



ACCREDITATION
CANADA

Servizi di area critica

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

Versione 4



ACCREDITATION
CANADA

© Il presente documento è protetto da copyright

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

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

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

Sito web: www.healthstandards.org Telefono: 00.1.613.738.3800

Servizi di area critica

Lo standard per i servizi di area critica comprende cure specialistiche interprofessionali erogate a pazienti in condizioni di pericolo di vita o di potenziale pericolo di vita, accompagnato in genere dalla compromissione di uno o più organi vitali. Questa tipologia di cure è fornita continuativamente nell'arco delle 24 ore in ambiti assistenziali appositi per specifiche popolazioni di pazienti comprendenti unità di terapia intensiva per adulti, unità di terapia intensiva pediatrica (TIP) e di terapia intensiva neonatale (TIN). Lo standard per i servizi di area critica è applicabile anche in casi in cui pazienti affetti da patologie critiche vengono curati esternamente all'unità di area critica (ad esempio, con letti per terapie altamente intensive). I pazienti per cui occorrono livelli terapeutici alternativi esternamente all'unità di area critica (ad esempio presso unità per cure intermedie o minime) vengono valutati sulla base di standard per servizi di area critica o servizi ospedalieri (precedentemente noti come servizi di medicina) collegati ai livelli di sorveglianza stabiliti dall'organizzazione per tali ambiti.

Lo standard fornisce un quadro di miglioramento qualitativo incentrato su tematiche comuni a una varietà di popolazioni di pazienti e che interessa la vasta gamma dei servizi di area critica. Riguarda anche elementi quali valutazione, pianificazione, implementazione e visite di controllo post-dimissione per pazienti affetti da patologie critiche. Alcuni dei criteri andrebbero adattati alla tipologia di popolazioni di pazienti visitati all'interno dell'unità (ad esempio in merito ad apparecchiatura specialistica, formazione ed esperienza) o in taluni casi potrebbero non risultare applicabili.

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.

INVESTIRE IN SERVIZI DI QUALITÀ



1.0 I servizi vengono definiti in maniera collaborativa per soddisfare i fabbisogni di pazienti e collettività.

1.1 Un approccio personalizzato viene utilizzato per prestare servizi in area critica a popolazioni di pazienti variegata tra cui la tipologia neonatale, pediatrica e/o adulta.

Linea Guida

Pazienti adulti, pediatrici e neonatali richiedono approcci specialistici nei servizi di area critica. Ivi compreso apparecchiatura specialistica, formazione ed esperienza oltre a linee guida per pratica clinica in funzione dell'età e della fase di sviluppo del paziente.

Ad esempio, l'assistenza in fase di sviluppo è raccomandata per i neonati ad alto rischio per ottimizzare il loro sviluppo neurologico e ridurre i rischi di problemi cognitivi e comportamentali (ad esempio prevedere un'illuminazione regolabile, livelli di rumorosità ridotti, posizioni specifiche e il coinvolgimento della famiglia).



- 1.2 Esiste un quadro di riferimento specifico per la rianimazione internamente all'organizzazione e/o in altre organizzazioni, se applicabile.

Linea Guida

Si adottano vari approcci collaborativi per la rianimazione in area critica in funzione delle dimensioni dell'organizzazione e dell'ambito dei servizi (ad esempio in caso di centri traumatologici e ospedali territoriali). Ad esempio, si prevedono unità di area critica con squadre di rianimazione formali che prestano cure in reparto (ad esempio team di risposta rapida o di emergenza medica), membri del team addestrati presenti in reparto e/o consulti con il team di area critica attraverso la telemedicina (ad esempio tramite telefoni, computer e attrezzature di videoconferenza). Vengono inoltre previsti eventualmente la valutazione e la stabilizzazione dei pazienti, la formazione e il sostegno ai membri del team e le visite di controllo sui pazienti successivamente alla loro dimissione.

Nelle organizzazioni predisposte alla rianimazione in area critica dovrebbe esistere un quadro che garantisca che i membri del team siano disciplinati da identiche politiche e procedure organizzative tra cui tutelare la privacy e la riservatezza del paziente, ottemperare a linee guida di pratica clinica e documentare in merito all'assistenza prestata. Qualora i membri del team offrano servizi di telemedicina dovrebbero ugualmente attenersi alla legislazione e/o normativa vigente in materia nella giurisdizione di pertinenza.



- 1.3 Le principali destinazioni a cui vengono indirizzati i pazienti sono note e i servizi sono coordinati con tali unità e organizzazioni.

Linea Guida

Si applica un processo per operare in maniera collaborativa con i partner al fine di incrementare l'efficienza e l'efficacia dei servizi.


1.4

Le unità di area critica sono definite con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari per essere autosufficienti e dediti nell'arco delle 24 ore a pazienti in condizioni di pericolo di vita o potenzialmente tali.

Linea Guida

La struttura delle unità di area critica dipende da una serie di fattori fra cui ambito applicativo dei servizi, tipologia della popolazione di pazienti assistiti e livelli terapeutici. Nel corso di nuove costruzioni o ristrutturazioni, si raccomanda di esaminare l'efficacia della struttura attenendosi a linee guida basate su evidenze e a indicazioni derivanti da membri del team e pazienti con familiari per quanto concerne i reparti (ad esempio disporre una stanza familiare nell'unità di area critica).


1.5

Si determina e mantiene il livello di dotazione organica necessario a garantire una qualità uniforme delle prestazioni assistenziali a tutte le ore del giorno e per tutti i giorni della settimana.

Linea Guida

Si valuta l'efficacia del personale apportando cambiamenti laddove necessario.

Una presenza ridotta del personale di sera e nei fine settimana può essere causa di esiti negativi sui pazienti.



1.6

Si applica un piano per capacità d'intervento in unità di area critica volto a gestire una quantità elevata di pazienti durante periodi di afflusso accresciuto nonché durante pandemie, infortuni di massa o altre emergenze su larga scala.

Linea Guida

La pianificazione della capacità d'intervento è parte integrante del piano complessivo per eventuali disastri ed emergenze e delle strategie per gestire il flusso di pazienti secondo predisposizioni dell'organizzazione, ivi compreso la pianificazione per gestire le pandemie. Si prevede un impegno collaborativo che riguardi eventualmente la sanità pubblica, la prevenzione e il controllo delle infezioni, i dipartimenti di emergenza, l'assistenza per cure critiche, sale operatorie e servizi ospedalieri. In alcune giurisdizioni, il Ministero della salute si assume la responsabilità della pianificazione apposita per gestire l'insorgenza di possibili pandemie. In tal caso, le strutture convalidano il piano elaborato dal Ministero a livello organizzativo.



