



ACCREDITATION
CANADA

Case Management

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

Versione 4



ACCREDITATION
CANADA

© Il presente documento è protetto da copyright

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

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

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

Sito web: www.healthstandards.org Telefono: 00.1.613.738.3800

Case Management

Lo Standard sul case management aiuta le organizzazioni a valutare la qualità dei servizi di Case o Care Management erogati da un team od organizzazione. Case management viene qui definito come il processo di erogazione dei servizi di case management e coordinamento delle attività di case management, piuttosto che focalizzare l'attenzione specificamente sui case manager.

Legenda:

Dimensioni della Qualità:

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

Tipologie di Criteri:

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

Metodo di valutazione

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

Livelli



Oro

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



Platino

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



Diamante

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

FORNIRE SERVIZI SICURI ED EFFICACI



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

1.1 Si applica un processo per soddisfare le richieste assistenziali in modo tempestivo.

Linea Guida

Le richieste assistenziali possono provenire da pazienti, rispettivi familiari, team o organizzazioni di riferimento. Sono disponibili 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 reattiva è monitorata impostando e tracciando i tempi di risposta alle richieste di servizi nonché riunendo le opinioni espresse da pazienti e rispettivi familiari, organizzazioni di riferimento e altri team.



1.2 Un processo standardizzato per gestire liste d'attesa è sviluppato e implementato con il contributo di pazienti e rispettivi familiari.

Linea Guida

Le esigenze dei pazienti in attesa di servizi vengono regolarmente esaminate e a coloro che hanno una necessità urgente di servizi viene fornita un'assistenza immediata.



- 1.3 Viene garantito l'accesso ai servizi essenziali a pazienti e familiari 24 ore al giorno, sette giorni su sette.

Linea Guida

I servizi essenziali sono definiti in base ai tipi di servizi erogati e alle esigenze dei pazienti assistiti. L'accesso a tali servizi può avvenire, a seconda dei casi, di persona, per telefono o via e-mail.

L'accesso ai servizi 24 ore su 24 rappresenta un dato indicativo tracciabile per misurare l'accessibilità complessiva ai servizi e capacità di risposta al paziente.

Qualora non sia previsto l'accesso 24 ore su 24, 7 giorni su 7, vengono prese misure per collaborare con vari operatori sanitari, organizzazioni, e servizi territoriali in modo che coloro che necessitano aiuto possono accedere ai servizi essenziali presso altri presidi o altre organizzazioni.



- 1.4 Laddove necessario al fine del raggiungimento degli obiettivi assistenziali, competenze specialistiche e altri consulenti sono accessibili tempestivamente.

Linea Guida

L'accesso alle conoscenze e capacità specialistiche per fornire assistenza mediante case management, tra cui valutazione supplementare delle competenze, interventi specialistici, assistenza diretta, o insegnamento è a disposizione del team. Sebbene le tempistiche per accedere alle competenze specialistiche possono non essere sotto il controllo del team, si deve cercare di ottenere l'accesso rapido per massimizzare il beneficio per il paziente.



1.5

Si stipula un contratto scritto o un protocollo di intesa con le organizzazioni incaricate di fornire assistenza/prestazioni assistenziali dirette (servizi al paziente in outsourcing).

Linea Guida

Alcune organizzazioni che utilizzano l'approccio del case management possiedono una rete di operatori sanitari in appalto e professionali per soddisfare le esigenze dei propri pazienti. I contratti scritti aiutano a garantire che i servizi al paziente acquistati forniscano cure di alta qualità ai pazienti del case management. Il contratto delinea i ruoli e le responsabilità di ambo le parti, il/i referente/i, i servizi da erogare, l'indennità, la durata dei servizi, e gli indicatori per la valutazione delle prestazioni.



1.6

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, individuano i bisogni immediati del paziente e decidono le priorità assistenziali.

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



1.7

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.



- 1.8 Quando il team non è in grado di soddisfare le esigenze di un potenziale paziente si facilita 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. Tale informazione viene registrata ai fini della pianificazione dei servizi.



