

Versione degli Standard 4

**Qmentum International**

**Servizi di riabilitazione**  
**Standard**

L'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) definisce la riabilitazione come quel processo volto ad aiutare le persone, che presentano disabilità - derivanti da lesioni subite (in seguito, ad esempio, ad incidenti stradali, cadute o mine antiuomo) o derivanti da malattie (ad esempio ictus, diabete, malattie cardiovascolari) - a raggiungere e a mantenere le proprie funzioni mentali, fisiche e/o sociali in ottime condizioni. I servizi legati al processo riabilitativo possono comprendere l'assistenza medica finalizzata alla riabilitazione; la riabilitazione fisica, psicologica, linguistica e occupazionale oltre a servizi di sostegno.

Lo standard inerente i servizi di riabilitazione si rivolge ad organizzazioni, che offrono servizi di valutazione e di assistenza per acuti (ospedaliera o ambulatoriale) o all'interno di una clinica privata. Si tratta di uno standard che indica la modalità secondo la quale tali servizi sono programmati, erogati e valutati per rispondere alle esigenze delle popolazioni che richiedono servizi di riabilitazione.

## FORNIRE SERVIZI SICURI ED EFFICACI

### 1.0 Si offre accessibilità assistenziale tempestiva e coordinata a pazienti e familiari, gruppi e organizzazioni invianti attuali o potenziali.



Accessibilità

1.1 I pazienti attuali e potenziali e le loro famiglie possono accedere ai servizi essenziali 24 ore al giorno, sette giorni su sette.



Oro

#### Linee Guida

I servizi essenziali si definiscono in base alla tipologia dei servizi erogati e in base ai bisogni dei pazienti. L'accesso a tali servizi può avvenire, a seconda dei casi, di persona, per telefono o via e-mail.

L'accesso ai servizi essenziali è tracciato come un indicatore di accesso generale ai servizi e di capacità di rispondere alle esigenze del paziente.

Qualora non fosse previsto l'accesso al servizio 24 ore su 24, esso sarà comunque disponibile presso altri fornitori di servizi, altre organizzazioni e comunità, cosicché coloro che necessitano di aiuto possano accedere ai servizi essenziali per mezzo di altre sedi o altre organizzazioni.



Accessibilità

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



Oro

#### Linee Guida

Le richieste assistenziali possono provenire da pazienti o 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 alle esigenze 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.



Appropriatezza

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



Oro

#### Linee 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.



Accessibilità

1.4

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



Oro

#### Linee Guida

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



Accessibilità

1.5

Le esigenze dei pazienti in lista d'attesa sono riesaminate secondo una scadenza regolare e coloro che risultano in una situazione di emergenza o comunemente critica saranno trattati rapidamente.



Platino



Accessibilità

1.6

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



Oro

#### Linee 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.



Accessibilità

1.7

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



Platino

#### Linee Guida

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

2.0

### Pazienti e familiari collaborano alle prestazioni assistenziali.



Centralità del Paziente

2.1

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



Platino

#### Linee 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.



Centralità del Paziente

2.2

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



Platino

#### Linee 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.



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



#### Linee Guida

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



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



#### Linee Guida

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

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



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



#### Linee Guida

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

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

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



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



#### Linee Guida

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

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



Centralità del  
Paziente

2.7

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



Platino

#### Linee 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.



Centralità del  
Paziente

2.8

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



Oro

#### Linee Guida

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

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



Centralità del  
Paziente

2.9

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



Oro

#### Linee 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.



Appropriatezza



2.10

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



Oro

#### Linee Guida

Si consulta un fiduciario quando i pazienti non sono in grado di esprimere la propria volontà e si ricorre possibilmente alle loro disposizioni anticipate di trattamento al fine di garantire che le scelte terapeutiche siano in linea con i desideri del paziente. In questi casi, si forniscono al fiduciario le informazioni sui ruoli e sulle responsabilità che deve assumersi e si discutono con lui domande, dubbi e opzioni. Il fiduciario viene scelto in ottemperanza alla legislazione vigente in materia e può essere un rappresentante, un familiare, un tutore 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 minore di età, familiari o tutore prima di procedere con le prestazioni assistenziali. Il relativo processo applicato prevede il maggior coinvolgimento possibile dei soggetti nelle decisioni inerenti assistenza, interventi o terapia valutandone opportunamente domande e pareri.