1.7

Si applicano in loco strategie volte a prevenire errori nell'uso di dispositivi di infusione intravenosa multipla comprensive di formazione e addestramento in merito.

Linea Guida

Esistono rischi reali per la sicurezza nel manipolare dispositivi di infusione intravenosa (i.v.) multipli in ambienti ad elevato rischio, incluso la possibilità di confondere gli appositi cateteri e inavvertitamente somministrare al paziente il medicinale sbagliato.


1.8

Si applica un processo apposito per comunicare a membri del team referenti e incaricati del ricovero nonché medici generici in merito ai rispettivi ruoli e responsabilità nella cura del paziente.

Linea Guida

La comunicazione fra i vari team e operatori rappresenta un elemento cruciale ai fini della continuità assistenziale. Sebbene i medici di base e gli operatori inviati o incaricati del ricovero generalmente non siano coinvolti direttamente nelle cure prestate in unità di area critica chiuse, potrebbero avere un ruolo nelle unità di area critica invece aperte e nel successivo trasferimento o dimissione del paziente.


1.9

Il modello terapeutico dell'unità di area critica risulta appropriato al livello di cure prestate.

Linea Guida

Il modello terapeutico a cui si aderisce varia in funzione del livello di cure e del tipo di unità di area critica. Le unità di terapia intensiva elevata o di alto livello aderiscono a un modello terapeutico tendenzialmente intensivo o specialistico per cure critiche. Le unità che lavorano con pazienti affetti da patologie non particolarmente acute (quali le unità per terapia intensiva minima) hanno accesso a uno specialista esperto in cure critiche o intensive che possa prestare assistenza diretta o un consulto (ad esempio assicurando la sua disponibilità telefonica giornaliera o al momento della dimissione). Qualora uno specialista esperto in cure critiche o intensive sia accessibile per un eventuale consulto, il team dispone di un processo apposito da applicare.

Le unità che aderiscono a modelli terapeutici misti si strutturano in maniera tale da offrire le migliori cure possibili.

FORNIRE SERVIZI SICURI ED EFFICACI

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



2.1 C'è un processo per selezionare i pazienti eligibili a cure intensive rispetto ai criteri di ricovero definiti.

Linea Guida

Tale processo viene applicato per determinare i potenziali pazienti da sottoporre a cure critiche e il relativo livello appropriato alle loro condizioni cliniche. I criteri per il ricovero includono il rischio imminente di morte o di un deterioramento significativo del quadro clinico del paziente, accompagnato dalla ragionevole probabilità di un beneficio atteso dal trattamento intensivo. L'applicazione di questi criteri serve a stabilire se le prestazioni erogate dal team corrispondono ai bisogni del paziente e alle sue preferenze in relazione ai trattamenti di mantenimento in vita, a rilevare i bisogni urgenti e immediati del paziente e a stabilire le priorità assistenziali. Il processo è adattato alle esigenze particolari di alcuni pazienti e familiari, ad esempio in virtù di fattori quali la lingua, la cultura, il livello di istruzione, lo stile di vita e le competenze individuali. Si tiene conto dell'opinione di tutti i membri del team e incluso di medici, infermieri ed esperti di fisioterapia respiratoria. Per le organizzazioni con più presidi ospedalieri, il processo è standardizzato ed è applicato uniformemente dai vari team dei servizi di area critica.



2.2 Il team addetto alle cure critiche collabora con altri team interni all'organizzazione al fine di determinare il processo adatto per un monitoraggio adeguato dei pazienti che preveda l'eventuale passaggio all'unità di area critica.

Linea Guida

Il processo applicato per il monitoraggio del paziente è sostenuto da un sistema di valutazione di rischio (sviluppato internamente o con uno strumento apposito) e/o un sistema di monitoraggio basato sull'osservazione per rilevare i segni iniziali di un deterioramento clinico che richieda il passaggio a un livello terapeutico superiore (quali variazioni a livello respiratorio e/o di frequenza cardiaca). Il processo comprende anche il passaggio al livello terapeutico inferiore per evitare inutili ammissioni all'unità di area critica. In funzione della gravità del quadro clinico, il paziente potrebbe essere curato in reparto e/o eventualmente trasferito all'unità di area critica.



2.3 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.



2.4 Si mettono a conoscenza pazienti e familiari circa il membro del team a cui sono affidati per il loro coordinamento assistenziale e sulla modalità per contattarlo.

Linea Guida

Il membro del team incaricato sarà la persona avente il maggior contatto con il paziente oppure il principale operatore responsabile della terapia.



3.0 **Pazienti e familiari collaborano alle prestazioni assistenziali.**

3.1 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.



3.2 La presenza dei familiari viene favorita all'interno degli ambienti di area critica in base ai desideri del paziente e degli stessi familiari.

Linea Guida

Si prevedono in tal caso giri visita nell'unità di area critica, valutare le preferenze dei familiari, fornire opuscoli che trattano dei ruoli e delle responsabilità assunti dal team addetto alle cure critiche e condividere linee guida sulle modalità da rispettare durante le visite familiari. Si consiglia di predisporre linee guida che siano flessibili in merito alle visite dei familiari per favorirne la necessaria presenza accanto al paziente.



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

Linea Guida

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.


3.4

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

Linea Guida

Ogni paziente parteciperà al proprio percorso terapeutico secondo le personali capacità. Durante ogni fase vi è un apposito 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.


3.5

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 siano 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.


3.6

Le famiglie ricevono le informazioni e il sostegno necessari per determinarne il grado di coinvolgimento nella cura del paziente.

Linea Guida

Basandosi su quanto desiderato da paziente e familiari, si offre un sostegno proattivo per aiutare le famiglie verso azioni consapevoli riguardo il loro grado di coinvolgimento nella cura dell'assistito. Ad esempio, riguardo l'eventuale presenza durante i giri visita o la rianimazione del paziente. Le informazioni e il sostegno possono essere eventualmente ricevuti da un rappresentante del paziente, assistente sociale e/o psicologo.


3.7

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 reperire 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).


3.8

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 magari con video o immagini; creare uno scambio continuo accertandosi sempre che abbia compreso.



3.9 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.



3.10 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 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.



3.11 Si acquisisce e documenta il 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.



3.12 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 pediatriche o adolescenti si acquisisce e documenta il 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.



3.13 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).



3.14 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 eventualmente 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.



3.15 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 terapeutico; 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 accettazione a pazienti e familiari si provvederà nel più breve termine possibile.



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



3.17 Si sviluppa e implementa un processo atto a indagare e rispondere su ricorsi presentati riguardo eventuali violazione 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.



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

4.1 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 cultural



4.2 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.


4.3

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.


4.4

Durante la valutazione si applica un processo volto a determinare se il paziente debba esprimere delle disposizioni anticipate di trattamento. Tali informazioni vengono adeguatamente documentate nella sua cartella clinica congiuntamente ad esso e familiari.

