



ACCREDITATION
CANADA

Servizi ambulatoriali

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

Versione 4



ACCREDITATION
CANADA

© Il presente documento è protetto da copyright

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

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

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









Sito web: www.healthstandards.org Telefono: 00.1.613.738.3800

Servizi ambulatoriali



Ai fini del presente standard, l'assistenza ambulatoriale è definita come l'insieme delle cure non urgenti che consistono nella visita specialistica singola o in cure episodiche garantite generalmente a pazienti esterni a supporto dell'assistenza di base.

Legenda:



Dimensioni della Qualità:

- 
Centralità della Popolazione
Lavorare con la comunità per anticipare e soddisfare i bisogni
- 
Accessibilità
Garantire i servizi con puntualità ed equità
- 
Sicurezza
Garantire la sicurezza delle persone
- 
Ambiente di Lavoro
Sostenere il benessere sul luogo di lavoro
- 
Centralità del Paziente
Mettere al primo posto il paziente e i suoi familiari
- 
Continuità dell'Assistenza
Erogare servizi tra loro coordinati e continuativi
- 
Efficienza
Mettere in atto il miglior uso delle risorse
- 
Appropriatezza
Fare la cosa giusta per ottenere i risultati migliori

Tipologie di Criteri:

- 
Alta Priorità
I criteri ad alta priorità sono criteri correlati a sicurezza, etica, gestione del rischio e miglioramento della qualità. Sono identificati negli standard.
- 
Pratiche Organizzative Obbligatorie
Le Pratiche Organizzative Obbligatorie (POO) sono pratiche essenziali di cui l'organizzazione deve dotarsi per incrementare la sicurezza del paziente e per ridurre al minimo i rischi.

Metodo di valutazione

- 
In sede
Per criterio contrassegnato con "In sede", si intende che i criteri saranno valutati in sede da un valutatore terza parte.
- 
Attestazione
Per criterio contrassegnato con "Attestazione", si intende che i servizi sanitari forniti devono attestare la loro conformità ai criteri. Ciò sarà sottoposto a revisione da parte del soggetto per l'accreditamento ai servizi sanitari.

Livelli



Oro

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



Platino

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



Diamante

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

FORNIRE SERVIZI SICURI ED EFFICACI

1.0 Si offre accessibilità assistenziale tempestiva e coordinata a pazienti e familiari, team e organizzazioni invianti tanto esistenti quanto potenziali.



1.1 Si applica un processo per soddisfare le richieste assistenziali in maniera tempestiva.

Linea Guida

Le richieste assistenziali possono provenire da pazienti o familiari, team o organizzazioni invianti. Si può ricorrere a diversi processi per rispondervi in funzione della tipologia di richiedente e di richiesta.

Le richieste assistenziali, il processo per soddisfarle nonché la definizione del termine tempestività variano in base al tipo di servizio offerto.

La capacità di rispondere alle esigenze dei pazienti è monitorata impostando e tracciando i tempi di risposta alle richieste di servizi nonché riunendo le opinioni espresse da pazienti e familiari, organizzazioni invianti e altri team.



1.2 Durante la pianificazione dei servizi, si seguono criteri prestabiliti e raccolgono contributi per garantire ai pazienti con esigenze più urgenti di essere visitati per primi.

Linea Guida

Si definisce il calendario degli appuntamenti in modo da consentire di aggiungerne per casi urgenti nella giornata in corso.


1.3

Durante la pianificazione dei servizi, si concentrano in un'unica giornata più servizi per singolo assistito coordinandosi con altre aree assistenziali dell'organizzazione in collaborazione con paziente e familiari.

Linea Guida

Questo aspetto è particolarmente importante per i pazienti che vivono distanti dall'organizzazione e devono organizzare gli spostamenti per presentarsi ad ogni singolo appuntamento.

Si attua un processo per determinare se sono state richieste prestazioni di altri reparti della stessa organizzazione, ad esempio tramite una apposita casella (check box) sul modulo di richiesta.


1.4

Si offrono ai pazienti informazioni sull'ammissibilità a prestazioni assicurate, se opportuno.

Linea Guida

Il paziente viene informato durante la prenotazione dell'appuntamento circa la documentazione richiesta per avere evidenza dell'assicurazione privata e il costo dei servizi se non ne è in possesso.


1.5

Il numero di pazienti che non riescono a presentarsi agli appuntamenti in programma viene monitorato e si mettono in atto strategie per migliorie in tal senso con il contributo di pazienti e familiari.

Linea Guida

Le strategie per un maggiore rispetto degli appuntamenti possono includere parlare direttamente con il paziente mentre vengono fissati e avere un sistema di promemoria che permetta al team di confermare gli orari stabiliti uno o due giorni prima.


1.6

I tempi di attesa dei pazienti per ricevere assistenza che superano l'orario stabilito vengono monitorati e ci si adopera per ridurli il più possibile.

Linea Guida

Le strategie possono riguardare elementi quali una ripartizione corretta degli appuntamenti o tentare di contattare i pazienti in caso di ritardi significativi.


