



**ACCREDITATION**  
CANADA

# Servizi per famiglie, giovani e minorenni

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

# Servizi per famiglie, giovani e minorenni

La Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti dell'infanzia (2009) è un accordo globale sui diritti umani che sostiene i diritti dei bambini di essere ascoltati, protetti e supportati. I principi guida stabiliscono che i bambini non verranno discriminati; i loro interessi saranno prioritari e saranno protetti affinché possano avere uno sviluppo spirituale, sociale, morale e fisico completo. La convenzione stabilisce inoltre che i bambini detengono il diritto di partecipare totalmente a qualsivoglia decisione che possa influire sulla loro vita.

I bambini e le famiglie esposti a violenza, discriminazione, razzismo, oppressione, povertà e condizioni di vita caotiche subiscono dei traumi. L'impatto che un trauma esercita può mettere a repentaglio la salute mentale e fisica a partire dall'infanzia fino all'età adulta e produrre effetti a livello intergenerazionale.

Le cure e l'assistenza incentrate sul trauma creano spazi sicuri per limitare il potenziali danni ulteriori. È un approccio basato sui punti di forza che riconosce i punti di forza innati di bambini, famiglie e comunità e li utilizza al fine di pianificare i servizi per favorire il recupero e l'autonomia.

I servizi per famiglie, giovani e minorenni forniscono supporto e programmi per famiglie, giovani e minorenni vulnerabili. I programmi e servizi possono includere programmi di sostegno familiare, servizi di protezione per giovani e minorenni e servizi per i giovani che hanno problemi con la legge.

Lo standard per i servizi per famiglie, giovani e minorenni è rivolto alle organizzazioni che lavorano con famiglie, giovani e minorenni per aiutarli ad affrontare problemi impegnativi come:

- Abuso e abbandono di giovani e minorenni
- Problemi di salute mentale di giovani e minorenni
- Rischi correlati allo sviluppo infantile
- Violenza in casa
- Traumi intergenerazionali
- Violazione dei diritti dei giovani e minorenni
- Disfunzione familiare
- Famiglie divise/conessioni di comunità
- Disfunzione psicosociale
- Giustizia minorile
- Uso di sostanze

Questo standard è progettato per, ma non è limitato a, organizzazioni che forniscono o supervisionano programmi e servizi per famiglie, giovani e minorenni. È necessaria una vasta gamma di servizi di supporto della comunità per massimizzare il benessere di giovani e minorenni, il funzionamento e la stabilità della famiglia per fornire:

- Prevenzione e riduzione dei danni
- Intervento preliminare
- Costruzione di fattori protettivi

- Servizi terapeutici
- Assistenza fuori da casa
- Permanenza
- Transizione alla vita indipendente

Gli standard settoriali, e assistenziali di Health Standards Organization (HSO) aiutano le organizzazioni a valutare la qualità dell'assistenza prestata nei punti di erogazione del servizio ed esprimono una cultura basata su qualità, sicurezza e servizi incentrati sui pazienti, e sui rispettivi familiari, in tutti gli aspetti inerenti l'erogazione dei servizi. Cinque sono gli elementi chiave che esprimono l'eccellenza del servizio: leadership clinica, persone, processi, informazioni e prestazioni.

L'accreditamento è uno dei modi più efficaci per le organizzazioni per esaminare e migliorare la qualità dei loro servizi con regolarità e costanza. Gli standard forniscono alle organizzazioni uno strumento per integrare attività di miglioramento ai fini della qualità e dell'accreditamento nella loro operatività quotidiana con lo scopo principale di includere il paziente e i rispettivi familiari nella veste di veri e propri partner dei servizi erogati.

I servizi incentrati sui pazienti, e sui rispettivi familiari, costituiscono un approccio orientativo per tutti gli aspetti riguardanti pianificazione, realizzazione e valutazione dei servizi. L'obiettivo risiede sempre nel creare e coltivare collaborazioni di reciproco vantaggio tra gli operatori dell'organizzazione e i pazienti con familiari. Fornire servizi incentrati sui pazienti e i rispettivi familiari significa lavorare in congiuntamente ad essi affinché le prestazioni assistenziali siano rispettose, premurose, tutelanti la cultura personale, competenti e contemporaneamente sensibili ai loro fabbisogni, valori, contesto culturale e credo, preferenze (così come secondo l'Istituto per cure incentrate su pazienti e rispettivi familiari ossia Institute for Patient- and Family-Centered Care/IPFCC nel 2008 e Ministero della Salute del Saskatchewan nel 2011).

HSO ha adottato i quattro valori ritenuti fondamentali per questo tipo di approccio, così come delineati dall'IPFCC, integrandoli allo standard di eccellenza per i servizi. Tali valori sono:

1. Dignità e rispetto: ascoltare e rispettare opinioni e scelte di paziente e rispettivi familiari, considerandone livello di istruzione, valori, credo e contesto culturale a livello di pianificazione e erogazione assistenziali.
2. Condivisione delle informazioni: comunicare e condividere informazioni esaurienti e imparziali con pazienti e rispettivi familiari tramite modalità positive e utili trasmettendole con tempestività, completezza e accuratezza per una loro partecipazione efficace ad assistenza e scelte decisionali.
3. Cooperazione e partecipazione: incoraggiare e sostenere pazienti e rispettivi familiari a collaborare congiunti ad assistenza e scelte decisionali nella misura da essi desiderata.
4. Collaborazione: collaborare con pazienti e rispettivi familiari a livello di sviluppo, implementazione e valutazione di politiche e programmi, predisposizione strutturale, formazione professionale, erogazione assistenziale.

## 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 I servizi vengono definiti in maniera collaborativa per soddisfare le esigenze di pazienti e collettività.**

**1.1** Le campagne vengono condotte con i partner allo scopo di sensibilizzare sui servizi comunitari disponibili famiglie, giovani e minorenni e per i servizi di protezione dell'infanzia e della gioventù, con l'input di pazienti e famiglie.

#### **Linea Guida**

I servizi per famiglie, giovani e minorenni possono includere programmi di sensibilizzazione e di azione comunitaria, nonché programmi rivolti a gruppi ad alto rischio e difficili da raggiungere (ad es. minoranze etniche, giovani e minorenni, famiglie che vivono nelle aree rurali). Le campagne di sensibilizzazione sui servizi disponibili sono in formati e lingue accessibili e sono culturalmente appropriate per la popolazione assistita.

Le informazioni sui servizi includono servizi essenziali quali numeri verdi, linee dirette e assistenza in situazioni di crisi, attivi 24 ore su 24, e vengono condivise utilizzando una vasta gamma di media, servizi e gruppi di comunità.



**1.2** Le informazioni relative alle modalità di riconoscimento e segnalazione di casi sospetti di abuso e abbandono di minori vengono fornite a pazienti, famiglie e comunità.

#### **Linea Guida**

Le informazioni vengono fornite utilizzando una gamma di media (ad es. materiale o presentazioni stampati) affinché i pazienti, le famiglie e i membri della comunità possano imparare a riconoscere e supportare i bambini e le famiglie a rischio. Le informazioni includono indicazioni su come contattare i servizi di supporto all'interno della comunità.



- 1.3 Si individuano e rimuovono, laddove possibile, gli ostacoli che impediscono l'accesso all'assistenza da parte di pazienti e familiari, operatori sanitari e organizzazioni invianti con il contributo apportato in merito da parte di pazienti e familiari.

#### **Linea Guida**

Esiste un processo per individuare, segnalare e tentare di rimuovere ostacoli all'accessibilità.

Gli ostacoli all'accessibilità possono includere: la distanza e la distribuzione dei servizi, l'ambiente fisico, l'accettazione culturale dei servizi, i tempi di attesa, i tipi di servizi disponibili, le barriere linguistiche, gli ostacoli finanziari, la disponibilità di trasporti, l'accesso ai servizi di emergenza 24 su 24 ore.

Laddove gli ostacoli esulano dal controllo dell'organizzazione o del team, questi collaborano con i partner e/o la comunità per ridurli al minimo.

## **2.0 Sono disponibili risorse sufficienti per fornire servizi sicuri, di alta qualità e incentrati sul paziente.**



- 2.1 L'ambiente fisico per l'erogazione dei servizi è sicuro, culturalmente inclusivo, confortevole e progettato tenendo conto dell'input di pazienti e famiglie.

#### **Linea Guida**

Gli spazi fisici dispongono di aree sicure e confortevoli che possono essere attrezzate per la condivisione del cibo e attività.

Lo spazio fisico riflette la cultura dei pazienti e delle famiglie e può essere raggiunto collaborando con le agenzie di comunità per condividere lo spazio.

Lo spazio fisico, che si presenta rilassante e confortevole per pazienti e relativi familiari, può aiutare a gettare le basi per un'interazione significativa tra team e paziente/famiglia. Gli ambienti multisensoriali controllati (ad esempio, camere comfort, camere Snoezelen) possono essere utilizzati al fine di facilitare il comfort.





