

## Buona pratica per la corretta identificazione del paziente

## Scheda tecnica

Area 1	Standard	Buona pratica	Ambito di applicazione
Attività clinica e assistenziale	Corretta identificazione del paziente	Introduzione di un braccialetto identificativo	Struttura, presidio, azienda
<b>Razionale</b>	<b>Requisiti minimi</b>		<b>Livello di prestazione</b>
<p>La letteratura internazionale riconosce fra le buone pratiche per evitare gli errori legati alla non corretta identificazione del paziente, l'introduzione di braccialetti identificativi. La non corretta identificazione del paziente non riguarda solo l'ambito chirurgico, ma ne coinvolge anche molti altri e diverse situazioni di assistenza. Ad esempio: la persona sbagliata chiamata per la visita (o viene chiamato il nome giusto ma risponde la persona sbagliata); i risultati comunicati per telefono riguardano un'altra persona; il farmaco è somministrato alla persona sbagliata; la trasfusione è fatta sulla persona sbagliata; ecc. Fattori che contribuiscono agli errori legati alla non corretta identificazione del paziente riguardano (JCAHO, 2001): il trattamento di casi di emergenza (19%), caratteristiche particolari del paziente (16%), particolare pressione temporale nel realizzare una procedura(13%), coinvolgimento di più operatori nella gestione di un caso (13%) e realizzazione di più casi in una stessa seduta chirurgica (10%). Un'analisi successiva di questi casi evidenzia il ruolo fondamentale del fallimento nella comunicazione (sia orale che scritta) fra gli operatori (JCAHO, 2004)..</p> <p>I braccialetti identificativi devono contenere informazioni capaci di riconoscere in maniera univoca il paziente, e devono essere accompagnati da procedure di identificazione attiva, che coinvolgano sia l'operatore che il paziente. Il</p>	<p><b>Requisiti Organizzativi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Campagna di formazione iniziale a tutti gli operatori indispensabile per percezione importanza dello strumento e della procedura</li> <li>• Campagna di informazione: e è necessario utilizzare per la comunicazione una serie di materiali differenti (vedi quaderno GRC): il materiale informativo per gli operatori, per i visitatori e pazienti deve essere consegnato agli operatori dei reparti interessati e collocato nei posti di maggiore visibilità. Il manifesto di sensibilizzazione per il pubblico è da affiggere in punti strategici dell'ospedale.</li> <li>• Definizione di una procedura organizzativa relativa alla corretta identificazione del paziente che sia coerente con quanto definito nel relativo quaderno GRC, in particolare: doppio controllo dell'identità per le operazioni più critiche, chiamare per nome e cognome il paziente, farsi riconoscere dal paziente, applicare a tutti i pazienti in entrata il braccialetto al momento dell'ammissione, applicare il braccialetto subito dopo averlo stampato, un solo operatore stampa e applica il braccialetto sul supporto, è necessario avere una procedura che permetta di gestire i casi di omonimia.</li> <li>• Stampa e applicazione del braccialetto: all'atto dell'accettazione in reparto, un unico operatore stampa e applica il braccialetto sul supporto, i dati non devono essere trascritti manualmente.</li> </ul>		<p><i>1. deliberazione</i></p> <p>Lettera datata firmata di autorizzazione alla introduzione del braccialetto identificativo del responsabile della struttura (o atto aziendale) e comunicazione agli operatori Procedura interna alla struttura o aziendale relativa alla corretta identificazione del paziente Atto aziendale per definizione di programmi di formazione e informazione sull'iniziativa</p> <p><i>2. attuazione</i></p> <p>Il responsabile del reparto o l'azienda può dimostrare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il personale è stato formato all'uso del braccialetto identificativo con un breve corso con firma di presenza dei partecipanti;</li> <li>- è disponibile in reparto il quaderno relativo all'introduzione del braccialetto identificativo e il materiale informativo relativo all'iniziativa ;</li> <li>- ad ogni paziente ammesso è applicato il braccialetto identificativo;</li> <li>- esatta corrispondenza dello strumento utilizzato ai requisiti previsti.</li> </ul>

braccialetto identificativo del paziente per adempiere alla sua funzione deve rispondere ai requisiti di contenuto/ grafici organizzativi e tecnici scritti nel relativo Quaderno del Centro GRC della regione Toscana

#### **Requisiti Tecnici**

- La rete aziendale deve essere stabile e perfettamente funzionante
- Utilizzo di macchine PC
- Installazione delle stampanti in ogni punto dove è possibile che sia applicato il braccialetto
- La stampa deve essere possibile grazie alla presenza di un apposito pulsante sulla schermata principale dell'applicativo (1 click) che permetta la stampa contestuale del bracciale e del foglio di accettazione
- Devono essere previsti 2 pulsanti (OPZIONALE):
  - Stampa bracciale
  - Stampa foglio di accettazione

Non deve essere generata una preview del braccialetto (documento word, pdf, ecc) ma la stampa diretta.