1.7

Quando il team non è in grado di soddisfare le esigenze di un potenziale paziente viene facilitato l'accesso ad altri servizi.

Linea Guida

Nel caso in cui l'organizzazione non sia in grado di soddisfare le esigenze del paziente, si danno spiegazioni in merito e si facilita l'accesso ad altri servizi con adeguata documentazione ai fini della pianificazione assistenziale.

2.0 Pazienti e familiari collaborano alle prestazioni assistenziali.


2.1

Si instaura un rapporto aperto, trasparente e rispettoso con ciascun paziente.

Linea Guida

Il team si adopera per stabilire un rapporto rispettoso e trasparente con i pazienti presentandosi e spiegando il proprio ruolo, chiedendo il permesso prima di procedere con le proprie mansioni, spiegando le azioni eseguite, usando un tono educato, esprimendo preoccupazione o rassicurando, dando spazio a domande o opinioni o commenti, rispettando credo culturale e religioso o stile di vita, tutelando riservatezza e privacy.



- 2.2 Pazienti e familiari sono invitati a un coinvolgimento attivo nella cura da seguire.

Linea Guida

Nel contesto, si invitano pazienti e familiari a partecipare in maniera attiva alla cura in atto, porre eventuali domande e cooperare durante le varie fasi del processo terapeutico.



- 2.3 La capacità di ogni paziente di essere implicato nella sua stessa cura viene appurata congiuntamente ad esso e ai familiari.

Linea Guida

Ogni paziente parteciperà al proprio percorso terapeutico secondo le personali capacità. Durante ogni fase vi è un membro del team che collabora con paziente e familiari, o fiduciario, nel definire la quantità e la tipologia di informazioni ad essi utili per partecipare effettivamente alla cura. Tali informazioni vengono registrate nella cartella clinica del paziente.



- 2.4 Si rispettano e ci si attiene ai desideri del paziente riguardo il coinvolgimento della famiglia nel suo percorso terapeutico.

Linea Guida

Il team cerca di annettere soggetti appartenenti alla rete di sostegno del paziente nel suo percorso terapeutico.

Ci si attiene alla legislazione vigente quando un fiduciario o i familiari sono coinvolti nel processo decisionale. Si applica un processo atto a risolvere eventuali conflitti sorti in merito al grado di coinvolgimento auspicato tra paziente e familiari.


2.5

Si condividono informazioni complete e accurate con paziente e familiari in maniera tempestiva e secondo la volontà del paziente.

Linea Guida

Condividere informazioni dettagliate e complete è fondamentale affinché pazienti, familiari e team giungano assieme a una scelta consapevole e a una decisione condivisa. Le informazioni vengono trasmesse in base a esigenze e interessi individuali nonché capacità di comprensione.

Si mettono a conoscenza pazienti e familiari di: rischi e benefici delle cure; ruoli e responsabilità del paziente nell'assistenza; benefici, limiti e possibili esiti di servizi o interventi proposti; modalità per prepararsi a esami e trattamenti; disponibilità di assistenza psicologica e gruppi di sostegno; modalità per contattare i membri del team in situazioni urgenti o critiche.

Richieste di informazioni di varia natura durante il percorso terapeutico del paziente vanno eventualmente esaudite. Da considerare che messaggi diversi richiedono un tipo di risposta diversa (ad esempio, le questioni serie richiedono un approccio più strutturato).


2.6

Il team verifica che paziente e familiari abbiano compreso le informazioni inerenti le cure.

Linea Guida

Si informano paziente e familiari tenendo conto di capacità di comprensione, alfabetizzazione, lingua, disabilità e cultura degli stessi.

I metodi per verificare che il paziente abbia inteso le informazioni includono: incoraggiarlo e lasciargli spazio a domande; fargli ripetere le informazioni a sua volta, assicurandosi possibilmente della corrispondenza linguistica o culturale ad esempio con video o immagini; creare uno scambio continuo accertandosi sempre che abbia compreso.



2.7 Si rendono disponibili servizi di interpretariato e traduzione per pazienti e familiari secondo necessità.

Linea Guida

Si rende disponibile materiale scritto nelle lingue comunemente parlate nel territorio secondo necessità. Inoltre, si offrono possibilmente servizi di interpretariato qualora richiesti da pazienti o familiari.



2.8 Si stabilisce se il paziente è in grado di esprimere un consenso informato.

Linea Guida

Si segue costantemente un processo atto a valutare la capacità di un paziente di esprimere un consenso informato. Quanto al processo decisionale per esprimere un consenso, con il termine "capacità" si indica la facoltà di comprendere le informazioni pertinenti alla decisione, accettarne le prevedibili conseguenze in caso sia affermativa o negativa, soppesarne i rischi e i benefici.

Si ottempera a legislazione e normativa vigenti in materia a livello locale e nazionale in caso di pazienti pediatrici o adolescenti. Nel caso di pazienti geriatrici, minorenni, o incapaci di esprimere un consenso informato ne è previsto il maggior coinvolgimento possibile nel processo decisionale inerente il loro percorso assistenziale e il team ne valuta opportunamente domande e pareri.


