

Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito

Azioni di miglioramento
nelle strutture residenziali per anziani

Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito

Azioni di miglioramento

nelle strutture residenziali per anziani

Rischio infettivo

Redazione e impaginazione a cura di

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, agosto 2004

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Sistema comunicazione, formazione, documentazione

Viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/index.htm>

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Questo documento presenta la sintesi delle conclusioni dei gruppi di lavoro portati avanti nel periodo gennaio-novembre 2003, relativamente a due temi:

- **infezioni (pratiche assistenziali, percorso di diagnosi e terapia delle infezioni)**
- **lesioni da decubito (pratiche assistenziali, percorso di prevenzione e trattamento)**

La redazione del volume è stata curata da

Maria Mongardi

Catia Bedosti

Maria Luisa Moro

dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

e dal Gruppo di lavoro regionale

Alessandra Amadori Azienda USL di Forlì
Claudia Arcangeli Azienda USL di Imola
Daniela Calderoni Azienda USL di Forlì
Valeria Casamenti Azienda USL di Forlì
Augusta Chiarucci Azienda USL di Forlì
Miriam Di Federico Azienda USL di Ravenna
Corrado Fini Azienda USL di Imola
Galeazzo Garavini Azienda USL di Forlì
Maria Lazzarato Direzione generale sanità e politiche sociali,
Regione Emilia-Romagna
Stefano Liverani Azienda USL di Ravenna
Paride Lorenzini Azienda USL di Imola
Roberto Pederzini Azienda USL di Imola
Maurizio Piolanti Azienda USL di Ravenna
Elisabetta Rimini Azienda USL di Ravenna
Maria Rolfini Direzione generale sanità e politiche sociali,
Regione Emilia-Romagna
Claudio Servadei Azienda USL di Imola
Ester Spinozzi Azienda USL di Forlì

Gruppo di progetto dell'Azienda USL di Forlì

Daniela Calderoni responsabile

Claudio Cancellieri

GianPaolo Fiorini

Maria Luisa Milandri

Loretta Vallicelli

Federico Andrelini	Anita Golinucci
Cristina Arbia	Jitka Kucerova
Cristiano Artusi	Paola Lanzoni
Fabrizio Bartoletti	Marina Lazzari
Roberta Bassetti	Lorella Manucci
Susanna Bergantini	Carlo Maraldi
Andreina Berti	Giovanna Marchitto
Roberta Bevoni	Mirella Masoni
Adorian Titi Bodale	Paola Mercuriali
Bruna Bombacci	Monia Milandri
Marinella Briganti	Alida Montalti
Edmondo Bruschi	Maurizio Montanari
Claudia Castagni	Fabio Monterastelli
Maria Ceredi	Daniela Moretti
Monia Cimatti	Federica Patroni
Cancellieri Claudio	Lucia Perissinotto
Matilde Corda	Anna Maria Perta
Carmen De Sario	Deanna Ribaldi
Luciano Dell'Amore	Daniela Ricci
Pier Luigi Dell'Amore	Lorella Rinaldini
Daniela Della Bella	Licia Salvigni
Concetta Dimissio	Rosanna Sedili
Monica Fabbri	Sergio Succi
Andrea Fiorini	Danila Tassani
Anna Maria Gallucci	Antonietta Tolo
Maria Pia Garavini	Maria Paola Trebini
Alessandra Gazzani	Adelaide Valli

Gruppo di progetto dell'Azienda USL di Imola

Corrado Fini responsabile

Claudia Arcangeli

Alessandra Cenni

Silvia Cornazzani

Doretta Dori

Maria Mastroianni

Danila Mondini

Neris Oriani

Daniela Baldassarri

Maurizia Baraccani

Nicoletta Bendanti

Loredana Benvenuti

Sergio Biancoli

Gabriele Biavati

Federica Brusa

Romano Cappello

Sofia Castellari

Milena Castellini

Bruna Dosi

Giuliana Galeotti

Alice Gollini

Ernestina Levote

Natalia Liverani

Roberta Liverani

Daniela Mainetti

Antonella Marani

Marina Nanni

Melania Oboldi

Raffaella Pasquali

Alessandra Poggi

Ornella Ricciotti

Deanna Sabbioni

Claudio Servadei

Valeria Solaroli

Lauretta Tartaglia

Elena Teci

Manuela Turrini

Vanna Valli

Gabriella Vettolani

Chiara Zaniboni

Gruppo di progetto dell'Azienda USL di Ravenna

Miriam Di Federico responsabile

Nicola Allegri

Rosa Belli

Paola Biondi

Gennaro Caravita

Patrizia Casetti

Valter Conti

Giovanna Dal Monte

Antonio Gagliardi

Diana Guardigli

Franca Ioratti

Walter Laghi

Maria Cristina Molari

Paola Palpacelli

Patrizia Pasini

Marco Piancastelli

Maurizio Piolanti

Cinzia Pozzetti

Elisabetta Rimini

Claudia Scalini

Riccarda Suprani

Barbara Alessi

Efrem Bardelli

Marilena Bellato

Franca Benini

Giacomo Bersaglia

Mario Bertoni

Maria Paola Biondi

Tiziana Calderoni

Eugenio Caroli

Michela Coveri

Giovanna Dal Monte

Catia Donati

Antonia Giannini

Natascia Guerrini

Juliano Aquila

Lauretana Leonardi

Maria Mazzamurro

Valeria Mazzotti

Giuseppe Melandri

Bruno Menni

Cristina Minghetti

Laura Muscati

Maria Teresa Napolitano

Angela Paolettoni

Leonide Pavirani

Paola Polpacelli

Roberta Ravaglia

Claudio Samorè

Luisa Stefani

Maria Rosa Tondini

Ethel Venieri

Graziella Volpin

Joanna Watral

Aziende USL/strutture residenziali coinvolte nel progetto di miglioramento

Azienda USL di Forlì

Nome struttura	Posti letto conv. AUSL	Ente titolare	Coordinatore di struttura
Casa protetta Residenza al Parco	52	Società privata	Anna Maria Coppolillo
RSA Residenza al Parco	20	Società privata	Anna Maria Coppolillo
Casa protetta Istituzione ai servizi sociali (ISS) Davide Drudi - Meldola	135	ISS comunali / altro ente pubblico	Augusta Chiarucci
Casa protetta Pietro Zangheri	142	IPAB	Lorenza Ridolfi
Casa protetta Artusi	40	IPAB	Anna Maria Ghetti

Azienda USL di Imola

Nome struttura	Posti letto conv. AUSL	Ente titolare	Coordinatore di struttura
Casa protetta La Coccinella - Castel San Pietro	82	Comune di Castel San Pietro	Marina Nanni
Casa protetta Toschi - Dozza	23	Comune di Dozza	Marina Nanni
Casa protetta Villa Armonia	38	Società privata	Sofia Castellari
Casa protetta IPAB (via Venturini)	145	IPAB	Paride Lorenzini
Casa protetta IPAB (via Amendola)	42	IPAB	Stefania Lorenzi
RSA Baroncini	70	IPAB	Raffaella Pasquali
Casa protetta S. Antonio Abate - Fontanelice	30	IPAB	Maurizia Baraccani
Casa protetta Opere Pie S. Maria - Borgo Tossignano	43	IPAB	Maurizia Baraccani

Azienda USL di Ravenna

Nome struttura	Posti letto conv. AUSL	Ente titolare	Coordinatore di struttura
Casa protetta Baccarini - Russi	54	IPAB	Stefania Santolini / Walter Laghi
RSA Baccarini - Russi	9	IPAB	Patrizia Pasini
Casa protetta F. Busignani - Cervia	66	IPAB	Valter Conti
Casa protetta Galla Placidia - Ravenna	54	Cooperativa sociale (L. 381/1991)	Patrizia Casetti
RSA Galla Placidia - Ravenna	20	Cooperativa sociale (L. 381/1991)	Patrizia Casetti
Casa protetta Sassoli - Lugo	102	IPAB	Nicola Allegri
RSA Conselice - Lugo	18	Azienda USL	Guardigli Diana
Casa protetta Lega Zambelli - Brisighella - Faenza	28	Cooperativa sociale (L. 381/1991)	Claudia Scalini
RSA Il fontanone - Faenza	20	IPAB	Rosa Bruna Belli

Indice

Sommario	11
Premessa	15
Infezioni nelle strutture residenziali	15
Lesioni da decubito nelle strutture residenziali	16
La qualità dell'assistenza nelle strutture residenziali per anziani: le evidenze	17
Descrizione del progetto	19
Razionale del progetto di miglioramento	19
Obiettivi generali del progetto di miglioramento	20
Disegno dello studio	20
Popolazione in studio	21
Percorso per la realizzazione del progetto	21
Contenuto del programma di intervento	24
Valutazione del programma di intervento	29
Tempi del progetto	33
Descrizione delle macroazioni	35
Azienda USL di Forlì	40
Azienda USL di Imola	47
Azienda USL di Ravenna	51
Tempogramma delle macroazioni	59
Azienda USL di Forlì	60
Azienda USL di Imola	65
Azienda USL di Ravenna	69
Schede delle azioni	77
Azienda USL di Forlì	78
Azienda USL di Imola	87
Azienda USL di Ravenna	99
Bibliografia	119

Sommario

Premessa

Le infezioni e le lesioni da decubito rappresentano un evento frequente tra gli anziani assistiti in strutture residenziali: la prevalenza di infezioni varia da 2,7% a 32,7% infezioni per 100 residenti; dal 10% al 20% delle infezioni si presentano in forma epidemica; le polmoniti rappresentano la causa principale di ospedalizzazione e di morte. La prevalenza di lesioni da decubito negli ospiti di queste strutture varia da 8% a 18%; tali complicanze possono provocare l'insorgenza di infezioni, il ricovero ospedaliero, e in casi estremi il decesso.

Sia le infezioni sia le lesioni da decubito sono, almeno in parte, evitabili adottando misure assistenziali adeguate, e possono quindi essere considerate indicatori di qualità dell'assistenza prestata.

