



ACCREDITATION
CANADA

Servizi perioperatori e procedure invasive

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 perioperatori e procedure invasive

Lo Standard per i servizi perioperatori e le procedure invasive riguarda l'erogazione di procedure invasive (ad es. a scopo diagnostico, terapeutico e per via endoscopica) in ospedale. Le procedure possono essere eseguite in sala operatoria convenzionale, sale di cateterismo cardiaco, sale endoscopiche, nei reparti di radiologia o in altre unità adibite a tale scopo. Tale standard non si applica a procedure dentali o a procedure dermatologiche minori, tra cui la rimozione di nei benigni e cisti, nevi, cheratosi seborroica, polipi fibroepiteliali, emangiomi e neurofibromi.

Il team cui il presente standard fa riferimento riunisce le caratteristiche dei team che gestiscono le attività preoperatorie, intraoperatorie e postoperatorie. Il team ha facoltà di lavorare in collaborazione con altri team dell'organizzazione (ad es. il team dei Servizi biomedici) per ottenere quanto richiesto da tale standard.

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 Le sale operatorie/sale procedure sono concepite in modo tale da favorire l'erogazione di servizi di alta qualità e un flusso ininterrotto di pazienti.



1.1 La configurazione fisica della sala operatoria/sala procedure invasive, come anche quella delle apparecchiature, è definita tenendo conto del flusso di pazienti, del percorso sporco/pulito, dei tipi di procedure eseguite e dei fattori ergonomici e logistici connessi con la movimentazione delle apparecchiature.



1.2 La sala in cui si eseguono procedure chirurgiche e invasive prevede un accesso controllato secondo tre livelli crescenti di restrizione: zone liberamente accessibili, zone ad accesso parzialmente limitato e zone ad accesso limitato.

Linea Guida

Le zone liberamente accessibili possono includere l'area di attesa, l'area riservata al personale, l'ufficio prenotazioni o la segreteria. È consentito accedere a tali zone in abiti civili.

Le zone ad accesso parzialmente limitato includono il deposito per materiali puliti e sterili, il deposito per materiali/dispositivi vari da usare in sala operatoria, le zone per il lavaggio chirurgico e i corridoi che conducono alle zone ad accesso limitato. Il personale autorizzato ad accedere a tali zone ha l'obbligo di indossare la divisa di sala operatoria e la cuffia copricapo che racchiude interamente i capelli.

Le zone ad accesso limitato comprendono qualunque zona in cui soggiorna il personale che si è sottoposto alle opportune procedure igieniche o in cui vengono aperti materiali sterili. Il personale autorizzato ad accedere a tali zone ha l'obbligo di indossare la divisa di sala operatoria e la mascherina che copre bocca e naso.



1.3 Si monitorano e mantengono le adeguate condizioni di riscaldamento, ventilazione, temperatura e umidità in sala operatoria/sala procedure invasive, nel rispetto degli standard, delle norme di legge e dei regolamenti applicabili.

Linea Guida

Ciò riguarda la gestione dei sistemi di riscaldamento, ventilazione e aria condizionata che controllano la temperatura, l'umidità, gli odori e i ricambi dell'aria, come anche la prevenzione dell'esposizione ai fumi chirurgici.



1.4 Gli impianti di distribuzione dei gas medicali, tra cui i gruppi di raccordo a bassa pressione, i regolatori di pressione e le unità terminali, sono certificati e revisionati annualmente.



1.5 I connettori degli impianti di distribuzione dei gas medicali non sono intercambiabili tra i vari gas.



1.6 Si monitorano e mantengono il flusso e la qualità dell'aria in sala operatoria/sala procedure invasive, in linea con gli standard applicabili per il tipo di procedure che vi sono eseguite.



1.7 La sala in cui si eseguono procedure chirurgiche e invasive ha almeno 20 ricambi d'aria all'ora.

Linea Guida

Le altre procedure, ad es. il cateterismo cardiaco, l'endoscopia, la broncoscopia e la cistoscopia, richiedono una sala con 20 ricambi d'aria ogni ora, come nell'unità di cure post-anestesia.



1.8 Le condotte hanno filtri antibatterici ogni qualvolta siano necessari campi sterili.



1.9 La sala operatoria/sala procedure invasive ha una zona ad accesso limitato riservata al deposito dei materiali sterili.



1.10 Si dispone di un calendario per la pulizia periodica e approfondita della sala operatoria/sala procedure invasive e delle zone attigue affisso in un posto accessibile a tutti i componenti del team.

Linea Guida

La programmazione degli interventi di pulizia deve prevedere la pulizia preliminare, la pulizia post-procedura, la pulizia terminale, la pulizia settimanale e la pulizia mensile.

2.0 Le apparecchiature chirurgiche e i dispositivi medici sono sicuri da utilizzare.



2.1 Si calibrano le apparecchiature chirurgiche e i dispositivi medici attenendosi alle istruzioni del produttore.



2.2 Si dispone di un processo per la gestione degli avvisi e dei richiami relativi alle apparecchiature.

Linea Guida

Il processo include:

- Identificare gli avvisi e i richiami
- Diffondere gli avvisi e i richiami in modo adeguato a tutto il team
- Adottare provvedimenti in merito agli avvisi e ai richiami (es. sospendere dall'uso l'apparecchio interessato)
- Documentare gli avvisi e i richiami e le contromisure adottate

Si assegna la responsabilità a membri specifici del team di controllare gli avvisi di richiamo e di distribuirli in tutta l'organizzazione.



2.3 Gli apparecchi chirurgici o i dispositivi medicali ricondotti in sala operatoria/sala procedure invasive dopo un intervento di riparazione/sostituzione sono chiaramente identificati con la data della loro resa e una nota firmata in cui è descritto l'intervento effettuato o l'acquisto del nuovo componente.



2.4 Per ciascun dispositivo e parte di apparecchio contaminati un membro del team adeguatamente addestrato stabilisce il livello di sanificazione richiesto sulla base di un sistema di classificazione riconosciuto.

Linea Guida

Si utilizza un sistema di classificazione, ad es. la classificazione di Spaulding, per identificare i materiali critici, semi-critici, o non-critici in funzione della loro potenziale capacità di diffondere infezioni. Per ogni livello esistono dei requisiti specifici atti a ridurre il rischio infettivo. Ad es., tutti i materiali critici devono essere adeguatamente sterilizzati, mentre i materiali semi-critici possono richiedere solo la disinfezione.



2.5 Se un dispositivo/apparecchio riutilizzabile necessita di disinfezione, un componente del team formato e competente esegue la procedura dettagliata per la pulizia e la disinfezione secondo le istruzioni impartite dall'organizzazione e dal produttore.

