



**ACCREDITATION**  
CANADA

# Cure oncologiche

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](mailto:publications@healthstandards.org) per ulteriori informazioni.

Sito web: [www.healthstandards.org](http://www.healthstandards.org) Telefono: 00.1.613.738.3800

# Cure oncologiche

Lo standard per cure oncologiche è definito come orientamento per la continuità terapeutica nei servizi oncologici dalla diagnosi e pianificazione della cura, al trattamento e alla pianificazione della transizione. Lo standard orienta rispetto alla radioterapia (a fasci esterni e brachiterapia) e alle terapie sistemiche (ormonali, biologiche, citotossiche) eseguite su pazienti in regime ambulatoriale o di ricovero. Non interessa, però, gli interventi di tipo invasivo o oncologico chirurgico.

## 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 SOLO PER RADIOTERAPIA: l'apparecchiatura per radioterapia è appropriata, mantenuta e sicura per la cura del paziente.

- 1.1 Solo per radioterapia: le principali parti interessate partecipano al processo dell'organizzazione per la selezione e assegnazione della priorità riguardo il trattamento radioterapico e la pianificazione per l'uso dell'apparecchiatura e altri dispositivi utili per le cure.

#### Linea Guida

Le principali parti interessate partecipano al processo dell'organizzazione per la selezione e assegnazione della priorità nell'uso delle apparecchiature e dispositivi radioterapici. Il processo varia in base alle cure fornite e coinvolge il team addetto alla somministrazione della radioterapia (ad esempio fisici medici, dosimetristi, radioterapisti) e può anche includere altri soggetti interessati (ad esempio ingegneri biomedici, operatori addetti al controllo delle infezioni, tecnici informatici).



- 1.2 Solo per radioterapia: si applica un processo per la gestione dell'apparecchiatura e dei software che necessitano di aggiornamento o non conformi alle buone pratiche definite per le prestazioni assistenziali.

#### Linea Guida

Si effettuano aggiornamenti tempestivamente per non compromettere l'accesso e la qualità dei servizi radioterapici.

Quando standard, indicazioni o buone pratiche vengono definiti da enti nazionali o regionali, vengono recepiti ed adottati. Quando non sono disponibili, l'organizzazione sanitaria applica un processo per determinare il proprio standard.



- 1.3 Solo per radioterapia: le politiche e procedure tecniche di controllo di qualità sono sviluppate e rispettate per tutta l'apparecchiatura radioterapica.

#### **Linea Guida**

Le politiche e procedure di controllo di qualità sono generalmente sviluppate da un team apposito per la garanzia di qualità della radioterapia. Sono sviluppate e rispettate per garantire che tutta l'apparecchiatura sia appropriata per l'erogazione di cure sicure e di alta qualità e sia conforme agli standard richiesti. Una procedura di controllo di qualità per l'installazione e la messa in servizio viene implementata per la nuova apparecchiatura con relativo collaudo prima dell'utilizzo a scopi clinici.



- 1.4 Solo per radioterapia: si ottempera alla normativa regionale e nazionale vigente in materia di registrazione, installazione e calibrazione dell'apparecchiatura radioterapica.

#### **Linea Guida**

Si ottempera a ogni normativa vigente.



- 1.5 Solo per radioterapia: si eseguono dei controlli indipendenti sulla calibrazione della dosimetria del dispositivo di trattamento con frequenza annuale minima.

#### **Linea Guida**

La corretta calibrazione della dosimetria dei dispositivi di trattamento è essenziale per garantire che l'appropriata dose di radiazione prescritta sia somministrata ai pazienti. Dei controlli indipendenti esterni della dosimetria sono eseguiti su tutti i dispositivi di trattamento. I risultati dei controlli sono esaminati dai primari dei reparti di fisica sanitaria e radioterapia oncologica.



1.6

Solo per radioterapia: degli esami di controllo di qualità indipendenti sono eseguiti con frequenza almeno annuale.

#### **Linea Guida**

La verifica indipendente dei test di controllo di qualità è un fattore essenziale di qualsiasi programma di controllo di qualità. Per garantire un monitoraggio adeguato e ridondanza, un fisico medico qualificato verifica in maniera indipendente l'implementazione, analisi e interpretazione dei test di controllo di qualità di tutta l'apparecchiatura radioterapica con frequenza annuale minima. I controlli indipendenti sono documentati.



1.7

Solo per radioterapia: qualità e sicurezza dell'apparecchiatura radioterapica sono esaminate rispettando le regole inerenti manutenzione, danneggiamento e riparazione, aggiornamento prima di riutilizzarla a scopi clinici.

#### **Linea Guida**

L'apparecchiatura radioterapica viene riutilizzata a scopi clinici dopo essere stata testata secondo il sistema di garanzia di qualità rispettando le regole inerenti manutenzione, danneggiamento, riparazione e aggiornamento con o sotto la supervisione di un fisico medico qualificato.



1.8

Solo per radioterapia: si forniscono a pazienti e familiari le informazioni inerenti la periodicità della manutenzione dell'apparecchiatura.

#### **Linea Guida**

Le informazioni possono essere fornite come parte di un pacchetto informativo od orientando sui servizi o ancora potrebbero essere affisse in zone riservate ai pazienti.



1.9 Solo per radioterapia: si applicano politiche e procedure definite per tutelare pazienti, membri del team e la collettività in caso di guasti, danneggiamenti o malfunzionamenti dell'apparecchiatura.

**Linea Guida**

I registri di manutenzione preventiva sono custoditi come da normative regionali e nazionali vigenti.



1.10 Solo per radioterapia: quando i servizi vengono appaltati a fornitori esterni, l'organizzazione si fa garante del rispetto e della documentazione inerente tutti requisiti di sicurezza.

**Linea Guida**

I servizi appaltati possono includere installazione, calibrazione, riparazione, aggiornamento e manutenzione dell'apparecchiatura radioterapica così come servizi di garanzia di qualità.



1.11 Solo per radioterapia: si applicano politiche e procedure definite per tutelare pazienti, membri del gruppo e la collettività in caso di guasti, danneggiamenti o malfunzionamenti dell'apparecchiatura.

**Linea Guida**

Le politiche e procedure sono chiare e forniscono informazioni dettagliate sulle azioni da intraprendere in caso di guasti, danneggiamenti o malfunzionamenti dell'apparecchiatura. Tali azioni includono le modalità per avvisare gli appropriati membri del team e servizi di supporto oltre che le modalità di sostegno ai pazienti.



1.12 Solo per radioterapia: il programma di trattamento radioterapico segue un apposito processo per la gestione dei rifiuti radioattivi di varia tipologia.



**2.0 SOLO PER TERAPIA SISTEMICA: l'apparecchiatura per la terapia sistemica è appropriata, mantenuta e sicura per la cura del paziente.**

2.1 Solo per terapia sistemica: tutte le pompe di infusione hanno un'etichettatura chiara riportante istruzioni facili da seguire.

**Linea Guida**

Le istruzioni non sono scritte manualmente e includono le istruzioni sulla programmazione suddivise per fasi. Le istruzioni non includono abbreviazioni, trattini o simboli fuorvianti.



2.2 Solo per terapia sistemica: la varietà di pompe di infusione per terapia oncologica sistemica utilizzata dal team è limitata.

## MANIPOLARE I FARMACI IN MODO SICURO



### 3.0 SOLO PER TERAPIA SISTEMICA: i farmaci per terapia oncologica sistemica sono manipolati in modo sicuro e accurato.

3.1 Solo per terapia sistemica: linee guida definite per la manipolazione sicura dei farmaci per terapia oncologica sistemica sono a disposizione del team.

#### Linea Guida

Le linee guida correlate alla manipolazione sicura dei farmaci sistemici e alla salute e sicurezza sul luogo di lavoro dovrebbero essere aggiornate. La sicurezza dei pazienti e membri del team, inclusi i rischi per la salute e fertilità, sono presi in considerazione durante l'assegnazione delle mansioni. Si applica una metodologia di risposta alle preoccupazioni del team concernenti la manipolazione dei farmaci per terapia oncologica sistemica.

Le politiche affrontano anche la formazione fornita ai membri del team, specifici dispositivi di protezione individuale (DPI), pratiche professionali, gestione dei rifiuti, gestione di perdite e manipolazione dell'apparecchiatura.