Per la segnalazione di allergie e/o farmaci salvavita quali (TAO e insulina) si possono adottare alternativamente due modalità:

- a) Prevedere nel gestionale appositi flag per la segnalazione di queste informazioni e con la relativa stampa di un simbolo (pallino, quadratino, visto) in corrispondenza del relativo alert
  - b) Punzonatura tramite apposito strumento dei riquadri relativi agli alert una volta stampato il braccialetto
- Le stampanti devono essere termiche a stampa diretta

I braccialetti devono essere in materiale plastico radio-trasparente bianco per stampa termica diretta con adesivo permanente e resistenti allo strappo  
Nell'acquisto di braccialetti per neonati devono essere rispettate le stesse caratteristiche tecniche

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• il gestionale deve richiamare a video TUTTE le informazioni contenute nel braccialetto,</li> <li>• il gestionale deve allertare gli operatori in caso di presenza in reparto/ presidio/ azienda ( a seconda del livello a cui è stata adottata una anagrafica comune) di pazienti omonimi (nome e cognome o solo cognome). Il dato deve essere riportato tramite apposito segnale su tutta la documentazione stampata e in automatico sul braccialetto</li> <li>• il gestionale deve essere in grado di generare in automatico identificativi univoci per i pazienti ignoti.</li> </ul> <p><b>Requisiti di contenuto del braccialetto</b>  Nome e cognome; comune e data di nascita, sesso, Reparto di accettazione(OPZIONALE), Codice fiscale, Allergie e uso di farmaci salvavita (TAO e insulina), eventuale omonimia</p> <p><b>Requisiti Grafici del braccialetto per adulti (come da immagine allegata)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carattere tipo Univers Condensed</li> <li>• Corpo 14,5 per le lettere A, M degli alert</li> <li>• Corpo 14,5 per le lettere F, M del sesso</li> <li>• Corpo 6,5 per le indicazioni delle info (Nome, Cognome, Nato il, A, Reparto, CF, Sesso)</li> <li>• Corpo 16 per il nome e il cognome</li> <li>• Corpo 12 per la data e il luogo di nascita</li> <li>• Corpo 13 per il reparto</li> <li>• Corpo 10 per il codice fiscale</li> </ul>	
<b>Atti, normativa e bibliografia di riferimento</b>		<i>3. valutazione</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quaderni delle campagne per la sicurezza del paziente. La corretta identificazione del Paziente Regione Toscana.</li> <li>▪ Right Patient, Right care. Improving patient safety through better manual and technology-based systems for identification and matching of patients and their care.”, National Patient Safety Agency, 2004.</li> <li>▪ “Treatments in Medicine – Manual Checking Approaches to Prevention”, Final Report: March 2004, Mark Alexander SujamJamie Henderson &amp; David Embrey, Human Reliability Associates.</li> </ul>		Presenza di una procedura aziendale o di reparto sulla corretta identificazione del paziente Presenza dei braccialetti, stampanti e pc e applicazione del braccialetto a ciascuna paziente secondo i requisiti definiti Presenza di un piano di formazione per l'introduzione del comunicazione e del relativo materiale informativo sulla corretta identificazione del paziente

- Implementation Expectations for the Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure and Wrong Person Surgery™ 2003 JCAHO.
- Universal Protocol For Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery, 2003 JCAHO.
- Ensuring Correct Patient, Correct Site, Correct Procedure, Safety e Quality Council.

