiari e degli altri operatori sanitari, a seconda dei casi, nella definizione del piano di interventi infermieristici.

D/A 2.5 Nel programma di assistenza personalizzato si dichiarano:
a) le priorità assistenziali
b) i tempi e le modalità per la valutazione dei risultati assistenziali.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Tutte le CI documentano che il programma di assistenza dichiara le priorità assistenziali ed i tempi e le modalità di valutazione dei risultati assistenziali.
3	Almeno il 50% delle CI documentano che il programma di assistenza dichiara le priorità assistenziali ed i tempi e le modalità di valutazione dei risultati assistenziali.
5	Meno del 50% delle CI documentano che il programma di assistenza dichiara le priorità assistenziali ed i tempi e le modalità di valutazione dei risultati assistenziali.

D/A 2.6 Gli infermieri attuano gli interventi assistenziali coerentemente con il piano di assistenza individualizzato.

Evidenze fornite dalla documentazione scritta sulla CI.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, sistematicamente.
3	Sì, saltuariamente.
5	No, mai.

D/A 2.7 Esistono evidenze che l'équipe infermieristica attua incontri di educazione sanitaria e terapeutica indirizzati ai pazienti ed alle persone risorsa.

La valutazione si basa sull'evidenza documentale, fornita dall' indicazione del piano educativo intrapreso, sulla CI.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Nell' 80% dei casi viene intrapreso il piano educativo.
2	Nel 79-50% dei casi viene intrapreso il piano educativo.
4	In meno del 50% dei casi viene intrapreso il piano educativo.
5	Non viene intrapreso il piano educativo.

- D/A 2.8** Il piano educativo riguarda i seguenti aspetti:
- a) conoscenza della malattia,
 - b) stili di vita;
 - c) percorsi terapeutici: adeguati controlli della PA e del peso corporeo, assunzioni terapeutiche, dieta e idratazione;
 - d) sessualità;
 - e) prevenzione delle infezioni;
 - f) metodiche dialitiche.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Il piano educativo prevede gli aspetti descritti
5	Il piano educativo non prevede gli aspetti descritti

- D/A 2.9** Il piano educativo viene sviluppato sulla base dei bisogni di apprendimento della persona assistita e dei familiari.

Evidenza fornita dalla documentazione in CI.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, viene sviluppato sulla base dei bisogni di apprendimento della persona assistita e dei familiari.
5	No non viene sviluppato sulla base dei bisogni di apprendimento della persona assistita e dei familiari.

- D/A 2.10** Gli infermieri assicurano l'informazione, l'educazione sanitaria-terapeutica ed il training necessari alla persona assistita ed alla famiglia per tutti i periodi di:
- a) predialisi;
 - b) emodialisi o dialisi peritoneale;
 - c) pre-post trapianto mono-organo o multi-organo.

Evidenze fornite dalle registrazioni in CI degli interventi periodici di informazione, educazione sanitaria e training, per ogni specifico trattamento sopraindicato.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Tutte le CI riportano la registrazione degli interventi periodici di informazione, educazione sanitaria e training, per ogni specifico trattamento indicato ai punti a-b-c.
3	Almeno il 50% delle CI riportano la registrazione degli interventi periodici di informazione, educazione sanitaria e training, per ogni specifico trattamento indicato ai punti a-b-c.
5	Meno del 50% delle CI riportano la registrazione degli interventi periodici di informazione, educazione sanitaria e training, per ogni specifico trattamento indicato ai punti a-b-c.

D/A 2.11 Esiste evidenza che gli infermieri attuano strategie finalizzate al superamento di problemi psicologici e di adattamento alla malattia attraverso:

- a) tecniche di comunicazione per la comprensione e l'allontanamento dei motivi di stress;
- b) attività ricreative (es.vacanze);
- c) incontri di gruppi di autoaiuto;
- d) coinvolgimento dello Psicologo del team.

La valutazione è fornita dall'evidenza documentale sulla CI.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Esiste evidenza documentale in CI dell'attuazione delle strategie di cui ai punti a-b-c-d.
3	Esiste evidenza documentale in CI dell'attuazione di una o due strategie tra quelle descritte.
5	Non esiste evidenza dell'attuazione delle strategie di cui ai punti a-b-c-d.

D/A 2.12 Esistono indicazioni e modalità condivise dal team multiprofessionale per l'attività di counselling.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, esistono.
5	No, non esistono.

N.B. Il criterio che segue deve essere valutato solo se al criterio D/A 2.12 è stato attribuito punteggio 1. In caso contrario, passare al D/A.3.1.

D/A 2.12.1 Gli infermieri assicurano al paziente ed alle persone significative, un appropriato counselling in collaborazione con altri professionisti dell'équipe, qualora ciò sia richiesto dalle persone assistite e/o delle persone significative.

Evidenze fornite dall'esistenza di schede specifiche che documentano gli incontri di counselling avvenuti tra la persona assistita o le persone significative che ne hanno fatto richiesta e gli Infermieri, in collaborazione e secondo le indicazioni del gruppo multiprofessionale.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Esistono evidenze che vengono realizzate attività di counselling se richiesto.
5	Non esistono evidenze che vengono realizzate attività di counselling nei casi in cui sia stato richiesto.

Dimensione: Gestione di specifiche situazioni clinico-assistenziali (D/A 3)

- D/A 3.1** Sono presenti protocolli assistenziali, programmi assistenziali o linee guida relativi a:
- gestione del paziente con IRC sottoposto a trattamento conservativo ;
 - gestione del paziente con IRA;
 - gestione del paziente sottoposto a trattamento sostitutivo con emodialisi;
 - gestione del paziente sottoposto a trattamento sostitutivo con dialisi; peritoneale;
 - gestione del paziente nel periodo pre e post trapianto.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, sono presenti protocolli assistenziali o linee guida relativi a tutte le situazioni descritte.
3	Sì, sono presenti protocolli assistenziali o linee guida relativi ad almeno tre delle situazioni descritte.
5	No, non sono presenti protocolli assistenziali o linee guida relativi alle situazioni descritte.

- D/A 3.2** I protocolli assistenziali e le linee guida sono revisionati almeno ogni 12 mesi sulla base delle evidenze scientifiche .

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì.
5	No.

- D/A 3.3** Esistono evidenze che la definizione dei protocolli assistenziali e delle linee guida è avvenuta con il coinvolgimento ed il contributo di tutta l'équipe multiprofessionale (infermieri, medici, dietisti e psicologi).

I protocolli e le linee guida devono riportare l'indicazione degli operatori dell'équipe che hanno contribuito alla loro elaborazione.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, la definizione dei protocolli assistenziali o delle linee guida è avvenuta con il coinvolgimento degli operatori di tutta l'équipe multiprofessionale.
5	No, la definizione dei protocolli assistenziali o linee guida non è avvenuta con il coinvolgimento degli operatori di tutta l'équipe multiprofessionale.

D/A 3.4 Gli infermieri applicano sistematicamente i protocolli assistenziali e le linee guida nella gestione delle situazioni clinico-assistenziali descritte.

La valutazione è fornita dall'evidenza sulla documentazione infermieristica.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, sistematicamente.
5	No.

Trattamento conservativo

D/A 3.5 È documentata la continuità delle visite domiciliari e dei controlli ambulatoriali, dei pazienti in trattamento conservativo, per verificare la performance del paziente e dei familiari in relazione a:
a) stili di vita;
b) percorsi terapeutici conservativi: adeguati controlli della PA e del peso corporeo, assunzioni terapeutiche, dieta ed idratazione.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	È documentata su tutte le CI la continuità dei controlli ambulatoriale delle persone assistite con trattamento conservativo, in relazione agli elementi di cui ai punti a-b.
3	È documentata in almeno il 50% delle CI la continuità dei controlli ambulatoriale delle persone assistite con trattamento conservativo, in relazione agli elementi di cui ai punti a-b.
5	È documentata in meno del 50% delle CI la continuità dei controlli ambulatoriale delle persone assistite con trattamento conservativo, in relazione agli elementi di cui ai punti a-b.

Trattamento sostitutivo con emodialisi

D/A 3.6 Sono previste visite domiciliari infermieristiche e/o controlli ambulatoriali per i pazienti in emodialisi, per intraprendere azioni supportive tese ad elevare la compliance al trattamento.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, sono previste.
5	No, non sono previste.

D/A 3.7 Esistono evidenze che gli infermieri attuano interventi assistenziali efficaci, condivisi dall'équipe multiprofessionale, finalizzati:

- alla cura degli accessi vascolari, al fine di evitare o ridurre le relative complicanze;
- al potenziamento della capacità di convivenza con l'alterata immagine corporea della persona assistita;
- alla rilevazione e valutazione degli effetti farmacologici rilevanti relativi al trattamento emodialitico;
- alla monitorizzazione e valutazione dei parametri ematologici e biochimici della persona assistita.

Per evidenza si intende che gli interventi descritti, se attuati, sono documentati sulla CI o sulla Cartella Clinica.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Esistono evidenze che gli Infermieri attuano tutti gli interventi descritti.
3	Esistono evidenze che vengono attuati almeno due degli interventi descritti.
5	Esistono evidenze che viene attuato almeno uno o nessuno degli interventi descritti.

Trattamento sostitutivo con dialisi peritoneale

D/A 3.8 Esistono evidenze che gli infermieri attuano interventi assistenziali efficaci, condivisi dall'équipe multiprofessionale, finalizzati all'acquisizione dell'autonomia del paziente e delle persone risorsa per:

- a) l'esecuzione della tecnica in modo asettico ed adeguato alle procedure fornite;
- b) la cura del catetere peritoneale;
- c) il potenziamento della capacità di convivenza con l'alterata immagine corporea della persona assistita.

Per evidenza si intende che gli interventi descritti, se attuati, sono documentati sulla CI o su specifiche schede.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Esiste evidenza che gli infermieri attuano tutti gli interventi descritti.
3	Esiste evidenza che gli infermieri attuano almeno due degli interventi descritti.
5	Esiste evidenza che gli Infermieri attuano almeno uno o nessuno degli interventi descritti.

- D/A 3.9** È documentata la continuità delle visite domiciliari e dei controlli ambulatoriali per verificare la performance del paziente:
- a) nell'adesione al trattamento dialitico;
 - b) nella prevenzione delle peritoniti;
 - c) nell'assunzione della dieta e dei liquidi.

Per evidenza si intende che gli interventi descritti, se attuati, sono documentati sulla CI o su specifiche schede.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	È documentata la continuità delle visite domiciliari e dei controlli ambulatoriali, per verificare la performance del paziente relativa ai punti a.-b.-c.
3	È documentata la continuità delle visite domiciliari e dei controlli ambulatoriali, per verificare la performance del paziente relativa almeno ai punti a.-b.
5	È documentata la continuità delle visite domiciliari e dei controlli ambulatoriali, per verificare la performance del paziente relativa almeno al punto a oppure a nessun punto.

Preparazione al trapianto e assistenza alla persona assistita trapiantata

- D/A 3.10** Gli infermieri assicurano, in collaborazione con il team, un'adeguata preparazione psicofisica e psicosociale del paziente e dei familiari in attesa di un possibile trapianto considerando i protocolli assistenziali o le linee guida definiti.

Evidenze fornite dalla documentazione sulla CI.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, sistematicamente.
5	No, mai.

- D/A 3.11** Gli infermieri assicurano, in collaborazione con il team, un'adeguata riabilitazione psicofisica e psicosociale della persona assistita e dei familiari, considerando i protocolli assistenziali e le linee guida definite.

Evidenza fornita dalla documentazione sulla CI.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, sistematicamente.
5	No, mai.

Fase della terminalità e del lutto

D/A 3.12 Esistono linee guida o indicazioni procedurali per l'assistenza ai pazienti e alle persone significative nella fase della terminalità e del lutto.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, esistono.
5	No, non esistono.

D/A 3.13 Gli infermieri garantiscono una risposta appropriata ai bisogni del paziente e delle persone significative nella fase della terminalità e del lutto, considerando le linee guida e/o indicazioni procedurali definite.

Evidenza fornita dalla documentazione in CI dell'intervento diretto degli infermieri nella soddisfazione dei bisogni del paziente e della famiglia, espletato sulla base delle linee guida o di procedure definite.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, sistematicamente.
5	No, mai.

