

| Area 1 | Standard | Buona pratica | Ambito di applicazione |
|----------------------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Attività clinica e assistenziale | Sicurezza assistenziale | La misura e gestione del dolore | Struttura, Presidio, Azienda |

Razionale

Il dolore può essere un segnale d'allarme utile per la comprensione della malattia ma una volta individuata la causa che lo provoca il dolore che ne consegue è inutile e dovrebbe essere eliminato.

La valutazione del dolore costituisce la base imprescindibile per un adeguato trattamento, che trova il razionale nella adozione di protocolli, elaborati mediante un processo di revisione sistematica della letteratura, adattati alle caratteristiche organizzative e gestionali del reparto, con il coinvolgimento e la condivisione delle diverse figure professionali dedicate all'assistenza.

Per gli operatori sanitari, la valutazione del dolore basata sul tipo, sull'entità e sulla percezione individuale rappresenta il presupposto indispensabile per combatterlo attuando un adeguato approccio terapeutico.

Nessun'altra persona può sostituire il paziente nel riferire l'intensità del dolore provato; tendenzialmente gli operatori sanitari tendono a sottovalutare il dolore; il paziente stesso è l'unico accertatore competente per valutare il proprio dolore.

Requisiti minimi

Informazioni per l'utente

L'infermiere al momento di ingresso informa il paziente che nel reparto è in atto un programma per la misura del dolore e comunica, anche attraverso delle brochure (Allegato n.2) alcuni messaggi fondamentali:

Il dolore inutile non deve essere sopportato.

Informare subito il personale dell'insorgenza di un dolore o dell'aumento di un dolore già presente.

Non attendere che il dolore raggiunga livelli di intensità elevati.

Maggiore sarà la tempestività con la quale il personale sanitario sarà informato e maggiori le possibilità di controllare il dolore.

Misurazione all'ingresso

Per misurare il dolore si adottano scale specifiche che devono essere capaci di stimare lo stato reale del fenomeno osservato, capaci di cogliere le variazioni di intensità del fenomeno considerato, devono essere semplici, sensibili, affidabili, riproducibili e validate scientificamente.

Al momento dell'accoglienza l'infermiere dovrebbe far comprendere al paziente il funzionamento della scala, considerando, nella scelta tra le diverse scale, abitudini ed esperienze del reparto. È necessario utilizzare sempre, specificandola, la stessa scala nelle misurazioni successive. Le scale più utilizzate per la misurazione del dolore sono le monodimensionali per il monitoraggio del dolore quotidiano:

-Scala VAS (Visual Analogic Scale) scala lineare, rappresentazione visiva della gravità del dolore che il paziente avverte: il paziente indica l'intensità del dolore su una linea continua di 10 cm compresa tra due estremità: "assenza di dolore" "massimo dolore immaginabile"

-Scala Numerica (Numeric Rating Scale): scala lineare; il paziente gradua il dolore su una scala numerica da 0 a 10

-Scala Verbale (Verbal Rating Scale): il paziente definisce il dolore verbalmente utilizzando l'aggettivo che ritiene più appropriato su una serie proposta

-Scala Wong- Baker ("Scala delle faccine"), utilizzata dai tre ai sei anni circa, con cui il bambino può descrivere rispetto ad un modello figurativo il dolore che prova. In un righello ci sono una serie di sei faccine che esprimono diversa intensità di dolore (da niente a moltissimo) Si chiede al bambino di indicare quale è il dolore che sente.

-Scala F.L.A.C.C., (Face, Legs, Activity, Cries, Consolability): Scala Comportamentale usata quando il bambino non è in grado di descrivere verbalmente il proprio dolore.

Per la valutazione del dolore nei pazienti adulti con problemi cognitivi o alterazioni dello stato di coscienza si suggeriscono la BPS (Behavioural Pain Scale) e la scala PAINAD costruita specificatamente per i pazienti con demenza.

Esistono anche scale multidimensionali il cui utilizzo è riservato a particolari situazioni e che deve essere valutato e concordato all'interno dell'equipe assistenziale.

.Tra queste troviamo:

- Brief Pain Inventory (BPI): misura intensità e sollievo del dolore, disagio psicofisico e danno funzionale.

- McGill Pain Questionnaire, analizza la scelta delle descrizioni verbali effettuata dal paziente.

Determinazione del valore soglia

È necessario stabilire un valore di soglia che corrisponde, secondo la letteratura, a un valore >3 per la scala VAS e VNS, o >2 per la scala VRS, il quale costituisce l'intensità oltre la quale è necessario un intervento terapeutico.

In alcuni casi particolari il medico all'ingresso, in particolare nei casi di dolore cronico sia oncologico che non, concorda con il paziente il valore soglia specifico oltre il quale intervenire con un trattamento farmacologico.

