



ACCREDITATION
CANADA

Servizi ospedalieri

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

Versione 4



ACCREDITATION
CANADA

© Il presente documento è protetto da copyright

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

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

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

Sito web: www.healthstandards.org Telefono: 00.1.613.738.3800

Servizi ospedalieri

Lo Standard per i servizi ospedalieri è definito allo scopo di soddisfare le esigenze delle organizzazioni che prestano assistenza ai pazienti in regime di ricovero. Ricoprendo una vasta gamma di servizi forniti a livello di medicina generale, gli standard evidenziano le principali tematiche inerenti qualità e sicurezza presenti in tutti i servizi ospedalieri e incidono su più tipologie di pazienti, comprendendo tutte le popolazioni di pazienti a partire da quelle pediatriche e minorenni in generale per finire con quelle geriatriche. I pazienti per cui occorrono livelli terapeutici alternativi esternamente all'unità di area critica (ad esempio presso unità per cure intermedie o minime oppure un letto per terapia intensiva) vengono valutati sulla base degli standard per servizi di area critica o per servizi ospedalieri in funzione dei livelli di sorveglianza stabiliti dall'organizzazione per tali ambiti. Si tratta di uno standard che non riguarda i servizi specialistici che invece sono oggetto di altri tipi di standard (quali quelli per ostetricia, servizi perioperatori e procedure invasive, lungodegenza).

Legenda:

Dimensioni della Qualità:



Centralità della Popolazione

Lavorare con la comunità per anticipare e soddisfare i bisogni



Accessibilità

Garantire i servizi con puntualità ed equità



Sicurezza

Garantire la sicurezza delle persone



Ambiente di Lavoro

Sostenere il benessere sul luogo di lavoro



Centralità del Paziente

Mettere al primo posto il paziente e i suoi familiari



Continuità dell'Assistenza

Erogare servizi tra loro coordinati e continuativi



Efficienza

Mettere in atto il miglior uso delle risorse



Appropriatezza

Fare la cosa giusta per ottenere i risultati migliori

Tipologie di Criteri:



Alta Priorità

I criteri ad alta priorità sono criteri correlati a sicurezza, etica, gestione del rischio e miglioramento della qualità. Sono identificati negli standard.



Pratiche Organizzative Obbligatorie

Le Pratiche Organizzative Obbligatorie (POO) sono pratiche essenziali di cui l'organizzazione deve dotarsi per incrementare la sicurezza del paziente e per ridurre al minimo i rischi.

Metodo di valutazione



In sede

Per criterio contrassegnato con "In sede", si intende che i criteri saranno valutati in sede da un valutatore terza parte.



Attestazione

Per criterio contrassegnato con "Attestazione", si intende che i servizi sanitari forniti devono attestare la loro conformità ai criteri. Ciò sarà sottoposto a revisione da parte del soggetto per l'accreditamento ai servizi sanitari.

Livelli



Oro

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



Platino

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



Diamante

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

INVESTIRE IN SERVIZI DI QUALITÀ



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

1.1 I servizi sono codefiniti al fine di soddisfare le esigenze della popolazione più anziana, ove applicabile.

Linea Guida

Le esigenze della popolazione più anziana rappresentano un elemento centrale per le organizzazioni che prestano servizi a favore di tale tipologia di pazienti e familiari. Ciò include una definizione congiunta dei servizi e degli spazi assieme ai pazienti e familiari, ai partner territoriali e al team di riferimento. Tale azione è considerabile pari alla costruzione di un ospedale dedicato per gli anziani.

Si tiene conto della modalità di accesso dei pazienti nell'organizzazione e conseguenti spostamenti interni, delle loro specifiche esigenze assistenziali e delle risorse territoriali di collegamento.



1.2 I servizi vengono codefiniti al fine di assistere in maniera efficace le popolazioni di pazienti pediatriche e minorenni in generale, ove applicabile.