## Buona pratica per la prevenzione e gestione dell'emorragia post-partum

### Scheda tecnica

Area 1	Standard	Buona pratica	Ambito di applicazione
Attività clinica e assistenziale	Sicurezza in ginecologia ed ostetricia	Prevenzione e gestione emorragia post-partum	Struttura
<p><b>Razionale</b></p> <p>La emorragia postpartum è una delle cause più frequenti di morte materna. Più della metà dei casi si verifica entro 24 ore dal parto. La morte avviene per shock emorragico, spesso come effetto ultimo della coagulopatia da consumo (CID).</p> <p>La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations ha raccomandato che ogni Unità di Ostetricia abbia strutture, personale e apparecchiature per affrontare l'emorragia post-parto in modo corretto e ha raccomandato l'utilizzo di esercitazioni cliniche per migliorarne l'assistenza.</p> <p><b>Eziologia dell'emorragia dopo parto</b></p> <p><u>Primaria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atonia uterina (≥ 80% dei casi)</li> <li>▪ Placenta accreta</li> <li>▪ Deficit di coagulazione</li> <li>▪ Inversione uterina</li> </ul> <p><u>Secondaria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ritenzione di prodotti del concepimento</li> <li>▪ Infezioni</li> </ul> <p>Le problematiche che possono essere identificate come responsabili ("substandard care") e che possono essere rimosse con adeguate politiche, sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mancanza di adeguata comunicazione tra professionisti 42%</li> <li>▪ Incapacità di apprezzare la severità del problema 39%</li> <li>▪ Diagnosi non corretta 38%</li> </ul>	<p><b>Requisiti minimi</b></p> <p>Per prevenire l'emorragia post-partum sono indicate:</p> <p>1) la gestione attiva del post-partum (linee guida FIGO/ICM):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Impiego di ossitocina, 10 unità IM, entro 1 minuto dalla nascita</li> <li>▪ Chiusura precoce del funicolo e sua trazione controllata: la trazione deve avvenire durante la contrazione e deve essere sempre associata a contro-trazione dell'utero</li> <li>▪ Massaggio uterino dopo espulsione della placenta</li> </ul> <p>2) la stretta osservazione della paziente in presenza di fattori di rischio o perdita ematica &gt; 500 cc</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ permanenza della donna nell'ambiente della Sala Parto per 2 ore</li> <li>▪ pervietà della vena (16 G)</li> <li>▪ infusione di ossitocina 10 unità in 250 cc di sol. fisiologica, 125 ml/h</li> </ul> <p>E' inoltre necessario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definire una procedura per la stima della perdita ematica (vedi quaderno della buona pratica regionale)</li> <li>▪ Avere rapidamente disponibili strumenti e materiale per la terapia - kit emorragia post partum - (vedi quaderno della buona pratica regionale)</li> <li>▪ Definire un protocollo per la gestione dello shock emorragico, condiviso con anestesisti e centro sangue (vedi quaderno della buona pratica regionale)</li> <li>▪ Prevedere la formazione periodica dell'equipe chirurgica e verificare che ogni operatore sia in grado</li> </ul>	<p><b>Livello di prestazione</b></p> <p><i>1.deliberazione</i></p> <p>Lettera datata e firmata di adozione della buona pratica da parte della struttura</p> <p><i>2.attuazione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utilizzo della buona pratica e delle relative procedure e protocolli nei reparti</li> <li>▪ Disponibilità del kit emorragia post-partum</li> <li>▪ Presenza di un piano di formazione di tutto il personale e realizzazione della formazione periodica dell'équipe chirurgica</li> <li>▪ Presenza di scheda /griglia per la documentazione dei casi di emorragia post partum</li> <li>▪ Sistema di documentazione e di analisi dei casi di emorragia post-partum con relativi <i>alert report</i></li> <li>▪ Presenza del poster "emorragia postpartum" in Sala Parto</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trattamento subottimale 38%</li> <li>▪ Mancata revisione da parte di Specialista esperto 13%</li> <li>▪ Mancanza di posti letto in Terapia Intensiva 6%</li> <li>▪ Terapia intensiva troppo distante 6%</li> <li>▪ Mancanza di sangue per trasfusione 6%</li> </ul>	<p>di eseguire le procedure chirurgiche appropriate per la perdita ematica uterina non controllabile farmacologicamente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizzare verifiche periodiche della frequenza e della gestione dell'emorragia post-partum è uno di questi. Per l' analisi e la discussione periodica dei casi è opportuno utilizzare una griglia predefinita per il rilevamento dei dati e organizzare sui casi critici degli audit documentati poi da un alert report.</li> <li>▪ definire una griglia dati per la documentazione dei casi di emorragia postpartum</li> <li>▪ esporre un poster emorragia postpartum nelle stanze della sala parto (vedi quaderno delle buone pratiche)</li> </ul>	
<p><b>Atti, normativa e bibliografia di riferimento</b></p>		<p><i>3.valutazione</i></p>
<p>Quaderno per la gestione del rischio clinico in ostetricia e ginecologia. REGIONE TOSCANA (in stampa)  Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva: World Health Organization; 2004.  Linee guida FIGO/ICM  ACOG. Practice Bulletin. Postpartum Hemorrhage. Obstet Gynecol, 104:1040-47, 2006  SOGC Clinical Practice Guidelines. Prevention and management of Postpartum Hemorrhage. 2000 e Hemorrhagic Shock. 2002  Scottish Obstetric Guidelines and Audit Project. The management of postpartum haemorrhage. 2002</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messa in atto delle procedure e protocolli previsti dalla buona pratica, nei Reparti</li> <li>▪ Disponibilità del kit emorragia postpartum</li> <li>▪ Presenza di un piano di formazione di tutto il personale e realizzazione della formazione periodica dell'équipe chirurgica</li> <li>▪ Presenza di una scheda/ griglia per la documentazione dei casi di emorragia postpartum</li> <li>▪ Presenza di un sistema di analisi dei casi emorragia postpartum rilevati con relativi <i>alert report</i></li> <li>▪ Presenza del poster "emorragia postpartum"</li> </ul>