3.2 Solo per terapia sistemica: si ottempera alle linee guida definite per la manipolazione sicura dei farmaci per terapia oncologica sistemica.

#### Linea Guida

Si rispettano le linee guida per eseguire in maniera sicura: acquisizione, conservazione, manipolazione, preparazione, somministrazione, trasporto, gestione degli spandimenti, smaltimento di agenti citotossici e altre sostanze per terapie oncologiche sistemiche potenzialmente pericolose.

Si rispettano le normative vigenti in materia e si indossano gli appropriati dispositivi di protezione individuale (DPI) durante l'utilizzo di farmaci per terapia oncologica sistemica.



3.3 Solo per terapia sistemica: si individuano le responsabilità inerenti acquisizione, ricezione, conservazione, preparazione, somministrazione, trasporto e smaltimento dei farmaci per terapie oncologiche sistemiche e presidi contaminati.



3.4 Solo per terapia sistemica: si ottempera alle linee guida organizzative per spandimenti da farmaci per terapie oncologiche sistemiche.

**Linea Guida**

Un kit per gli spandimenti pericolosi è posizionato laddove sia dispensata e somministrata chemioterapia.



3.5 Solo per terapia sistemica: tutti gli incidenti in cui sono coinvolti farmaci per terapie oncologiche sistemiche sono documentati e le relative informazioni sono utilizzate per il miglioramento.



3.6 Solo per terapia sistemica: si ottempera alle linee guida organizzative per lo smaltimento sicuro dei farmaci per terapie oncologiche sistemiche.

**Linea Guida**

Dispositivi di protezione sono accessibili durante lo smaltimento di farmaci sistemici.



**4.0 SOLO PER TERAPIA SISTEMICA: i farmaci per terapia oncologica sistemica sono gestiti in modo sicuro.**

4.1 Solo per terapia sistemica: si applica un processo per identificare e poi documentare in merito al soggetto a cui è affidata la responsabilità di prescrivere, verificare, dispensare, controllare, somministrare i farmaci per terapie oncologiche sistemiche.

**Linea Guida**

La chiarezza riguardante i ruoli da rispettare nella gestione e nell'utilizzo dei farmaci contribuisce a ridurre la possibilità di errori terapeutici e di incidenti a danno della sicurezza del paziente.



4.2 Solo per terapia sistemica: si utilizzano i sistemi della prescrizione medica informatizzata (CPOE/Computerized physician order entry) o prescrizione terapeutica prestampata (PPO/pre-printed orders) per prescrivere farmaci per terapie oncologiche sistemiche.

**Linea Guida**

Si conserva la documentazione aggiornata inerente alle prescrizioni e modifiche alle prescrizioni di ogni singolo paziente. Le prescrizioni non di tipo CPOE o PPO rappresentano l'eccezione (ad esempio una nuova indicazione per un farmaco per terapie oncologiche sistemiche) e in tali casi (rari) si ricorre a misure di sicurezza aggiuntive.



4.3

Solo per terapia sistemica: si applica una politica che rende obbligatorio includere informazioni minime nelle prescrizioni di farmaci per terapie oncologiche sistemiche.

#### Linea Guida

A titolo esemplificativo, si possono includere dati quali doppio identificativo per il paziente, piano di trattamento, farmaci aggiuntivi compresi nel piano di trattamento (ad esempio un farmaco antinausea o reidratante), nome generico completo del farmaco sistemico, calcolo della dose, data di somministrazione, durata dell'infusione, via di somministrazione e frequenza, velocità di infusione e risultati di laboratorio.



4.4

Solo per terapia sistemica: le prescrizioni verbali o telefoniche che riguardano un intero ciclo di terapia oncologica sistemica non sono accettate.

#### Linea Guida

Si applica un processo apposito per accettare e documentare le precisazioni comunicate telefonicamente.



4.5

Solo per terapia sistemica: si segue un modulo istituzionale standard durante la prescrizione, etichettatura e somministrazione di farmaci per terapie oncologiche sistemiche.

#### Linea Guida

Si utilizza un modulo dettagliato, accurato e intuitivo per l'intero processo. La scrittura maiuscola è utilizzata per farmaci look-alike/sound-alike.



4.6 Solo per terapia sistemica: si riporta il calcolo della dose nella prescrizione e nella verifica dei farmaci per terapie oncologiche sistemiche.

**Linea Guida**

Il calcolo della dose è indicato chiaramente nel modulo di prescrizione come riferimento accurato durante tutte fasi del processo.



4.7 Solo per terapia sistemica: ogni prescrizione è rivista per verificarne completezza e accuratezza prima di preparare, dispensare e somministrare i farmaci per terapie oncologiche sistemiche.

**Linea Guida**

Il requisito minimo è che ciascuna prescrizione rechi il nome del paziente, il nome del farmaco, la posologia e i dati del prescrittore.

Un professionista qualificato verifica le prescrizioni allo scopo di valutare l'appropriatezza di ciascun farmaco, l'associazione di più farmaci e le interazioni farmacologiche.



4.8 Solo per terapia sistemica: abbreviazioni e trattini non sono utilizzati nella prescrizione di farmaci per terapie oncologiche sistemiche.

**Linea Guida**

Ciò include le istruzioni per la somministrazione dei farmaci per terapie oncologiche sistemiche.



4.9 Solo per terapia sistemica: qualsiasi modifica nelle prescrizioni di farmaci per terapie oncologiche sistemiche viene appositamente gestita, documentata e comunicata.



**5.0 SOLO PER TERAPIA SISTEMICA: si applicano politiche e procedure specifiche per preparare e dispensare farmaci per terapie oncologiche sistemiche.**

5.1 Solo per terapia sistemica: tutte le prescrizioni di terapie oncologiche sistemiche sono verificate prima della preparazione.

**Linea Guida**

La prescrizione e il farmaco devono essere verificati da due membri qualificati del team. In caso di domande dubbi inerenti la prescrizione si contatta il membro del team prescrittore.



5.2 Solo per terapia sistemica: si ottempera alle linee guida stabilite per preparare e dispensare in modo sicuro i farmaci per terapie oncologiche sistemiche.

**Linea Guida**

Esempi di linee guida riguardano il numero di prescrizioni di farmaci per terapie oncologiche sistemiche preparate contemporaneamente e lo svolgimento di doppi controlli indipendenti durante e dopo la preparazione dei farmaci.

**6.0 SOLO PER RADIOTERAPIA: il team di radioterapia è qualificato e preparato per somministrare radioterapia in modo sicuro.**



6.1 Solo per radioterapia: si designa uno o più responsabili del programma radioterapico.

**Linea Guida**

Designare uno o più responsabili di programma garantisce la presenza di almeno una figura di riferimento all'interno dello stesso. L'incarico risiede nella supervisione medica e amministrativa del programma radioterapico oltre che nell'assolvere agli obblighi previsti in materia dall'organizzazione, dagli albi pertinenti e dagli enti di regolamentazione.



6.2 Solo per radioterapia: si designa un esperto qualificato in radioprotezione per le cure oncologiche.

#### **Linea Guida**

L'esperto qualificato in radioprotezione riporta direttamente al Direttore Generale dell'organizzazione o a un suo delegato diverso dal responsabile incaricato del programma radioterapico per questioni riguardanti la radioprotezione.



6.3 Solo per radioterapia: il team è sottoposto a formazione e addestramento continui in materia di radioprotezione.

#### **Linea Guida**

Qualora sorgano dei problemi, è importante che il gruppo possa avere accesso alla presenza di un radiooncologo e/o fisico medico. I parametri riguardanti disponibilità e tempistiche ammissibili sono delineati nel programma e rispettati dal gruppo.

Quando tali soggetti non sono immediatamente disponibili in loco, si applica un processo che ne consenta l'accesso tramite altre vie (ad esempio telemedicina, connessione remota).



6.4 Solo per radioterapia: il gruppo è sottoposto a formazione e addestramento continuativamente in materia di radioprotezione.

#### **Linea Guida**

Quando i membri del team operano a contatto con le radiazioni è fondamentale che siano formati sulla radioprotezione e dispongano di informazioni aggiornate.

La formazione consente ai dipendenti di avere le conoscenze necessarie per lavorare in sicurezza in presenza di dispositivi di radiazione e sostanze nucleari e inoltre soddisfa i requisiti richiesti dalla normativa nazionale o regionale (ove vigente).



