

Data	20.09.2024	
PERIODO DI RIFERIMENTO	II e III TRIMESTRE 2024 Suggerimenti piano di miglioramento cambiare campo indicazioni	
Articolazione organizzativa	Sede Op. Enna - via Veneto n. 9	
Destinatari	Presidente Associazione	firma 
	Direttore Tecnico	firma 
Oggetto	2A.02.05.01 - miglioramento seguito della un'attività di valutazione della qualità della documentazione sanitaria	
Partecipanti	Medico collaboratore	firma
	C. Inf.	firma
	C.. FKT	firma

Report

Il presente documento illustra le attività necessarie per la valutazione della qualità della documentazione sanitaria nel servizio di cure domiciliari, con l'obiettivo di promuovere l'eccellenza e la conformità agli standard normativi e professionali. La Direzione Tecnica ha definito una serie di programmi di miglioramento per ottimizzare l'accuratezza, la completezza e la tracciabilità della documentazione. Tali programmi vengono costantemente monitorati, con una valutazione continua dei risultati e la diffusione delle best practices agli operatori. Attraverso audit periodici e il coinvolgimento attivo del personale, si mira a garantire che i processi documentali riflettano elevati livelli di qualità e sicurezza per i pazienti.

Sono state valutate le registrazioni relative al III TRIM.

M. 2A.02.05.01 – I – Valutazione della qualità della Documentazione Sanitaria

Altri elementi di valutazione relativi alla cartella clinica

- Informazioni presenti nel PAI
- Dati anagrafici della persona assistita
- Dati anamnestici remoti (nel PAI o presso il domicilio del paziente)
- Anamnesi patologica prossima (MMG/PLS)
- Documenti della presa in carico
- Documentazione consensi e autorizzazioni
- Diario assistenziale: compilazione e firma ad ogni accesso
- Referti diagnostici provenienti da terzi: presenza dei referti firmati
- Presenza della scheda di valutazione
- Presenza questionari di rilevazione
- Presenza della scheda di rilevazione/segnalazione.

Altri elementi di valutazione relativi alla cartella clinica

- Informazioni presenti nel PAI
- Dati anagrafici della persona assistita
- Dati anamnestici remoti (nel PAI o presso il domicilio del paziente)
- Anamnesi patologica prossima (MMG/PLS)
- Documenti della presa in carico
- Documentazione consensi e autorizzazioni
- Diario assistenziale: compilazione e firma ad ogni accesso
- Referti diagnostici provenienti da terzi: presenza dei referti firmati
- Presenza della scheda di valutazione
- Presenza questionari di rilevazione
- Presenza della scheda di rilevazione/segnalazione

M. 2A.02.05.01 – II – Check list di controllo del fascicolo domiciliare del paziente

Dalla documentazione presso il domicilio durante l'assistenza erogata:

1. Fascicolo del paziente per la presa in carico
2. Piani di Assistenza
3. Monitoraggio e Follow-up
4. Documentazione Amministrativa
5. Valutazione Finale della qualità della Documentazione Sanitaria
5. Conformità alle normative vigenti (privacy, documentazione obbligatoria)
6. Valutazione complessiva della qualità della Documentazione Sanitaria

Considerazioni sulla Valutazione della Documentazione Sanitaria nel Servizio di

Cure Domiciliari

In seguito all'analisi della documentazione sanitaria effettuata, è stato rilevato un livello medio di conformità pari a 7 su 10. Questo risultato suggerisce che, complessivamente, la documentazione del servizio di cure domiciliari è soddisfacente, ma vi sono aree in cui si può intervenire per migliorare ulteriormente la qualità e l'efficacia dei processi documentali. La Direzione Tecnica ha esaminato i fascicoli clinici sulla base di specifici criteri, che includono aspetti fondamentali come anamnesi, piani di assistenza, monitoraggio, documentazione amministrativa, e conformità alle normative. Ecco una sintesi dei punti chiave e delle aree di miglioramento.