Linea Guida

Le procedure per la disinfezione includono cernita, immersione, lavaggio, risciacquo e asciugatura del dispositivo/apparecchio medico, come anche l'ispezione di ciascun elemento dopo l'asciugatura al duplice scopo di assicurarne il corretto funzionamento e di individuare eventuali scheggiature, bordi inappropriatamente taglienti, usura o altri difetti.



2.6 Nella scelta dei disinfettanti si tiene conto della compatibilità con il dispositivo da trattare, della compatibilità con altri agenti utilizzati per la disinfezione o sterilizzazione, della destinazione d'uso del dispositivo da trattare, come pure della sicurezza dei pazienti, del personale e dell'ambiente.



2.7 Per ciascun disinfettante, ci si attiene alle prescrizioni del rispettivo produttore per quanto concerne istruzioni per l'uso, tempo di contatto, periodo di validità, conservazione, diluizione appropriata e uso di dispositivi di protezione individuale.



2.8 Si introducono i materiali contaminati in appositi contenitori e li si trasporta così all'unità/zona preposta alla sanificazione.

Linea Guida

Ci si attiene alle procedure formali per inserire i materiali usati in appositi contenitori e trasportarli a/da l'unità preposta alla sanificazione. La sanificazione può essere eseguita in un'area specifica all'interno dell'organizzazione o in un altro locale, oppure esternalizzata a un fornitore privato.



2.9 Si trasportano i materiali contaminati separatamente rispetto ai materiali puliti o sterilizzati, lontano dalle zone destinate all'erogazione dell'assistenza e ad alta frequentazione.



2.10 Nel trasporto di apparecchi e dispositivi medici contaminati ci si attiene alle normative vigenti in materia, si verificano le condizioni ambientali e si utilizzano contenitori, scatole, sacchi e veicoli idonei e puliti.

Linea Guida

Le condizioni ambientali si riferiscono alla temperatura e al tasso di umidità.

Possono essere richiesti particolari requisiti nel caso in cui i dispositivi/apparecchi medici debbano essere trasportati per lunghi tragitti.



2.11 Si ricorre alla sterilizzazione espressa (o ciclo 'flash') in sala operatoria/sala procedure invasive soltanto in caso di emergenza, ma mai per set completi o dispositivi impiantabili.

Linea Guida

Una situazione di emergenza in cui si richiede la sterilizzazione espressa si crea, ad esempio, nel caso in cui un dispositivo altamente specialistico cada nel corso della procedura e debba essere sterilizzato prima dell'uso.



2.12 L'annotazione di ogni sterilizzazione espressa/ciclo 'flash' è conservata all'interno dei file del team.

Linea Guida

L'uso della sterilizzazione espressa/ciclo 'flash' è documentato in un'apposita scheda e nella cartella clinica del paziente.



2.13 Si conservano gli apparecchi chirurgici, i dispositivi medici e i materiali puliti e sterili separatamente dagli apparecchi sporchi e dai rifiuti, in conformità alle istruzioni fornite dal produttore.

Linea Guida

Si dovrebbe tenere i materiali puliti e sterili separati tramite appositi contenitori, collocandoli in altro luogo, limitando il traffico oppure spostandoli indipendentemente l'uno dall'altro.



2.14 Si verificano i titoli, le abilitazioni e la competenza dei membri del team che intervengono nei processi di sanificazione in sala operatoria/sala procedure invasive.

3.0 Si conservano i medicinali in modo sicuro all'interno dell'area chirurgica.



3.1 La dotazione di farmaci dell'area chirurgica è appropriata alle procedure eseguite e al bacino di utenza.



3.2 I medicinali disponibili nell'area chirurgica sono conservati in un locale chiuso o in un luogo parimenti sicuro, in linea con le politiche elaborate dall'organizzazione in merito allo stoccaggio dei farmaci.



3.3 Il contenuto dei carrelli dei medicinali per l'area chirurgica è standardizzato in tutta l'organizzazione.



3.4 Si riduce al minimo l'uso di fiale multidose.

FORNIRE SERVIZI SICURI ED EFFICACI

4.0 Si offre accessibilità assistenziale tempestiva e coordinata a pazienti attuali e potenziali, ai familiari, ai team e alle organizzazioni sanitarie invianti.



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

Linea Guida

Le richieste assistenziali possono provenire da pazienti, 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 di rispondere ai bisogni del paziente è monitorata impostando e tracciando i tempi di risposta alle richieste di prestazioni nonché raccogliendo le opinioni espresse da pazienti e familiari, organizzazioni invianti e altri gruppi.



4.2 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 a livello di lingua, cultura, livello di istruzione, stile di vita e disabilità fisica o mentale.



4.3 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 gruppo di soddisfarle.



4.4 Si segue una processo per ottenere dagli altri professionisti sanitari i dati necessari per stabilire il tipo di procedura chirurgica da proporre al paziente.

Linea Guida

Si ritira come parte integrante del processo qualsiasi scheda contenente le informazioni di valutazione e modulo di consenso alla ricerca che riguardano la procedura e che il paziente aveva già firmato in precedenza. Si prende in considerazione il contributo di tutti i professionisti sanitari coinvolti, quali quelli dei servizi di diagnostica per immagini, del laboratorio e delle organizzazioni invianti.

Questa fase può svolgersi al di fuori dell'organizzazione, ad esempio, presso lo studio del chirurgo o un servizio di preospedalizzazione.



4.5 Si utilizzano strategie di pianificazione a blocchi al fine di ottimizzare il flusso di pazienti.

Linea Guida

Essere consapevoli del fattore variabilità è indispensabile per migliorare il flusso di pazienti. Assegnare correttamente le procedure e utilizzare la pianificazione a blocchi (block time) può semplificare la gestione del volume delle procedure elettive. Un esempio di pianificazione strategica consiste nel separare il flusso degli interventi programmati rispetto a quello dei casi urgenti/di emergenza oppure nel limitare i tipi di interventi elettivi. Si dovrebbe tenere in considerazione anche il tempo per la corretta sanificazione dei dispositivi. Una programmazione corretta può migliorare l'utilizzo dei posti letto, ridurre gli straordinari e contribuire ad accrescere la sicurezza per i pazienti.



- 4.6 Si dispone di un processo proattivo standardizzato per l'assegnazione degli indici di priorità e la programmazione delle procedure elettive.

Linea Guida

Il processo consente di aggiungere agli interventi programmati i pazienti ricoverati e i casi di emergenza, secondo necessità.



- 4.7 Le liste di attesa sono regolarmente monitorate ed aggiornate e i pazienti sono informati della data prevista per la loro procedura programmata.