6.5 Solo per radioterapia: si offrono formazione e addestramento sull'utilizzo sicuro ed efficiente dell'apparecchiatura e dei software radioterapici.

**Linea Guida**

La radioterapia comporta processi complessi e dinamici in continua evoluzione incluso l'introduzione di nuove tecnologie. La formazione e l'addestramento nel campo della radioterapia richiedono un allineamento con tale evoluzione per garantire un ambiente sicuro a pazienti e familiari, membri del team e collettività.

Si formano i nuovi assunti dell'organizzazione, il personale temporaneo e i membri che rientrano in seguito a un congedo prolungato. Si formano tutti i membri del team su un nuovo tipo di apparecchiatura o software radioterapico introdotto seguendo un aggiornamento e ogni volta che una valutazione delle competenze sottolinei la necessità di nuova formazione.



6.6 Solo per radioterapia: le istruzioni e i manuali per utenti sono facilmente accessibili in ogni momento e per ogni tipo di apparecchiatura e software radioterapico in uso.

**Linea Guida**

Le istruzioni e i manuali per utenti includono anche informazioni fornite dal produttore circa eventuali misure di sicurezza speciali da adottare. I bollettini di sicurezza rilasciati dal produttore successivamente all'installazione iniziale sono accessibili ai membri del team.



6.7 Solo per radioterapia: l'efficacia della formazione sull'apparecchiatura e sui software radioterapici viene valutata e migliorata secondo necessità.

**Linea Guida**

Esempi di meccanismi di valutazione includono le indagini sugli incidenti a danno della sicurezza dei pazienti correlati all'uso di apparecchiatura e software radioterapici e il monitoraggio delle valutazioni competenziali.



6.8 Solo per radioterapia: esiste un comitato di garanzia della qualità nella radioterapia.

### **Linea Guida**

In considerazione dei rischi per la sicurezza univoci associati alla radioterapia e alla tecnologia ed apparecchiatura radioterapiche, l'organizzazione dispone di un comitato per la garanzia di qualità apposito per la radioterapia. Il comitato è composto da membri con competenze ed esperienze diverse in radioterapia tali da assicurare che tutte le aree terapeutiche e discipline siano rappresentate.

Il comitato esamina, sviluppa e implementa politiche e procedure per la somministrazione sicura di radioterapia e partecipa a: pianificazione assistenziale, scelta ed acquisizione dell'apparecchiatura, iniziative finalizzate al miglioramento della qualità, prevenzione degli incidenti, analisi degli incidenti e verifica dell'ottemperanza a politiche e procedure in materia di controllo della qualità tecnica.

Il comitato di garanzia della qualità si riunisce regolarmente ed è presente in situazioni specifiche (ad esempio prima dell'acquisizione di nuova apparecchiatura, a seguito di un'emergenza o un guasto all'apparecchiatura oppure un incidente a danno della sicurezza del paziente).



- 6.9 Solo per radioterapia: l'esposizione alla radiazione è monitorata in conformità con le normative vigenti in materia per garantire la sicurezza a paziente, team e collettività.

#### Linea Guida

Monitorare l'esposizione alle radiazioni consente all'organizzazione di definire i ruoli/profili che garantiscono la sicurezza del team durante la somministrazione radioterapica.

La misurazione diretta e/o valutazione delle dosi di radiazioni è eseguita col fine di garantire il rispetto della normativa vigente in materia. I requisiti inerenti la schermatura negli ambienti contenenti apparecchiatura di radioterapia sono sottoposte ad approvazione da parte del responsabile per la sicurezza delle radiazioni prima di avviarne la costruzione o ristrutturazione. Le misure di verifica della schermatura sono approvate dal responsabile per la sicurezza delle radiazioni prima dell'utilizzo iniziale dell'apparecchiatura radioterapica.

### 7.0 SOLO PER TERAPIA SISTEMICA: i membri del team sono qualificati e preparati per somministrare terapie sistemiche.



- 7.1 Solo per terapia sistemica: si offre una formazione al team sulla manipolazione sicura di farmaci e/o materiali contaminati utilizzati nella terapia oncologica sistemica. La formazione viene rivista regolarmente.

#### Linea Guida

La formazione coinvolge anche personale esterno al team addetto alla terapia oncologica sistemica (ad esempio facchinaggio, lavanderia, reception, personale di accoglienza, servizi di trasporto e pulizia) in maniera appropriata. Si forniscono informazioni inerenti dispositivi di protezione individuale (DPI) nonché sul corretto smaltimento dei farmaci e sulle metodiche sicure per eseguire la pulizia.

Il team definisce cosa si intende per "regolarmente" e si attiene alla periodicità così stabilita.


**7.2**

Solo per terapia sistemica: i dati aggiornati sui regimi e farmaci delle terapie oncologiche sistemiche così come forniti dall'organizzazione sono accessibili al team.

### **Linea Guida**

I dati sono aggiornati costantemente o in presenza di qualsiasi variazione significativa e custoditi in una collocazione facilmente accessibile in formato cartaceo o elettronico. Tutti i membri del team sono a conoscenza delle apposite modalità e postazioni di accesso.

I dati comprendono le linee guida inerenti utilizzi, dosaggio, preparazione, somministrazione, effetti collaterali (sia comuni che non comuni), monitoraggio del paziente e modalità di gestione di sovradosaggio.


**7.3**

Solo per terapia sistemica: si offrono formazione e addestramento al team sui nuovi farmaci o regimi prima che entrino in uso nell'organizzazione.

### **Linea Guida**

Si offrono formazione e addestramento in merito a utilizzi, dosaggio, preparazione, somministrazione, effetti collaterali sia comuni che non comuni, monitoraggio del paziente, manipolazione sicura e qualsiasi specifica inerente alla manipolazione.

## FORNIRE SERVIZI SICURI ED EFFICACI

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



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

### Linea Guida

Le richieste assistenziali possono provenire da pazienti o familiari, gruppi 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 risposta alle esigenze del paziente (responsiveness) è monitorata impostando e tracciando i tempi di risposta alle richieste di servizi nonché raccogliendo le opinioni espresse da pazienti e familiari, organizzazioni e altri gruppi.



**8.2** Si raccolgono informazioni sul paziente in fase di accettazione e secondo necessità.

### Linea Guida

Questo processo può essere definito in modi diversi: ricovero, accettazione, pre-ricovero, screening, avvio prestazioni, accesso. Le informazioni vengono convalidate ed esaminate al fine di stabilire se i servizi erogati dall'organizzazione corrispondono ai bisogni e alle preferenze del paziente, se vengono individuati i bisogni immediati del paziente e prese decisioni sulle priorità assistenziali.

Il processo di accettazione viene opportunamente adeguato in funzione di pazienti e familiari aventi bisogni differenziati a livello di lingua, cultura, livello di istruzione, stile di vita e disabilità fisica o mentale.



8.3 Si ricorre a criteri ben definiti per determinare l'avvio delle prestazioni per i pazienti.

**Linea Guida**

Le esigenze di potenziali pazienti vengono valutate in relazione alla capacità del team di soddisfarle.



8.4 Si applica un processo definito per rispondere a richieste di trattamento oncologico urgente.

**Linea Guida**

Possono capitare richieste di trattamento urgente o non programmate. Per orientarsi meglio in presenza di tali circostanze, si applica un processo di risposta che impedisce di compromettere la qualità e la sicurezza delle cure urgenti tenendo inoltre in considerazione i pazienti da assistere secondo tempi regolarmente programmati.



8.5 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.



8.6 Si avviano collaborazioni e programmi con organismi oncologici locali, regionali, nazionali e/o internazionali.

**Linea Guida**

A seconda del luogo dove vengono erogati i servizi, l'organizzazione collabora con organizzazioni e organismi del settore oncologico appropriati per garantire a pazienti e familiari le cure più moderne e l'accesso a risorse incentrate su di essi nonché ai servizi presenti sul territorio. Al livello regionale o nazionale si prevedono eventualmente informazioni inerenti le nuove tecnologie o ricerche mentre al livello locale una collaborazione con servizi territoriali diretti a pazienti e familiari che vivono a contatto con il cancro (ad esempio gruppi di sostegno ai pazienti) nonché organizzazioni o servizi a cui i pazienti ricorrono spesso (ad esempio servizi di trasporto, cure domiciliari o di sostegno).