Fascicolo del paziente per la presa in carico: La valutazione del Fascicolo del paziente per la presa in carico per la parte clinica ha mostrato una buona conformità nella raccolta delle informazioni di base relative alla storia medica del paziente. Tuttavia, alcuni fascicoli potrebbero beneficiare di una raccolta anamnestica più approfondita e standardizzata, soprattutto per quanto riguarda le patologie pregresse, le allergie, e i trattamenti farmacologici in corso. Avere un quadro anamnestico completo è essenziale per una corretta pianificazione delle cure domiciliari, riducendo il rischio di errori o omissioni.

Piani di Assistenza: I piani di assistenza risultano generalmente ben documentati, ma è stato rilevato che, in alcuni casi, mancano aggiornamenti tempestivi o sufficientemente dettagliati in risposta ai cambiamenti delle condizioni cliniche dei pazienti. Una revisione regolare e il monitoraggio continuo del piano assistenziale sono essenziali per garantire che le cure siano adattate alle esigenze in evoluzione del paziente. È quindi consigliabile un rafforzamento delle procedure di aggiornamento e revisione dei piani di assistenza.

Monitoraggio dei pazienti e rivalutazioni nella presa in carico: Il monitoraggio delle condizioni cliniche e il follow-up sono stati giudicati soddisfacenti, ma si è riscontrata una variazione nella qualità della documentazione tra i diversi fascicoli. In alcuni casi, i progressi del paziente o i cambiamenti clinici non sono stati registrati con la dovuta regolarità, rendendo più difficile tracciare l'evoluzione dello stato di salute nel tempo. Rafforzare l'attenzione alla tempestività e alla completezza delle note di follow-up può garantire un miglioramento nella continuità delle cure e nell'identificazione tempestiva dei problemi.

Documentazione Amministrativa: La documentazione amministrativa è stata generalmente ben mantenuta, con dati pertinenti e completi. Tuttavia, è emerso che in alcuni fascicoli mancano elementi di tracciabilità riguardo a specifiche autorizzazioni o consensi informati. È essenziale garantire che tutta la documentazione amministrativa obbligatoria sia raccolta e archiviata correttamente in ogni caso, soprattutto in conformità con le norme di privacy e il GDPR.

Conformità alle normative vigenti: La conformità alle normative è risultata soddisfacente, soprattutto per quanto riguarda la tutela della privacy e il rispetto delle normative in materia di documentazione sanitaria obbligatoria. Tuttavia, è consigliabile un monitoraggio costante per garantire che tutti i nuovi aggiornamenti normativi siano prontamente recepiti e applicati dal personale coinvolto. Inoltre, la presenza di audit periodici può aiutare a mantenere la conformità su livelli ottimali.

Valutazione complessiva della qualità della Documentazione Sanitaria

La valutazione complessiva della qualità della documentazione sanitaria ha evidenziato un livello di conformità più che accettabile, con diversi punti di forza, ma anche alcune criticità che, se affrontate, potrebbero innalzare ulteriormente lo standard di qualità. Si potrebbe implementare un programma di formazione

continua per il personale, orientato a standardizzare i processi documentali e a migliorare le competenze nel registrare le informazioni cliniche e amministrative.

Considerazioni Finali: Sebbene il risultato medio sia positivo, con una conformità accettabile in molte aree, esistono margini di miglioramento che, se colmati, potrebbero innalzare il livello qualitativo del servizio offerto. Alcuni interventi consigliati includono:

- Aggiornamenti più tempestivi e completi dei piani di assistenza.
- Monitoraggio continuo delle condizioni cliniche e registrazione accurata delle evoluzioni.
- Verifica regolare della documentazione amministrativa e del rispetto delle normative vigenti.
- Formazione continua per il personale sanitario coinvolto nella stesura e gestione della documentazione.

L'approccio proattivo fin qui raggiunto finalizzato al miglioramento della qualità della documentazione sanitaria non solo aumenterà la sicurezza e l'efficienza delle cure domiciliari, ma contribuirà anche ad aumentare la fiducia e la soddisfazione dei pazienti e delle loro famiglie. La Direzione Tecnica prende in considerazione queste aree di miglioramento e implementare le azioni correttive necessarie per mantenere e superare gli standard attuali di qualità assistenziale.