Appropriatezza

2.11

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



Platino

#### Linee 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).



Appropriatezza



2.12

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



Platino

#### Linee Guida

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

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

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



Centralità del  
Paziente



2.13

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



Oro

#### Linee 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.



Centralità del  
Paziente



2.14

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



Platino



Centralità del  
Paziente



2.15

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



Oro

#### Linee Guida

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

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

3.0

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



Appropriatezza



3.1

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



Oro

#### Linee Guida



Gli elementi della salute fisica sono rappresentati da:

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

Gli elementi della salute psicosociale sono rappresentati da:

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



Centralità del  
Paziente

3.2

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



Platino

#### Linee Guida

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



Centralità del  
Paziente

3.3

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



Platino

#### Linee Guida

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



Centralità del  
Paziente

3.4

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



Oro

#### Linee 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.



Sicurezza



3.5

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



Diamante

### Linee Guida

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

La riconciliazione farmacologica inizia generando una Best Possible Medication History (BPMH/miglior anamnesi farmacologica possibile) che è costituita da una lista dei farmaci assunti dal paziente che include prodotti prescrivibili, non prescrivibili, tradizionali, olistici, a base di erbe, vitaminici e integratori. La BPMH fornisce possibili dettagli sulle modalità di assunzione quali posologia, frequenza, via di somministrazione, potenza. Per crearla si chiedono informazioni a 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

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



Sicurezza



3.6

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



Platino

### Linee Guida

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

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

Le organizzazioni devono individuare e adottare le giuste precauzioni per tutelare qualsiasi paziente, indipendentemente dal rischio di cadute. L'acronimo S.A.F.E. (Safe environment, Assist with mobility, Fall-risk reduction, Engage client and family / Ambiente sicuro, Assistere nella mobilità, Riduzione del rischio di cadute, Coinvolgere paziente e familiari) descrive le metodologie fondamentali delle precauzioni universali da adottare al fine di prevenire le cadute. 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 ai pazienti di calzature antiscivolo di misura adeguata; utilizzare luci notturne o illuminazione supplementare; mantenere le superfici del pavimento pulite e asciutte; pulire qualsiasi tipo di perdita prontamente; tenere i reparti sgombri. È importante individuare il tipo di precauzioni in linea con la struttura clinica e le esigenze dei pazienti in essa presenti.

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

È importante valutare regolarmente se le precauzioni adottate comportano l'effetto desiderato e se soddisfano le esigenze del paziente e familiari oltre che degli operatori. L'efficacia può essere valutata attraverso varie modalità 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 ripetute o ridurre le lesioni associate.

### Prove di Conformità

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



Sicurezza



3.7

**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.



Platino

#### Linee 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 ridurne 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 lesioni da decubito  
 la scala di Norton per la valutazione del rischio di lesioni 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

- 3.7.1 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.
- 3.7.2 Si rivaluta ogni paziente a rischio di sviluppo di lesioni da decubito a intervalli regolari e in presenza di variazioni significative nel suo stato.
- 3.7.3 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.
- 3.7.4 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.
- 3.7.5 Si misura l'efficacia delle strategie di prevenzione delle lesioni da decubito e i risultati sono utilizzati per apportare gli eventuali miglioramenti.



Appropriatezza

3.8

Preferenze e scelte assistenziali di ogni paziente vengono discusse in fase di valutazione congiuntamente ad esso e i suoi familiari.



Platino

## Linee Guida



3.9

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



### Linee Guida

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

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



3.10

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



3.11

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



### Linee 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.



3.12

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



### Linee Guida

Il piano terapeutico è basato sugli esiti ottenuti dalla valutazione nonché sugli obiettivi e i risultati attesi da parte del paziente relativamente all'assistenza. Comprende ruoli e responsabilità specifici del team, di altre

organizzazioni, dei pazienti e familiari. Comprende anche informazioni dettagliate sul paziente in merito ad anamnesi, valutazioni, referti diagnostici, allergie ed infine medicinali con incluso problematiche inerenti o reazioni avverse.