2.9

Si acquisisce e documenta del consenso informato espresso dal paziente prima di procedere con le prestazioni assistenziali.

Linea Guida

Il processo per l'acquisizione del consenso informato prevede: una revisione congiunta con paziente, familiari o fiduciario dei dati assistenziali; informare il paziente sulle opzioni terapeutiche disponibili e concedergli il tempo per riflettere e porre domande prima di richiederne il consenso; il rispetto dei diritti, della cultura e dei valori del paziente, ivi compreso il diritto di negare il consenso in qualunque momento; registrare la decisione del paziente in cartella clinica. Il processo sul consenso informato viene applicato costantemente.

Si ha un consenso tacito per quelle prestazioni per le quali non è richiesto il consenso scritto come, ad esempio, quando un paziente giunge per un appuntamento o una terapia, gli viene misurata la pressione, offre il braccio per il prelievo di sangue venoso, arriva con l'ambulanza, è in condizioni di pericolo di vita o così gravi da richiedere procedure immediate di rianimazione.



- 2.10 Nel caso di pazienti incapaci di esprimere un consenso informato lo si acquisisce tramite un fiduciario.

Linea Guida

Si consulta un fiduciario quando i pazienti non sono in grado di esprimere la propria volontà e si ricorre possibilmente alle loro disposizioni anticipate di trattamento al fine di garantire che le scelte terapeutiche siano in linea con i desideri del paziente. In questi casi, si forniscono al fiduciario le informazioni sui ruoli e sulle responsabilità che deve assumersi e si discutono con lui domande, dubbi e opzioni. Il fiduciario viene scelto in ottemperanza alla legislazione vigente in materia e può essere un rappresentante, un familiare, un tutore o un caregiver.

Nei casi in cui il consenso sia espresso dal fiduciario si registrano in cartella clinica il suo nome, la sua relazione con il paziente e la decisione da esso presa.

Nel caso di pazienti pediatrici o adolescenti si acquisisce e documenta del consenso informato espresso dal minorenne, familiari o tutore prima di procedere con le prestazioni assistenziali. Il relativo processo applicato prevede il maggior coinvolgimento possibile dei soggetti nelle decisioni inerenti assistenza, interventi o terapia valutandone opportunamente domande e pareri.



- 2.11 Si offrono a pazienti e familiari opportunità per partecipare ad attività di ricerca eventualmente appropriate per le loro cure.

Linea Guida

Si applica un processo di valutazione etica per determinare la possibilità di coinvolgere un paziente in attività di ricerca. Le attività di ricerca possono includere sperimentazioni cliniche, valutazioni di nuovi protocolli o modifiche a quelli preesistenti. Pazienti e familiari sono opportunamente coinvolti nella definizione e applicazione di progetti di ricerca (ad esempio raccogliendo dati qualitativi su iniziative a favore di un miglioramento qualitativo).



2.12 Le tematiche di natura etica vengono individuate in maniera proattiva, gestite e affrontate.

Linea Guida

Le tematiche di natura etica sono rappresentate da valori in conflitto che rendono difficoltoso il processo decisionale. Le tematiche possono essere alquanto serie, concernenti la vita o la morte oppure correlate ad attività svolte quotidianamente. Possono includere: i conflitti d'interesse; la scelta di un paziente di rifiutare le cure a proprio rischio; triage fra membri della collettività in stato di emergenza; richiesta di abbandonare o porre fine alle prestazioni assistenziali, incluso il mantenimento in vita con trattamenti o supporti vitali; cure di fine vita.

Ci si attiene al quadro etico dell'organizzazione per gestire e affrontare tematiche di natura etica che possono essere trattate da un comitato etico o da un organo consultivo composto da professionisti sanitari, esponenti del clero o esperti di etica. Oltre alla consulenza di tipo clinico, il comitato etico può essere coinvolto nelle attività di revisione delle politiche e di formazione sui temi etici.

Le questioni di ordine etico che riguardano particolari tipologie di pazienti sono documentate nella cartella clinica.



2.13 Si forniscono a pazienti e familiari le informazioni sui rispettivi diritti e doveri.

Linea Guida

I diritti dei pazienti, unitamente ai loro familiari, includono: il diritto alla tutela della privacy e della riservatezza; conoscere le modalità di utilizzo dei propri dati; accesso alla propria cartella clinica e ai propri dati; essere trattati con rispetto e attenzione; mantenere le pratiche culturali; praticare la propria fede; rifiutare l'assistenza a proprio rischio; essere liberi da abusi, sfruttamento e discriminazione.

I diritti dei pazienti e familiari con riferimento all'assistenza ricevuta includono: rifiutare le prestazioni o che vi intervengano determinate persone; essere coinvolti in tutti gli aspetti dell'assistenza e compiere scelte personali; avere la presenza di una persona di sostegno o di un rappresentante; opporsi a una decisione relativa al piano terapeutico o presentare reclami; partecipare o meno a un'attività di ricerca o una sperimentazione clinica; ricevere assistenza in maniera sicura e competente; sollevare dubbi sulla qualità assistenziale.