Il problema della qualità dell'assistenza nelle strutture residenziali per anziani ha rappresentato, nei paesi anglosassoni e in particolare negli Stati Uniti, un tema di interesse costante per l'opinione pubblica ed è stato oggetto di numerose indagini governative e studi di gruppi di ricerca. Un rapporto del 2001 dell'Institute of Medicine statunitense ha evidenziato un miglioramento nel tempo della qualità dell'assistenza (ad esempio, riduzione dei mezzi di contenzione chimici e fisici), anche se permangono problemi seri quali lesioni da decubito, malnutrizione, incontinenza urinaria. Altri problemi sembrano addirittura in aumento, come la carenza di supervisione per prevenire gli incidenti e l'inadeguata assistenza nelle attività di vita quotidiana.

Nel 2001-2002 è stata completata nella regione Emilia-Romagna un'indagine di prevalenza delle infezioni e delle lesioni da decubito in 49 strutture residenziali per anziani di tre Aziende USL (Forlì, Imola, Ravenna), per un totale di 1.926 ospiti. Lo studio ha evidenziato l'esistenza di numerose aree suscettibili di miglioramento per quanto concerne le misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni e delle lesioni da decubito.

Obiettivo del progetto

Obiettivo del progetto è valutare l'impatto e la fattibilità di azioni di miglioramento mirate alla prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito in strutture residenziali per anziani (Case protette - CP e Residenze sanitarie assistite - RSA).

Popolazione in studio

Il progetto interessa 22 strutture (16 CP e 6 RSA, per un totale di 1.150 ospiti e più di 800 operatori socio-sanitari) delle Aziende sanitarie di Forlì, Imola e Ravenna, selezionate su base volontaria tra le 49 strutture residenziali che avevano partecipato nell'anno

2001-2002 allo studio di prevalenza dei due eventi di interesse. A Imola sono state incluse, sia nello studio di prevalenza che nel progetto di miglioramento, tutte le strutture esistenti; nelle altre due Aziende, invece, partecipano al progetto di miglioramento solo un terzo circa delle strutture.

Disegno dello studio

Le Aziende USL di Forlì e Ravenna hanno scelto come obiettivo del programma di intervento la prevenzione delle infezioni, Imola la prevenzione delle lesioni da decubito.

Il disegno di studio è di tipo osservazionale prima/dopo e l'impatto del programma verrà valutato confrontando indicatori di struttura, di processo e di esito prima, durante e dopo la realizzazione degli interventi.

Il progetto privilegia un approccio del tipo formazione-azione, che si pone l'obiettivo di creare cultura sul tema degli eventi avversi di interesse nell'ambito delle strutture partecipanti, attraverso l'individuazione di figure chiave e la loro partecipazione diretta alla definizione e attuazione delle azioni di miglioramento. Il progetto di miglioramento consiste nel promuovere l'adozione di pratiche assistenziali basate su *evidence based medicine* ed *evidence based nursing* attraverso la creazione di gruppi di miglioramento, programmi di *audit* e *feedback* dei dati, programmi di formazione e aggiornamento professionale, e reperimento di risorse disponibili per la realizzazione delle modifiche organizzative necessarie.

I gruppi di miglioramento hanno definito le macroazioni di intervento e le rispettive schede delle azioni:

- l'Azienda USL di Forlì ha identificato 6 macroazioni e 13 schede azioni,
- l'Azienda USL di Imola 4 macroazioni e 12 schede azioni,
- l'Azienda USL di Ravenna 7 macroazioni e 19 schede azioni.

L'organigramma del progetto si articola in gruppi di lavoro a tre livelli: regionale, aziendale e a livello di ciascuna struttura residenziale coinvolta.

Valutazione dell'impatto del programma

Gli indicatori per la valutazione dell'impatto del programma di intervento mirato alle infezioni sono di esito (ad esempio prevalenza di infezioni pesata per *case mix* della struttura), di processo (frequenza di conoscenze e attitudini corrette rispetto ai temi indagati, adesione al lavaggio delle mani, proporzione di pazienti infetti per i quali sono stati registrati segni e sintomi nella documentazione, ecc.), di struttura (ad esempio presenza di almeno un ossimetro in ciascuna struttura, proporzione di lavandini dotati di *dispenser* e salviette monouso).

Anche per le lesioni da decubito sono stati identificati indicatori di esito (prevalenza di lesioni per stadio pesata per *case mix* della struttura, proporzione di lesioni da decubito guarite/peggiorate sul totale delle lesioni, tassi di cadute per 1.000 giorni residenti, ecc.), di processo (prevalenza di uso di psicofarmaci e di anziani trattati con registrazione di

segni e sintomi, prevalenza di presidi di contenzione, ecc.), di struttura (presenza di un sistema di rilevazione continua delle lesioni da decubito, presenza di un sistema di adozione dei presidi di contenzione, ecc.).

Le informazioni necessarie per la quantificazione degli indicatori di interesse verranno rilevate attraverso:

- un'indagine di *audit* delle misure di prevenzione e controllo condotta prima dell'avvio del programma di intervento e ripetuta alla conclusione di questo;
- indagini di prevalenza ripetute a scadenze trimestrali nel corso del progetto, che utilizzeranno il sistema di classificazione *Resource Utilization Group III* (RUG III), arricchito da altre informazioni utili a rilevare gli indicatori di interesse.

Premessa

Infezioni nelle strutture residenziali

La letteratura internazionale riporta frequenze di infezioni praticamente sovrapponibili in strutture ospedaliere per anziani acuti e in strutture di assistenza per lungodegenti (Garibaldi, 1999; Nicolle, 2000, 2001; Smith, Rusnack, 1997). Nell'ambito dell'assistenza domiciliare, il rischio è presente ma l'incidenza di infezioni è più bassa (Rhinehart, 2001). I programmi di controllo delle infezioni devono essere quindi estesi a comprendere tutte le strutture assistenziali nelle quali è stato documentato un rischio di infezioni iatrogene: tra queste, in primo luogo le strutture di assistenza per anziani che sono, tra tutte le strutture extraospedaliere, quelle a maggior rischio di infezioni (Goldrick, 1999; Nicolle, 2001), ma anche i servizi di assistenza domiciliare. La ridotta disponibilità di dati sul rischio infettivo nelle strutture per anziani è probabilmente da attribuire al fatto che la rete dei servizi socio-sanitari per anziani si è sviluppata solo negli ultimi quindici anni, ma anche alla scarsa attenzione finora dedicata a tale fenomeno.

Secondo alcune revisioni della letteratura, la prevalenza di infezioni varia da 2,7% a 32,7% infezioni per 100 residenti (Smith, Rusnack, 1997); l'incidenza varia da 2,6% a 7,1% nuove infezioni ogni 1.000 giornate/residenti (ogni residente sviluppa in media da 1 a 3 infezioni all'anno) (Goldrick, 1999; Smith, Rusnack, 1997). Uno studio di prevalenza condotto recentemente su un campione molto ampio di anziani norvegesi ha rilevato una frequenza di infezioni pari a 6,5% (Andersen, 2001).

Su 100 casi di infezioni osservate, un numero variabile fra 10 e 20 fa parte di un evento epidemico (Garibaldi, 1999; Hoffman *et al.*, 1990; Yates *et al.*, 1999). Tali eventi nelle strutture per anziani coinvolgono frequentemente anche gli operatori sanitari, soprattutto nei casi di scabbia, tubercolosi, gastroenteriti (Jack, 1993; Standaert *et al.*, 1994).

Per gli anziani ospiti delle *nursing home*, le infezioni - soprattutto le polmoniti (Beck-Sague *et al.*, 1994; Jackson *et al.*, 1992) - rappresentano la principale causa di ospedalizzazione e di morte (Ahlbrecht *et al.*, 1999). I siti di infezione più frequentemente colpiti sono le vie urinarie, le vie respiratorie, la cute, l'apparato gastroenterico e gli occhi (Nicolle, 2001). Le infezioni endemiche sono prevalentemente infezioni del tratto respiratorio e urinario; quelle epidemiche sono soprattutto le influenze e le infezioni del tratto gastrointestinale (Nicolle, 2000).

I fattori che influenzano il rischio infettivo nelle strutture assistenziali per anziani sono principalmente legati a:

- caratteristiche dell'ospite (età, patologie concomitanti, stato mentale, trattamenti farmacologici frequenti, esposizione a procedure invasive);
- caratteristiche della struttura (ambienti confinati, organizzazione dell'assistenza sanitaria, disponibilità di servizi diagnostici);
- risorse umane (numero e professionalità del personale per l'assistenza, familiari, visitatori della struttura);

- difficoltà nel porre diagnosi di infezione (presentazione subdola dei segni e sintomi di infezione, difficoltà di comunicazione, accesso limitato ai servizi diagnostici);
- *standard* assistenziali non rispettati (isolamento degli anziani infetti, misure di barriera e lavaggio delle mani, disinfezione/sterilizzazione dei presidi, ecc.);
- uso/abuso di antibiotici, con il conseguente fenomeno della resistenza antibiotica.

Molti autori hanno segnalato un uso intensivo e spesso inappropriato di antibiotici nelle strutture per anziani con conseguenze significative in termini di sviluppo delle resistenze. Gli antibiotici rappresentano il farmaco più comunemente prescritto per questa fascia di pazienti: raggiungono infatti il 40% di tutti i farmaci prescritti per via sistemica (Nicolle *et al.*, 1996). La prevalenza di uso di antibiotici è pari a 8%, con una probabilità del 50-70% che ogni residente riceva almeno un trattamento nel corso di un anno; l'incidenza di uso di antibiotici (terapie iniziate) ha un valore medio che va da 4 a 7 per 1.000 giornate/residenti (Mylotte, 1999). Il 25-70% delle somministrazioni per via sistemica di antimicrobici e il 60% di quelle di antimicrobici topici sono state considerate non appropriate (Nicolle *et al.*, 1996).

Al problema delle infezioni acquisite nelle strutture si aggiunge quindi quello del ricorso eccessivo e spesso ingiustificato ad antibiotici, che determina l'aggravarsi del problema della selezione e circolazione di microrganismi antibioticoresistenti (Garibaldi, 1999; Nicolle, 2000; Strausbagh, 1996). Questi organismi possono:

- essere introdotti nella struttura da un ospite colonizzato o infetto (che li ha spesso acquisiti durante un precedente ricovero ospedaliero);
- essere acquisiti *ex novo* da un altro paziente o operatore colonizzato;
- selezionarsi per effetto dell'uso/abuso di antibiotici.