- 4.8 Si dispone di un processo per identificare e trattare i pazienti le cui condizioni evolvono in critiche o di urgenza mentre sono in lista d'attesa.



- 4.9 Si monitorano i tempi d'attesa per i servizi e li si confronta con quelli degli obiettivi riconosciuti (ad es. i tempi di attesa regionali).



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

Linea Guida

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



4.11 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.



5.0 Pazienti e familiari collaborano alle prestazioni assistenziali.

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

Linea Guida

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



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

Linea Guida

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


5.3

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

Linea Guida

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


5.4

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

Linea Guida

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

Ci si attiene alla legislazione vigente quando 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 auspicato tra paziente e familiari.



5.5

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

Linea Guida

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

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

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


5.6

Si forniscono al paziente le istruzioni per prepararsi alla procedura e si sottolinea quanto è importante che vi si attenga, congiuntamente allo stesso e ai familiari.

Linea Guida

Le istruzioni sono fornite verbalmente e per iscritto, in un linguaggio comprensibile per il paziente.

Possono includere indicazioni riguardanti che cosa mangiare/bere, assunzione di medicinali, preparazione della cute, necessità di rimuovere trucco/monili e speciali disposizioni per il trasporto, se necessario.

Includono le eventuali conseguenze del mancato rispetto delle istruzioni per la preparazione preoperatoria (es. la procedura può essere cancellata).

Le istruzioni riguardano anche la modalità per contattare il team in caso di domande o dubbi.


5.7

Si forniscono al paziente le informazioni relative alla modalità con cui proteggersi dalle infezioni sia prima che dopo la procedura.

Linea Guida

Le infezioni del sito chirurgico possono essere causate da batteri già presenti sulla cute o nelle membrane mucose. Al paziente possono essere fornite informazioni e istruzioni su che cosa fare prima dell'atto operatorio al fine di ridurre il rischio d'infezione, ad esempio farsi la doccia con detergente a base di clorexidina gluconato e dormire su lenzuola pulite la sera prima dell'intervento.



5.8

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

Linea Guida

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

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



5.9

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

Linea Guida

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



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



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

Linea Guida

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

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



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

Linea Guida

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

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



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

Linea Guida

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



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

Linea Guida

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

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

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



5.15 Si forniscono a pazienti e familiari le informazioni sui 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; avere la presenza di una persona di sostegno o di un rappresentante terapeutico; opporsi a una decisione relativa al piano terapeutico o presentare reclami; partecipare o meno a un'attività di ricerca o una sperimentazione clinica; ricevere assistenza in maniera sicura e competente; sollevare dubbi sulla qualità assistenziale.

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

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



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



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

Linea Guida

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

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



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

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

Linea Guida

Gli elementi della salute fisica sono rappresentati da:

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

Gli elementi della salute psicosociale sono rappresentati da:

- stato funzionale ed emozionale di familiari e altri soggetti coinvolti nell'assistenza
- capacità ed efficacia quanto a comunicativa e autocura
- stato di salute mentale, con incluse le caratteristiche comportamentali e caratteriali
- stato cognitivo
- stato socio-economico
- esigenze e credo tanto spirituali quanto culturali



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

Linea Guida

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



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

Linea Guida

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



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

Linea Guida

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

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



6.5

Nella valutazione rientra la discussione con il paziente delle opzioni e preferenze relative alla gestione del dolore postoperatorio.

Linea Guida

Le strategie per la gestione del dolore possono includere la somministrazione di analgesici, tra cui oppiacei e adiuvanti se necessario, oltre a metodologie d'intervento comprendenti metodi fisici, comportamentali e psicologici. Ci si può avvalere di consulti con gli esperti, ricerche e evidenza per capire quali sono i metodi migliori per la gestione del dolore. All'assistito vengono proposte queste opzioni in modo che possa scegliere la modalità preferita per la gestione e il controllo del dolore.

Si insegna, inoltre, all'assistito come gestire il dolore dopo la dimissione.


6.6

PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA: Pratiche organizzative Obbligatorie: Solo in caso di ricovero: 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 terapeutici avversi connessi all'uso di 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 e 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 si potrebbe 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

- 6.6.1 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.
- 6.6.2 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.
- 6.6.3 Il medico prescrittore utilizza la BPMH e le prescrizioni terapeutiche in atto per generarne di nuove al momento del trasferimento o della dimissione.
- 6.6.4 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.


6.7

La valutazione include i processi per la valutazione del rischio di nausea e vomito postoperatori (PONV).

Linea Guida

Si valutano e riducono laddove possibile i fattori di rischio di nausea e vomito postoperatori (PONV) del paziente.

Ove opportuno, è necessario somministrare farmaci per la profilassi. La scelta dei farmaci per la profilassi si basa sul livello di rischio del paziente, come anche sull'efficacia e sui potenziali effetti collaterali dei farmaci.

Ci si avvale del consulto con gli esperti, della ricerca e dell'evidenza per determinare i modi migliori di prevenire e curare la PONV.


6.8

Si valuta se il paziente è a rischio di sviluppare altri problemi di sicurezza e di salute in correlazione con le procedure chirurgiche e invasive, e si adottano provvedimenti per ridurre tali rischi in collaborazione con il paziente e i familiari.

Linea Guida

I rischi che l'essere sottoposti a procedure chirurgiche e invasive può porre per la sicurezza e la salute sono ipotermia perioperatoria, infezione, lesioni causate dal laser, lesioni da irradiazione, ustioni, lesioni correlate alla posizione, lesioni da corrente elettrica o da ritenzione di strumenti/oggetti.


6.9

Si associa ogni paziente ad una classe in base alla classificazione dello stato fisico secondo la Società Americana degli Anestesiisti (ASA).

Linea Guida

In base alle procedure dell'organizzazione, la classe della classificazione dello stato fisico può essere assegnata dal chirurgo, dall'anestesista o da un altro membro del team idoneo.



6.10 **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 gruppo 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 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



- 6.10.1 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 infortuni è ridotto.
- 6.10.2 I membri del gruppo e i volontari vengono istruiti mentre i pazienti e familiari e curanti ricevono informazioni sulle modalità per prevenire le cadute e ridurre gli infortuni associati.
- 6.10.3 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 migliorie necessarie.

6.11 **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 validati 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 piaghe da decubito
- la scala di Norton per la valutazione del rischio di piaghe 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

- 6.11.1 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.