M. 2A.02.05.01 – III – Audit controllo fascicolo sanitario complessivo delle indicazioni riportate su 4d Soft.

- Veridicità: i dati riguardanti elementi oggettivi (segni chimici, indici biologici, attività eseguite, ecc.) devono essere riportati secondo verità. La documentazione deve contenere, in maniera assolutamente rispondente al vero, la verbalizzazione delle procedure assistenziali attuate sul paziente.
- Attualità: gli eventi devono essere registrati contestualmente al loro verificarsi o nell'immediata successione degli stessi.
- Chiarezza: i contenuti sono chiari sia per la grafia, sia per l'esposizione. Il testo deve essere chiaramente leggibile e comprensibile dagli operatori che utilizzano la cartella. L'esposizione deve essere diretta e non dare adito a diverse interpretazioni.
- Accuratezza e appropriatezza: il documento deve dar conto di quanto avvenuto nel corso dell'attività assistenziale. Le descrizioni dovrebbero conformarsi al linguaggio tecnico professionale corrente. Laddove possibile, si consiglia di riferire innanzitutto i dati oggettivamente apprezzabili e a seguire, deduzioni e considerazioni.
- La terminologia specialistica usata non lascia dubbi, ivi comprese le sigle.
- Rintracciabilità: per ogni singolo atto della documentazione sanitaria è identificabile il momento dell'accadimento (data e/o ora) e gli autori/executori. L'uso di sigle o acronimi è possibile purché conformi a standard nazionali, internazionali o aziendali.
- Pertinenza: i dati riportati in documentazione sanitaria devono essere "pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati".
- Completezza: il fascicolo sanitario è completo quando in esso risultano presenti tutti i documenti costitutivi.

Relazione sul Grado di Soddisfazione della Documentazione Sanitaria e Suggerimenti per il IV Trimestre

Valutazione Generale: Dall'analisi dei dati estrapolati dal software 4DSoft e dalle registrazioni verificate presso la centrale operativa, la Direzione Tecnica ha rilevato un livello generale di soddisfazione medio-alto pari a 7/10. Questo risultato riflette


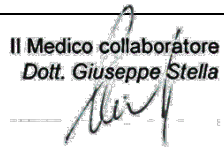
una buona conformità della documentazione sanitaria ai criteri essenziali di accuratezza, tempestività e chiarezza, con alcune aree in cui si possono apportare miglioramenti per ottimizzare ulteriormente i processi.

Punti Chiave della Valutazione

- **Veridicità:** I dati relativi agli elementi oggettivi, come segni chimici e biologici, sono stati registrati con buona fedeltà. Tuttavia, in alcuni casi, si è notata la necessità di migliorare la documentazione delle procedure assistenziali, con maggiore dettaglio nelle note cliniche.
- **Attualità:** La maggior parte degli eventi è stata registrata contestualmente o subito dopo il loro verificarsi, garantendo così una corretta tracciabilità. Nonostante ciò, vi sono stati alcuni ritardi nella registrazione che potrebbero compromettere la tempestività delle informazioni nei fascicoli clinici.
- **Chiarezza:** I contenuti risultano generalmente chiari e leggibili. Tuttavia, in alcuni casi, l'uso di abbreviazioni non standard ha creato difficoltà interpretative. È quindi importante che tutti gli operatori utilizzino una terminologia uniforme, facilmente comprensibile da tutti i membri dell'équipe.
- **Accuratezza e Appropriatezza:** Le descrizioni degli interventi assistenziali sono per la maggior parte conformi agli standard professionali. In alcuni fascicoli, però, le deduzioni cliniche non sempre sono supportate da dati oggettivi. Un miglior equilibrio tra osservazioni oggettive e deduzioni potrebbe aumentare l'accuratezza complessiva della documentazione.
- **Terminologia Specialistica:** La terminologia utilizzata è generalmente appropriata, ma come menzionato sopra, l'uso di sigle e abbreviazioni non standard dovrebbe essere rivisto per garantire la massima chiarezza e uniformità.
- **Rintracciabilità:** Ogni singolo atto è stato correttamente tracciato, con registrazione di data, ora e autore/esecutore. Questo aspetto è stato considerato tra i punti di maggiore conformità, con una buona gestione delle responsabilità all'interno del fascicolo clinico.
- **Pertinenza:** I dati riportati sono in gran parte pertinenti e non eccedono rispetto agli scopi per cui sono stati raccolti. È stata riscontrata una leggera ridondanza di informazioni in alcuni fascicoli, ma niente che comprometta l'efficienza complessiva.
- **Completezza:** La documentazione è completa, con la presenza di tutti i documenti costitutivi richiesti. Tuttavia, è stato suggerito un miglior monitoraggio periodico per evitare la mancanza di documenti secondari non immediatamente rilevati.