Gli anziani colonizzati con organismi resistenti rimangono portatori per anni e costituiscono persistenti fonti di infezione per una futura diffusione epidemica.

Lesioni da decubito nelle strutture residenziali

Nelle strutture sanitarie per anziani, un altro evento prevenibile - estremamente rilevante in termini di salute ed economici - è rappresentato dalle lesioni da decubito (LDD); le modificazioni biologiche legate all'invecchiamento portano infatti l'anziano a essere un soggetto a rischio (Almann, 1989). Se non trattate correttamente - o meglio ancora prevenute - le lesioni, oltre ai problemi legati all'insorgenza di infezioni, alla perdita di sangue e al dolore, rendono spesso necessario il ricovero in istituzioni o ambiente ospedaliero, fino a divenire causa di morte (Almann, 1989).

Le lesioni da decubito continuano a costituire un problema per un numero elevato di anziani, soprattutto se ospedalizzati per malattie che ne compromettono la capacità funzionale motoria (Almann, 1989), nonostante i progressi della medicina e dell'assistenza e l'introduzione di presidi sempre più sofisticati per la prevenzione.

Sono stati condotti numerosi studi di prevalenza su soggetti ospedalizzati o ricoverati in strutture protette:

- le indagini svolte in ospedali in Italia e negli Stati Uniti mostrano valori abbastanza omogenei fra loro (8-12% circa), mentre alcuni studi condotti nel Regno Unito riportano valori più elevati, probabilmente dovuti all'utilizzo di un diverso sistema di classificazione;
- alcuni studi sulla prevalenza di lesioni da decubito condotti in strutture residenziali per anziani riportano una prevalenza che varia tra 8% e 18%.

In Emilia-Romagna non sono disponibili dati relativi alle strutture sanitarie per anziani, ma un'indagine svolta nel 2000 negli ospedali per acuti della regione ha riscontrato una prevalenza di lesioni da decubito pari al 7,1% (limiti di confidenza 95% 6,8-7,4) (Grilli, 2002).

Qualità dell'assistenza nelle strutture residenziali per anziani: evidenze

Nei paesi anglosassoni la rete di servizi residenziali per anziani si è sviluppata da più tempo; il problema della qualità dell'assistenza in queste strutture ha rappresentato un tema di interesse costante per l'opinione pubblica ed è stato oggetto di numerose indagini governative e studi di gruppi di ricerca. La letteratura scientifica è quindi ricca di spunti di riflessione su come misurare la qualità dell'assistenza, sulla frequenza di specifici indicatori "negativi" in queste strutture, sugli effetti degli aspetti regolatori sulla qualità dell'assistenza, sugli strumenti efficaci a migliorare tale dimensione.

Gli Stati Uniti sono il paese nel quale da più tempo rilevazioni sistematiche e studi specifici indagano particolari aspetti della qualità dell'assistenza. Nel 2000 il governo americano ha commissionato all'Institute of Medicine la preparazione di un documento su come migliorare la qualità dell'assistenza prestata a lungodegenti (Wunderlich, Kohler, 2001). Il rapporto, basato sulla revisione di dati ottenuti da fonti informative correnti e da studi *ad hoc*, ha sintetizzato le evidenze disponibili sugli indicatori utilizzati per misurarla e sulla frequenza di specifiche carenze nelle *nursing homes* americane.

Nella valutazione della qualità dell'assistenza prestata a lungodegenti vi sono elementi di contesto da considerare, tra i quali la stretta interrelazione tra aspetti sanitari e sociali, il punto di vista degli ospiti, il ruolo centrale dell'ambiente fisico, in grado di condizionare sia la sicurezza dei pazienti sia la loro capacità di movimento e, in termini più ampi, la qualità della loro vita.

Come in tutti i servizi sanitari, la valutazione della qualità dell'assistenza in queste strutture si avvale di indicatori, in particolare:

- dimensioni di struttura - personale di assistenza (numero, profili professionali presenti, formazione e aggiornamento), assetto proprietario, ambiente fisico;
- dimensioni di processo - utilizzo inappropriato (per sovra o sottoutilizzo) di specifiche pratiche assistenziali, scarsa qualità tecnica, scarsa attenzione ai bisogni dell'ospite (ad esempio perdita di peso, abuso, violenze fisiche);

- dimensioni di esito - stato di salute complessivo, presenza o assenza di condizioni specifiche (ad esempio, lesioni da decubito, perdita di peso, ecc.), stato di benessere (sociale e psicologico) e gradimento dell'anziano.

Per descrivere lo stato della qualità dell'assistenza nelle *nursing homes*, il rapporto dell'Institute of Medicine si è basato sui risultati di studi scientifici, sull'analisi dei dati rilevati mediante il *Minimum Data Set* e riportati dall'*Online Survey and Certification Assessment Reporting (OSCAR) System* per la certificazione delle strutture, e su studi governativi come quelli del General Accounting Office. Queste analisi testimoniano un miglioramento della qualità assistenziale (ad esempio, riduzione dei mezzi di contenzione chimici e fisici), anche se permangono problemi seri quali lesioni da decubito, malnutrizione, incontinenza urinaria. Altri problemi sembrano addirittura in aumento, come la carenza di supervisione per prevenire gli incidenti e l'inadeguata assistenza nelle attività di vita quotidiana. Nel 1998-99 il 25-33% delle *nursing homes* presentava carenze gravi o addirittura associate a un aumento del rischio di morte per gli anziani assistiti; nel 1999 il 26% di queste strutture non rispettava gli *standard* nell'igiene degli alimenti, il 21% prestava assistenza di livello inadeguato, il 19% aveva caratteristiche ambientali associate a un aumentato rischio di cadute accidentali, nel 18% le lesioni da decubito erano trattate inadeguatamente (Harrington, 2001).

Descrizione del progetto

Razionale del progetto di miglioramento

Nel 2001-2002 è stata completata un'indagine di prevalenza delle infezioni e delle lesioni da decubito in 49 strutture residenziali per anziani di tre Aziende USL della regione Emilia-Romagna (Forlì, Imola, Ravenna), per un totale di 1.926 ospiti; in particolare sono state coinvolte:

- tutte le 15 residenze sanitarie assistite (RSA), 329 anziani;
- un campione di 34 case protette (CP), 1.597 anziani.

Obiettivo principale dell'indagine era stimare la prevalenza di due specifici eventi potenzialmente prevenibili - le infezioni acquisite nelle strutture e le lesioni da decubito - e analizzare i fattori a questi associati, relativamente alle caratteristiche sia del paziente, sia delle strutture. L'indagine ha evidenziato l'esistenza di numerose aree suscettibili di miglioramento per quanto concerne le misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni e delle lesioni da decubito.

È stata riscontrata una variabilità tra Aziende in termini di:

- caratteristiche delle strutture (dimensioni, esternalizzazione dei servizi, documentazione sanitaria disponibile, ecc.);
- caratteristiche della popolazione ricoverata (durata di permanenza nella struttura, caratteristiche cliniche e grado di disabilità);
- caratteristiche del profilo assistenziale (tasso di ricoveri ospedalieri, procedure invasive, presidi posturali, presidi antidecubito).

La prevalenza complessiva di infezioni è pari a 9,6/100 ospiti. Le infezioni insorte dopo sette giorni dall'ingresso in struttura sono pari a 8,2/100 ospiti. La prevalenza è tendenzialmente più elevata nelle RSA (12,8/100) rispetto alle CP (7,5/100) e presenta una notevole variabilità nelle tre Aziende e nelle diverse strutture; è nel *range* di quella riportata da altri studi condotti alla fine degli anni '80 soprattutto negli Stati Uniti, anche se uno studio più recente norvegese su più di 13.000 anziani riporta una prevalenza più bassa (6,5%) (Andersen, Rasch, 2000).

Si tratta prevalentemente di infezioni di ridotta gravità clinica ma potenzialmente prevenibili, come infezioni micotiche della cute, congiuntiviti, celluliti, infezioni del cavo orale. A maggior rischio sono gli ospiti portatori di disabilità (indice ADL >2), con specifiche patologie (broncopneumopatia cronica ostruttiva, demenza, neuropatia periferica, colonstomia), o sottoposti a procedure invasive (catetere urinario, procedure invasive parenterali).

La prevalenza di lesioni da decubito è pari a 15,7/100 ospiti; è tendenzialmente più elevata nelle RSA (28,3/100) che nelle CP (13,7/100) e presenta una notevole variabilità nelle tre Aziende e nelle diverse strutture.

Gli ospiti a maggior rischio sono gli anziani con disabilità (indice ADL >2), un basso punteggio nella scala di Braden, nefropatia, sottoposti a procedure invasive (catetere vescicale, procedure invasive parenterali), portatori di un presidio posturale diverso dalle sole sponde al letto, con uno o più ricoveri in ospedale nei 6 mesi precedenti. In nessuna delle tre Aziende tutti gli anziani ospiti di RSA o CP con un punteggio Braden ≤ 16 e quindi ad alto rischio di lesioni da decubito erano dotati di presidi antidecubito alimentati: l'uso andava dal 47% nelle CP di Forlì al 95% nelle RSA della stessa Azienda.

Come previsto dalla normativa regionale, la metà delle strutture ha predisposto protocolli assistenziali scritti per la prevenzione delle lesioni da decubito.

Il ricorso a farmaci nel trattamento degli anziani è ampiamente variabile nelle tre Aziende e nelle diverse strutture: la prevalenza media di uso di antibiotici è pari a 12%, variando però da 8% nelle case protette di Ravenna a 26% nelle RSA di Forlì; analogamente la prevalenza di esposizione a farmaci per il sistema nervoso è del 66%, con una differenza più contenuta tra Aziende e tipo di struttura, ma con una notevole variabilità tra singole strutture.

Obiettivi generali del progetto di miglioramento

Gli obiettivi generali del progetto di intervento/miglioramento sono:

- ridurre la frequenza di infezioni e di lesioni da decubito nelle 22 strutture coinvolte;
- valutare l'impatto e la fattibilità di un modello di intervento che possa essere replicato in altre strutture delle tre Aziende o in altre Aziende della Regione Emilia-Romagna;
- valutare la fattibilità e l'accuratezza di strumenti per il monitoraggio continuo delle infezioni e delle lesioni da decubito.