Linea Guida

Le disposizioni anticipate di trattamento comprendono le preferenze del paziente rispetto alla rianimazione cardiopolmonare. Si includono le disposizioni anticipate di trattamento nella cartella clinica del paziente condividendo tali informazioni con i membri del team interni ed esterni all'organizzazione, a seconda del caso.

Si può consultare anche un fiduciario del paziente nel caso in cui quest'ultimo non sia in grado di prendere decisioni per sé. In questi casi, si forniscono al fiduciario le informazioni sui ruoli e sulle responsabilità che deve assumersi discutendo con lui domande, dubbi e opzioni. Il fiduciario può essere indicato per legge oppure può essere un rappresentante, un familiare, un tutore o un caregiver.


4.5

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 comunicativa 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.



4.6 **PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA:**La riconciliazione farmacologica è condotta in collaborazione con pazienti e familiari per comunicare dati accurati e completi sui medicinali durante le transizioni assistenziali.

Linea Guida

La ricerca rivela che oltre il 50% dei pazienti ha subito almeno una volta una discrepanza terapeutica fra i farmaci assunti presso il proprio domicilio e quelli prescritti al momento del ricovero in ospedale. Molte di tali discrepanze possono potenzialmente causare eventi terapeutici avversi.

La riconciliazione farmacologica inizia generando una Best Possible Medication History (BPMH/miglior anamnesi farmacologica possibile) è una lista dei farmaci assunti dal paziente ed include prodotti prescrittibili, non prescrittibili, tradizionali, olistici, a base di erbe, vitaminici e integratori. La BPMH fornisce possibili dettagli sulle modalità di assunzione quali posologia, frequenza, via di somministrazione, potenza. Per crearla si chiedono informazioni a 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.

La riconciliazione farmacologica al momento del ricovero è fattibile utilizzando uno dei due modelli disponibili. Nel modello proattivo, la BPMH viene utilizzata per generare prescrizioni terapeutiche al momento del ricovero. Nel modello retroattivo, la BPMH viene generata dopo le prescrizioni terapeutiche preparate al momento del ricovero, eseguendo un tempestivo raffronto fra queste e la BPMH. Indipendentemente dal modello utilizzato è importante individuare, risolvere e documentare le discrepanze terapeutiche.

Durante le transizioni assistenziali, oltre alla terapia in atto somministrata al paziente, è importante tenere in considerazione i medicinali assunti prima del ricovero (così come individuato tramite la BPMH) scegliendo quali si potrebbe continuare a somministrare o riprendere o abbandonare o variare. Ad esempio, la riconciliazione farmacologica dovrebbe avvenire al momento della dimissione oppure quando i farmaci vengono cambiati o riprescritti durante i trasferimenti a contesti assistenziali diversi (ad esempio dall'unità di area critica a quella di

medicina oppure fra strutture interne all'organizzazione). La riconciliazione farmacologica non è necessaria in caso di ricollocazione del posto letto.

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

- 4.6.1 Al momento o prima del ricovero, si genera e si documenta una Best Possible Medication History (BPMH/miglior anamnesi farmacologica possibile) in collaborazione con pazienti e familiari e assistenti o altri soggetti coinvolti a seconda dei casi.
- 4.6.2 La BPMH viene utilizzata per generare prescrizioni terapeutiche al momento del ricovero oppure la si raffronta con quelle in atto individuando, risolvendo e documentando eventuali discrepanze.
- 4.6.3 Il medico prescrittore utilizza la BPMH e le prescrizioni terapeutiche in atto per generarne di nuove al momento del trasferimento o della dimissione.
- 4.6.4 Il paziente, il suo medico di base e la farmacia di riferimento (se opportuno) ricevono una lista accurata e aggiornata dei medicinali che il paziente dovrebbe assumere in seguito alla dimissione.



- 4.7 **PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA:** Per prevenire le cadute e ridurre il rischio di infortuni associati si attuano misure precauzionali universali fornendo istruzioni e informazioni e valutando le attività svolte.

Linea Guida

I pazienti ricoverati in ospedale sono a maggior rischio di cadute e infortuni dal momento che si ritrovano in un ambiente sconosciuto e contemporaneamente devono adattarsi alle proprie variazioni funzionali fisiche o cognitive (Stephenson et al., 2016). Una riduzione degli infortuni da cadute consente di migliorare la qualità della vita, prevenire la perdita di motilità e il dolore nei pazienti, ridurre la durata della degenza e i costi.

L'efficacia nella prevenzione delle cadute e nella riduzione degli infortuni si ottiene con un approccio interdisciplinare e il sostegno di ogni livello organizzativo. È utile implementare un approccio coordinato in tal senso all'interno

dell'organizzazione pur riconoscendo le esigenze specifiche dei diversi servizi ed è anche importante individuare ed incaricare gli individui che possano facilitarne l'attuazione.

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. La guida di riferimento dell'Institute for Clinical Systems Improvement (Istituto per il miglioramento dei sistemi clinici) (2012) consiglia anche i seguenti interventi universali: aiutare il paziente a familiarizzare con l'ambiente; tenere i pulsanti di chiamata a portata di mano in qualsiasi momento e osservare i pazienti mentre ne mostrano l'uso; tenere oggetti personali dei pazienti a portata di mano; predisporre robusti corrimano/maniglie in bagni, camere e corridoi; tenere il letto in posizione ribassata e con i freni bloccati; fornire i pazienti di calzature antiscivolo di misura adeguata; utilizzare luci notturne o illuminazione supplementare; mantenere le superfici del pavimento pulite e asciutte; pulire qualsiasi tipo di perdita prontamente; tenere i reparti sgombri. È importante individuare il tipo di precauzioni in linea con la struttura clinica e le esigenze dei pazienti in essa presenti.

Ai membri del team e ai volontari si forniscono regolarmente indicazioni sull'importanza della prevenzione delle cadute e della riduzione degli infortuni oltre che sulle precauzioni universali e sulle metodologie correlate da adottare. Si forniscono ai pazienti e familiari e gli assistenti informazioni facilmente comprensibili su come svolgere un ruolo attivo al fine di evitare cadute e prevenire gli infortuni.

È importante valutare regolarmente se le precauzioni adottate comportano l'effetto desiderato e se soddisfano le esigenze del paziente e familiari oltre che degli operatori. L'efficacia può essere valutata attraverso varie modalità ed ossia tramite confronti informali, colloqui, indagini, verifiche o processi valutativi. La misurazione delle iniziative di miglioramento e incontri di aggiornamento successivi a episodi di caduta, possono essere funzionali a individuare le lacune a livello di sicurezza e prevenire cadute ripetute o ridurre gli infortuni associati.