### 3.0 I membri del team sono qualificati e hanno competenze pertinenti.

- 3.1 I caregiver familiari come genitori adottivi e genitori naturali hanno accesso a, o vengono loro forniti, costanti formazione e supporto.

#### Linea Guida

I caregiver familiari necessitano di competenze e conoscenze adeguate per prendersi cura di giovani e minori con complessi bisogni psicosociali e medici.

I caregiver familiari partecipano regolarmente a opportunità di apprendimento e sviluppo delle competenze.



### 4.0 Il benessere e l'equilibrio fra vita lavorativa e personale sono promossi all'interno del team.

- 4.1 La politica relativa alla violenza sul luogo di lavoro incoraggia i membri del team a parlare di problemi di sicurezza e l'organizzazione risponde a tali dubbi.

#### Linea Guida

I membri del team capiscono e identificano le circostanze non sicure e imprevedibili e si sentono a proprio agio nel sollevare problemi di sicurezza. La politica relativa alle situazioni di lavoro potenzialmente non sicure per i membri del team fornisce indicazioni sulle modalità di gestione della situazione. Il processo non compromette ulteriormente i servizi ricevuti dal paziente e della famiglia e viene impiegato un approccio alternativo alle prestazioni assistenziali. In alcuni casi può richiedere il supporto di partner della comunità come agenzie di supporto alla salute mentale o forze dell'ordine.



- 4.2 Vengono stabiliti un piano e un processo per affrontare i conflitti, crisi ed emergenze familiari, con l'input di pazienti e famiglie.

#### **Linea Guida**

Il piano riguarda la sicurezza di personale, pazienti e famiglie. Tale piano esplica in che modo: effettuare audit sulla sicurezza; supportare il personale che lavora da solo; riconoscere, diffondere e controllare il comportamento ad alto rischio avvalendosi di metodi positivi; supportare e consigliare personale, pazienti e famiglie qualora si verificano incidenti; e indagare e segnalare eventuali incidenti.

Il processo include il mantenimento di un elenco di personale formato alla risoluzione dei conflitti, all'intervento in caso di crisi e alla risposta alle emergenze; l'adozione di protocolli finalizzati ad affrontare i conflitti, le crisi e le emergenze; e formare il personale sulle modalità di riconoscimento delle situazioni che possano generare conflitti, crisi e emergenze e adottare misure preventive.



- 4.3 L'accesso continuo alla consulenza e ai supporti emotivi e di altro tipo nell'ambiente di lavoro è disponibile per il team.

#### **Linea Guida**

Il supporto emotivo e altri supporti includono la fornitura di un ambiente di lavoro in cui i membri del team dispongano di carichi di lavoro ragionevoli, un adeguato supporto da parte dei supervisori e livelli adeguati di autonomia lavorativa, e sono supportati attraverso la consulenza e altri programmi.

Sono disponibili consulenza e supporto specifici per aiutare i membri del team a far fronte alle sfide uniche di lavorare con famiglie, giovani e minorenni in situazioni difficili e per prevenire condizioni di eccessivo stress.

I membri del team coinvolti in situazioni di crisi, quali le situazioni che possano prevedere ad esempio la morte di un bambino, hanno la possibilità di usufruire di supporto e consulenza immediati.



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

5.1 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.



5.2 I pazienti e le famiglie vengono identificati il ??prima possibile per i servizi di supporto/protezione per famiglie, giovani e minorenni.

### Linea Guida

L'identificazione precoce di pazienti e famiglie che necessitano di misure interventistiche funge da strategia di riduzione e prevenzione del danno. Sono disponibili programmi di intervento precoce o di prevenzione, entrambi offerti dalle organizzazioni o utilizzati con partner nelle loro comunità al fine di incrementare la riduzione del danno.


**5.3**

I pazienti attuali e potenziali e le loro famiglie possono accedere ai servizi essenziali e di assistenza all'infanzia 24 ore al giorno, sette giorni su sette.

#### **Linea Guida**

I servizi essenziali sono definiti dal team, con l'input da pazienti e famiglie, in base alla tipologia di servizi di supporto e protezione per famiglie, giovani e minorenni forniti e le esigenze dei pazienti assistiti.

L'accesso ai servizi essenziali e urgenti include una squadra di intervento in caso di crisi, fornita di persona, per telefono o via e-mail, a seconda dei casi; Hotline 24 ore su 24, linee di assistenza e lavoratori a chiamata.

L'accesso ai servizi essenziali e urgenti rappresenta un esempio di dato indicativo tracciabile per valutare l'accessibilità complessiva ai servizi e la capacità di risposta del paziente.


**5.4**

Le richieste urgenti di servizi o informazioni per bambini, giovani e famiglie in situazioni di crisi o di emergenza vengono immediatamente risolte.

#### **Linea Guida**

Qualora non sia previsto l'accesso ai servizi nell'arco delle 24 ore, coloro che necessitano aiuto possono reperire immediatamente i servizi essenziali presso altri presidi o altre organizzazioni grazie a collaborazioni con vari operatori sanitari, organizzazioni e servizi territoriali.



5.5

L'identità degli individui che segnalano sospetti di abuso e stati di abbandono è protetta, nei limiti di legislazione/regolamenti, così come le informazioni relative al processo di screening e indagine e il ruolo potenziale dell'individuo nel processo.

#### **Linea Guida**

Gli individui che segnalano sospetti di abuso e stati di abbandono sono informati sul ruolo dell'organizzazione nel processo e sui risultati dello screening e dell'indagine, per quanto possibile.



5.6

Un approccio strutturato al processo decisionale per le segnalazioni di possibili abusi e stati di abbandono viene impiegato per determinare il livello adeguato di risposta.

#### **Linea Guida**

Lo screening al punto di accettazione determina se un caso sia sottoposto a screening (non riceve ulteriori servizi), riferito ad altri servizi all'interno dell'agenzia, sottoposto ulteriormente a indagine e/o segnalato ad altri partner e/o autorità della comunità. Al fine di facilitare tale processo, vengono utilizzati un approccio o un quadro decisionale strutturati che siano culturalmente sensibili e basati sulle evidenze. Il team utilizza un approccio incentrato sul trauma durante lo screening e ulteriori indagini.



5.7 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 o avvio prestazioni. Le informazioni vengono convalidate ed esaminate. Serve a stabilire se i servizi erogati dall'organizzazione corrispondono alle esigenze e alle preferenze del paziente, individuare le esigenze immediate del paziente e decidere sulle priorità assistenziali.

Il processo di accettazione viene regolato in base alle necessità per adattarsi a lingua, cultura, livello di istruzione, identità di genere, stile di vita e alla disabilità fisica o intellettuale.



5.8 Il team assicura che i casi di maltrattamento sui minori segnalati vengano valutati e assegnati per i servizi di assistenza conformemente alle migliori pratiche.

#### **Linea Guida**

Gli strumenti di valutazione del rischio standardizzati sono utilizzati quali parte della valutazione al fine di assicurare coerenza dei servizi offerti. I casi vengono sottoposti a screening dal team utilizzando un approccio decisionale strutturato al momento della segnalazione e assegnati per una linea di azione che può includere ulteriori indagini, rinvio a servizi appropriati o archiviazione del caso.

La tempistica per l'assegnazione è in linea con le migliori pratiche o requisiti di legge (ad esempio, i casi possono essere assegnati immediatamente o entro 24 ore).


**5.9**

Durante il processo di screening, vengono identificati giovani e minorenni appartenenti a popolazioni vulnerabili e ne viene adeguatamente fornita notifica alle autorità.

#### **Linea Guida**

In talune regioni sono previsti requisiti/procedure giurisdizionali per informare le autorità governative della presenza di un bambino o di un giovane che potrebbe essere a rischio.


**5.10**

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.


**5.11**

I pazienti e le famiglie ricevono l'accesso a servizi di supporto e protezione adeguati attraverso una varietà di punti informativi nella comunità e nel team.

#### **Linea Guida**

Sono disponibili molteplici opportunità nella comunità in cui pazienti e famiglie possono ricevere prestazioni. Il team è consapevole dello scopo dei servizi disponibili nella comunità e fornisce consigli su come navigare nel sistema. Qualora ci fossero liste di attesa per usufruire dei servizi, il team consiglia e fornisce l'accesso suggerendo alternative.

I pazienti e le famiglie vengono indirizzati ad altri servizi o partner con un riferimento di contatto personalizzato e viene fornito un feedback al fine di garantire che le esigenze dei pazienti siano ben indirizzate e non vi sia alcuna perdita del servizio da erogare.



5.12 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.



5.13 I membri del team, i pazienti e le famiglie hanno accesso a servizi che aiutano a mantenere o migliorare la stabilità individuale o familiare.

#### **Linea Guida**

Le strategie di sensibilizzazione della comunità e le informazioni scritte e verbali vengono utilizzate per collegare pazienti e famiglie ai servizi di supporto. Ai pazienti e alle famiglie vengono fornite informazioni documentate sui servizi di supporto.