- 1.9 Si condividono con pazienti e i rispettivi familiari informazioni relative al membro del team a cui sono affidati per il loro coordinamento assistenziale, e sulla modalità per reperirlo.

Linea Guida

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

2.0 Pazienti e rispettivi familiari collaborano alle prestazioni assistenziali.



- 2.1 Si instaura un rapporto aperto, trasparente e di riguardo con ciascun paziente.

Linea Guida

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


2.2

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

Linea Guida

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


2.3

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

Linea Guida

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


2.4

Si rispetta e ci si attiene alla volontà del paziente riguardo il coinvolgimento della famiglia nel suo percorso terapeutico.

Linea Guida

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

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



2.5

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

Linea Guida

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

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



2.6

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

Linea Guida

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

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


2.7

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

Linea Guida

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


2.8

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

Linea Guida

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

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


2.9

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

Linea Guida

Il processo per l'acquisizione del consenso informato prevede: una revisione congiunta con paziente, rispettivi familiari o decisore sostitutivo; 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, per es., quando un paziente giunge per un appuntamento o una terapia, gli viene misurata la pressione, offre il braccio per il prelievo di sangue venoso, arriva con l'ambulanza, è in condizioni di pericolo di vita o così gravi da richiedere procedure immediate di rianimazione.



2.10 Nel caso di pazienti incapaci di esprimere un consenso informato lo si acquisisce tramite un decisore sostitutivo.

Linea Guida

Si consulta un decisore sostitutivo 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 decisore sostitutivo le informazioni sui ruoli e sulle responsabilità che deve assumersi e si discutono con lui domande, dubbi e opzioni. Il decisore sostitutivo viene scelto in ottemperanza alla legislazione vigente in materia e può essere un rappresentante, un familiare, un tutore o un caregiver.

Nei casi in cui il consenso sia espresso dal decisore sostitutivo, 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 il consenso informato espresso dal minorenne, familiari o tutore prima di procedere con le prestazioni assistenziali. Il relativo processo applicato prevede il maggior coinvolgimento possibile dei soggetti nelle decisioni su assistenza, interventi o terapia valutandone opportunamente domande e pareri.



2.11 Si offrono a pazienti e rispettivi 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 rispettivi familiari sono opportunamente coinvolti nella definizione e applicazione di progetti di ricerca (per es. raccogliendo dati qualitativi su iniziative a favore di un miglioramento qualitativo).



2.12 Si individuano, gestiscono e affrontano le tematiche di natura etica in maniera proattiva.

Linea Guida

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

Ci si attiene al quadro etico dell'organizzazione per gestire e affrontare tematiche di natura etica. Queste 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.



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

Linea Guida

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

Le responsabilità di pazienti e rispettivi 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 informazioni in fase di accettazione a pazienti e rispettivi familiari si provvederà nel più breve termine possibile.



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



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

Linea Guida

Si favorisce un ambiente in cui pazienti, rispettivi familiari e membri del team non esitano a sollevare dubbi o questioni. L'organizzazione può fornire accesso a una persona neutrale e obiettiva che possa offrire una consulenza o un parere a pazienti e rispettivi 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.

Vengono anche affrontati i reclami presentati da membri del team o altri team.



- 2.16 Ogni qual volta vi sia un reclamo presentato da un paziente o si ritiene che i diritti dello stesso siano stati violati, si contatterà l'organizzazione assistenziale coinvolta per eseguire il follow-up.



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

3.1 La salute fisica e psicosociale di ogni paziente viene valutata e documentata adottando un approccio olistico congiuntamente ad esso e ai rispettivi 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 caregiver
- capacità ed efficacia rispetto a comunicazione e auto-cura
- stato di salute mentale, incluse le caratteristiche comportamentali e caratteriali
- stato cognitivo
- stato socio-economico esigenze e credo spirituali e culturali



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

Linea Guida

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


3.3

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

Linea Guida

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


3.4

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

Linea Guida

Gli strumenti di valutazione sono standardizzati e adottati dal team intero, nonché possibilmente anche dall'intera organizzazione e hanno lo scopo di aiutare a riunire ed interpretare in modo sistematico tutti i dati acquisiti durante il 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. Gli strumenti standardizzati per la valutazione sono basati sulle evidenze e sono rilevanti per il tipo di servizi erogati.