Dimensione: Rivalutazione ed eventuale revisione del progetto assistenziale (D/A 4)

D/A 4.1 Gli infermieri valutano sistematicamente i progressi nel raggiungimento dei risultati attesi, o l'eventuale inefficace compliance dei pazienti.

Vi è evidenza se le CI documentano la valutazione sistematica dei risultati ottenuti.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Almeno l'80% delle CI documentano la valutazione sistematica dei risultati.
3	Almeno il 50% delle CI documentano la valutazione sistematica dei risultati.
5	Meno del 50% CI documentano la valutazione sistematica dei risultati.

D/A 4.2 Vi è evidenza che i dati ottenuti con la valutazione sistematica dei risultati, se necessario, vengono utilizzati per rivedere le diagnosi, i risultati da raggiungere ed il piano di assistenza.

I risultati della valutazione e l'eventuale compliance inefficace sono documentati nella CI.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

D/A 4.3 Gli infermieri monitorizzano:
a) gli eventi sentinella verificatisi durante l'attuazione del processo assistenziale;
b) gli incidenti critici verificatisi durante l'attuazione del processo assistenziale.

La valutazione è fornita dalla presenza di un registro in cui vengono descritti gli eventi sentinella, gli incidenti critici e la data in cui sono avvenuti.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sono sistematicamente descritti gli eventi sentinella e gli incidenti critici.
3	Si, sono saltuariamente descritti gli eventi sentinella o gli incidenti critici.
5	No, non sono descritti né gli eventi sentinella, né gli incidenti critici.

N.B. Il criterio di seguito descritto deve essere valutato solo nel caso in cui il criterio D/A 4.3 abbia ottenuto punteggio 1 o 3.

D/A 4.3.1 Vi è evidenza che vengano intraprese azioni di miglioramento in relazione agli eventi sentinella e agli incidenti critici.

Il registro degli eventi sentinella e degli eventi critici indica quali azioni di miglioramento sono state intraprese.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

D/A 4.4 Vi è evidenza della realizzazione, nei tempi stabiliti dall'organizzazione, di valutazioni sistematiche del grado di soddisfazione delle persone assistite con trattamento conservativo e dei familiari in relazione a 4 aspetti:

1) Programma di educazione e training effettivamente rispondente ai loro bisogni.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

2) Capacità acquisita di riconoscere i cambiamenti della propria condizione di salute e di effettuare scelte adeguate.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

3) Capacità acquisita di attenersi alle prescrizioni dietetiche e relative agli introiti di liquidi.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

4) Percezione dello stato di benessere e della qualità di vita.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

D/A 4.5 Vi è evidenza della realizzazione, nei tempi stabiliti dall'organizzazione, di valutazioni sistematiche del grado di soddisfazione delle persone assistite con trattamento sostitutivo con emodialisi e dei familiari in relazione a 9 aspetti:

1) Programma di educazione e training effettivamente rispondente ai loro bisogni.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

2) Sicurezza e qualità dei trattamenti emodialitici.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

3) Capacità acquisita per la cura dei propri accessi vascolari.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

4) Capacità acquisita nell'assunzione della terapia farmacologia, della dieta e dei liquidi.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

5) Adeguatezza delle risposte rispetto ai propri bisogni fisici, psico-sociali e sessuali.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

6) preparazione fisica e psicologica al potenziale trapianto d'organo.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

7) Coinvolgimento nel processo di assistenza.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

8) Qualità del trattamento di emergenza quando si è presentata la necessità.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

9) Percezione dello stato di benessere e della qualità di vita.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

D/A 4.6 Vi è evidenza della realizzazione, nei tempi stabiliti dall'organizzazione, di valutazioni sistematiche del grado di soddisfazione delle persone assistite con trattamento sostitutivo con dialisi peritoneale e dei familiari in relazione a 10 aspetti:

1) Programma di educazione e training effettivamente rispondente ai loro bisogni.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

2) Sicurezza e qualità dei trattamenti di dialisi peritoneale (tecniche asettiche).

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

3) Capacità acquisita nell'assunzione della terapia farmacologia, della dieta e dei liquidi.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

4) Capacità acquisita per la risoluzione di difficoltà minori e complicità che possono accadere a domicilio.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

5) Capacità acquisita di identificare i primi segni e sintomi di peritonite.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

6) Adeguatezza delle risposte rispetto ai propri bisogni fisici, psico-sociali e sessuali.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

7) Preparazione fisica e psicologica al potenziale trapianto d'organo.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

8) Coinvolgimento nel processo di assistenza.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

9) Qualità del trattamento dei emergenza quando si è presentata la necessità.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

10) Percezione dello stato di benessere e della qualità di vita.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sistematicamente.
3	Si, saltuariamente.
5	No, mai.

Fase dell'esperienza 3: Dimissione/Follow Up/Continuità Assistenziale (D/F)

Dimensione: Aspetti Clinico-Assistenziali (D/F 1)

Linee guida o indicazioni procedurali per il piano di dimissione integrato nel progetto assistenziale, aiutano l'équipe infermieristica ad attuare le strategie educative ed assistenziali pertinenti e coerenti con i bisogni di salute dei pazienti e dei familiari, Inoltre favoriscono la presa in carico e la continuità dell'assistenza a livello ambulatoriale e/domiciliare della persona assistita in Nefrologia-Dialisi, avente le caratteristiche del paziente cronico.

D/F 1 **L'équipe infermieristica, in collaborazione con l'équipe multiprofessionale, garantisce la continuità assistenziale, nel momento della dimissione, alla persona assistita ed ai familiari, prevedendo visite domiciliari, controlli e trattamenti ambulatoriali specifici ed attivando, se necessario, le risorse sanitarie e sociali territoriali.**

D/F 1.1 Esistono linee guida, fondate su criteri condivisi, per la stesura del piano di dimissione, integrato con le disponibilità sanitarie ed assistenziali presenti nel distretto di provenienza dell'utente.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, esistono.
5	No, non esistono.

D/F 1.2 Vi è evidenza dell'esistenza di un piano di dimissione infermieristico indirizzato al paziente e alle persone risorsa, che esplicita:
a) il percorso infermieristico diagnostico assistenziale ed educativo effettuato;
b) le indicazioni assistenziali, condivise dall'équipe multiprofessionale, per le dimissioni protette;
c) la pianificazione delle visite di controllo (DH, Ambulatorio, visite domiciliari del servizio, RSA, ADI, ecc...);

d) la pianificazione delle prestazioni assistenziali presso il Day Hospital e l'Ambulatorio di Nefrologia e di Emodialisi.

Gli elementi di cui ai punti a-b-c-d sono considerati tutti irrinunciabili.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Esiste un piano di dimissione infermieristico che esplicita gli elementi di cui ai punti a-b-c-d.
5	Non esiste un piano di dimissione infermieristico che esplicita gli elementi di cui ai punti a-b-c-d.

D/F 1.3 Vi sono evidenze che il team responsabile della dimissione è a conoscenza:

- a) del contesto ambientale della persona assistita
- b) delle opportunità socio-assistenziali del territorio in cui l'assistito vive

Evidenze fornite dall'esistenza di documentazione sul contesto ambientale della persona assistita e delle opportunità socio-assistenziali (anche in riferimento ad Associazioni di volontariato).

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, esistono evidenze
5	No, non esistono evidenze

D/F 1.4 Esiste un piano educativo rivolto ad infermieri ed operatori di supporto del distretto, qualora il piano di dimissione preveda un processo assistenziale integrato.

La valutazione si basa sull'evidenza documentale.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Esiste un piano educativo rivolto agli infermieri ed operatori e di supporto del distretto, nei casi in cui il piano di dimissione prevede un processo assistenziale integrato.
5	Non esiste un piano educativo rivolto agli infermieri ed operatori e di supporto del distretto, nei casi in cui il piano di dimissione prevede un processo assistenziale integrato.

Funzioni organizzative
criteri e livelli di performance

Governo, Leadership, Direzione (GLD)

La qualità dell'assistenza infermieristica dipende anche da una leadership efficace, esercitata da coloro che ricoprono funzioni di direzione, governo clinico e coordinamento, al fine di rendere l'organizzazione un'efficace ed efficiente risorsa per i pazienti e la comunità. Una leadership è efficace se comprende le differenti responsabilità, i ruoli e le interazioni fra le persone per raggiungere gli obiettivi dell'organizzazione. Inoltre, contribuisce a ridurre i problemi di comunicazione fra i dipartimenti e i servizi, ad accrescere il livello di collaborazione, migliorando i risultati di salute della popolazione servita.

GLD 1 **L'organizzazione della Unità di Nefrologia-Dialisi, con il contributo di tutti i professionisti che vi operano, ha definito mission, obiettivi e modalità organizzative coerenti con gli obiettivi aziendali.**

GLD 1.1 Esistono uno o più documenti programmatici in cui sono esplicitati:

- La mission del servizio;
- Gli obiettivi generali e specifici;
- Le strategie complessive, (campi prioritari di azione)
- Le principali attività per raggiungere gli obiettivi generali.

Dalla mission derivano gli obiettivi, le strategie e gli orientamenti i quali costituiscono la base per la progettazione, la messa in atto e la valutazione di tutte le attività dell'organizzazione.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	È presente un documento contenente tutti gli elementi sopra esposti.
3	È presente un documento contenente solo due degli elementi sopra esposti (almeno a- b).
5	È presente un documento contenente solo uno o nessuno degli elementi sopraesposti, oppure non è presente alcun documento.

N.B. Il criterio successivo deve essere valutato solo nel caso in cui il criterio GLD 1.1 abbia ottenuto punteggio 1 o 3, altrimenti passare al criterio GLD 1.6.

GLD 1.1.1 Il documento programmatico intende garantire:

- a) la centralità del cliente e del suo diritto alla salute;
- b) la qualità tecnica delle prestazioni;
- c) la qualità organizzativa;
- d) la sicurezza e la soddisfazione degli operatori;
- e) il buon uso delle risorse;
- f) l'integrazione tra i dipartimenti ed i servizi che concorrono agli stessi obiettivi.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Il documento programmatico contiene precisi riferimenti a tutti gli elementi descritti.
3	Il documento programmatico contiene precisi riferimenti almeno al 50% degli elementi descritti.
5	Il documento programmatico contiene precisi riferimenti a meno del 50% degli elementi descritti.

GLD 1.2 Vi sono evidenze che tutto il personale della U.O. conosce e condivide i principi del documento programmatico.

Per evidenze si intende che il documento è accessibile a tutti gli operatori, e che gli operatori sono in grado di citarne le parti fondamentali.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Tutto il personale della UO conosce e condivide i principi contenuti nel documento programmatico.
5	Non tutto il personale conosce e condivide i principi contenuti nel documento programmatico.

GLD 1.3 Sono esplicitate le modalità organizzative interne all'unità di Nefrologia-Dialisi ed i rispettivi responsabili, medici e infermieristici.

Presenza di documentazione in cui risultano descritte le articolazioni interne (organigrammi e funzionigrammi) e i nomi delle figure responsabili.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	È presente il documento.
5	Non è presente il documento.

N.B. Il criterio successivo deve essere valutato solo nel caso in cui il criterio GLD 1.3 abbia ottenuto punteggio 1.

GLD 1.3.1 Vi sono evidenze che tutti i componenti dell'équipe multiprofessionale conoscono il documento.

Per evidenze si intende che esiste un verbale di riunione in cui i contenuti del documento sono stati diffusi a tutti gli operatori o esiti di indagini, specifiche sulle conoscenze del personale relativamente al documento.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Tutti i componenti dell'équipe multiprofessionale conoscono il documento.
5	Non tutti i componenti dell'équipe multiprofessionale conoscono il documento.

GLD 1.4 Il coordinatore infermieristico attua strategie dirette a sviluppare negli infermieri professionalità e autonomia. In particolare definisce:
a) specifiche responsabilità assistenziali e/o organizzative delegate a singoli infermieri;
b) gli obiettivi;
c) le attività ed i tempi per la loro realizzazione
d) i criteri per la valutazione dei risultati.

La valutazione è fornita dall'evidenza documentale.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, sono documentate le responsabilità assistenziali e/o organizzative delegate ai singoli infermieri, e gli elementi di cui ai punti b-c-d.
3	Sì, sono documentate le responsabilità assistenziali e/o organizzative delegate ai singoli infermieri, e almeno gli elementi di cui ai punti c-d.
5	No, non sono documentate.

