



ACCREDITATION
CANADA

Dipartimento di emergenza

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

Versione 4



ACCREDITATION
CANADA

© Il presente documento è protetto da copyright

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

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

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

Sito web: www.healthstandards.org Telefono: 00.1.613.738.3800

Dipartimento di emergenza

Lo standard per il Dipartimento di emergenza è di tipo assistenziale e rivolto alle organizzazioni che forniscono cure di emergenza ai pazienti. Più specificamente, questo standard comporta l'analisi delle interazioni del paziente e dei suoi familiari con i team interprofessionali lungo tutta l'assistenza episodica.

Tale standard è composto dalle seguenti sezioni:

- Fornire servizi sicuri ed efficaci
- Formare un team preparato e competente
- Monitorare la qualità e conseguire risultati positivi

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.

FORMARE UN TEAM PREPARATO E COMPETENTE



1.0 I membri del team sono qualificati e hanno competenze pertinenti.

- 1.1 Si fornisce ai nuovi componenti del team un orientamento sul particolare ambiente di lavoro del Dipartimento di Emergenza (DE).

Linea Guida

L'orientamento riguarda: la specifica natura del DE; il processo del triage; il valore dell'interazione con i componenti del team al di là del dipartimento di emergenza (DE) (es. operatori del pronto intervento, consulenti, servizio di urgenza e livelli alternativi di assistenza); la pianificazione dei servizi di emergenza in caso di calamità; i protocolli per la gestione dell'alta affluenza di pazienti conseguente ad elevati accessi al DE; la procedura per la riduzione dei tempi di attesa.

Rientra nell'orientamento anche la gestione dei rischi (es. pazienti potenzialmente violenti o aggressivi, materiali pericolosi oppure pazienti o oggetti potenzialmente contaminati) nel DE e quando rivolgersi alle forze dell'ordine o accedere ai servizi di sicurezza.


1.2

I membri del team ricevono formazione e supporto per lavorare con pazienti affetti da problemi di salute mentale e dipendenza.

Linea Guida

Una formazione adeguata favorisce l'erogazione di cure efficaci ed eque per tutti i pazienti che afferiscono al DE.

Ciò comprende anche occuparsi dei pazienti: con pregressi problemi mentali e di dipendenza; particolarmente ansiosi; a rischio di, o che mostrano, comportamenti aggressivi; a rischio di comportamenti autolesionistici; condotti con la forza presso il DE; non collaborativi.

La formazione include anche le politiche predisposte dall'organizzazione per gestire i pazienti aggressivi o potenzialmente pericolosi per sé e/o per gli altri, quando fare ricorso all'isolamento e come monitorare i pazienti in isolamento.


1.3

Il team riceve una formazione specifica su come fornire servizi di pronto soccorso ai pazienti pediatrici.

Linea Guida

I percorsi formativi vertono sui particolari bisogni dei pazienti pediatrici: stadi evolutivi; valori di riferimento pediatrici; interazione con i genitori; consenso informato; triage; rianimazione e supporto alle funzioni vitali per neonati e bambini; aggiustamento della posologia dei farmaci in base al peso; uso sicuro di apparecchiature mediche per pazienti pediatrici; gestione del dolore; protocolli terapeutici per patologie pediatriche comuni; protocolli per radiologia pediatrica; maltrattamento di minori.


1.4

Consulenti e professionisti medici richiedenti sono considerati parte integrante del team collaborativo e lavorano assieme agli operatori del dipartimento di emergenza nel coordinare servizi o trasferimenti.



1.5

Si valuta il carico di lavoro riassegnandolo tra i membri del team secondo necessità nei periodi di alta affluenza dovuti ad elevati accessi presso il DE.

Linea Guida

Il processo per valutare il carico di lavoro e riassegnarlo tra i componenti del team durante i periodi di alta affluenza dovuti ad elevati accessi viene monitorato e i relativi dati ricavati sono utilizzati per l'elaborazione di criteri miranti a garantire la sicurezza dei pazienti come anche una giusta ed equa ripartizione del carico di lavoro.

FORNIRE SERVIZI SICURI ED EFFICACI

2.0 Gestione del flusso di pazienti nel dipartimento di emergenza.



- 2.1 Il flusso di pazienti nell'intera struttura è affrontato e gestito in collaborazione con i responsabili organizzativi e con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari.

