



ACCREDITATION
CANADA

Servizi di Ostetricia

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 di Ostetricia

Lo standard tratta tutto il processo assistenziale relativo alle fasi di travaglio e di parto che si svolgono nelle strutture per acuti fino al momento in cui la madre e il neonato sono trasferiti a un altro servizio assistenziale o dimessi al domicilio.

All'interno di tale standard, per "paziente" si intende la donna incinta o madre e il feto o il neonato. La "famiglia" è definita dalla paziente e può includere il padre del neonato, i parenti di primo grado come i fratelli, i membri della famiglia allargata o i caregiver.

Gli utenti di tale standard potrebbero voler fare riferimento al MOREOB Program (Managing Obstetrical Risk Efficiently - Gestire i rischi ostetrici con efficienza) sviluppato originariamente dalla Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. MOREOB è un programma per la riduzione dei rischi/errori ostetrici utilizzato in molte unità ospedaliere di ostetricia. Il programma utilizza le informazioni apprese dalla gestione del rischio e degli eventi avversi nel settore dell'industria e nelle strutture organizzative, integrandole nel settore dell'ostetricia e promuove una cultura volta alla sicurezza del paziente. Si tratta di un approccio innovativo per l'assistenza della donna incinta negli ospedali, che mette l'accento sul lavoro di squadra, la comunicazione efficace, la formazione interdisciplinare (infermieri, ostetriche, medici di famiglia, ostetrici ginecologi), l'analisi degli eventi ordinari e straordinari, l'esperienza pratica e le esercitazioni di emergenza. Favorisce il lavoro di squadra di tutti i professionisti sanitari nell'unità di ostetricia attraverso workshop formativi e fornisce il processo e i metodi per eliminare la cultura della colpevolizzazione negli ospedali. Per maggiori informazioni consultare il sito <http://moreob.com/> o www.sogc.org <<http://www.sogc.org>>

Legenda:

Dimensioni della Qualità:

**Centralità della Popolazione**

Lavorare con la comunità per anticipare e soddisfare i bisogni

**Accessibilità**

Garantire i servizi con puntualità ed equità

**Sicurezza**

Garantire la sicurezza delle persone

**Ambiente di Lavoro**

Sostenere il benessere sul luogo di lavoro

**Centralità del Paziente**

Mettere al primo posto il paziente e i suoi familiari

**Continuità dell'Assistenza**

Erogare servizi tra loro coordinati e continuativi

**Efficienza**

Mettere in atto il miglior uso delle risorse

**Appropriatezza**

Fare la cosa giusta per ottenere i risultati migliori

Tipologie di Criteri:

**Alta Priorità**

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

**Pratiche Organizzative Obbligatorie**

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

Metodo di valutazione

**In sede**

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

**Attestazione**

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

Livelli



Oro

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



Platino

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



Diamante

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

FORNIRE SERVIZI SICURI ED EFFICACI

1.0 Si garantisce l'accesso tempestivo e coordinato all'assistenza ai clienti attuali e potenziali, ai familiari, ai team e alle organizzazioni sanitarie invianti.



1.1 Le pazienti e i familiari possono accedere ai servizi essenziali 24 ore al giorno, sette giorni su sette.

Linea Guida

I servizi essenziali sono definiti sulla base dei servizi forniti e sulle esigenze dei clienti. Per quanto riguarda i servizi di ostetricia, i servizi essenziali possono includere il taglio cesario in caso di emergenza o di nascita pretermine, distocia di spalla; emorragia postparto, servizi di emergenza neonatale come l'uso di respiratori artificiali o la rianimazione, aiuto in caso di difficoltà nell'allattamento al seno, supporto psicosociale personale e familiare in caso di condizioni quali la depressione postparto.



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

Linea Guida

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

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

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


1.3

Si raccolgono informazioni sul cliente in fase di ingresso e secondo necessità.

Linea Guida

Questo processo può essere definito in modi diversi: ricovero, accettazione, pre-ricovero, screening, inizio 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 cliente, individuare i bisogni immediati del cliente e decidere sulle priorità assistenziali.

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


1.4

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

Linea Guida

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


1.5

Si applica una procedura standardizzata per la prioritizzazione e la programmazione dei tagli cesarei d'elezione, con la possibilità di inserire i casi di emergenza e i ricoveri non programmati secondo necessità.

Linea Guida

Le liste di attesa sono regolarmente monitorate ed aggiornate e le pazienti sono informate della data prevista per la loro procedura programmata. Si dispone di procedure per la gestione dei casi non programmati e di emergenza.



1.6

Si dispone di un processo per il riesame periodico dei bisogni delle pazienti con taglio cesareo programmato o la cui data prevista per il parto si avvicina al termine e per fornire una risposta tempestiva a quelle pazienti che si trovano in una situazione di crisi o di emergenza.



1.7

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

Linea Guida

Nel caso in cui l'organizzazione non sia in grado di soddisfare le esigenze del cliente, si danno spiegazioni in merito e si facilita l'accesso ad altri servizi. Queste informazioni vengono adeguatamente documentate ai fini della pianificazione dei servizi.



1.8

Si mettono a conoscenza clienti e rispettivi familiari del membro del team a cui vengono affidati per il loro coordinamento assistenziale e sulle modalità per mettersi in contatto.

Linea Guida

Il membro del team incaricato sarà una persona collaborativa avente il maggior contatto con il cliente oppure il principale operatore responsabile della terapia.



2.0 Clienti e familiari collaborano alle prestazioni assistenziali.

2.1 Si instaura un rapporto aperto, trasparente e riguardoso con ciascun cliente.

Linea Guida

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



2.2 Clienti e familiari sono invitati a un coinvolgimento attivo nella loro assistenza.

Linea Guida

Il contesto deve incoraggiare la partecipazione attiva di clienti e familiari alle proprie cure, si deve creare un ambiente dove le persone si sentano invitate a porre eventuali domande e cooperare durante le varie fasi del processo di assistenza e cura.