Linea Guida

Si affrontano le esigenze delle popolazioni pediatriche e minorenni in generale durante la codefinizione dei servizi. Ciò potrebbe essere diverso per le organizzazioni e i team che assistono un numero ridotto di pazienti pediatriche e minorenni in generale in confronto a realtà che invece si occupano principalmente di tale tipologia di pazienti.

La codefinizione dei servizi volta a soddisfare le esigenze dei pazienti e familiari prevede anche la disponibilità di processi, apparecchiatura, presidi, protocolli terapeutici, formazione, spazi e programmi appositi. Si tiene conto e si affrontano i bisogni specifici a livello educativo, psicologico e di svago delle popolazioni composte da bambini e adolescenti.



1.3

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

Linea Guida

L'apparecchiatura e i prodotti di dimensioni standard sono spesso inadatti per i pazienti pediatrici e minorenni in generale. I servizi ospedalieri possono disporre di apparecchiatura e prodotti idonei per i pazienti neonatali e pediatrici oppure possono dividerli con altri servizi (es. reparto di pediatria, dipartimento di emergenza).

FORMARE UN TEAM PREPARATO E COMPETENTE



2.0 Si forniscono formazione e addestramento al team in merito ai servizi ospedalieri.

2.1 Si forniscono formazione e addestramento sulle modalità operative da adottare verso i pazienti pediatrici e minorenni in generale per garantire loro cure sicure ed efficaci.

Linea Guida

La formazione trasmessa al team risulta appropriata per la tipologia di pazienti pediatrici e minorenni in generale con cui lavora. In taluni casi, il personale lavorerà raramente a contatto con tali pazienti ma necessita comunque di essere preparato a prestarvi assistenza in modo sicuro ed efficace. La formazione verte anche sulle modalità di individuazione e di azione nei casi in cui l'apparecchiatura e i dispositivi per adulti non risultino appropriati per i pazienti adolescenti, sui protocolli e i percorsi assistenziali da seguire e su quando disporre collegamenti con altri servizi intraospedalieri o extraospedalieri.



2.2 Si forniscono formazione e addestramento sui processi organizzativi volti a individuare, intensificare o modificare il livello dell'assistenza prestata al paziente.

Linea Guida

Si forniscono a tutti i membri del team informazioni sui processi volti a individuare, intensificare o modificare il livello dell'assistenza prestata al paziente. Formazione e addestramento comprendono le modalità per individuare le tempistiche appropriate per il passaggio a un altro livello assistenziale, inclusi i sistemi di classificazione dei rischi organizzativi, nonché le tempistiche per l'avvio di un trasferimento e l'uso di strumenti comunicativi standardizzati.

I servizi ospedalieri operano in sinergia con il team preposto all'area critica per definire il processo per gestire il passaggio alle cure di area critica. Il team dei servizi di area critica fornisce informazioni sui segni precoci di un aumento del livello di gravità e attiva i servizi ospedalieri per garantire una transizione sicura e agevole.

Quando l'organizzazione si ritrova con pazienti in letti appositi per un livello di assistenza alternativo (LAA), tale processo può avvenire all'interno del team preposto ai servizi ospedalieri. Sebbene i pazienti in letti per LAA potrebbero non ricevere lo stesso tipo di assistenza previsto come medicina generale resta importante che il team sia a conoscenza delle modalità per intensificare o modificare i servizi prestati secondo necessità.



2.3 Si forniscono formazione e addestramento in merito a percorsi clinico-assistenziali prestabiliti.

Linea Guida

Il team riceve formazione e addestramento in merito a percorsi assistenziali clinici prestabiliti dell'organizzazione finalizzati ad una migliore uniformità terapeutica.



2.4 Si forniscono formazione e addestramento al team sull'uso sicuro e appropriato dei mezzi di contenzione.

Linea Guida

Formazione e addestramento includono un programma di orientamento sulla filosofia che prevede il ricorso ai mezzi di contenzione meno restrittivi possibile seguita dall'organizzazione, le politiche riguardanti il ricorso alla contenzione, l'assistenza appropriata ai pazienti sottoposti a misure di contenzione, il monitoraggio dei pazienti sottoposti a contenzione e la documentazione del ricorso a tali mezzi.