Linea Guida

Si utilizzano i dati raccolti tramite il monitoraggio e la valutazione delle tendenze riscontrate in relazione al DE per identificare le aree di miglioramento e sostenere la necessità di stanziare risorse (es. finanziarie, a sostegno di cambiamenti) presso i responsabili dell'organizzazione. Le strategie per risolvere il problema del sovraffollamento dei DE possono includere, tra l'altro, valutazione e invio di alcuni pazienti arrivati tramite il pronto intervento ai servizi sanitari che operano sul territorio o all'assistenza primaria, comunicazione proattiva circa l'uso e l'accesso alle risorse disponibili sul territorio, miglioramento delle tecnologie informatiche per facilitare lo smistamento dei pazienti, l'adozione di un processo di triage volto a migliorare lo scarico dei pazienti che arrivano con l'ambulanza e convenzioni per il trasferimento dei pazienti.



- 2.2 Si lavora in collaborazione con i responsabili dell'organizzazione e il contributo di pazienti e familiari al fine di adottare un approccio proattivo per prevenire e gestire il sovraffollamento del DE.

Linea Guida

L'approccio proattivo alla gestione del sovraffollamento del DE include il monitoraggio delle tendenze e lo sviluppo di una strategia volta a prevenire e a risolvere il sovraffollamento. Si prevedono i momenti di sovraffollamento e si applicano strategie idonee a gestirlo in modo sicuro e tempestivo. Ciò può includere un incremento del numero di membri del team durante le ore del giorno in cui si registra di norma un aumento della domanda di servizi.



- 2.3 Si lavora in sinergia con altri servizi e gruppi all'interno dell'organizzazione al fine di coordinare l'accesso tempestivo dei pazienti ai servizi.

Linea Guida

Altri servizi o gruppi includono prestazioni mediche, cure di area critica, prestazioni chirurgiche, prestazioni ambulatoriali, diagnostica per immagini, servizi di laboratorio, diagnostica per immagini cardiologica e servizi di farmacia.



- 2.4 Si offre l'accesso al DE 24 ore al giorno per sette giorni a settimana.

Linea Guida

Si lavora in sinergia con altri operatori sanitari, organizzazioni e la comunità al fine di assicurare che, in caso di alta richiesta di interventi, i servizi di emergenza e urgenza siano disponibili in altre sedi o team.



- 2.5 Si individuano e affrontano, laddove possibile, gli ostacoli all'interno del DE che ne impediscono l'accesso a pazienti e familiari, operatori e organizzazioni invianti con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari.

Linea Guida

Gli ostacoli all'accesso includono: sovrappollamento dovuto a disservizi nella gestione del flusso dei pazienti e del loro trasferimento ai reparti; barriere fisiche e linguistiche; mancanza o inefficienza del protocollo di sovraccarico; sovrappollamento in conseguenza dell'alta affluenza di pazienti che afferiscono al DE; trasporto; ritardo nello scarico delle barelle dall'ambulanza; dirottamento delle ambulanze provenienti da un'altra organizzazione; mancanza di posti letto.


2.6

Si erogano servizi di pronto intervento completi in collaborazione con partner.

Linea Guida

I partner includono altre strutture sanitarie di pronto intervento e altre fonti invianti o riceventi. Il team ha stabilito legami con i partner e comunica con loro periodicamente al fine di anticipare le richieste di servizi e facilitare un regolare svolgimento delle transizioni assistenziali. Altri tipi di servizi sanitari di pronto intervento possono includere gli operatori del servizio ambulanze locale e gli operatori del pronto soccorso, i vigili del fuoco e i gruppi comunitari.

I partner esterni all'assistenza sanitaria di emergenza includono le aree dell'organizzazione da cui sono inviati i pazienti come anche l'assistenza primaria. Si collabora con le suddette organizzazioni al fine di assicurare transizioni assistenziali regolari e sicure.


2.7

Le procedure per il trasporto di pazienti ad alto rischio sono fissate assieme agli operatori del pronto intervento.

Linea Guida

Il trasferimento efficiente verso l'organizzazione più idonea alla patologia garantisce al paziente di ricevere assistenza dalla struttura appropriata ottenendo in tal modo migliori esiti clinici. Le procedure vengono stabilite insieme ai partner per quanto concerne le modalità per il trasporto del paziente. Ciò include addestramento e informazione ai partner in merito ai servizi forniti dall'organizzazione, definizione di protocolli, segnalazione tempestiva in caso di pazienti ad alto rischio o di sospetti diagnostici (es. trauma, ictus, lesione cerebrale, lesione spinale), non considerazione dei centri minori, impiego dell'eliambulanza e uso di strumenti specifici di screening.


2.8

Si applicano processi e procedure standardizzati per organizzare tempestivamente il trasferimento del paziente intraospedaliero oppure extraospedaliero.

Linea Guida

Ciò può includere il trasferimento a un livello di assistenza superiore o a servizi specializzati interni all'organizzazione e può essere programmato dall'organizzazione o richiesto per la presenza di specifiche patologie (es. ictus, sospetta lesione cerebrale, sospetta lesione spinale oppure sospetta sindrome coronarica acuta).