Disegno dello studio

Si tratta di uno studio osservazionale, con valutazione prima-dopo dell'impatto di un programma di intervento in alcune strutture residenziali selezionate su base volontaria.

Per ottenere dati comparabili nel resto della regione è stata pianificata un'estensione dell'indagine di prevalenza alle altre Aziende sanitarie che verrà effettuata nell'autunno del 2004.

Popolazione in studio

Globalmente sono state coinvolte 22 strutture, per un totale di 1.150 ospiti e più di 800 operatori socio-sanitari (*Tabella 1*). In questa seconda fase non sono state incluse nel progetto di intervento tutte le 49 strutture che avevano eseguito lo studio di prevalenza, ma una parte di esse selezionate in modo da comprendere strutture di diverse dimensioni e sulla base della loro disponibilità a partecipare.

Tabella 1. Strutture e operatori socio-sanitari partecipanti al progetto Valutazione dell'impatto di un programma di intervento (dati aggiornati ad agosto 2003)

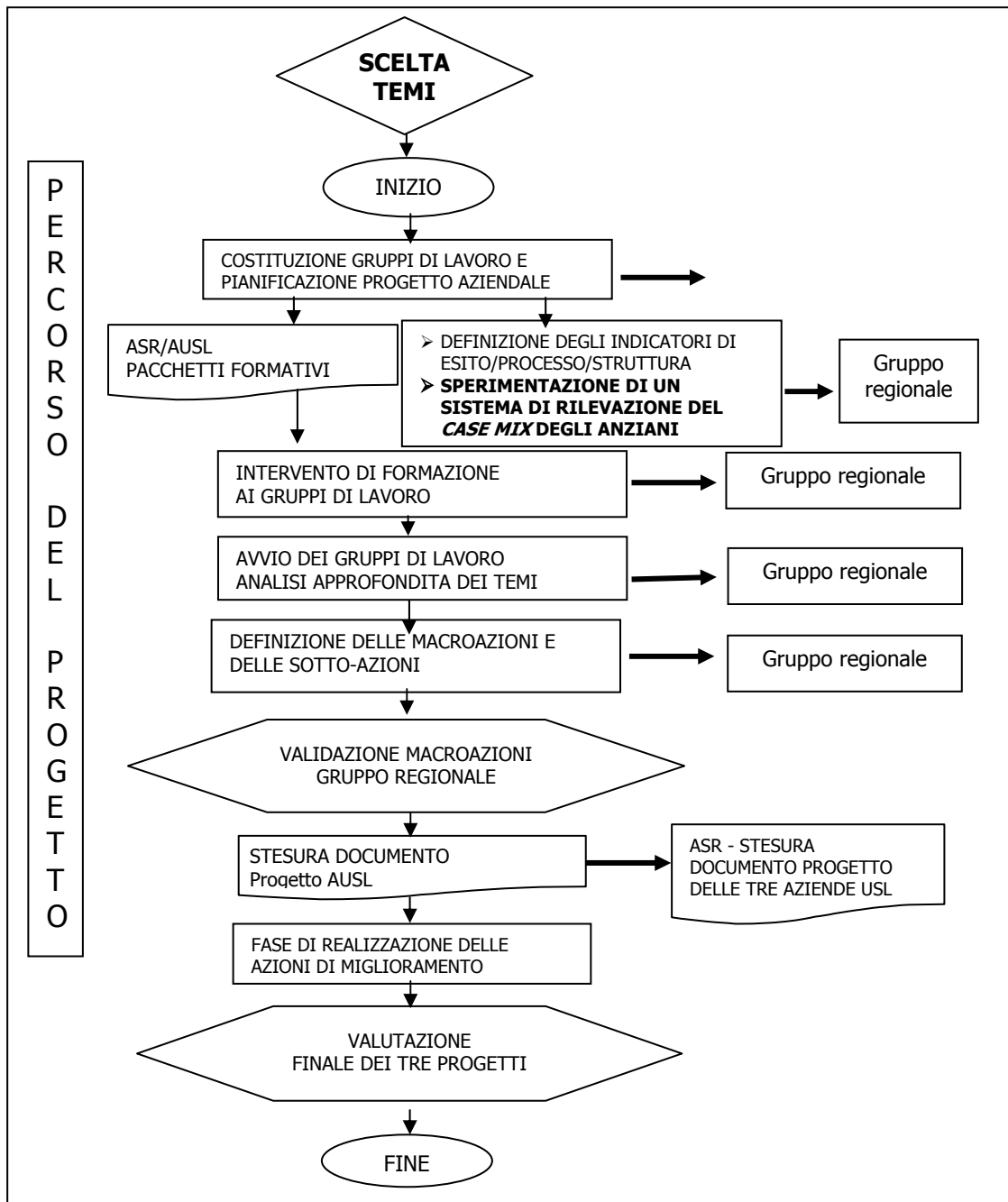
AUSL	N. strutture	N. coordin. struttura	N. ospiti	N. medici	N. terapisti*	N. infermieri/ coordin. infermieristici	N. RAA	N. ADB/ OSS/ OTA
Forlì	4 CP, 1 RSA	4	355	8	-	44	16	195
Imola	7 CP, 1 RSA	8	446	12	10	54	17	196
Ravenna	5 CP, 4 RSA	6	349	8	-	48	12	170
Totale	22	18	1.150	28	10	146	45	561

* Dato presente solo nell'Azienda USL di Imola, dove le azioni di miglioramento sono mirate alla prevenzione delle lesioni da decubito.

Percorso per la realizzazione del progetto

La Figura 1 descrive il percorso per la realizzazione del progetto. Le tre Aziende sanitarie partecipanti hanno valutato in modo approfondito i dati dell'indagine del 2001-2002 e hanno selezionato i temi oggetto del programma di intervento. Le Aziende USL di Ravenna e Forlì hanno scelto come tema di intervento le infezioni (*Tabella 2*); l'Azienda USL di Imola ha selezionato invece il tema della prevenzione e controllo delle lesioni da decubito (*Tabella 3*).

Figura 1. Percorso per la realizzazione del progetto



Legenda

- Decisione
- Inizio/fine
- Documento/input
- Azione
- Collegamento

Tabella 2. Pratiche associate a un aumento del rischio di infezioni

Aree specifiche	Temi specifici	Operatori socio-sanitari potenzialmente da coinvolgere
Prevenzione trasmissione persona-persona	Diagnosi precoce dell'infezione	Infermiere struttura, medico struttura, responsabile Cure primarie, microbiologo ospedaliero
	Identificazione precoce delle epidemie	ICI, infettivologo/microbiologo, infermiere e medico struttura
	Isolamento funzionale dei pazienti infetti e misure di barriera	ICI, infettivologo/microbiologo, infermiere e medico struttura
	Lavaggio delle mani	ICI, infermiere e medico struttura
	Uso appropriato degli antibiotici	infettivologo/microbiologo, farmacista/farmacologo, ICI, medico struttura, farmacia ospedaliera
	Vaccinazione	infettivologo, ICI, medico di struttura, DP
Prevenzione trasmissione e infezioni endogene	Cure igieniche del paziente	Infermieri, ADB, RAA, ICI
Prevenzione trasmissione dall'ambiente inanimato	Decontaminazione/sterilizzazione attrezzature/dispositivi	ADB, RAA, infermiere, servizio di sterilizzazione dell'Azienda sanitaria
	Pulizia/decontaminazione ambientale, gestione alimenti, effetti lettereschi	ADB, RAA, infermiere servizio cucina e lavanderia (interni e/o esterni alla struttura)
	Gestione presidi per l'assistenza	ADB, RAA, infermiere, servizio di sterilizzazione dell'Azienda sanitaria
	Gestione del paziente esposto a procedure invasive	ADB, RAA, infermiere
Prevenzione infezioni occupazionali	Misure di protezione individuale	medico competente, infermieri, ADB, RAA, medico di struttura
	Vaccinazione	medico competente, ...
Gestione paziente infetto	Gestione della terapia	medico di struttura, infettivologo, microbiologo, infermiere
	Prevenzione dei ricoveri inappropriati per infezione	medico di struttura, infermiere, medico ospedaliero (Pronto soccorso, geriatria, lungodegenza, ortopedia, medicina generale)
	Continuità assistenziale struttura-ospedale	medico di struttura, infermiere, medico ospedaliero (Pronto soccorso, geriatria, lungodegenza, ortopedia, medicina generale)

Tabella 3. Pratiche associate a un aumento del rischio di lesioni da decubito

Aree specifiche	Temi specifici	Operatori socio-sanitari potenzialmente da coinvolgere
Prevenzione LDD	Identificazione del paziente a rischio	infermiere struttura, ADB, RAA
	Adozione di presidi per la prevenzione	infermiere struttura, ADB, RAA, coordinatore struttura, Dipartimento Cure primarie
	Prevenzione di rischi specifici: idratazione/nutrizione; uso di psicofarmaci; presidi posturali; mobilitazione dell'anziano; incontinenza; cadute/fratture	ICI, infermiere e medico struttura, geriatra, psichiatra, fisioterapista (incluse figure ospedaliere), coordinatore sanitario SA
	Promozione igiene tegumenti	ICI, infermiere struttura
Gestione paziente con LDD	Identificazione stadio della lesione	infermiere struttura, medico struttura, dermatologo, geriatra
	Utilizzo di presidi antidecubito	infermiere struttura, ADB, RAA, coordinatore struttura, Dipartimento Cure primarie
	Medicazioni in base allo stadio	medico struttura, farmacologo, geriatra, infermiere struttura, ICI
	Promozione igiene della cute	ADB, RAA, infermiere, ICI
	Prevenzione e trattamento infezione LDD	infermiere, ICI, medico struttura, infettivologo, geriatra, farmacologo

Legenda

ADB addetto all'assistenza di base

ICI infermiere addetto al controllo delle infezioni

RAA responsabile attività assistenziali

Contenuto del programma di intervento

L'intervento consiste nel promuovere l'adozione di pratiche assistenziali *evidence based medicine* (EBM) ed *evidence based nursing* (EBN) attraverso:

- la costituzione di gruppi di miglioramento, con il compito di identificare le pratiche non rispondenti a *standard* di buona pratica assistenziale e definire percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali;
- l'istituzione di programmi di formazione/aggiornamento professionale;
- l'attuazione di programmi di *audit* clinico e *feedback* dei dati;
- il reperimento delle risorse disponibili e la realizzazione delle modifiche organizzative necessarie.