2.5 Si forniscono formazione e addestramento al team circa le modalità per individuare il bisogno dei pazienti di essere accompagnati presso diverso servizio o sede.

Linea Guida

A seconda del paziente e delle circostanze, il paziente potrebbe necessitare di essere accompagnato da un membro del team verso un'altra area dell'organizzazione per ricevere prestazioni (es. diagnostica per immagini) o potrebbe necessitare di essere accompagnato verso un'altra organizzazione (es. trasporto interospedaliero). Tra i fattori concernenti il paziente da considerare rientrano grado di acuzie, capacità cognitive, comportamenti, età e rischio di fuga. Il team riceve formazione e addestramento sulle modalità decisionali in merito alle esigenze del paziente di essere eventualmente accompagnato e modalità per agevolare tale processo.

FORNIRE SERVIZI SICURI ED EFFICACI

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



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

Linea Guida

Le richieste assistenziali possono provenire da pazienti o familiari, team o organizzazioni invianti. Si può ricorrere a diversi processi per rispondervi in funzione della tipologia di richiedente e di richiesta.

Le richieste assistenziali, il processo per soddisfarle nonché la definizione del termine tempestività variano in base al tipo di servizio offerto.

La capacità reattiva è monitorata impostando e tracciando i tempi di risposta alle richieste di servizi nonché riunendo le opinioni espresse da pazienti e familiari, organizzazioni invianti e altri team.



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

Linea Guida

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

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



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

Linea Guida

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



3.4 Quando il team non è in grado di soddisfare le esigenze di un potenziale paziente viene facilitato l'accesso verso altri servizi.

Linea Guida

Nel caso in cui l'organizzazione non sia in grado di soddisfare le esigenze del paziente, si danno spiegazioni in merito e si facilita l'accesso ad altri servizi con adeguata documentazione ai fini della pianificazione assistenziale.



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

Linea Guida

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



3.6 Pazienti e familiari ricevono informazioni sulle modalità per individuare quando occorre un avanzamento di livello terapeutico e su come avviare il processo relativo.

Linea Guida

Pazienti e familiari conoscono se stessi e le persone a loro care così come quelle questioni o quei mutamenti che potrebbero causare loro preoccupazione. Il team collabora con pazienti e familiari aiutandoli a individuare un'eventuale variazione necessaria a livello di assistenza, a sentirsi in grado di riferirlo agli operatori e su come avviare un avanzamento terapeutico. Ciò può riguardare anche il reperimento del soggetto incaricato delle loro cure e del soccorso urgente.



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

4.1 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 rispettoso, esprimendo preoccupazione o rassicurando, dando spazio a domande o opinioni o commenti, rispettando orientamento culturale e religioso o stile di vita, tutelando riservatezza e privacy.



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

Linea Guida

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



4.3 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 membro del team designato 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.


4.4

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 anettere soggetti appartenenti alla rete di sostegno del paziente nel suo percorso terapeutico.

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


4.5

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 team 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).



4.6

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, grado di alfabetizzazione, tipo di lingua, eventuale disabilità e tipo di 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.



4.7

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.


4.8

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

Linea Guida

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

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


4.9

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 seduta terapeutica, 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.



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

Linea Guida

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

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

Nel caso di pazienti minorenni 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.



4.11 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).



4.12 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'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, 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.



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

Linea Guida

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

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

I doveri 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 tipo di lingua, tipo di cultura, livello di istruzione, stile di vita ed eventuale 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.



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



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

Linea Guida

Si favorisce un ambiente in cui pazienti con familiari e membri del team non esitino 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 relativa privacy da parte di pazienti.

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



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

5.1 La salute fisica e psicosociale di ogni paziente viene adeguatamente valutata e documentata adottando un approccio olistico congiuntamente ad esso ed 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
 esigenze nutrizionali

Gli elementi della salute psicosociale sono rappresentati da:

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



5.2 Si esegue una valutazione complessiva dei fabbisogni geriatrici, ove necessario, congiuntamente a pazienti e familiari.