I processi per migliorare il flusso dei pazienti verso altre strutture e all'interno dell'organizzazione possono includere l'applicazione di una strategia per la gestione dei flussi oppure un diagramma descrittivo, un modello basato su serie temporali per prevedere le necessità di risorse ospedaliere generate dall'accettazione al DE oppure un 'full capacity protocol' (protocollo di pieno regime) per facilitare il ricovero dei pazienti in attesa di posto letto.


2.9

La pianificazione per le dimissioni viene completata assieme ad altri servizi di assistenza sanitaria e include informazioni sui servizi di destinazione (referral).

Linea Guida

Altri servizi e dipartimenti sanitari possono includere il supporto assistenziale sul territorio o piani per l'erogazione di servizi sociali.



- 2.10 Si fissano protocolli per identificare e gestire il sovraffollamento in seguito ad elevati accessi presso il DE.

Linea Guida

Il team accede ed ottempera a protocolli prestabiliti per gestire il sovraffollamento in seguito ad elevati accessi. Tali protocolli includono informazioni su quando attivarli (es. rapporto team-pazienti o soglia dei tempi di attesa), protocolli per il personale, quando contattare altri gruppi intraospedalieri o, invece, extraospedalieri.

I protocolli sono sviluppati in collaborazione con altri gruppi e partner operanti sul territorio e inoltre sono conformi al piano di predisposizione per emergenze e calamità elaborato dall'organizzazione.



- 2.11 Il team applica gli appositi protocolli per il trasferimento intraospedaliero dei pazienti presso altre unità nei momenti di sovraffollamento.

Linea Guida

Il sovraffollamento, oltre a limitare l'accesso a cure tempestive ed adeguate, rappresenta un rischio per la sicurezza. In caso di sovraffollamento, si seguono protocolli miranti a migliorare l'utilizzo dell'assistenza ospedaliera e a trasferire il paziente giusto nel letto giusto nel tempo giusto attuando protocolli di trasferimento reciprocamente concordati con altre parti dell'organizzazione. Si identificano, per poi trasferirli, i pazienti che richiedono un livello di assistenza alternativo (LAA) tra cui assistenza per patologie croniche o patologie croniche complesse, cure transitorie, assistenza sostitutiva e cure palliative.



2.12 Si ottempera a protocolli prestabiliti per gestire i pazienti in mancanza di letti ospedalieri.

Linea Guida

I protocolli variano in funzione della tipologia e delle dimensioni dell'organizzazione, del territorio di riferimento e di altre risorse disponibili per i pazienti. Si possono valutare altre opzioni quali trasferire il paziente a un altro ospedale oppure accertare se il paziente sia disposto a rimanere nel DE qualora l'invio presso altri servizi o dipartimenti sanitari non sia fattibile.



2.13 Si ottempera a protocolli predisposti appositamente per la gestione del sovraffollamento dovuto ad elevati accessi prima di avviare la richiesta di soccorso a centri sanitari alternativi oppure il dirottamento delle ambulanze.

Linea Guida

Richiedere il supporto di centri sanitari alternativi può rappresentare un'opzione in talune aree qualora l'organizzazione sia sovraffollata. Si applicano i protocolli appositamente predisposti per il ricorso ad assistenza alternativa e/o al dirottamento delle ambulanze.

Spesso i protocolli sono stabiliti dalla regione in cui ha sede l'organizzazione.

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



3.1 Gli ingressi del DE siano indicati chiaramente e accessibili.

Linea Guida

Il dipartimento di emergenza è identificato tramite apposita segnaletica. Questa può includere: cartelli con una croce rossa su campo bianco sulle principali vie di accesso; indicazioni chiare che rimandano al pronto soccorso e alle degenze per i pazienti ambulatoriali, i veicoli di pronto intervento e quelli privati; cartelli all'interno dell'ospedale che indicano come raggiungere il DE oppure il medico di guardia 24 ore su 24; indicazioni chiare per raggiungere l'eliporto per gli ospedali che ne sono dotati.



3.2 Si esegue apposita valutazione di tutti i pazienti che afferiscono al DE.

Linea Guida

Il processo di valutazione comprende un metodo per assegnare le priorità o classificare i pazienti in base alla gravità e rinviare i pazienti con bisogni meno urgenti in sala d'attesa oppure ad altre aree o livelli di assistenza, quali cure d'emergenza, ambulatorio oppure, per i pazienti che presentano sintomatologie particolari, test al 'point of care' (POC) (sito di cura) o rapido inquadramento diagnostico.



3.3 I pazienti vengono scaricati dall'ambulanza e viene poi eseguita una valutazione iniziale regolarmente documentata da un infermiere o altro professionista medico in maniera tempestiva.