2.3 La capacità di ogni cliente di essere coinvolta nella sua stessa cura viene accertata congiuntamente e con i familiari.

Linea Guida

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



2.4

Si rispettano e ci si attiene ai desideri della cliente riguardo il coinvolgimento della famiglia nel suo percorso di assistenza e cura.

Linea Guida

Il team cerca di coinvolgere i soggetti appartenenti alla rete di sostegno della cliente nel suo percorso di assistenza e cura.

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



2.5

Si condividono informazioni complete e accurate con la cliente e i familiari in maniera tempestiva e secondo la volontà della cliente.

Linea Guida

Condividere informazioni dettagliate e complete è fondamentale affinché clienti, 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 clienti e familiari di: rischi e benefici delle cure; ruoli e responsabilità della cliente nell'assistenza; benefici, limiti e possibili esiti dei servizi o interventi proposti; modalità per prepararsi a esami e trattamenti; disponibilità di assistenza psicologica e gruppi di sostegno; modalità per reperire gli operatori in situazioni urgenti o critiche.

Durante il percorso di assistenza e cura della cliente ci possono essere richieste di informazioni di vario livello, che devono essere soddisfatte. Da tenere presente che messaggi diversi richiedono un tipo di risposta diversa (ad esempio, le questioni serie richiedono un approccio più strutturato).



2.6

Il team verifica che la cliente e i familiari abbiano compreso le informazioni inerenti le cure.

Linea Guida

Si informano la cliente e i familiari tenendo conto di capacità di comprensione, alfabetismo, lingua, disabilità e cultura.

I metodi per verificare che la cliente abbia inteso le informazioni includono: incoraggiarla e lasciarle spazio a domande; farle ripetere le informazioni date, assicurarsi possibilmente della corrispondenza linguistica o culturale, usare video o immagini; creare uno scambio continuo accertandosi sempre che abbia compreso.



2.7

Si rendono disponibili servizi di interpretariato e traduzione per clienti 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 clienti o familiari.



2.8 Si stabilisce se la cliente è in grado di esprimere un consenso informato.

Linea Guida

Si segue costantemente un processo atto a valutare la capacità di una cliente 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, accettare le conseguenze prevedibili della decisione o della mancata decisione, soppesarne i rischi e i benefici.

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



2.9 Si acquisisce e documenta il consenso informato della cliente prima di procedere con le prestazioni assistenziali.

Linea Guida

Il processo per l'acquisizione del consenso informato prevede: una revisione delle informazioni sui servizi fatta con la cliente, i familiari o il fiduciario; informare la cliente sulle opzioni disponibili e concederle il tempo per riflettere e porre domande prima di richiedere il consenso; il rispetto dei diritti, della cultura e dei valori della cliente, ivi compreso il diritto di rifiutare il consenso in qualunque momento; registrare la decisione della cliente in cartella clinica. Il processo sul consenso informato è un processo continuo.

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



2.10 Nel caso di neonati, il consenso si ottiene dai genitori o dal tutore legale.

Linea Guida

Nella maggior parte dei casi, la responsabilità dell'espressione del consenso informato per conto del neonato è in carico ai genitori, con l'eccezione dei casi in cui i genitori siano incapaci di esprimere un consenso informato.



2.11 Nel caso di clienti incapaci di esprimere un consenso informato lo si acquisisce tramite un fiduciario.

Linea Guida

Si consulta un fiduciario quando le clienti 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 della cliente. In questi casi, si forniscono al fiduciario le informazioni sui ruoli e sulle responsabilità che deve assumersi e si discutono domande, dubbi e opzioni. Il fiduciario viene scelto in ottemperanza alla legislazione vigente in materia e può essere un rappresentante della persona, un familiare, un tutore o un assistente.

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

Nel caso di clienti pediatriche 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.



2.12 Si offrono a clienti e familiari opportunità per partecipare ad attività di ricerca eventualmente appropriate per le loro cure.

Linea Guida

Si applica un processo di valutazione etica per determinare la possibilità di coinvolgere una persona in attività di ricerca. Le attività di ricerca possono includere sperimentazioni cliniche, valutazioni di nuovi protocolli o modifiche a quelli preesistenti. Clienti 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).



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

Linea Guida

Le tematiche di natura etica sono rappresentate da valori eventualmente in conflitto che rendono difficoltoso il processo decisionale. Le tematiche possono essere alquanto serie, concernenti la vita o la morte oppure correlate ad attività svolte quotidianamente. Possono includere: i conflitti d'interesse; la scelta di una persona di rifiutare le cure a proprio rischio; triage fra membri della comunità 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 clienti sono documentate nella cartella clinica.



2.14 Si forniscono a clienti e familiari le informazioni sui rispettivi diritti e doveri.

Linea Guida

I diritti dei clienti e 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 le proprie credenze spirituali; rifiutare l'assistenza a proprio rischio; essere liberi da abusi, sfruttamento e discriminazione.

I diritti dei clienti e familiari con riferimento all'assistenza ricevuta includono: rifiutare le prestazioni, incluso il rifiuto che vi intervengano determinate persone; essere coinvolti in tutti gli aspetti dell'assistenza e compiere scelte personali; avere il coinvolgimento nell'assistenza di una persona di sostegno o di un rappresentante dei propri interessi; opporsi a una decisione relativa al piano di cura e assistenza 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 clienti 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 fosse possibile fornire dati in fase di accettazione a clienti e familiari si provvede nel più breve termine possibile.



2.15 Si promuovono e rispettano i diritti dei neonati.

Linea Guida

La tutela dei diritti dei bambini riveste particolare importanza in quanto non sono in grado di esprimere autonomamente i loro desideri. I neonati hanno il diritto ad una cura sicura e ai più alti standard di sanità attraverso la garanzia di una alimentazione ottimale e la prevenzione di una separazione ingiustificata dalla propria madre.