Misurazione del dolore

La misurazione del dolore dovrebbe avvenire all'ingresso del paziente e poi almeno una volta per turno infermieristico (ad es.: h8, h15, h22) o più spesso, in relazione alla sua intensità. Se almeno due misurazioni consecutive indicano valori inferiori al valore di riferimento di dolore, non sono necessari ulteriori controlli.

La misurazione del dolore va ripresa se:

- intervengono eventi che modificano la situazione clinica
- su segnalazione del paziente
- comunque sempre dopo intervento che potrebbe essere doloroso per il paziente.

La misura del dolore dovrebbe essere registrata sempre anche al momento della dimissione e dovrebbe essere disponibile per la compilazione della relazione di degenza, al fine di garantire una continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Registrazione del dolore

Sono possibili differenti opzioni di registrazione del dolore nella cartella clinica, la cui scelta è subordinata alle esigenze delle singole realtà:

- Spazio apposito per la registrazione dei dati nella cartella clinica cartacea o informatizzata
- Timbro ad hoc in cartella clinica
- Stampato dedicato o cartella algologica da allegare alla cartella clinica (ogni reparto può personalizzare il suo modulo)

Ogni reparto, attraverso la collaborazione ed integrazione medico – infermieristica, deve stabilire l'opzione più opportuna per la registrazione del dolore.

Per ogni giorno di degenza deve essere previsto lo spazio per la registrazione di almeno tre rilevazioni: lo standard è che lo staff infermieristico assicuri almeno tre valutazioni giornaliere (una per turno), salvo le indicazioni previste nel sottoparagrafo precedente .

Le valutazioni andranno annotate nelle apposite caselle e costituiranno un grafico dell'andamento del dolore del paziente durante il ricovero.

Attivazione del medico ed eventuale adeguamento della terapia

L'infermiere, in caso di rilevazione di dolore superiore al valore soglia somministra la terapia sulla base della prescrizione dei protocolli, o di altre terapie secondo eventuali indicazioni già contenute nella scheda terapeutica del paziente.

Se però il controllo del dolore non viene raggiunto contatta il medico che valuterà l'opportunità di: prescrivere un altro trattamento antalgico .

Ogni trattamento antalgico impone una rivalutazione e una registrazione del punteggio del dolore dopo un intervallo di tempo congruo con il tipo di trattamento intrapreso.

Livello di prestazione

1. Deliberazione

Adozione a livello aziendale del protocollo sulla misura del dolore, formazione e informazione prevista dall'Azienda all'interno dei corsi sul dolore

2. Attuazione

Sono disponibili in reparto le scale per la valutazione

Esiste uno spazio in cartella infermieristica per la misurazione del dolore

È disponibile in reparto il protocollo per la gestione del dolore

Sono presenti eventi formativi sulla gestione del dolore all'interno del Piano annuale di formazione dell'Azienda

3. Valutazione

Cartella correttamente compilata con la registrazione di almeno 3 valutazioni al giorno del dolore.

Registrazione in cartella di un trattamento del dolore quando viene superata la soglia stabilita.

Presenza di protocolli sul trattamento del dolore che prevedano l'intervento automatico dell'infermiere nella somministrazione dei farmaci analgesici.

Presenza di cartelloni informativi e brochure sulla misura del dolore destinati agli utenti (vedi allegati n.1, n.2, n.3, n.4, n.5, n.6)

Vengono svolti corsi sul dolore che prevedano fra gli argomenti le corrette modalità per effettuare la misurazione (vedi allegati n. 7, n.8, n.9).

Atti, normativa e bibliografia di riferimento

American Pain Society Quality Of Care Committee Consensus Statement. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *Jama*, 274(23), 1874-80, 1995.

Continuing Education In Algologia-"Misurazione e valutazione dell'esperienza di dolore" - Ed. Pse 03/2001

Raccomandazioni Del Gruppo Di Studio S.I.A.A.R.T.I. per La terapia del dolore acuto e cronico (Minerva Anestesiologica

2002).

Provvedimento 24 Maggio 2001 – Accordo tra il Ministero della Sanità, le regioni e le province autonome sul documento linee guida inerenti il progetto ospedale senza dolore

Progetto speciale "Il controllo e la cura del dolore" nel PSR toscano 2005-2007 Allegati da 1 a 9

| Area 1 | Standard | Buona pratica | Ambito di applicazione |
|----------------------------------|--|---|------------------------|
| Attività clinica e assistenziale | Prevenzione delle infezioni – sorveglianza delle antibioticoresistenze | Adesione alla rete di sorveglianza microbiologica | Struttura |

Razionale

Al di là della pura e semplice attività diagnostica, uno degli aspetti qualificanti della microbiologia clinica è l'apporto che essa può dare al monitoraggio e contenimento delle resistenze ai farmaci antimicrobici. Nell'intento di monitorizzare la situazione a livello della regione Toscana, dovrebbe essere istituita una rete informatica, con copertura di tutto il territorio regionale, di raccolta dei dati microbiologici sulla prevalenza degli agenti eziologici di infezione e delle resistenze batteriche in vitro, quale strumento a disposizione di una commissione istituita ad hoc.