Le responsabilità di pazienti e familiari comprendono trattare gli altri con rispetto, fornire informazioni accurate, segnalare rischi a danno della sicurezza, osservare norme e regolamenti.

Le informazioni vengono fornite in fase di accettazione o ricovero adattandole a bisogni differenziati in base a lingua, cultura, livello di istruzione, stile di vita e disabilità fisica o mentale. Qualora non risultasse fattibile fornire dati in fase di presa in carico a pazienti e familiari si provvederà nel più breve termine possibile.



2.14 Si forniscono a pazienti e familiari informazioni su come presentare un reclamo o segnalare violazioni dei loro diritti.



2.15

Si sviluppa e implementa un processo atto a indagare e rispondere su ricorsi presentati riguardo eventuali violazioni di diritti di pazienti con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari.

Linea Guida

Si favorisce un ambiente in cui pazienti con familiari e membri del team non esitano a sollevare dubbi o questioni. Ad esempio, l'organizzazione può fornire accesso a una persona neutrale e obiettiva che possa offrire una consulenza o un parere a pazienti e familiari. In caso di utilizzo di fascicoli sanitari elettronici, si applica un processo per ricevere e rispondere a reclami e domande inerenti la privacy del fascicolo elettronico da parte di pazienti.

I reclami presentati da membri del team o altri team vengono ugualmente affrontati.



3.0 I piani terapeutici vengono sviluppati in collaborazione con pazienti e familiari sulla base di valutazioni complessive.

3.1 La salute fisica e psicosociale di ogni paziente viene valutata e documentata adottando un approccio olistico congiuntamente ad esso e i suoi familiari.

Linea Guida

Gli elementi della salute fisica sono rappresentati da:

- anamnesi
- allergie
- scheda terapeutica
- stato di salute
- stato nutrizionale
- bisogno di cure palliative
- fabbisogni nutrizionali

Gli elementi della salute psicosociale sono rappresentati da :

- stato funzionale ed emozionale di familiari e curante
- capacità ed efficacia quanto a comunicativa e auto-cura
- stato di salute mentale, con incluse le caratteristiche comportamentali e caratteriali
- stato cognitivo
- stato socio-economico

???????esigenze e credo tanto spirituali quanto culturali



3.2 Il processo di valutazione viene definito con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari.

Linea Guida

Il processo di valutazione è reso quanto più snello e semplice in modo che i pazienti non debbano ripetere le informazioni a più operatori o membri del team. Laddove possibile, si conduce una valutazione di tipo collaborativo o interdisciplinare congiuntamente a pazienti con familiari e appositi membri del team appropriati.


3.3

Obiettivi e risultati attesi in merito a cure e assistenza prestate al paziente vengono individuati congiuntamente ad esso e i suoi familiari.

Linea Guida

Bisogni fisici e psicosociali, scelte e preferenze del paziente così come individuati tramite la sua valutazione vengono considerati al fine di sviluppare obiettivi assistenziali. Gli obiettivi e i risultati attesi dall'assistenza sono coerenti con la situazione personale presentata dal paziente, conseguibili, misurabili e complementari con quelli sviluppati da altri membri del team e organizzazioni che assistono il paziente.


3.4

Durante il processo di valutazione si ricorre ad appositi strumenti standardizzati.

Linea Guida

Gli strumenti di valutazione sono standardizzati e adottati dal team intero, nonché possibilmente anche dall'intera organizzazione, e hanno lo scopo di aiutare a riunire ed interpretare in modo sistematico tutti i dati acquisiti nel corso del processo di valutazione. I vantaggi tanto per il paziente quanto per l'operatore sanitario risiedono in migliore efficienza, acquisizione di dati più accurati, coerenza della valutazione, affidabilità dei risultati oltre a una migliore comunicazione fra essi.

Gli strumenti di valutazione standardizzati utilizzati varieranno in funzione delle esigenze del paziente ma anche della tipologia e gamma di servizi prestati per i quali saranno rilevanti e basati su evidenze.



3.5

PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA: La riconciliazione farmacologica è condotta in collaborazione con pazienti e familiari per comunicare dati accurati e completi durante le visite ambulatoriali quando la gestione dei medicinali rappresenta una componente essenziale delle cure.

Linea Guida

L'assistenza ambulatoriale comprende una vasta gamma di servizi e tipologia di pazienti ed è dunque importante concentrare la riconciliazione farmacologica sui pazienti per i quali la gestione dei medicinali rappresenta una componente essenziale della cura. Le organizzazioni devono individuare e documentare quali servizi ambulatoriali soddisfano i requisiti necessari per la riconciliazione farmacologica, tenendo presente che il giudizio clinico è sempre fondamentale nella gestione farmacologica del paziente.