Gruppi di miglioramento

I gruppi di miglioramento sono stati costituiti selezionando professionisti che rispondessero a criteri di competenza, responsabilità e interesse, e che fossero disponibili a partecipare ai gruppi di lavoro. È stato rispettato un equilibrio tra gli attori "responsabili" e gli attori "su campo".

La Tabella 4 riporta il numero di gruppi di lavoro istituiti dalle tre Aziende USL coinvolte nel progetto e il totale degli operatori partecipanti ai gruppi.

Tabella 4. Numero gruppi di lavoro e operatori coinvolti nel progetto

Azienda USL	N. medici	N. infermieri	N. RAA	N. altri professionisti	N. gruppi di lavoro aziendali	Totale operatori
Forlì	7	18	31	-	3	60
Imola	2	13	14	7 terapisti 4 coordinatori struttura	3	53
Ravenna	10	16	13	1 ICI 2 dir. infermier. Distretto 6 coordinatori struttura	5	48

Ogni gruppo dispone di un proprio piano di lavoro dettagliato che contempla le principali attività, le scadenze chiave da rispettare e un riepilogo delle riunioni svolte. Ogni gruppo ha inoltre un coordinatore/responsabile del mandato, che prevedeva le seguenti azioni:

- identificare le aree di non adesione alle pratiche assistenziali dimostrate efficaci a prevenire/gestire in modo appropriato le infezioni e le lesioni da decubito. Per individuare queste aree, il progetto prevede sia momenti formativi, sia l'esecuzione di rilevazioni *ad hoc* delle conoscenze/attitudini e pratiche degli operatori socio-sanitari;
- individuare i motivi alla base della non adesione attraverso il confronto nell'ambito di gruppi di lavoro costituiti dagli operatori responsabili del processo clinico-assistenziale nelle strutture coinvolte;
- identificare delle macroazioni per rispondere alle criticità individuate e, nell'ambito di ciascuna macroazione, delle azioni specifiche;
- realizzare le azioni identificate.

Formazione dei gruppi di miglioramento

Per capire come identificare le aree di non adesione a pratiche di EBM ed EBN, gli operatori dei gruppi di lavoro hanno partecipato a momenti formativi mirati a discutere le evidenze disponibili relative alle diverse aree selezionate come azioni di miglioramento. La Tabella 5 sintetizza i temi di interesse per la formazione nelle diverse Aziende USL, il numero di incontri e il periodo in cui sono stati realizzati (anno 2003).

Tabella 5. Formazione degli operatori coinvolti nei gruppi di lavoro del progetto (2004)

Az. USL	Temi di interesse per la formazione	N. incontri	Periodo
Forlì	<ul style="list-style-type: none"> • Identificazione tempestiva delle epidemie • Misure di isolamento dell'anziano con malattie infettive • Percorso di diagnosi delle principali infezioni dell'anziano • Uso appropriato degli antibiotici • Cura dell'igiene nell'anziano • Lavaggio delle mani • Decontaminazione, pulizia, disinfezione e sterilizzazione nelle strutture di assistenza per anziani • Aspetti di <i>nursing</i> nell'anziano esposto a pratiche assistenziali: terapia parenterale, catetere venoso periferico e centrale, nutrizione parenterale totale, aerosolterapia, ossigenoterapia, aspirazione tracheale, tracheostomia, sondino nasogastrico, nutrizione enterale, gastrostomia, catetere vescicale e uroguaina, medicazione della ferita 	10	9 maggio- 11 giugno
Imola	<ul style="list-style-type: none"> • Identificazione dell'anziano a rischio di LDD e presidi antidecubito • Trattamento e medicazione delle LDD • Prevenzione dei rischi specifici nell'anziano: a) idratazione e nutrizione; b) uso di psicofarmaci; c) contenzione fisica: i presidi posturali; d) mobilità nella giornata • L'evento caduta 	8	6-30 maggio
Ravenna	<ul style="list-style-type: none"> • Percorso di diagnosi delle principali infezioni dell'anziano • Uso appropriato degli antibiotici • Identificazione delle epidemie • Cura dell'igiene della persona anziana • Igiene delle mani • Decontaminazione, pulizia, disinfezione e sterilizzazione nelle strutture di assistenza per anziani • Aspetti di <i>nursing</i> nell'anziano esposto a pratiche assistenziali: terapia parenterale, catetere venoso periferico e centrale, nutrizione parenterale totale, aerosolterapia, ossigenoterapia, aspirazione tracheale, tracheostomia, sondino nasogastrico, nutrizione enterale, gastrostomia, catetere vescicale e uroguaina, medicazione della ferita 	8	8 maggio- 11 giugno

Programmi di audit clinico e feedback dei dati

L'*audit* può essere definito come:

"L'analisi sistematica e critica della qualità delle cure mediche, includendo le procedure usate per la diagnosi e il trattamento, l'uso delle risorse e i risultati in termini di esito e la qualità della vita del paziente" oppure "L'audit è un processo di revisione dell'erogazione di cure per identificare le carenze, al fine di poterle risolvere" (Johnson, 1994).

Il sistema qualità deve basarsi sempre sull'osservazione, sul confronto, sul cambiamento e sulla successiva misurazione. L'*audit* è uno strumento di osservazione e miglioramento della qualità. Secondo Crombie (Crombie *et al.*, 1993) il ciclo dell'*audit* si articola nelle seguenti fasi:

- osservazione della pratica corrente;
- messa a punto di *standard* di cura;
- comparazione degli *standard* con la pratica;
- implementazione dei cambiamenti;
- nuovo *audit* di osservazione della pratica modificata.

Nei mesi di ottobre-novembre 2003 è stato condotto un *audit* delle misure di controllo delle infezioni e delle lesioni da decubito nelle 22 strutture residenziali coinvolte nel progetto di intervento; tale programma ha interessato circa 800 operatori sanitari.

Gli aspetti presi in considerazione sono stati:

- caratteristiche strutturali e organizzative-gestionali delle residenze per anziani;
- strumenti adottati per migliorare le conoscenze/l'adesione degli operatori, quali protocolli e corsi di formazione;
- percezione da parte di medici di medicina generale e infermieri delle strutture interessate della rilevanza del fenomeno e dei fattori che condizionano l'adesione a misure EBM e EBN;
- conoscenze/attitudini e le pratiche dei professionisti medici e degli infermieri delle strutture coinvolte;
- pratica dell'igiene delle mani, attraverso un'indagine *ad hoc*;
- motivazione professionale di infermieri e operatori socio-sanitari (RAA, ADB).

Gli strumenti utilizzati per l'*audit* sono stati questionari centrati su:

- conoscenza/percezione delle pratiche assistenziali;
- pratica dell'igiene delle mani (per le Aziende USL di Forlì e Ravenna);
- motivazione professionale; al questionario era abbinata una griglia di osservazione per l'igiene delle mani e l'uso dei guanti;
- un questionario per il coordinatore di struttura.

I questionari erano anonimi e sono stati autocompilati dagli operatori dopo una breve presentazione da parte del coordinatore del progetto. Sono stati interessati dal programma di *audit*:

- il 77% degli infermieri;
- il 75% degli ADB/RAA;
- l'89% dei medici;
- l'83% dei terapisti della riabilitazione;

e in particolare:

- più di 700 tra medici, terapisti, infermieri e coordinatori, ADB/OSS/OTA e RAA per i questionari sulle conoscenze/percezione/motivazione della non adesione;
- più di 450 infermieri e coordinatori, ADB/OSS/OTA e RAA per il questionario sull'igiene delle mani;
- più di 500 tra infermieri e coordinatori, ADB/OSS/OTA e RAA per il questionario sulla motivazione professionale.

È stata anche programmata una valutazione diretta della qualità delle pratiche di lavaggio delle mani nelle strutture: utilizzando un'apposita scheda di osservazione, un rilevatore esterno (infermiere addetto al controllo delle infezioni) segue per l'intero turno del mattino e del pomeriggio un infermiere o un assistente di base durante l'attività assistenziale, naturalmente in giorni e momenti diversi. La scelta dei giorni indice per eseguire questa osservazione viene fatta dai rilevatori, in base a un criterio organizzativo. L'operatore sanitario da osservare in quel turno di lavoro (mattino o pomeriggio) è selezionato in modo casuale.

Le informazioni rilevate attraverso l'*audit* vengono utilizzate dai gruppi di lavoro per mirare in modo più accurato gli interventi necessari, per sensibilizzare gli operatori, per predisporre e attuare i programmi di formazione. I dati raccolti attraverso questo strumento sono anche usati per valutare eventuali cambiamenti nelle conoscenze, attitudini e pratiche degli operatori prima e dopo il programma di intervento.

La Tabella 6 riporta le dimensioni esplorate dal programma di *audit*.

Tabella 6. Dimensioni esplorate dal programma di *audit*

Aziende USL di Forlì e Ravenna	Azienda USL di Imola
Prevenzione delle infezioni	Prevenzione delle lesioni da decubito
<ul style="list-style-type: none"> • Percorso di diagnosi delle principali infezioni dell'anziano • Uso appropriato degli antibiotici • Identificazione delle epidemie • Misure di isolamento dell'anziano con malattie infettive • Cura dell'igiene della persona anziana • Igiene delle mani • Decontaminazione, pulizia, disinfezione e sterilizzazione nelle strutture di assistenza per anziani • Aspetti di <i>nursing</i> nell'anziano esposto a pratiche assistenziali: terapia parenterale, catetere venoso periferico e centrale, nutrizione parenterale totale, aerosolterapia, ossigenoterapia, aspirazione tracheale, tracheostomia, sondino naso gastrico, nutrizione enterale, gastrostomia, catetere vesicale e uroguaina, medicazione della ferita 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuazione dell'anziano a rischio di LDD • Trattamento e medicazione delle LDD • Prevenzione dei rischi specifici nell'anziano: <ul style="list-style-type: none"> - idratazione e nutrizione - uso di psicofarmaci - contenzione fisica: presidi posturali - mobilità della giornata • Evento caduta

Valutazione del programma di intervento

L'impatto del programma di intervento viene valutato con un confronto prima/dopo: prima dell'avvio, a scadenze regolari durante la fase di intervento e alla fine verranno rilevati indicatori utili a valutare il cambiamento di caratteristiche strutturali, di processo e di esito.