GLD 1.5 Vi sono evidenze che il conferimento delle responsabilità è frutto di un processo di condivisione da parte dell'équipe infermieristica.

Evidenze fornite da uno o più verbali che documentano la condivisione, da parte del gruppo infermieristico, delle modalità con cui vengono attribuite le responsabilità assistenziali e/o organizzative.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, vi sono evidenze.
5	No, non vi sono evidenze.

GLD 1.6 Vi sono evidenze che il coordinatore infermieristico valuta il raggiungimento dei risultati, in rapporto agli obiettivi perseguiti, con le attività delegate.

Le evidenze sono documentali.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, vi sono evidenze.
5	No, non vi sono evidenze.

GLD 1.7 Sono documentate le procedure per la sicurezza clinica inerenti:
a) il numero minimo di unità di personale infermieristico e di supporto in servizio nell'unità operativa ;
b) le situazioni di maggiore gravità ed impegno per le attività cliniche di competenza infermieristica.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sono documentate le procedure per la sicurezza clinica inerenti le situazioni di cui ai punti a-b.
3	Si, viene documentata almeno una delle procedure per la sicurezza clinica inerenti le situazioni di cui ai punti a-b.
5	No, non sono documentate le procedure per la sicurezza clinica inerenti le situazioni di cui ai punti a-b.

GLD 1.8 Esiste documentazione sulle procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria dei diversi tipi di rene artificiale e delle apparecchiature in dotazione.

Manutenzione ordinaria: uso, gestione ordinaria e quotidiana, regole di base di sicurezza, detersione/disinfezione/sterilizzazione, conservazione in efficienza, revisione periodica e programmata, sostituzione periodica e prevista di dispositivi o di parti di essi.

Manutenzione straordinaria: uso straordinario per imprevisto ed aumentato utilizzo o prer eventi improvvisi non preventivabili.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sono documentate le procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria dei diversi tipi di rene artificiale e delle apparecchiature in dotazione.
3	Si, sono documentate solo le procedure di manutenzione ordinaria dei diversi tipi di rene artificiale e delle apparecchiature in dotazione.
5	No, non sono documentate le procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria dei diversi tipi di rene artificiale e delle apparecchiature in dotazione.

GLD 1.9 Sono stati nominati i responsabili infermieristici dell'attivazione e verifica di tali procedure di manutenzione.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sono stati nominati .
5	No, non sono stati nominati.

GLD 1.10 Vi sono evidenze che tutto il personale è stato informato dell'esistenza di tali procedure, delle modalità di attivazione e dell'individuazione dei responsabili.

Possono essere presenti verbali di riunioni, avvisi affissi nell'U.O., copie di lettere inviate, comunicazioni ecc...

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Tutti i componenti dell'équipe multiprofessionale conoscono il documento.
5	Non tutti i componenti dell'équipe multiprofessionale conoscono il documento.

GLD 1.11 Sono attuati protocolli per la prevenzione ed il controllo delle infezioni ospedaliere.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, sono attuati protocolli per il controllo delle infezioni ospedaliere.
5	No, non sono attuati protocolli per il controllo delle infezioni ospedaliere.

GLD 1.12 Sono attuati protocolli per la manipolazione e lo smaltimento dei materiali biologici.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, sono attuati protocolli per la manipolazione e lo smaltimento dei materiali biologici.
5	No, non sono attuati protocolli per la manipolazione e lo smaltimento dei materiali biologici.

GLD 2 Sono formalizzati momenti di riunione per sviluppare l'integrazione multiprofessionale e la discussione dei casi clinici.

GLD 2.1 Vengono effettuate periodiche riunioni multiprofessionali.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, almeno due volte al mese.
2	Sì, una volta al mese.
3	Sì, ogni tre mesi.
4	Sì, ogni sei mesi.
5	No, mai.

GLD 2.2 Le riunioni periodiche multiprofessionali affrontano strategie di:
a) formazione;
b) miglioramento della qualità assistenziale;
c) miglioramento della qualità organizzativa;

Evidenze fornite dalla presenza di verbali in cui risultano descritti gli obiettivi ed i risultati delle riunioni.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Tutte e tre le tematiche sono oggetto delle riunioni.
3	Solo due delle tematiche sono oggetto delle riunioni.
5	Solo una delle tematiche è oggetto delle riunioni.

GLD 2.3 Vi sono evidenze di partecipazione attiva dell'équipe multiprofessionale alle riunioni programmate.

Evidenze fornite dai verbali stilati in ogni riunione con riassunto ed elenco dei partecipanti.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Vi sono evidenze di partecipazione almeno dell'80% dell'équipe multiprofessionale.
3	Vi sono evidenze di partecipazione del 79 – 50% dell'équipe multiprofessionale.
5	Vi sono evidenze di partecipazione di meno del 50% dell'équipe multiprofessionale.

GLD 3 Sono definite le competenze professionali specifiche del personale infermieristico attese dall'organizzazione.

GLD 3.1 L'équipe infermieristica ha elaborato il profilo di competenza professionale specifica.

Evidenze fornite dall'esistenza di un documento in cui sono descritte le competenze specifiche dell'infermiere della Unità di Nefrologia-Dialisi.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, l'équipe infermieristica ha elaborato il profilo di competenza professionale specifica.
5	No, l'équipe infermieristica non ha elaborato il profilo di competenza professionale specifica.

N.B. I criteri successivi devono essere valutati solo nel caso in cui il criterio GLD 3.1 abbia ottenuto punteggio 1, altrimenti passare al criterio GLD 4.1.

GLD 3.1.1 Vi sono evidenze che il profilo di competenza specifica è stato elaborato coerentemente con:

- a) le funzioni generali dell'infermiere stabilite dal profilo professionale e dal codice deontologico e gli ordinamenti didattici;
- b) i bisogni di salute dell'utenza servita;
- c) i bisogni dell'organizzazione.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Vi sono evidenze che il profilo di competenza riflette tutti i requisiti descritti.
2	Vi sono evidenze che il profilo di competenza riflette almeno i requisiti ai punti a) e b).
4	Vi sono evidenze che il profilo di competenza riflette almeno il requisito al punto a).
5	Il profilo di competenza non riflette alcun requisito descritto.

GLD 3.1.2 Vi sono evidenze che il profilo di competenza è stato elaborato con il contributo dell'équipe multiprofessionale e del Servizio Infermieristico Aziendale (qualora esso esista).

Per evidenze si intende la presenza di più verbali di riunioni, o relazioni scritte, con riassunto ed elenco dei partecipanti.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Il profilo di competenza è stato elaborato con il contributo dell'équipe multiprofessionale e del Servizio Infermieristico Aziendale (qualora esso esista).
5	Il profilo di competenza non è stato elaborato né con il contributo dell'équipe multiprofessionale né con il Servizio Infermieristico Aziendale (qualora esso esista).

GLD 4 **Vi sono evidenze di attenzione al clima organizzativo interno da parte delle figure con funzioni di direzione e governo dell' U.O.**

GLD 4.1 Sono previste modalità di monitoraggio del clima organizzativo interno al servizio, a scadenze prestabilite.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, sono previste modalità di monitoraggio del clima organizzativo interno al servizio, a scadenze prestabilite.
3	Sì, sono previste modalità di monitoraggio del clima organizzativo interno al servizio, ma non a scadenze prestabilite.
5	No, non sono previste modalità di monitoraggio del clima organizzativo interno al servizio.

N.B. I criteri successivi devono essere valutati solo nel caso in cui il criterio GLD 4.1 abbia ottenuto punteggio pari a 1 o 3 altrimenti passare al criterio FR 1.1.

GLD 4.1.1 Il clima organizzativo interno al servizio viene monitorato con modalità volte a misurare:

- a) il tasso di partecipazione alle attività di formazione;
- b) il tasso di partecipazione alle attività di programmazione;
- c) i dati su attività scientifica e la produzione di linee guida, protocolli;
- d) il numero di proteste dell'utenza e di altri servizi;
- e) l'indice di turnover del personale;
- f) il numero medio di giorni di malattie annuo per dipendente;
- g) il numero di procedure disciplinari.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Tutti i dati elencati vengono monitorati.
3	Almeno il 50% dei dati elencati vengono monitorati.
5	Meno del 50% dei dati elencati vengono monitorati.

GLD 4.1.2 Esiste evidenza che qualora si rilevino problemi vengono intraprese iniziative di miglioramento

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, sempre.
3	Sì, saltuariamente.
5	No, mai.

GLD 4.1.3 Vengono attuate indagini sul grado di soddisfazione degli infermieri su aspetti legati a:

- a) coinvolgimento all'interno dell'organizzazione;**
- b) sviluppo personale e responsabilizzazione;**
- c) efficacia della comunicazione.**

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Vengono svolte indagini sul grado di soddisfazione degli infermieri su tutti gli aspetti indicati.
2	Vengono svolte indagini sul grado di soddisfazione degli infermieri su almeno due degli aspetti indicati.
4	Vengono svolte indagini sul grado di soddisfazione degli infermieri su almeno uno degli aspetti indicati.
5	Non vengono svolte indagini sul grado di soddisfazione degli infermieri.

GLD 4.1.4 Le indagini vengono svolte almeno ogni 12 mesi

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì.
5	No.

GLD 4.1.5 Le figure con funzioni di direzione e governo utilizzano i risultati ottenuti dalle indagini per attuare interventi migliorativi.

Evidenze fornite dalla presenza di verbali riunioni in cui vengono discussi i risultati ottenuti e concordate le azioni di miglioramento.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	I risultati ottenuti sono utilizzati per attuare interventi migliorativi.
5	I risultati ottenuti non sono utilizzati per attuare interventi migliorativi.

Formazione e Ricerca (FR)

L'Unità di Nefrologia-Dialisi può contare su un numero appropriato di infermieri qualificati, per rispondere con sicurezza ed efficacia ai bisogni di salute dei pazienti ed ai bisogni dell'organizzazione. L'organizzazione promuove quindi attività di formazione e ricerca aventi per obiettivo la competenza infermieristica.

FR 1 **L'équipe infermieristica sviluppa un piano annuale di aggiornamento e formazione continua coerente con gli obiettivi dell' U.O. e con le competenze attese.**

FR 1.1 Il piano di formazione continua contiene:
a) l'analisi dei bisogni formativi derivanti dall'analisi delle competenze richieste dalla normativa vigente e attese dalla organizzazione;
b) la definizione degli obiettivi di apprendimento;
c) la definizione delle attività formative;
d) la pianificazione della valutazione dei risultati attesi dall'organizzazione e dal gruppo professionale.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Il piano di formazione contiene tutti gli elementi descritti.
2	Il piano di formazione contiene almeno gli elementi ai punti a) c) d).
4	Il piano di formazione contiene solo gli elementi al punto a).
5	Il piano di formazione non contiene gli elementi descritti.

FR 1.2 Il piano di formazione continua indica il nominativo del coordinatore infermieristico del coordinamento delle attività di formazione.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, è stato nominato.
5	No, non è stato nominato.

- FR 1.3** Il piano di formazione continua prevede:
- a) programmi di formazione specifica basata sulle evidenze scientifiche;
 - b) attività di autoformazione;
 - c) partecipazione a convegni internazionali, nazionali e regionali;
 - d) esperienze professionali in sedi accreditate.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Vengono attuate tutte le attività formative menzionate.
3	Vengono attuate le attività formative menzionate ai punti a) b) c).
4	Vengono attuate le attività formative menzionate ai punti a) b).
5	Vengono attuate solo le attività formative menzionate al punto a).

- FR 1.4** Esistono evidenze che le attività formative vengono effettivamente realizzate.

Per evidenze si intende che è documentata l'avvenuta partecipazione alle attività formative.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, esistono evidenze.
5	No, non esistono evidenze.

- FR 1.5** Sono effettuate verifiche regolari dell'efficacia delle attività formative realizzate, rispetto ai risultati attesi.

La valutazione è fornita dalla presenza di documentazione che descrive i risultati raggiunti rispetto quelli attesi.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sono effettuate verifiche sistematiche.
3	Sono effettuate verifiche, ma non in maniera regolare.
5	Non sono mai effettuate verifiche.