8.7 Il team dispone e rispetta le linee guida sui tempi di attesa, dalla richiesta fino alla prima visita e dalla decisione di trattamento fino all'inizio del trattamento stesso.

**Linea Guida**

Le linee guida sui tempi di attesa generalmente si riferiscono a due intervalli di tempo: 1) tempo di attesa dalla richiesta fino alla prima visita e 2) tempo di attesa dalla decisione di trattamento fino all'inizio del trattamento stesso. Il team si attiene alle linee guida sui tempi di attesa appropriate per la propria organizzazione e zona.



8.8 Le tempistiche previste per il trattamento vengono discusse con i pazienti.

**Linea Guida**

Comunicare apertamente e condividere informazioni sul trattamento oncologico consente ai pazienti di comprendere diagnosi e piano di trattamento, e contemporaneamente li incoraggia a porre domande e coinvolgendoli nel loro percorso di cura. Le tempistiche del trattamento vengono comunicate ai pazienti includendovi informazioni su inizio, durata e prevista fine.



8.9 Pazienti e familiari hanno eventualmente accesso a esami e consulenza genetici.

#### **Linea Guida**

Gli esami genetici eseguiti per l'eventualità di tumori ereditari aiutano a individuare i soggetti a rischio e aumentano la possibilità di un'identificazione precoce. I test genetici vengono condotti assieme alla relativa consulenza da parte di specialisti in genetica oncologica in grado di fornire accurati dati in merito a valutazione di rischio e sostegno a pazienti aventi predisposizione allo sviluppo di patologie oncologiche.

Le organizzazioni che non sono in grado di garantire esami e consulenza genetici in loco indirizzano i pazienti verso altre strutture che offrono tale servizio.



8.10 Pazienti e familiari hanno eventualmente accesso alla consulenza su fertilità e relativa preservazione.

#### **Linea Guida**

Il team si adopera con pazienti e familiari la cui fertilità ha subito impatti negativi in seguito al trattamento per assicurarsi che comprendano i rischi connessi e abbiano accesso ai servizi di preservazione della fertilità se necessario.



- 8.11 Si applica un processo per garantire che ogni paziente sia effettivamente in grado di orientarsi tra i vari servizi di cui usufruisce.

#### **Linea Guida**

Le caratteristiche delle cure oncologiche sono complesse. Sostenere il paziente nell'orientarsi fra i servizi oncologici è uno dei fattori che gli consente di ottenere risultati superiori attraverso una migliore comprensione dei piani terapeutici, maggiori condizioni di difesa e una più elevata aderenza al trattamento.

Avere un processo definito garantisce a pazienti e familiari l'accesso al sostegno necessario per orientarsi con efficacia tra i servizi. In molti casi ciò corrisponde a indirizzare i pazienti verso adeguati soggetti rappresentati da appositi professionisti o dei pari. Il sostegno mediante l'orientamento può iniziare durante qualsiasi fase del percorso oncologico, a partire dalla scoperta di un'anomalia tramite screening fino al trattamento, riabilitazione, piano di sussistenza o cure palliative.



- 8.12 Si mettono a conoscenza pazienti e familiari del membro del team a cui sono affidati per il loro coordinamento assistenziale e vengono informati circa modalità per contattarlo.

#### **Linea Guida**

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



## 9.0 **Pazienti e familiari collaborano alle prestazioni assistenziali.**

9.1 Si instaura un rapporto aperto, trasparente e riguardoso 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.



9.2 Si applica un processo apposito per comunicare con il medico di base o l'operatore inviante congiuntamente a paziente e familiari.

### **Linea Guida**

Il team assistenziale è in contatto con il medico di base o con la rete di sostegno sanitario territoriale del paziente per garantire una continuità fra i servizi. Le informazioni sul paziente inerenti diagnosi, piano terapeutico, prognosi e piano di sussistenza vengono scambiate con il team addetto alle cure primarie o l'operatore inviante con frequenza adeguata.



9.3 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.


**9.4**

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

#### **Linea Guida**

Ogni paziente parteciperà al proprio percorso terapeutico secondo le personali capacità. Durante ogni fase membro del team appropriato collabora con paziente e familiari, o fiduciari, per 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.


**9.5**

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 anettere 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.



9.6

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. Si consideri che messaggi diversi richiedono un tipo di risposta diversa (ad esempio, le questioni serie richiedono un approccio più strutturato).



9.7

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.



9.8 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, sono disponibili servizi di interpretariato qualora richiesti da pazienti o familiari.



9.9 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, minori di età, o incapaci di esprimere un consenso informato ne è previsto il maggior coinvolgimento possibile nel processo decisionale inerente il loro percorso assistenziale e il gruppo ne valuta opportunamente domande e pareri.



9.10 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 il 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.



9.11 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 è 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.



9.12 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 della qualità).



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

### **Linea Guida**

Le tematiche di natura etica sono rappresentate da valori eventualmente 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; il triage fra membri della collettività in caso di emergenza; la 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.



9.14 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 rifiutare che 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 accettazione a pazienti e familiari si provvederà nel più breve termine possibile.



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



9.16 Si sviluppa e implementa, con il contributo di pazienti e familiari, un processo atto a indagare e rispondere a ricorsi presentati riguardo eventuali violazioni di diritti dei pazienti e familiari.

#### **Linea Guida**

Si favorisce un ambiente in cui pazienti, familiari e membri del gruppo 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 gruppo o altri gruppi vengono ugualmente affrontati.



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

10.1 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 comunicativa e di auto-cura
- stato di salute mentale, incluse le caratteristiche comportamentali e caratteriali
- stato cognitivo
- stato socio-economico
- esigenze e credo tanto spirituali quanto culturali



10.2 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 possibile in modo che i pazienti non debbano ripetere le informazioni a più operatori o membri del gruppo. Laddove possibile, si conduce una valutazione di tipo collaborativo o interdisciplinare congiuntamente a pazienti con familiari e membri del team appropriati.



- 10.3 Obiettivi e risultati attesi in merito a cure e assistenza prestate al paziente vengono individuati congiuntamente ad esso e ai 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 gruppo e organizzazioni che assistono il paziente.



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

#### **Linea Guida**

Gli strumenti di valutazione sono standardizzati e adottati da tutto il team, 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.



10.5 **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) in cui si elenca la lista dei farmaci assunti dal paziente che 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, potenza. Per crearla si chiedono informazioni a paziente e familiari 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 può essere implementata 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 è opportuno 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 in 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.

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**

- 10.5.1 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 o altri soggetti coinvolti a seconda dei casi.
- 10.5.2 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.
- 10.5.3 Il medico prescrittore utilizza la BPMH e le prescrizioni terapeutiche in atto per generarne di nuove al momento del trasferimento o della dimissione.
- 10.5.4 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.



- 10.6 **PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA:** Solo per servizi ambulatoriali: 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 elenca una lista dei farmaci assunti dal paziente che 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, potenza. Per crearla si chiedono informazioni al paziente e rispettivi 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

- 10.6.1 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.
- 10.6.2 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.
- 10.6.3 Durante o prima delle successive visite ambulatoriali, la BPMH viene confrontata con la lista dei farmaci in atto individuando e documentando eventuali discrepanze. Quest'attività viene eseguita secondo la periodicità definita dall'organizzazione.
- 10.6.4 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.
- 10.6.5 Il paziente e il successivo operatore sanitario a cui riferirsi (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.



- 10.7 **PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA:** Per prevenire le cadute e ridurre il rischio di lesioni associate 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 accidentali 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 delle lesioni 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 ai pazienti calzature antiscivolo di misura adeguata; utilizzare luci notturne o illuminazione supplementare; mantenere le superfici del pavimento pulite e asciutte; pulire prontamente qualsiasi tipo di perdita; 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 gruppo e ai volontari si forniscono regolarmente indicazioni sull'importanza della prevenzione delle cadute e della riduzione delle lesioni 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 lesioni.