Linea Guida

Il team esegue collaborativamente una valutazione complessiva dei fabbisogni geriatrici in maniera tempestiva. Spesso tale valutazione viene avviata nel dipartimento di emergenza per continuare durante le cure ospedaliere. È utile ai fini del piano terapeutico e offre anche indicazioni per eseguire eventuali ulteriori valutazioni e prestazioni.

Gli elementi fondamentali della valutazione dei fabbisogni geriatrici sono rappresentati da: questioni di natura medica (es. patologie croniche, incontinenza urinaria e fecale, complicanze correlate ai farmaci); capacità funzionale; questioni psicosociali (es. salute mentale, demenza); fabbisogni sociali (es. sostegni territoriali, presenza di caregiver); esigenze ambientali come la sicurezza in ambiente domestico.

Si forniscono formazione e addestramento ai membri del team preposto sulle modalità per eseguire una valutazione dei fabbisogni geriatrici comprendendovi la formazione sugli strumenti valutativi utilizzati, sui protocolli rispettati e sulle tempistiche per disporre collegamenti con altri servizi.



5.3 Il team preposto ai servizi ospedalieri lavora in sinergia con quello appartenente al dipartimento di emergenza per avviare la valutazione dei fabbisogni geriatrici, ove opportuno, per i pazienti giunti nell'organizzazione attraverso il pronto soccorso.

Linea Guida

Se non risulti fattibile per il team del dipartimento di emergenza eseguire una valutazione dei fabbisogni geriatrici è importante comunque poterla avviare quanto prima. Il team preposto ai servizi ospedalieri offre assistenza a quello del dipartimento di emergenza in caso se ne presenti la necessità.



5.4

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.



5.5

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

Linea Guida

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


5.6

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 che in una migliore comunicativa fra essi.

Gli strumenti di valutazione standardizzati utilizzati varieranno in funzione delle esigenze del paziente nonché 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, lo strumento InterRAI. Gli strumenti di valutazione standardizzati utilizzati risulteranno rilevanti per l'erogazione dei servizi e si baseranno su dati concreti.


5.7

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

Linea Guida

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

La riconciliazione farmacologica inizia generando una Best Possible Medication History (BPMH/miglior anamnesi farmacologica possibile) che è la lista dei farmaci assunti dal paziente ed include prodotti prescrittibili, non prescrittibili, tradizionali, olistici, a base di erbe, vitaminici e integratori. La BPMH fornisce possibili dettagli sulle modalità di assunzione quali posologia, frequenza, via di somministrazione, potenza. Per crearla si chiedono informazioni a paziente e familiari o assistenti e si consulta almeno un'altra fonte quale il precedente fascicolo sanitario del paziente o il farmacista di riferimento. Una volta pronta diventa uno strumento di riferimento importante per la riconciliazione farmacologica durante le transizioni assistenziali.

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

Durante le transizioni assistenziali, oltre alla terapia in atto somministrata al paziente, è importante tenere in considerazione i medicinali assunti prima del ricovero (così come individuato tramite la BPMH) scegliendo quali è opportuno continuare a somministrare o riprendere o

abbandonare o variare. Ad esempio, la riconciliazione farmacologica dovrebbe avvenire al momento della dimissione oppure quando i farmaci vengono cambiati o riprescritti durante i trasferimenti a contesti assistenziali diversi (ad esempio dall'unità di area critica a quella di medicina oppure fra strutture interne all'organizzazione). La riconciliazione farmacologica non è necessaria in caso di ricollocazione del posto letto.

I pazienti dovrebbero essere considerati come partner attivi nella loro gestione farmacologica e devono ricevere informazioni sui farmaci da assumere in un formato e un linguaggio comprensibili. I pazienti dovrebbero essere incoraggiati a tenere un elenco aggiornato dei farmaci da condividere con gli operatori che li assistono.

Prove di Conformità

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



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

Linea Guida

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

perdita di motilità e il dolore nei pazienti, ridurre la durata della degenza e i costi.