Suggerimenti per il IV Trimestre:

- **Migliorare la Tempestività della Registrazione:** Implementare protocolli più rigorosi per garantire che la registrazione delle informazioni avvenga immediatamente dopo l'evento clinico, minimizzando i ritardi. L'uso di sistemi di notifica automatica potrebbe aiutare a ricordare agli operatori la necessità di completare la documentazione in tempo reale.
- **Standardizzazione della Terminologia:** Avviare una formazione specifica sull'uso corretto della terminologia e delle abbreviazioni standardizzate, per evitare confusione tra gli operatori e migliorare la leggibilità della documentazione.
- **Aumento del Dettaglio nella Documentazione delle Procedure:** Incoraggiare una maggiore descrizione nelle procedure assistenziali per garantire una più dettagliata tracciabilità di ciò che è stato eseguito e come.

	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback Continuo: Introdurre un sistema di audit periodico con feedback agli operatori in merito alla qualità della documentazione, puntando su miglioramenti specifici laddove necessario. • Monitoraggio: verifica mensile dei III liv. della completezza dei fascicoli clinici per assicurarsi che tutti i documenti, inclusi quelli amministrativi e clinici secondari, siano correttamente documentati. <p>Il grado di conformità attuale è più che soddisfacente, ma i suggerimenti sopra riportati, se adottati, potranno migliorare ulteriormente l'efficienza e la qualità complessiva della documentazione sanitaria nel servizio di cure domiciliari.</p>
<p>Indicazioni</p>	<p>Per il IV trimestre, si propone una revisione degli obiettivi associati alla procedura che tenga conto dei seguenti obiettivi misurabili per il miglioramento della qualità della documentazione sanitaria nel servizio di cure domiciliari:</p> <p>Tempestività della Registrazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo: Aumentare la tempestività delle registrazioni cliniche. - Indicatore: Percentuale di eventi documentati entro 24 ore dall'intervento. - Target: Raggiungere almeno il 95% di registrazioni entro le 24 per il III Livello o casi segnalati dalla Direzione Tecnica con rilevanza <p>Standardizzazione della Terminologia sul 4D Soft</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo: Migliorare l'uniformità della terminologia e l'uso delle abbreviazioni. - Indicatore: Numero di fascicoli con uso corretto di abbreviazioni e sigle standard. - Target: Ridurre al 100% l'uso di abbreviazioni non conformi entro la fine del trimestre. <p>Completezza del Fascicolo Sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo: Assicurare la completezza del fascicolo sanitario in tutte le sue sezioni per il 100% dei fascicoli di nuova presa in carico ed il relativo controllo. - Indicatore: Percentuale di fascicoli che contengono tutti i documenti previsti (anamnesi, consensi, referti, piani di assistenza). - Target: Raggiungere il 98% di fascicoli completi al termine del trimestre. <p>A seguito della attività di valutazione della qualità della documentazione sanitaria condotta nel II e III TRIM non si ritiene necessario al momento applicare programmi di miglioramento.</p>
<p>Redatto da</p>	<p>Dott.ssa Diletta Meli</p> 
<p>Approvato da</p>	<p>Il Medico Collaboratore - Dott. G. Stella</p> 

**Il Medico collaboratore
Dott. Giuseppe Stella**

DATI – M. 2A.02.05.01 – I – Valutazione della qualità della Documentazione Sanitaria