Linea Guida

Generalmente lo scarico del paziente è effettuato da un infermiere del DE, tuttavia può essere eseguito anche da altro personale sanitario quale un paramedico.



- 3.4 Si trasferiscono le informazioni pertinenti al paziente tramite la collaborazione di operatori addetti al pronto intervento.

Linea Guida

Il trasferimento efficiente dei dati del paziente include fornire informazioni al pronto intervento come anche ottenere dati completi sulle condizioni del paziente al suo arrivo al DE. I dati da fornire prima dell'arrivo in ospedale possono comprendere: la classificazione in base al triage o alla priorità; valutazione di base o avanzata; direttive mediche; richieste specifiche del paziente; dati anamnestici, tracciati, note sull'evoluzione delle condizioni o resoconti verbali; consulto telefonico; questioni medico-legali, quali casi richiedono l'intervento delle forze dell'ordine, es. indicazioni di violenza o abuso domestico; morsi di animali; consenso al trattamento; ricovero coatto; rifiuti del paziente; sospensione delle misure di mantenimento in vita; pazienti che sono deceduti all'arrivo; riservatezza dei dati; sicurezza circa i dati personali, gli oggetti di valore e gli effetti personali del paziente.



- 3.5 Si ha accesso ad apparecchiatura e prodotti idonei disponibili per i pazienti pediatrici.

Linea Guida

Le apparecchiature e i prodotti di dimensioni standard sono di solito inadatti per i pazienti pediatrici. Il DE può disporre di apparecchiature e prodotti idonei per i pazienti neonatali e pediatrici oppure può condividerli con altri servizi per pazienti ricoverati (es. reparto di pediatria, reparto maternità).



4.0 **Si classificano tempestivamente i pazienti che arrivano al DE in base al triage.**

4.1 Si utilizza uno strumento standardizzato per condurre una classificazione basata sul triage.

Linea Guida

La classificazione basata sul triage viene utilizzata per definire le esigenze del paziente e migliorare l'accesso tempestivo alle cure e ai servizi d'emergenza. Nel caso in cui diversi pazienti siano in attesa di triage, è possibile eseguirvi una classificazione di tipo visivo.



4.2 Uno strumento standardizzato specifico viene utilizzato per condurre una classificazione basata sul triage per i pazienti pediatrici.



4.3 Una classificazione basata sul triage viene eseguita per ogni paziente con apposita documentazione entro tempistiche stabilite e congiuntamente ad esso e ai familiari.

Linea Guida

Il paziente è sottoposto a una valutazione completa secondo il sistema di triage a prescindere da come arriva al DE.



4.4 Una classificazione basata sul triage viene eseguita per ogni paziente pediatrico entro tempistiche stabilite e congiuntamente ad esso e ai familiari.


4.5

Dopo il triage, si seguono criteri prestabiliti al fine di identificare i bisogni immediati e urgenti del paziente e decidere le sue priorità assistenziali con il contributo degli altri operatori sanitari che lo hanno in carico nonché di esso stesso e dei suoi familiari.

Linea Guida

Questo processo può chiamarsi in modi diversi: accettazione, ricovero, presa in carico, pre-ricovero o screening. I bisogni immediati e urgenti possono comprendere: alterazioni correlate con l'età in paziente anziano (es. presentazione atipica, disorientamento temporale/smarrimento); presenza di lesioni ripetute; presenza di caratteristiche che possono richiedere l'intervento delle forze dell'ordine (es. segni di violenza domestica e abuso, segni di aggressione violenta, ferite da arma da fuoco oppure omicidio). In taluni casi questo processo è condotto in concomitanza con il triage.

Il processo è adattato in funzione dei bisogni differenziati del paziente e dei suoi familiari quali lingua o cultura, capacità di comprensione, stile di vita, eventuale disabilità.


4.6

Dopo la prima valutazione secondo il sistema del triage, si informano i pazienti in attesa di ricevere le cure del caso del membro del team di riferimento reperibile qualora le loro condizioni dovessero cambiare.


4.7

Si comunica costantemente con i pazienti in attesa di ricevere le cure del caso.



- 4.8 Si monitora il possibile deterioramento delle condizioni dei pazienti in attesa nel DE e, laddove necessario, si esegue una nuova valutazione.

Linea Guida

I pazienti inizialmente stabili possono aggravarsi con l'evoluzione della patologia da cui sono affetti. Si esegue una nuova valutazione di tutti i pazienti (es. pazienti sistemati nei corridoi, nelle sale d'attesa, nella camera calda) secondo quanto prescritto dalla politica interna e secondo le prestabilite responsabilità in merito di tutti i membri del team. Tale processo comprende i parametri inerenti la tempestività delle rivalutazioni e la definizione degli obiettivi sulla base delle linee guida previste in merito.