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



2.17 Si sviluppa e implementa un processo per indagare e rispondere ai ricorsi presentati sulle violazioni dei diritti delle clienti, con il contributo delle clienti e dei familiari.

Linea Guida

Si favorisce un ambiente in cui clienti, 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 clienti 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 clienti.

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



3.0 I piani di assistenza e cura vengono sviluppati in collaborazione con clienti e rispettivi familiari sulla base di valutazioni complessive.

3.1 La salute fisica e psicosociale di ogni cliente viene valutata e documentata adottando un approccio olistico, in partnership con la cliente e i familiari.

Linea Guida

Gli elementi della salute fisica includono:

- anamnesi
- allergie
- profilo terapeutico
- stato di salute
- stato nutrizionale
- bisogno di cure palliative
- fabbisogni dietetici

Gli elementi della salute psicosociale sono rappresentati da:

- stato funzionale ed emozionale, coinvolgimento di familiari e altri soggetti che prestano assistenza
- capacità ed efficacia di comunicazione e autocura
- stato di salute mentale, incluse le caratteristiche comportamentali e caratteriali
- stato cognitivo
- stato socio-economico
- esigenze e convinzioni spirituali e culturali



3.2 Il processo di valutazione viene definito con il contributo delle clienti e familiari.

Linea Guida

Il processo di valutazione è reso quanto più snello e semplice in modo che le clienti non debbano ripetere le informazioni a più operatori. Laddove possibile, si conduce una valutazione di tipo collaborativo o interdisciplinare con clienti, familiari e gli operatori appropriati.


3.3

Gli obiettivi e i risultati dall'assistenza e dalle cure vengono individuati insieme alla cliente e i familiari.

Linea Guida

Bisogni fisici e psicosociali, scelte e preferenze della cliente individuati durante la valutazione iniziale vengono tenuti in considerazione durante lo sviluppo degli obiettivi assistenziali. Gli obiettivi e i risultati attesi dall'assistenza sono coerenti con la situazione personale presentata dalla cliente, conseguibili, misurabili e complementari con quelli sviluppati da altri operatori e organizzazioni che assistono la cliente.


3.4

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 iniziale. I vantaggi tanto per la cliente quanto per l'operatore sanitario risiedono in una migliore efficienza, acquisizione di dati più accurati, coerenza della valutazione, affidabilità dei risultati, oltre a una migliore comunicazione fra essi.

Gli strumenti di valutazione standardizzati utilizzati variano in funzione delle esigenze della cliente ma anche della tipologia e gamma di servizi. Tali strumenti sono basati sulle evidenze e sono significativi per i servizi da erogare.


3.5

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

Linea Guida

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

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

La riconciliazione farmacologica al momento del ricovero può essere fatta in due modi. 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 si potrebbe continuare a somministrare, riprendere, 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 una forma 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

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



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

Linea Guida

I pazienti ricoverati in ospedale sono a maggior rischio di cadute e lesioni dal momento che si ritrovano in un ambiente sconosciuto e contemporaneamente devono adattarsi alle proprie variazioni funzionali fisiche o cognitive (Stephenson et al., 2016). Una riduzione delle lesioni da cadute consente di migliorare la qualità della vita, prevenire la perdita di motilità e il dolore nei pazienti, ridurre la durata della degenza e i

costi.

L'efficacia nella prevenzione delle cadute e nella riduzione delle lesioni 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. Le linee guida di riferimento dell'Institute for Clinical Systems Improvement (2012) consigliano 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 in bagni, camere e corridoi; tenere il letto in posizione ribassata e con i freni bloccati; fornire ai 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 sversamento 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, familiari e assistenti informazioni facilmente comprensibili su come svolgere un ruolo attivo al fine di evitare cadute e prevenire lesioni.

È importante valutare regolarmente se le precauzioni adottate comportano l'effetto desiderato e se soddisfano le esigenze del paziente e familiari, oltre che degli operatori.

L'efficacia può essere valutata attraverso varie modalità, ossia tramite confronti informali, colloqui, indagini, verifiche o processi valutativi. Anche la misurazione delle iniziative di miglioramento e gli incontri di aggiornamento successivi a episodi di caduta, possono essere funzionali a individuare le lacune a livello di sicurezza e prevenire cadute ricidive o ridurre le lesioni associate.

Prove di Conformità

- 3.6.1 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.
- 3.6.2 I membri del team e i volontari vengono istruiti mentre pazienti, familiari e assistenti ricevono informazioni sulle modalità per prevenire le cadute e ridurre le lesioni associate.
- 3.6.3 Si effettua una valutazione dell'efficacia delle precauzioni adottate e delle istruzioni/informazioni fornite, e i risultati sono usati da riferimento per apportare le migliorie eventualmente necessarie.



- 3.7 Vengono identificate le pazienti a rischio di esiti avversi.

Linea Guida

I fattori che contribuiscono ad una gravidanza a rischio di esiti avversi comprendono, a titolo di esempio non esaustivo: anamnesi di precedenti tagli cesarei; gravidanza oltre termine; travaglio pretermine; consumo di sostanze durante la gravidanza; età materna; malattie preesistenti come depressione, ipertensione, obesità e diabete gestazionale.



- 3.8 Nell'ambito della valutazione, si determina il livello di monitoraggio e di cura richiesto durante il travaglio e la nascita nel caso di gravidanze ad alto rischio di esiti avversi, in collaborazione con le pazienti e i familiari.



- 3.9 Si dispone di un processo per l'accesso alle consulenze specialistiche appropriate per i casi ad alto rischio di esiti avversi.

Linea Guida

Per consulenze specialistiche si intendono: cardiologi, neurologi, nefrologi, ematologi, endocrinologi, neonatologi, assistenti sociali, servizi di sostegno o servizi per la rielaborazione del lutto, a seconda delle necessità della madre e del feto.