- 6.11.2 Si rivaluta ogni paziente a rischio di sviluppo di lesioni da decubito a intervalli regolari e in presenza di variazioni significative nel suo stato.
- 6.11.3 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.
- 6.11.4 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.
- 6.11.5 Si misura l'efficacia delle strategie di prevenzione delle lesioni da decubito e i risultati sono utilizzati per apportare gli eventuali miglioramenti.



6.12 **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 collettivo per la trombosi venosa profonda (TVP) e per 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

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

- 6.12.3 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.
- 6.12.4 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.
- 6.12.5 Si forniscono informazioni a pazienti e gli operatori sul rischio di TEV e su come prevenirlo.



- 6.13 Una valutazione pre-anestesia è condotta dall'anestesista prima dell'inizio della procedura in collaborazione con il paziente e i familiari.

Linea Guida

Si valuta l'idoneità clinica del paziente, se ne riesamina la terapia farmacologica e si determinano potenziali problemi correlati alla somministrazione dell'anestesia.



- 6.14 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 inclusi oppioidi e coadiuvanti così come anche interventi a livello fisico, comportamentale e psicologico, possono essere discusse cosicché il paziente sia in grado di sviluppare la scelta migliore.

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

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | 6.15 Esami di laboratorio e diagnostici assieme al consulto di esperti sono disponibili in maniera tempestiva al fine di sostenere una valutazione completa. | |
|  |  |  | 6.16 I risultati della valutazione vengono condivisi con paziente e altri operatori in maniera tempestiva e facilmente comprensibile. | |
| Linea Guida | | | La condivisione dei risultati della valutazione eseguita in maniera adeguata è sinonimo di chiarezza e previene duplicazioni superflue. Si rendono le informazioni facilmente comprensibili conformandole ai livelli di alfabetizzazione nonché tipo di lingua e cultura del paziente. | |
|  |  |  |  | 6.17 Si dispone di un processo per trasmettere i risultati della valutazione preoperatoria al team di sala operatoria/sala procedure invasive. |



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

Linea Guida

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

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



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

Linea Guida

Aggiungere nel piano terapeutico informazioni riguardanti quello sulla transizione verso il domicilio del paziente, 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 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 adeguatamente consapevoli e preparati.

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



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

7.1 Si prevede per i pazienti da sottoporre a procedure chirurgiche o comunque invasive un approfondito processo di ricovero, in collaborazione con i pazienti e i familiari, che comprende anche la necessità di documentare eventuali variazioni delle condizioni di salute rispetto alla valutazione pre-ricovero.

Linea Guida

Durante il ricovero, si ha conferma che il paziente si è attenuto rigorosamente alle istruzioni per la preparazione alla procedura; si verificano la natura della procedura e il sito interessato; e si consegnano al paziente diversi identificativi (es. braccialetto e tesserino di riconoscimento con foto).



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


7.3

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

7.3.1 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.



7.4

Tutte le prestazioni assistenziali ricevute dal paziente, incluse 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.



7.5

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



7.6

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

Linea Guida

La ritardata o mancata comunicazione di eventuali mutamenti 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 gli operatori.



7.7

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

Linea Guida

La documentazione dei progressi verso gli obiettivi terapeutici viene fatto utilizzando metodi sia qualitativi che quantitativi, ed include il paziente e la famiglia. A tal fine possono essere utilizzati strumenti standardizzati per la valutazione, discussioni con pazienti e familiari, e l'osservazione diretta.



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

Linea Guida

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

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



7.9 Pazienti 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 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.


7.10

Si offre supporto a familiari, operatori e altri pazienti durante 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 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 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 gruppo e volontari comprendenti supporto volontario o servizi professionali.



7.11 **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

- 7.11.1 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.
- 7.11.2 Si usano strumenti documentali e strategie comunicative per standardizzare il trasferimento di informazioni relativamente alle transizioni assistenziali.
- 7.11.3 Durante le transizioni assistenziali, pazienti e familiari ricevono le informazioni ad essi utili a fini decisionali e di supporto terapeutico.
- 7.11.4 Le informazioni condivise durante le transizioni assistenziali sono documentate.
- 7.11.5 L'efficacia comunicativa è valutata e migliorata sulla base di riscontri ricevuti. I meccanismi valutativi possono comprendere:
- l'uso di uno strumento di controllo (audit) (osservazione diretta o riesame della cartella clinica) adatto a stimare la conformità a processi standard e gli aspetti qualitativi del trasferimento di informazioni
 - chiedere a pazienti, familiari e operatori sanitari conferma di aver ricevuto i dati utili
 - valutare gli eventi avversi correlati al trasferimento di informazioni (ad esempio, con il sistema di gestione degli incidenti a danno della sicurezza dei pazienti)



8.0 Si controllano tutte le apparecchiature, i dispositivi e i materiali richiesti per la procedura (chirurgica)

8.1 Si ottiene conferma della disponibilità di tutti i materiali necessari e del funzionamento delle apparecchiature prima che il paziente entri nella sala operatoria/sala procedure invasive.

Linea Guida

La verifica degli apparecchi implica confermare che tutti i componenti sono collegati correttamente; ispezionare l'imballaggio e i componenti per escludere la presenza di residui o materiale organico visibili, soprattutto sui dispositivi endoscopici; e verificare che tutti i componenti siano disponibili e funzionanti. Il tempo necessario per la verifica degli apparecchi deve essere adeguato al tipo del singolo apparecchio.

Nel caso in cui i materiali o le apparecchiature necessarie non siano presenti nella sala operatoria/sala procedure invasive, si ottengono prima che il paziente entri nella suddetta sala.



8.2 La sala operatoria/sala procedure invasive contiene dispositivi per l'aspirazione prontamente accessibili e dispositivi per l'aspirazione secondari.



8.3 Si verifica l'integrità dell'imballaggio di tutti i materiali sterili.



8.4 Si verificano tutti gli indicatori chimici riportati sulle confezioni sterili, o al loro interno, in linea con i processi definiti dall'organizzazione.


8.5

Si segue una politica e una procedura per l'esecuzione del conteggio dei materiali, le quali stabiliscono quali materiali devono essere conteggiati e quando ciò deve avvenire, come pure le modalità per gestire le difformità nel conteggio e la documentazione richiesta.

Linea Guida

L'organizzazione o il team può elaborare la politica e la procedura per il conteggio dei materiali.

Garze, aghi, fili di sutura e bisturi dovrebbero essere conteggiati per tutte le procedure a seconda del caso, in particolare

- Prima di iniziare l'intervento chirurgico
- Durante l'intervento chirurgico, al primo strato di chiusura
- Alla chiusura della cute
- Durante l'intervento chirurgico, prima della chiusura di una cavità
- Qualora sussista la possibilità che uno strumento possa essere rimasto all'interno del sito chirurgico
- Al momento dell'eventuale cambio di turno


8.6

In caso di difformità nel conteggio, si segue una procedura che consiste nel ripetere il conteggio, ricercare il materiale mancante, utilizzare le tecnologie di imaging, documentare la difformità e segnalare il problema al chirurgo e ad altri professionisti sanitari.