Come logica premessa, tutti i servizi di microbiologia clinica ospedaliera dovrebbero essere dotati degli strumenti informatici e risorse umane necessarie a realizzare sia una seria epidemiologia che un adeguato monitoraggio delle infezioni. Dovrebbero successivamente seguire, ad opera della commissione suddetta, interventi mirati di prevenzione e contenimento delle infezioni e delle resistenze. È necessaria quindi la progettazione ed attuazione di una rete di sorveglianza informatizzata, che consenta una approfondita conoscenza della situazione microbiologica nelle diverse realtà della Regione. L'acquisizione di tali elementi conoscitivi e la progressiva implementazione del sistema regionale informatizzato potranno rappresentare le basi razionali ed operative per lo sviluppo, in una fase successiva, di un progetto complessivo di riordino ed ottimizzazione della rete regionale delle strutture microbiologiche.

Requisiti minimi

Per partecipare alla rete di sorveglianza delle resistenze batteriche è necessario che ogni struttura, oltre ad eseguire controlli di qualità interni con cadenza almeno quindicinale e controlli esterni, sia in possesso dei seguenti requisiti:

- Aggiornamento periodico (annuale) degli antibiotici da saggiare nei test di sensibilità (di concerto con il CCIO o, dove esiste, il dipartimento tecnico-scientifico di malattie infettive)
- Non refertare farmaci inattivi o non indicati, per ragioni farmacocinetiche, nella specifica sede di infezione
- Refertare di norma i farmaci disponibili nel prontuario terapeutico, anche se vengono saggiate varie molecole
- Adottare procedure di lavoro che prevedano l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame ed il tipo di campione biologico e che nell'interpretazione dei risultati esse facciano riferimento ad organismi internazionali (attualmente CLSI) escluse situazioni specifiche in corso di definizione
- Programma di formazione per il personale della struttura sui vari aspetti dei test di sensibilità
- Essere in condizione di effettuare test di sensibilità aggiuntivi nel caso di isolamento di microrganismi MDR e/o su indicazione e richiesta mirata da parte degli esperti di terapia antinfettiva
- Capacità di interazione con gli esperti di terapia antinfettiva e possibilità di canali informativi su vari aspetti interpretativi del test di sensibilità (Es. informazioni sulle equivalenze fra farmaci, sinergismi, sensibilità e resistenze intrinseche)
- Raccordo con il CCIO per la sorveglianza delle infezioni e la segnalazione di patogeni MDR sentinella (da discutere una lista condivisa a livello regionale)
- Archiviazione dei risultati microbiologici in formato elettronico
- Auspicabile possibilità di raccolta e conservazione dei ceppi batterici isolati o disponibilità ad inviarli a un centro di riferimento regionale.
- Auspicabile un sistema di benchmarking dei processi dei laboratori

Livello di prestazione

1. Deliberazione

Atto aziendale per la partecipazione alla rete di sorveglianza

2. Attuazione

- Realizzazione della formazione al personale
- Costruzione di un archivio elettronico dei risultati microbiologici (se non già presente)
- Rendere il laboratorio capace di effettuare test di sensibilità aggiuntivi (se non lo è già)
- Verificare che le procedure di lavoro prevedano l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione
- Verificare cadenza dei controlli di qualità
- Verificare che la refertazione avvenga secondo quanto indicato dai requisiti minimi
- Definire una modalità organizzativa di confronto strutturato con CCIO

3. Valutazione

- Documento di certificazione di avvenuta formazione al personale
- Presenza di un archivio elettronico dei risultati microbiologici (inclusi i CQ)
- Presenza di un sistema capace di effettuare test di sensibilità aggiuntivi
- Presenza di procedure di lavoro che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione
- Presenza di refertazione secondo quanto indicato dai requisiti minimi
- Documentazione di descrizione di una modalità organizzativa di confronto strutturato con CCIO

Atti, normativa e bibliografia di riferimento

Documento CTR "Indirizzo della Commissione Terapeutica Regionale per una maggior appropriatezza d'uso dei chemioterapici antibatterici"

| Area 1 | Standard | Buona pratica | Ambito di applicazione |
|----------------------------------|--------------------------------|--|--|
| Attività clinica e assistenziale | Sicurezza nell'uso dei farmaci | Gestione dei chemioterapici antitumorali (CTA) | Strutture che allestiscono e/o somministrano CTA |

Razionale

L'obiettivo è di contribuire alla gestione del rischio clinico e al miglioramento dei livelli di sicurezza per pazienti ed operatori nell'ambito dell'oncologia attraverso la messa a punto di una buona pratica sulla gestione dei chemioterapici antitumorali, alla luce sia dei riferimenti legislativi che degli studi della recente letteratura.