5.14 Ai pazienti e i familiari viene comunicato chi sia il membro del team a responsabile del coordinamento dei servizi ad essi erogati, e le modalità per mettersi in contatto con tale membro.

#### **Linea Guida**

Il membro del gruppo incaricato sarà la persona che ha il maggior contatto con il paziente oppure il principale responsabile dell'assistenza.





**6.0 Vengono eseguite indagini laddove vi siano casi sospetti di maltrattamento sui minori. Nota: I criteri di cui alla clausola 6.0 si applicano alle organizzazioni che supervisionano o hanno la responsabilità delle indagini su casi sospetti di maltrattamento sui minori.**

6.1 Le indagini relative alle accuse di maltrattamenti sui minori o le richieste di servizio sono condotte tempestivamente in base a una valutazione della sicurezza del giovane o minorenne.

**Linea Guida**

La tempistica si basa su una valutazione iniziale della sicurezza del giovane o minorenne. Le segnalazioni su giovani o minorenni che si ritiene siano in pericolo immediato vengono immediatamente esaminate.

Le segnalazioni su giovani o minorenni che siano stati considerati in pericolo immediato vengono esaminate in un periodo di tempo accettabile al fine di garantire la loro sicurezza continua e di completare una valutazione del rischio di potenziali danni futuri. La tempistica dell'indagine può essere legiferata e può variare a seconda della giurisdizione.



6.2 Come parte dell'indagine, viene condotta una prima visita da parte dei servizi per la tutela dei minori.

**Linea Guida**

L'organizzazione utilizza un quadro di valutazione culturalmente sicuro e inclusivo per valutare la sicurezza immediata del giovane o minorenne e i potenziali danni futuri (ossia la valutazione del rischio). Il quadro include le esigenze di servizio e le tempistiche del piano assistenziale. La tempistica per l'assegnazione del servizio in corso è in linea con le migliori pratiche o requisiti di legge. Ad esempio, alcuni casi possono essere assegnati immediatamente o entro 24 ore.



- 6.3 Durante l'indagine, i pazienti e le famiglie vengono informati relativamente ai loro diritti e responsabilità, alle motivazioni dell'indagine e al processo.

#### **Linea Guida**

L'organizzazione si attiene a una politica e una procedura per condurre un'indagine. I pazienti e le famiglie sono informati delle politiche pertinenti relative alla legislazione regionale o giurisdizionale.



- 6.4 Laddove possibile, l'indagine si avvale delle informazioni fornite dai partner della comunità.

#### **Linea Guida**

Le collaborazioni con le forze dell'ordine, le scuole e gli operatori sanitari possono aiutare a condividere le informazioni come buone pratiche investigative e un approccio di team integrato.



- 6.5 L'indagine è completa e include tutti gli aspetti relativi alla situazione del paziente e della famiglia e dell'ambiente domestico.

#### **Linea Guida**

Il team garantisce che l'individuo che effettua la segnalazione, il paziente, i membri della famiglia e gli operatori sanitari abbiano l'opportunità di cooperare durante l'indagine. La visita domiciliare fa parte dell'indagine.



- 6.6 Durante l'indagine si attua una valutazione dei fattori di rischio e di protezione.

#### **Linea Guida**

Il giovane o minorenne e la famiglia sono valutati utilizzando una valutazione della sicurezza e del rischio culturalmente sicura e inclusiva. Un quadro e gli strumenti basati sui punti di forza sono utilizzati per determinare la sicurezza del giovane o minorenne, il rischio di danni futuri nonché i punti di forza e le sfide della famiglia.



## 7.0 **Pazienti e rispettivi familiari collaborano alle prestazioni assistenziali.**

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

### **Linea Guida**

Il gruppo 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 il credo culturale e religioso o lo stile di vita o identità di genere, tutelando riservatezza e privacy.



7.2 L'opinione del giovane o minorenne viene ascoltata, presa in considerazione e rispettata, nella massima misura possibile, in tutti gli aspetti delle prestazioni assistenziali.

### **Linea Guida**

I giovani e minorenni sono liberi di esprimersi nel modo in cui prediligono (ad esempio, verbalmente, per iscritto, attraverso l'uso di media o qualsiasi altro mezzo) detengono la libertà di chiedere, ricevere e fornire informazioni e idee. Il loro contributo viene documentato.



7.3 I pazienti e i familiari sono invitati a un coinvolgimento attivo nell'assistenza prestata.

### **Linea Guida**

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



7.4

La capacità di ogni paziente di essere implicato nei suoi stessi servizi viene appurata congiuntamente ad esso e ai rispettivi familiari.

#### **Linea Guida**

Ogni paziente parteciperà al proprio percorso assistenziale secondo le personali capacità. Durante ogni fase vi è un apposito membro del gruppo che collabora con paziente e rispettivi familiari, o decisore sostitutivo, nel definire la quantità e la tipologia di informazioni ad essi utili per una partecipazione effettiva. Tali informazioni vengono registrate nella cartella clinica del paziente.



7.5

Si rispettano e ci si attiene ai desideri del paziente riguardo il coinvolgimento della famiglia.

#### **Linea Guida**

Il gruppo cerca di anettere soggetti appartenenti alla rete di sostegno del paziente.

Ci si attiene alla legislazione vigente allorquando 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.



7.6

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 i pazienti e i 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 all'assistenza da ricevere; disponibilità di assistenza psicologica e gruppi di sostegno; modalità per reperire i membri del gruppo in situazioni urgenti o critiche.

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


**7.7**

Il team verifica che paziente e rispettivi familiari abbiano compreso le informazioni inerenti le prestazioni assistenziali.

#### **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 sempre che abbia compreso.

Il metodo di Always Use Teach-back! Il sito Web ([www.teachbacktraining.org/](http://www.teachbacktraining.org/)) fornisce strumenti utili per imparare a confermare l'effettiva comprensione da parte del paziente delle informazioni.


**7.8**

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.



7.9

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 alla legislazione vigente in materia a livello nazionale, provinciale e territoriale in caso di pazienti pediatrici e minorenni. 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.



7.10

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

#### Linea Guida

Il processo per l’acquisizione del consenso informato prevede: una revisione congiunta con paziente, familiari o 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 consenso tacito nel caso di prestazioni che non richiedano un consenso scritto come quando il paziente giunge per un appuntamento o incontro, gli viene misurata la pressione o offre il braccio per un prelievo ematico.



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



- 7.12 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. 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).





7.13 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'interessi; 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.

Il quadro etico dell'organizzazione viene utilizzato 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.



7.14 Si forniscono a pazienti e familiari le informazioni sui rispettivi 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 l'intervento di determinate persone; essere coinvolti in tutti gli aspetti dell'assistenza e compiere scelte personali; avere la presenza di una persona di sostegno o di un rappresentante terapeutico; opporsi a una decisione relativa al piano assistenziale 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 avvio delle prestazioni assistenziali adattandole a bisogni differenziati secondo 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.



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



- 7.16 Si sviluppa e implementa un processo atto a indagare e rispondere su ricorsi presentati riguardo a 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.



- 7.17 L'uso di medicinali per giovani o minorenni viene monitorato con il contributo del team e il caregiver pertinente prende nota di ogni dubbio.



7.18 I reclami e le accuse relative di abuso o stati di abbandono sono sottoposti a screening e ricevono un pronto riscontro.

#### **Linea Guida**

I reclami o le accuse di abuso sono sottoposti a screening entro un determinato periodo di tempo (ad esempio, massimo tre giorni lavorativi) e le decisioni vengono prese rapidamente per stabilire se il giovane o minorenne necessitano di servizi di tutela.

Tutti i reclami e le segnalazioni di abuso sono documentati e comunicati alle autorità competenti.

Qualora venga stabilito che una segnalazione garantisca un'indagine completa, viene assegnato un tempo di risposta impostato.

Qualora un giovane o minorenne venga considerato a rischio immediato o sia ferito, la risposta, incluso lo screening, è immediata.



7.19 Le accuse di maltrattamento, abuso o stati di abbandono relativi a minori da parte di operatori sanitari fuori da casa vengono immediatamente registrate, segnalate e esaminate.

## 8.0 I piani assistenziali vengono sviluppati in collaborazione con pazienti e rispettivi familiari sulla base di valutazioni complessive.



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

### Linea Guida

Gli elementi della salute fisica sono rappresentati da:

- anamnesi
- allergie
- scheda terapeutica
- stato di salute
- stato nutrizionale
- 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 tanto spirituali quanto culturali.



8.2 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.


**8.3**

All'inizio dell'assistenza, la riconciliazione farmacologica viene condotta per i pazienti identificati come richiedenti, in collaborazione con paziente, familiari e operatori sanitari.

### **Linea Guida**

Generare la migliore anamnesi farmacologica possibile (Generating a best possible medication history - BPMH) costituisce una parte essenziale della riconciliazione farmacologica. Il BPMH elenca tutti i medicinali (ad es. prescrittibili, non prescrittibili, tradizionali, olistici, erboristici, vitamine e integratori) che il paziente sta assumendo, insieme alla dose, alla frequenza e alla via di somministrazione per ciascuno.