Linea Guida

La documentazione include l'annotazione della difformità riscontrata nell'apposita scheda di conteggio, la compilazione di un verbale e la necessità di documentare tutti i provvedimenti adottati nella cartella clinica.



8.7 Almeno due membri designati del team conducono, documentano e firmano il conteggio chirurgico.

Linea Guida

Tutto il personale che partecipa al conteggio firma l'apposita scheda. I componenti del team responsabili del conteggio dei materiali devono essere d'accordo sul numero di materiali contati.



9.0 Si prepara il paziente alla procedura.

9.1 Si verifica la completezza dei dati clinici del paziente, inclusa la valutazione e qualunque referto strumentale pertinente, in collaborazione con lo stesso.

Linea Guida

I dati da confermare comprendono; anamnesi ed esame obiettivo; tutti i referti diagnostici; segni vitali; allergie; avvenuto rispetto del digiuno; rimozione di protesi (comprese le protesi dentarie), apparecchi acustici e occhiali; farmaci, inclusi rimedi omeopatici; e verifica dell'esistenza di un testamento biologico, a seconda del caso.


9.2

Si segue un processo per confermare il sito della chirurgia in collaborazione con il paziente.

Linea Guida

Contrassegnare il sito chirurgico consente di evitare che l'intervento sia eseguito sul sito sbagliato, ma è fondamentale che le prassi di marcatura siano coerenti. Identificare e verificare il sito chirurgico rientra tra le funzioni del team chirurgico. I rischi di eseguire l'intervento sulla parte sbagliata sono accresciuti dai seguenti fattori:

- Mancato coinvolgimento del paziente nel processo
- Inesattezza o incompletezza dei dati
- Assenza di processi di verifica formali

Nell'ambito del processo di ricovero, i membri del team ricevono istruzioni su come e quando contrassegnare fisicamente il sito chirurgico e sulla necessità di individuare metodi alternativi nel caso in cui il paziente rifiuti la marcatura sulla cute oppure il sito chirurgico non si presti di per sé alla marcatura (es. membrane mucose).

La marcatura del sito chirurgico dovrebbe essere eseguita dal chirurgo quando il paziente è vigile e cosciente, oltre che collaborante.


9.3

PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA: Pratiche organizzative Obbligatorie: Una checklist per la sicurezza in sala operatoria viene utilizzata per confermare l'adesione alle fasi di sicurezza utili per l'intervento chirurgico.

Linea Guida

Gli interventi chirurgici rappresentano aspetti sempre più complessi dell'assistenza sanitaria e il rischio elevato di danni potenzialmente evitabili. Le checklist per la sicurezza in sala operatoria ricoprono un ruolo importante nel migliorare la sicurezza a livello di interventi chirurgici. Possono ridurre la probabilità di complicanze post-operatorie e spesso migliorarne gli outcome.

Vi si ricorre nelle fasi di avvio, conduzione e formalizzazione della comunicazione fra i membri del team che eseguono l'intervento con relativa integrazione nel flusso operatorio.

Delle checklist per chirurgia sicura sono state sviluppate e sono rese disponibili da fonti canadesi (Canadian Patient Safety Institute) e internazionali (Organizzazione Mondiale della Sanità). Ogni checklist segue tre fasi:

- i. sign in – prima dell'induzione dell'anestesia
- ii. time out – prima dell'incisione cutanea
- ?????iii. sign out – prima che il paziente abbandoni la sala operatoria

Prove di Conformità

- 9.3.1 Il team concorda su una checklist suddivisa in tre fasi a cui ricorrere in sala operatoria durante gli interventi chirurgici.
- 9.3.2 Si utilizza la checklist per ogni intervento chirurgico.
- 9.3.3 Si dispone di un processo per monitorare l'aderenza alla checklist.
- 9.3.4 Si valuta l'uso della checklist condividendo i risultati con il team.
- 9.3.5 Si utilizzano i risultati della valutazione sulla checklist per migliorarne l'implementazione ed estenderne l'uso.



9.4

Si utilizzano percorsi di cura o linee guida specifiche per la singola procedura al fine di preparare il paziente all'intervento e favorire il suo recupero postoperatorio.

Linea Guida

I percorsi di cura sono aggiornati costantemente per essere in linea con le nuove migliori pratiche riguardanti l'erogazione dei servizi perioperatori. Ad esempio, per ridurre il rischio d'infezione del sito chirurgico, il percorso di cura può prevedere nel piano terapeutico la antibiotico-profilassi oppure il controllo postoperatorio del glucosio sierico in funzione della natura della procedura e delle condizioni del paziente.

Anche se i percorsi di cura e le linee guida non sono disponibili per ogni procedura, l'obiettivo è di promuovere quanto più possibile la standardizzazione tra i professionisti sanitari e i team. Per le organizzazioni che hanno più sedi, i percorsi di cura dovrebbero essere coerenti tra tutte le sedi.



9.5

I gioielli, piercing, lenti a contatto, protesi (comprese le protesi dentarie) e occhiali del paziente devono essere rimossi prima dell'atto operatorio.

Linea Guida

Rimuovere gioielli, piercing, ecc., prima dell'atto operatorio può prevenire l'insorgenza di infezioni e complicanze durante la procedura.



9.6

Si segue un processo per la preparazione appropriata della cute prima dell'atto operatorio.

Linea Guida

La preparazione della cute dovrebbe avvenire prima di coprirlo con teli sterili.

La preparazione della cute consiste in detersione del sito chirurgico e delle aree circostanti, depilazione (laddove necessario per evitare interferenze) e applicazione di antisettici.

La preparazione della cute è documentata nella scheda riassuntiva.


9.7

Si posiziona il paziente in modo da ottenere la migliore esposizione del campo operatorio, avendo cura di non oltrepassare i suoi limiti di tolleranza e le necessità intraoperatorie, e si documenta il posizionamento.

Linea Guida

I fattori relativi al paziente che influiscono sul posizionamento sono: età, altezza e peso; condizioni della cute; stato nutrizionale; patologie preesistenti; e limiti fisici/mobilità.

I fattori intraoperatori che influiscono sul posizionamento sono: tipo di anestesia utilizzata; durata dell'atto operatorio; e posizione appropriata per l'accesso chirurgico.