- FR 1.6** Sono previsti momenti formalizzati, in cui sono socializzati con il gruppo i risultati delle attività formative.

All'interno del piano formativo risultano pianificati incontri per la socializzazione dei risultati formativi con gli obiettivi. Esistono documenti che esplicitano la loro attuazione i quali riportano il nome degli infermieri che li hanno organizzati e dei partecipanti.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	I risultati delle attività formative sono sistematicamente socializzati .
3	I risultati delle attività formative sono saltuariamente socializzati.
5	I risultati delle attività formative non sono socializzati.

FR 2 **Esistono evidenze che l'équipe infermieristica viene coinvolta in attività di ricerca per migliorare la qualità delle prestazioni assistenziali.**

FR 2.1 Tutti gli infermieri ricevono una formazione orientata all'applicazione dei risultati di studi di ricerca (evidence based nursing).

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Tutti gli infermieri ricevono una formazione orientata all'applicazione dei risultati di studi di ricerca.
2	Il 99-75% degli infermieri ricevono una formazione orientata all'applicazione dei risultati di studi di ricerca.
3	Il 74-50% degli infermieri ricevono una formazione orientata all'applicazione dei risultati di studi di ricerca.
4	Meno del 50% degli infermieri ricevono una formazione orientata all'applicazione dei risultati di studi di ricerca.
5	Non è prevista una formazione orientata all'applicazione dei risultati di studi di ricerca.

FR 2.2 L'équipe infermieristica partecipa attivamente a progetti di ricerca sull'assistenza infermieristica in ambito nefrologico-dialitico.

Evidenze fornite dalla documentazione di partecipazione a progetti di ricerca sull'assistenza infermieristica.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	L'équipe infermieristica è impegnata in progetti di ricerca sull'assistenza infermieristica in ambito nefrologico-dialitico.
2	L'équipe infermieristica è impegnata in almeno un progetto di ricerca sull'assistenza infermieristica in ambito nefrologico-dialitico.
5	L'équipe infermieristica non è impegnata in nessun progetto di ricerca sull'assistenza infermieristica in ambito nefrologico-dialitico.

N.B. I criteri successivi devono essere valutati solo se il criterio FR 2.2 ha ottenuto punteggio pari a 1 o 3, altrimenti passare al criterio VQ 1.1.

FR 2.2.1 Esistono evidenze che i progetti di ricerca in corso sono diretti a verificare:
a) l'efficacia degli interventi assistenziali rispetto a specifici quesiti clinici;
b) l'efficacia del modello assistenziale adottato.

Per evidenze si intende che esistono documenti relativi al progetto di ricerca che descrive chiaramente l'obiettivo dello studio, il metodo seguito e gli strumenti adottati.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Entrambe le aree sono oggetto dei progetti di ricerca in corso.
2	Solo l'area citata al punto a) è oggetto dei progetti di ricerca in corso.
5	Nessuna delle aree citate è oggetto dei progetti di ricerca in corso.

FR 2.2.2 Le attività di ricerca avvengono in integrazione con l'équipe medica (progetti di ricerca collaborativa):

All'interno della documentazione relativa al progetto di ricerca deve essere indicato il nome degli infermieri, dei medici e di altri professionisti coinvolti.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Le attività di ricerca avvengono in integrazione con l'équipe multiprofessionale.
5	Le attività di ricerca non avvengono in integrazione con l'équipe multiprofessionale.

FR 2.2.3 Esistono evidenze che i risultati degli studi di ricerca effettuati sono utilizzati per modificare la pratica assistenziale.

Evidenze fornite da indicazioni specifiche di tali modifiche e delle relative evidenze scientifiche, all'interno di apposite schede da allegare ad ogni protocollo o programma assistenziale revisionato.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, esistono evidenze.
5	No, non esistono evidenze

Valutazione e Miglioramento della Qualità (VQ)

L'équipe infermieristica è attivamente coinvolta all'interno di strategie per la Qualità, relative a problemi rilevanti per i clienti e per l'organizzazione, coerentemente con le politiche aziendali e dell'unità operativa.

VQ 1 **Esistono evidenze che l'équipe infermieristica è rappresentata all'interno dei programmi di miglioramento della qualità, attivati all'interno della UO e/o del Dipartimento aziendale.**

VQ 1.1 Esiste un documento che delinea le strategie e gli obiettivi per la qualità, a livello dell' Unità di Nefrologia-Dialisi e/o del Dipartimento aziendale.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Esiste un documento.
5	Non esiste un documento.

N.B. Il criterio successivo deve essere valutato solo nel caso in cui il criterio VQ. 1.1 abbia ottenuto punteggio pari a 1, altrimenti passare al criterio VQ. 1.2.

VQ 1.1.1 Le strategie e gli obiettivi delineati sono periodicamente aggiornati sulla base:
a) delle attività di valutazione della qualità predisposte dall'U.O o dall'azienda;
b) delle necessità dei pazienti e delle persone significative.

La valutazione è fornita dall'evidenza documentale.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Le strategie e gli obiettivi delineati sono periodicamente aggiornati sulla base degli elementi di cui ai punti a) b).
3	Le strategie e gli obiettivi delineati sono periodicamente aggiornati sulla base almeno degli elementi di cui al punto a).
5	Le strategie e gli obiettivi delineati non sono periodicamente aggiornati sulla base degli elementi di cui ai punti a) b).

VQ 1.1.2 Gli infermieri, nell'ambito delle strategie delineate, ricevono una formazione orientata alla qualità.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si.
5	No.

VQ 1.2 All'interno dell' U.O. e/o del Dipartimento aziendale sono in corso progetti di miglioramento della qualità.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, sono in corso più progetti di miglioramento della qualità.
3	Si, è in corso almeno un progetto di miglioramento della qualità.
5	No, non è in corso alcun progetto di miglioramento della qualità.

N.B. I criteri successivi devono essere valutati solo nel caso in cui il criterio VQ. 1.2 ha ottenuto punteggio pari a 1 o 3 altrimenti passare al criterio VQ 1.3.

VQ 1.2.1 Esistono evidenze che gli infermieri sono impegnati nei/nel progetti/o di miglioramento della qualità in corso.

Evidenze fornite dalla documentazione relativa ai progetti di miglioramento in corso.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Gli infermieri sono impegnati in uno o più progetti di miglioramento.
5	Gli infermieri non sono impegnati in alcun progetto di miglioramento.

VQ 1.2.2 I progetti di miglioramento in corso sono focalizzati su problemi rilevanti per gravità o frequenza

I problemi scelti possono essere inerenti ai risultati dell'assistenza fornita ai pazienti, all'organizzazione, alla qualità percepita. Derivano dagli eventi critici o dagli eventi sentinella registrati.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, i progetti di miglioramento della qualità in corso sono focalizzati su problemi rilevanti per gravità o frequenza.
5	No, i progetti di miglioramento della qualità in corso non sono focalizzati su problemi rilevanti per gravità o frequenza.

VQ 1.3 Vi sono evidenze che è in corso un progetto interdisciplinare e multiprofessionale per lo sviluppo dei profili di cura (clinical pathways).

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, è in corso un progetto interdisciplinare e multiprofessionale per lo sviluppo dei profili di cura.
5	No, non è in corso un progetto interdisciplinare e multiprofessionale per lo sviluppo dei profili di cura.

VQ 1.4 Gli infermieri partecipano attivamente a programmi per la valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica percepita dai pazienti e dai familiari.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, gli infermieri hanno partecipato attivamente ad almeno un programma per la valutazione della qualità percepita dai pazienti e dai familiari.
5	No, gli infermieri non hanno partecipato attivamente ad alcun programma per la valutazione della qualità percepita dai pazienti e dai familiari.

N.B. Il criterio successivo deve essere valutato solo se il criterio VQ. 1.4 abbia ottenuto punteggio pari a 1, altrimenti passare al criterio GI. 1.1.

VQ 1.4.1 Esistono evidenze che i risultati derivati dai programmi di valutazione della qualità percepita sono utilizzati per intraprendere iniziative di miglioramento.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, sistematicamente.
3	Sì, saltuariamente.
5	No, mai.

VQ 1.5 Sono documentati i cambiamenti (organizzativi, tecnici...) derivati dalle iniziative di miglioramento.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sono documentati i cambiamenti.
5	Non sono documentati i cambiamenti.

VQ 1.6 Tutta l'équipe multiprofessionale conosce i cambiamenti avvenuti in seguito alle iniziative di miglioramento.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Tutta l'équipe multiprofessionale conosce i cambiamenti avvenuti in seguito alle iniziative di miglioramento.
5	Non tutta l'équipe multiprofessionale conosce i cambiamenti avvenuti in seguito alle iniziative di miglioramento.

Gestione delle Informazioni (GI)

Fornire un'assistenza di qualità è un obiettivo che dipende in modo rilevante dalla qualità delle informazioni all'interno dell'organizzazione, fra questa e gli altri dipartimenti e i servizi di supporto. L'équipe infermieristica applica appropriati criteri di raccolta, gestione ed utilizzo delle informazioni, per migliorare i risultati dell'assistenza fornita all'utenza dell'organizzazione, attraverso l'uso del sistema informatico e/o cartaceo aziendale.

GI 1 **All'interno dell' U.O. esiste un sistema informativo in grado di raccogliere e diffondere tutte le informazioni necessarie al soddisfacimento dei bisogni di assistenza dei pazienti ed alla gestione delle attività organizzative.**

GI 1.1 Esiste un sistema informativo in grado di documentare con precisione le attività infermieristiche relative alla gestione dei processi assistenziali ed organizzativi.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Si, esiste.
5	No, non esiste.

N.B. Il criterio successivo deve essere valutato solo se il criterio GI. 1.1 ha ottenuto punteggio pari a 1 altrimenti passare al criterio GI 1.2.

GI 1.1.1 Il sistema informativo utilizzato consente di garantire la confidenzialità, la completezza, l'accuratezza, la tempestività e la destinazione delle informazioni e dei dati necessari.

Dovrebbero essere presenti procedure che esplicitano le responsabilità e le modalità di gestione dei dati e delle informazioni.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Il sistema informativo risponde ai requisiti descritti
5	Il sistema informativo non risponde ai requisiti descritti

- GI 1.2** L'équipe infermieristica rileva in maniera puntuale e precisa, secondo le modalità previste:
- a) le informazioni sulle attività operative di erogazione del servizio (dati analitici sulle attività svolte quotidianamente, informazioni in tempo reale);
 - b) le informazioni sulle attività gestionali (dati sulla programmazione per un uso efficace ed efficiente delle risorse, sul controllo in tempo reale dei processi operativi e sul conseguimento degli obiettivi, segnalazioni in tempo utile di eccezioni).

La valutazione si basa sull'evidenza documentale.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	I dati vengono rilevati secondo le modalità previste ai punti a) b).
3	I dati vengono rilevati secondo le modalità previste almeno al punto a).
5	I dati non vengono rilevati secondo le modalità previste ai punti a) b).

- GI 1.3** I dati e le informazioni necessari per la continuità assistenziale raggiungono i destinatari nei tempi e nei modi stabiliti.

Per "destinatari" si intendono coloro che necessitano le informazioni all'interno e all'esterno dell'organizzazione, per garantire la continuità dell'assistenza.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, sistematicamente.
3	Sì, saltuariamente.
5	No, mai.

- GI 1.4** Viene attuata una verifica periodica della validità del sistema informativo utilizzato, rispetto ai criteri di confidenzialità, completezza, accuratezza, tempestività e destinazione.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, con cadenze precise.
3	Sì, ma in modo irregolare.
5	No, mai.

- GI 1.5** Esiste evidenza che l'équipe infermieristica utilizza i dati rilevati con il sistema informativo e le informazioni sulle attività svolte per valutare:
- a) la coerenza delle attività svolte con le competenze professionali;
 - b) la complessità assistenziale;
 - c) i risultati dell'assistenza infermieristica.

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	L'équipe infermieristica utilizza i dati e le informazioni rilevati per valutare gli elementi di cui ai punti a) b) c).
3	L'équipe infermieristica utilizza i dati e le informazioni rilevati per valutare almeno gli elementi descritti in due dei tre punti a) b) c).
5	L'équipe infermieristica non utilizza i dati e le informazioni rilevati per valutare gli elementi di cui ai punti a) b) c).