È importante valutare regolarmente se le precauzioni adottate comportano l'effetto desiderato e se soddisfano le esigenze del paziente e dei familiari oltre che degli operatori. L'efficacia può essere valutata attraverso varie modalità, 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**



- 10.7.1 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 lesioni è ridotto.
- 10.7.2 I membri del gruppo e i volontari vengono istruiti mentre i pazienti e familiari e curanti ricevono informazioni sulle modalità per prevenire le cadute e ridurre le lesioni associate.
- 10.7.3 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 migliori e eventualmente necessarie.
- 10.8 **PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA:** Solo in caso di ricovero: Si individuano pazienti di medicina e chirurgia a rischio di tromboembolismo venoso (trombosi venosa profonda ed embolia polmonare) fornendo appropriata tromboprofilassi.

### **Linea Guida**

Tromboembolismo venoso (TEV) è l'espressione che racchiude la trombosi venosa profonda (TVP) e per 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**

- 10.8.1 C'è una politica o linea guida scritta sul tromboembolismo venoso (TEV).

- 10.8.2 Si individuano pazienti a rischio di TEV fornendo una profilassi appropriata basata sull'evidenza.
- 10.8.3 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.
- 10.8.4 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.
- 10.8.5 Si forniscono informazioni a pazienti e gli operatori sul rischio di TEV e su come prevenirlo.



10.9 **PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA:**Solo in caso di ricovero: si valuta il rischio per ogni paziente di sviluppare una lesione da decubito e si implementano interventi per prevenirla.

### **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 e 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**

- 10.9.1 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.
- 10.9.2 Si rivaluta ogni paziente a rischio di sviluppo di lesioni da decubito a intervalli regolari e in presenza di variazioni significative nel suo stato.
- 10.9.3 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.
- 10.9.4 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.
- 10.9.5 Si misura l'efficacia delle strategie di prevenzione delle lesioni da decubito e i risultati sono utilizzati per apportare gli eventuali miglioramenti.



- 10.10 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 gruppo 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 discussi cosicché il paziente sia in grado di sviluppare la scelta consapevole.

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



- 10.11 Si conduce eventualmente una valutazione in merito alle cure palliative e al fine vita congiuntamente al paziente e ai familiari.

**Linea Guida**

La necessità di una valutazione in merito alle cure palliative può essere espressa dal paziente o dai suoi familiari oppure individuata dal gruppo 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 dalla valutazione emerga la necessità di mettere in contatto paziente e i familiari con i servizi appropriati.



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



- 10.13 I risultati della valutazione vengono condivisi con paziente e altri membri del gruppo 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 facilmente comprensibili le informazioni conformandole ai livelli di alfabetizzazione nonché tipo di lingua e cultura del paziente.



- 10.14 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 gruppo, 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 inerenti o reazioni avverse.

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.



- 10.15 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 la transizione del paziente verso il domicilio, un altro team, un livello terapeutico diverso o la fine della presa in carico consolida la capacità di coordinamento fra gruppi o organizzazioni partner aiutando i pazienti ad essere pronti per il termine della presa 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 alle preferenze post-terapiche è parte integrante dello sviluppo di un piano terapeutico. Esso include anche visite di controllo, la capacità di auto-cura, ricorso a supporti territoriali oppure altre esigenze o problematiche anticipate.



**11.0 I piani di trattamento medico per le cure oncologiche vengono sviluppati in collaborazione con pazienti e familiari sulla base di valutazioni complessive.**

11.1 Durante la valutazione e la diagnosi iniziali si applica un processo standardizzato per determinare lo stadio tumorale del paziente.

**Linea Guida**

Il sistema di stadiazione tumorale TNM è utilizzato per eseguire diagnosi, prognosi e pianificazione del trattamento: T sta per dimensione del tumore, N indica il numero di linfonodi coinvolti mentre M indica la presenza di metastasi.

I membri del gruppo sono formati su refertazione, interpretazione e comprensione del TNM. Si applicano le metodiche o i protocolli di valutazione e si documenta dello stadio TNM nella cartella clinica del paziente.

L'accuratezza in merito la stadiazione tumorale viene costantemente monitorata, apportando miglioramenti laddove risulti opportuno.



11.2 Ogni paziente è valutato sulla base dei precedenti trattamenti oncologici congiuntamente a paziente e familiari.

**Linea Guida**

Il cancro recidivante e le precedenti cure incidono sui piani di trattamento del paziente. Nel raccomandare un determinato piano di trattamento è importante considerare tipologia, area e dimensione della recidiva o del cancro precedente nonché lo stato di salute generale del paziente. Ulteriori considerazioni includono la tipologia di trattamento precedente, la risposta al trattamento, l'esperienza del paziente in merito a trattamenti antecedenti e il tempo trascorso dalla fine del trattamento.



11.3 Si valutano eventuali controindicazioni per il trattamento del singolo paziente congiuntamente ad esso e familiari.

**Linea Guida**

Si valutano le possibili controindicazioni alla terapia per i pazienti incluso l'eventualità di una gravidanza in corso, la presenza di dispositivi impiantati, malattie polmonari preesistenti, una tubercolosi preesistente, una cardiomiopatia, effetti tossici del trattamento o una precedente radioterapia sulla stessa area corporea.



11.4 Solo per radioterapia: Si applicano politiche e procedure volte a individuare e monitorare pazienti portatori di dispositivi elettronici impiantati durante la radioterapia.

**Linea Guida**

Allo scopo di ridurre al minimo la possibilità di rischi per pazienti portatori di dispositivi elettronici impiantati si adottano le necessarie precauzioni in fase di pianificazione e trattamento radioterapici. La politica indica le fasi da rispettare in tali casi suddivise per: comunicazione della presenza del dispositivo al gruppo prima della pianificazione o somministrazione del trattamento, consulenza con il medico specialista appropriato (ad esempio cardiologo, neurologo, gastroenterologo), informare i pazienti circa eventuali rischi di malfunzionamento con relativi passaggi da seguire per monitorarli nel corso del trattamento.



11.5 Si applica un processo per gestire eventuali richieste da parte dei pazienti in merito all'introduzione e alla somministrazione di farmaci di loro proprietà.

**Linea Guida**

Il processo include altri farmaci che il paziente possa assumere nonché fitoterapici e prodotti naturali. Può prevedere inoltre la verifica della qualità dei farmaci di sua proprietà e un monitoraggio puntuale del paziente durante la relativa somministrazione.



11.6

Il piano di trattamento medico del paziente comprende metodologie basate su evidenze quanto a prevenzione, valutazione e gestione di sintomi specifici dei trattamenti somministratigli.

#### **Linea Guida**

Il gruppo tiene conto di prevenzione, valutazione e gestione relativamente a sintomi psicosociali e fisici oltre che di sintomi non necessariamente associati alla terapia oncologica. Inoltre si impegna per creare assieme al paziente un ambiente in cui questi non esiti a riferire dei propri sintomi.

Il gruppo consulta gli esperti servendosi anche di ricerca, evidenza e strumenti validati per eseguire prevenzione, valutazione e gestione dei sintomi.



11.7

Il piano di trattamento medico del paziente comprende le strategie volte alla gestione del dolore.

#### **Linea Guida**

Le strategie per la gestione del dolore possono prevedere la somministrazione di analgesici, compresi gli oppiacei o i farmaci coadiuvanti al bisogno, unite a interventi di natura fisica, comportamentale e psicologica oltre a strategie interventistiche quali la radioterapia palliativa. Il gruppo consulta gli esperti e si serve della ricerca e dell'evidenza per comprendere le modalità migliori per la gestione del dolore e di altri sintomi.



11.8 Il gruppo discute con ogni paziente, e familiari, riguardo il piano di trattamento medico con incluso potenziali effetti collaterali e esiti previsti.

### **Linea Guida**

Le informazioni includono processo e obiettivo della terapia, aspettative, effetti collaterali, indebolimento, esigenze alimentari, bisogni fisici, effetti emotivi, impatto sulla quotidianità, variazioni a livello di salute o funzionalità sessuale e impatto sulle attività abituarie. Vengono anche forniti dati basati sull'evidenza riguardo l'utilizzo di farmaci o terapie complementari nel corso del trattamento.

Pazienti e familiari sono incoraggiati a porre domande ai membri del gruppo in qualsiasi momento.



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

12.1 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: 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

12.1.1 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.



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



12.3 La stato di salute psicosociale di ogni paziente viene monitorato nel corso del rispettivo trattamento.

### **Linea Guida**

Lo stato di salute psicosociale è monitorato, in quanto il distress è un fattore comune nei pazienti affetti da tumore. Il distress emotivo nasce dal dolore, dalla spossatezza, dall'impatto del trattamento sulla quotidianità (in merito, ad esempio, alla cura dei figli, preoccupazioni economiche, lavoro e vita sociale), da problemi nutrizionali e da altri sintomi fisici.