La posizione del paziente dovrebbe essere coerente con il corretto allineamento e le funzioni fisiologiche al fine di favorire la sicurezza e il confort durante la procedura.

È consentito l'uso di dispositivi di supporto, garze, sistemi di contenzione (es. cinghie di sicurezza, nastri) e letti chirurgici speciali al fine di favorire il corretto posizionamento del paziente.

Le informazioni per il posizionamento del paziente, incluse la valutazione preoperatoria, il tipo di posizione ed eventuali cambiamenti di posizione, come anche l'indicazione dei componenti del team che intervengono nell'esecuzione delle relative manovre, sono segnate nel registro/dossier e firmate dai responsabili del posizionamento.


9.8

Si adottano provvedimenti per mantenere la temperatura corporea del paziente durante la procedura.

Linea Guida

I provvedimenti possono includere posizionamento di lenzuoli e coperte, monitoraggio della temperatura o riscaldamento ad aria forzata.



9.9 Un componente qualificato del team monitora e documenta i segni vitali del paziente prima e durante la procedura.

Linea Guida

I segni vitali includono ossigenazione, ventilazione, circolazione e temperatura.

È possibile utilizzare sistemi di monitoraggio meccanico o elettronico che migliorano la sicurezza attraverso l'invio di messaggi di allarme, ma non possono in alcun modo sostituire la sorveglianza continua da parte del personale e dei professionisti sanitari.



9.10 Si seguono procedure consolidate per il posizionamento dei teli sterili.

Linea Guida

Nel posizionamento dei teli sterili sul campo operatorio, si tiene conto dei seguenti fattori:

- l'estensione del campo sterile
- la posizione e la lunghezza dell'incisione
- il numero di componenti del team che assistono all'intervento chirurgico
- gli apparecchi e strumenti sterili da collocare sul campo operatorio.



9.11 Immediatamente prima dell'inizio della procedura, si effettua e si documenta la verifica preoperatoria finalizzata a confermare l'identità del paziente e la correttezza della procedura (tipo, sede e lato).

Linea Guida

La verifica preoperatoria è volta a migliorare la sicurezza del paziente, giacché costituisce un'ulteriore occasione per accertare l'esattezza dei dati fondamentali.

È indispensabile che tutti i componenti del team siano d'accordo sui dati controllati in sede di verifica preoperatoria prima che la procedura possa avere inizio.

Si procede all'annotazione della verifica preoperatoria nel registro/dossier appropriato e il team la firma.

10.0 Si somministrano i medicinali nel campo sterile in modo sicuro.



10.1 Prima di consegnare i medicinali nel campo sterile, due componenti del team li passano in rassegna tutti per confermarli verbalmente e visivamente.

Linea Guida

La verifica consiste nel confermare che i farmaci selezionati sulla base delle preferenze del chirurgo corrispondano a quelli indicati dal medico prescrittore.



10.2 Si consegnano i farmaci nel campo sterile utilizzando una tecnica asettica.



10.3 Ogni medicinale e soluzione contenuto nel campo sterile è etichettato.



10.4 Tutti i medicinali e le soluzioni contenuti nel campo sterile sono comunicati nel momento della pausa o all'eventuale cambio turno ai membri del team opportuni.



10.5 Si conduce un doppio controllo indipendente prima di somministrare medicinali ad alto livello di attenzione nel campo sterile.

Linea Guida

I medicinali ad alto livello di attenzione presentano un accresciuto rischio di cagionare un danno significativo al paziente se somministrati in modo improprio. I medicinali ad alto livello di attenzione includono: antitrombotici, adrenergici, chemioterapici, elettroliti concentrati, insulina, narcotici (oppioidi), neurobloccanti e sedativi.

Una lista dei medicinali ad alto livello di attenzione che richiedono un doppio controllo indipendente prima della somministrazione è stabilita dall'organizzazione.

Doppio controllo indipendente significa chiedere a un altro membro del team di verificare ciascuna fase dei processi di prescrizione, dispensazione e verifica dei medicinali ad alto livello di attenzione. In ciò può rientrare la verifica dell'identità del paziente, della terapia, della concentrazione, della velocità di infusione e dell'inserzione del catetere. Il doppio controllo indipendente può includere l'uso di un codice a barre. Comunque, tale metodo non può essere utilizzato per verificare la dose.



10.6 Si documentano tutti i medicinali somministrati nel campo sterile.



10.7 Si conservano tutti i contenitori dei medicinali utilizzati nel campo sterile fino alla conclusione della procedura.

11.0 Si somministrano i medicinali nel campo non sterile in modo sicuro.



11.1 Nel preparare la somministrazione dell'anestesia (inclusa la sedazione cosciente), si tiene conto dei farmaci disponibili, delle linee guida per la somministrazione, delle potenziali complicanze ed effetti collaterali, come anche delle indicazioni/controindicazioni.



11.2 Le apparecchiature di emergenza e i sistemi di sostegno delle funzioni vitali sono disponibili ogni volta che si somministra l'anestesia.



11.3 I medicinali e i relativi materiali contenuti sul carrello per anestesia sono standardizzati.

Linea Guida

Standardizzare il contenuto del carrello per anestesia consente di ridurre gli errori correlati alla somministrazione dei farmaci. La standardizzazione assicura la coerenza e può ridurre gli errori legati al fattore umano.

I medicinali contenuti nel carrello d'anestesia dovrebbero essere organizzati per ordine e frequenza d'uso, come anche in base alla gravità del potenziale danno. I medicinali con confezioni simili dovrebbero essere tenuti separati.



11.4 Si completa la checklist pre-anestesia prima di somministrarla.

Linea Guida

Si verifica la disponibilità e il funzionamento delle apparecchiature richieste, inclusi aspiratori, monitor e vaporizzatori. Si controllano altresì i segnali di allarme emessi dalle apparecchiature per verificare che siano udibili.



11.5 Si tiene sotto sorveglianza il paziente durante e immediatamente dopo la somministrazione dell'anestesia, in linea con le procedure previste dall'organizzazione.



11.6 I componenti del team qualificati riportano nell'apposita scheda del paziente i parametri fisiologici monitorati durante la procedura.



11.7 Si documentano nella cartella clinica del paziente tutti i dettagli relativi alla somministrazione dell'anestesia, inclusi eventuali eventi insoliti, la durata dell'anestesia e le condizioni al risveglio.



12.0 Si adottano provvedimenti per prevenire e ridurre al minimo le infezioni.

12.1 Si applicano le precauzioni standard per ridurre il rischio di infezione per i pazienti e per i membri del team.

Linea Guida

Le pratiche d'uso corrente, dette anche precauzioni standard o precauzioni universali, si basano sul presupposto che tutti i pazienti e il loro ambiente potrebbero essere stati contaminati da microrganismi patogeni. Le pratiche d'uso corrente possono proteggere il paziente e il personale contro il rischio di infezione.