L'efficacia nella prevenzione delle cadute e nella riduzione degli infortuni si ottiene con un approccio interdisciplinare e il sostegno di ogni livello organizzativo. È utile implementare un approccio coordinato in tal senso all'interno dell'organizzazione pur riconoscendo le esigenze specifiche dei diversi servizi ed è anche importante individuare ed incaricare gli individui che possano facilitarne l'attuazione.

Le organizzazioni devono individuare e adottare le giuste precauzioni per tutelare qualsiasi paziente, indipendentemente dal rischio di cadute. L'acronimo S.A.F.E. (Safe environment, Assist with mobility, Fall-risk reduction, Engage client and family / Ambiente sicuro, Assistere nella mobilità, Riduzione del rischio di cadute, Coinvolgere paziente e familiari) descrive le metodologie fondamentali delle precauzioni universali da adottare al fine di prevenire le cadute. La guida di riferimento dell'Institute for Clinical Systems Improvement (Istituto per il miglioramento dei sistemi clinici) (2012) consiglia anche i seguenti interventi universali: aiutare il paziente a familiarizzare con l'ambiente; tenere i pulsanti di chiamata a portata di mano in qualsiasi momento e osservare i pazienti mentre ne mostrano l'uso; tenere oggetti personali dei pazienti a portata di mano; predisporre robusti corrimano/maniglie in bagni, camere e corridoi; tenere il letto in posizione ribassata e con i freni bloccati; fornire i pazienti di calzature antiscivolo di misura adeguata; utilizzare luci notturne o illuminazione supplementare; mantenere le superfici del pavimento pulite e asciutte; pulire qualsiasi tipo di perdita prontamente; tenere i reparti sgombri. È importante individuare il tipo di precauzioni in linea con la struttura clinica e le esigenze dei pazienti in essa presenti.

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

È importante valutare regolarmente se le precauzioni

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

Prove di Conformità

- 5.8.1 Si individuano le precauzioni universali contro le cadute applicabili nell'ambito della struttura e le si implementano al fine di garantire un ambiente sicuro dove le cadute sono evitabili e il rischio di lesioni è ridotto.
- 5.8.2 I membri del team e i volontari vengono istruiti mentre i pazienti e familiari e curanti ricevono informazioni sulle modalità per prevenire le cadute e ridurre le gli infortuni associati.
- 5.8.3 Si effettua una valutazione dell'efficacia delle precauzioni adottate e delle istruzioni/informazioni fornite allo scopo e si ricorre agli esiti come riferimento per apportare le migliori eventualmente necessarie.



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

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

Linea Guida

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

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

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

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

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

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

la scala di Waterlow

la scala di Gosnell

la scala di Knoll

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

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

Prove di Conformità

- 5.9.1 Si conduce una valutazione di rischio iniziale della lesione da decubito al momento del ricovero utilizzando uno strumento di valutazione del rischio standard e convalidato.
- 5.9.2 Si rivaluta ogni paziente a rischio di sviluppo di lesioni da decubito a intervalli regolari e in presenza di variazioni significative nel suo stato.
- 5.9.3 Si applicano protocolli e procedure documentati basati su linee guida per buone pratiche per prevenire lo sviluppo di lesioni da decubito. Questi possono includere interventi per la prevenzione delle lesioni cutanee, per ridurre al minimo la pressione, i tagli e la frizione, per il riposizionamento, per gestire il livello di umidificazione, per ottimizzare la nutrizione e l'idratazione e per migliorare il movimento e l'attività.
- 5.9.4 Gli operatori, i pazienti, i familiari e il personale deputato all'assistenza ricevono una formazione su fattori di rischio e su strategie e protocolli di prevenzione delle lesioni da decubito.
- 5.9.5 Si misura l'efficacia delle strategie di prevenzione delle lesioni da decubito e i risultati sono utilizzati per apportare gli eventuali miglioramenti.