Prove di Conformità

- 4.7.1 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.
- 4.7.2 I membri del team e i volontari vengono istruiti mentre i pazienti e familiari e curanti ricevono informazioni sulle modalità per prevenire le cadute e ridurre gli infortuni associati.
- 4.7.3 Si effettua una valutazione dell'efficacia delle precauzioni adottate e delle istruzioni/informazioni fornite allo scopo e si ricorre agli esiti come riferimento per apportare le migliorie eventualmente necessarie.



- 4.8 **PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA:** Si valuta il rischio per ogni paziente di sviluppare una lesione da decubito e si implementano interventi per prevenirla.

N.B.: questa POO non è applicabile a regimi ambulatoriali, incluso day surgery, data la mancanza di strumenti di valutazione di rischio convalidati in merito.

Linea Guida

Le lesioni da decubito hanno un impatto significativo sulla qualità della vita del paziente in quanto causano dolore, ostacolano il ricovero e aumentano il rischio di infezioni. Le lesioni da decubito sono state associate anche ad un prolungamento della degenza, costi sanitari e mortalità. Delle strategie efficaci per la prevenzione delle lesioni da decubito possono sostanzialmente ridurre l'incidenza e sono indicative di cure e servizi qualitativamente più elevati.

Le strategie per la prevenzione delle lesioni da decubito richiedono un approccio interdisciplinare oltre al supporto di ogni livello organizzativo. È utile sviluppare un piano di supporto formativo globale sulla prevenzione delle lesioni da decubito e designare le figure apposite per facilitare l'implementazione di un approccio standardizzato quanto a valutazioni di rischio, adozione di linee guida per buone pratiche e coordinamento di gruppi assistenziali.

Una prevenzione efficace della lesione da decubito comincia facendo riferimento a una scala di valutazione di rischio convalidata fra cui:

la scala di Braden per prevedere il rischio di lesioni da decubito

la scala di Norton per la valutazione del rischio di lesioni da decubito

la scala interRAI per il rischio di lesione da decubito (lungodegenza)

la scala di Waterlow

la scala di Gosnell

la scala di Knoll

SCIPUS (la scala per la lesione da decubito associata a lesione del midollo spinale)

??????? Sono disponibili inoltre varie linee guida per buone pratiche per guidare lo sviluppo di strategie di prevenzione e cura delle lesioni da decubito, che includono linee guida per la valutazione del rischio, rivalutazioni, interventi, formazione e valutazione dell'efficacia.

Prove di Conformità

- 4.8.1 Si conduce una valutazione di rischio iniziale della lesione da decubito al momento del ricovero utilizzando uno strumento di valutazione del rischio standard e convalidato.

- 4.8.2 Si rivaluta ogni paziente a rischio di sviluppo di lesioni da decubito a intervalli regolari e in presenza di variazioni significative nel suo stato.
- 4.8.3 Si applicano protocolli e procedure documentati basati su linee guida per buone pratiche per prevenire lo sviluppo di lesioni da decubito. Questi possono includere interventi per la prevenzione delle lesioni cutanee, per ridurre al minimo la pressione, i tagli e la frizione, per il riposizionamento, per gestire il livello di umidificazione, per ottimizzare la nutrizione e l'idratazione e per migliorare il movimento e l'attività.
- 4.8.4 Gli operatori, i pazienti, i familiari e il personale deputato all'assistenza ricevono una formazione su fattori di rischio e su strategie e protocolli di prevenzione delle lesioni da decubito.
- 4.8.5 Si misura l'efficacia delle strategie di prevenzione delle lesioni da decubito e i risultati sono utilizzati per apportare gli eventuali miglioramenti.


4.9

PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA: Pratiche organizzative Obbligatorie: Si individuano pazienti di medicina e chirurgia a rischio di tromboembolismo venoso (trombosi venosa profonda ed embolia polmonare) fornendo appropriata tromboprofilassi.

N.B.: questa POO non è applicabile in ospedali pediatrici, ma solo per pazienti maggiorenni a partire dai 18 anni.

Questa POO non è applicabile a interventi in day hospital o con un solo pernottamento.

Linea Guida

Tromboembolismo venoso (TEV) è il termine che include per la trombosi venosa profonda (TVP) e l'embolia polmonare (EP).

Il TEV è una complicanza grave e comune nei pazienti ospedalizzati o sottoposti a intervento chirurgico. L'incidenza di TEV può essere sostanzialmente ridotta o prevenuta individuandone i pazienti a rischio e fornendo loro adeguati interventi di tromboprofilassi basati sull'evidenza.

Il diffuso impatto a livello sia umano che finanziario della tromboembolia è ampiamente documentato. Il TEV è associato a un incremento della mortalità tra i pazienti ed è la causa prevenibile più comune di decesso ospedaliero. Adeguati interventi di tromboprofilassi basati sull'evidenza fanno ridurre i costi ospedalieri e la durata media della degenza.

Ci sono molte linee guida di pratica clinica basata sull'evidenza che consigliano interventi di tromboprofilassi per grandi gruppi di pazienti o per specifici sottogruppi che risultano molto utili e generalmente rispettano gli standard clinici approvati.

Prove di Conformità

- 4.9.1 C'è una politica o linea guida scritta sul tromboembolismo venoso (TEV).
- 4.9.2 Si individuano pazienti a rischio di TEV fornendo una profilassi appropriata basata sull'evidenza.


4.10

- 4.9.3 Si stabiliscono misure di appropriata tromboprofilassi, l'applicazione delle misure è verificata, ad esempio tramite audit e si utilizzano i relativi dati per apportare migliorie nelle prestazioni assistenziali.
- 4.9.4 Si individuano i pazienti sottoposti a di chirurgia ortopedica di maggiore impatto (sostituzione di anca e ginocchio, chirurgia per frattura dell'anca) che necessitano di profilassi post-dimissione e viene attivato un processo per fornire ai pazienti tale profilassi.
- 4.9.5 Si forniscono informazioni a pazienti e gli operatori sul rischio di TEV e su come prevenirlo.
- 4.10 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 auto-cura, privacy, visitatori, trattamenti e accertamenti, assistenza personale nel dormire o lavarsi o mangiare.



- 4.11 Si conduce, quando opportuno, una valutazione in merito a cure palliative e di fine vita congiuntamente al paziente e i familiari.

Linea Guida

La necessità di una valutazione in merito a cure palliative può essere espressa dal paziente o i suoi familiari oppure individuata dal team accertando la tipologia assistenziale adeguata. Riconoscere tempestivamente il bisogno di cure palliative permette al paziente e ai familiari di partecipare alla definizione del piano terapeutico con un possibile incremento della qualità delle cure e del grado di soddisfazione dei familiari durante l'intero percorso.