Laddove possibile, si tengono costantemente sotto controllo le sale d'attesa in cui si trovano i pazienti. In caso contrario, si sviluppa e applica un processo che consente di monitorare, valutare e registrare con regolarità le condizioni dei pazienti che sono in attesa nel DE con il contributo apportato in merito da essi stessi e familiari.



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

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

Linea Guida

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


5.2

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

Linea Guida

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


5.3

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

Linea Guida

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


5.4

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

Linea Guida

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

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



5.5

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

Linea Guida

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

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

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



5.6

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

Linea Guida

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

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



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

Linea Guida

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



5.8 Sono rese disponibili stanze di isolamento e/o aree riservate e protette per i pazienti.

Linea Guida

Le stanze di isolamento e/o le aree riservate e protette si usano solamente sotto forma di intervento a breve termine per tutelare la sicurezza del paziente o di terzi all'interno del DE. Le stanze di isolamento e/o le aree riservate e protette si possono utilizzare quando i pazienti che afferiscono al DE presentano disturbi comportamentali caratterizzati da aggressività fisica e verbale, alto grado di ansia, disagio e autolesionismo oppure sono in una situazione che richiede un elevato grado di sicurezza e/o privacy (es. sono stati condotti al pronto soccorso coattamente).

Le stanze di isolamento e le aree riservate e protette servono a tale scopo e sono conformi alle linee guida in materia. Sono comode, protette e monitorate al fine di assicurare la sicurezza del paziente.



5.9

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

Linea Guida

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

Si ottempera a legislazione e normativa vigenti in materia a livello locale e nazionale in caso di pazienti pediatrici o adolescenti. Nel caso di pazienti geriatrici, 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.



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

Linea Guida

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

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



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

Linea Guida

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

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

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



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

Linea Guida

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



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

Linea Guida

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

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

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



5.14 Si applicano una politica e una procedura apposite per gestire questioni di ordine medico-legale nel DE.

Linea Guida

Si formano i membri del team appartenente al del DE in merito all'identificazione e alla gestione delle questioni medico-legali quali casi che richiedono l'intervento delle forze dell'ordine (es. indicazioni di violenza o abuso domestico, crimini violenti, ferite da arma da fuoco); consenso al trattamento; ricovero coatto; rifiuti del paziente; sospensione delle misure di mantenimento in vita; pazienti che sono deceduti all'arrivo; sicurezza e riservatezza dei dati personali del paziente.



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

Linea Guida

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

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

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

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



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



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

Linea Guida

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

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



6.0 Si esegue un'efficiente valutazione di tutti i pazienti che afferiscono al dipartimento di emergenza.

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

Linea Guida

Gli elementi della salute fisica sono rappresentati da:

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

Gli elementi della salute psicosociale sono rappresentati da:

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



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

Linea Guida

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



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

Linea Guida

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



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

Linea Guida

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

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



6.5 PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA: In collaborazione con pazienti, familiari e assistenti (se opportuno) viene avviato il processo di riconciliazione farmacologica per i pazienti con conferma di ricovero, che sarà poi completato nel reparto di destinazione.

Linea Guida

La riconciliazione farmacologica inizia generando una Best Possible Medication History (BPMH/miglior anamnesi farmacologica possibile) che è costituita da un elenco di farmaci assunti dal paziente ed include prodotti prescrivibili, non prescrivibili, tradizionali, olistici, a base di erbe, vitaminici e integratori. La BPMH fornisce possibili dettagli sulle modalità di assunzione quali posologia, frequenza, via di somministrazione, potenza. Per crearla si chiedono informazioni a paziente e familiari o assistenti (se opportuno) e si consulta almeno un'altra fonte quale il precedente fascicolo sanitario del paziente o il farmacista di riferimento.

Prove di Conformità

6.5.1 La riconciliazione farmacologica viene avviata per qualsiasi paziente con conferma di ricovero. Si genera e si documenta una Best Possible Medication History (BPMH/miglior anamnesi farmacologica possibile) in collaborazione con pazienti e familiari o assistenti. Il processo di riconciliazione farmacologica può iniziare nel dipartimento di emergenza per essere completato nel reparto ospedaliero di destinazione.



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

Linea Guida

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



- 6.7 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 tentativo di 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

- 6.7.1 Si individuano i pazienti a rischio di suicidio.
- 6.7.2 Si valuta il rischio di suicidio per ciascun paziente periodicamente oppure a seconda del bisogno.