Per quanto riguarda i riferimenti legislativi:

- Il piano sanitario nazionale 1998 – 2000 si poneva tra i diversi obiettivi quello di migliorare la sicurezza delle strutture sanitarie pubbliche e private nel rispetto delle disposizioni di prevenzione, previste dai decreti legislativi 19 settembre 1994 n. 626 e 19 marzo 1996 n. 242.
- Uno dei rischi rilevati nel settore sanitario è quello derivante dall'esposizione ai CTA. Tale rischio è riferibile sia agli operatori sanitari che ai pazienti.
- Il documento di Linee Guida per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a CTA in ambiente sanitario del 5 agosto 1999 – GU del 07/10/1999 prevede la centralizzazione delle attività e la costituzione delle UFA (unità farmaci antitumorali)
- Le N.B.P. della F.U. Italiana XI equiparano alla preparazione magistrale anche le operazioni di diluizione, ripartizione ecc. prescritte per il singolo paziente, quindi tutte le operazioni di allestimento di terapie antitumorali sono da considerarsi preparazioni magistrali e quindi sotto la diretta responsabilità del Farmacista che ne garantisce la qualità e la tracciabilità.
- La preparazione e somministrazione dei CTA sono interventi programmabili e quindi pianificabili così da migliorare l'intera organizzazione.

I dati di letteratura evidenziano l'importanza dell'intervento in quest'area alla luce dei casi di eventi avversi verificatisi, se ne riportano solo alcuni:

- Una paziente con carcinoma dell'ovaio fu trattata con una dose di cisplatino equivalente al dosaggio del carboplatino e morì (12 aprile 1992 New York Post – Terapia per la morte)
- 2003 Fu segnalata una nuova morte da somministrazione intratecale di vincristina nonostante che il primo errore di questo tipo fosse stato pubblicato sin dal 1983 su Cancer e vi fossero stati numerosi Medication Safety Alert
- Morte x sovra-dosaggio della giornalista Betsy Lehman redattrice sanitaria di 35 anni del The Boston Globe morì per una overdose di ciclofosfamide affetta da carcinoma della mammella metastatico (Oncological Centre New England, 1994)

Requisiti minimi

- a) Istituzionalizzazione dell'UFA costituita dalle diverse figure professionali coinvolte nel processo;
- b) Gestione standardizzata delle 3 principali fasi di gestione del processo: Prescrizione, Allestimento, Somministrazione, al fine di una efficace comunicazione tra le diverse figure professionali coinvolte ed al fine di ridurre il rischi di errori associati alla trascrizione manuale di informazioni e dati, attraverso l'utilizzo di opportuni software di prescrizione.
- c) Presenza di schemi di terapia concordati in ambito UFA e GOM consultabili relativi a patologia/sede/Linea/ Principio Attivo/dose/posologia.
- d) Adozione di una procedura scritta per la somministrazione dei CTA, per la gestione degli accessi venosi centrali, per la gestione dello stravasato e per la gestione degli sversamenti accidentali uniche e condivise.
- e) La somministrazione dei CTA deve avvenire in ambienti adeguati, con servizi igienici dedicati e da personale opportunamente formato (Rif. Bibl. 1 e 4)
- f) Adozione di una procedura scritta per lo smaltimento e per il trasporto dei CTA e degli escreti unica e condivisa.
- g) Presenza e diffusione di opportuni opuscoli informativi per il trattamento degli escreti a domicilio del paziente.
- h) Allestimento delle terapie secondo quanto previsto dalle NBP della FU XI Ed.
- i) Gestione informatizzata del rischio clinico attraverso l'adozione di sistemi di lettura ottica delle terapie e riconoscimento del paziente con braccialetto identificativo (Delibera GR 135 del 25-02-2008).
- l) Il tempo di attesa tra l'arrivo del paziente e l'inizio della terapia deve essere ≤ 3 h. Ciò essenzialmente ha lo scopo di ridurre il rischio di modificazioni arbitrarie dei tempi di infusione, per motivi organizzativi.