Le precauzioni standard includono:

- Lavaggio delle mani
- Uso di dispositivi di protezione individuale (DPI) appropriati, quali guanti, camici idrorepellenti, copricapo, copricalzari, maschere facciali, mascherine e occhiali
- Smaltimento di tutti i DPI in una zona o contenitore appropriati.



12.2 Si indossa l'abbigliamento obbligatorio all'interno della zona in cui si eseguono procedure chirurgiche.



12.3 Ci si attiene alle procedure previste per lo scrub delle mani e per indossare camice e guanti.



12.4 I membri del team qualificati somministrano gli antibiotici per la profilassi nell'arco di tempo appropriato.

Linea Guida

Gli antibiotici pre-operatori riducono il rischio di infezione del sito chirurgico. Vengono documentati i casi in cui gli antibiotici per la profilassi non sono stati somministrati.



12.5 Si adoperano precauzioni verso i microrganismi patogeni trasmissibili per via aerea, per goccioline (droplet) o contatto, a seconda del caso, al fine di ridurre il rischio di infezione per i pazienti e i membri del team.

Linea Guida

Le precauzioni verso i microrganismi patogeni trasmissibili per via aerea, per goccioline o da contatto si affiancano alle pratiche d'uso corrente. Ogni specifica organizzazione determina le circostanze in cui tali precauzioni devono essere adottate (ad es. in caso di paziente con diagnosi sospetta o accertata di talune infezioni).

Le precauzioni verso i microrganismi patogeni trasmissibili per via aerea impongono l'uso di maschere ad alta filtrazione (es. N95), di tenere quanto più possibile chiusa la porta di accesso alla sala operatoria/sala procedure invasive; di cambiare la pressione dell'aria in sala operatoria/sala procedure invasive da positiva a negativa; di affiggere sulle porte cartelli che ricordano di utilizzare dispositivi per prevenire la diffusione di microrganismi patogeni per via aerea; di utilizzare apparecchi di anestesia monouso; e di far indossare al paziente una maschera chirurgica durante il trasporto.

Le precauzioni verso i microrganismi patogeni trasmissibili per goccioline impongono l'uso da parte del paziente della maschera chirurgica durante il trasporto, di affiggere sulle porte di accesso alla sala operatoria/sala procedure invasive cartelli che ricordano di utilizzare dispositivi per prevenire la diffusione di microrganismi patogeni per goccioline; e di utilizzare maschere ad alta filtrazione e sistemi di protezione per gli occhi nel caso sussista il rischio che fluidi organici possano venire a contatto con gli occhi.

Le precauzioni verso i microrganismi patogeni trasmissibili da contatto impongono di programmare queste procedure a fine giornata; di rimuovere tutte le apparecchiature non necessarie dalla sala operatoria/sala procedure invasive; di affiggere sulle porte cartelli che ricordano di utilizzare dispositivi per prevenire la diffusione di microrganismi patogeni da contatto; di indossare i guanti quando si viene a contatto con il paziente; di indossare il camice se vi è il rischio che gli abiti vengano a contatto con il paziente, oppure che si possano toccare superfici od oggetti che sono venuti a contatto con il paziente; di far risvegliare il paziente in sala operatoria/sala procedure invasive oppure in una zona isolata separata; di effettuare la pulizia terminale della sala alla fine della procedura; e di verificare che la cartella clinica non venga a contatto con la biancheria durante il trasporto.



12.6 Si utilizza una tecnica asettica per l'intera durata della procedura.

Linea Guida

Si adotta una tecnica asettica per creare/mantenere il campo sterile, dispensare materiali sterili e avere uno stoccaggio sterile.



12.7 Si dispone di procedure per la gestione degli spandimenti accidentali che si verificano durante la procedura.



12.8 Si gestiscono correttamente la biancheria sporca, il materiale infettivo e i rifiuti pericolosi.

Linea Guida

La corretta gestione dei materiali contaminati e infettivi previene il rischio di esposizione e infezione per chiunque sia presente in sala operatoria/sala procedure invasive. La gestione include le operazioni di raccolta, conservazione, trasporto e smaltimento dei materiali biologici pericolosi.

13.0 Si utilizzano in modo sicuro tutte le apparecchiature e i materiali.



13.1 Si utilizzano i dispositivi di protezione individuale nel rispetto delle istruzioni del produttore.

Linea Guida

Il corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale riduce il rischio di danni o lesioni cagionati da dispositivi medici quali laser, bisturi e elettrobisturi.



13.2 Laddove applicabile, si utilizzano le sorgenti laser in modo sicuro e in conformità agli standard riconosciuti.

Linea Guida

I potenziali rischi derivanti dall'utilizzo di sorgenti laser in ambito sanitario sono riconducibili a:

- Ustioni a occhi e cute
- Sostanze tossiche emesse dagli apparecchi laser
- Fumi (inclusi i pennacchi) generati dai componenti tissutali sottoposti al trattamento



13.3 Si adottano le dovute precauzioni per ridurre il rischio d'incendio correlato all'uso di apparecchi chirurgici specialistici e di dispositivi medicali.

Linea Guida

L'incendio si può sviluppare quando le fonti d'ignizione quali apparecchi chirurgici specialistici (tra cui unità elettrochirurgiche, dispositivi elettrochirurgici ad argon, ecografi e laser medici) vengono in contatto con un materiale combustibile (es. biancheria, teli sterili, soluzioni asettiche, camici, garze) e con un ossidante (es. ossigeno, ossido nitroso).

Le precauzioni da adottare per prevenire lo sviluppo di un incendio in sala operatoria/sala procedure invasive includono l'uso di antisettici e gel non infiammabili, di teli sterili umidi o ritardanti di fiamma, di acqua sterile o soluzione salina nel campo sterile, di materiali ritardanti di fiamma o di laser (es. tubi) e di finiture/rivestimenti idonei per gli strumenti chirurgici.

Per proteggere il paziente e il team in caso di incendio, si addestrano i componenti del team ad affrontare le fiamme, con riferimento anche alle procedure di evacuazione; inoltre, nella zona perioperatoria dovrebbe essere disponibile un estintore.



- 13.4 Si utilizza un sistema di eliminazione del fumo nel caso s'impieghi una qualunque sorgente di energia che genera pennacchi di fumo (es. unità elettrochirurgica).