GI 1.6 I report ottenuti dall'elaborazione dei dati relativi alle attività infermieristiche ed altre informazioni di competenza, sono resi noti a tutta l'équipe multiprofessionale e del Servizio Infermieristico (qualora esso esista).

Sono presenti report sull'operatività infermieristica accessibili e diffusi ai gruppi di interesse .

SCORE	LIVELLI DI PERFORMANCE
1	Sì, con cadenze precise.
3	Sì, ma in modo irregolare.
5	No, mai.

Schede di ponderazione dei criteri

Fase dell'esperienza 1:

Ammissione (A)

Dimensione: Accoglienza (A 1)
Totale Punti: 60

CRITERI	Totale punti	Attribuzione punti
A 1 Gli infermieri, nel momento dell'accesso all'Unità Organizzativa di Nefrologia-Dialisi, garantiscono alle persone assistite un'accoglienza adeguata ai loro bisogni di salute, alla mission del servizio, ai bisogni e alle risorse dell'organizzazione.	60	
A 1.1 Esistono documenti disponibili per le persone assistite ed i familiari in cui vengono descritti: a) mission del servizio e dell'équipe infermieristica; b) obiettivi generali e specifici; c) modello organizzativo interno; d) professionalità degli operatori sanitari del servizio di nefrologia-dialisi;		9
A 1.2 L'équipe multiprofessionale ha esplicitato i criteri per l'organizzazione dei trattamenti terapeutici urgenti dei pazienti nefropatici con Insufficienza renale cronica (IRC) in condizioni acute o con Insufficienza renale acuta (IRA), concordati con le altre UU.OO. dell'azienda sanitaria (Reparti non intensivi - Rianimazione)		9
A 1.3 È definito un protocollo di accoglienza con procedure mirate per fasce specifiche di utenti, in base ai loro bisogni di salute ed ai bisogni dell'organizzazione		12
A 1.3.1 Vi è evidenza dell'uniformità dell'applicazione del protocollo da parte dell'équipe infermieristica nel momento dell'accoglienza.		9
A 1.4 Le persone assistite ed i familiari affermano che il programma di accoglienza ha risposto ai loro bisogni e alle aspettative relative a questa fase.		15
A 1.5 Viene motivato sulla CI per quale paziente non é stato possibile, o è risultato problematico realizzare l'accoglienza come da protocollo.		6

Dimensione: Valutazione iniziale e presa in carico (A 2)**Totale Punt: 80**

CRITERI	Totale punti	Attribuzione punti
A 2 A tutti i pazienti viene garantito un tempestivo accertamento infermieristico di ammissione, il quale permette di definire le diagnosi infermieristiche reali, di rischio o potenziali, le priorità assistenziali e la presa in carico, nel rispetto della riservatezza dei dati personali.	80	
A 2.1 Esiste un documento multiprofessionale, costituito da linee-guida, protocolli o procedure indicanti tempi e modalità per la valutazione iniziale dei pazienti.		4
A 2.1.1 Le indicazioni procedurali elaborate del documento: a) sono chiaramente in vista e interpretabili; b) consentono di attribuire le priorità; c) sono aggiornate secondo le evidenze scientifiche; d) riportano i nomi degli autori o referenti.		5
A 2.2 L'accertamento iniziale effettuato dal nefrologo e dall'infermiere, in collaborazione con altri operatori dell'équipe multiprofessionale (dietista, psicologo, assistente sociale), include la valutazione: a) della storia di salute del paziente; b) dei bisogni fisici e psicologici; c) dei fattori sociali ed economici che possono influenzare il processo di cura e gli esiti.		6
A 2.3 La valutazione iniziale viene effettuata entro 48 ore dal momento dell'ammissione del paziente.		6
A 2.4 Sono definite le modalità per l'assicurazione della riservatezza dei dati personali e del rispetto della privacy dei pazienti e dei loro familiari.		6
A 2.5 Vi è evidenza dell'espletamento delle modalità necessarie alla riservatezza dei dati personali e della privacy del paziente e dei suoi familiari, da parte degli infermieri o sotto il loro controllo diretto.		7,5
A 2.6 Le persone assistite ed i familiari sono soddisfatti delle modalità con cui sono stati coinvolti nella valutazione iniziale.		6
A 2.7 Le persone assistite ed i familiari affermano che, durante la valutazione iniziale ed alla presa in carico, sono state seguite procedure per la riservatezza dei dati personali ed il rispetto della privacy.		7,5

(segue)

CRITERI	Totale punti	Attribuzione punti
A 2.8 I dati significativi per l'accertamento infermieristico vengono completati in modo sistematico, attraverso: a) la valutazione di dati significativi soggettivi e oggettivi correlati alla diagnosi clinica; b) l' utilizzo della scheda di valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica; c) l' utilizzo della scheda di valutazione di predialisi; d) l'utilizzo della cartella clinica ad uso multiprofessionale nelle parti assegnate agli infermieri.		7,5
A 2.9 Le diagnosi infermieristiche reali, di rischio o potenziali sono formulate sulla base di diagnosi infermieristiche standard per i pazienti con IRA (a) - IRC in predialisi (b) – emodialisi o dialisi peritoneale (c) – in lista per trapianto (d) e per pazienti trapiantati (e), partendo dai dati della valutazione iniziale.		7,5
A 2.10 Sono stati formulati criteri o procedure operative per stabilire le modalità di presa in carico del paziente, in coerenza con il principio di personalizzazione dell'assistenza.		5
A 2.10.1 I criteri o le procedure operative formulate per stabilire le modalità di presa in carico del paziente vengono regolarmente applicati.		4,5
A 2.11 Gli infermieri assicurano ai pazienti presi in carico la continuità assistenziale, nella modalità prevista dall'organizzazione, attraverso l'integrazione dell'attività con: a) il medico di base; b) gli infermieri di altre unità operative aziendali (nei casi in cui venga previsto dall'équipe multiprofessionale); c) gli infermieri e gli altri operatori dei servizi socio-sanitari territoriali ed in particolar modo con l'assistente sociale e l'operatore addetto all'assistenza (nei casi in cui venga previsto dall'équipe multiprofessionale).		7,5

Fase dell'esperienza 2: Degenza/Assistenza Ambulatoriale/ Assistenza Domiciliare/Day Hospital (D/A)

Dimensione: Progetto Assistenziale (D/A 1)
Totale Punt: 100

CRITERI	Totale punti	Attribuzione punti
D/A 1 Per ogni persona assistita l'équipe multiprofessionale garantisce la definizione di un progetto assistenziale individualizzato, condiviso, coerente con la filosofia assistenziale dell'unità di Nefrologia-Dialisi e del gruppo infermieristico, oltre che con le evidenze scientifiche disponibili.	100	
D/A 1.1 Esiste un documento in cui è dichiarata la filosofia assistenziale seguita dal gruppo infermieristico.		8
D/A 1.2 Esiste evidenza che la filosofia assistenziale seguita dal gruppo contiene precisi riferimenti a: a) centralità della persona assistita e della sua famiglia; b) qualità tecnica delle prestazioni; c) buon uso delle risorse.		9
D/A 1.3 Tutti gli infermieri conoscono e condividono la filosofia assistenziale adottata.		8
D/A 1.4 I progetti assistenziali sono scritti.		9
D/A 1.5 Esiste evidenza che le decisioni assunte per la definizione dei progetti assistenziali individualizzati considerano: a) i piani standard definiti per le diverse tipologie di pazienti b) le prove di efficacia		8
D/A 1.6 Vi sono evidenze di attuazione della valutazione del livello di autonomia e di capacità di autocura del paziente e dei suoi familiari.		12
D/A 1.7 Sono individuate dall'équipe multiprofessionale precise responsabilità infermieristiche nel momento della definizione del progetto assistenziale. In particolare gli infermieri intervengono: a) agendo al posto del paziente e dei familiari nei casi in cui non siano in grado di farlo; b) orientandoli e sostenendoli nelle scelte.		9

(segue)

CRITERI	Totale punti	Attribuzione punti
D/A 1.8 I risultati attesi, per il singolo paziente, sono identificati, in base alla valutazione iniziale, con il coinvolgimento dell'utente e/o delle persone significative.		8
D/A 1.9 All'interno del progetto assistenziale sono indicate le risorse esterne all'Unità di Nefrologia-Dialisi, e le modalità di attivazione all'insorgenza di specifici bisogni delle persone assistite e/o dei familiari.		8
D/A 1.10 Il progetto assistenziale viene rivalutato periodicamente, sulla base di precisi indicatori di risultato.		9
D/A 1.11 Gli infermieri, garantiscono l'utilizzo di metodi comunicativi efficaci nel momento del passaggio delle informazioni relative ai trattamenti diagnostico-terapeutici, al fine di un consenso realmente informato		12

Dimensione: Processo assistenziale infermieristico (D/A 2)**Totale Punt: 150**

CRITERI	Totale punti	Attribuzione punti
D/A 2 L'équipe infermieristica di Nefrologia-Dialisi adotta piani di assistenza individualizzati partendo da linee guida basate su evidenze scientifiche, definiti in base alle diverse tipologie di pazienti, attenendosi alle risposte individuali delle persone assistite e delle persone risorsa.	150	
D/A 2.1 I piani assistenziali standard: a) si basano sull'evidenza scientifica; b) sono condivisi dall'intera équipe multiprofessionale; c) riflettono l'unicità del paziente.		14
D/A 2.2 I piani assistenziali standard prevedono percorsi assistenziali specifici per tipologie di pazienti con trattamento conservativo, trattamento sostitutivo (emodialisi-dialisi peritoneale), IRA, trapianto.		10
D/A 2.3 L'équipe infermieristica formula un piano di assistenza scritto individualizzato in base alla valutazione iniziale, alle diagnosi infermieristiche reali, di rischio o potenziali ed ai risultati attesi		15
D/A 2.4 Il piano viene sviluppato con il paziente e le persone per lui significative, e con gli altri operatori sanitari a seconda dei casi		15
D/A 2.5 Nel programma di assistenza personalizzato si dichiarano: a) le priorità assistenziali; b) i tempi e modalità per la valutazione dei risultati assistenziali.		9
D/A 2.6 Gli infermieri attuano gli interventi assistenziali coerentemente con il piano di assistenza individualizzato.		15
D/A 2.7 Esistono evidenze che l'équipe infermieristica attua incontri di educazione sanitaria e terapeutica indirizzati ai pazienti ed alle persone risorsa.		15
D/A 2.8 Il piano educativo riguarda i seguenti aspetti: a) conoscenza della malattia; c) stili di vita; d) percorsi terapeutici: adeguati controlli della PA, e del peso corporeo, assunzioni terapeutiche, dieta ed idratazione; e) sessualità; f) prevenzione delle infezioni; g) metodiche dialitiche.		10
D/A 2.9 Il piano educativo viene sviluppato sulla base dei bisogni di apprendimento della persona assistita e dei familiari.		10

(segue)

CRITERI	Totale punti	Attribuzione punti
<p>D/A 2.10 Gli infermieri assicurano l'informazione, l'educazione sanitaria-terapeutica ed il training necessari alla persona assistita ed alla famiglia, per tutti i periodi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) predialisi b) emodialisi o dialisi peritoneale c) pre-post trapianto mono-organo o multi-organo. 		12
<p>D/A 2.11 Esiste evidenza che gli infermieri attuano strategie finalizzate al superamento di problemi psicologici e di adattamento alla malattia attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) tecniche di comunicazione per la comprensione e l'allontanamento dei motivi di stress b) attività ricreative (es. vacanze); c) incontri di gruppi di autoaiuto; d) coinvolgimento dello Psicologo del team. 		9
<p>D/A 2.12 Esistono indicazioni e modalità condivise dal team multiprofessionale per l'attività di counselling.</p>		8
<p>D/A 2.12.1 Gli infermieri assicurano al paziente, ed alle persone significative, un appropriato counselling in collaborazione con altri professionisti dell'équipe, qualora ciò sia richiesto dalle persone assistite e/o dalle persone significative.</p>		8

Dimensione: Gestione di specifiche situazioni assistenziali (D/A 3)**Totale Punt: 120**