- 3.10 Durante il processo di valutazione iniziale e il travaglio, si determinano i tipi di competenze, capacità e risorse necessarie per l'assistenza del neonato al momento della nascita, in collaborazione con la paziente e i familiari.

Linea Guida

I requisiti per le tipologie di competenze, capacità e/o risorse necessarie al momento della nascita sono diversi in funzione dei risultati della valutazione. Si dispone di un processo per valutare quali componenti del team devono essere presenti, come minimo, durante il parto (ad es. infermieri addetti al travaglio e al parto, ostetriche, ostetrici ginecologi, infermieri neonatali). Si valuta anche la necessità di altre risorse laddove vi siano complicanze note o previste oppure un rischio elevato di esiti avversi alla nascita (es. competenze nella rianimazione neonatale oppure consulenze specialistiche del neonatologo o del terapeuta della respirazione).



- 3.11 La valutazione comprende i processi atti a identificare le donne a rischio di emorragia intraparto e postparto e le modalità di valutazione e prevenzione di tali emorragie.

Linea Guida

Si valuta la paziente per i fattori di rischio di emorragia intraparto e postparto, si riducono tali fattori di rischio laddove possibile e si somministrano i farmaci appropriati laddove opportuno. La terapia da somministrare è selezionata in base al livello di rischio della paziente e in base all'efficacia e ai possibili effetti collaterali dei farmaci.



- 3.12 Preferenze e scelte assistenziali di ogni cliente vengono discusse in fase di valutazione iniziale congiuntamente alla cliente e i suoi familiari.

Linea Guida

Esigenze, preferenze e scelte dichiarate dalla cliente in merito a cure e assistenza sono oggetto di confronto con lei e i suoi familiari. Il team e la cliente prendono decisioni condivise che tengono conto di quanto espresso dalla cliente 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, inclusi oppioidi e coadiuvanti, così come anche interventi a livello fisico, comportamentale e psicologico, possono essere discusse cosicché la cliente sia in grado di sviluppare la scelta migliore.

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



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



- 3.14 Si dispone di un protocollo per la segnalazione tempestiva e per la risposta immediata a referti e risultati anomali.


3.15

I risultati della valutazione vengono condivisi con le clienti e gli altri operatori del team in maniera tempestiva e facilmente comprensibile.

Linea Guida

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


3.16

Si sviluppa e documenta un piano di cura e assistenza completo e personalizzato con la cliente e i suoi familiari.

Linea Guida

Il piano di assistenza e cura è basato sugli esiti ottenuti dalla valutazione iniziale nonché sugli obiettivi e i risultati attesi da parte della cliente. Comprende ruoli e responsabilità specifici del team, di altre organizzazioni, delle clienti e dei familiari. Comprende anche informazioni dettagliate sulla cliente in merito ad anamnesi, valutazioni, referti diagnostici, allergie ed infine medicinali, incluse problematiche inerenti o reazioni avverse.

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


3.17

Le transizioni nell'assistenza, inclusa la fine della presa in carico, vengono definite con la pianificazione del personso di cura e assistenza, congiuntamente alla cliente e ai familiari.

Linea Guida

Aggiungere nel piano di assistenza e cura informazioni riguardanti la transizione verso il domicilio, verso 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 le clienti ad essere pronte per il termine delle prestazioni. Il coinvolgimento della cliente nel pianificare la fine della presa in carico assicura che lei e i suoi familiari siano adeguatamente consapevoli e preparati.

La discussione sulle esigenze e preferenze della cliente legate alla transizione e alla fase successiva all'assistenza è parte integrante dello sviluppo di un piano di assistenza e cura. Questo include anche visite di follow up, la capacità di autocura, il ricorso a supporti della comunità oppure altre esigenze o problematiche che possono essere anticipate.

4.0

I piani di assistenza e cura vengono implementati in collaborazione con clienti e familiari.


4.1

Si segue il piano di assistenza e cura personalizzato della cliente nel corso delle prestazioni assistenziali.


4.2

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

Linea Guida

L'utilizzo di identificativi personali specifici per assicurarsi che le persone 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 persone a famiglie sbagliate, errori terapeutici e interventi destinati ad altri.

Gli elementi identificativi personali specifici utilizzati dipendono dalla popolazione assistita e dalle preferenze delle persone. Esempi di identificativi specifici includono il nome intero, l'indirizzo di casa (quando è confermato dal soggetto 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 i pazienti, un identificativo personale specifico può essere il riconoscimento facciale. Il numero della stanza o del posto letto oppure l'indirizzo di casa non confermato dal soggetto stesso o da un familiare non rappresentano elementi identificativi personali specifici e non potrebbero essere utilizzati come tali.

L'identificazione dei pazienti avviene coinvolgendo degli stessi e dei familiari, spiegando le ragioni di sicurezza alla base di tale prassi e chiedendo i dati identificativi (ad es. "Come si chiama?"). 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

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


4.3

Tutte le prestazioni assistenziali ricevute dalla cliente, incluse modifiche e adeguamenti del piano di assistenza e cura, sono documentate nella relativa cartella clinica.

Linea Guida

Il team coinvolto nelle cure ha accesso alla cartella clinica della cliente, così come la cliente stessa, ed è contenuta in un'unica scheda individuale.


4.4

Si dispone di procedure per un approccio strutturato alla documentazione delle valutazioni per la salute fetale, piani d'azione e azioni cliniche intraprese durante le fasi del travaglio.

Linea Guida

Disporre di un approccio strutturato alla documentazione durante la fase attiva del travaglio migliora la chiarezza della comunicazione e il trasferimento delle informazioni tra gli operatori. Le procedure sono in linea con le linee guida per la pratica clinica sviluppate per il monitoraggio della salute del feto preparto e intraparto. Le linee guida per la pratica clinica riguardano la standardizzazione delle pratiche documentali, ciò che deve essere monitorato, e con che frequenza, durante la fase attiva del travaglio. La documentazione potrebbe inoltre includere le note narrative o l'uso di diagrammi di flusso esaurienti che riportino in dettaglio le valutazioni periodiche.