Il momento migliore in cui generare una BPMH è rappresentato dalla visita iniziale, ma non sempre risulta fattibile. Di conseguenza, sono fissati dei tempi ammissibili per generare una BPMH.

Per crearla si chiedono informazioni a paziente e familiari od operatori sanitari e si consulta almeno un'altra fonte quale il precedente fascicolo sanitario del paziente, il farmacista di riferimento o un database regionale.

Quando il paziente è stato assistito per un periodo di tempo prolungato e non è stata generata una BPMH in fase iniziale, la lista dei farmaci in atto ne è valida come tale. Il periodo di tempo viene specificato nella politica dell'organizzazione. In tali circostanze, si esegue ogni sforzo possibile per tenere conto dei farmaci che il paziente presumibilmente assumeva prima dell'avvio della prestazione e che potrebbero non essere compresi nella lista di riferimento.



- 8.4 Le discrepanze terapeutiche vengono risolte in collaborazione con pazienti e familiari o comunicate al medico prescrittore avente maggiori responsabilità verso il paziente, documentando tutte le azioni intraprese per risolvere le discrepanze.

#### **Linea Guida**

Una volta generata la migliore anamnesi farmacologica possibile (BPMH), l'obiettivo della riconciliazione farmacologica consiste nell'identificare e comunicare quali medicinali dovrebbero essere continuati, interrotti o modificati. Le discrepanze tra ciò che viene prescritto dal cliente e ciò che stanno assumendo sono comunicate al paziente e al suo circolo assistenziale a seconda dei casi e vengono risolte dal medico prescrittore più responsabile.



- 8.5 Una volta risolte le discrepanze terapeutiche, la lista dei farmaci viene aggiornata e trasmessa al paziente o ai familiari (o al medico di base, se opportuno) insieme a informazioni sulle modifiche.

#### **Linea Guida**

Mantenere la lista dei medicinali in maniera aggiornata e accurata è il modo migliore per essere preparati a comunicare informazioni relative ai medicinali del cliente ai componenti della rete assistenziale del paziente o ai nuovi operatori sanitari durante la fase di transizione e valutazione.



- 8.6 Obiettivi e risultati attesi in merito ad assistenza prestata vengono individuati congiuntamente a paziente e rispettivi familiari.

#### **Linea Guida**

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



- 8.7 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. Esempi ne sono la scala del coma di Glasgow o GCS (Glasgow Coma Scale), la scala clinica della fragilità, l'inventario della depressione di Beck o lo strumento InterRAI. Gli strumenti standardizzati per la valutazione sono basati sulle evidenze e sono rilevanti per il tipo di servizi erogati.



- 8.8 Le procedure e gli strumenti di valutazione sono aggiornati e basati sulle informazioni relative alle migliori pratiche, sulla ricerca, sulla descrizione dei programmi, sulle esigenze dei clienti e sull'attenzione al programma e sono coerenti con le normative, i regolamenti e le linee guida su famiglie, giovani e minorenni laddove richiesto.





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

#### Linea Guida

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

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



- 8.10 Le tempistiche per condurre una valutazione iniziale sono coerenti con normative, regolamenti e linee guida pratiche per i servizi di supporto e protezione per famiglie, giovani e minorenni.



- 8.11 I servizi di valutazione culturalmente sicuri, inclusivi, appropriati e specializzati sono accessibili al team.

#### Linea Guida

Laddove necessario, viene fornito l'accesso a servizi specializzati di valutazione che siano appropriati, tempestivi, sicuri, efficienti e accurati. I servizi di valutazione specializzati possono includere la valutazione del rischio e gli indicatori del funzionamento psicologico, dello sviluppo, comportamentale, sociale, fisico e di altro tipo. Il team si avvale di un approccio incentrato sul trauma e culturalmente sensibile per selezionare e valutare i pazienti e familiari.



- 8.12 Quando vengono utilizzati servizi di valutazione esterni e contratti, viene seguita una procedura per monitorare e documentare se tali servizi sono conformi a leggi, regolamenti e standard.



8.13 La valutazione viene svolta in collaborazione con il l'assistito e la famiglia in una maniera e in un ambiente non pericolosi.

#### **Linea Guida**

Vengono utilizzate procedure di valutazione meno intrusive per ottenere i risultati richiesti.



8.14 I risultati della valutazione vengono condivisi con il paziente e altri componenti 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 le informazioni facilmente comprensibili conformandole ai livelli di alfabetizzazione nonché tipo di lingua e cultura del paziente.



8.15 Si sviluppa e documenta un piano assistenziale completo e personalizzato assieme al paziente corrispondente e ai suoi familiari.

#### **Linea Guida**

Il piano assistenziale 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 con 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.



- 8.16 **PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA:**I pazienti vengono valutati e monitorati per il rischio di suicidio.

#### **Linea Guida**

Il suicidio costituisce un problema sanitario a livello mondiale. Ogni anno più di 800.000 persone muoiono in seguito a suicidio secondo quanto afferma l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Molti di questi decessi potrebbero essere evitati intercettando i segnali iniziali della volontà suicida e offrendo un intervento appropriato.

#### **Prove di Conformità**

- 8.16.1 Si individuano i pazienti a rischio di suicidio.
- 8.16.2 Si valuta il rischio di suicidio per ciascun paziente periodicamente oppure a seconda del bisogno.
- 8.16.3 Si affrontano i bisogni di sicurezza immediati dei pazienti risultati a rischio di commettere un suicidio.
- 8.16.4 Si individuano strategie terapeutiche e di monitoraggio per pazienti considerati a rischio di commettere un suicidio.
- 8.16.5 Si documenta l'implementazione di strategie terapeutiche e di monitoraggio nella cartella clinica del paziente.



- 8.17 Il piano assistenziale affronta le strategie di intervento precoce e riduzione del danno ed è sviluppato in collaborazione con pazienti e famiglie.

#### **Linea Guida**

Il piano assistenziale è basato sugli esiti ottenuti dalla valutazione nonché sugli obiettivi e i risultati attesi da parte del paziente relativamente all'assistenza. Il piano si concentra sulla crescita evolutiva appropriata, sui bisogni fisici, psicosociali, cognitivi ed emotivi del paziente e della famiglia.

Il piano assistenziale si rivolge alla continuità dei bisogni e alle pietre miliari dello sviluppo del paziente e prende in considerazione il trauma, il dolore e la perdita e l'esposizione alla violenza e all'abbandono.

L'identificazione precoce di pazienti e famiglie che necessitano di intervento e fornitura di strategie di supporto possono ridurre o prevenire i danni.



- 8.18 Quando si sospettano rischi per la sicurezza per il giovane o minorenne viene creato e seguito un piano di sicurezza.

#### Linea Guida

Il piano di sicurezza può includere piani volti ad allontanare il giovane o minorenne da casa. Laddove il giovane o minorenne venga allontanato da casa, esiste un processo finalizzato ad aiutarlo a trovare risorse e servizi per soddisfare bisogni quali la sicurezza degli alimenti, l'alloggio e la fornitura di vestiti e oggetti personali.



- 8.19 Le transizioni assistenziali, inclusa la fine della presa in carico, vengono definite con il piano assistenziale assieme a paziente e rispettivi familiari.

#### Linea Guida

Aggiungere nel piano assistenziale informazioni riguardanti il piano della transizione verso il domicilio del paziente, un altro gruppo, un livello assistenziale alternativo 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 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 preferenze del paziente legate alla transizione è parte integrante dello sviluppo di un piano assistenziale. Esso include anche visite di controllo programmate, ricorso a supporti territoriali oppure altre esigenze o problematiche anticipate.

### 9.0 I piani assistenziali vengono implementati in collaborazione con pazienti e rispettivi familiari.



- 9.1 Si segue il piano assistenziale personalizzato del paziente nel corso delle prestazioni.



9.2 Durante l'erogazione dei servizi, viene stabilito un rapporto significativo con il paziente e la famiglia.

#### **Linea Guida**

Un rapporto significativo include il rispetto per la dignità, la cultura, le tradizioni, le credenze religiose, i bisogni personali, l'identità di genere e le circostanze socio-economiche del paziente e della famiglia; incoraggiamento e supporto per risultati e traguardi; disponibilità durante tutta la continuità del servizio, anche durante le transizioni; e frequenti contatti con il paziente e la famiglia in conformità con il piano assistenziale.



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

#### **Linea Guida**

Il gruppo coinvolto nelle prestazioni assistenziali ha accesso alla cartella clinica del paziente, incluso il paziente stesso, contenuta in un'unica scheda.



9.4 Viene stabilito un processo per educare i pazienti e le famiglie sui loro diritti quando sono tenuti a richiedere servizi attraverso il sistema giudiziario.