Livello di prestazione

1. Deliberazione

Delibera aziendale relativa alla costituzione dell'UFA

Procedura aziendale sullo smaltimento e trasporto dei CTA e degli escreti,

Procedura aziendale sulla somministrazione dei CTA per la gestione degli accessi venosi centrali, per la gestione dello stravaso e per la gestione degli sversamenti accidentali

2. Attuazione

Deve essere rispettato quanto previsto dal capitolo "requisiti minimi"

3. Valutazione

Facendo riferimento ai requisiti minimi è necessario che per ciascuno ci siano presenti le seguenti modalità:

a) numero di riunioni/anno UFA non < 3

b) si

c) si

d) si

e) si

f) si

g) si

h)

- presenza del sistema SAQ si/no

- personale tecnico adeguatamente formato si/no

- disponibilità di documentazione sull'idoneità dei locali di allestimento, secondo cap.11.1.2 delle NBP si/no

- sono disponibili procedure scritte sull'uso delle attrezzature si/no

presenza di procedure scritte relative alle varie fasi del processo di allestimento (pulizia, preparazione ambiente sterile, convalida di processo, gestione documentazione cartacea, tracciabilità del processo, confezionamento ed etichettatura, ecc.)

- presenza del Farmacista interamente dedicato (≥ 1 durante tutta la fase di allestimento)

i) si

effettuate

Atti, normativa e bibliografia di riferimento

1. Provvedimento 5 agosto 1999: Documento di linee-guida per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a chemioterapici antitumorali in ambiente sanitario. G.U. n. 236 del 7.10.1999

2. Farmacopea Ufficiale della Repubblica Italiana XI Ed. – 2002

3. Decreto legislativo n.626 del 19 settembre 1994. Supplemento ordinario della G.U. 12.11.1994

4. Farmaci Antitumorali in ambiente lavorativo – Pubblicazione a cura della Regione Toscana – Giunta Regionale – Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà – Area dei Servizi della Prevenzione – Gennaio 1999

5. Farmaci Antitumorali in ambiente lavorativo – seconda rilevazione anno 1999 - Pubblicazione a cura della Regione Toscana – Giunta Regionale – Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà – Area Sistema Regionale di Prevenzione collettiva – novembre 2002

6. Terapie Antitumorali: Aspetti farmaceutici dell'allestimento. Pensiero Scientifico Editore – marzo 1998

7. Compendio Farmacologico e Tecnico-Farmaceutico alle Linee-Guida Sifo in Oncologia – a cura del gruppo di lavoro in Oncologia Sifo-Lombardia – II Ed. 2005

8. Standard Tecnici delle Farmacie Ospedaliere e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie - Il Pensiero Scientifico Editore - 2007

Note:

Le buone pratiche hanno carattere volontaristico e possono costituire uno strumento di base, utilizzabile allo scopo di ridurre il rischio di errore clinico; non sono pertanto vincolanti, a differenza di quelle che sono le normative citate anche in questo documento. In quest'ottica vanno letti i requisiti che compongono la buona pratica: l'informatizzazione o l'utilizzo comunque di software comuni per il processo, la tipologia dei locali di somministrazione, definiti "adeguati" (intendendosi con tale termine l'aderenza vincolante alla normativa vigente) pur nella diversità delle situazioni logistiche delle varie strutture e regimi assistenziali. L'uso di sistemi che riducono il n° di passaggi di consegne, l'arbitrarietà degli schemi e della modalità di prescrizione (principi attivi per esteso invece che sigle o nomi commerciali, diluizione, sequenze, tempi, intervalli, finalità del trattamento ecc), che consentono la tracciabilità del processo, l'identificazione di ogni operatore coinvolto nei singoli step, sono volti essenzialmente a ridurre l'errore di trascrizione e di lettura.

La scheda è stata definita dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica e dalla Società Italiana di Farmacia Ospedaliera in collaborazione con il Centro regionale Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente.

| Area 1 | Standard | Buona pratica | Ambito di applicazione |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| Attività clinica e assistenziale | Prevenzione delle infezioni | Utilizzo Cateteri Venosi Centrali | Struttura, presidio, azienda |

Razionale

I Cateteri Venosi Centrali (CVC) sono usati frequentemente nella pratica clinica, sia in ospedale sia sul territorio, per l'accesso venoso centrale nei pazienti critici. Il CVC interrompe l'integrità della cute ed espone il paziente a possibili infezioni da batteri o funghi. L'infezione può diffondersi al circolo ematico con conseguenze talvolta gravi, come la sepsi grave e shock settico

Il CVC interessa una proporzione elevata di pazienti ricoverati nelle Terapie Intensive (fino all'80%), ma viene utilizzato anche in altri contesti, come i reparti di Medicina Interna, Chirurgia, Oncologia, Ematologia. La letteratura americana riporta una frequenza di Infezioni Correlate a CVC (ICCV) pari a 5,3 per 1.000 giorni/catetere in Terapia Intensiva, con una mortalità attribuibile intorno al 18%, un prolungamento medio della degenza pari a 7 gg e un costo compreso tra 3.700 e 29.000 \$.