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

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

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

Linea Guida

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

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

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

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

Prove di Conformità

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


5.11

- 5.10.3 Si stabiliscono misure di appropriata tromboprofilassi, l'applicazione delle misure è verificata, ad esempio tramite audit e si utilizzano i relativi dati per apportare migliorie nelle prestazioni assistenziali.
- 5.10.4 Si individuano i pazienti sottoposti a di chirurgia ortopedica di maggiore impatto (sostituzione di anca e ginocchio, chirurgia per frattura dell'anca) che necessitano di profilassi post-dimissione e viene attivato un processo per fornire ai pazienti tale profilassi.
- 5.10.5 Si forniscono informazioni a pazienti e gli operatori sul rischio di TEV e su come prevenirlo.
- 5.11 Preferenze e scelte assistenziali di ogni paziente vengono discusse in fase di valutazione congiuntamente ad esso e i suoi familiari.

Linea Guida

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

Ad esempio, varie strategie adottabili ai fini della gestione del dolore, quali ricorso ad analgesici con incluso oppioidi e farmaci 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.



5.12 Si esegue una valutazione nutrizionale complessiva laddove risulti clinicamente indicato.

Linea Guida

I fattori che possono indicare la necessità di una completa valutazione nutrizionale variano a seconda di condizioni e tipo di popolazione dei pazienti assistiti. Potrebbe risultare indicato eseguire una valutazione nutrizionale in funzione delle condizioni di salute del paziente (es. se diabetico o affetto da problemi gastrointestinali) oppure se presenta problematiche di natura funzionale durante i pasti (es. di deglutizione). Altri fattori indicativi includono segni di calo di peso e di malnutrizione (es. mancanza di forze, debolezza e affaticamento, irritabilità, capelli e unghie fragili). I vari fattori si presenteranno diversamente nella popolazione adulta rispetto alle popolazioni infantili o minorenni in generale.

La valutazione nutrizionale è commisurata al singolo paziente in base a età e quadro clinico. Quando i servizi non sono disponibili all'interno dell'organizzazione, il team vi accede in altri modi quali collaborare con organizzazioni partner, usufruire di risorse territoriali o di servizi di telemedicina.

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



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

Linea Guida

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

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



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



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

Linea Guida

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



- 5.16 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 problematiche farmacologiche o reazioni avverse legate all'uso di farmaci.

Quanto alle prestazioni assistenziali il piano ne precisa: luogo e frequenza; tempistiche di attivazione, di conseguimento degli obiettivi e risultati attesi, di completamento; modalità di monitoraggio per il conseguimento degli obiettivi e risultati attesi; pianificazione della transizione o dei controlli successivi al termine della presa in carico se opportuno.



- 5.17 Laddove risulti appropriato, il piano terapeutico include strategie finalizzate alla valutazione e alla gestione del dolore.

Linea Guida

Si ricorre a strumenti di valutazione del dolore convalidati per classificare il grado di dolore che affligge il paziente. La valutazione del dolore viene eseguita congiuntamente al paziente con i suoi familiari in base alla sua età e alle sue condizioni di salute.

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



- 5.18 Laddove risulti appropriato, si seguono uniformemente i percorsi clinico-assistenziali durante le prestazioni per conseguire gli stessi standard curativi in tutti gli ambiti e per tutti i pazienti.

Linea Guida

Tramite i percorsi clinico-assistenziali si creano informazioni sul piano terapeutico sviluppato per i pazienti, fornendo al team indicazioni dettagliate e previsioni precise in merito al supporto che offrono per ogni fase delle cure (es. pianificazione terapeutica, pianificazione delle risorse, trattamento, interventi vari). I percorsi assistenziali sono creati specificatamente sulla base delle condizioni e della popolazione dei pazienti in quanto possono variare a seconda che si tratti di minorenni o di adulti.



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

Linea Guida

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

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



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

6.1 Si aderisce al piano terapeutico personalizzato del paziente nel corso delle prestazioni assistenziali.



6.2 **PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA:** Pratiche organizzative Obbligatorie: 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 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

6.2.1 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.



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

Linea Guida

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



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



- 6.5 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.