Nell'ambito di un'organizzazione o un'area assistenziale che non fornisce cure palliative o di fine vita accade che la valutazione individua la necessità di mettere in contatto paziente e familiari con i servizi appropriati.



- 4.12 Si ha accesso 24 ore al giorno per sette giorni la settimana ai servizi di supporto come ad esempio il laboratorio per accertamenti clinici e la diagnostica per immagini, compreso il point-of-care testing ovvero l'esecuzione di esami diagnostici nel luogo dove si assiste il malato.

Linea Guida

L'accesso tempestivo a servizi come le analisi di laboratorio e la diagnostica per immagini è essenziale affinché il team di area critica possa fornire cure efficaci e di alta qualità. Il point-of-care testing può includere esami di laboratorio, come il prelievo ematico, o di diagnostica per immagini, come l'ecografia o l'endoscopia.



- 4.13 Si selezionano gli esami diagnostici meno invasivi al fine di ottenere le informazioni necessarie e, laddove possibile, si eseguono più esami contemporaneamente.

Linea Guida

Si cerca di far sentire il paziente a proprio agio nel decidere l'ordine da seguire per gli accertamenti a cui sottoporlo.



4.14 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.



4.15 Si sviluppa e documenta un piano terapeutico completo e personalizzato congiuntamente al paziente corrispondente 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 e 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.



- 4.16 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.

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



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



- 5.2 Altri team o organizzazioni ricevono le date previste per la dimissione di pazienti da rimandare a casa per facilitare una transizione tempestiva.

Linea Guida

Il team trasmette le informazioni riguardo le previste tempistiche per la dimissione in maniera accurata e tempestiva ad altri team e organizzazioni con eventuali aggiornamenti.


5.3

I giri visita giornalieri vengono eseguiti dal team coinvolgendo pazienti e familiari.

Linea Guida

Il team che effettua il giro visita può includere intensivisti, medici, infermieri, farmacisti, dietisti, fisioterapisti, esperti in fisioterapia respiratoria, assistenti sociali e assistenti religiosi. Possono essere invitati a partecipare ai giri visita i rappresentanti di altre professioni a seconda delle necessità.

I giri visita sono aperti a pazienti e familiari. Sebbene possa non essere sempre in grado di effettuare i giri visita, il team si adopera affinché pazienti e familiari possano contribuire in maniera significativa in tali situazioni (ad esempio scrivendo di dubbi o domande su una lavagnetta o tramite un rappresentante).



5.4 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

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



5.5

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, contenuta in un'unica scheda.



5.6

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



5.7

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.


5.8

Si ricorre a parametri clinici standard per valutare il grado di dolore provato dal paziente in maniera continuativa coinvolgendo anche i familiari.

Linea Guida

Si ricorre a parametri clinici standard appositi per il dolore per determinarne intensità, qualità, sede, elementi che lo alleviano o fanno aumentare e impatto sulle attività abitudinarie. Il dolore è misurabile anche combinato ad altri sintomi con appositi strumenti di valutazione complessivi.

Se possibile, il paziente riferisce verbalmente dell'intensità del dolore avvertito. Si utilizzano altre tecniche per stabilire l'intensità del dolore nei casi in cui i pazienti non siano in grado di riferirlo, quali neonati e lattanti, pazienti incoscienti e pazienti affetti da demenza in fase avanzata.

Il sonno e la sedazione non sono necessariamente indicativi dell'assenza o di un efficace alleviamento del dolore.

Le strategie per la gestione del dolore prevedono la somministrazione di analgesici, compresi gli oppioidi all'occorrenza e i farmaci adiuvanti, insieme ad interventi 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.



5.9

Il livello di sedazione del paziente viene valutato e gestito con regolarità.

Linea Guida

Il livello di sedazione del paziente deve essere monitorato facendo riferimento a una o più scale valutative apposite per potersi orientare nelle prestazioni terapeutiche. Si consiglia anche di valutare i pazienti pediatrici in merito a sintomi di astinenza.

Il livello di sedazione del paziente si basa sulla sua condizione clinica con l'obiettivo di limitare la quantità di sedativi necessari per conseguire gli esiti previsti. Una sedazione insufficiente può provocare nel paziente dolore e stato di ansia e può aumentare il rischio di autoestubazione mentre una sedazione eccessiva può interferire con la valutazione dello stato neurologico del paziente, può aumentare il rischio di polmonite associata a ventilazione meccanica e può contribuire a un prolungamento della ventilazione meccanica e della degenza. Risulta particolarmente importante eseguire una corretta sedazione durante una paralisi provocata da farmaci miorilassanti.


5.10

Il paziente viene regolarmente sottoposto a screening per eventuale delirio ricevendo gli interventi utili per prevenirlo.

Linea Guida

Il delirio può causare una degenza estesa, prolungate disfunzioni cognitive e l'autorimozione di dispositivi medici critici (ad esempio autoestubazione o rimozione di cateteri).

Gli interventi possono includere un approccio standardizzato verso dolore e sedazione, esercizio/mobilizzazione tempestiva del paziente e il coinvolgimento della famiglia. Per supportare questi interventi, si invita a disporre di fisioterapisti e/o terapisti occupazionali che dedichino del tempo alle unità di area critica.

Si consiglia di ricorrere a parametri e obiettivi per valutare una strategia di team adatta per prevenire e/o gestire casi di delirio nelle unità di area critica.

Esempi di parametri sono rappresentati da:

percentuale di pazienti sottoposti a screening per delirio
percentuale di pazienti soggetti a delirio individuati
percentuale di adesione a metodologie non-farmacologiche
numero di estubazioni non pianificate su 1000 giorni di ventilazione meccanica



- 5.11 Il bisogno per il paziente di sistemi di contenzione viene regolarmente valutato scegliendo nell'eventualità quello meno invasivo.

Linea Guida

Il rationale per l'utilizzo di sistemi di contenzione viene spiegato a paziente e familiari acquisendone l'eventuale consenso. La costante esigenza di sistemi di contenzione viene valutata nuovamente con cadenza regolare.

Nei casi in cui si ricorre alla contenzione si consiglia di documentare le seguenti informazioni nella cartella clinica del paziente: le motivazioni e le tempistiche dell'utilizzo, le eventuali alternative impiegate, l'evidenza del fatto che l'utilizzo dei mezzi di contenzione è stato discusso con il paziente o con il fiduciario, la risposta del paziente alla contenzione.



- 5.12 Si esegue e gestisce una valutazione nutrizionale complessiva.