6.8

- 6.7.3 Si affrontano i bisogni di sicurezza immediati dei pazienti risultati a rischio di commettere un suicidio.
- 6.7.4 Si individuano strategie terapeutiche e di monitoraggio per pazienti considerati a rischio di commettere un suicidio.
- 6.7.5 Si documenta l'implementazione di strategie terapeutiche e di monitoraggio nella cartella clinica del paziente.

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

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

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


6.9

Si discute col paziente in merito a scelte e preferenze inerenti la gestione del dolore.

Linea Guida

I componenti del team discutono con il paziente in merito alle opzioni più indicate e gli offrono l'opportunità di scegliere la modalità preferita per la gestione del dolore. Le strategie per la gestione del dolore possono includere la somministrazione di analgesici, tra cui oppiacei e adiuvanti se necessario, oltre a metodologie d'intervento comprendenti metodi fisici, comportamentali e psicologici. Il team si consulta con gli esperti e utilizza i risultati della ricerca e l'evidenza per capire quali sono i metodi migliori per la gestione del dolore.

Inoltre, il team offre al paziente informazioni sul modo in cui gestire il dolore dopo la dimissione.


6.10

Si conduce eventualmente una valutazione in merito a cure palliative e di fine vita congiuntamente al paziente e ai familiari.

Linea Guida

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

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



- 6.11 Si ha la priorità nell'accesso ai servizi diagnostici come anche agli esami di laboratorio e ai relativi risultati per 24 ore al giorno e per 7 giorni a settimana.

Linea Guida

In funzione delle risorse di cui dispone l'organizzazione, l'accesso h24 agli esami diagnostici e di laboratorio e ai relativi risultati può essere disponibile su richiesta soltanto per pazienti in potenziale pericolo di vita. Si assicura un sistema efficiente di accesso che dia la priorità ai bisogni del paziente pur rispettando al tempo stesso le esigenze organizzative (es., orario di lavoro, organico ed eventuali richieste di intervento).

L'accesso ai servizi diagnostici e di laboratorio può avvenire direttamente oppure tramite organizzazioni partner. In quest'ultimo caso, l'organizzazione ha una procedura prestabilita per facilitare l'accesso.

Si stabiliscono dei protocolli d'accesso, inclusi esami e patologie che richiedono la priorità per il livello di acuità presentato.



- 6.12 Si utilizzano protocolli basati sull'evidenza per scegliere i servizi di diagnostica per immagini appositi per i pazienti pediatrici.

Linea Guida

L'uso inappropriato della diagnostica per immagini può incrementare i costi ed esporre i pazienti pediatrici a inutili rischi da radiazione. Il team è invitata a collaborare con i servizi di diagnostica per immagini al fine di predisporre dei protocolli radiologici basati sull'evidenza.



- 6.13 Si ha accesso tempestivamente ai farmaci urgenti e alla farmacia 24 ore al giorno per 7 giorni a settimana.

Linea Guida

Si può avere accesso alla farmacia intraospedaliera o extraospedaliera. I consulti possono avvenire con modalità di telemedicina oppure su richiesta. Laddove il servizio di consulenza non sia disponibile all'interno dell'ospedale, l'organizzazione ha una procedura prestabilita per facilitare l'accesso.



- 6.14 Si ha priorità d'accesso ai servizi di consulenza 24 ore al giorno per 7 giorni a settimana.

Linea Guida

Si può richiedere il consulto a specialisti o a professionisti sanitari convenzionati intraospedalieri o extraospedalieri. Il consulto può avvenire con modalità di telemedicina oppure su richiesta. Laddove il servizio di consulenza non sia disponibile all'interno dell'ospedale, l'organizzazione ha una procedura prestabilita per facilitare l'accesso a tale servizio.

Il team collabora con altri gruppi per stabilire protocolli di accesso ai servizi di consulenza e le patologie che richiedono la priorità per il livello di acuità.



- 6.15 Si ha accesso tempestivamente a specialisti esperti nella gestione dei pazienti pediatrici.

Linea Guida

Gli specialisti con esperienza nella gestione dei pazienti pediatrici possono comprendere pediatri, medici di pronto soccorso pediatrico, radiologi pediatrici e chirurghi pediatrici. L'accesso agli specialisti può avvenire direttamente all'interno dell'organizzazione oppure ricorrendo a tecnologie virtuali (es. telesalute/telemedicina).



- 6.16 Si segue una procedura per comunicare e validare la diagnosi al paziente in caso di discrepanza tra la diagnosi iniziale e la diagnosi che emerge dagli esami strumentali o di laboratorio.

Linea Guida

La procedura cui attenersi per comunicare variazioni nella diagnosi o per informare il paziente in caso di discrepanze, cambiamenti o errori è stabilita in collaborazione con altri gruppi. Essa include l'indicazione della persona cui il paziente e/o i familiari possono fare riferimento e dei passi successivi.