La riconciliazione farmacologica inizia generando una Best Possible Medication History (BPMH/miglior anamnesi farmacologica possibile) che è una lista dei farmaci assunti dal paziente e include prodotti prescrivibili, non prescrivibili, tradizionali, olistici, a base di erbe, vitaminici e integratori. La BPMH fornisce possibili dettagli sulle modalità di assunzione quali posologia, frequenza, via di somministrazione, dosaggio. Per crearla si chiedono informazioni al paziente e familiari o assistenti e si consulta almeno un'altra fonte quale il precedente fascicolo sanitario del paziente o il farmacista di riferimento. Una volta pronta diventa uno strumento di riferimento importante per la riconciliazione farmacologica durante le transizioni assistenziali.

Si confrontano le varie liste di farmaci ed eventuali discrepanze individuate vengono risolte dal medico prescrittore con maggiori responsabilità all'interno del team di medici della struttura, oppure all'esterno, come medico referente. Il medico prescrittore indica per quali farmaci la somministrazione andrebbe continuata, interrotta o variata indicandone le ragioni.

I pazienti dovrebbero essere considerati come partner attivi nella loro gestione farmacologica e devono ricevere informazioni sui farmaci da assumere in un formato e un linguaggio comprensibili. I pazienti dovrebbero essere incoraggiati a tenere un elenco aggiornato dei farmaci da condividere con gli operatori che li assistono.

Prove di Conformità

- 3.5.1 L'organizzazione individua i servizi ambulatoriali dove la gestione dei medicinali rappresenta una componente essenziale delle cure. La scelta viene documentata assieme alla cadenza concordata per la riconciliazione farmacologica dei pazienti assistiti dall'organizzazione.
- 3.5.2 All'inizio dell'assistenza, si genera e si documenta una Best Possible Medication History (BPMH/miglior anamnesi farmacologica possibile) in collaborazione con pazienti e familiari e assistenti oltre che con altri soggetti coinvolti a seconda dei casi.
- 3.5.3 Durante o prima delle successive visite ambulatoriali, la BPMH viene confrontata con la lista dei farmaci aggiornata, individuando e documentando eventuali discrepanze. Quest'attività viene eseguita secondo la periodicità definita dall'organizzazione.
- 3.5.4 Le discrepanze terapeutiche vengono risolte in collaborazione con pazienti e familiari oppure comunicate al medico prescrittore avente maggiori responsabilità verso il paziente con relativa documentazione delle azioni intraprese in merito.
- 3.5.5 Il paziente e il successivo operatore sanitario (ad esempio il medico curante, il farmacista di riferimento, i responsabili dei servizi per l'assistenza domiciliare) ricevono una lista accurata e aggiornata dei farmaci che il paziente dovrebbe assumere durante l'ultima visita o al momento della dimissione dall'organizzazione.


3.6

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

Linea Guida

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



3.7 Preferenze e scelte assistenziali di ogni paziente vengono discusse in fase di valutazione congiuntamente ad esso e i suoi familiari.

Linea Guida

Esigenze, preferenze e scelte dichiarate dal paziente in merito a cure e assistenza sono oggetto di confronto con esso e i suoi familiari. Il team e il paziente prendono decisioni condivise che tengono conto di quanto espresso dal paziente in merito a preferenze, esiti attesi, rischi e benefici legati alle scelte.

Ad esempio, varie strategie adottabili ai fini della gestione del dolore, quali ricorso ad analgesici con incluso oppioidi e coadiuvanti così come anche interventi a livello fisico, comportamentale e psicologico, possono essere discusse cosicché il paziente sia in grado di sviluppare la scelta privilegiata.

Si discute su altre preferenze quali scelte legate ad automedicazione, privacy, visitatori, trattamenti e accertamenti, assistenza personale nel dormire o lavarsi o mangiare.



3.8 Esami di laboratorio e diagnostici assieme al consulto di esperti sono disponibili in maniera tempestiva al fine di sostenere una valutazione completa.



3.9 I risultati della valutazione vengono condivisi con paziente e altri membri del team in maniera tempestiva e facilmente comprensibile.

Linea Guida

La condivisione dei risultati della valutazione eseguita in maniera adeguata è sinonimo di chiarezza e previene duplicazioni superflue. Si rendono le informazioni facilmente comprensibili conformandole ai livelli di alfabetizzazione nonché tipo di lingua e cultura del paziente.



- 3.10 Si sviluppa e documenta un piano terapeutico completo e personalizzato congiuntamente al paziente e ai suoi familiari.

Linea Guida

Il piano terapeutico è basato sugli esiti ottenuti dalla valutazione nonché sugli obiettivi e i risultati attesi da parte del paziente relativamente all'assistenza. Comprende ruoli e responsabilità specifici del team, di altre organizzazioni, dei pazienti e familiari. Comprende anche informazioni dettagliate sul paziente in merito ad anamnesi, valutazioni, referti diagnostici, allergie ed infine medicinali, incluse problematiche o reazioni avverse correlate all'uso dei farmaci.