TOT	DATI III TRIM	OB IV TRIM
7,1	Veridicità: i dati riguardanti elementi oggettivi (segni chimici, indici biologici, attività eseguite, ecc.) devono essere riportati secondo verità. La documentazione deve contenere, in maniera assolutamente rispondente al vero, la verbalizzazione delle procedure assistenziali attuate sul paziente.	7,5
7,1	Attualità: gli eventi devono essere registrati contestualmente al loro verificarsi o nell'immediata successione degli stessi.	7,5
7,1	Chiarezza: i contenuti sono chiari sia per la grafia, sia per l'esposizione. Il testo deve essere chiaramente leggibile e comprensibile dagli operatori che utilizzano la cartella. L'esposizione deve essere diretta e non dare adito a diverse interpretazioni.	7,5
7,2	Accuratezza e appropriatezza: il documento deve dar conto di quanto avvenuto nel corso dell'attività assistenziale. Le descrizioni dovrebbero conformarsi al linguaggio tecnico professionale corrente. Laddove possibile, si consiglia di riferire innanzitutto i dati oggettivamente apprezzabili e a seguire, deduzioni e considerazioni.	7,5
7,4	La terminologia specialistica usata non lascia dubbi, ivi comprese le sigle.	7,5
7,4	Rintracciabilità: per ogni singolo atto della documentazione sanitaria è identificabile il momento dell'accadimento (data e/o ora) e gli autori/esecutori. L'uso di sigle o acronimi è possibile purché conformi a standard nazionali, internazionali o aziendali.	7,5
7,6	Pertinenza: i dati riportati in documentazione sanitaria devono essere "pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati".	7,5
7,4	Completezza: il fascicolo sanitario è completo quando in esso risultano presenti tutti i documenti costitutivi.	7,5
8,0	FINALE	7,5
7,3	MEDIA	7,5

Commenti

Il Medico Collaboratore _____ La Direzione Tecnica _____

DATI – M. 2A.02.05.01 – II – Check list di controllo del fascicolo domiciliare del paziente

PT	DATI III TRIM	OB. IV TRIM
7,4	1. Anamnesi completa	8.0
7,5	2. Piani di Assistenza	8.0
7,5	3. Monitoraggio e Follow-up	8.0
7,6	4. Documentazione Amministrativa	8.0
7,8	5. Valutazione Finale della qualità della Documentazione Sanitaria	8.0
7,9	5. Conformità alle normative vigenti (privacy, documentazione obbligatoria)	8.0
7,7	6. Valutazione complessiva della qualità della Documentazione Sanitaria	8.0
7,6	media	8.0

Commenti

Il Medico Collaboratore _____ La Direzione Tecnica _____

DATI – M. 2A.02.05.01 – III – Audit controllo fascicolo sanitario complessivo delle indicazioni riportate su 4d Soft.

PT	DATI III TRIM	OB. IV TRIM
7,1	Veridicità: i dati riguardanti elementi oggettivi (segni chimici, indici biologici, attività eseguite, ecc.) devono essere riportati secondo verità. La documentazione deve contenere, in maniera assolutamente rispondente al vero, la verbalizzazione delle procedure assistenziali attuate sul paziente.	7.5
7,1	Attualità: gli eventi devono essere registrati contestualmente al loro verificarsi o nell'immediata successione degli stessi.	7.5
7,1	Chiarezza: i contenuti sono chiari sia per la grafia, sia per l'esposizione. Il testo deve essere chiaramente leggibile e comprensibile dagli operatori che utilizzano la cartella. L'esposizione deve essere diretta e non dare adito a diverse interpretazioni.	7.5
7,2	Accuratezza e appropriatezza: il documento deve dar conto di quanto avvenuto nel corso dell'attività assistenziale. Le descrizioni dovrebbero conformarsi al linguaggio tecnico professionale corrente. Laddove possibile, si consiglia di riferire innanzitutto i dati oggettivamente apprezzabili e a seguire, deduzioni e considerazioni.	7.5
7,4	La terminologia specialistica usata non lascia dubbi, ivi comprese le sigle.	7.5
7,4	Rintracciabilità: per ogni singolo atto della documentazione sanitaria è identificabile il momento dell'accadimento (data e/o ora) e gli autori/esecutori. L'uso di sigle o acronimi è possibile purché conformi a standard nazionali, internazionali o aziendali.	7.5
7,6	Pertinenza: i dati riportati in documentazione sanitaria devono essere "pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati".	7.5
7,4	Completezza: il fascicolo sanitario è completo quando in esso risultano presenti tutti i documenti costitutivi.	7.5
8,0	FINALE	
	somma	
7,3	media	7.5

Commenti

Il Medico Collaboratore _____ La Direzione Tecnica _____