Linea Guida

I fattori che possono indicare la necessità di una completa valutazione nutrizionale variano a seconda di condizioni e tipo di popolazione dei pazienti assistiti. I pazienti sono a rischio di malnutrizione o sovra-alimentazione a causa della natura della patologia critica. Si consiglia di ricorrere a dietisti che dedichino del tempo all'unità di area critica per consentire di individuare e gestire i pazienti a rischio utilizzando uno strumento standardizzato o un processo apposito.

La valutazione nutrizionale è commisurata al singolo paziente in base a età e quadro clinico. Qualora i servizi non siano disponibili all'interno dell'organizzazione stessa il team cerca modalità alternative. Ad esempio ricorre a organizzazioni partner, risorse territoriali o servizi di telemedicina.

Poiché le esigenze nutrizionali di un paziente possono variare nel corso delle cure, la valutazione nutrizionale viene esaminata e rivista secondo necessità.

Risorse e supporto alla lattazione possono anch'esse risultare necessarie per pazienti in età neonatale e pediatrici (quali tiralatte, dispense, un frigorifero per conservare il latte).



- 5.13 Il paziente viene regolarmente sottoposto a screening per eventuale iperglicemia o ipoglicemia e gestito in modo appropriato.

Linea Guida

Tale dato rappresenta un rischio per l'ambiente di area critica tanto per i pazienti diabetici quanto per quelli che non lo sono. Un controllo efficace del glucosio può contribuire alla riduzione di morbilità e mortalità. Ciò prevede l'applicazione di criteri selettivi, definire i livelli di glucosio ideali e impostare fasce orarie entro cui monitorare i pazienti regolarmente per l'adattamento del dosaggio insulinico nell'unità di area critica.



- 5.14 Interventi volti alla prevenzione e al trattamento di polmonite associata a ventilazione (VAP/ventilator-associated pneumonia) vengono implementati per tutti i pazienti tracheotomizzati/intubati e ventilati meccanicamente.

Linea Guida

Le strategie d'intervento prevedono: il sollevamento della testata del letto, valutare giornalmente se il paziente è estubabile, l'utilizzo di sondini orali o nasali per accedere alla trachea o allo stomaco e l'utilizzo di sondini di aspirazione endotracheali per il drenaggio delle secrezioni subglottiche.

Si consiglia di ricorrere a parametri e obiettivi per valutare una strategia di team adatta per prevenire e/o gestire casi di VAP nelle unità di area critica.

Esempi di parametri sono rappresentati da:
 tasso di VAP in unità di area critica su 1000 giorni di ventilazione;
 percentuale di adesione alle strategie di prevenzione della VAP



5.15 Interventi appositi vengono implementati per tutti i pazienti che necessitino di un catetere venoso centrale per prevenire e trattare infezioni circolatorie associate.

Linea Guida

Esempi di strategie preventive correlate al posizionamento di catetere venoso centrale prevedono: igiene delle mani, massime precauzioni di barriera, uso di clorexidina per l'antisepsi della cute, selezione del sito ottimale per l'inserimento del catetere. Mentre riguardo la manutenzione del catetere venoso centrale prevedono: valutazione giornaliera della necessità di mantenimento del catetere, utilizzo di una linea separata per la nutrizione parenterale, utilizzo di tecniche asettiche e il controllo di eventuali infiammazioni del sito di inserzione ad ogni cambio di medicazione.

Si consiglia di ricorrere a parametri e obiettivi per valutare una strategia di team adatta per prevenire casi di infezioni correlate a catetere venoso centrale nelle unità di area critica.

Esempi di parametri sono rappresentati da:

tasso di infezioni circolatorie principali associate a catetere venoso centrale su 1000 giorni di posizionamento dello stesso
 percentuale di adesione alle strategie di prevenzione correlate al posizionamento di cateteri venosi centrali
 percentuale di adesione alle strategie di prevenzione correlate al mantenimento di cateteri venosi centrali



5.16 Interventi appositi vengono implementati per tutti i pazienti che necessitino di un catetere urinario per prevenire e trattare infezioni al tratto urinario associate.

Linea Guida

I pazienti che necessitino di un catetere urinario permanente sono a rischio di sviluppare infezioni alla vescica o ai reni. Strategie di prevenzione apposite possono prevedere: posizionare la sacca di urina sotto il livello della vescica per evitare il "reflusso", svuotare la sacca regolarmente, valutare giornalmente se il catetere urinario sia ancora necessario.

I pazienti che sviluppano infezioni delle vie urinarie dovrebbero ricevere interventi tempestivi come da linee guida basate su evidenze.

Si consiglia di ricorrere a parametri e obiettivi per valutare una strategia di team adatta per prevenire casi di infezioni delle vie urinarie correlate all'uso del catetere nelle unità di area critica.

Esempi di parametri sono rappresentati da:

- tasso di infezioni delle vie urinarie associate all'uso del catetere
- percentuale di adesione alle strategie di prevenzione correlate al posizionamento di cateteri urinari
- percentuale di adesione alle strategie di prevenzione correlate al mantenimento di cateteri urinari



5.17 I pazienti vengono monitorati per eventuali segni di sepsi e ricevono gli interventi adeguati per prevenirla e gestirla in modo appropriato.

Linea Guida

La sepsi insorge quando la risposta dell'organismo a un'eventuale infezione compromette tessuti ed organi e, se non trattata tempestivamente, può portare a una disfunzione multiorgano se non a morte.

Esempi di strategie preventive per l'individuazione tempestiva e il trattamento della sepsi sono rappresentati da individuazione e trattamento delle infezioni che possono indurre sepsi (ad esempio una polmonite contratta sul territorio o IVU) nonché individuazione e riduzione dei fattori di rischio correlati al paziente o come conseguenza involontaria della cura (ad esempio età, malattia cronica, gravidanza, neonati prematuri e non, splenectomia, presenza di dispositivi medici impiantati). Questi fattori possono concorrere a far aumentare il rischio di infezione e/o far progredire lo stato di sepsi.

I pazienti che sviluppano una sepsi ricevono interventi tempestivi come da linee guida basate su evidenze.

Si consiglia di ricorrere a parametri e obiettivi per valutare una strategia di team adatta per gestire casi di sepsi nelle unità di area critica.

Esempi di parametri sono rappresentati da:

percentuale di pazienti settici con somministrazione di antibiotici per via i.v. entro tre ore dall'evidenza
percentuale di pazienti settici con emocoltura precedente alla somministrazione di antibiotici per via i.v.
percentuale di pazienti settici in seguito ad appropriata somministrazione di liquidi per ipotensione o lattatemia entro tempi appropriati



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

Linea Guida

Si documenta dei progressi avvenuti nella direzione degli 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 osservazione diretta.



- 5.19 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.



- 5.20 Pazienti e familiari hanno possibilmente accesso a servizi assistenziali volti a offrire un sostegno di tipo psicosociale e/o emotivo.