Quanto alle prestazioni assistenziali il piano ne precisa: luogo e frequenza; tempistiche di attivazione, di conseguimento degli obiettivi e risultati attesi, di completamento; modalità di monitoraggio per il conseguimento degli obiettivi e risultati attesi; pianificazione della transizione o dei controlli successivi al termine della presa in carico se opportuno.



- 3.11 Le transizioni terapeutiche, incluso la fine della presa in carico, vengono definite con la pianificazione terapeutica congiuntamente a paziente e familiari.

Linea Guida

Aggiungere nel piano terapeutico informazioni riguardanti quello sulla transizione verso il domicilio del paziente, un altro team, un livello terapeutico alternativo o la fine della presa in carico consolida la capacità di coordinamento fra team o organizzazioni partner aiutando i pazienti ad essere pronti per il termine delle prestazioni in carico. Il coinvolgimento del paziente nel pianificare la fine della presa in carico assicura che esso e i suoi familiari siano preparati e consci sull'avvenire.

Il confronto che verte sulle esigenze e preferenze del paziente legate alla transizione e post-terapiche è parte integrante dello sviluppo di un piano terapeutico. Esso include anche visite di controllo post-terapiche, la capacità di auto-cura, ricorso a supporti territoriali oppure altre esigenze o problematiche anticipate.



4.0 I piani terapeutici vengono implementati in collaborazione con pazienti e familiari.

4.1 Si segue il piano terapeutico personalizzato del paziente nel corso delle prestazioni assistenziali.



- 4.2 **PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA:**Assieme a pazienti e familiari, si utilizzano almeno due identificativi personali specifici per assicurarsi che i pazienti ricevano l'assistenza o l'intervento adeguato previsto.

Linea Guida

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

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

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

Prove di Conformità

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



4.3

Tutte le prestazioni assistenziali ricevute dal paziente, con incluso modifiche e adeguamenti del piano terapeutico, sono documentate nella relativa cartella clinica.

Linea Guida

Il team coinvolto nelle cure ha accesso alla cartella clinica del paziente, così come il paziente stesso, e contenuta in un unico fascicolo.



4.4

I protocolli terapeutici vengono sistematicamente rispettati per garantire lo stesso livello assistenziale in ogni contesto e ad ogni paziente.



4.5

Lo stato di salute del paziente viene valutato nuovamente assieme ad esso riportando eventuali aggiornamenti nella relativa cartella clinica, in particolare in presenza di variazioni.

Linea Guida

La ritardata o mancata comunicazione di eventuali mutamenti nello stato di salute del paziente, soprattutto in caso di aggravamento, rappresenta un ostacolo significativo all'erogazione sicura ed efficace di cure e assistenza. Le variazioni nello stato di salute del paziente sono registrate in modo accurato e tempestivo condividendole con tutti i membri del team.



4.6

I progressi del paziente verso obiettivi e risultati attesi sono monitorati congiuntamente ad esso eventualmente riadeguando il piano terapeutico.

Linea Guida

Si documentano i progressi avvenuti rispetto agli obiettivi prefissati secondo metodologie di tipo qualitativo e quantitativo coinvolgendo paziente e familiari. Si tratta di ricorrere a strumenti di valutazione standardizzati, di confrontarsi con pazienti e familiari e tenere sotto osservazione diretta.


4.7

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

Linea Guida

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

Le esigenze e preferenze spirituali del paziente sono considerate parte integrante del processo di cura e guarigione, discutendone in fase decisionale sulle terapie eventualmente comprensive di componenti etiche o spirituali.


4.8

Pazienti e familiari hanno possibilmente accesso a servizi terapeutici di supporto psicosociale e/o emotivo.

Linea Guida

L'assistenza psicologica e il supporto emotivo possono aiutare pazienti e familiari a fronteggiare i bisogni sanitari e le problematiche correlate. Tali sostegni danno eventuali indicazioni riguardo affrontare una diagnosi, aiutare nel prendere decisioni, gestire effetti collaterali oppure tematiche di natura etica quali le disposizioni anticipate di trattamento.


4.9

Si offre supporto a familiari, membri del team e altri pazienti contemporaneamente e successivamente al decesso di un paziente.

Linea Guida

Le informazioni rilevanti vengono condivise con pazienti e familiari quando si tratta del processo di morte come i segni e i sintomi di decesso imminente, le tattiche per affrontarlo, le modalità di supporto e conforto durante le ultime ore, il sostegno all'elaborazione del dolore e del lutto.

I familiari e amici del paziente sono incoraggiati a ricorrere a sistemi di supporto territoriali. Qualora questi fossero insufficienti, o quando familiari e amici siano considerati a rischio di eventuali reazioni complesse nei confronti del dolore, si facilita l'accesso a servizi di sostegno per l'elaborazione del lutto a pazienti, familiari, membri del team e volontari comprendenti supporto volontario o servizi professionali.



4.10 **PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA:**Le informazioni pertinenti l'assistenza del paziente vengono comunicate in maniera efficace durante il passaggio di presa in carico.

Linea Guida

Una comunicazione efficace è rappresentata dall'accurato e tempestivo scambio di informazioni che riduce al minimo la possibilità di equivoci.