Si effettua sistematicamente uno screening del distress su tutti i pazienti in occasione della diagnosi, in momenti critici del percorso oncologico e in alcune fasi terapeutiche transizionali specifiche quali una recidiva, un post-trattamento e le cure palliative/di fine vita. Lo screening del distress aiuta il gruppo a individuare gli indicatori fondamentali utili per una valutazione supplementare e l'attivazione di servizi di riferimento più appropriati.

Al fine di valutare il distress emotivo e lo stato di salute psicosociale del paziente, si ricorre a parametri di riferimento standardizzati caratterizzati da concisione, semplicità e valide proprietà psicometriche. Gli strumenti di valutazione sono spesso combinati per consentire di sottoporre a un esame contemporaneo e standardizzato aree di tipo psicosociale, fisico e pratico. I dati sono spesso monitorati tramite strumenti basati sui risultati riportati dai pazienti.



- 12.4 Si informano paziente e familiari delle modalità di prevenzione, riconoscimento e gestione degli effetti collaterali correlati alla terapia oncologica.

#### **Linea Guida**

Si forniscono informazioni scritte, verbali e/o per via informatica riguardo effetti collaterali, reperibilità di un eventuale professionista sanitario e accesso a prestazioni urgenti relativamente alla terapia oncologica. Si forniscono a paziente e familiari i dati necessari per la reperibilità in orari operativi e extra-operativi.



- 12.5 Si informano i pazienti sulle attenzioni da prestare verso i dispositivi di accesso venoso e i punti di infusione.

#### **Linea Guida**

Si trasmettono informazioni inerenti ai diversi punti di infusione e dispositivi di accesso venoso. Tali informazioni dovrebbero riguardare eventuali segni di infezione, trombosi, reperibilità di un professionista sanitario e richieste di prestazioni urgenti.



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

#### **Linea Guida**

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



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



- 12.8 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 gruppo.



- 12.9 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 può ricorrere a strumenti di valutazione standardizzati, confrontarsi con pazienti e familiari e all'osservazione diretta.



- 12.10 Il rischio di un cancro recidivante con relativo nuovo trattamento viene considerato e discusso assieme a ogni singolo paziente.



- 12.11 Si applica un processo atto alla condivisione di dati fra organizzazioni sanitarie qualora i pazienti siano oggetto di cure presso più di una organizzazione.

#### **Linea Guida**

In virtù della complessità dei trattamenti oncologici e della disponibilità di servizi, i pazienti potrebbero essere assistiti da più organizzazioni. In tali casi, una comunicazione efficace e la condivisione di informazioni è fondamentale ai fini della cura e del vissuto del paziente.



12.12 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, inclusa 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.



12.13 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.



- 12.14 Si soddisfano le esigenze connesse alla salute orale per ogni singolo paziente.

#### **Linea Guida**

I pazienti affetti da tumore hanno tassi di complicazioni orali maggiori a causa di trattamenti oncologici quali chemioterapia, radioterapia e terapia immunosoppressiva. Le problematiche inerenti l'igiene orale possono avere ripercussioni sugli esiti del trattamento e causare complicazioni correlate tali da avere un impatto sulla salute e il benessere.

Si esegue una valutazione della salute orale di ogni paziente prima di avviare un piano di trattamento. I pazienti ricevono informazioni inerenti la cura della loro igiene orale durante l'assistenza e se bisognosi di terapie dentali più avanzate prima o dopo i trattamenti oncologici ricevono informazioni sulle modalità di accesso agli appositi servizi.



- 12.15 Si applica un processo corrispondente per le modifiche ai piani di trattamento medico.

#### **Linea Guida**

I piani di trattamento medico possono variare per diverse ragioni e richiedere adeguamenti eventualmente dovuti a effetti collaterali o alla risposta del tumore. Indipendentemente dal motivo, i gruppi devono definire dei processi utili per poter eseguire segnalazioni o allineamenti in caso vi avvengano modifiche. Tali processi prevedono una serie di incontri interdisciplinari e notifiche scritte nel fascicolo personale o nella cartella clinica elettronica del paziente.



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

#### **Linea Guida**

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



- 12.17 Si offre supporto a familiari, membri del gruppo 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 reazioni complesse nei confronti del dolore, si facilita l'accesso a servizi di sostegno per l'elaborazione del lutto a pazienti, familiari, membri del gruppo e volontari, inclusi supporto del volontario o servizi professionali.



### 13.0 **Farmaci e terapie oncologici sono somministrati in modo sicuro e accurato.**

13.1 Si ottempera alle linee guida organizzative in caso di stravasamento di farmaci citotossici.

#### **Linea Guida**

Un kit utilizzabile in caso di stravasamento pericoloso viene posizionato nelle aree in cui solitamente i pazienti sono sottoposti a chemioterapia. Da includere l'area in cui viene dispensata e somministrata la terapia sistemica nonché i reparti e altri contesti in cui generalmente sono presenti pazienti chemioterapici.



13.2 Il gruppo ottempera ai requisiti di legge e agli standard della pratica professionale in materia di somministrazione di farmaci, terapie sistemiche e servizi radioterapici.

#### **Linea Guida**

I requisiti di legge possono riferirsi all'uso di sostanze narcotiche, dispositivi per la radiazione e sostanze radioattive. Gli standard della pratica professionale possono riferirsi a quelli stabiliti dagli ordini professionali eventualmente rappresentativi di farmacisti, infermieri, medici, tecnici, fisici medici.



- 13.3 Si procede al coordinamento delle cure per pazienti sottoposti a prestazioni assistenziali e/o trattamenti multipli affinché siano sicure e incentrate sui bisogni degli assistiti.

#### **Linea Guida**

I pazienti sottoposti a cure oncologiche spesso subiscono terapie multiple e interagiscono con servizi multipli nell'ambito di un'organizzazione sanitaria (ad esempio servizi di terapia sistemica, servizi di radioterapia, servizi chirurgici, cure palliative, servizi diagnostici, servizi di salute mentale, sostegno nutrizionale). Le cure sono coordinate per garantire sicurezza e accesso ai servizi nel modo più efficiente ed efficace possibile tanto ai pazienti quanto ai gruppi sanitari che li assistono.

Il medico coordinatore o referente viene identificato per di ogni paziente sottoposto a prestazioni assistenziali o trattamenti multipli. La comunicazione fra i gruppi diventa fondamentale e può avvenire verbalmente, per scritto o tramite sistemi informatici. Essi collaborano col fine di concentrare il processo terapeutico su paziente e familiari il più possibile e per coordinare appuntamenti e trattamenti in modo da causare loro minime ripercussioni.



- 13.4 Si applica una politica atta a individuare informazioni critiche sul paziente e garantire che siano sempre disponibili ai membri del gruppo assistenziale.

#### **Linea Guida**

Altri gruppi fanno richiesta di eventuali informazioni critiche e la loro mancanza potrebbe essere causa di problemi per il paziente quali allergie, ordini di non rianimo (DNR/Do not resuscitate), piani di trattamento avanzati, problemi infettivi. Il gruppo rende tali informazioni disponibili a qualsiasi altro gruppo che assista il paziente e si accerta che quest'ultimo posseda le informazioni necessarie agli operatori sanitari durante i passaggi fra servizi.



- 13.5 Si riducono al minimo le distrazioni ambientali per i membri del gruppo che svolgono attività critiche che richiedono concentrazione.

#### **Linea Guida**

Lo spazio lavorativo e i processi connessi sono definiti in modo tale da ridurre al minimo le distrazioni. Esempi di attività critiche che richiedono concentrazione sono la prescrizione, la verifica e la somministrazione di farmaci e terapie sistemiche, la definizione dell'area da trattare e degli organi a rischio, la pianificazione di un trattamento e la somministrazione di un trattamento radioterapico.



- 13.6 L'altezza, il peso e i parametri clinici rilevanti del paziente vengono esaminati e documentati regolarmente durante l'intero trattamento.

#### **Linea Guida**

Variazioni della massa corporea potrebbero causare alterazioni inerenti il dosaggio di un farmaco per terapia sistemica o il piano di trattamento radioterapico e i membri del gruppo devono verificare che non ne avvengano di significative.