4.5 Si dispone di politiche o protocolli per le procedure di escalation.

Linea Guida

In caso di emergenza, anomalia, complicazione o incidente pericoloso, disporre di politiche o procedure di escalation (emergenza) chiarifica quale membro del team interdisciplinare deve essere contattato e in quali circostanze, i tempi di risposta e chi contattare nel caso di mancata risposta.

Le circostanze che richiedono l'applicazione di politiche o protocolli di escalation possono includere l'emorragia preparto e postparto, le procedure che richiedono una sala operatoria, la carenza di risorse (sia di personale sia fisiche, come una carenza di letti) o le anomalie fetali tra cui il battito cardiaco irregolare.



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



4.7 Lo stato di salute della persona viene rivalutato assieme a lei, riportando eventuali aggiornamenti nella relativa cartella clinica, in particolare in presenza di variazioni delle condizioni.

Linea Guida

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



- 4.8 Si identificano e valutano insieme alla paziente e ai familiari le strategie per gestire il dolore intraparto e postparto.

Linea Guida

Si fa ricorso a parametri clinici standard per il dolore per stabilirne intensità, natura, sede, fattori che concorrono ad aggravarlo o alleviarlo e impatto sulle attività abituali.

Le strategie per la gestione del dolore della mamma e del neonato possono prevedere l'utilizzo di analgesici, compresi gli oppioidi laddove necessario; farmaci adiuvanti insieme ad interventi di natura fisica, comportamentale e psicologica; allattamento al seno e contatto diretto pelle a pelle/metodo madre canguro (Kangaroo Mother Care). In caso di analgesia controllata dalla paziente con somministrazione per via endovenosa, il dispositivo utilizzato per l'infusione è agevolmente individuabile come dispositivo controllato dalla paziente. Si consultano gli esperti servendosi inoltre della ricerca e delle evidenze per comprendere le modalità migliori con cui gestire il dolore.



- 4.9 Si garantiscono la diagnosi, il trattamento o gli interventi tempestivi per la gestione dell'emorragia intraparto e postparto della paziente.

Linea Guida

Si consultano specialisti, i dati di ricerca e le evidenze scientifiche allo scopo di individuare le modalità migliori per la prevenzione e per il trattamento dell'emorragia postparto.



- 4.10 Si informano le pazienti con taglio cesareo programmato su come prepararsi all'intervento e sulle possibili conseguenze di un'inosseranza delle istruzioni date.

Linea Guida

Le istruzioni sono fornite per iscritto e verbalmente nella lingua parlata dalla paziente.

Le istruzioni pre-intervento possono includere le informazioni sul digiuno, sull'assunzione di liquidi, sui farmaci, sulla preparazione della cute, sulla rimozione di trucco e gioielli e sul trasporto. Le istruzioni comprendono le modalità per contattare il team in caso di dubbi o domande da parte della paziente.



- 4.11 I progressi della cliente verso obiettivi e risultati attesi sono monitorati insieme a lei, e le informazioni sono utilizzate per rivedere il piano di assistenza e cura.

Linea Guida

La documentazione dei progressi verso gli obiettivi viene fatta utilizzando metodi sia qualitativi che quantitativi, che includono la cliente e la famiglia. A tal fine possono essere utilizzati strumenti standardizzati per la valutazione, le discussioni con le clienti e familiari, e l'osservazione diretta.



4.12 E' fornito l'accesso ad aree e sostegni di tipo spirituale per soddisfare le esigenze delle persone.

Linea Guida

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

Le esigenze e preferenze spirituali delle persone sono considerate parte integrante del processo di cura e guarigione. Se ne discute nella fase in cui si decide sull'assistenza e cure che possano avere implicazioni di natura etica o spirituale.



4.13 Clienti e familiari hanno, in base alle esigenze, accesso a servizi terapeutici di supporto psicosociale e/o emotivo.

Linea Guida

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



- 4.14 Si offre supporto a familiari, operatori e altri clienti durante e successivamente al decesso di una persona.

Linea Guida

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

I familiari e amici della persona sono incoraggiati a ricorrere a sistemi di supporto della comunità. 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 clienti, familiari, membri del team e volontari comprendenti supporto volontario o servizi professionali.



- 4.15 Si segue un processo per inoltrare le informazioni ottenute nel corso del processo di valutazione iniziale e di accettazione ai professionisti sanitari del punto nascita o della sala operatoria in collaborazione con la paziente e i familiari.



4.16 **PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA:** Pratiche organizzative Obbligatorie: Le informazioni pertinenti l'assistenza della 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 dipendono 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/Contesto, Assessment/Valutazione, Recommendation/Raccomandazione], checklist, materiale informativo sulla dimissione e istruzioni per visite di controllo successive, tecniche di rilettura read-back e ripetizione teach-back) 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 di assistenza e cura prefissati, segnali o sintomi di condizioni di salute in peggioramento e recapiti per gli operatori.

Prove di Conformità

- 4.16.1 Le informazioni utili da condividere nelle transizioni assistenziali sono definite e standardizzate laddove le persone sono sottoposte a cambi di personale o luogo: ricovero, passaggio di consegne, trasferimento e dimissione.
- 4.16.2 Si usano strumenti documentali e strategie comunicative per standardizzare il trasferimento di informazioni relativamente alle transizioni assistenziali.
- 4.16.3 Durante le transizioni assistenziali, pazienti e familiari ricevono le informazioni ad essi utili a fini decisionali e di supporto all'assistenza.
- 4.16.4 Le informazioni condivise durante le transizioni assistenziali sono documentate.
- 4.16.5 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 sulla sicurezza del paziente)

5.0 La paziente è preparata al parto vaginale o con taglio cesareo.



- 5.1 Si conduce una procedura di ricovero completa per ogni persona in arrivo per travaglio e parto, in partnership con lei e i familiari.