Pazienti e familiari ricevono informazioni sulle ragioni del loro trasferimento e del soggetto incaricato delle loro cure in fase di transizione. 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, assistenza in corso di trasferimento, assistenza sostitutiva e cure palliative. Quando occorre porre dei pazienti in stanza isolamento, il team collabora con lo stesso addetto alle attività di prevenzione e controllo delle infezioni verificando che si arrivi a termine in maniera sicura ed efficace.



- 6.6 Si applica un processo apposito per garantire la sicurezza al paziente e un suo efficace monitoraggio durante le prestazioni ricevute al di fuori dei servizi.

Linea Guida

I pazienti possono ritrovarsi esternamente all'area assistenziale diretta per vari motivi tra cui la scarsità di spazio, ricevere prestazioni da un altro team (es. diagnostica per immagini) o essere trasferiti temporaneamente presso un diverso servizio a causa del numero limitato di posti letto. I pazienti possono essere considerati esterni al servizio per parte o l'intera durata delle cure.

Quando i pazienti ricevono prestazioni in un'area diversa dell'ospedale possono subire maggiori rischi. Il processo volto alla tutela della sicurezza del paziente include la comunicazione tra team, con pazienti e familiari oltre a controlli vari. Il team si assicura che paziente e familiari siano a conoscenza del referente incaricato delle cure durante le transizioni e sappiano chi contattare in caso sorgano problemi.



- 6.7 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, 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.



6.8 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 le prestazioni assistenziali.



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

Linea Guida

Il team riduce il ricorso ai mezzi di contenzione ed eroga un'assistenza sicura, competente ed eticamente corretta che ha rispetto per la dignità, l'autonomia e i diritti del paziente con incluso quello alla sicurezza.

I mezzi di contenzione 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. I mezzi di contenzione non si usano per obbligare a dati comportamenti, come punizione o per comodità. Vengono auspiccate alternative al ricorso ai mezzi di contenzione al fine di migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi.

La politica include in favore del team programmi di orientamento, formazione e addestramento alla filosofia dei mezzi di contenzione e relativo uso il meno possibile, i casi in cui eventualmente utilizzarli e i requisiti per un appropriato monitoraggio.



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

Linea Guida

Nel caso in cui il ricorso ai mezzi di contenzione sia inevitabile, si tiene conto del monitoraggio cui il paziente sarà sottoposto e delle tipologie specifiche di assistenza richieste.

Nell'eventualità, il team ottempera alla legislazione vigente in materia e alle pratiche basate sull'evidenza scientifica.

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



- 6.11 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 e dipendervi il meno possibile.



6.12 Quando si presentano segni di ulteriore acuzie, il team valuta i rischi connessi per il paziente e applica processi volti a un avanzamento terapeutico.

Linea Guida

Durante le prestazioni assistenziali come medicina generale o livello di assistenza alternativo, è importante che il gruppo monitori periodicamente i pazienti che possono presentare segni di aumentata acuzie e sappia eseguire un eventuale avanzamento terapeutico. La frequenza con cui i pazienti vengono monitorati varia in funzione della loro tipologia e relative condizioni di salute. Il gruppo ricorre a un processo apposito per valutare i rischi possibili per il paziente (es. un sistema di classificazione del rischio) per stabilire i passaggi successivi da effettuare e i tempi per avviare un avanzamento terapeutico. In molti casi i segni di incrementata acuzie attiveranno il gruppo preposto all'accertamento rapido di eventi critici (RACE/Rapid Assessment of Critical Events), una transizione verso l'unità di area critica oppure una transizione verso un diverso ambito in caso tale unità non fosse disponibile all'interno dell'organizzazione. I membri del gruppo ricorrono a strumenti di valutazione standardizzati nell'attivare un avanzamento terapeutico per assicurare che le informazioni siano condivise in maniera completa e accurata.