#### **Linea Guida**

I diritti includono il diritto del paziente e della famiglia di selezionare il metodo e il programma del servizio ed esprimere opinioni sulle decisioni che li riguardano, comprese decisioni e disposizioni relative all'accesso, all'assistenza fuori da casa, all'adozione e alla tutela privata.


**9.5**

I programmi e gli interventi per supportare ed educare pazienti e famiglie costituiscono punti di forza basati e focalizzati sullo sviluppo del bambino e sulla preservazione della famiglia.

#### **Linea Guida**

I programmi e gli interventi a supporto di pazienti e famiglie rispondono ai loro bisogni e sono culturalmente sicuri, inclusivi e basati sui loro punti di forza. Il supporto e la formazione affrontano i bisogni di salute ed emotivi le relazioni positive e il funzionamento nella vita di tutti i giorni.


**9.6**

Lo stato di benessere 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 o benessere del paziente rappresenta un ostacolo significativo a prestazioni assistenziali sicure ed efficaci. Le variazioni nello stato o benessere del paziente sono registrate in modo accurato e tempestivo condividendole con tutti i membri del gruppo.


**9.7**

Per quanto concerne l'utilizzo di isolamento e i mezzi di restrizione, sono stabilite una politica e una procedura in collaborazione con pazienti e famiglie e osservate dal team.

### **Linea Guida**

I mezzi di restrizione possono riguardare misure fisiche, chimiche o ambientali utilizzate per controllare l'attività fisica o comportamentale del paziente.

La politica prevede i criteri e le procedure per il ricorso all'isolamento e alla restrizione al fine di controllare o modificare i comportamenti. I mezzi di restrizione sono utilizzati come ultima risorsa per ridurre i danni al paziente o ad altri. La restrizione attraverso l'utilizzo di medicinali è attentamente considerata. La politica specifica che l'uso dei mezzi di restrizione è il più breve possibile e che sono in atto misure per garantire la sicurezza del paziente.

La politica è sviluppata e implementata in conformità con linee guida o protocolli riconosciuti. La politica e la procedura richiedono che l'isolamento e i mezzi di restrizione vengano attuati con rispetto, dignità e sicurezza, garantendo nel contempo il comfort del cliente.

Il contributo significativo del paziente e della famiglia può essere facilitato mediante un comitato degli utenti per determinare le migliori pratiche.


**9.8**

Il team applica una politica in merito ai mezzi di restrizione che verte sul loro utilizzo solo in caso di estrema necessità.

### **Linea Guida**

L'assistenza è fornita in modo sicuro, competente ed etico, nel rispetto dei diritti, della dignità, dell'autonomia, del comfort e della sicurezza del paziente. Come parte del presente processo, l'uso di mezzi di restrizioni è ridotto al minimo.

I mezzi di restrizione si usano solo in caso di estrema necessità per evitare un danno imminente al paziente o a terzi dopo il fallimento di tutte le soluzioni alternative. Quando sono richiesti, i mezzi di restrizione sono utilizzati per un periodo di tempo il più breve possibile. I mezzi di restrizione non vengono utilizzati per insegnare, punire o per comodità. Vengono auspicate alternative al ricorso ai mezzi di restrizione al fine di migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi. Laddove possibile, i membri del team ricorrono a tecniche distensive come misura preventiva. Le tecniche distensive, sono poco invasive e rappresentano il modo meno rigido per gestire la violenza e il comportamento reattivo.

La politica include programmi di orientamento per il personale, di educazione e addestramento alla filosofia dei mezzi di restrizione meno restrittivi possibile e al loro utilizzo, i casi in cui si può fare ricorso alla mezzi di restrizione e i requisiti appropriati di follow-up. Quando si considera l'uso di restrizioni, il team discute con il paziente e la famiglia circa l'assistenza e le motivazioni per considerarla.





9.9

Si segue una procedura apposita per implementare in modo appropriato il ricorso ai mezzi di restrizione, monitorare un paziente sottoposto a tale misura e documentarne l'uso nella cartella clinica.

#### Linea Guida

Le considerazioni che devono essere prese in considerazione quando devono essere utilizzati mezzi di restrizione che includono la modalità in cui il cliente sarà monitorato, le specifiche tipologie di assistenza richieste mentre il cliente viene sottoposto a tali mezzi, le condizioni mediche del paziente, i medicinali, i bisogni di sviluppo e la storia di traumatizzazione. Viene utilizzato un piano di gestione delle crisi individuali. Nell'eventualità, il team ottempera alla normativa applicabile in materia e alle pratiche basate sull'evidenza scientifica.

L'utilizzo dell'isolamento e i mezzi di restrizione vengono attuati con rispetto, dignità e sicurezza, garantendo nel contempo il comfort del paziente.

La documentazione inerente il ricorso ai mezzi di restrizione comprende tempi, luogo, motivazioni e durata del loro uso necessario nonché l'uso tentato ma senza esito di misure alternative prima di dovervi ricorrere.



9.10

Il team stabilisce un processo atto a monitorare il ricorso ai mezzi di contenzione e i dati relativi vengono ripresi ai fini di eventuali migliorie.

#### Linea Guida

Ogni ricorso ai mezzi di contenzione, come anche l'utilizzo generico di mezzi di contenzione a livello programmatico, viene valutato allo scopo di mirare al loro utilizzo unicamente in caso di estrema necessità.



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

#### **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.



9.12 Si prevedono aree spirituali per soddisfare le esigenze dei pazienti.

#### **Linea Guida**

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 delle prestazioni assistenziali ricevute, e sono discusse in fasi decisionali eventualmente comprensive di componenti etiche o spirituali.



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



9.14

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

#### **Linea Guida**

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.



9.15 Un insieme standard di informazioni rilevanti viene comunicato in collaborazione con il paziente e la famiglia quando un paziente passa a un altro servizio, fornitore o organizzazione.

### Linea Guida

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

Le informazioni rilevanti da comunicare dipendono dalla natura della transizione. Generalmente includono come minimo generalità e altri dati identificativi del paziente, recapiti per contattare gli operatori sanitari, 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 dipende dalle dimensioni e complessità organizzative. Le cartelle 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. Le informazioni di cui i pazienti e familiari hanno bisogno per prepararsi a e migliorare le transizioni terapeutiche 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.



## 10.0 Viene fornita assistenza alternativa per giovani e minorenni che non sono al sicuro nelle proprie case.

10.1 Le politiche e le procedure volte a determinare quando un giovane o minorenne debba essere inserito in un programma di assistenza fuori da casa o di protezione sono sviluppati con il contributo di assistiti e famiglie.

### Linea Guida

I giovani, i minorenni e la voce della famiglia sono inclusi nello sviluppo di politiche e procedure.

I servizi fuori casa includono la famiglia affidataria, l'assistenza familiare, gli alloggi e la protezione e altra assistenza residenziale per giovani e minorenni. I servizi possono essere erogati o forniti dai enti pubblici.

Le politiche e le procedure per fornire assistenza fuori casa sono correlate con le evidenze, la pratica professionale e la legislazione, compresa la legislazione relativa alle persone vulnerabili come le popolazioni indigene e il genere e le minoranze razziali. Sono progettati per ridurre al minimo i rischi e proteggere la sicurezza e il benessere del giovane o minorenne.

I servizi di assistenza fuori da casa o protettiva soddisfano le esigenze del cliente in termini di sicurezza, sicurezza culturale, permanenza, salute e benessere.

La decisione di allontanare un giovane o minorenne dalla propria casa è presa da un professionista qualificato con l'autorità appropriata.



10.2 La qualità dei servizi fuori casa è sottoposta a screening, monitorata e valutata regolarmente in collaborazione con le parti interessate.

### Linea Guida

Le famiglie affidatarie e gli altri servizi di assistenza residenziale sono sottoposti a screening e valutati su base regolare (ad esempio, ogni 6/12 mesi) per garantire che continuino a soddisfare gli standard, le legislazioni e le linee guida del programma e che tutte le certificazioni e licenze necessarie siano in vigore e aggiornate.



10.3 Esiste un processo per preparare e interrogare il paziente e la famiglia quando un giovane e minorenne viene allontanato da casa.

### **Linea Guida**

Ai pazienti e alle famiglie vengono fornite informazioni, culturalmente appropriate e in base all'età, relative ai motivi per i quali si esclude il paziente, al tipo di assistenza fuori da casa che verrà fornita e alla casa, alla famiglia o al fornitore.

Durante la transizione, i potenziali impatti negativi sul paziente e sulla famiglia sono ridotti al minimo aiutando il paziente a identificare gli oggetti personali che desidera portare con sé e individuando la routine quotidiana, i cibi e le attività preferiti, le cure mediche o terapeutiche, le pratiche culturali e l'istruzione del paziente.

Il paziente e la famiglia possono discutere relativamente alla separazione e alla perdita e vengono informati su come possono mantenere i contatti tra loro.

Laddove pertinenti, vengono discusse questioni relative a violenza domestica, abuso sessuale, uso di sostanze o malattie mentali in famiglia e vengono fornite informazioni su supporto e risorse nella comunità (ad es., i c.d. "healing circles" gruppi di guarigione possono essere utili come parte del supporto).