Linea Guida

Nel corso di questo processo, si conferma che tutte le istruzioni per la preparazione al parto siano state adeguatamente seguite dalla persona e la si munisce di più forme di identificazione, ad es. braccialetti e foto identificativa (carta di identità).



5.2

Si applicano procedure standardizzate per il monitoraggio della salute del feto.

Linea Guida

Le procedure standardizzate sono allineate alle linee guida delle migliori pratiche per la sorveglianza della salute fetale in travaglio di parto, le quali prevedono l'auscultazione intermittente e il monitoraggio elettronico fetale.

Le procedure possono prevedere l'utilizzo di una terminologia condivisa o l'interpretazione collaborativa del tracciato della frequenza cardiaca fetale.



5.3

Si dispone di un processo per fornire una risposta e un trattamento in caso di tracciati della frequenza cardiaca fetale atipici o anormali.



5.4

Si dispone di procedure per l'attivazione di risorse e servizi nei casi di urgenza e di emergenza.

Linea Guida

Le procedure sono allineate alle linee guida delle migliori pratiche. Nei servizi di ostetricia delle zone rurali o remote dove si trattano gravidanze a basso rischio senza possibilità di effettuare un taglio cesareo, sono in atto protocolli per il trasferimento di emergenza della paziente presso un ospedale attrezzato per eseguire i tagli cesarei e per garantire l'accesso a un medico entro 30 minuti.



5.5

Una valutazione pre-anestesia è condotta dall'anestesista prima dell'inizio del taglio cesareo e per il parto vaginale, laddove appropriato, in collaborazione con la paziente e i familiari.

Linea Guida

Si valuta l'idoneità clinica della paziente, se ne riesamina la terapia farmacologica e si determinano potenziali problemi correlati alla somministrazione dell'anestesia epidurale. Si valutano inoltre eventuali condizioni cliniche complesse della paziente.


5.6

PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA: Pratiche organizzative Obbligatorie: Una checklist per chirurgia sicura viene utilizzata per confermare che i passaggi relativi alla sicurezza di una procedura chirurgica siano tutti stati completati in sala operatoria.

Linea Guida

Gli interventi chirurgici rappresentano aspetti sempre più complessi dell'assistenza sanitaria e comportano un rischio elevato di danni potenzialmente evitabili. Le checklist per chirurgia sicura ricoprono un ruolo importante nel migliorare la sicurezza a livello di interventi chirurgici. Possono ridurre la probabilità di complicanze post-operatorie e spesso migliorano i risultati finali dell'intervento.

Vi si ricorre nelle fasi di avvio, conduzione e formalizzazione della comunicazione fra gli operatori che eseguono l'intervento e per integrare questi passaggi nel flusso operatorio.

Le checklist per chirurgia sicura sono state sviluppate da varie fonti, che le mettono a disposizione. Ogni checklist segue tre fasi:

i. Briefing/sign in – prima dell'induzione dell'anestesia

ii. time out – prima dell'incisione cutanea

iii. Debriefing/sign out – prima che il paziente abbandoni la sala operatoria

Prove di Conformità

- 5.6.1 Il team concorda su una checklist suddivisa in tre fasi a cui ricorrere in sala operatoria durante gli interventi chirurgici.
- 5.6.2 Si utilizza la checklist per ogni intervento chirurgico.
- 5.6.3 Si attua un processo di monitoraggio dell'aderenza alla checklist.
- 5.6.4 Si valuta l'uso della checklist condividendo i risultati con il team.
- 5.6.5 Si utilizzano i risultati della valutazione sulla checklist per migliorarne l'implementazione ed estenderne l'uso.


5.7

Si dispone di una politica e una procedura per le conte di garze e aghi sia prima sia dopo tutti i parti vaginali.

Linea Guida

Le conte di garze e aghi rappresentano una pratica importante per la sicurezza della paziente allo scopo di prevenire la ritenzione di garze e aghi dopo il parto. La politica e la procedura prevedono che le garze e gli aghi siano contati prima e dopo i parti vaginali, che la conta sia documentata nella cartella clinica della paziente e che un membro designato del team verifichi che sia condotta conformemente alla politica e alla procedura.



6.0 I farmaci, tra cui l'ossitocina, le prostaglandine e gli anestetici comuni sono gestiti in maniera sicura e accurata.

6.1 Si dispone di politiche e procedure per la somministrazione sicura e appropriata di ossitocina e prostaglandine.

Linea Guida

L'ossitocina è stata inclusa nell'elenco dei farmaci ad alto livello di attenzione dallo Institute of Safe Medication Practices (ISMO, 2007). I farmaci ad alto livello di attenzione comportano un rischio maggiore di provocare danni alla paziente qualora utilizzati impropriamente.

Le politiche e le procedure sono allineate alle linee guida delle migliori pratiche. Politiche e procedure definiscono i requisiti per l'assistenza infermieristica in un rapporto di uno a uno; l'utilizzo di una concentrazione standard preparata dalla farmacia; l'utilizzo della dose minima per l'induzione del travaglio attivo; gli intervalli predefiniti prima di aumentare il dosaggio; i dosaggi minimi e massimi; le procedure per il monitoraggio della pressione arteriosa; le procedure per il monitoraggio dell'attività uterina, comprese le misure da adottare in caso di iperattività uterina (iperstimolazione e tachisistolia); le procedure per il monitoraggio della frequenza cardiaca fetale durante la somministrazione, comprese le misure da adottare in caso di frequenza cardiaca fetale intermedia o patologica; la registrazione della quantità di farmaco somministrato, espressa in milliunità al minuto; e l'identificazione delle situazioni in cui il team deve valutare la necessità di risorse aggiuntive per l'esecuzione di un taglio cesareo d'urgenza.