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



Centralità del  
Paziente

3.13

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



Platino

#### Linee Guida

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

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

4.0

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



Appropriatezza

4.1

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



Platino



Sicurezza



4.2

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



Oro

#### Linee Guida

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

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

L'identificazione del paziente avviene coinvolgendo il paziente e i familiari spiegando le ragioni di sicurezza alla base di tale prassi chiedendogli i dati

identificativi (ad es. "Come ti chiami?"). Quando pazienti e familiari non sono in grado di fornire tali informazioni allora altri metodi di identificazione sono rappresentati da braccialetti identificativi, fascicoli sanitari o carte d'identità. Due identificativi possono essere ottenuti dalla stessa fonte.

### Prove di Conformità

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



Appropriatezza

4.3

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



Oro

#### Linee Guida

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



Appropriatezza



4.4

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



Platino



Appropriatezza



4.5

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.



Platino

#### Linee Guida

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



Centralità del Paziente

4.6

Il piano assistenziale del paziente comprende strategie atte a gestire il dolore e altri sintomi.



Platino

#### Linee Guida

Le strategie per la gestione del dolore possono prevedere la somministrazione di analgesici, compresi gli oppiacei o, se necessario, di farmaci coadiuvanti, in associazione a metodologie d'intervento di natura fisica, comportamentale e psicologica. Il team degli operatori consulta gli esperti e si serve della ricerca e delle prove di efficacia al fine di individuare i migliori metodi per gestire il dolore e gli altri sintomi.



Appropriatezza

4.7

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



Platino

#### Linee Guida

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



Centralità del  
Paziente

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



Platino

#### Linee Guida

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

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



Centralità del  
Paziente

- 4.9 Pazienti e familiari hanno possibilmente accesso a servizi terapeutici di supporto psicosociale e/o emotivo.



Platino

#### Linee 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.



Centralità del  
Paziente

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



Platino

#### Linee Guida

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



Centralità del  
Paziente

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



Platino

#### Linee Guida

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

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





Sicurezza



4.12

**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.



Platino

### Linee 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

- 4.12.1 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.
- 4.12.2 Si usano strumenti documentali e strategie comunicative per standardizzare il trasferimento di informazioni relativamente alle transizioni assistenziali.
- 4.12.3 Durante le transizioni assistenziali, pazienti e familiari ricevono le informazioni ad essi utili a fini decisionali e di supporto terapeutico.
- 4.12.4 Le informazioni condivise durante le transizioni assistenziali sono documentate.
- 4.12.5 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)

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



Centralità del



5.1

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



Platino

Paziente

**Linee Guida**

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

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

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

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

Centralità del  
Paziente

5.2

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



Platinio

**Linee Guida**

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

Centralità del  
Paziente

5.3

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



Platinio

**Linee 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.



5.4

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



#### Linee Guida

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

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

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



5.5

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



5.6

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



#### Linee Guida

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

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



5.7

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



#### Linee Guida

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

Si ricorre a uno strumento di valutazione standardizzato in merito al rischio di

reingresso successivamente alla fine di presa in carico.



Appropriatezza

5.8

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.



Diamante

#### **Linee 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.

Publicato da Accreditation Canada. Tutti i diritti riservati. È vietato riprodurre o trasmettere la presente pubblicazione, in tutto o in parte, in qualsiasi formato e con qualsiasi mezzo cartaceo, elettronico, meccanografico, di fotocopiatura, registrazione o altro, senza la previa autorizzazione scritta di Accreditation Canada.

© Accreditation Canada, 2019

## Legenda:



### 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:



### 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.



### Indicatori di Performance

Gli Indicatori di Performance sono strumenti e misurazioni basati sulle evidenze che servono a misurare e valutare il grado di raggiungimento di obiettivi strategici, obiettivi operativi e attività programmatiche da parte dell'organizzazione.

### Priorità



### Alta Priorità

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

### 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.