CRITERI	Totale punti	Attribuzione punti
D/A 3.1 Sono presenti protocolli assistenziali, programmi assistenziali o linee guida relativi a: b) gestione del paziente con IRC sottoposto a trattamento conservativo; c) gestione del paziente con IRA; d) gestione del paziente sottoposto a trattamento sostitutivo con emodialisi; e) gestione del paziente sottoposto a trattamento sostitutivo con dialisi peritoneale; f) gestione del paziente nel periodo pre e post trapianto.		12
D/A 3.2 I protocolli assistenziali e le linee guida sono revisionati almeno ogni 12 mesi, sulla base delle evidenze scientifiche.		8
D/A 3.3 Esistono evidenze che la definizione dei protocolli assistenziali e delle linee guida è avvenuta con il coinvolgimento ed il contributo di tutta l'équipe multiprofessionale (infermieri, medici, dietisti e psicologi).		8
D/A 3.4 Gli infermieri applicano sistematicamente i protocolli assistenziali e le linee guida nella gestione delle situazioni clinico-assistenziali descritte.		10
D/A 3.5 È documentata la continuità delle visite domiciliari e dei controlli ambulatoriali, dei pazienti in trattamento conservativo, per verificare la performance del paziente e dei familiari in relazione a: a) stili di vita; b) percorsi terapeutici conservativi: adeguati controlli della PA e del peso corporeo, assunzioni terapeutiche, dieta ed idratazione.		12
D/A 3.6 Sono previste visite domiciliari infermieristiche e/o controlli ambulatoriali per i pazienti in emodialisi, per intraprendere azioni supportive tese ad elevare la compliance al trattamento.		10
D/A 3.7 Esistono evidenze che gli infermieri attuano interventi assistenziali efficaci, condivisi dall'équipe multiprofessionale, finalizzati: - alla cura degli accessi vascolari, al fine di evitare o ridurre le relative complicanze; - al potenziamento della capacità di convivenza con l'alterata immagine corporea della persona assistita; - alla rilevazione e valutazione degli effetti farmacologici rilevanti relativi al trattamento emodialitico; - alla monitoraggio e valutazione dei parametri ematologici e biochimici della persona assistita.		9

(segue)

CRITERI	Totale punti	Attribuzione punti
D/A 3.8 Esistono evidenze che gli infermieri attuano interventi assistenziali efficaci, condivisi dall'équipe multiprofessionale, finalizzati all'acquisizione dell'autonomia del paziente e delle persone risorsa per: a) l'esecuzione della tecnica in modo asettico e adeguato alle procedure fornite; b) la cura del catetere peritoneale; c) il potenziamento della capacità di convivenza con l'alterata immagine corporea della persona assistita.		9
D/A 3.9 È documentata la continuità delle visite domiciliari e dei controlli ambulatoriali per verificare la performance del paziente: a) nell'adesione al trattamento dialitico; b) nella prevenzione delle peritoniti; c) nell'assunzione della dieta e dei liquidi.		9
D/A 3.10 Gli infermieri assicurano, in collaborazione con il team, un'adeguata preparazione psicofisica e psicosociale del paziente e dei familiari in attesa di un possibile trapianto considerando i protocolli assistenziali o le linee guida definiti.		10
D/A 3.11 Gli infermieri assicurano, in collaborazione con il team, un'adeguata riabilitazione psicofisica e psicosociale della persona assistita e dei familiari considerando i protocolli assistenziali e le linee guida definiti.		8
D/A 3.12 Esistono linee guida o indicazioni procedurali per l'assistenza ai pazienti e alle persone significative nella fase della terminalità e del lutto.		6
D/A 3.13 Gli infermieri garantiscono una risposta appropriata ai bisogni del paziente e delle persone significative nella fase della terminalità e del lutto, considerando le linee guida e/o indicazioni procedurali definite.		9

Dimensione: Rivalutazione ed eventuale revisione del progetto assistenziale (D/A. 4)

Totale Punt: 120

CRITERI	Totale punti	Attribuzione punti
D/A 4.1 Gli infermieri valutano sistematicamente i progressi nel raggiungimento dei risultati attesi, o l'eventuale inefficace compliance dei pazienti.		6
D/A 4.2 Vi è evidenza che i dati ottenuti con la valutazione sistematica dei risultati, se necessario, vengono utilizzati per rivedere le diagnosi, i risultati da raggiungere ed il piano di assistenza.		6
D/A 4.3 Gli infermieri monitorizzano: a) gli eventi sentinella verificatisi durante l'attuazione del processo assistenziale; b) gli incidenti critici verificatisi durante l'attuazione del processo assistenziale.		6
D/A 4.3.1 Vi è evidenza che vengano intraprese azioni di miglioramento in relazione agli eventi sentinella e agli incidenti critici.		6
D/A 4.4 Vi è evidenza della realizzazione, nei tempi stabiliti dall'organizzazione, di valutazioni sistematiche del grado di soddisfazione delle persone assistite con trattamento conservativo e dei familiari in relazione a 4 aspetti:	20	
6) Programma di educazione e training effettivamente rispondente ai loro bisogni;		5
7) Capacità acquisita di riconoscere i cambiamenti della propria condizione di salute e di effettuare scelte adeguate;		5
8) Capacità acquisita di attenersi alle prescrizioni dietetiche e relative agli introiti di liquidi;		5
9) Percezione dello stato di benessere e della qualità di vita.		5
D/A 4.5 Vi è evidenza della realizzazione, nei tempi stabiliti dall'organizzazione, di valutazioni sistematiche del grado di soddisfazione delle persone assistite con trattamento sostitutivo con emodialisi e dei familiari in relazione a 9 aspetti:	36	
1) Programma di educazione e training effettivamente rispondente ai loro bisogni;		4
2) Sicurezza e qualità dei trattamenti emodialitici;		4
3) Capacità acquisita per la cura dei propri accessi vascolari;		4
4) Capacità acquisita nell'assunzione della terapia farmacologia, della dieta e dei liquidi;		4
5) Adeguatezza delle risposte rispetto ai propri bisogni fisici, psico-sociali e sessuali;		4
6) Preparazione fisica e psicologica al potenziale trapianto d'organo;		4
7) Coinvolgimento nel processo di assistenza;		4

(segue)

CRITERI	Totale punti	Attribuzione punti
8) Qualità del trattamento di emergenza quando si è presentata la necessità;		4
9) Percezione dello stato di benessere e della qualità di vita.		4
D/A 4.6 Vi è evidenza della realizzazione, nei tempi stabiliti dall'organizzazione, di valutazioni sistematiche del grado di soddisfazione delle persone assistite con trattamento sostitutivo con emodialisi e dei familiari in relazione a 10 aspetti:	40	
1) Programma di educazione e training effettivamente rispondente ai loro bisogni		4
2) Sicurezza e qualità dei trattamenti di dialisi peritoneale (tecniche asettiche)		4
3) Capacità acquisita nell'assunzione della terapia farmacologia, della dieta e dei liquidi		4
4) Capacità acquisita per la risoluzione di difficoltà minori e complicanze che possono accadere a domicilio		4
5) Capacità acquisita di identificare i primi segni e sintomi di peritonite		4
6) Adeguatezza delle risposte rispetto ai propri bisogni fisici, psico-sociali e sessuali		4
7) Preparazione fisica e psicologica al potenziale trapianto d'organo		4
8) Coinvolgimento nel processo di assistenza		4
9) Qualità del trattamento dei emergenza quando si è presentata la necessità		4
10) Percezione dello stato di benessere e della qualità di vita		4

Fase dell'esperienza 3: Dimissione/Follow Up/Continuità Assistenziale (D/F)

Dimensione: Aspetti Clinico-Assistenziale (D/F 1)
Totale Punti: 70

CRITERI	Totale punti	Attribuzione punti
D/F 1 L'équipe infermieristica, in collaborazione con l'équipe multiprofessionale, garantisce la continuità assistenziale, nel momento della dimissione, alla persona assistita ed ai familiari, prevedendo visite domiciliari, controlli e trattamenti ambulatoriali specifici ed attivando, se necessario, le risorse sanitarie e sociali territoriali	70	
D/F 1.1 Esistono linee guida, fondate su criteri condivisi, per la stesura del piano di dimissione, integrato con le disponibilità sanitarie ed assistenziali presenti nel distretto di provenienza dell'utente.		20
D/F 1.2 Vi è evidenza dell'esistenza di un piano di dimissione infermieristico indirizzato al paziente e alle persone risorsa che esplicita: a) il percorso infermieristico diagnostico assistenziale ed educativo effettuato; b) le indicazioni assistenziali, condivise dall'équipe multiprofessionale, per le dimissioni protette; c) la pianificazione delle visite di controllo (DH, Ambulatorio, visite domiciliari del servizio, RSA, ADI, ecc...); d) la pianificazione delle prestazioni assistenziali presso il Day Hospital, Ambulatorio di Nefrologia e di Emodialisi.		30
D/F 1.3 Vi sono evidenze che il team responsabile della dimissione è a conoscenza: a) del contesto ambientale della persona assistita; b) delle opportunità socio-assistenziali del territorio in cui l'assistito vive		10
D/F 1.4 Esiste un piano educativo rivolto ad infermieri ed operatori di supporto del distretto, qualora il piano di dimissione preveda un processo assistenziale integrato		10

Funzioni organizzative

Governo, Leadership, Direzione (GLD) Totale Punti: 119

CRITERI	Totale punti	Attribuzione punti
GLD 1 L'organizzazione della Unità di Nefrologia-Dialisi, con il contributo di tutti i professionisti che vi operano, ha definito mission, obiettivi e modalità organizzative coerenti con gli obiettivi aziendali.	60	
GLD 1.1 Esistono uno o più documenti programmatici in cui sono esplicitati: a) la mission del servizio; b) gli obiettivi generali e specifici; c) le strategie complessive (campi prioritari di azione); d) le principali attività per raggiungere gli obiettivi generali.		6
GLD 1.1.1 Il documento programmatico intende garantire: a) la centralità del cliente e del suo diritto alla salute; b) la qualità tecnica delle prestazioni; c) la qualità organizzativa; d) la sicurezza e la soddisfazione degli operatori; e) il buon uso delle risorse; f) l'integrazione tra i dipartimenti e i servizi che concorrono agli stessi obiettivi.		6
GLD 1.2 Vi sono evidenze che tutto il personale della U.O. conosce e condivide i principi del documento programmatico.		4
GLD 1.3 Sono esplicitate le modalità organizzative interne all'unità di Nefrologia-Dialisi ed i rispettivi responsabili, medici e infermieristici		2
GLD 1.3.1 Vi sono evidenze che tutti i componenti dell'équipe multiprofessionale conoscono il documento.		2
GLD 1.4 Il coordinatore infermieristico attua strategie dirette a sviluppare negli infermieri professionalità e autonomia. In particolare definisce: a) specifiche responsabilità assistenziali e/o organizzative delegate a singoli infermieri;		6

(segue)

CRITERI	Totale punti	Attribuzione punti
b) gli obiettivi; c) le attività ed i tempi per la loro realizzazione; d) i criteri per la valutazione dei risultati.		
GLD 1.5 Vi sono evidenze che il conferimento delle responsabilità è frutto di un processo di condivisione da parte dell'équipe infermieristica.		4
GLD 1.6 Vi è evidenza che il coordinatore infermieristico valuta il raggiungimento dei risultati in rapporto agli obiettivi perseguiti con le attività delegate		4
GLD 1.7 Sono documentate le procedure per la sicurezza clinica inerenti: a) il numero minimo di unità di personale infermieristico e di supporto in servizio nell'unità operativa; b) le situazioni di maggiore gravità ed impegno per le attività cliniche di competenza infermieristica.		4
GLD 1.8 Esiste documentazione sulle procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria dei diversi tipi di rene artificiale e delle apparecchiature in dotazione.		6
GLD 1.9 Sono stati nominati i responsabili infermieristici della attivazione e verifica di tali procedure di manutenzione.		4
GLD 1.10 Vi sono evidenze che tutto il personale è stato informato dell'esistenza di tali procedure, delle modalità di attivazione e dell'individuazione dei responsabili		4
GLD 1.11 Sono attuati protocolli per la prevenzione ed il controllo delle infezioni ospedaliere.		4
GLD 1.12 Sono attuati protocolli per la manipolazione e lo smaltimento dei materiali biologici.		4
GLD 2 Sono formalizzati momenti di riunione per sviluppare l'integrazione multiprofessionale e la discussione dei casi clinici.	15	
GLD 2.1 Vengono effettuate periodiche riunioni multiprofessionali.		5
GLD 2.2 Le riunioni periodiche multiprofessionali affrontano strategie di: a) formazione; b) miglioramento della qualità assistenziale; c) miglioramento della qualità organizzativa.		6
GLD 2.3 Vi sono evidenze di partecipazione attiva dell'équipe multiprofessionale alle riunioni programmate		4
GLD 3 Sono definite le competenze professionali specifiche del personale infermieristico attese dall'organizzazione.	15	
GLD 3.1 L'équipe infermieristica ha elaborato il profilo di competenza professionale specifica.		5
GLD 3.1.1 Vi sono evidenze che il profilo di competenza specifica è stato elaborato coerentemente con: a) le funzioni generali dell'infermiere stabilite dal profilo professionale e dal codice deontologico e dagli ordinamenti didattici;		5