Il processo di allontanamento da casa di un giovane o minorenne, viene effettuato da professionisti qualificati con adeguata formazione e autorità legale. Qualsiasi rimozione prende in considerazione la necessità di alloggio o personale di supporto per il giovane o minorenne.

In conformità alla legislazione regionale o giurisdizionale, le comunità di popolazioni vulnerabili (ad es. le comunità indigene) possono richiedere la notifica dei servizi di protezione di giovani e minorenni se un giovane o un minorenne vengono rimossi dalla propria casa o comunità.



- 10.4 I giovani e minorenni che necessitano di cure fuori da casa vengono collocati in base alle loro esigenze di sicurezza, stabilità, benessere e permanenza.

#### **Linea Guida**

L'assistenza fuori da casa può includere affidamento, assistenza familiare e programmi di assistenza residenziale.

Tutte le informazioni raccolte dal momento dell'accettazione, screening e valutazione vengono utilizzate per identificare l'assistenza fuori da casa più idonea per il giovane o minorenne, come i bisogni psicosociali, i bisogni di accessibilità per giovani o minorenni con disabilità fisiche, i protocolli culturali e leggi sulle pratiche ancestrali. La storia relativa al precedente inserimento viene utilizzata per informare in merito a pratiche decisionali.



- 10.5 I giovani e minorenni vengono collocati in un ambiente confortevole che sia conforme, per quanto possibile, alle loro esigenze.

#### **Linea Guida**

I giovani e minorenni vengono collocati con fratelli, parenti o famiglie o in un ambiente pseudo familiare nei pressi della rispettiva famiglia e comunità. I bisogni di accessibilità per minorenni con disabilità fisiche vengono presi in considerazione nel processo di inserimento. Le considerazioni culturali e l'etnia costituiscono una priorità nel determinare l'inserimento. L'inserimento di un giovane o minorenne proveniente da una popolazione vulnerabile può essere disciplinato da requisiti regionali o giurisdizionali.



- 10.6 Esiste una strategia finalizzata a proteggere i pazienti dall'aggressione virtuale attraverso i social media.

#### **Linea Guida**

I giovani e minorenni possono essere sfruttati per traffico di esseri umani, bande di strada e commercio di droga. L'utilizzo di dispositivi elettronici e social media rappresenta un mezzo per i malintenzionati per contattare e influenzare giovani e minorenni.

La strategia può includere un dialogo in collaborazione con il paziente e la famiglia per quanto riguarda l'uso di dispositivi elettronici. Il paziente può essere istruito e autorizzato a prendere decisioni giuste relativamente all'uso dei dispositivi elettronici, con il supporto del team.



- 10.7 Le organizzazioni di assistenza alternativa promuovono le collaborazioni e minimizzano le lacune nei rapporti con altri servizi (ad es. giustizia minorile), per fornire risposte ai bisogni di sicurezza individuali e collettivi, quali istruzione, salute mentale e servizi di uso/dipendenza da sostanze (custodia e non custodia), sostegno al reddito e alloggio.

#### **Linea Guida**

La promozione di legami di collaborazione tra servizi per giovani, minorenni e famiglie e i settori della giustizia minorile ha il potenziale per facilitare transizioni maggiormente fluide ed efficaci coordinando l'impegno (ad esempio, quando i servizi di supporto per giovani, minorenni e famiglia ricevono informazioni da e sono in comunicazione con la giustizia minorile, possono facilitare più agevolmente l'integrazione dei giovani nella comunità).





- 10.8 Esistono una politica e un processo sviluppati con il contributo di clienti e famiglie per ridurre al minimo i cambiamenti di inserimento per giovani e minorenni.

#### **Linea Guida**

Il processo di inserimento riflette una pianificazione coordinata e ben presentata che include l'erogazione di supporto e informazioni al giovane, minorenne e famiglia; esso considera tutte le potenziali esigenze del giovane o minorenne e la precedente storia di inserimento. Quando devono essere apportate modifiche all'inserimento, la politica e il processo aiutano il team a rispondere in modo efficiente alle modifiche o ai problemi. L'opinione del giovane o minorenne viene ascoltata e la famiglia fornisce il proprio punto di vista.



- 10.9 I pazienti e le famiglie sono partner nella pianificazione della permanenza.

#### **Linea Guida**

La pianificazione della permanenza è orientata agli obiettivi e sviluppata tra, a seconda del caso, giovane o minorenne e professionisti sanitari, genitori, genitori adottivi, autorità governative e sistema giudiziario. Prende in considerazione il potenziale per la riunificazione e la permanenza di rapporti e connessioni.

Il piano di permanenza si verifica entro il periodo di tempo consigliato in conformità con le variazioni regionali e la legislazione locale. Un obiettivo o un indicatore per valutare la pianificazione della permanenza e la sua efficacia nel raggiungere l'obiettivo potrebbe includere, ad esempio, il tempo necessario per raggiungere la permanenza una volta ammesso.

Esiste una documentazione che attesta che l'opinione del giovane, minorenne e della famiglia viene presa in considerazione, che sono coinvolti attivamente nella pianificazione e che sono state fornite le informazioni appropriate per età come richiesto.



10.10 L'organizzazione supporta l'assistenza familiare nella pianificazione della permanenza.

#### Linea Guida

I caregiver familiari sono considerati opzioni per l'adozione e la tutela nella pianificazione della permanenza. L'inserimento di giovani o minorenni con familiari può favorire sicurezza culturale nei rapporti e rafforzare le connessioni della comunità.



10.11 L'autorità giudiziaria o le revisioni amministrative sono tenute in collaborazione con il team, il paziente e la famiglia e in conformità con le variazioni regionali e la legislazione locale.

#### Linea Guida

La frequenza delle revisioni dei casi si basa sulle migliori pratiche e sulla legislazione locale. Le revisioni sono programmate per facilitare la partecipazione del team, del paziente e della famiglia, a seconda del caso.

La revisione considera la qualità dell'inserimento, le opportunità di visita, la progressione verso la permanenza e l'uso appropriato di servizi e risorse.



10.12 Il piano di permanenza viene regolarmente aggiornato in collaborazione con il paziente e la famiglia per garantire che rimanga pertinente, applicabile e reattivo ai nuovi sviluppi.

### Linea Guida

L'organizzazione esamina regolarmente lo stato di assistenza fuori da casa del paziente. Le modifiche all'inserimento sono di supporto e nel migliore interesse del paziente e della famiglia. Il piano di permanenza tiene conto del potenziale di crescita della famiglia e delle esigenze di protezione, stabilità e cura del paziente. Viene inoltre considerata la capacità della comunità di soddisfare le esigenze del paziente e della famiglia.

Le modifiche all'inserimento possono comprendere il cambiamento della famiglia affidataria per ragioni documentate, passando all'affidamento familiare, facendo stabilire il paziente più vicino alla propria comunità, trasferendolo in una casa adottiva e pianificando una crescita indipendente da assistenza.

Per valutare l'impatto del piano di permanenza potrebbe essere utilizzato un quadro degli esiti multidimensionale.



10.13 L'organizzazione ha una politica e un processo finalizzati a chiudere i casi di protezione dei minori, compresa, in caso, l'assistenza di follow-up con il contributo di pazienti e famiglia.

#### **Linea Guida**

Il piano per chiudere il caso di assistenza inizia durante il processo di accettazione e coinvolge i pazienti e la famiglia, a seconda dei casi.

Il team fornisce al paziente e alla famiglia strategie di supporto per continuare a rafforzare il loro sviluppo come famiglia.

I piani assistenziali e post-trattamento e di follow-up possono includere il collegamento del paziente e della famiglia ad organizzazioni della comunità culturalmente appropriate, il sostegno a domicilio continuo, l'assistenza per la sicurezza domestica e alimentare e la consulenza.

La notifica della chiusura del caso viene fornita a tutti i servizi e le autorità competenti.

### **11.0 I servizi per la protezione dei minori, il supporto familiare e la giustizia sono integrati nella comunità. Nota: I criteri di cui alla clausola 11.0 si applicano alle organizzazioni che lavorano con i servizi di giustizia minorile.**



11.1 I programmi di giustizia minorile collaborano e coordinano piani assistenziali con servizi comunitari per i giovani, in collaborazione con pazienti e famiglie.

#### **Linea Guida**

I servizi di supporto per i giovani, minorenni e famiglie vengono notificati quando un giovane viene rilasciato dal sistema giudiziario. I servizi collegano giovani, famiglia, scuola, supporti relativi all'abuso di sostanze, altri gruppi di supporto e comunità. Vi è documentazione degli sforzi di collaborazione e coordinamento dei piani assistenziali tra giustizia minorile e servizi per la gioventù della comunità.



11.2 I servizi di giustizia minorile e di supporto per giovani, minorenni e famiglie sono integrati con il contributo di pazienti e famiglie.