Le informazioni necessarie alla costruzione degli indicatori saranno raccolte attraverso:

- indagine sulle caratteristiche strutturali prima e dopo l'intervento;
- *audit* sulle conoscenze/attitudini e pratiche degli operatori prima e dopo l'intervento;
- indagini di prevalenza delle infezioni e delle lesioni da decubito, e di altre dimensioni di processo e di esito, ripetute nel tempo. Tali indagini si baseranno sulla rilevazione dei dati del RUG III (*Resource Utilization Group*) arricchiti da alcune variabili aggiuntive utili a costruire indicatori di qualità. Il RUG III verrà utilizzato anche per tenere conto di differenze tra strutture nel *case mix* dei pazienti ospitati.

Indicatori di struttura, di processo e di esito

Le Tabella 7 e 8 sintetizzano gli indicatori che verranno utilizzati. La valutazione dell'impatto dell'intervento si baserà sul confronto degli indicatori prima dell'attivazione dell'intervento, durante (ogni tre mesi) e al termine.

Tabella 7. Indicatori per la valutazione dell'impatto del programma di intervento mirato alla prevenzione delle infezioni

Tema	Indicatori di esito	Indicatori di processo	Indicatori strutturali
Infezioni nelle strutture	<ul style="list-style-type: none"> prevalenza di infezioni ospedaliere, pesata per <i>case mix</i> della struttura (Resource Utilization Group III) 	<ul style="list-style-type: none"> frequenza di conoscenze e attitudini corrette rispetto ai temi predefiniti adesione al lavaggio delle mani (osservazione diretta) % di pazienti infetti per i quali sono stati registrati segni e sintomi nella documentazione clinico-assistenziale % di ospiti sottoposti a vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica % di operatori sanitari sottoposti a vaccinazione antinfluenzale % di prescrizioni antibiotiche corrispondenti ai protocolli concordati consumi di antisettici e disinfettanti per struttura 	<ul style="list-style-type: none"> % di lavandini dotati di <i>dispenser</i> e salviette monouso presenza di almeno un ossimetro in ciascuna struttura presenza di un sistema di rilevazione continua delle infezioni

Tabella 8. Indicatori per la valutazione dell’impatto del programma di intervento mirato alla prevenzione delle lesioni da decubito

Tema	Indicatori di esito	Indicatori di processo	Indicatori strutturali
Lesioni da decubito	<ul style="list-style-type: none"> • prevalenza di lesioni per stadio pesata per <i>case mix</i> della struttura (Resource Utilization Group III) • % di LDD guarite/peggiorate sul totale delle lesioni • prevalenza di residenti con perdita di abilità nelle attività quotidiane • tassi di cadute per 1.000 giorni-residenti • tassi di fratture per numero di cadute • prevalenza di anziani con calo di peso corporeo 	<ul style="list-style-type: none"> • frequenza di conoscenze e attitudini corrette rispetto ai temi predefiniti • prevalenza di uso di psicofarmaci e di anziani trattati con registrazione di segni e sintomi • prevalenza di presidi di contenzione e di anziani con contenzione per i quali sono state registrate le schede di adozione dei presidi di contenzione • prevalenza di cateterismo vescicale • prevalenza di anziani ad alto rischio di LDD con piano di mobilitazione individuale 	<ul style="list-style-type: none"> • dotazione di presidi antidecubito (materassi antidecubito/posti letto; cuscini antidecubito/poltrone/carrozine) • presenza di un sistema di rilevazione continua delle LDD (incluso la loro stadiazione) • presenza di un sistema di rilevazione continua delle cadute • presenza di un sistema di adozione dei presidi di contenzione

Il RUG III per la descrizione del case mix e per la rilevazione di indicatori di qualità

Il RAI (*Resident Assessment Instrument*), basato sulla rilevazione di un *set* minimo di dati (MDS - *Minimum Data Set*), è uno strumento di monitoraggio della qualità dell’assistenza sviluppato negli Stati Uniti a partire dalla fine degli anni ‘80; dal MDS è stato sviluppato il RUG con l’obiettivo di identificare gruppi di ospiti iso-risorse delle strutture residenziali (cioè omogenei per assorbimento di risorse) e di disporre di uno strumento di finanziamento delle *nursing home* accreditate con i sistemi *Medicare* e *Medicaid*.

Il sistema RUG utilizza solo una parte delle informazioni contenute nel MDS e l’attribuzione della persona al gruppo RUG di appartenenza viene ottenuta compilando 109 *item* selezionati a partire dalla più complessa scheda di valutazione MDS. Il criterio di attribuzione tiene conto solo marginalmente delle diagnosi di malattie in corso, realizzando un sistema di classificazione a cascata che prende in considerazione le problematiche di maggior impegno assistenziale e le incrocia con la scala di disabilità basata sulle *Activities of Daily Living* (ADL). Attraverso una serie di revisioni si è giunti alla versione RUG III (Fries, 1994), che individua 44 gruppi di assorbimento omogeneo di risorse e comprende tipologie di pazienti inseriti in programmi riabilitativi; i gruppi sono

a loro volta raccolti in 7 raggruppamenti principali costruiti in senso decrescente con criteri identificativi a scalare: riabilitazione, cure intensive, cure specialistiche, polipatologia, *deficit* cognitivi, *deficit* comportamentali, riduzione della funzionalità fisica.

La rilevazione dei 109 *item* viene effettuata dal personale infermieristico opportunamente formato/addestrato per tutti gli ospiti immediatamente prima dell'avvio del progetto di intervento (dicembre 2003) e successivamente a scadenze regolari trimestrali fino alla conclusione del programma (dicembre 2004). Lo strumento prevede la valutazione del RUG anche in occasione di ogni significativa modifica delle condizioni cliniche o assistenziali, che nel progetto di intervento si è deciso di omettere per considerazioni di natura organizzativa.

Oltre che descrivere il *case mix* degli ospiti, questa rilevazione consentirà anche di valutare l'attendibilità di informazioni presenti sulla documentazione sanitaria (ad esempio il grado di accuratezza con il quale vengono registrati segni e sintomi di infezione).

Aggiungendo agli *item* previsti dal RUG III alcuni indicatori di qualità previsti dal RAI, è possibile rilevare a scadenze trimestrali la prevalenza di specifiche condizioni patologiche (infezioni e lesioni da decubito) e di processi assistenziali (uso di antibiotici o di psicofarmaci, ecc.).

Valutazione dell'utilizzo del sistema RUG III per la descrizione del case mix

Oltre a consentire di aggiustare gli indicatori di esito per *case mix* nelle diverse strutture e di individuare alcuni indicatori di qualità, la rilevazione del RUG permetterà anche di:

- valutare la fattibilità di utilizzo di questo strumento in una situazione controllata (strutture già partecipanti a un progetto, rilevazione da parte di un'unica figura esterna alle strutture, informazioni già disponibili sulle caratteristiche organizzative della struttura, con particolare riguardo alla documentazione sanitaria);
- valutare l'accuratezza del RUG (sensibilità e specificità dei singoli *item*) in un contesto in cui vengono rilevate - per il progetto di miglioramento - informazioni utili a descrivere lo stato clinico del paziente anche attraverso altre fonti e scale.

Per raggiungere il primo obiettivo, verranno rilevate informazioni utili a valutare la fattibilità dello strumento (tempi, difficoltà a reperire i dati richiesti, ecc.); per raggiungere il secondo obiettivo le informazioni rilevate con il RUG verranno incrociate con quelle sulla documentazione sanitaria disponibili nella struttura.

Gradimento degli operatori sanitari coinvolti nel programma di intervento

Verrà predisposto un questionario da sottoporre, in modo anonimo a un anno dall'inizio del programma di intervento, a tutti gli operatori delle strutture residenziali per anziani coinvolte nel progetto di miglioramento, per raccogliere l'indice di gradimento, commenti e proposte sul progetto stesso.

Valutazione della realizzazione degli obiettivi

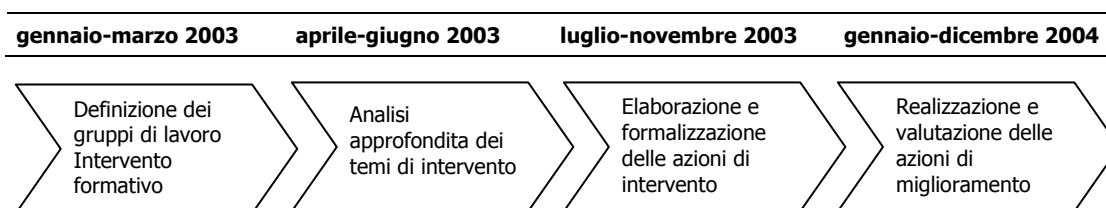
La realizzazione delle macroazioni individuate dalle tre Aziende USL partecipanti (Forlì, Imola e Ravenna) sarà valutata dal gruppo di lavoro regionale nel mese di marzo 2005, sulla base del grado di raggiungimento degli obiettivi (macroazioni e azioni di miglioramento), dell'impatto sulla realtà aziendale/strutture residenziali, degli elementi trasferibili ad altre realtà residenziali.

Al termine del programma di intervento, i responsabili dei progetti aziendali presenteranno una relazione con informazioni su obiettivi generali e specifici del progetto, articolazione, numero dei partecipanti, responsabilità e principali persone coinvolte, collaborazioni, strumenti sviluppati, *budget* impiegato, risultati raggiunti rispetto a quelli previsti, principali difficoltà incontrate, tempi iniziali e tempi attuali, rendiconto dei costi.

Tempi del progetto

La Figura 2 descrive le fasi di sviluppo del progetto previste nel 2003-2004.