## Buona pratica per la prevenzione e gestione della distocia di spalla

### Scheda tecnica

Area 1	Standard	Buona pratica	Ambito di applicazione
Attività clinica e assistenziale	Sicurezza in ginecologia ed ostetricia	Prevenzione e gestione della distocia di spalla	Struttura
Razionale	Requisiti minimi	Livello di prestazione	
<p>Le spalle non escono spontaneamente dopo la fuoriuscita della testa del feto e sono necessarie ulteriori manovre ostetriche dopo il fallimento della leggera trazione che viene abitualmente esercitata sulla testa fetale per il disimpegno delle spalle. La testa si disimpegna spontaneamente ma rimane incollata alla vulva, deprimendo il perineo (segno della tartaruga). E' causata dall'impatto della spalla anteriore contro la sinfisi pubica materna (distocia bassa) o dall'impatto della spalla posteriore contro il promontorio sacrale (distocia alta). E' evento raro, spesso imprevedibile con conseguenze che possono essere gravi sia per la madre che per il feto (vedi quaderno della buona pratica regionale)</p> <p>indipendentemente dal corretto trattamento.</p>	<p>Per quanto riguarda la <u>prevenzione</u> è necessario effettuare:          Taglio cesareo quando previsto (vedi quaderno della buona pratica regionale)          Oppure:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attenta individuazione dei fattori di rischio antepartum e intrapartum da parte di tutte le figure professionali coinvolte (medici e ostetriche) sia al momento della presa in carico della donna che nel corso del travaglio</li> <li>- Corretta diagnosi di travaglio e di inizio del periodo espulsivo atta a riconoscere eventuali anomalie, evitando una sottostima o sovrastima delle stesse</li> <li>- Corretta compilazione del partogramma</li> <li>- Rispetto dei tempi e dei fenomeni fisiologici del parto con un'assistenza corretta, mirata ad evitare interventismi che possono rivelarsi inappropriati</li> <li>- Favorire il corretto posizionamento fetale nel canale del parto anche attraverso l'incoraggiamento alla libertà di movimento della donna in tutte le fasi del travaglio-parto</li> <li>- Un periodico aggiornamento di tutto il team multidisciplinare operante nelle Aree Nascita che tenga conto delle prove di efficacia disponibili e che preveda test di simulazione</li> </ul> <p>Per quanto riguarda il <u>trattamento</u> è necessario effettuare le manovre come indicate nel quaderno della buona pratica regionale.</p> <p>E' inoltre necessario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- condivisione di un protocollo specifico per la gestione della distocia di spalla che sia coerente con le indicazioni fornite nella buona pratica definita a livello regionale (vedi quaderno della buona pratica regionale)</li> <li>- un'adeguata e comprovata preparazione e un comprovato aggiornamento di coloro che realizzano le</li> </ul>	<p><i>1 .deliberazione</i></p> <p>Lettera datata firmata di adozione della buona pratica da parte della struttura</p>	
		<p><i>2. attuazione</i></p> <p>Adozione delle procedure e protocolli previsti dalla buona pratica nei reparti          In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- messa a punto di un protocollo per la prevenzione e gestione della distocia di spalla che sia coerente con i requisiti minimi definiti a livello regionale e le indicazioni contenute nel quaderno regionale</li> <li>- presenza del poster in tutte le sale travaglio-parto di ausilio a ricordare le manovre da effettuare in caso di distocia di spalla</li> <li>- piano di formazione e aggiornamento delle equipe chirurgiche</li> <li>- documentazione clinica appropriata</li> <li>- Presenza di un sistema di analisi dei casi di distocia di spalla rilevati con relativi alert report</li> </ul>	

manovre. La rarità dell'evento non favorisce una forte esperienza pratica personale dei singoli operatori pertanto rimane centrale il ruolo dell'aggiornamento e delle simulazioni periodiche.