Alcune organizzazioni utilizzano dispositivi di telemetria per monitorare i pazienti ad alto rischio. In collaborazione con il team di area critica, è consigliabile impostare criteri appositi per determinare quali pazienti necessitino di un dispositivo di telemetria e il livello di assistenza richiesto (es. unità per cure intermedie o minime), chiarire i ruoli e le responsabilità per il monitoraggio di tali pazienti, fornire sorveglianza 24/7 tramite membri del team adeguatamente addestrati all'osservazione tramite elettrocardiogramma, documentare e condividere le informazioni con i membri del team appositi e, infine, elaborare un processo di avanzamento terapeutico verso l'unità di area critica.

I pazienti posti in letti appositi per il livello di assistenza alternativo (LAA) potrebbero essere trasferiti ai servizi ospedalieri.



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

Linea Guida

Si documenta dei progressi avvenuti ai fini degli obiettivi prefissati secondo metodologie di tipo qualitativo e quantitativo coinvolgendo paziente e familiari. Si tratta di ricorrere a strumenti di valutazione standardizzati, di confrontarsi con pazienti e familiari e tenere sotto osservazione.



- 6.14 Si prevedono aree e sostegni di tipo spirituale per soddisfare le esigenze degli assistiti a riguardo.

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 capellano, 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.



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

Linea Guida

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



6.16 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 preveda cure palliative e di fine vita, i pazienti vengono messi in contatto con i servizi appropriati.



6.17 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 comprendendo supporto volontario o servizi professionali.



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

Linea Guida

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

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

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

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

Prove di Conformità

- 6.18.1 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.
- 6.18.2 Si usano strumenti documentali e strategie comunicative per standardizzare il trasferimento di informazioni relativamente alle transizioni assistenziali.
- 6.18.3 Durante le transizioni assistenziali, pazienti e familiari ricevono le informazioni ad essi utili a fini decisionali e di supporto terapeutico.
- 6.18.4 Le informazioni condivise durante le transizioni assistenziali sono documentate.
- 6.18.5 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)



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

7.1 Pazienti e familiari sono coinvolti in maniera attiva nella pianificazione e nella preparazione della transizione assistenziale.

Linea Guida

Pazienti e familiari sono coinvolti nell'intera pianificazione della transizione assistenziale. 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 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 visita, cambi di turno, passaggi di presa in carico, trasferimento verso o da una struttura oppure un altro operatore territoriale, fine presa in carico.

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


7.2

Per i pazienti pediatrici o minorenni in generale, la pianificazione della transizione viene eseguita congiuntamente a paziente e familiari ed è individuabile nel piano terapeutico.

Linea Guida

È importante avviare presto la pianificazione della transizione verso il livello di cure per adulti per accertarsi di stabilire collegamenti utili a garantire passaggi agevoli.


7.3

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

Linea Guida

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


7.4

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 gruppo e un orientamento su sforzi individuali. I temi inerenti la formazione finalizzata all'autogestione dovrebbero riguardare: attività fisica, alimentazione, tecniche di gestione dei sintomi, gestione di fattori di rischio, gestione in presenza di affaticamento e sonno, uso di medicinali, gestione delle emozioni, mutamenti a livello di capacità mnemoniche e cognitive, formazione interattiva con professionisti sanitari e altri soggetti, capacità decisionali e risolutive in merito a problematiche correlate alla salute.

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



7.5

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

Linea Guida

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

I servizi per visite di controllo possono comprendere cure primarie, servizi domiciliari o territoriali, cure riabilitative a livello territoriale, servizi di supporto psicologico e indicazioni di continuità terapeutica. Lavorando insieme per stabilire inserimenti corretti 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, inserimenti e poi controlli di monitoraggio esiste un processo che valuta l'eventualità di transizioni terapeutiche aventi esiti non previsti.



7.6

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


7.7

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

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


7.8

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

Linea Guida

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

Si ricorre a uno strumento di valutazione standardizzato (quale lo strumento di valutazione LACE) in merito al rischio di riammissione successivamente alla fine di presa in carico.



7.9

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 familiari.

Linea Guida

Un campione di pazienti con familiari o organizzazioni di destinazione viene contattato con cadenza regolare per determinare l'efficacia della transizione 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.