Figura 2. Fasi del progetto



Descrizione delle macroazioni

I gruppi di miglioramento attivati sono complessivamente 11 e coinvolgono:

- 19 medici di medicina generale,
- 47 infermieri,
- 10 coordinatori di struttura,
- 58 RAA/ADB,
- 3 fisioterapisti.

I temi prioritari di miglioramento della qualità dell'assistenza sono stati selezionati come punti caldi dai gruppi di lavoro. Per ogni tema sono state definite delle macroazioni, identificate sulla base dei benefici attesi e della fattibilità, che permettano di migliorare la qualità delle prestazioni in un contesto di necessaria ottimizzazione delle risorse.

Gli obiettivi generali del progetto sono rappresentati dalle macroazioni (indicate da una lettera maiuscola), gli obiettivi operativi sono rappresentati dalle rispettive azioni di miglioramento (indicate con la lettera maiuscola corrispondente e con un numero progressivo).

Nella Tabella 9 è riportato il numero delle macroazioni e delle azioni di intervento elaborate dai gruppi di lavoro delle Aziende USL partecipanti.

Tabella 9. Macroazioni e azioni di intervento previste dalle Aziende USL partecipanti

Azienda USL	N. macroazioni	N. azioni di intervento/miglioramento
Forlì	6 (A - F)	13 schede azioni
Imola	4 (G - L)	12 schede azioni
Ravenna	7 (M - S)	19 schede azioni
Totale	17	44 schede azioni

Per ogni azione sono stati definiti gli indicatori di valutazione (di struttura, processo, esito), i tempi di realizzazione e il *budget* richiesto. I responsabili del progetto a livello aziendale verificheranno periodicamente la realizzazione delle macroazioni, i tempi e il *budget*. Il gruppo di lavoro regionale verificherà l'avanzamento del progetto e sarà di supporto ai gruppi di lavoro aziendali.

Azienda USL di Forlì

Macroazioni / azioni

- A Migliorare la pratica dell'igiene delle mani e l'uso dei guanti da parte degli operatori sanitari.
- B Migliorare la pratica di antisepsi, disinfezione e sterilizzazione dei dispositivi medici.
- C Migliorare la pratica e la gestione del cateterismo vescicale. Migliorare l'assistenza dell'anziano alimentato tramite PEG (gastrostomia endoscopica percutanea).
- D Migliorare la diagnosi precoce delle infezioni (infezioni urinarie, diarrea infettiva, congiuntivite, celluliti, erisipela, infezioni delle basse e alte vie respiratorie).
- E Aumentare la copertura degli operatori sanitari per la vaccinazione antinfluenzale e degli ospiti per la vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica.
- F Migliorare la formazione permanente per il personale addetto all'assistenza sulle pratiche assistenziali. Migliorare l'informazione per gli operatori neo-assunti.

Schede azioni / azioni di miglioramento

- A/1 Elaborare e applicare un protocollo relativo all'igiene delle mani e all'uso corretto dei guanti. [...]
- A/2 Definire una strategia operativa per mantenere costante nel tempo il livello di attenzione degli operatori sanitari rispetto alla pratica dell'igiene delle mani e all'uso corretto dei guanti ...
- B/1 Elaborare e applicare un protocollo o istruzione operativa su antisepsi cutanea, disinfezione dei dispositivi medici e sterilizzazione tramite il confronto con le indicazioni del presidio ospedaliero. [...]
- B/2 Definire una procedura per attuare interventi periodici di manutenzione delle autoclavi in uso presso le strutture per anziani. [...]
- C/1 Migliorare la pratica e la gestione del cateterismo vescicale ...
- C/2 Migliorare l'assistenza dell'anziano alimentato tramite PEG ...
- D/1 Elaborare e applicare un protocollo per la diagnosi precoce delle infezioni ...
- D/2 Elaborare e applicare una scheda per la rilevazione di segni/sintomi da inserire nella documentazione clinico-assistenziale che raccolga le informazioni riguardanti il percorso di diagnosi precoce delle infezioni di ogni anziano. [...]
- D/3 Elaborare e applicare un protocollo operativo sull'uso appropriato degli antibiotici per le infezioni ...
- E/1 Ridefinire le modalità di gestione delle vaccinazioni antinfluenzale e antipneumococcica negli anziani ...
- E/2 Definire una strategia operativa per aumentare la copertura della vaccinazione antinfluenzale negli operatori delle strutture residenziali ...
- F/1 Definire e attuare un piano di intervento formativo biennale rivolto a tutto il personale operante presso le strutture per anziani ...
- F/2 Garantire agli operatori sanitari l'informazione costante rispetto a procedure, protocolli, linee guida, istruzioni operative, ecc., per far fronte al *turnover* ...

Azienda USL di Imola

Macroazioni /azioni

- G Migliorare la prevenzione dell'evento caduta nell'anziano.
- H Migliorare la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito (LDD).
- I Migliorare l'assistenza dell'anziano con particolare riferimento alla prescrizione di psicofarmaci.
- L Migliorare l'assistenza dell'anziano con particolare riferimento all'uso dei presidi che ne riducono la mobilità.

Schede azioni / azioni di miglioramento

- G/1 Ridefinire le procedure di pre-ingresso e il periodo di osservazione dell'anziano nella struttura residenziale ...
- G/2 Migliorare la conoscenza dell'anziano orientando i comportamenti assistenziali alla prevenzione dell'evento caduta ...
- G/3 Definire e adottare uno strumento per il monitoraggio continuativo dell'evento caduta ...
- H/1 Elaborare e/o aggiornare le procedure assistenziali per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito ...
- H/2 Migliorare la dotazione, la tipologia e l'utilizzo dei presidi antidecubito.
- H/3 Definire e attuare un piano di formazione professionale degli operatori sanitari orientato alla motivazione professionale, al fine di facilitare il processo assistenziale di prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito.
- I/1 Migliorare nell'*équipe* clinico-assistenziale la comunicazione verbale e scritta dei segni, sintomi e comportamento di ogni anziano ...
- I/2 Revisionare le schede di prescrizione e di somministrazione della terapia farmacologica in uso, al fine di adottare un'unica scheda. Definire le modalità d'uso e i tempi di verifica dello strumento.
- I/3 Eseguire uno studio di fattibilità (modalità e strumenti) per eliminare e/o ridurre la prescrizione di psicofarmaci al bisogno.
- L/1 Migliorare la presa in carico dell'ospite al momento dell'ingresso nella struttura, rispetto all'uso pregresso o potenziale di presidi posturali.
- L/2 Rivedere la pianificazione dell'attività assistenziale al fine di ridurre l'uso dei presidi che limitano la mobilità dell'anziano e proporre una scheda per l'adozione di un presidio per la postura e/o la sicurezza dell'anziano o di terzi.
- L/3 Migliorare la qualità del processo di acquisizione di nuove attrezzature o presidi per la postura dell'anziano.

Azienda USL di Ravenna

Macroazioni /azioni

- M Migliorare le pratiche relative alle cure igieniche dell'anziano.
- N Migliorare l'igiene delle mani e l'uso dei guanti da parte degli operatori sanitari.
- O Migliorare decontaminazione, pulizia, disinfezione e sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili e dei presidi per l'eliminazione. Migliorare l'antisepsi cutanea/mucosa nelle tecniche assistenziali dell'anziano.
- P Migliorare la gestione dei dispositivi medici per l'ossigenoterapia. Migliorare la pratica del cateterismo vescicale.
- Q Migliorare la diagnosi precoce delle infezioni.
- R Migliorare l'uso appropriato degli antibiotici nelle infezioni.
- S Migliorare la formazione permanente del personale addetto all'assistenza sulle pratiche assistenziali. Migliorare l'informazione per gli operatori sanitari neo-assunti.

Schede azioni / azioni di miglioramento

- M/1 Elaborare e/o aggiornare e attuare un protocollo sull'igiene della persona ...
- M/2 Definire, organizzare e attuare tra gli operatori sanitari incontri di *audit* sulle pratiche di igiene dell'anziano.
- M/3 Dotare i bagni degli anziani di *dispenser* per il sapone, salviette per l'asciugatura delle mani e contenitori portarifiuti. [...]
- N/1 Rilevare la dotazione di lavandini, *dispenser* di detergente e salviette-asciugamano, contenitori portarifiuti, al fine di adeguare l'arredo dei lavandini allo *standard* previsto. [...]
- N/2 Elaborare e adottare per gli operatori sanitari un protocollo sull'igiene delle mani e sull'uso corretto dei guanti, che preveda l'approvvigionamento di un prodotto detergente e rispetti un buon rapporto qualità/quantità/prezzo.
- N/3 Definire un protocollo di studio per la sperimentazione dell'uso di una soluzione antisettica a base di alcool ...
- O/1 Elaborare e applicare i protocolli relativi alla decontaminazione, pulizia, disinfezione e sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili e dei presidi per l'eliminazione.
- O/2 Approvvigionare le strutture residenziali di prodotti e di attrezzature necessarie per la decontaminazione, pulizia e disinfezione dei dispositivi e presidi medici riutilizzabili ...
- O/3 Definire e attivare un percorso per le strutture residenziali non dotate di autoclave, relativo al processo di sterilizzazione centralizzata presso il presidio ospedaliero.
- O/4 Elaborare e applicare un protocollo relativo all'antisepsi cutanea/mucosa nelle tecniche assistenziali dell'anziano.

- P/1 Elaborare e applicare un protocollo o istruzione operativa sulla gestione dell'ossigenoterapia e dei relativi dispositivi ...
- P/2 Migliorare la tecnica del cateterismo vescicale e implementare la gestione del circuito chiuso nell'anziano cateterizzato ...
- Q/1 Migliorare tra i professionisti coinvolti la trasmissione delle informazioni per la diagnosi precoce delle infezioni ...
- Q/2 Organizzare e attuare un intervento informativo rivolto al personale delle strutture residenziali sulle conoscenze della scheda azione Q/1.
- Q/3 Assicurare la tempestività delle indagini diagnostiche necessarie, mediante la definizione e standardizzazione di accesso degli anziani alle indagini di laboratorio, radiologiche e agli accertamenti specialistici.
- R/1 Definire le procedure operative per i MMG, al fine di standardizzare i comportamenti prescrittivi degli antibiotici ...
- R/2 Elaborare istruzioni operative utili alla verifica sistematica della prescrizione, distribuzione e somministrazione della terapia farmacologica.
- S/1 Definire e attuare un piano di intervento formativo biennale rivolto a tutto il personale operante presso le strutture per anziani ...
- S/2 Garantire agli operatori sanitari l'informazione costante rispetto a procedure, protocolli, linee guida, istruzioni operative, ecc., per far fronte al *turnover* ...