Si ottempera a linee guida stabilite riguardo cosa si intende per variazione significativa a livello di massa corporea.



- 13.7 Si documenta in merito a somministrazione di farmaci, terapie sistemiche e radioterapia.

#### **Linea Guida**

Sono inclusi: nome del farmaco, dosaggio, via e velocità di somministrazione, dose di radiazione giornaliera, data e orario del trattamento. Le informazioni fornite possono variare per modalità.



13.8 Si effettua una valutazione di eventuali effetti collaterali e tossicità durante il trattamento per ogni singolo paziente.

**Linea Guida**

I sintomi di tossicità possono avere inizio entro una o due ore dalla somministrazione del trattamento e talvolta possono perdurare per vari mesi.

**14.0 SOLO PER RADIOTERAPIA: la radioterapia è somministrata ai pazienti in modo sicuro ed efficace.**



14.1 Solo per radioterapia: il programma di radioterapia applica politiche e procedure inerenti cure cliniche, diagnostica per immagini, pianificazione e somministrazione di trattamenti.

**Linea Guida**

Il programma di radioterapia ottempera a linee guida riguardanti diagnostica per immagini, pianificazione di trattamenti e somministrazione e applica un processo volto a selezionarle ed esaminarle regolarmente per garantire che corrispondano alle informative sulle ultime ricerche e buone pratiche a cui aderire. Il programma di trattamento radioterapico applica un processo per attuare scelte tra linee guida discordanti o raccomandazioni multiple.

Le politiche e procedure riguardano quanto meno tempi di attesa, identificazione del paziente, stadiazione, implementazione di linee guida cliniche, consenso informato, istruzioni al paziente, autorizzazione delle immagini, pianificazione e trattamento e vengono regolarmente riviste.



- 14.2 Solo per radioterapia: si discute col paziente in merito a immagini, pianificazione e processi del trattamento prima di avviare le prestazioni assistenziali.

#### Linea Guida

Si discute col paziente in merito a immagini, pianificazione e processo del trattamento, apparecchiatura utilizzata, esiti attesi dagli interventi e verifica della lateralità prima di avviare le prestazioni assistenziali. Si offre al paziente l'opportunità di porre domande. I membri del gruppo applicano processi per verificare l'effettiva comprensione da parte del paziente, quali incoraggiare e lasciare spazio a domande nonché fargli ripetere le informazioni a sua volta.



- 14.3 Solo per radioterapia: si applica una politica atta ad autorizzare o modificare un piano di trattamento radioterapico.



- 14.4 Solo per radioterapia: si applica una politica atta a rendere obbligatoria la presenza di informazioni minime nella prescrizione di un trattamento medico radioterapico.

#### Linea Guida

La prescrizione di un trattamento medico radioterapico è utilizzata per avviare il processo di pianificazione e somministrazione. Sebbene la prescrizione esatta potrebbe non essere nota nel momento stesso in cui viene creata, essa include perlomeno: informazioni su: immagini, dosaggio, frazionamento, area da trattare, lateralità e intento del trattamento. Altre informazioni che possono essere incluse sono: dati sul medico prescrittore, un identificativo univoco per il paziente (ad esempio un numero) nonché nome e cognome assieme a data di nascita e sesso, diagnosi, modalità, periodicità del trattamento.

I pazienti sottoposti a terapie concomitanti sono identificabili in maniera chiara nel piano di trattamento.



- 14.5 Solo per radioterapia: il piano di trattamento radioterapico per ogni paziente è verificato in maniera indipendente da un secondo professionista prima del primo trattamento e in caso di modifiche a relativi parametri.

#### **Linea Guida**

La prescrizione radioterapica indica chiaramente la dose prescritta in un dato momento del piano o la linea di isodose, include informazioni sufficienti per la somministrazione del trattamento come previsto e senza ambiguità (ad esempio comprendendo almeno dose e frazionamento, area da trattare e conferma della lateralità), utilizza almeno due identificativi specifici per ogni paziente ed infine è autorizzata da un radiooncologo.



- 14.6 Solo per radioterapia: il piano di trattamento radioterapico per ogni paziente è verificato in maniera indipendente da un secondo professionista precedentemente al primo trattamento e in caso di modifiche a relativi parametri.

#### **Linea Guida**

I piani di trattamento radioterapico sono sottoposti alla revisione fra pari di professionisti esperti. I professionisti qualificati per partecipare a una seconda revisione indipendente possono essere fisici medici, dosimetristi e radioterapisti. Il programma radioterapico attua procedure che descrivono i controlli minimi da eseguire e le qualifiche richieste per effettuare un secondo controllo. Un'attenzione speciale viene posta sui trattamenti complessi.



- 14.7 Solo per radioterapia: il piano di trattamento radioterapico di ogni paziente è sottoposto alla revisione fra pari di un oncologo radioterapista.

#### **Linea Guida**

La revisione fra pari riguarda la revisione dell'intero piano di trattamento, incluso una definizione di tutte le strutture. I piani di trattamento radioterapico sono sottoposti a revisione fra pari prima di avviare un trattamento. In mancanza di una revisione fra pari precedente all'avvio del trattamento, la si effettua prima che quantità pari al 25% della dose totale prescritta sia somministrata.



- 14.8 Solo per radioterapia: i calcoli delle unità monitor o dei tempi di trattamento sono verificati da un sistema indipendente per ogni piano di trattamento radioterapico precedentemente al primo trattamento e in caso di modifica dei relativi parametri.

#### **Linea Guida**

I calcoli delle unità monitor e dei tempi di trattamento (basati sulla tipologia di apparecchiatura) sono eseguiti da un sistema di calcolo primario. Si utilizza un sistema indipendente per effettuare controlli sul sistema primario. I sistemi di calcolo sono più frequentemente software, ma potrebbe anche trattarsi di calcoli manuali. Tale verifica è eseguita precedentemente all'avvio del primo trattamento e ogni volta che i parametri del piano di trattamento siano modificati.



- 14.9 Solo per radioterapia: le organizzazioni sanitarie utilizzano termini tecnici e nomenclatura uniformi per garantire cure sicure ed efficienti.

#### **Linea Guida**

L'uniformità di nomenclatura e termini tecnici aiuta a prevenire eventuali incomprensioni ed errori. Qualora fosse possibile, le indicazioni internazionali sulla nomenclatura dovrebbero essere rispettate per assicurare una chiara comunicazione fra le organizzazioni sanitarie.



- 14.10 Solo per radioterapia: tutti i trattamenti radioterapici cui sono sottoposti i pazienti sono documentati.

#### **Linea Guida**

La descrizione dettagliata del trattamento deve essere sufficientemente specifica da poter riformulare il trattamento successivamente o presso un altro istituto o da un diverso gruppo oncologico se il paziente dovesse necessitare di un nuovo trattamento.



**15.0 SOLO PER TERAPIA SISTEMICA: le terapie sistemiche sono somministrate ai pazienti in modo sicuro ed efficiente.**

15.1 Solo per terapia sistemica: altezza, peso e parametri clinici relativi al paziente così come identificati dal regime terapeutico sono esaminati ad ogni ciclo, o come indicato clinicamente. Le informazioni sono documentate ed eventuali cambiamenti significativi comunicati.

**Linea Guida**

Una variazione del peso potrebbe corrispondere a cambiamenti del dosaggio da somministrare, per cui i membri del gruppo devono verificare che non sia significativa.

Si ottempera a linee guida stabilite riguardo cosa si intende per variazione significativa a livello di massa corporea.



15.2 Solo per terapia sistemica: doppi controlli indipendenti su dose e velocità della somministrazione sono eseguiti sulle pompe di infusione prima di procedere.

**Linea Guida**

Può riguardare nome del farmaco, dosaggio, via di somministrazione, data e orario di somministrazione, tasso di somministrazione.



15.3 Solo per terapia sistemica: controlli doppi indipendenti su dose e velocità della somministrazione sono eseguiti sulle pompe di infusione prima di procedervi.

**Linea Guida**

Il rischio per la sicurezza del paziente si riduce controllando e documentando in merito al funzionamento delle pompe di infusione.

In caso di infusione domiciliare, si verifica che le pompe di infusione funzionino correttamente prima che il paziente venga dimesso dalla struttura.