6.2 Si somministra l'ossitocina utilizzando una pompa per infusione allo scopo di facilitare l'accuratezza del dosaggio durante l'induzione e la progressione del travaglio.

Linea Guida

La maggior parte degli errori risultanti dalla somministrazione di ossitocina durante il travaglio riguardano la dose somministrata. L'utilizzo di una pompa di infusione aiuta ad evitare errori di dosaggio.



- 6.3 La frequenza cardiaca fetale e l'attività uterina sono monitorate e documentate durante la somministrazione di ossitocina e prostaglandine.

Linea Guida

Il monitoraggio della frequenza cardiaca fetale e dell'attività uterina sono allineate con le linee guida delle migliori pratiche.



- 6.4 L'anestesia epidurale è somministrata da un membro del team qualificato.

Linea Guida

Per componente qualificato del team si intende un anestesista, un medico di medicina generale o un ostetrico ginecologo.



- 6.5 Tutte le prescrizioni terapeutiche e le informazioni raccolte durante la valutazione iniziale, che potrebbero essere rilevanti per la somministrazione dell'anestesia o dei farmaci durante il travaglio e il parto sono documentate in collaborazione con la paziente e i familiari.



- 6.6 Si verificano l'accuratezza e la completezza di tutte le prescrizioni terapeutiche, ivi incluse le discrepanze relative alle allergie della paziente, alla posologia, o alla compatibilità tra farmaci o con l'allattamento al seno.

Linea Guida

Sorgenti di informazione medico-scientifica e linee guida devono essere accessibili in modo che la compatibilità tra determinati farmaci e l'allattamento al seno possa essere verificata per evitare l'interruzione non necessaria dell'allattamento e gli effetti collaterali o tossici per il bambino allattato.



6.7 Si procede ad una verifica verbale e visiva di tutti i farmaci prima dell'arrivo al punto nascita o nell'area sterile.

Linea Guida

La verifica prevede la conferma dei farmaci elencati nella lista di preferenza del medico con il medico prescrittore prima della somministrazione.



6.8 Si monitorano le condizioni della paziente e del neonato durante e subito dopo la somministrazione dei farmaci.



6.9 Si applicano le politiche interne relative alla sicurezza e alla vigilanza durante la manipolazione, conservazione, etichettatura ed eliminazione dei farmaci e del latte materno.

Linea Guida

Le politiche per la manipolazione, la conservazione, l'etichettatura e l'eliminazione di farmaci e latte materno sono standardizzate in tutta l'organizzazione.



7.0 La madre e il neonato sono assistiti in seguito al travaglio e al parto.

7.1 In seguito ad un taglio cesareo, durante il trasferimento dalla sala operatoria alla sala post-operatoria, la madre e il neonato sono tenuti sotto controllo costante da uno o più membri designati del team.

Linea Guida

L'osservazione continua contribuisce a individuare prontamente le reazioni postoperatorie, post-anestesia o postparto. Un anestesista rimane in loco finché tutte le madri si sono riprese dall'anestesia. I componenti del team direttamente responsabili dell'osservazione delle madri e dei neonati nella sala post-operatoria sono formati in merito alle procedure post-operatorie e alla rianimazione. Il team rileva periodicamente il punteggio di sedazione, l'emorragia postparto, il punteggio di nausea e vomito postoperatori (laddove applicabile), i parametri cardiovascolari, la frequenza respiratoria e le condizioni della cute di ciascuna paziente. Gli strumenti per il monitoraggio (ad es. ECG), per la rianimazione (ad es. defibrillatore) e per il monitoraggio della saturazione di ossigeno (ad es. ossimetro) sono disponibili nella sala post-operatoria.



7.2 Le apparecchiature fissate a parete, comprese le bocchette di ossigeno, protossido di azoto e aria medica sono chiaramente etichettate.



7.3 Il contatto diretto pelle a pelle è favorito e monitorato e si fornisce un'assistenza a letto a ogni singola diade madre-neonato.

Linea Guida

In quanto elemento importante dell'assistenza alla madre e al neonato, si favorisce il contatto diretto pelle a pelle immediato (entro i primi cinque minuti) e prolungato (per almeno un'ora) dopo il parto vaginale o con taglio cesareo.



7.4 Si dispone di una politica per l'alimentazione dei neonati.

Linea Guida

La politica è basata sulle evidenze e affronta le tematiche relative sia all'allattamento al seno sia all'allattamento con i sostituti del latte materno. È in linea con le iniziative delle migliori pratiche per l'alimentazione dei neonati.

La politica deve definire le informazioni e il sostegno da offrire alla madre sull'allattamento del neonato; la formazione e le risorse a disposizione dei professionisti sanitari per offrire un'assistenza e un supporto efficaci alla madre; la realizzazione del contatto pelle a pelle immediato e prolungato e il rooming-in 24 ore su 24 (sistemazioni in cui la mamma e il neonato possono stare insieme giorno e notte); l'offerta di informazioni sull'allattamento a richiesta o a orario; per i neonati allattati con i sostituti del latte materno, devono inoltre essere fornite le informazioni sul latte artificiale e sulle modalità di preparazione e conservazione; infine, le informazioni sui servizi sanitari della comunità o sui gruppi di supporto tra puerpere.



7.5 Alle madri è garantito il rooming-in 24 ore su 24 oppure l'accesso a locali privati, confortevoli e tranquilli per l'allattamento.

Linea Guida

Il rooming-in (sistemazioni in cui la mamma e il neonato possono stare insieme giorno e notte) e l'accesso a locali privati per l'allattamento permettono alle madri e ai loro neonati di trascorrere assieme del tempo. Il rooming-in ha dimostrato di essere una pratica importante per sostenere e incoraggiare l'allattamento e la lattazione. Supportare la diade madre-neonato contribuisce anche a sviluppare il legame emotivo tra la madre e il neonato.