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

Linea Guida

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



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

Linea Guida

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



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

Linea Guida

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



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

Linea Guida

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



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

Linea Guida

Aggiungere nel piano terapeutico informazioni riguardanti quello sulla transizione verso il domicilio del paziente, un altro team, un livello terapeutico alternativo o la fine della presa in carico consolida la capacità di coordinamento fra 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 suoi familiari siano preparati e consci sull'avvenire.

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

7.0 Si individuano e segnalano i potenziali donatori di organi e tessuti in modo tempestivo ed efficiente.



- 7.1 Si applicano protocolli e politiche definiti in materia di donazione di organi e tessuti.

Linea Guida

Le politiche comprendono identificazione del potenziale donatore, approccio alla famiglia del potenziale donatore, verifica del registro dei donatori e allertamento di un centro di riferimento per i trapianti.


7.2

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

Linea Guida

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


7.3

Si applica una politica apposita per il trasferimento del potenziale donatore, una volta identificato, a un altro livello di assistenza.

Linea Guida

È importante che il potenziale donatore sia trasferito a un altro livello di assistenza al fine di facilitare al paziente l'accesso al DE. Si collabora con le altre aree preposte all'assistenza (es. terapia intensiva, ente che si occupa di reperire gli organi o i tessuti) al fine di stabilire i limiti temporali entro cui deve avvenire il trasferimento del potenziale donatore. Il team del DE collabora con le altre aree preposte all'assistenza nell'ambito dell'organizzazione al fine di assicurare che ciò avvenga senza problemi.



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

Linea Guida

Si stabiliscono i trigger clinici di riferimento che definiscono i criteri di pericolo imminente di morte. Ai fini della donazione di organi tali trigger si riferiscono ai pazienti: con necessità di ventilazione meccanica; con reperti clinici compatibili con uno strumento standardizzato o pari a una soglia prestabilita; sotto accertamento per emettere la diagnosi di morte cerebrale; sospensione delle terapie salvavita ordinata dal medico; oppure assenza dei riflessi del tronco cerebrale. Ai fini della donazione di tessuti, tali trigger si riferiscono ai pazienti con morte cardiaca che hanno meno di 85 anni di età.



7.5 Si addestra e forma il team in merito alla donazione di organi e tessuti come anche al ruolo dell'organizzazione e del DE.

Linea Guida

L'addestramento verte anche sul ruolo del team del DE nell'ambito della donazione di organi e tessuti. Tale ruolo varia in funzione del tipo e delle dimensioni dell'organizzazione, come anche dei servizi erogati nel DE. I percorsi formativi comprendono informazioni sulla definizione di pericolo imminente di morte, sull'uso di trigger clinici di riferimento e indicazione circa il referente cui rivolgersi quando si prospetta una potenziale donazione di organo o tessuto. I membri del team (es. infermieri, medici o fisioterapisti esperti nella respirazione) sono informati su quando e come sottoporre un caso all'attenzione di medici qualificati a dichiarare la morte cerebrale o sul modo in cui contattare i servizi che si occupano di donazioni come, ad esempio, un centro di riferimento per i trapianti.



7.6

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

Linea Guida

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



7.7

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

Linea Guida

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

In molte giurisdizioni, la legislazione specifica le procedure da seguire in materia di morte imminente.



7.8

Tutti gli aspetti relativi alla donazione sono registrati nella cartella clinica del paziente, inclusa la decisione dei familiari al riguardo.

Linea Guida

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



8.0 **Si assistono i pazienti che afferiscono al dipartimento di emergenza in modo sicuro ed efficiente.**

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



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

Linea Guida

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



8.3 Si rispetta la privacy del paziente all'atto della registrazione nella fase di accettazione.

Linea Guida

Spesso i pazienti rivelano informazioni personali nella fase di accettazione, ad esempio il motivo per cui sono al DE. È importante che il team rispetti la privacy del paziente durante questo processo.



8.4 Si applica una procedura per l'identificazione degli assistiti nel DE, ad esempio con l'impiego di braccialetti.

Linea Guida

Il processo può includere fornire un braccialetto a tutti i pazienti o individuare quelli per cui è necessario.



8.5

Nell'espletamento delle procedure di rianimazione sui pazienti si rispettano i ruoli e le mansioni assegnati.

Linea Guida

Ruoli e mansioni da rispettare sono ben chiari ai membri del team, incluso a chi compete la leadership, e ciò gli consente di lavorare e comunicare sinergicamente con la massima efficienza durante gli interventi di rianimazione.