(segue)

CRITERI	Totale punti	Attribuzione punti
b) i bisogni di salute dell'utenza servita; c) i bisogni dell'organizzazione.		
GLD 3.1.2 Vi sono evidenze che il profilo di competenza é stato elaborato con il contributo dell'équipe multiprofessionale e del Servizio Infermieristico Aziendale (qualora esso esista).		5
GLD 4 Vi sono evidenze di attenzione al clima organizzativo interno da parte delle figure con funzioni di direzione e governo dell' U.O.	29	
GLD 4.1 Sono previste modalità di monitoraggio del clima organizzativo interno al servizio, a scadenze prestabilite.		6
GLD 4.1.1 Il clima organizzativo interno al servizio viene monitorato con modalità volte a misurare: a) il tasso di partecipazione alle attività di formazione b) il tasso di partecipazione alle attività di programmazione c) i dati su attività scientifica e produzione di linee guida, protocolli d) il numero di proteste dell'utenza e di altri servizi e) l'indice di turnover del personale f) il numero medio di giorni di malattia annuo per dipendente g) numero di procedure disciplinari		6
GLD 4.1.2 Esistono evidenze che, qualora si rilevino problemi, vengono intraprese iniziative di miglioramento.		3
GLD 4.1.3 Vengono attuate indagini sul grado di soddisfazione degli infermieri su aspetti legati a: a) coinvolgimento all'interno dell'organizzazione; b) sviluppo personale e responsabilizzazione; c) efficacia della comunicazione.		6
GLD 4.1.4 Le indagini vengono svolte almeno ogni 12 mesi.		4
GLD 4.1.5 Le figure con funzioni di direzione e governo utilizzano i risultati ottenuti dalle indagini per attuare interventi migliorativi.		4

Dimensione: Formazione e Ricerca (FR)**Totale Punti: 61**

CRITERI	Totale punti	Attribuzione punti
FR 1 L'équipe infermieristica sviluppa un piano annuale di aggiornamento e di formazione continua coerente con gli obiettivi dell' U.O. e con le competenze attese.	30	
FR 1.1 Il piano di formazione continua contiene: a) l'analisi dei bisogni formativi, derivanti dall'analisi delle competenze richieste dalla normativa vigente e dalle attese dall'organizzazione; b) la definizione degli obiettivi di apprendimento; c) la definizione delle attività formative; d) la pianificazione della valutazione dei risultati attesi dall'organizzazione e dal gruppo professionale.		8
FR 1.2 Il piano di formazione continua indica il nominativo del coordinatore infermieristico delle attività di formazione.		4
FR 1.3 Il piano di formazione continua prevede: a) programmi di formazione specifica basata sulle evidenze scientifiche b) attività di autoformazione c) partecipazione a convegni internazionali, nazionali e regionali d) esperienze professionali in sedi accreditate		4
FR 1.4 Esistono evidenze che le attività formative vengono effettivamente realizzate.		5
FR 1.5 Sono effettuate verifiche regolari dell'efficacia delle attività formative realizzate, rispetto ai risultati attesi.		6
FR 1.6 Sono previsti momenti formalizzati, in cui sono socializzati con il gruppo i risultati delle attività formative.		3
FR 2 Esistono evidenze che l'équipe infermieristica viene coinvolta in attività di ricerca per migliorare la qualità delle prestazioni assistenziali.	31	
FR 2.1 Tutti gli infermieri ricevono una formazione orientata all'applicazione dei risultati di studi di ricerca (EBN).		5
FR 2.2 L'équipe infermieristica partecipa attivamente a progetti di ricerca sull'assistenza infermieristica in ambito nefrologico-dialitico.		9
FR 2.2.1 Esistono evidenze che i progetti di ricerca in corso sono diretti a verificare: a) l'efficacia degli interventi assistenziali rispetto a specifici quesiti clinici; b) l'efficacia del modello assistenziale adottato.		6
FR 2.2.2 Le attività di ricerca avvengono in integrazione con l'équipe medica (progetti di ricerca collaborativa).		5
FR 2.2.3 Esistono evidenze che i risultati degli studi di ricerca effettuati sono utilizzati per modificare la pratica assistenziale.		6

Dimensione: Valutazione e Miglioramento della Qualità (VQ)**Totale Punti: 60**

CRITERI	Totale punti	Attribuzione punti
VQ 1 Esistono evidenze che l'équipe infermieristica è rappresentata all'interno dei programmi di miglioramento della qualità, attivati all'interno della UO e/o del Dipartimento aziendale.	60	
VQ 1.1 Esiste un documento che delinea le strategie e gli obiettivi per la qualità, a livello della Unità di Nefrologia-Dialisi e/o del Dipartimento aziendale.		6
VQ 1.1.1 Le strategie e gli obiettivi delineati sono periodicamente aggiornati sulla base: a) delle attività di valutazione della qualità predisposte dall'U.O o dall'azienda; b) delle necessità dei pazienti e delle persone significative.		6
VQ 1.1.2 Gli infermieri, nell'ambito delle strategie delineate, ricevono una formazione orientata alla qualità.		6
VQ 1.2 All'interno dell' U.O. e/o del Dipartimento aziendale sono in corso progetti di miglioramento della qualità.		6
VQ 1.2.1 Esistono evidenze che gli infermieri sono impegnati nei/nel progetti/o di miglioramento della qualità in corso.		6
VQ 1.2.2 I progetti di miglioramento in corso sono focalizzati su problemi rilevanti per gravità o frequenza.		6
VQ 1.3 Vi sono evidenze che è in corso un progetto interdisciplinare e multiprofessionale per lo sviluppo dei profili di cura (clinical pathways)		8
VQ 1.4 Gli infermieri partecipano attivamente a programmi per la valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica percepita dai pazienti e dai familiari.		6
VQ 1.4.1 Esistono evidenze che i risultati derivati dai programmi di valutazione della qualità percepita sono utilizzati per intraprendere iniziative di miglioramento.		6
VQ 1.5 Sono documentati i cambiamenti (organizzativi, tecnici...) derivati dalle iniziative di miglioramento.		2
VQ 1.6 Tutta l'équipe multiprofessionale conosce i cambiamenti avvenuti in seguito alle iniziative di miglioramento.		2

Dimensione: Gestione delle Informazioni (GI)**Totale Punt: 60**

CRITERI	Totale punti	Attribuzione punti
GI 1 All'interno della UO, esiste un sistema informativo in grado di raccogliere e diffondere tutte le informazioni necessarie al soddisfacimento dei bisogni di assistenza dei pazienti, ed alla gestione delle attività organizzative.	60	
GI 1.1 Esiste un sistema informativo in grado di documentare con precisione le attività infermieristiche relative alla gestione dei processi assistenziali ed organizzativi.		8
GI 1.1.1 Il sistema informativo utilizzato consente di garantire la confidenzialità, la completezza, l'accuratezza, la tempestività e la destinazione delle informazioni e dei dati necessari.		7
GI 1.2 L'équipe infermieristica rileva in maniera puntuale e precisa, secondo le modalità previste: a) le informazioni sulle attività operative di erogazione del servizio (dati analitici sulle attività svolte quotidianamente, informazioni in tempo reale) b) le informazioni sulle attività gestionali (dati sulla programmazione per un uso efficace ed efficiente delle risorse, sul controllo in tempo reale dei processi operativi sul conseguimento degli obiettivi, segnalazioni in tempo utile di eccezioni).		9
GI 1.3 I dati e le informazioni necessari per la continuità assistenziale raggiungono i destinatari nei tempi e nei modi stabiliti.		6
GI 1.4 Viene attuata una verifica periodica della validità del sistema informativo utilizzato, rispetto ai criteri di confidenzialità, completezza, accuratezza, tempestività e destinazione.		9
GI 1.5 Esistono evidenze che l'équipe infermieristica utilizza i dati rilevati con il sistema informativo e le informazioni sulle attività svolte per valutare: a) la coerenza delle attività svolte con le competenze professionali; b) la complessità assistenziale; c) i risultati dell'assistenza infermieristica		12
GI 1.6 I report ottenuti dall'elaborazione dei dati relativi alle attività infermieristiche e altre informazioni di competenza sono resi noti a tutta l'équipe multiprofessionale e del Servizio Infermieristico (qualora esso esista).		9

Scheda di sintesi dei punteggi

DIMENSIONE CRITERI	PUNTEGGIO ATTRIBUITO	PUNTEGGI DELLE SEDI INTERESSATE
A 1	60	
1.1	9	
1.2	9	
1.3	12	
1.3.1	9	
1.4	15	
1.5	6	
PUNTEGGIO RAGGIUNTO		
A 2	80	
2.1	4	
2.1.1	5	
2.2	6	
2.3	6	
2.4	6	
2.5	7,5	
2.6	6	
2.7	7,5	
2.8	7,5	
2.9	7,5	
2.10	5	
2.10.1	4,5	
2.11	7,5	
PUNTEGGIO RAGGIUNTO		
D/A 1	100	
1.1	8	
1.2	9	
1.3	8	
1.4	9	
1.5	8	
1.6	12	
1.7	9	
1.8	8	
1.9	8	
1.10	9	
1.11	12	
PUNTEGGIO RAGGIUNTO		
D/A 2	150	
2.1	14	
2.2	10	
2.3	15	
2.4	15	
2.5	9	
2.6	15	
2.7	15	
2.8	10	
2.9	10	

DIMENSIONE CRITERI	PUNTEGGIO ATTRIBUITO	PUNTEGGI DELLE SEDI INTERESSATE
D/A 2.10	12	
2.11	9	
2.12	8	
2.12.1	8	
PUNTEGGIO RAGGIUNTO		
D/A 3	120	
3.1	12	
3.2	8	
3.3	8	
3.4	10	
3.5	12	
3.6	10	
3.7	9	
3.8	9	
3.9	9	
3.10	10	
3.11	8	
3.12	6	
3.13	9	
PUNTEGGIO RAGGIUNTO		
D/A 4	120	
4.1	6	
4.2	6	
4.3	6	
4.3.1	6	
4.4	20	
4.5	36	
4.6	40	
PUNTEGGIO RAGGIUNTO		
D/F 1	70	
1.1	20	
1.2	30	
1.3	10	
1.4	10	
PUNTEGGIO RAGGIUNTO		
GLD 1	60	
1.1	6	
1.1.1	6	
1.2	4	
1.3	2	
1.3.1	2	
1.4	6	
1.5	4	
1.6	4	
1.7	4	
1.8	6	

(segue)

DIMENSIONE CRITERI	PUNTEGGIO ATTRIBUITO	PUNTEGGI DELLE SEDI INTERESSATE
GLD 1.9	4	
1.10	4	
1.11	4	
1.12	4	
PUNTEGGIO RAGGIUNTO		
GLD 2	15	
2.1	5	
2.2	6	
2.3	4	
PUNTEGGIO RAGGIUNTO		
GLD 3	15	
3.1	5	
3.1.1	5	
3.1.2	5	
PUNTEGGIO RAGGIUNTO		
GLD 4	29	
4.1	6	
4.1.1	6	
4.1.2	3	
4.1.3	6	
4.1.4	4	
4.1.5	4	
PUNTEGGIO RAGGIUNTO		
FR 1	30	
1.2	8	
1.3	4	
1.4	4	
1.5	5	
1.6	6	
PUNTEGGIO RAGGIUNTO		
FR 2	31	
2.1	5	
2.2	9	
2.2.1	6	
2.2.2	5	
2.2.3	6	
PUNTEGGIO RAGGIUNTO		
VQ 1	60	
1.1	6	
1.1.1	6	
1.1.2	6	
1.2	6	
1.2.1	6	
1.2.2	6	
1.3	8	
1.4	6	

DIMENSIONE CRITERI	PUNTEGGIO ATTRIBUITO	PUNTEGGI DELLE SEDI INTERESSATE
VQ 1.4.1	6	
1.5	2	
1.6	2	
PUNTEGGIO RAGGIUNTO		
GI 1	60	
1.1	8	
1.1.1	7	
1.2	9	
1.3	6	
1.4	9	
1.5	12	
1.6	9	
PUNTEGGIO RAGGIUNTO		
TOTALE		

Glossario

Accessibilità: Grado di facilità e di comodità per il cliente nel trovare la sede di erogazione del servizio che soddisferà i suoi bisogni di salute e nel raggiungerla.