- la comunicazione continua ed efficace con la donna e il partner
- l'individuazione esplicita e condivisa di un leader autorevole nel team clinico che interviene
- la *valutazione continua* della situazione clinica sia in termini di efficacia risolutiva delle distinte manovre, sia in termini di benessere materno e fetale
- l'*organizzazione*: devono poter essere presenti:
  - l'operatore ginecologo dotato di maggiore esperienza
  - l'anestesista,
  - il pediatra
  - affissione di poster in tutte le sale travaglio-parto, di ausilio nel ricordare in modo sintetico le manovre da effettuare (con relativa illustrazione) nella loro successione, nonché alcuni richiami mnemonici più importanti (vedi quaderno della buona pratica regionale)
- Realizzare verifiche periodiche della frequenza e della gestione di alcune tipologie di eventi avversi in Sala Parto, ritenuti importanti e di complessa gestione. La distocia di spalla è uno di questi. Per l'analisi e la discussione periodica dei casi è opportuno utilizzare una check-list per il rilevamento dei dati e organizzare sui casi critici degli audit documentati poi da un alert report.

Requisiti per aspetti medico-legali:  
Accurata compilazione della cartella clinica

Documentazione del travaglio:

- Orario fuoriuscita della testa
- Direzione verso cui la testa ruota dopo la restituzione
- Tempi e sequenzialità delle manovre effettuate

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orario di fuoriuscita del corpo fetale</li> <li>• Documentazione condizioni fetali (EGA- Apgar)</li> <li>• Composizione dello staff e orario di arrivo delle singole figure</li> </ul> <p>Le manovre devono essere effettuate dal medico e non dall'ostetrica (a meno che il medico non sia presente)</p>	
Atti, normativa e bibliografia di riferimento		<i>3. valutazione</i>
<p>Quaderno per la gestione del rischio clinico in ostetricia e ginecologia REGIONE TOSCANA (in stampa). RACCOMANDAZIONI (ACOG Pract Bull n° 40, 2002)</p>		<p>Adozione delle procedure e protocolli previsti dalla buona pratica nei reparti</p> <p>In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- messa a punto di un protocollo per la prevenzione e gestione della distocia di spalla che sia coerente con i requisiti minimi definiti a livello regionale e le indicazioni contenute nel quaderno regionale</li> <li>- presenza del poster in tutte le sale travaglio-parto di ausilio a ricordare le manovre da effettuare in caso di distocia di spalla</li> <li>- piano di formazione e aggiornamento delle equipe chirurgiche</li> <li>- documentazione clinica adeguatamente compilata</li> <li>- presenza di documentazione relativa ai casi critici e alla loro analisi</li> <li>- Presenza di un sistema di analisi dei casi di distocia di spalla rilevati con relativi alert report</li> </ul>