Le informazioni pertinenti l'assistenza del paziente dipenderanno dalla natura della transizione assistenziale. Generalmente includono come minimo generalità e altri dati identificativi del paziente, recapiti per contattare gli operatori responsabili, ragioni della transizione, problematiche sulla sicurezza e obiettivi terapeutici del paziente. A seconda della struttura, le informazioni su allergie, terapie, diagnosi, referti di esami, interventi e disposizioni anticipate di trattamento possono anch'esse avere rilevanza.

Con l'uso di strumenti documentali e strategie comunicative (quali SBAR [Situation/Situazione, Background/Provenienza, Assessment/Valutazione, Recommendation/Raccomandazione], liste di controllo, materiale informativo sulla dimissione e istruzioni per visite di controllo successive, tecniche di rilettura e ripetizione) si ottiene una comunicazione efficace, come anche tramite la standardizzazione delle informazioni più rilevanti, e la condivisione di strumenti e strategie in tutta l'organizzazione. Il grado di standardizzazione dipenderà dalle dimensioni e complessità organizzative. Le cartelle cliniche elettroniche possono essere d'aiuto, ma non possono sostituire efficaci strumenti e strategie di comunicazione.

La comunicazione efficace riduce la necessità per pazienti e familiari di dover ripetere le informazioni. Pazienti e familiari hanno bisogno di informazioni specifiche per prepararsi a, e per migliorare i passaggi assistenziali quali informazioni o istruzioni scritte, piani d'azione, obiettivi terapeutici prefissati, segnali o sintomi di condizioni di salute in peggioramento e recapiti per gli operatori.

Prove di Conformità

- 4.10.1 Le informazioni utili da condividere nelle transizioni assistenziali sono definite e standardizzate laddove i pazienti sono sottoposti a cambi di personale o luogo: ricovero, passaggio di consegne, trasferimento e dimissione.
- 4.10.2 Si usano strumenti documentali e strategie comunicative per standardizzare il trasferimento di informazioni relativamente alle transizioni assistenziali.
- 4.10.3 Durante le transizioni assistenziali, pazienti e familiari ricevono le informazioni ad essi utili a fini decisionali e di supporto terapeutico.
- 4.10.4 Le informazioni condivise durante le transizioni assistenziali sono documentate.
- 4.10.5 L'efficacia comunicativa è valutata e migliorata sulla base di riscontri ricevuti. I meccanismi valutativi possono comprendere:

l'uso di uno strumento di controllo (audit) (osservazione diretta o riesame della cartella clinica) adatto a stimare la conformità a processi standard e gli aspetti qualitativi del trasferimento di informazioni
chiedere a pazienti, familiari e operatori sanitari conferma di aver ricevuto i dati utili

valutare gli eventi avversi correlati al trasferimento di informazioni (ad esempio, con il sistema di gestione degli incidenti a danno della sicurezza dei pazienti)



- 4.11 Il team adotta specifici procedimenti per il trasferimento di informazioni quando i pazienti non beneficiano regolarmente del servizio sanitario.

Linea Guida

Le informazioni vengono trasmesse agli operatori di riferimento per quanto possibile, ma anche direttamente al paziente nei casi in cui questi sia "orfano" ed ossia non disponga di un regolare medico di base.



5.0 **Pazienti e familiari partecipano alla pianificazione e preparazione della transizione verso un altro tipo di servizio o contesto.**

5.1 Pazienti e familiari sono coinvolti in maniera attiva nella pianificazione e preparazione della transizione terapeutica.

Linea Guida

Pazienti e familiari sono coinvolti nell'intera pianificazione della transizione terapeutica. Il team discute con paziente, e familiari, in merito a: piano terapeutico con relativi obiettivi e preferenze; cure prestate; problematiche aperte, sia cliniche che di altro tipo; aspettative legate alla transizione; appuntamenti per controlli successivi; piani nutrizionali e fisici eventuali; recapiti dei membri del team con orari stabiliti per la reperibilità.

La continuità terapeutica migliora quando i pazienti partecipano alla pianificazione e preparazione della transizione e se ricevono informazioni dettagliate in merito alla transizione e alla fine di presa in carico.

Esempi di momenti fondamentali della transizione sono rappresentati da: giri visite, cambi di turno, passaggi di presa in carico, trasferimento verso o da un'organizzazione oppure un altro operatore territoriale, fine presa in carico.

Parlare con paziente e familiari riguardo alle transizioni consente a questi di comprendere il processo diventando anche un'opportunità per porre domande in merito. Consente ugualmente di assicurare che tutte le informazioni siano accurate e complete e che inoltre i desideri del paziente vengano esauditi.



5.2

Si verifica che il paziente sia effettivamente pronto alla transizione da un punto di vista fisico e psicosociale, con incluso la capacità di autogestirsi in merito alle sue condizioni di salute.