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

Linea Guida

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

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

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

Prove di Conformità

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



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



8.8 Si identificano, gestiscono e isolano i pazienti affetti da malattie infettive accertate o sospette.



8.9 Si tengono sotto osservazione i pazienti a cui sono stati somministrati sedativi o narcotici.

Linea Guida

Il team segue un protocollo apposito per monitorare e documentare le condizioni dei pazienti a cui sono stati somministrati sedativi o narcotici durante la permanenza al DE.



8.10 Si assicura la disponibilità, all'interno del locale in cui si esegue la sedazione, di apparecchiature, presidi e materiali tecnologicamente avanzati per la rianimazione e per la gestione delle emergenze.



8.11 Sono disponibili e accessibili al team le informazioni sui dosaggi di farmaci pediatrici.

Linea Guida

Il team può consultare senza difficoltà le linee guida di riferimento validate e approvate per i dosaggi pediatrici al fine di ridurre gli errori di prescrizione correlati con un impreciso aggiustamento della dose in base al peso.



8.12 Si somministrano farmaci ai pazienti pediatrici utilizzando schemi di dosaggio pediatrico basati sul peso corporeo e apparecchi delle giuste dimensioni.



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

Linea Guida

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

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



8.14 Pazienti e familiari hanno all'occorrenza accesso a servizi terapeutici di supporto psicosociale e/o emotivo.

Linea Guida

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



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

Linea Guida

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



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

Linea Guida

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

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



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

Linea Guida

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

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

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

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

Prove di Conformità

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

- l'uso di uno strumento di controllo (audit) (osservazione diretta o riesame della cartella clinica) adatto a stimare la conformità a processi standard e gli aspetti qualitativi del trasferimento di informazioni
- chiedere a pazienti, familiari e operatori sanitari conferma di aver ricevuto i dati utili
- valutare gli eventi avversi correlati al trasferimento di informazioni (ad esempio, con il sistema di gestione degli incidenti a danno della sicurezza dei pazienti)



- 8.18 Si trasferiscono le informazioni ottenute tramite il pronto intervento, il triage, la valutazione e l'ammissione a visita al livello di assistenza successivo.



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

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

Linea Guida

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

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

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

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



9.2 Si applicano linee guida cliniche per stabilire se un paziente è idoneo a essere trasferito a un altro livello di cure.

Linea Guida

Il trasferimento a un altro livello di cure può essere intraospedaliero o extraospedaliero.

Le linee guida possono includere protocolli differenti in base alla popolazione o alle condizioni dei pazienti (es. post-sedazione, sedazione procedurale, popolazione anziana fragile), come pure la valutazione di criteri quali controllo del dolore, nausea o vomito, oltre che adeguatezza e sicurezza della destinazione alla dimissione. Le linee guida includono informazioni sul trasferimento dei pazienti instabili e i requisiti per effettuare il trasferimento (es. monitoraggio durante il trasporto, attrezzature necessarie per il trasferimento, trasferimento assistito da quali componenti del team, valutazioni pre-trasferimento).



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


9.4

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

Linea Guida

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

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


9.5

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

Linea Guida

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

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

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


9.6

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


9.7

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

Linea Guida

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

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


9.8

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

Linea Guida

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

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



9.9

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

Linea Guida

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

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

MONITORARE LA QUALITÀ E CONSEGUIRE RISULTATI POSITIVI



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

10.1 Si stabiliscono finalità e obiettivi specifici con riferimento a tempi d'attesa, durata della degenza (DD) presso il dipartimento di emergenza (DE), dirottamento del paziente ad altre strutture e numero di pazienti che se ne vanno senza essere stati visitati, con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari.

Linea Guida

Le finalità fissate in merito ai tempi di attesa includono l'intervallo tra l'arrivo dell'ambulanza e lo scarico della barella, l'intervallo tra l'arrivo del paziente e la visita medica, i tempi di attesa per gli esami di diagnostica per immagini e per il consulto specialistico, come anche l'intervallo tra la visita medica e la decisione di ricoverare/dimettere il paziente.

Le finalità sono fissate assieme a partner interni ed esterni sulla base delle singole circostanze della propria organizzazione. Ciò può anche includere finalità fissate a livello regionale.



10.2 Si misurano i tempi di risposta per lo scarico del paziente dall'ambulanza come riferimento per stabilire dei tempi target per i pazienti che arrivano al DE con il pronto intervento.

Linea Guida

I dati relativi ai tempi di scarico delle ambulanze sono registrati per poter identificare i trend nel tempo.



10.3

Si prende nota e valutano i dati relativi ai tempi di attesa, alla durata della permanenza presso il DE e al numero di pazienti che se ne vanno senza aver ricevuto assistenza.

Linea Guida

I dati relativi alla durata della permanenza al DE sono raccolti per tutti i pazienti (ricoverati e dimessi).