**Buona pratica per la prevenzione del rischio nutrizionale**  
 Scheda tecnica

Area 1	Standard	Buona pratica	Ambito di applicazione
Area clinico-assistenziale	Prevenzione del rischio nutrizionale	Scheda tecnica: prevenzione del rischio nutrizionale	Struttura, Presidio, Azienda
Razionale	Requisiti minimi	Livello di prestazione	
<p>Il rischio nutrizionale, cioè la possibilità di eventi avversi correlabili all'alimentazione/nutrizione di una persona, rientra a pieno titolo nel più ampio quadro del rischio clinico.</p> <p>La valutazione del rischio nutrizionale consiste nel processo di identificazione di caratteristiche che si sanno associate alla possibilità di eventi avversi correlati all'alimentazione/ nutrizione, attraverso la costruzione di processi assistenziali appropriati, procedure definite e azioni di rilevazione semplici, non invasive, non costose ma di enorme significato clinico.</p> <p>La letteratura esistente, le raccomandazioni fornite da linee guida e documenti di consenso internazionali hanno posto sempre più attenzione al problema e alla necessità che il rischio nutrizionale sia routinariamente valutato nei diversi setting anche in un'ottica di continuità assistenziale</p> <p>Per una gestione efficace del rischio nutrizionale è necessario:</p> <p>1)definire una procedura aziendale per la valutazione e la gestione del rischio nutrizionale, comprendente: a) l'utilizzazione di un test di screening; b) l'inserimento della valutazione nutrizionale nella documentazione clinica e, se indicato, la definizione del trattamento nutrizionale; c) realizzazione di un'attività di informazione e</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuazione dei reparti/ strutture nei quali effettuare la valutazione del rischio nutrizionale sulla base della probabilità che il rischio stesso si manifesti o della gravità dell'effetto sulla situazione clinica, escludendo quei pazienti che risultano a rischio sulla base della loro diagnosi clinica e che, conseguentemente, devono essere sottoposti a trattamento nutrizionale</li> <li>2. Definizione di una procedura aziendale per la valutazione e gestione del rischio nutrizionale che sia condivisa con tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale della nutrizione, che sia coerente con le indicazioni fornite da Linee Guida e standard assistenziali internazionali e che includa (v. allegati): <ul style="list-style-type: none"> <li>- lo strumento di valutazione del rischio utilizzato</li> <li>- la modalità di documentazione del rischio valutato;</li> <li>- le azioni da intraprendere sulla base del livello di rischio rilevato</li> <li>- l'operatore responsabile della valutazione del rischio;</li> <li>- le modalità di attivazione della consulenza dietetica (e/o medica specialistica) quando appropriato sulla</li> </ul> </li> </ol>	<p><u>1. deliberazione</u></p> <p>Delibera o atto aziendale per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- procedura sulla valutazione e gestione del rischio nutrizionale all'interno del processo assistenziale della nutrizione;</li> <li>- definizione di un piano di formazione e aggiornamento obbligatorio</li> </ul> <p><u>2. attuazione</u></p> <p>Realizzazione della procedura in tutte le sue parti</p> <p><u>3. valutazione</u></p> <p>Presenza di una procedura aziendale sulla valutazione e gestione del rischio nutrizionale</p> <p>Presenza nei reparti/strutture* degli strumenti utili alla rilevazione del rischio nutrizionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- scheda di valutazione del rischio</li> <li>- bilancia</li> <li>- metro a nastro</li> <li>- altimetro</li> </ul> <p>Presenza nella documentazione clinica di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- apposito spazio per la registrazione del livello di rischio nutrizionale rilevato</li> </ul>	

<p>formazione per gli operatori sanitari e non, coinvolti nel processo assistenziale della nutrizione (medici, dietisti, infermieri e altro personale addetto all'assistenza, personale addetto alla ristorazione collettiva, ecc.)</p>	<p>base della diagnosi clinica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- modalità di attivazione del servizio di ristorazione per la richiesta di pasti adeguati alla terapia dietetica definita</li> <li>- modalità di monitoraggio della effettiva disponibilità nei diversi reparti/strutture di quanto previsto dai piani di trattamento nutrizionali individuali;</li> </ul> <p>3. Presenza, in ogni reparto/struttura*, di bilancia, altimetro e metro a nastro</p> <p>4. Lo strumento introdotto per la valutazione del rischio nutrizionale deve prevedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la misurazione di peso corporeo e statura (o altri segmenti corporei in soggetti non altrimenti misurabili) per il calcolo dell'Indice di massa Corporea;</li> <li>- la rilevazione dell'involontaria perdita di peso negli ultimi 3-6 mesi;</li> <li>- la valutazione della possibilità-capacità di alimentarsi adeguatamente e la classificazione del livello di rischio (alto-medio-basso)</li> </ul> <p>5. sulla base del livello di rischio rilevato devono essere implementate azioni conseguenti:</p> <p><b>basso rischio:</b> rivalutazione del soggetto dopo un periodo di tempo definito in relazione al setting assistenziale</p> <p><b>medio rischio:</b> monitoraggio e valutazione dell'assunzione alimentare attraverso l'utilizzo dello strumento prescelto, per un periodo di tempo limitato e successiva rivalutazione. La valutazione del rischio deve essere inserita nella cartella infermieristica.</p> <p><b>alto rischio:</b> attivazione della consulenza del dietista con relativa valutazione (v. allegati) ed eventuale consulenza medico specialistica /team nutrizionale</p> <p>6. Verifica della fornitura sicura ed accurata di alimenti e supporti nutrizionali previsti dal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- richiesta di consulenza dietistica</li> <li>- piano di trattamento dietetico/ nutrizionale adottato per il paziente</li> </ul> <p>Presenza di un piano di formazione e aggiornamento obbligatorio sulla valutazione e gestione del rischio nutrizionale e di documenti che certificano l'effettiva realizzazione degli incontri</p>
---	---	--