L'utilizzo del CVC viene indicato da più fonti come una delle procedure prioritarie a cui dedicare attenzione nei programmi di prevenzione delle ICPC. In particolare, alcune componenti del percorso di utilizzo del CVC vengono considerate determinanti di maggior rilievo nell'insorgenza delle infezioni: a) l'igiene delle mani; b) le precauzioni di massima barriera di sterilità; c) l'antisepsi della cute con clorexidina; d) la selezione appropriata del sito di inserzione; e) la revisione quotidiana dell'effettiva necessità di mantenere in sede il CVC. La messa in atto di azioni di miglioramento per queste componenti si è dimostrata efficace nel ridurre il tasso di ICCV.

Requisiti minimi

1. Per ogni CVC posizionato:

- Esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica)
- Esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni.

2. In ogni scheda di monitoraggio devono essere documentate le seguenti informazioni:

- nome o sigla del medico che ha posizionato o sostituito il CVC
- data e ora delle diverse operazioni sul CVC
- indicazioni all'utilizzo del CVC
- il tipo di CVC posizionato o sostituito
- nome o sigla dell'infermiere che effettua l'osservazione e/o qualunque operazione sul CVC
- problemi riscontrati al momento dell'osservazione

Livello di prestazione

1. Deliberazione

Adozione formalizzata del documento di consenso regionale (o di altre raccomandazioni di buona qualità, scientificamente accreditate a livello nazionale o internazionale) da parte di: Direzione Sanitaria, CIO, Direttori/Responsabili di aree cliniche che utilizzano correntemente CVC (Anestesia e Terapia intensiva, Medicina, Chirurgia, Oncologia, Ematologia, altro)

2. Attuazione

La Direzione Aziendale può documentare l'applicazione delle seguenti misure:

- formazione degli operatori coinvolti nell'utilizzo del CVC
- attività di sorveglianza delle infezioni correlate al CVC, secondo indicazioni di (o in collaborazione con) programmi nazionali o regionali.

Il responsabile del reparto può dimostrare che il personale medico e infermieristico che pratica il posizionamento e/o la gestione del CVC applica le seguenti misure:

- igiene delle mani secondo le direttive regionali per il rischio clinico
- tecniche di asepsi e misure di massima barriera di sterilità
- uso corretto dei guanti
- informazione ed educazione del paziente e delle persone di assistenza

3. Valutazione

Presenza di scheda o sezione specifica della documentazione clinica per ogni paziente portatore di CVC.

Presenza in reparto della procedura specifica

Documentazione in reparto (da cartella clinica e/o da scheda di monitoraggio) del livello di adesione alle raccomandazioni di attuazione

Documentazione in Azienda del livello di adesione alle raccomandazioni per la formazione e la sorveglianza.

Atti, normativa e bibliografia di riferimento

Documento di consenso regionale 'Prevenzione e trattamento delle infezioni correlate al CVC o altre Linee Guida scientificamente valide (es. CDC) per la prevenzione delle infezioni CVC-correlate

| Area | Standard | Buona pratica | Ambito di applicazione |
|----------------------------------|-------------------------|---|------------------------------|
| Attività clinica e assistenziale | Sicurezza assistenziale | Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione | Struttura, presidio, azienda |

Razionale

L'ulcera da pressione (UdP) è un'area localizzata di danno della cute e dei tessuti sottocutanei causata da forze di pressione, trazione, frizione, o da una combinazione di questi fattori in soggetti fragili.

L'ulcera si forma normalmente in corrispondenza di prominenze ossee e la cui gravità è classificata in gradi. Le UdP producono sofferenza fisica e psicologica nei pazienti, costi per i servizi sanitari in termini di giornate di degenza, consumo di farmaci, materassi antidecubito, medicazioni; si manifestano soprattutto in soggetti immobilizzati, con gravi malattie acute o croniche, debilitati.

In diversi Paesi la riduzione dell'incidenza di UdP è stata identificata come una priorità per gli interventi di miglioramento della qualità dei servizi sanitari.

La prevenzione è il primo obiettivo importante da raggiungere e questa deve essere effettuata garantendo all'utente una corretta valutazione del grado di rischio, alla quale deve seguire una precisa pianificazione di interventi preventivi.