15.4 Solo per terapia sistemica: il gruppo ottempera alle linee guida sulla gestione del dispositivo di accesso venoso centrale.

**16.0 Solo per terapia sistemica: il gruppo collabora con pazienti e familiari per garantire che la somministrazione ambulatoriale dei trattamenti sia sicura.**



16.1 Solo per terapia sistemica: si applica un processo atto a fornire ai pazienti istruzioni dettagliate sulla somministrazione e manipolazione sicura delle terapie oncologiche sistemiche orali.

**Linea Guida**

Per ottenere livelli di sicurezza massima, i pazienti ricevono istruzioni dettagliate riguardo la somministrazione corretta dei farmaci per terapia oncologica sistemica orale. Il paziente viene invitato a porre domande per accertare che abbia compreso le informazioni, per esempio in merito a conservazione e manipolazione sicura, frequenza e procedura della somministrazione. Le informazioni includono anche istruzioni su come agire in caso di mancata assunzione dei farmaci, magari a causa di vomito.



16.2 Solo per terapia sistemica ambulatoriale: si definiscono processi per visite di controllo assieme a pazienti sottoposti a terapie orali.

**Linea Guida**

I pazienti sottoposti a terapia orale sono particolarmente a rischio in quanto non sono visitati regolarmente. Si definisce un processo per visite di controllo assieme a questi pazienti al fine di monitorare effetti collaterali, aderenza al trattamento e rischi tossici.



- 16.3 Solo per terapia sistemica ambulatoriale: ai pazienti sono fornite informazioni complete riguardo l'infusione domiciliare e segnali di malfunzionamento.

#### **Linea Guida**

Le informazioni includono cosa aspettarsi, funzionamento della pompa, debita cura della pompa, qualsiasi modifica visibile, segni di malfunzionamento, quando contattare la struttura, quando tornare nella struttura e quando contattare i servizi di emergenza.

Capacità di comprensione, grado di alfabetizzazione, capacità linguistiche, eventuale disabilità, tipo di cultura del paziente sono tenuti in considerazione durante la trasmissione delle informazioni.

Si seguono passaggi specifici per accertarsi che paziente e familiari abbiano compreso le informazioni fornite incoraggiandoli a porre domande.



- 16.4 Solo per terapia sistemica ambulatoriale: in caso di infusione domiciliare, si eseguono doppi controlli indipendenti sulle pompe di infusione prima che il paziente sia dimesso dalla struttura.

#### **Linea Guida**

Il rischio per la sicurezza del paziente si riduce controllando e documentando in merito al funzionamento delle pompe di infusione.



- 16.5 Solo per terapia sistemica ambulatoriale: qualsiasi personale incaricato dell'assistenza domiciliare coinvolto nelle cure durante le infusioni domiciliari viene dovutamente istruito dal gruppo.

#### **Linea Guida**

Si documenta in merito a qualsiasi istruzione fornita al personale di assistenza domiciliare.



16.6 Solo per terapia sistemica ambulatoriale: vengono fornite a pazienti e familiari informazioni sulle situazioni durante cui contattare i servizi di emergenza.



16.7 Solo per terapia sistemica ambulatoriale: vengono fornite a pazienti e familiari informazioni sulla gestione dell'autocura.

### **Linea Guida**

Si forniscono a pazienti e familiari informazioni riguardo le loro condizioni cliniche e sulle modalità per migliorare il loro stato di salute generale ed anche riguardo farmaci, presidi e apparecchiatura, custodia sicura e servizi assistenziali secondo possibilità.

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



17.1 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 gruppo 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 gruppo 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 della 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 servizio territoriale o la 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.



17.2 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.


**17.3**

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.



17.4

Si coordinano i servizi appropriati per eventuali visite di controllo sul paziente congiuntamente ad esso e familiari, altri gruppi 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 gruppo, 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 per valutare l'eventualità di transizioni terapeutiche aventi esiti non previsti.



17.5 La pianificazione della sussistenza (survivorship) è integrata nei piani di transizione congiuntamente a paziente e familiari.

#### Linea Guida

Un piano di cure di sussistenza (SCP/survivorship care plan) supporta la transizione delle cure dal piano oncologico a quello delle cure primarie tramite una maggiore comunicazione fra operatori, dotando i pazienti di informazioni inerenti le proprie cure, consentendo ai pazienti di essere protagonisti attivi della fase successiva del loro percorso oncologico.

Il piano SCP include accertamenti diagnostici completi con relativi referti, caratteristiche tumorali, date di inizio e fine trattamento, terapie somministrate, dati dei principali operatori di riferimento, piano delle visite di controllo comprendente passaggi successivi suggeriti, restare sotto osservazione, eventuali segni di recidiva, trattamenti o accertamenti da eseguire.



17.6 La responsabilità in merito alle visite di controllo viene determinata congiuntamente al paziente con i familiari e al medico di base.

#### Linea Guida

La chiarezza per quanto concerne i soggetti responsabili di tenere sotto osservazione, altri esami tumorali e assistenza sanitaria preventiva risulta importante quando i pazienti sono sottoposti alla transizione oncologica fra diversi servizi.



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



17.8 I piani di transizione includono un riepilogo del piano di trattamento medico.



17.9 **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**

- 17.9.1 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.
- 17.9.2 Si usano strumenti documentali e strategie comunicative per standardizzare il trasferimento di informazioni relativamente alle transizioni assistenziali.
- 17.9.3 Durante le transizioni assistenziali, pazienti e familiari ricevono le informazioni ad essi utili a fini decisionali e di supporto terapeutico.
- 17.9.4 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)
- 17.9.5 Le informazioni condivise durante le transizioni assistenziali sono documentate.



- 17.10 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 gruppo. Qualora un paziente desideri continuare a ricevere assistenza in disaccordo con le indicazioni del gruppo 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.



- 17.11 Si valuta il rischio di reingressi 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 gruppo 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 reingressi alla fine di presa in carico.



- 17.12 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 e 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.



- 17.13 Si attua una adeguata politica in materia di custodia dei fascicoli oncologici.

#### **Linea Guida**

Si mantengono i fascicoli oncologici in maniera tale che se occorre sottoporre un paziente a un nuovo trattamento si possa dividerne i piani di trattamento con altre strutture o specialisti in oncologia.

## MONITORARE LA QUALITÀ E CONSEGUIRE RISULTATI POSITIVI



### 18.0 Vengono raccolti indicatori per orientare le attività di miglioramento continuo della qualità.

18.1 Si raccolgono i dati sui tempi di attesa per le cure oncologiche.

#### Linea Guida

I dati sui tempi di attesa includono il tempo tra la richiesta e il consulto e tra la decisione sul trattamento e l'avvio del trattamento. I dati sono raccolti per varie tipologie di trattamento (ad esempio terapia sistemica, radioterapia, servizi chirurgici).



18.2 Si raccolgono dati sulle tossicità correlate al trattamento.



18.3 Solo per radioterapia: si raccolgono dati sulle valutazioni incluse nelle revisioni fra pari per i piani di trattamento radioterapico.

#### Linea Guida

La revisione fra pari eseguita da un secondo oncologo medico indipendente deve avvenire precedentemente al primo trattamento. Qualora non fosse fattibile, i piani di trattamento sono rivisti prima che una quantità pari al 25% del trattamento sia erogata. Il gruppo tiene traccia dei dati quando ciò accade e li utilizza per implementare strategie utili a migliorare le valutazioni di revisioni fra pari.

I dati sono comunicati agli enti pertinenti per analisi comparative (benchmarking).



18.4 I risultati basati sui pazienti sono raccolti ed esaminati come parte delle iniziative volte al miglioramento qualitativo del programma oncologico.



18.5 Si raccolgono dati sui risultati di controllo della malattia e sulla sopravvivenza.

**Linea Guida**

Il gruppo svolge una verifica periodica dei risultati clinici importanti (outcomes) quali controllo e sopravvivenza alla malattia. I dati derivanti dai risultati di controllo e sopravvivenza alla malattia sono raccolti per pazienti trattati con intento curativo.



18.6 I dati indicativi sono paragonati con quelli provenienti da analisi comparative disponibili.

**Linea Guida**

Il programma oncologico paragona i suoi dati indicativi con quelli provenienti da analisi comparative nazionali e/o regionali per valutare il paragone con dati clinici importanti e risultati sul paziente.