	<p>piano di trattamento nutrizionale</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Il piano di trattamento nutrizionale del paziente deve essere presente nella scheda terapeutica unica</li> <li>8. Alla dimissione, i risultati della valutazione del rischio nutrizionale ed eventuali piani di trattamento dietetico devono essere segnalati al MMG e/o alla struttura accogliente</li> <li>9. Presenza di operatori adeguatamente formati/aggiornati</li> <li>10. Segnalazione degli eventi senza danno o quasi eventi legati al processo assistenziale della nutrizione tramite incident reporting aziendale</li> </ol>	
--	---	--

#### BIBLIOGRAFIA

1. OPCS Health survey for England. 1992. The Stationery Office: London.1994.
2. Edington J, Kon P, Martyn CN. Prevalence of malnutrition in patients in general practice. *Clinical Nutrition*. 1996; 15:60-63.
3. Finch S, Doyle W, Lowe C, *et al*. National Diet and Nutrition Survey: people aged 65 years and over. Volume 1: Report of the Diet and Nutrition Survey. London: The Stationary Office. 1998.
4. Clinical Resource and Audit Group (CRAG). National Nutritional Audit of Elderly Individuals in Long-Term Care, 2000.
5. McWhirter J, Pennington C, Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *British Medical Journal*. 1994; 308:945-948.
6. Elia M. (Chairman and Editor) Guidelines for detection and management of malnutrition. Malnutrition Advisory Group (MAG), Standing Committee of BAPEN (ISBN 1 899 467 459) 2000.
7. Stratton RJ, Thompson RL, Margetts BM, Stroud M, Jackson AA, Elia M, Health care utilisation according to malnutrition risk in the elderly: an analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2002; 61: 20A.
8. Wood C, Stubbs S, Warwick H, Dunnachie A, Elia M, Stratton RJ, Malnutrition risk and health care utilisation in orthopaedic patients. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2003 (In Press).
9. King CL, Elia M, Stroud MA, Stratton RJ, The predictive validity of the malnutrition universal screening tool (ÔMUSTÔ) with regard to mortality and length of stay in elderly inpatients. *Clinical Nutrition*. 2003; 22: Suppl 1, S4.
10. Stratton RJ, Hackston AJ, Price S, Joseph K, Elia M, Concurrent validity of the newly developed ÔMalnutrition Universal Screening ToolÔ (ÔMUSTÔ) with Mini Nutritional Assessment and Subjective Global Assessment tools. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2003 (In Press).
11. Elia M, Screening for malnutrition: a multidisciplinary responsibility. Development and use of the ÔMalnutrition Universal Screening ToolÔ (ÔMUSTÔ) for adults. MAG, a Standing Committee of BAPEN (ISBN 1 899467 70 X) 2003.
12. Stratton RJ, Green CJ, Elia M, Disease-related malnutrition: An evidence based approach to treatment. Oxford: CABI Publishing. 2003.
13. Martyn CN, Winter PD, Coles SJ, Edington J, Effect of nutritional status on use of health care resources by patients with chronic disease living in the community. *Clinical Nutrition*. 1998; 17: 119-123.
14. Clinical Standards for Food, Fluids and Nutritional Care in Hospitals prodotti dal National Health Service- Quality Improvement Scotland 2003
15. ResAp (2003)3 on Food and Nutritional Care in Hospitals – Risoluzione del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, novembre 2003
16. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO Standards 2004) criteri di accreditamento delle strutture sanitarie statunitensi
17. Nutrition Support in Adults – Linee guida NHS- National Institute for Health and Clinical Excellence 2006

18. Raccomadazioni sulla gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti - SIQuAS-VRQ maggio 2006
19. Lean ME, Kelly JE, Tessier S, Cahill A, Morris SE, Crumley A, Mc Laughlin D, Mc Kee RF. Still hungry in hospital: identifying malnutrition in acute hospital admission. Q J Med 2000; 93: 93-98
20. Kondrup J, Allison . Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002 . Clinical Nutrition 2003;22;4:415-421
21. Jordan S, Snow D, et al. Introducing a nutrition screening tool: an explanatory study in a district general hospital. Journal of Advanced Nursing 2003; Vol.44 Issue 1
22. De Kruif JT, Vos A. An algorithm for the clinical assessment of nutritional status in hospitalize patients. Br J Nutr 2003; 90:829-836
23. Baldwin C, Parsons T, Logan S. Dietary advice for illness-related malnutrition in adults (Review). The Cochrane Collaboration, in the Cpchrane Library 2007, issue 1 (Published by Wiley Sons, Ltd)
24. HAS /Haute Autorité de Santé). Recommadations professionnelles. Strategie de prise an charge en cas de denutrition proteico-energetique chez la personne agee. Avril 2007

\* i dati presenti in letteratura indicano: medicine, chirurgia, geriatria, ortopedia, oncologia e, a livello territoriale, residenze per anziani.