Linea Guida

L'accesso al sostegno psicologico ed emotivo è particolarmente importante nell'ambiente di area critica e può aiutare pazienti e familiari a far fronte alle esigenze e problematiche sanitarie fra cui la sindrome da cure post-intensive (PICS/Post-Intensive Care Syndrome). La PICS può svilupparsi mentre i pazienti sono ancora nell'unità di area critica e proseguire anche dopo il ritorno a casa (ad esempio con debolezza muscolare, affaticamento estremo, disfunzione cognitiva, problemi di salute mentale). Gli appositi sostegni danno anche eventuali indicazioni riguardo affrontare una diagnosi, aiutare nel prendere decisioni oppure tematiche di natura etica quali le disposizioni anticipate di trattamento.

Per fornire servizi e/o sostegno psicosociale si suggerisce di disporre di assistenti sociali o psicologi che dedichino del tempo alle unità di area critica.



- 5.21 Si applica un processo per avviare quando opportuno cure palliative o di fine vita.

Linea Guida

Le prestazioni sono avviate da team, paziente o familiari e prendono in considerazione i risultati emersi con la valutazione. Il grado di coinvolgimento nelle cure palliative e di fine vita si differenzierà in funzione delle prestazioni erogate dal team e dei pazienti assistiti. Laddove il team non prevede cure palliative e di fine vita, i pazienti vengono messi in contatto con i servizi appropriati.


5.22

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.



5.23 **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 riletture 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

- 5.23.1 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.

- 5.23.2 Si usano strumenti documentali e strategie comunicative per standardizzare il trasferimento di informazioni relativamente alle transizioni assistenziali.
- 5.23.3 Durante le transizioni assistenziali, pazienti e familiari ricevono le informazioni ad essi utili a fini decisionali e di supporto terapeutico.
- 5.23.4 Le informazioni condivise durante le transizioni assistenziali sono documentate.
- 5.23.5 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)

6.0 Si invitano pazienti e familiari a partecipare attivamente alle prestazioni assistenziali per conseguire i risultati previsti.



- 6.1 Si agevola la comunicazione verbale oppure si utilizzano mezzi di comunicazione alternativi quando il paziente è impossibilitato a comunicare verbalmente a causa della ventilazione meccanica, delle condizioni fisiche o per altri motivi.

Linea Guida

Le tecniche per agevolare la comunicazione verbale comprendono la deflazione temporanea della cannula cuffiata tracheostomica oppure l'utilizzo di una valvola fonatoria nel paziente tracheostomizzato. Altri mezzi di comunicazione possono includere i gesti, la scrittura o una lavagna per la comunicazione con disegni, parole o lettere.



6.2 Si applica un processo conforme ai requisiti di legge per affrontare le decisioni sull'erogazione del trattamento di mantenimento in vita con mezzi artificiali oppure sulla rinuncia o sull'interruzione dello stesso assieme a pazienti e familiari.

Linea Guida

Le famiglie vengono adeguatamente informate riguardo il trattamento di mantenimento in vita con mezzi artificiali al fine di attuare scelte consapevoli in merito. Il processo è conforme al quadro etico dell'organizzazione e ai requisiti di legge in materia di disposizioni anticipate di trattamento ed è condiviso con i pazienti e i familiari. Comprende le linee guida per la gestione di eventuali disaccordi, sia tra il paziente e/o i familiari e i membri del team sia tra gli stessi membri del team.



6.3 Si programmano uno o più colloqui multidisciplinari con il paziente e i suoi familiari in un ambiente privato.

Linea Guida

Questi colloqui agevolano la comunicazione delle informazioni pertinenti a tutti i familiari coinvolti in un'unica seduta. Gli argomenti di discussione possono includere il decorso del trattamento, la prognosi del paziente, i preparativi di fine vita, compresi gli aspetti culturali o religiosi, e la pianificazione del trasferimento.

Il facilitatore del colloquio dovrebbe avere esperienza nella gestione dei conflitti al fine di apportare un contributo in termini di mediazione per coloro che sono coinvolti nel processo decisionale.


6.4

Paziente e familiari vengono aiutati nel pianificare e prepararsi per una morte dignitosa dell'assistito nel fine vita.

Linea Guida

Si fa tutto quanto sia in proprio potere per soddisfare i bisogni del paziente morente. Questo può significare garantire la privacy al paziente e ai suoi familiari, assicurare la presenza di un membro del team 24 ore al giorno per evitare che il paziente muoia da solo e prendersi cura dell'aspetto e dell'igiene del paziente.


6.5

Si rispettano le pratiche culturali e gli orientamenti religiosi di pazienti e familiari in relazione alla morte e al morire.


6.6

Laddove possibile, si ammette la presenza dei familiari del paziente nel contesto dove si stanno eseguendo procedure salva-vita.

Linea Guida

La presenza dei familiari è ammessa nel rispetto della volontà di pazienti e familiari stessi a riguardo. Si consiglia che un assistente sociale o psicologo garantisca un supporto emotivo ai familiari sia che decidano o meno di essere presenti nell'ambiente ove vengono eseguite le procedure di emergenza.

La presenza dei familiari del paziente in occasione di un evento traumatico quale ad esempio la rianimazione cardiopolmonare può essere di conforto per il paziente e può aiutare i familiari nel processo di elaborazione del lutto.

Può risultare necessario limitare il numero di familiari presenti nell'ambiente a causa di mancanza di spazio o per motivi di sicurezza.



7.0 **Pazienti e familiari partecipano alla pianificazione e preparazione della transizione verso un altro tipo di servizio o setting assistenziale.**

7.1 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.


7.2

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.


7.3

Ai pazienti vengono possibilmente 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 gruppo 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.



7.4

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.



7.5

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


7.6

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.


7.7

Si valuta il rischio di reingresso per il paziente ed eventualmente si procede coordinando appropriate visite di controllo.

Linea Guida

Qualora si individui la necessità di eseguire visite di controllo si definiscono sia metodologia che tipologia apposite. Ciò prevede le responsabilità spettanti al team quali verifica degli accertamenti, disporre di un soggetto di riferimento per un'organizzazione partner, impostare orari di reperibilità per il paziente o rammentargli di un appuntamento. Prevede anche le responsabilità spettanti al paziente quali eseguire visite di controllo con altri operatori (quali il medico curante o un centro sanitario territoriale), segnalare di eventuali aggravamenti o alterazioni a livello sintomatologico e assumere i farmaci prescritti.

Si ricorre a uno strumento di valutazione standardizzato in merito al rischio di reingresso successivamente alla fine di presa in carico.