Nel trattamento di un soggetto affetto da ulcere da pressione si dovrà anche tenere in considerazione la sua condizione clinica e lo stato dell'ulcera: gli obiettivi assistenziali perché per esempio un pz terminale richiede un approccio diverso).

L'ulcera dovrà essere medicata utilizzando la medicazione più idonea.

Requisiti minimi

Ambito: PREVENZIONE

1. Sono in uso le seguenti procedure, concordanti con le LG regionali (o altre raccomandazioni formalmente adottate):
 1. prevenzione delle ulcere da pressione
 2. valutazione e gestione del rischio nutrizionale
 3. fornitura/assegnazione di dispositivi (formalmente la definizione di materassi, cuscini ecc. richiederebbe la denominazione ausili come indicato dalla legge di riferimento del nomenclatore tariffario) antidecubito raccomandati dalle LG regionali, con relativi capitolati
2. La documentazione clinica (cartella medico/infermieristica) riporta la presenza o meno di ulcere da pressione (sede e grado) in cartella al momento della presa in carico del paziente.
3. Sono disponibili per la distribuzione opuscoli informativi per pazienti a rischio, familiari e caregiver dedicati al problema delle UdP.
4. Per ciascun paziente valutato ipomobile vengono registrati in cartella clinica:
 - a. Indice di valutazione dello stato funzionale attraverso una scala validata (es. Barthel)
 - b. Indice di valutazione del rischio di ulcere da pressione attraverso una scala validata (es. Braden)
 - c. Indice di valutazione del rischio di malnutrizione attraverso una scala validata (es. indice MUST) e peso corporeo
 - d. fattori predisponenti lo sviluppo di UdP
 - e. valutazione del dolore attraverso una scala validata (es. VAS)
 - f. rivalutazione del rischio ogni 7 giorni
 - g. interventi preventivi, con segnalazione di:
 - Giorno e ora
 - Tipo di intervento
 - Esito
 - Chi ha eseguito l'intervento
5. Per ciascun paziente valutato non autosufficiente o a rischio di UdP:
 - a. viene predisposta la gestione del percorso assistenziale "PREVENZIONE ULCERE DA PRESSIONE" da parte di un case manager
 - b. al momento della dimissione/trasferimento, viene inviata al MMG/assistenza infermieristica territoriale/struttura ospedaliera/reparto ricevente una relazione di degenza sul potenziale rischio di sviluppare UDP

Ambito: TRATTAMENTO

1. Sono in uso le seguenti procedure, in accordo con le Linee Guida Regionali e internazionali:

- valutazione del rischio nutrizionale (buona pratica approvata con DGR n. 135 del 25-02-08)
- fornitura di presidi per medicazione raccomandati dalle LG della Regione Toscana, con relativi capitolati

2. Per ogni paziente con UdP nella documentazione clinica (cartella medico/infermieristica) vengono registrate le seguenti informazioni:

- Indice di valutazione dello stato funzionale attraverso una scala validata (es. Barthel)
- valutazione del rischio attraverso uno strumento validato (es. Braden)
- valutazione rischio nutrizionale attraverso uno strumento definito (es MUST, vedi buona pratica D.G.R. n. 135 del 25/02/2008)
- valutazione dell'ulcera secondo i principi della Wound Bed Preparation documentando: dimensioni, localizzazione, grado di danno secondo scala EPUAP, caratteristiche del tessuto presente sul fondo dell'ulcera, grado di essudazione, condizioni della cute perilesionale
- valutazione del dolore con scala validata (es VAS/NRS)
- rivalutazione dello stato dell'ulcera effettuata ogni 7-10 giorni (o al modificarsi della situazione clinica del paziente e/o dello stato dell'ulcera).
- medicazioni effettuate, con segnalazione di:
 - giorno
 - tipo di trattamento
 - esito (a fine trattamento)
 - firma di chi ha eseguito l'intervento
 - comunicazioni e informazioni fornite
 - ev. somministrazione di antidolorifici

3. Per ogni paziente con UDP

- viene predisposta la gestione del percorso assistenziale "trattamento del paziente con ulcere da pressione" da parte di un case manager

- al momento della dimissione per ricovero o trasferimento in altra struttura viene inviata alla struttura ricevente una documentazione relativa a:

- valutazione dell'ulcera allo stato attuale
- valutazione dei fattori di rischio
- tipologia della medicazione effettuata

Per quanto riguarda la formazione e l'informazione relative sia alla prevenzione che al trattamento, sono previsti i seguenti requisiti:

- Sono progettati e realizzati interventi formativi per la gestione dei pazienti a rischio o portatori di ulcere da pressione. I corsi devono essere rivolti a gruppi multidisciplinari (infermieri, oss e medici; dietisti e fisioterapisti in aggiunta nei corsi di formazione sulla prevenzione
- Sono disponibili opuscoli informativi per pazienti a rischio di/ con UdP, familiari e caregiver, contenenti almeno le seguenti informazioni: modalità di prevenzione UdP, principali tipi di prodotti per il trattamento delle UdP, nozioni di base per l'effettuazione di una medicazione semplice in caso di necessità

È inoltre necessario che sia definito un progetto di monitoraggio del fenomeno a breve/ medio periodo.