Linea Guida

Questo tipo di valutazione viene condotto quanto prima nel corso del processo terapeutico. Si definiscono i casi in cui l'autogestione possa risultare vantaggiosa per il paziente. La capacità di autogestirsi è legata a fattori quali accessibilità a una rete di sostegno, possibilità di assistenza territoriale, capacità fisiche e cognitive, livello di alfabetizzazione.



5.3

Ai pazienti vengono offerti i mezzi per autogestirsi tramite formazione, strumenti e risorse appositi.

Linea Guida

Una formazione che favorisce l'autonomia e consente ai pazienti di autogestirsi in presenza di patologie croniche può vertere su: piano di azione, modelli comportamentali e modalità risolutive per problematiche, analisi dei sintomi, azioni induttive sociali attraverso il sostegno di team e un orientamento su sforzi individuali. I temi inerenti la formazione finalizzata all'autogestione dovrebbero riguardare: attività fisica, alimentazione, tecniche di gestione dei sintomi, gestione di fattori di rischio, gestione in presenza di affaticamento e sonno, uso di medicinali, gestione delle emozioni, mutamenti a livello di capacità mnemoniche e cognitive, formazione interattiva con professionisti sanitari e altri soggetti, capacità decisionali e risolutive in merito a problematiche correlate alla salute.

Strumenti e risorse sono resi disponibili al fine di consentire ai pazienti di autogestirsi commisurandoli alle esigenze di ognuno di essi e, ad esempio, sono modificabili sulla base di capacità di comprensione, livello di alfabetizzazione, tipo di lingua, eventuale disabilità e tipo di cultura.



5.4

Si coordinano i servizi appropriati per eventuali visite di controllo sul paziente congiuntamente ad esso e familiari, altri team e organizzazioni.

Linea Guida

Si è responsabili della terapia somministrata al paziente fino alla fine della presa in carico o fino a che quest'ultima non passi ad altro tipo di team, servizio sanitario o organizzazione.

I servizi per visite di controllo possono comprendere cure primarie, servizi domiciliari o territoriali, cure riabilitative a livello territoriale, servizi di supporto psicologico e indicazioni di continuità terapeutica. Lavorando insieme per stabilire un inserimento corretto del paziente si garantisce a questi l'assistenza più appropriata nell'ambito più adeguato, riducendo al minimo il ricorso a soluzioni temporanee o trasferimenti inutili.

Nel garantire ai pazienti costanza e continuità quanto a cure, inserimento e poi controlli di monitoraggio esiste un processo che valuta l'eventualità di transizioni terapeutiche aventi esiti non previsti.



5.5

Il piano di transizione è documentato nella cartella clinica del paziente.


5.6

Si rispetta il desiderio di un paziente di eventualmente interrompere o limitare le prestazioni, essere trasferito ad altro ambito o avere cure domiciliari.

Linea Guida

La decisione condivisa in merito al trasferimento del paziente è eventualmente presa in accordo con familiari o fiduciario considerando la capacità decisionale del paziente stesso. Si informano paziente e familiari dei rischi connessi come anche degli altri servizi territoriali a cui possono rivolgersi di seguito.

Si ricorre a un quadro decisionale basato su etica o valori determinati come riferimento nell'eventualità che un paziente opti per scelte in disaccordo con le indicazioni del team. Qualora un paziente desideri continuare a ricevere assistenza in disaccordo con le indicazioni del team o sebbene l'organizzazione non abbia ulteriore capacità, si ricorre a un quadro decisionale basato su etica o valori determinati per giungere a un esito giusto ed equo tanto per il paziente quanto per l'organizzazione.


5.7

Membri del team, operatori sanitari invidanti e altri team cooperano per una gestione terapeutica del dolore che affligge il paziente esterna all'ambiente assistenziale ambulatoriale quale, a titolo esemplare, quella domiciliare.

Linea Guida

Le strategie per la gestione del dolore possono prevedere la somministrazione di analgesici, compresi gli oppiacei o i farmaci coadiuvanti al bisogno, insieme a metodologie d'intervento di natura fisica, comportamentale e psicologica. Si consultano gli esperti servendosi inoltre della ricerca e delle evidenze per comprendere le modalità migliori con cui gestire il dolore e altri sintomi.


5.8

Si valuta l'efficacia delle transizioni terapeutiche e i dati ricavati sono utilizzati come riferimento per migliorarne la pianificazione con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari.

Linea Guida

Un campione di pazienti con familiari o organizzazioni invianti viene contattato con cadenza regolare per determinare l'efficacia della transizione terapeutica o della fine di presa in carico ed anche monitorare sia le opinioni e i dubbi dei pazienti in seguito alla transizione che i piani per i controlli successivi da eseguire. La valutazione delle transizioni terapeutiche rappresenta un'opportunità per verificare che le esigenze di pazienti e familiari siano state soddisfatte e che le richieste o i dubbi siano stati affrontati.

Il riscontro dei pazienti e gli esiti complessivi ottenuti dalla valutazione vengono condivisi con i responsabili e l'organo direttivo dell'organizzazione considerandoli poi ai fini di un miglioramento qualitativo delle transizioni terapeutiche.