3.5

PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA:La riconciliazione farmacologica è condotta in collaborazione con pazienti e rispettivi familiari per specifici gruppi di pazienti per i quali la gestione dei farmaci costituisce parte integrante dell'assistenza (o è ritenuta opportuna a seguito di una valutazione clinica) per comunicare dati accurati e completi sui farmaci.

Linea Guida

La riconciliazione farmacologica è un processo strutturato finalizzato alla comunicazione di dati accurati e completi sui medicinali durante le transizioni assistenziali.

La riconciliazione farmacologica andrebbe presa in considerazione per qualsiasi paziente qualora la gestione dei medicinali rappresenti una componente dell'assistenza sanitaria. Se ciò non fosse fattibile, si devono stabilire dei criteri per individuare i pazienti a rischio di potenziali eventi avversi farmacologici. L'utilizzo di uno strumento di valutazione di rischio farmacologico può aiutare ad individuare i pazienti che necessitano di apposita riconciliazione. La spiegazione razionale dei criteri di scelta di pazienti mirati deve essere documentata.

La riconciliazione farmacologica inizia generando una Best Possible Medication History (BPMH, Anamnesi Migliore Possibile) in cui è elencata una lista dei farmaci assunti dal paziente includendovi prodotti prescrittibili, non prescrittibili, tradizionali, olistici, a base di erbe, vitaminici e integratori. La BPMH fornisce dettagli sulle modalità di assunzione quali posologia, frequenza, via di somministrazione, potenza, ove possibile.

Per crearla si chiedono informazioni al paziente e ai 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, la BPMH 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 avente maggiori responsabilità all'interno del team o da delegati. 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 a loro comprensibili. I pazienti dovrebbero essere incoraggiati a tenere un elenco aggiornato dei farmaci da condividere con gli operatori che li assistono.

Essendo l'assistenza territoriale discontinua, le relative organizzazioni potrebbero non essere sempre a conoscenza da subito del trasferimento o della dimissione di un paziente. Mantenere la lista dei farmaci in maniera aggiornata e accurata è il modo migliore per essere preparati a comunicarla ai componenti della rete assistenziale del paziente o al successivo operatore sanitario.

Prove di Conformità

- 3.5.1 Si individua e documenta la tipologia di pazienti che necessita di riconciliazione farmacologica.
- 3.5.2 All'inizio dell'assistenza, si genera e si documenta una Best Possible Medication History (BPMH/miglior anamnesi farmacologica possibile) in collaborazione con pazienti, rispettivi familiari e personale deputato all'assistenza, operatori sanitari e altri soggetti coinvolti a seconda dei casi.
- 3.5.3 Le discrepanze terapeutiche vengono risolte in collaborazione con pazienti e rispettivi familiari oppure comunicate al medico prescrittore avente maggiori responsabilità verso il paziente, documentando tutte le azioni intraprese per risolvere le discrepanze.
- 3.5.4 Una volta risolte le discrepanze terapeutiche, la lista dei farmaci in atto viene aggiornata e trasmessa al paziente o ai rispettivi familiari (o al medico di base, se opportuno) insieme a informazioni chiare sulle modifiche apportate.


3.6

Le preferenze e scelte assistenziali di ogni paziente vengono discusse in fase di valutazione congiuntamente ad esso e ai rispettivi familiari.

Linea Guida

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

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

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


3.7

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

Linea Guida

La necessità di una valutazione in merito a cure palliative può essere espressa dal paziente o i rispettivi familiari oppure individuata dal team accertando la tipologia assistenziale adeguata. Vengono identificati i tipi di servizi che potrebbero essere necessari. Riconoscere tempestivamente il bisogno di cure palliative permette al paziente e ai rispettivi 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, una valutazione specifica consente di individuare la necessità di mettere in contatto paziente e rispettivi familiari con i servizi appropriati.