## Buona pratica per la prevenzione del Tromboembolismo Venoso in Ortopedia e Traumatologia

### Scheda tecnica

Area 1	Standard	Buona pratica	Ambito di applicazione
Attività clinica e assistenziale	Prevenzione del tromboembolismo venoso in ortopedia e traumatologia		Struttura
<b>Razionale</b>	<b>Requisiti minimi</b>		<b>Livello di prestazione</b>
<p>La malattia tromboembolica venosa (MTEV), i cui quadri clinici principali sono la trombosi venosa profonda (TVP) e l'embolia polmonare (EP), è una condizione frequente e potenzialmente fatale.</p> <p>L'importanza della prevenzione del rischio tromboembolico e la particolare gravità delle complicanze derivanti da una scorretta terapia rendono necessaria l'elaborazione di un protocollo che uniformi una pratica ampiamente utilizzata in ambito ospedaliero, ma con modalità spesso disomogenee all'interno delle UU.OO..</p> <p>Il protocollo prodotto ha i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aiutare il medico ad identificare i pazienti a rischio tromboembolico</li> <li>• rendere uniforme ed esplicito il processo di stratificazione del rischio di tromboembolismo venoso nel singolo paziente</li> <li>• razionalizzare e standardizzare i protocolli di profilassi,</li> </ul> <p>il tutto in aderenza ai principi della medicina basata sulle prove di efficacia.</p>	<p>Formazione del personale all'adozione della buona pratica (almeno un incontro per struttura semplice o complessa rivolto al personale medico) con attestazione dei partecipanti.</p> <p>Adozione della buona pratica che prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'impiego dell'algoritmo per la valutazione del rischio tromboembolico in chirurgia ortopedica in fase pre-operatoria per tutti i pazienti sia in elezione che in urgenza</li> <li>• l'applicazione delle strategie di prevenzione adeguate al livello di rischio come indicato dal relativo documento</li> <li>• la documentazione dei motivi della mancata applicazione della strategia di prevenzione prevista</li> <li>• la firma del medico responsabile e la data dell'applicazione delle strategie di prevenzione</li> <li>• l'effettiva somministrazione dei farmaci ed applicazione di presidi prescritti nei modi e nei tempi indicati</li> <li>• l'archiviazione dei documenti compilati in cartella clinica</li> <li>• la completezza, la chiarezza e la coerenza delle informazioni inserite negli strumenti</li> <li>• una disponibilità di farmaci e di mezzi fisici di compressione coerente con le tipologie d'interventi ed il fabbisogno di farmaci e presidi della strutturale</li> </ul>		<p><b>1. deliberazione</b></p> <p>Adozione formale della buona pratica all'interno della struttura di riferimento</p> <hr/> <p><b>2. attuazione</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La disponibilità degli strumenti della buona pratica in reparto;</li> <li>• l'effettivo utilizzo degli strumenti in fase preoperatoria;</li> <li>• l'effettivo utilizzo dei farmaci e dei presidi previsti durante il ricovero.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• disponibilità in reparto del manuale di riferimento per eventuali necessità di consultazione</li> <li>• segnalare al medico curante tipo, dosaggio e durata della terapia nella lettera di dimissione</li> </ul>	
<b>Atti, normativa e bibliografia di riferimento</b>		<b>3. valutazione</b>
<p><b>“Protocollo regionale per la prevenzione del tromboembolismo venoso in ortopedia e in traumatologia”</b> (Bibliografia all’interno del protocollo).</p> <p><b>“Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices”</b> (2001), University of California at San Francisco (UCSF)–Stanford University Evidence-based Practice Center</p>		<p>Copertura della formazione (goal 100%)</p> <p>Revisione cartelle cliniche per rilevare:  adesione all'utilizzo dello strumento (goal 95%)  qualità formale della documentazione (goal 80%)  effettiva applicazione delle indicazioni di prevenzione (goal 95%)  indicazione della terapia nella lettera di dimissione (80%)</p> <p>Monitoraggio andamento eventi tromboembolici nei pazienti trattati fino alla dimissione (&lt;10%) tramite SDO</p>