7.6

Si applicano criteri standardizzati per stabilire se la madre e il neonato sono pronti per la dimissione dalla sala postparto o dalle aree materno-infantili.

Linea Guida

I criteri delle dimissioni sono in linea con le linee guida delle migliori pratiche e riguardano il benessere fisico, psicologico e sociale della madre e del bambino. Ciò include un controllo sufficiente del dolore, la nausea postparto, il vomito e le emorragie, così come le condizioni postparto e il benessere generale del neonato, tra cui la valutazione dell'ittero, i segni vitali, l'alimentazione, lo screening metabolico e lo screening uditivo neonatale universale.



8.0 **Clienti e familiari partecipano alla pianificazione e preparazione della transizione verso un altro tipo di servizio o contesto**

8.1 Clienti e familiari sono coinvolti in maniera attiva nella pianificazione e preparazione della transizione assistenziale.

Linea Guida

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

La continuità assistenziale migliora allorché le persone 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: cambi di turno, giri visite, passaggi di presa in carico, trasferimento verso o da un'organizzazione oppure un altro operatore nel territorio, fine della presa in carico.

Parlare con la cliente e i familiari riguardo alle transizioni consente a questi di comprendere il processo ed è anche un'opportunità per porre domande in merito. Consente inoltre di assicurare che tutte le informazioni siano accurate e complete e che inoltre i desideri della cliente vengano rispettati.


8.2

Si verifica che la cliente sia effettivamente pronta alla transizione da un punto di vista fisico e psicosociale, inclusa la capacità di autogestire le proprie condizioni di salute.

Linea Guida

Questa valutazione viene condotta quanto prima nel corso del processo di assistenza. Si definiscono i casi in cui l'autogestione possa risultare utile per la cliente. 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 alfabetismo.


8.3

Alle clienti vengono offerti gli strumenti per autogestirsi, come formazione, strumenti di aiuto e risorse, laddove applicabile.

Linea Guida

Una formazione che favorisce lo sviluppo delle capacità autonome dell'individuo (empowerment), consentendo alle clienti di autogestirsi in presenza di condizioni croniche può includere: pianificazione delle attività, modelli comportamentali e modalità di risoluzione dei problemi, reinterpretazione dei sintomi, e metodi di persuasione sociale realizzati attraverso il sostegno di gruppo e una guida per gli 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 dell'affaticamento e del sonno, uso di medicinali, gestione delle emozioni, mutamenti a livello di capacità mnemoniche e cognitive, formazione interattiva con professionisti sanitari e altri soggetti, sviluppo di capacità decisionali e di risoluzione dei problemi di salute.

Gli strumenti e le risorse sono resi disponibili per consentire alle clienti di autogestirsi, commisurandoli alle esigenze di ognuna di esse e, ad esempio, sono modificabili sulla base di capacità di comprensione, livello di alfabetismo, tipo di lingua, eventuale disabilità e tipo di cultura.


8.4

Si coordinano con la cliente, i familiari, i membri del team ed altre organizzazioni, i servizi appropriati per eventuali visite di controllo (follow up).

Linea Guida

Si è responsabili dell'assistenza e delle cure della cliente fino alla fine della presa in carico o fino a che quest'ultima non passi ad altro tipo di team, servizio sanitario o organizzazione.

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

Per garantire alle clienti costanza e continuità di assistenza, collocamento e follow up, esiste un processo per prendere in considerazione l'eventualità che i momenti di transizione non vadano come previsto.


8.5

Il piano di transizione è documentato nella cartella clinica della cliente.


8.6

Si rispetta il desiderio di una cliente di eventualmente interrompere o limitare le prestazioni, essere trasferita ad altro servizio o ricevere cure domiciliari.

Linea Guida

Laddove richiesto, la decisione in merito al trasferimento della cliente è presa consultandosi anche con i familiari o il fiduciario, tenendo conto della capacità decisionale della cliente stessa. Si informano la cliente e i familiari dei rischi connessi, come anche degli altri servizi territoriali a cui possono rivolgersi in seguito.

Si ricorre all'uso di un quadro di riferimento etico o valoriale per prendere decisioni nei casi in cui si debbano assistere clienti che abbiano fatto scelte in contrasto con le raccomandazioni del team di assistenza. Qualora una cliente desideri continuare a ricevere assistenza nonostante il disaccordo del team, o l'incapacità di prestare assistenza da parte della organizzazione, si ricorre a un quadro etico di riferimento per prendere decisioni giuste ed eque tanto per la cliente quanto per l'organizzazione.


8.7

Si valuta il rischio di ricadute che possano determinare la riammissione della cliente, e se applicabile, e si procede coordinando appropriate visite di controllo.

Linea Guida

Qualora si individui la necessità di eseguire visite di controllo se ne definiscono le metodologie e tipologie appropriate. Ciò include l'identificazione dell responsabilità del team, come la verifica degli esiti dei test per accertamenti, disporre di un riferimento interno per le organizzazioni partner, prevedere orari di reperibilità per la cliente, o ricordare alla stessa gli appuntamenti. Prevede anche le responsabilità spettanti alla cliente quali eseguire visite di controllo con altri operatori (quali il medico curante o un centro sanitario territoriale), segnalare eventuali aggravamenti o alterazioni nei sintomi e assumere i farmaci prescritti.

Si ricorre a uno strumento di valutazione standardizzato per valutare il rischio di bisogno di riammissione ospedaliera successivo alla fine della presa in carico.

Documenti di riferimento

Strumento di valutazione LACE



8.8

Con il contributo di pazienti e familiari, si valuta l'efficacia delle transizioni terapeutiche e i dati ricavati sono utilizzati come riferimento per migliorarne la pianificazione.

Linea Guida

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

Il riscontro dalle clienti e gli esiti complessivi ottenuti dalla valutazione vengono condivisi con i leader e con l'organo direttivo dell'organizzazione e le informazioni sono poi utilizzate per il miglioramento della qualità delle transizioni assistenziali.