Autonomia: L'ampiezza delle fasi decisionali pertinenti all'insieme dei compiti svolti; designa la misura in cui sono presenti, contemporaneamente, compiti di esecuzione, programmazione e controllo, nell'ambito dei vincoli di discrezionalità tecnica.

Cliente: Destinatario di un prodotto e/o di un servizio. Può essere anche una unità interna, un fruitore specifico intermedio rispetto al prodotto finale (in questo caso si parla di cliente interno)

Clima interno al servizio: Percezione che si elabora attorno al livello di coesione del gruppo di professionisti operante nell'organizzazione oggetto di studio.

Competenza: Capacità professionale richiesta per assumere certe funzioni; potenzialità la cui realizzazione costituisce la performance. Caratteristica intrinseca dell'individuo, appartenente alla dimensione psicologica, costituita dall'insieme articolato di capacità, conoscenze, esperienze finalizzate. Si esprime attraverso comportamenti. Necessita dell'azione di motivazione e contesto per esprimersi.

Comportamento: Insieme di azioni osservabili, attuate da un individuo, sollecitate dalla combinazione di contesto e di caratteristiche proprie della persona.

Conformità: Soddisfacimento documentato di requisiti specificati.

Contesto: Insieme di elementi che compongono ed influenzano l'ambiente in cui si assiste. È determinato dalle leggi, dagli obiettivi aziendali e di reparto, dai ruoli, dai professionisti che operano, dalle regole interne e dalla tipologia dei pazienti.

Criterio: Descrizione di una performance. Affermazione, più o meno complessa, che costituisce un riferimento per esprimere un giudizio. Il criterio è esplicito quando è espresso in modo operativo. I criteri di buona qualità non vogliono indicare la situazione attuale, statica ma una linea di tendenza sulla quale coinvolgere il maggior numero possibile di soggetti. Devono possedere alcune caratteristiche:

- a) misurabilità = possibilità di verificare se la condizione sia o meno presente o addirittura una sua determinazione graduata, intesa come diversi livelli di adesione al criterio stesso;
- b) riproducibilità = identico giudizio espresso davanti alla stessa condizione da parte di osservatori diversi o dallo stesso osservatore in momenti diversi;
- c) accettabilità = i soggetti coinvolti devono accettare che determinati fattori vengano sottoposti a valutazione;
- d) congruenza = devono essere correlati a fattori di qualità ed agli obiettivi del programma;
- e) specificità = permettono di misurare i fattori di qualità che interessano e solo quelli; in altre parole sono influenzati solo dagli elementi previsti e non invece da altri estranei agli obiettivi dello studio;

Direzione: Il soggetto (o i soggetti) che opera con le risorse umane, finanziarie e fisiche per raggiungere gli obiettivi dell'organizzazione, svolgendo funzioni di pianificazione, organizzazione e controllo: Nelle aziende sanitarie si può distinguere la direzione strategica, che opera a livello aziendale, con funzioni prevalenti di pianificazione e controllo, la direzione di struttura e la direzione di organizzazioni complesse, con funzione operativa di gestione diretta, soprattutto degli aspetti organizzativi.

Esito/Risultato (outcome): Ciò che l'utente ottiene. Risultato, in termini di condizioni di salute, dell'utente, e suo grado di soddisfazione a seguito di uno specifico intervento o di una esperienza dell'utente legata ad un processo assistenziale.

Pur considerando le valutazioni soggettive dei clienti, va specificato che la valutazione degli outcome di ogni atto clinico è l'obiettivo finale nella valutazione della qualità oggettiva, e

segna una importante linea di progresso nei processi di miglioramento continuo della qualità assistenziale.

Efficacia (organizzativa): Capacità del servizio di modificare una situazione di bisogno. Adeguatezza del contributo fornito dal lavoro organizzato nel sistema al conseguimento delle finalità istituzionali.

Indicatore: Variabile, caratteristica qualitativa o quantitativa di un oggetto o di un fenomeno, la quale consente di costruire delle ipotesi, formulare dei giudizi. Variabile che consente di descrivere fenomeni complessi e di prendere decisioni per ottenere o mantenere cambiamenti.

Integrazione: Qualità del rapporto di collaborazione esistente fra unità organizzative/ruoli da cui si richiede una unità di sforzi per rispondere alle esigenze ambientali/dell'utenza.

Linee guida (1): Insieme di raccomandazioni prodotte attraverso un processo sistematico, per assistere gli operatori nel decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche circostanze cliniche. Devono essere inizialmente legittimate dalla solidità delle evidenze scientifiche su cui si fondano. Inoltre devono essere capaci di affrontare i diversi punti di vista degli attori coinvolti e misurarsi con le norme sociali e culturali prevalenti. Le linee guida sono valide se sono di buona qualità scientifica, applicabili e se la loro implementazione è in grado di modificare gli esiti del processo assistenziale a costi accettabili. Esistono linee guida di diverso tipo (diagnostiche, terapeutiche, organizzative ecc...) e di varia qualità¹; solitamente sono approvate da società scientifiche.

Linee guida o Linee di condotta (2): Insieme di indicazioni procedurali suggerite, spesso di carattere multidisciplinare e definite da gruppi multiprofessionali operanti presso la stessa azienda sanitaria e condivise con team di altre istituzioni. Anch'esse devono essere legittimate dalle evidenze scientifiche.

Mission: Ragion d'essere di un'azienda e/o di un gruppo professionale: ciò che si cerca di fare per rendersi visibile all'esterno e per soddisfare i bisogni (le richieste) dei cittadini/utenti (clienti).

Procedure: Insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo

Processo: Insieme di risorse (professionali, finanziarie, strutturali, organizzative, metodologiche e di attività (analisi, progettazione, direzione, controllo) interconnesse in vista della trasformazione degli elementi in ingresso (bisogni di assistenza, bisogni di terapia, di riabilitazione, ecc...) in servizi sanitari. Ciò che si fa. Qualsiasi azione relativa all'assistenza sanitaria effettuata da operatori del sistema sanitario. Uno degli assi della qualità.

Profilo di competenza: Documento flessibile, in cui vengono esplicitati, a partire dalle funzioni generali dell'Infermiere, stabilite dalla legge (D.M. 739/94 - L. 42/99) le specifiche competenze che questo professionista deve saper esercitare con responsabilità in un contesto specifico. Vengono dichiarati gli standards di competenza professionale attesi dall'organizzazione in un determinato spazio temporale, in conformità con la complessità tecnologica e assistenziale e con il livello assistenziale che il gruppo multiprofessionale del servizio intende garantire, per rispondere ai bisogni dell'utenza afferente.

Profili di cura: Strumenti di gestione clinica, finalizzati a far ottenere ai pazienti gli interventi di provata efficacia, attraverso una sequenza logica di azioni in un tempo ottimale.

¹ Glossario Società italiana di VRQ, 1999.

Profilo assistenziale: Strumento operativo con il quale un gruppo di professionisti e di operatori socio-sanitari stabilisce di gestire, sfruttando nel modo migliore possibile le risorse a disposizione, un determinato problema di salute, e con il quale gli stessi si rendono disponibili ad un sistematico confronto con la realtà effettiva, al fine di individuare tutti i possibili interventi migliorativi nel rispetto di quanto viene stabilito, sul piano diagnostico terapeutico, nell'ambito delle linee guida.

Protocolli: Strumenti che esplicitano linee di comportamento ritenute ottimali (linee guida), specificatamente concepiti per assistere nella decisione clinica e neppure il risultato di un percorso preciso e sistematico di analisi dei processi decisionali. Sono declinazioni operative delle linee guida, progettati per una determinata realtà operativa.

Qualità tecnica: Insieme di conoscenze tecnico-professionali e loro effettiva concretizzazione nella pratica da parte delle figure competenti, finalizzata al miglior risultato di salute per il singolo e per la comunità.

Qualità organizzativa: Insieme delle modalità di governo-regolazione-controllo del sistema, finalizzata agli stessi obiettivi.

Regolamenti interni: Modalità di comportamento o successione di azioni definite da documenti formali o dalla normativa, le quali devono essere sistematicamente ottemperate.

Strategie: Linee di sviluppo generale di lungo respiro dell'organizzazione. Esprimono come l'azienda/servizio intende muoversi per raggiungere gli obiettivi generali, in particolare quali sono le priorità individuate ed i percorsi per concretizzarle

Struttura: Ciò che è dato. Attributi relativamente stabili delle risorse umane, materiali e dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria. È uno degli assi della qualità.

Valori: Principi e criteri delle persone che operano in una organizzazione, da essere considerati intrinsecamente validi, della massima importanza e che permettono di decidere le priorità dell'organizzazione. I valori sono congruenti con il mandato.

Valutazione: Processo scientifico e sistematico con cui viene determinato il grado di obiettivi predeterminati.

Valutazione e miglioramento della qualità: Attività che hanno lo scopo di garantire al cliente che le prestazioni o i servizi ricevuti siano di buona qualità. Per iniziative di valutazione e miglioramento della qualità si intendono progetti che prevedono:

- 1) l'identificazione di un problema (intesa come occasione di miglioramento);
- 2) la determinazione delle cause possibili;
- 3) la definizione dei criteri, degli indicatori e dei livelli soglia di buona qualità;
- 4) la progettazione e l'effettuazione di uno o più studi per precisare la differenza tra i valori attesi e quelli osservati nonché per identificare le cause di tale discrepanza;
- 5) la progettazione e l'effettuazione dell'intervento migliorativo;
- 6) la valutazione di impatto a breve e medio termine dell'intervento migliorativo nei confronti del problema affrontato;
- 7) la diffusione dei risultati a tutti gli interessati.

Tali iniziative possono riguardare processi/esiti di prestazioni dirette ai clienti o processi/esiti delle attività di supporto (gestionali, organizzative, amministrative ecc.).

Vision: Descrizione di "come vogliamo essere" per rendere l'organizzazione in grado di svolgere la mission e realizzare gli obiettivi strategici. Percezione che l'azienda e/o un gruppo professionale ha dei propri obiettivi, del contesto, delle risorse di cui dispone in funzione dei bisogni da soddisfare. Deriva dalla cultura e dai valori condivisi della professione e favorisce la mission. Aumenta la coesione tra tutti i membri dell'organizzazione.

Bibliografia di riferimento

- I. Rugiadini A. *Organizzazione d'impresa*. Milano: Giuffrè Ed., 1978.
- II. AAVV. *Linee guida per un progetto di formazione di base dell'Infermiere*. Roma: Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 1999.
- III. *Glossario Azienda Sanitaria Regionale Emilia Romagna*.
- IV. Levati W, Saraò MV. *Il modello delle competenze*. Milano: Franco Angeli, 1998.
- V. AAVV. *Qualità, accreditamento e indicatori*. Roma: Federazione Nazionale Collegi Ipasvi, 1998.
- VI. Focarile F. *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*. Torino: CSE, 1998.
- VII. SIVRQ. *Accreditamento dei servizi sanitari – 2000*. Glossario. QA, 1999; 10(3): 161.
- VIII. EDTNA-ERCA – European Dialysis and Transplant Nurses Association – European Renal Care Association. *Standards Europei per la pratica del Nursing Nefrologico*. 1996.
- IX. Calamandrei C, Orlandi C. *La dirigenza infermieristica*. Milano: McGraw-Hill, 1998.