Livello di prestazione

1. Deliberazione

a. Adozione formalizzata delle Linee Guida regionali (o di altre raccomandazioni di buona qualità, scientificamente accreditate a livello nazionale o internazionale) da parte di: Direzione Sanitaria, CIO, Direttori/Responsabili / Coordinatori di tutte le aree cliniche di degenza, con particolare attenzione alle strutture/aree di: Medicina, terapia intensiva, riabilitazione, geriatria, ortopedia, blocco operatorio, centro ustioni. (RSA, Riabilitazioni e lungodegente)

b. Delibera aziendale per la procedura di prevenzione e trattamento delle UDP

c. Delibera aziendale per la messa in atto di programmi di formazione sulla "prevenzione e trattamento dei pazienti delle ulcere da pressione."

d. Delibera aziendale per la procedura di valutazione e gestione del rischio nutrizionale

e. Delibera aziendale per la fornitura di presidi per medicazione e ausili antidecubito raccomandati dalle LG della Regione Toscana

f. Delibera aziendale sulla procedura per utilizzo di presidi antidecubito

2. Attuazione

La Direzione Aziendale può documentare l'applicazione delle seguenti misure:

- formazione degli operatori coinvolti nell'assistenza al paziente a rischio/portatore di ulcera
- attività di sorveglianza delle UDP secondo indicazioni di (o in collaborazione con) programmi nazionali o regionali.

Il responsabile del reparto può dimostrare che il personale medico e infermieristico che assiste il paziente a rischio/

portatore di UDP applica:

1) le seguenti misure generali

- valutazione del rischio e registrazione nella documentazione clinica
- registrazione nella documentazione clinica della presenza di ulcere, con monitoraggio periodico
- informazione ed educazione del paziente a rischio e delle persone di assistenza

2) le seguenti misure per la prevenzione per i pazienti ipomobili, non autosufficienti per motilità o comunque a rischio di UdP, pianifica e mette in atto interventi specifici volti ad assicurare:

- redistribuzione delle pressioni di appoggio attraverso dispositivi di prevenzione per letto e poltrona
- cambi di postura da effettuarsi secondo schema pianificato, ad intervalli non superiori a 2 ore
- assunzione di un'alimentazione/nutrizione finalizzata a ripristinare/mantenere un adeguato stato nutrizionale
- controllo/intervento sui fattori favorenti la frizione della cute
- recupero delle potenzialità residue nell'area della motricità
- controllo/intervento sui fattori favorenti la macerazione cutanea e la frizione idratazione giornaliera della cute per garantirne l'integrità

3) le seguenti misure per il trattamento per i pazienti con UdP, applica le seguenti misure specifiche per la medicazione:

- prima della medicazione la lesione viene sempre detersa
- Il tessuto necrotico viene rimosso
- vengono usate medicazioni di varie tipologie; le medicazioni a ritenzione di umidità promuovono la guarigione
- Se il soggetto manifesta dolore è prescritta terapia antidolorifica

3. Valutazione

Le delibere aziendali previste dal livello deliberazione sono documentate e consultabili

Le procedure per la prevenzione, per la valutazione e la gestione del rischio nutrizionale e per la fornitura/assegnazione di ausili sono documentate e disponibili presso la Direzione Aziendale e/o presso le strutture interessate

Presenza di scheda o sezione specifica della documentazione clinica, articolata secondo i requisiti previsti, per ogni paziente a rischio/ portatore di UDP (verifica a campione delle schede compilate per i pazienti ricoverati).

Documentazione in reparto (da cartella clinica e/o da scheda di monitoraggio) del livello di adesione alle raccomandazioni di attuazione

Documentazione in Azienda del livello di adesione alle raccomandazioni per la formazione e la sorveglianza.

Disponibilità di opuscoli informativi per pazienti, familiari e caregiver.

Definizione di un obiettivo di miglioramento della qualità (legato al monitoraggio del fenomeno) a breve/medio periodo

Atti, normativa e bibliografia di riferimento

Quaderni delle campagne per la sicurezza del paziente. Scheda terapeutica unica. Regione Toscana. Linee guida ulcere da pressione Regione Toscana

Delibera regionale su buona pratica rischio nutrizionale (D.G.R. n. 135 del 25/02/2008)