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



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

Linea Guida

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



3.10 Si sviluppa e documenta un piano terapeutico completo e personalizzato in collaborazione con paziente e rispettivi 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. Esso comprende ruoli e responsabilità specifici del team, di altre organizzazioni, dei pazienti e rispettivi familiari. Comprende anche informazioni dettagliate sul paziente in merito ad anamnesi, valutazioni, referti diagnostici, allergie ed infine medicinali incluse le problematiche inerenti o le 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 applicabile.



- 3.11 La pianificazione dei trasferimenti terapeutici, inclusa la fine del servizio, è delineata nel piano assistenziale congiuntamente a paziente e rispettivi familiari.

Linea Guida

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

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

4.0 Si procede all'implementazione dei piani terapeutici in collaborazione con i pazienti e i rispettivi familiari.



- 4.1 Il piano terapeutico personalizzato del paziente viene rispettato nel corso delle prestazioni assistenziali.



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

Linea Guida

Il team coinvolto nelle cure ha accesso alla cartella clinica del paziente, così come il paziente stesso, contenuta in un'unica scheda.


4.3

I protocolli terapeutici vengono sistematicamente rispettati per garantire lo stesso standard di cura in ogni contesto e ad ogni paziente.


4.4

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


4.5

I progressi del paziente verso obiettivi e risultati attesi sono monitorati congiuntamente ad esso eventualmente procedendo ad un riadeguamento del piano terapeutico.

Linea Guida

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


4.6

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

Linea Guida

Si prevedono aree e sostegni di tipo spirituale per soddisfare le esigenze dei pazienti, a seconda delle necessità. Viene inclusa la presenza di un capo spirituale appropriato per l'orientamento spirituale del paziente (ad es. cappellano, imam, rabbino o un consulente non confessionale). Pazienti e rispettivi 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, e vanno discusse in fase decisionale sulle terapie eventualmente comprensive di componenti etiche o spirituali.


4.7

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

Linea Guida

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


4.8

Si applica un processo per avviare eventualmente cure palliative o di fine vita.

Linea Guida

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


4.9

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

Linea Guida

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

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



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

Linea Guida

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

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

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

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

Prove di Conformità

4.10.1 Le informazioni utili da condividere nelle transizioni assistenziali sono definite e standardizzate laddove i pazienti sono sottoposti a cambi di personale o luogo: ricovero, passaggio di consegne, trasferimento e dimissione.

- 4.10.2 Si usano strumenti documentali e strategie comunicative per standardizzare il trasferimento di informazioni relativamente alle transizioni assistenziali.
- 4.10.3 Durante le transizioni assistenziali, pazienti e rispettivi familiari ricevono le informazioni ad essi utili a fini decisionali e di supporto terapeutico.
- 4.10.4 Le informazioni condivise durante le transizioni assistenziali sono documentate.
- 4.10.5 L'efficacia comunicativa è valutata e migliorata sulla base di riscontri ricevuti. I meccanismi valutativi possono comprendere:
- l'uso di uno strumento di controllo (audit) (osservazione diretta o riesame della cartella clinica) adatto a stimare la conformità a processi standard e gli aspetti qualitativi del trasferimento di informazioni
 - chiedere a pazienti, rispettivi familiari e operatori sanitari conferma di aver ricevuto i dati utili
 - valutare gli eventi avversi correlati al trasferimento di informazioni (per es., con il sistema di gestione degli incidenti a danno della sicurezza dei pazienti).



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

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

Linea Guida

Pazienti e rispettivi familiari sono coinvolti nell'intera pianificazione della transizione terapeutica. Il team discute con paziente, e rispettivi 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; eventuali piani nutrizionali e fisici; recapiti dei membri del team con orari stabiliti per la reperibilità.

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

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

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



5.2

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

Linea Guida

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



5.3

Ai pazienti vengono 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 condizioni 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 dei 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. Per es., sono modificabili sulla base di capacità di comprensione, grado di alfabetismo, tipo di lingua, eventuale disabilità e tipo di cultura.


5.4

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

Linea Guida

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

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

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


5.5

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



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

Linea Guida

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

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



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

Linea Guida

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