Linea Guida

Il fumo chirurgico è generato dagli strumenti, come i laser, e dai dispositivi elettrochirurgici. I pennacchi di fumo possono contenere gas e vapori tossici, come anche virus.



- 13.5 Si utilizzano nella ferita soltanto materiali morbidi radiopachi (es. tamponi e garze).

Linea Guida

L'uso di marcatori radiopachi riduce il rischio di ritenzione di strumenti/oggetti, facilitandone l'identificazione e la localizzazione.



- 13.6 In caso di rottura di uno strumento durante la procedura, si documenta il fatto e si conservano tutti i pezzi.



- 13.7 Se uno strumento si rompe durante la procedura, viene eliminato dall'uso.



- 13.8 Si segnalano i guasti agli apparecchi che si verificano durante l'anestesia o la procedura ed si elimina l'apparecchio in questione dall'uso.

Linea Guida

Le segnalazioni riguardanti i guasti dovrebbero identificare chiaramente l'apparecchio (es. numeri di serie, numero di inventario) e indicare il tipo di guasto; data, ora e situazione che ha determinato il guasto; e i provvedimenti adottati per assicurare che l'apparecchio sia riparato o sostituito prima dell'utilizzo successivo.



14.0 Si dispone di un processo per la documentazione dei servizi perioperatori forniti.

14.1 Si documentano nella cartella clinica del paziente i conteggi di spugne, aghi e taglienti e altri strumenti.



14.2 Si registrano nella cartella clinica del paziente le protesi o gli impianti utilizzati durante la procedura.

Linea Guida

La registrazione dovrebbe riguardare: quantità, misura e tipo di protesi/impianti utilizzati; produttore; numero del lotto; numero di serie; data di scadenza; e sito/sede dell'impianto.



14.3 Si documenta la procedura eseguita.



14.4 Si registra il nome e la qualifica professionale di ciascun membro del team coinvolto nella procedura.



14.5 Si documentano i campioni o le colture prelevati durante la procedura e si etichetta con attenzione ciascun contenitore indicando la data, il nome del paziente e il tipo di tessuto.

Linea Guida

I campioni o le colture prelevati sono registrati nella cartella clinica e accuratamente identificati nel modulo di richiesta per esame istologico/citologico.

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



- 15.1 Il paziente è tenuto costantemente sotto osservazione durante il trasferimento dalla sala operatoria/sala procedure invasive al reparto da uno o più professionisti sanitari del team.

Linea Guida

L'osservazione costante serve a identificare rapidamente le reazioni post-chirurgiche o post-anestesia.



- 15.2 I dati pre- e intraoperatori del paziente sono comunicati dal team di sala operatoria/sala procedure invasive al team di reparto.

Linea Guida

L'evidenza dimostra che la cattiva o mancata comunicazione tra i componenti del team interdisciplinare è una causa importante di problemi connessi con la sicurezza del paziente. Comunicazioni accurate e tempestive devono essere considerate come una priorità nell'ottica di favorire la continuità delle cure e prevenire l'insorgenza incidenti che riguardano la sicurezza del paziente.

La comunicazione dei dati del paziente include la presentazione orale completa del caso e il passaggio della relativa documentazione (ad es. la cartella clinica).



- 15.3 Si tiene sotto costante sorveglianza il paziente fino al risveglio dall'anestesia, e si prende nota frequentemente dei segni vitali e di altri parametri.

Linea Guida

Si monitorano i pazienti in accordo con la loro condizione e i segni vitali, in conformità agli standard appropriati. In particolare, si controllano ossigenazione, ventilazione, circolazione e temperatura.



15.4 Si applicano criteri standardizzati per stabilire se un paziente può essere dimesso dall'unità di cure post-anestesia.

Linea Guida

La dimissione è pianificata fin dall'arrivo del paziente in modo da facilitare la procedure di passaggio di presa in carico e rendere più efficiente quella di dimissione.

Si possono utilizzare delle scale di valutazione per determinare se il paziente è pronto a essere dimesso.



15.5 Nel caso in cui il paziente debba essere trasferito a un altro livello di assistenza, si forniscono allo stesso, ai familiari e al caregiver le istruzioni per l'assistenza postoperatoria e si discute con gli stessi in merito all'importanza che vengano seguite correttamente.

Linea Guida

Le istruzioni sono fornite verbalmente e per iscritto, in un linguaggio comprensibile per l'assistito, e sono documentate nella cartella clinica.

Le istruzioni post-procedura possono comprendere informazioni sulle terapie, sull'uso sicuro ed efficace degli apparecchi medici, sulla terapia del dolore, su come gestire eventuali sanguinamenti, sulla cura della ferita e su come gli effetti dell'anestesia generale possano compromettere la capacità di discernimento. Le istruzioni comprendono le modalità per contattare il team in caso di dubbi o domande da parte della paziente.

Il paziente dimesso e inviato a strutture del territorio è accompagnato da personale responsabile.



15.6 Nel caso in cui un paziente sia trasferito ad altro servizio od organizzazione, o sia dimesso, tutte le modifiche nei medicinali sono discusse con il paziente stesso, i familiari e comunicate al successivo operatore sanitario.



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

Linea Guida

Pazienti e familiari sono coinvolti nell'intera pianificazione della transizione terapeutica. Il team discute con il 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 degli operatori con orari stabiliti per la reperibilità.

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

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

Parlare con il paziente e i 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.



15.8 Si verifica che il paziente sia effettivamente pronto alla transizione da un punto di vista fisico e psicosociale, inclusa la capacità di autogestire le proprie 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, livello di alfabetizzazione.



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

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, livello di alfabetizzazione, tipo di lingua, eventuale disabilità e tipo di cultura.



- 15.10 Si dispone di un processo per confermare che il paziente, i familiari o il caregiver abbiano compreso le istruzioni per l'assistenza post-procedura.



- 15.11 Si aggiorna il piano di assistenza postoperatoria nella cartella clinica del paziente.



15.12 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 team, servizio sanitario o organizzazione.

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

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



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



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

Linea Guida

La decisione condivisa in merito al trasferimento del paziente è presa in accordo con familiari o fiduciario considerando la capacità decisionale del paziente stesso. Si informano il paziente e i 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.



- 15.15 Si valuta il rischio di reingresso per il paziente ed 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 in merito al rischio di reingresso successivamente alla fine di presa in carico.



- 15.16 Si dispone di un processo per tenere sotto controllo i pazienti dimessi dal reparto di day surgery.

Linea Guida

Il controllo di follow up o gli appuntamenti con i pazienti dimessi dopo un day surgery sono programmati in modo appropriato al tipo di procedura effettuata e alle condizioni del paziente.



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

Linea Guida

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

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