7.8 I pazienti vengono trasportati in modo sicuro da e verso unità di area critica.

Linea Guida

I pazienti vengono trasportati in modo sicuro all'interno dell'organizzazione e tra diverse organizzazioni. Si applica un processo atto a garantire che il paziente sia pronto per il trasporto trasmettendo le informazioni appropriate al team ricevente, ove applicabile. Include la valutazione del paziente in merito a stato clinico e predisposizione per il trasporto, farmaci necessari, garantire che l'apparecchiatura sia pronta nell'unità ricevente, colloquio con il team ricevente e avvisare i familiari in merito. Il processo applicabile in merito al trasferimento specifica inoltre il soggetto incaricato di accompagnare il paziente durante il trasporto.

In alcune giurisdizioni, i requisiti in materia di trasporto fra strutture vengono definiti dai servizi sanitari di emergenza (ad esempio in merito a parametri valutativi del paziente e apparecchiatura necessaria).



7.9 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.



8.0 **Si individuano, segnalano e gestiscono i potenziali donatori di organi e tessuti in modo tempestivo ed efficiente.**

8.1 Si applica politiche e procedure apposite in materia di donazione di organi e tessuti.

Linea Guida

Comprendono identificazione dei potenziali donatori, approccio ai familiari dei potenziali donatori, verifica del registro regionale dei donatori (ove fattibile) e allertamento del centro di riferimento per i trapianti.



8.2 Si applica politiche e procedure apposite per una gestione ottimale del donatore.

Linea Guida

Si include il monitoraggio di emodinamica, glicemia e nutrizione, elettroliti, temperatura, sistema endocrino, ossigenazione e ventilazione.



8.3 Si applica una politica apposta in materia di donazione in seguito a morte cardiovascolare (DCD/cardiovascular death).

Linea Guida

La politica per la DCD comprende la definizione e gli esami necessari per stabilire la morte cardiovascolare, l'indicazione di chi è preposto a stabilire la morte cardiovascolare e le implicazioni etiche relativamente alla morte cardiovascolare (es. i medici che la dichiarano non devono partecipare al processo di reperimento e trapianto di organi).



8.4 Si applica una politica apposita in materia di dichiarazione di morte cerebrale (DMC).

Linea Guida

La politica per la DMC comprende la definizione e gli esami necessari per stabilire la morte cerebrale, l'indicazione di chi è preposto a stabilire la morte cerebrale e le implicazioni etiche relativamente alla morte cerebrale (es. i medici che la dichiarano non devono partecipare al processo di reperimento e trapianto di organi).



8.5 Si trasmettono ai familiari le adeguate informazioni in merito alle implicazioni legate alla morte cerebrale.

Linea Guida

Materiali quali opuscoli o libretti dedicati al tema della morte cerebrale possono aiutare la famiglia a comprendere meglio la natura o la gravità della morte cerebrale e quanto accaduto al loro familiare.



8.6 Si applica una politica conforme ai requisiti di legge per avvicinare pazienti e familiari e affrontare con loro la possibilità della donazione di organi e tessuti.

Linea Guida

La politica sulla donazione di organi e tessuti è conforme alla legislazione vigente in materia e si fa riferimento a criteri prestabiliti per individuare i potenziali donatori. La decisione in merito del paziente e/o familiare viene registrata in cartella clinica.


8.7

Si stabiliscono dei trigger clinici di riferimento sulla base dei quali identificare i potenziali donatori di organi e tessuti.

Linea Guida

Si stabiliscono dei trigger clinici di riferimento per orientare i membri del team in merito alle tempistiche adatte per l'allertamento del centro di riferimento per i trapianti. Per la donazione di organi, tali trigger clinici dovrebbero comprendere rivolgersi a pazienti che richiedono ventilazione meccanica, ordine da parte di un medico di interruzione della terapia per il mantenimento in vita tramite un medico con apposito consenso della famiglia o fiduciario e/o pazienti che soddisfino i criteri per stabilire la morte cerebrale; accertarsi che il paziente soddisfi altri criteri di ammissibilità per la donazione di organi e tessuti. Ai fini della donazione di tessuti, tali trigger si riferiscono ai pazienti con morte cardiaca.


8.8

Si offrono al team formazione e addestramento sulla donazione di organi e tessuti.

Linea Guida

Formazione e addestramento in merito riguardano dati sulle politiche e procedure da applicare in materia di donazione di organi e tessuti, tra cui la donazione in seguito a morte cardiovascolare e dichiarazione di morte cerebrale. Sono comprese le informazioni sulla definizione di morte imminente, sull'uso di trigger clinici di riferimento e indicazioni circa il referente cui rivolgersi quando si prospetta una potenziale donazione di organi o tessuti.



8.9

Il team viene formato e addestrato sulle modalità con cui offrire sostegno e informazioni ai familiari di potenziali donatori di organi o tessuti con il contributo delle famiglie.

Linea Guida

I percorsi formativi comprendono informazioni sul rispetto della cultura e delle convinzioni dei familiari riguardo la donazione di organi e tessuti, indicazioni su chi è adatto e qualificato a relazionarsi con i familiari di potenziali donatori, l'approccio da adottare quando si parla di donazione di organi e tessuti (es. l'approccio cosiddetto 'decoupling') e su altre persone da coinvolgere nei colloqui con i familiari (es. assistente sociale, sacerdote o un rappresentante del centro di riferimento per i trapianti).



8.10

Allorché si prospetti una possibile donazione per morte imminente o accertata, si allerta tempestivamente il centro di riferimento per i trapianti.

Linea Guida

Informare tempestivamente il centro di riferimento per i trapianti dell'esistenza di un potenziale donatore accresce la probabilità di donazione.

In molte giurisdizioni, la legislazione specifica le procedure da seguire in materia di morte imminente. In tali giurisdizioni, la legge richiede che il centro di riferimento per i trapianti venga allertato qualora un paziente sia deceduto o un medico ne abbia dichiarato la morte cerebrale.



8.11

Si registrano nella cartella clinica del paziente tutti gli aspetti relativi alla donazione, inclusa la decisione dei familiari al riguardo.

Linea Guida

La cartella clinica riporta che il paziente è stato identificato come potenziale donatore, che i familiari sono stati interpellati e che il centro di riferimento per i trapianti è stato allertato ed inoltre si registra in cartella clinica in merito al consenso/diniego dei familiari alla donazione.



8.12 I dati raccolti sui decessi avvenuti nell'intera unità di terapia intensiva (UTI) sono accessibili e si applica un processo per la relativa verifica al fine di identificare opportunità di donazione mancate e riferirvi in modo appropriato.

Linea Guida

Esaminando tutte i decessi avvenuti, i membri del gruppo possono valutare quali avrebbero potuto determinare una donazione di organi o tessuti. Controllare i grafici di riferimento e rivedere le opportunità mancate incoraggia l'individuazione di potenziali donatori futuri.