### **Linea Guida**

L'integrazione di servizi facilita la sicurezza del paziente nel sistema giudiziario e nella comunità.

L'integrazione contribuisce alla continuità dei servizi e migliora il potenziale per il funzionamento e la transizione in modo positivo lungo la continuità.

I programmi terapeutici si collegano l'un l'altro per potenziare il supporto ai giovani. I programmi relativi ai servizi di supporto alla giustizia minorile possono includere la formazione di abilità interpersonali, la gestione della rabbia, l'educazione all'abuso di sostanze, alla salute mentale e accademica.



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

**12.1** Pazienti e rispettivi familiari sono coinvolti in maniera attiva nella pianificazione e preparazione della transizione assistenziale.

### **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 assistenziale con relativi obiettivi e preferenze; assistenza prestata; problematiche aperte; 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 assistenziale 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. Ciò consente di assicurare che tutte le informazioni siano accurate e complete e che inoltre i desideri del paziente vengano esauditi.


**12.2**

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**

Questo tipo di valutazione viene condotto nel più breve termine possibile. 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.


**12.3**

L'organizzazione, collabora con i giovani più grandi in terapia durante il passaggio alla vita indipendente e al contempo promuovono la loro indipendenza.

#### **Linea Guida**

La transizione verso l'indipendenza è supportata da una pianificazione precoce, dall'acquisizione di competenze e formazione scolastica, nonché dall'accesso ai servizi quando i giovani passano all'età adulta. Il sostegno per i giovani che vivono tale transizione di età include la gestione dei bisogni psicosociali e facilitare la transizione ai servizi per adulti (per es., salute mentale, dipendenza o altro), se necessario.


**12.4**

Quando si effettua la transizione a servizi diversi, i pazienti e le famiglie vengono formati su come condividere la lista completa dei medicinali quando incontrano nuovi fornitori di servizi nella rete assistenziale del paziente.

#### **Linea Guida**

Il rischio di errore è maggiore nei momenti di transizione e le discrepanze terapeutiche possono condurre a gravi conseguenze e alla frammentazione nell'assistenza. I clienti e le famiglie ricevono un'istruzione sull'importanza di tenere una lista accurata dei medicinali e su come comunicarla ai loro fornitori di servizi. La formazione è fornita in modo strutturato in modo da riflettere le capacità cognitive e di alfabetizzazione del paziente e della famiglia.



12.5

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.





12.6 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 dell'assistenza prestata al paziente fino alla fine della presa in carico o fino a che quest'ultima non passi a un altro gruppo, servizio sanitario o 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 ad assistenza, inserimento e poi controlli di monitoraggio, esiste un processo che valuta l'eventualità di transizioni assistenziali aventi esiti non previsti.



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



- 12.8 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.



- 12.9 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.



### **13.0 Le cartelle cliniche sono mantenute in modo accurato, aggiornato e sicuro.**

13.1 Una cartella clinica accurata, aggiornata e completa viene mantenuta per ogni programma della comunità.

#### **Linea Guida**

Le cartelle cliniche includono dettagli sulla partecipazione, requisiti del personale e sedi.



### **14.0 Si promuove la sicurezza nell'ambiente assistenziale per il paziente e per il team.**

14.1 Si esegue una valutazione della sicurezza nell'ambiente domestico dei pazienti utilizzando strumenti di valutazione del rischio standardizzati per i pazienti che ricevono assistenza domiciliare.

#### **Linea Guida**

La valutazione del rischio e della sicurezza in ambiente domestico include l'analisi dei seguenti aspetti: ambiente fisico interno ed esterno, rischio di esposizione a sostanze chimiche e biologiche, rischio d'incendio, condizioni mediche che richiedono speciali precauzioni, fattori di rischio per il paziente.



14.2 Si utilizzano le informazioni ottenute dall'analisi di valutazione per la sicurezza in ambiente domestico per programmare e prestare determinati servizi al paziente, e queste vengono condivise con partner eventualmente coinvolti nella pianificazione assistenziale.

#### **Linea Guida**

Se viene identificato un rischio di violenza in ambiente domestico, il team viene sensibilizzato e sviluppa una strategia di riduzione del rischio, ad esempio richiedendo, attraverso il piano assistenziale, due assistenti per presenziare ad una visita domiciliare. Il rischio è condiviso con altri partner sanitari o dei servizi sociali che sono responsabili della fornitura di assistenza a domicilio.



- 14.3 La valutazione della sicurezza in ambiente domestico valuta i potenziali rischi per i membri del team che forniscono assistenza ai pazienti.

#### **Linea Guida**

I rischi per i membri del team includono la presenza di armi o altre armi in casa, violenza, affiliazione a bande e abuso di sostanze.



- 14.4 La valutazione per la sicurezza in ambiente domestico è aggiornata con regolarità da parte del team e utilizzata al fine di apportare migliorie nell'assistenza al paziente.

#### **Linea Guida**

Quando vengono identificati nuovi rischi per la sicurezza in ambiente domestico, i medesimi vengono immediatamente documentati e comunicati agli altri membri del team e ai partner della comunità, a seconda dei casi. I piani assistenziali sono modificati di conseguenza.



- 14.5 Si sviluppano e implementano strategie volte ad affrontare i rischi per la sicurezza individuati con il contributo dei pazienti e familiari.

#### **Linea Guida**

Il team collabora al fine di far incrementare l'adesione alle strategie volte ad attenuare la possibilità di rischi. Tenendo anche conto delle opinioni di pazienti e rispettivi familiari nel relativo processo di sviluppo e implementazione. Le strategie vengono sperimentate su scala ridotta monitorando i risultati corrispondenti. Esse varieranno in funzione della tipologia di rischi individuati prevedendo eventualmente un piano d'azione e la collaborazione con altri operatori per poter affrontarli.



14.6 Si applicano processi di verifica per limitare le attività ad alto rischio con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari.

#### **Linea Guida**

Al fine di individuare le attività ad alto rischio il team può analizzare i propri servizi utilizzandone i dati per sviluppare e implementare sistemi di controllo finalizzati a ridurre il rischio di nuocere al paziente.

Nell'ambito della continuità terapeutica, i sistemi di verifica variano in funzione dei servizi. A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, ciò può includere:

- sistemi di verifica della temperatura dell'acqua, in particolare per l'igiene
- moduli identificativi standardizzati per i pazienti con bisogni complessi per la gestione dei medicinali
- promemoria generati dal computer per esami di controllo su pazienti ad alto rischio
- doppio controllo indipendente per dispensare e somministrare medicinali ad alto rischio
- sistemi di monitoraggio delle condizioni di sicurezza per i team che operano in organizzazioni attive sul territorio oppure per i pazienti inseriti in ambienti ad alto rischio
- protocolli standardizzati per l'uso di sistemi di contenzione



14.7 Si valutano le strategie volte al miglioramento delle condizioni di sicurezza con il contributo dei pazienti e familiari.

#### **Linea Guida**

Si eseguono gli adeguamenti necessari per garantire la sostenibilità dei cambiamenti.



- 14.8 Si segnalano gli incidenti a danno della sicurezza dei pazienti conformemente alla politica organizzativa e documentandoli adeguatamente nella cartella clinica del paziente e nei registri organizzativi.

#### **Linea Guida**

Le attività di segnalazione e registrazione vengono svolte in maniera tempestiva. Come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nella Classificazione Internazionale per la Sicurezza del Paziente, gli incidenti correlati comprendono incidenti lesivi, incidenti non lesivi e near miss (quasi eventi).



- 14.9 Si comunica a pazienti e familiari degli incidenti che riguardano la loro sicurezza in cui sono coinvolti in base alla politica organizzativa eventualmente facilitando l'accesso a servizi di supporto.

#### **Linea Guida**

Il Canadian Patient Safety Institute (CPSI/Istituto canadese per la sicurezza del paziente) pubblica una guida per trasmettere dati sugli incidenti che riguardano la sicurezza dei pazienti a soggetti di pertinenza quali operatori sanitari, team interdisciplinari, organizzazioni e autorità di regolamentazione che si occupano dello sviluppo e dell'applicazione di politiche divulgative, prassi e metodi formativi in materia.

Il sostegno offerto successivamente a un incidente che riguarda la sicurezza del paziente rappresenta un elemento importante del processo. Viene offerto supporto a pazienti e familiari nonché a membri del team coinvolti nell'incidente a danno della sicurezza dei pazienti.



- 14.10** Si analizzano gli incidenti che riguardano la sicurezza dei pazienti per evitare che si ripetano ed effettuare miglorie con il contributo dei pazienti e familiari.

#### **Linea Guida**

L'analisi degli incidenti che riguardano la sicurezza dei pazienti comprende la definizione dei fattori determinanti e azioni finalizzate ad evitare il ripetersi di eventi simili con relativo monitoraggio dell'efficacia. Le organizzazioni riprendono tali dati per sviluppare strategie volte ad anticipare in maniera proattiva nonché affrontare i rischi che riguardano la sicurezza del paziente e degli operatori.

Il Canadian Patient Safety Institute (Istituto canadese per la sicurezza dei pazienti) offre un quadro di riferimento per la gestione degli incidenti. Fornisce una descrizione approfondita del processo di analisi e gestione degli incidenti avvenuti a danno della sicurezza dei pazienti. Sessioni online per un Programma di conoscenza analitica degli incidenti sono disponibili per assistere le organizzazioni nell'applicare i principi utili all'analisi degli incidenti su [www.patientsafetyinstitute.ca/](http://www.patientsafetyinstitute.ca/).

**15.0** **Si raccolgono e utilizzano dati indicativi per orientare le attività di miglioramento della qualità.**



- 15.1** Si raccolgono dati e riscontri sulla qualità dei servizi prestati allo scopo di orientare le iniziative volte al miglioramento qualitativo con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari, membri del team e partner.

#### **Linea Guida**

Si acquisiscono costantemente dati e riscontri (feedback) sulla qualità dei servizi prestati dai principali stakeholder. I riscontri possono essere sotto forma di grado di soddisfazione oppure dati relativi all'esperienza di paziente e familiari, reclami, dati indicativi, esiti, schede di valutazione, dati sull'analisi degli incidenti e rendiconti finanziari. Possono essere raccolti tramite varie modalità quali questionari, focus group, interviste, riunioni o registrazione di reclami.



- 15.2 Si utilizzano le informazioni e i riscontri raccolti come occasioni per adottare iniziative volte al miglioramento qualitativo e per assegnare priorità con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari.

#### **Linea Guida**

Si sfruttano le opinioni raccolte e anche altri moduli di informazione, l'osservazione diretta e l'esperienza, per individuare e assegnare una priorità alle aree in cui attuare le iniziative rivolte al miglioramento qualitativo. Ciò si realizza rispettando un processo standardizzato basato su criteri quali esigenze espresse da pazienti e familiari, esiti riferiti dai pazienti, rischio, volume o costi.



- 15.3 Vengono individuati obiettivi misurabili e tempistiche predefinite per la loro realizzazione, da utilizzare per le iniziative di miglioramento della qualità, con input dai pazienti e dai familiari.

#### **Linea Guida**

Gli obiettivi di miglioramento della qualità definiscono che cosa il team cerchi di raggiungere ed entro quando. Solitamente, gli obiettivi adeguati di miglioramento della qualità sono a breve termine e hanno traguardi superiori alle prestazioni esistenti, inoltre sono generalmente allineati con priorità strategiche a lungo termine o con le aree di sicurezza del paziente. Le tempistiche variano in funzione della natura dell'obiettivo.

Un valido strumento per fissare obiettivi significativi è l'acronimo SMART. Tali obiettivi dovrebbero essere Specifici, Misurabili, Arrivabili (Raggiungibili), Realistici e con Tempi definiti (SMART: Specific, Measurable, Achievable, Realistic, and Time-bound). I Centers for Disease Control and Prevention (CDC), ossia l'organismo di controllo degli Stati Uniti d'America per la prevenzione e il controllo delle malattie, offre una guida per la definizione di obiettivi SMART.




**15.4**

Si individua un indicatore, o più, da utilizzare come riferimento per monitorare i progressi di ciascun obiettivo di miglioramento della qualità con il contributo di pazienti e familiari.

#### **Linea Guida**

Si utilizzano gli indicatori per verificare se le attività abbiano determinato un cambiamento e se questo rappresenti un miglioramento. Principalmente, gli indicatori sono selezionati in funzione della loro rilevanza e capacità di monitorare accuratamente i progressi. Se vi sono più indicatori potenziali, vengono selezionati sulla base di criteri quali la validità scientifica e la fattibilità.

Se la scelta degli indicatori risulta difficoltosa può voler dire che l'obiettivo di miglioramento qualitativo necessita di essere chiarito meglio.


**15.5**

Si definiscono e si sperimentano le attività rivolte al miglioramento qualitativo al fine di conseguire gli obiettivi.

#### **Linea Guida**

Le attività volte al miglioramento qualitativo sono le azioni intraprese per avviare migliorie e rientrano nel più ampio piano di miglioramento della qualità. Prima di essere implementate su larga scala, le attività sono definite e sperimentate su scala ridotta per determinarne l'effetto.

Il Getting Started Kit for Improvement Frameworks è una risorsa creata dal Canadian Patient Safety Institute/CPSI e basata sul modello di miglioramento. L'Institute for Healthcare Improvement/IHI mette a disposizione un quadro di riferimento mirante a guidare le iniziative volte al miglioramento della qualità utilizzando cicli basati su Pianificare, Fare, Studiare, Agire ('Plan, Do, Study, Act cycle').



15.6 Si utilizzano indicatori di qualità, nuovi o già esistenti, per stabilire il punto di riferimento iniziale (o baseline) per ciascun indicatore.

**Linea Guida**

Stabilire un punto di riferimento iniziale (baseline) consente di monitorare i progressi volti al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento qualitativo attraverso il confronto fra i dati registrati prima e dopo l'introduzione dell'attività e la registrazione delle variazioni. Stabilire una baseline può richiedere uno o più rilevazioni e si verifica in un periodo di tempo definito. Una volta stabilita la baseline, il team potrebbe aver bisogno di rivalutare i suoi obiettivi di miglioramento della qualità, al fine di verificarne il mantenimento delle caratteristiche di fattibilità e rilevanza.



15.7 Si applica un processo per raccogliere regolarmente i dati sugli indicatori necessari per tracciare i progressi.

**Linea Guida**

Si determinano modalità e frequenza per la raccolta dei dati. Raccogliere i dati regolarmente consente al team di tenere sotto controllo l'andamento dei propri progressi e comprenderne le variazioni normali dei valori.



- 15.8 Si analizzano regolarmente i risultati degli indicatori per determinare l'efficacia delle attività orientate al miglioramento qualitativo.

#### Linea Guida

Il team confronta gli effetti previsti ed effettivi delle attività volte al miglioramento qualitativo e in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo apporta i necessari correttivi per conseguirlo.

L'analisi dei dati consente di individuare le tendenze e può evidenziare le aree eventualmente da considerare per l'introduzione di iniziative che mirano al miglioramento qualitativo. I dati degli indicatori possono essere rappresentati sotto forma di grafici di andamento o di controllo, entrambi validi strumenti di analisi dei dati.

Safer Healthcare Now! mette a disposizione lo strumento online 'Patient Safety Metrics', tramite il quale le organizzazioni possono presentare i dati su vari interventi, analizzare i risultati e generare report.

Se il gruppo non ha le competenze per l'analisi dei dati, richiede una consulenza qualificata interna o esterna.



- 15.9 Si implementano su vasta scala nell'intera organizzazione le attività di miglioramento della qualità che si sono dimostrate efficaci nella fase di sperimentazione.

#### Linea Guida

La modalità di implementazione delle attività varia ampiamente in funzione dell'ambito applicativo e della portata dei servizi prestati dal gruppo nonché delle tempistiche (ad esempio un'attività efficace viene implementata in più di un'area assistenziale e per un periodo più prolungato).



15.10 Si condividono le informazioni sulle attività di miglioramento della qualità, sui risultati e sulle esperienze, con pazienti e familiari, team, responsabili dell'organizzazione e altre organizzazioni, a seconda del caso.

#### **Linea Guida**

Le informazioni vengono adattate in base al destinatario con modalità di trasmissione e linguaggio più appropriate al singolo caso.

Condividere i risultati delle valutazioni e dei miglioramenti consente agli stakeholder di acquisire dimestichezza con la filosofia e i benefici derivanti dal miglioramento della qualità, coinvolgendoli nel processo. È altresì utile all'organizzazione per estendere le attività più valide nel miglioramento qualitativo e per dimostrare il suo impegno costante in tal senso.

Tra i vari vantaggi, condividere i dati relativi agli indicatori all'esterno consente il confronto con le organizzazioni che offrono servizi analoghi.



15.11 Si valutano regolarmente le iniziative volte al miglioramento qualitativo quanto a fattibilità, rilevanza e utilità con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari.

### Linea Guida

La valutazione delle iniziative volte al miglioramento della qualità tiene conto di attività, obiettivi e indicatori. Si fa riferimento ai risultati per pianificare future iniziative volte al miglioramento qualitativo, in cui rientrano anche le modalità e le tempistiche utili a sostenere o estendere quelle esistenti.

Si valutano gli esiti delle iniziative volte al miglioramento della qualità in funzione del loro allineamento rispetto al piano generale di miglioramento della qualità, agli scopi e agli obiettivi, alla missione e ai valori come pure al piano strategico dell'organizzazione. Il team valuta l'eventuale conseguimento degli obiettivi nel periodo previsto e se le tempistiche sono ancora valide.

Sulla base dell'analisi delle iniziative è eventualmente possibile aggiungere, correggere o eliminare obiettivi e indicatori. Si prende nota del motivo che ha indotto a intervenire per introdurre modifiche.