Azienda USL di Forlì

A Migliorare la pratica dell'igiene delle mani e l'uso dei guanti da parte degli operatori sanitari

	Azioni di miglioramento	Indicatori	Tempi	Budget
A/1	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborare e applicare un protocollo relativo all'igiene delle mani e all'uso corretto dei guanti. <p>Inoltre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rilevare la dotazione dei distributori di detergente e di salviette monouso e dei contenitori portarifiuti, al fine di adeguare l'arredo dei lavandini per favorire l'igiene delle mani degli operatori sanitari. • Indicare le caratteristiche del detergente per l'igiene delle mani, che rispetti un buon rapporto qualità/quantità/prezzo per l'acquisto. 	<p><i>Indicatore di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocollo sull'igiene delle mani e l'uso dei guanti. • Rapporto sull'arredo dei lavandini e le caratteristiche del detergente in uso. 	<p>febbraio-ottobre 2004</p>	<p>€ 300,00 circa</p>
A/2	<ul style="list-style-type: none"> • Definire una strategia operativa per mantenere costante nel tempo il livello di attenzione degli operatori sanitari rispetto alla pratica dell'igiene delle mani e all'uso corretto dei guanti tramite: <ul style="list-style-type: none"> - realizzazione di un video e un poster sull'igiene delle mani <i>[in collaborazione con l'Agenzia sanitaria regionale];</i> - organizzazione di un intervento formativo rivolto agli operatori sanitari, che sperimenti metodi di apprendimento mediante lo svolgimento di esercitazioni pratiche; - definizione organizzativa dell'uso degli strumenti elaborati (video, poster, pacchetto formativo). 	<p><i>Indicatore di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Produzione di un video e di un poster sull'igiene delle mani e l'uso dei guanti. • Pacchetto formativo sull'igiene delle mani e sull'uso dei guanti. • Documento sulla definizione organizzativa dell'uso degli strumenti. 	<p>marzo-ottobre 2004</p>	<p><i>Budget per video (a carico dell'ASR)</i></p> <p><i>Budget per poster (da definire)</i></p>

B Migliorare la pratica di antisepsi, disinfezione e sterilizzazione dei dispositivi medici

	Azioni di miglioramento	Indicatori	Tempi	Budget
B/1	<ul style="list-style-type: none">• Elaborare e applicare un protocollo o istruzione operativa su antisepsi cutanea, disinfezione dei dispositivi medici e sterilizzazione tramite il confronto con le indicazioni del presidio ospedaliero. Inoltre: <ul style="list-style-type: none">• Realizzare un intervento informativo rivolto agli operatori sanitari per la presentazione e la condivisione del protocollo da applicare.	<i>Indicatore di struttura</i> <ul style="list-style-type: none">• Protocollo o istruzione operativa sull'antisepsi cutanea ...• Incontro informativo rivolto a tutti gli operatori sanitari.	marzo-novembre 2004	€ 200,00 circa (B/1; B/2)
B/2	<ul style="list-style-type: none">• Definire una procedura per attuare interventi periodici di manutenzione delle autoclavi in uso presso le strutture per anziani. Inoltre: <ul style="list-style-type: none">• Valutare l'attuale dotazione e caratteristiche delle lava/disinfetta presidi per l'eliminazione.• Definire, qualora se ne rilevi la necessità, il fabbisogno in termini di caratteristiche, numero, collocazione, manutenzione e il percorso di acquisto.	<i>Indicatore di struttura</i> <ul style="list-style-type: none">• Procedura sulla manutenzione autoclavi.• Rapporto sulle lava/disinfetta dei presidi per l'eliminazione ...	marzo-novembre 2004	_____

**C Migliorare la pratica e la gestione del cateterismo vescicale
Migliorare l'assistenza dell'anziano alimentato tramite PEG (gastrostomia endoscopica percutanea)**

	Azioni di miglioramento	Indicatori	Tempi	Budget
C/1	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare la pratica e la gestione del cateterismo vescicale mediante: <ul style="list-style-type: none"> - elaborazione e applicazione di un protocollo o istruzione operativa, che preveda le indicazioni per il cateterismo vescicale a circuito chiuso e la definizione di compiti e responsabilità dei professionisti coinvolti; - organizzazione di un incontro informativo rivolto a tutti gli operatori sanitari, per la presentazione e la condivisione del protocollo da applicare. 	<p><i>Indicatore di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocollo/istruzione operativa sul cateterismo vescicale. • Incontro informativo rivolto a tutti gli operatori sanitari. 	<p>febbraio-maggio 2004</p>	<p>€ 620,00 circa</p> <p>€ 1.600,00 circa (C/1; C/2)</p>
C/2	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare l'assistenza dell'anziano alimentato tramite PEG mediante: <ul style="list-style-type: none"> - elaborazione e applicazione di un protocollo o istruzione operativa sull'alimentazione PEG, che preveda la definizione dei compiti e delle responsabilità dei professionisti coinvolti; - organizzazione di un incontro informativo rivolto a tutti gli infermieri, per la presentazione e la condivisione del protocollo da applicare. 	<p><i>Indicatore di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocollo/istruzione operativa sull'alimentazione PEG. • Incontro informativo rivolto a tutti gli infermieri. 	<p>febbraio-novembre 2004</p>	<p>_____</p>

**D Migliorare la diagnosi precoce delle infezioni
(infezioni urinarie, diarrea infettiva, congiuntivite, celluliti, erisipela, infezioni delle basse e alte vie respiratorie)**

	Azioni di miglioramento	Indicatori	Tempi	Budget
D/1	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborare e applicare un protocollo per la diagnosi precoce delle infezioni che preveda: <ul style="list-style-type: none"> - rilevazione e registrazione, a cura del personale di assistenza, di segni e sintomi che consentono la diagnosi precoce; - modalità di comunicazione al medico di medicina generale, qualora assente, di segni e sintomi per la diagnosi precoce; - esami e/o accertamenti da prescrivere nelle diverse infezioni; - percorsi preferenziali con le Unità operative ospedaliere in particolare con il servizio di laboratorio, di radiologia/ecografia. <p>Inoltre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dotare le strutture residenziali di ossimetri, attrezzatura utile per la rilevazione di segni clinici delle affezioni dell'apparato cardiocircolatorio e respiratorio. 	<p><i>Indicatore di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocollo per la diagnosi precoce delle varie infezioni. • Definizione di percorsi organizzativi preferenziali per le indagini diagnostiche. • Presenza di almeno un ossimetro in ciascuna struttura residenziale. <p><i>Indicatore di processo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rilevazione e registrazione di segni e sintomi per la diagnosi precoce ... • % di anziani infetti per i quali sono stati registrati segni e sintomi nella documentazione clinico-assistenziale. • % di prescrizioni antibiotiche corrispondenti ai protocolli concordati. <p><i>Indicatore di esito</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • % di anziani con infezione. 	<p>gennaio-novembre 2004</p>	<p>€ 500,00 circa (D/1; D/2)</p> <p><i>Budget per ossimetri (da definire)</i></p>

D (continua)

	Azioni di miglioramento	Indicatori	Tempi	Budget
D/2	<ul style="list-style-type: none">Elaborare e applicare una scheda per la rilevazione di segni/sintomi da inserire nella documentazione clinico-assistenziale che raccolga le informazioni riguardanti il percorso di diagnosi precoce delle infezioni di ogni anziano. Inoltre: <ul style="list-style-type: none">Definire incontri di <i>audit</i> tra i MMG e i medici ospedalieri riguardanti alcuni percorsi clinico-assistenziali degli anziani.	<i>Indicatore di struttura</i> <ul style="list-style-type: none">Scheda per la registrazione di segni e sintomi da inserire nella documentazione clinico-assistenziale.N. incontri di <i>audit</i> (MMG e medici ospedalieri) sui percorsi clinico-assistenziali degli anziani.	gennaio-novembre 2004	_____
D/3	<ul style="list-style-type: none">Elaborare e applicare un protocollo operativo sull'uso appropriato degli antibiotici per le infezioni che preveda, inoltre, uno scambio con il Servizio di farmacia dell'Azienda USL sia informativo sia mediante incontri di <i>audit</i> con i MMG sul consumo degli antibiotici nelle strutture residenziali per anziani. Inoltre: <ul style="list-style-type: none">Organizzare un evento formativo per la presentazione e la condivisione dei protocolli e degli strumenti da applicare (vedi schede azioni D1 - D2 - D3).	<i>Indicatore di struttura</i> <ul style="list-style-type: none">Protocollo sugli antibiotici.N. incontri di <i>audit</i> tra i MMG e il Servizio di farmacia.Evento formativo.	marzo-novembre 2004	€ 800,00 circa

E Aumentare la copertura degli operatori sanitari per la vaccinazione antinfluenzale e degli ospiti per la vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica

	Azioni di miglioramento	Indicatori	Tempi	Budget
E/1	<ul style="list-style-type: none"> Ridefinire le modalità di gestione delle vaccinazioni antinfluenzale e antipneumococcica negli anziani sulla base dell'indagine condotta nel 2003 sulle vaccinazioni effettuate presso le singole strutture residenziali. 	<p><i>Indicatore di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Documento con indicazioni per la gestione delle vaccinazioni antinfluenzale e antipneumococcica. 	gennaio-aprile 2004	_____
E/2	<ul style="list-style-type: none"> Definire una strategia operativa per aumentare la copertura della vaccinazione antinfluenzale negli operatori delle strutture residenziali, da applicare a partire dal 2004-2005. 	<p><i>Indicatore di processo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> % di anziani sottoposti a vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica. % di operatori sanitari sottoposti a vaccinazione antinfluenzale. 	febbraio-ottobre 2004	€ 300,00 circa

**F Migliorare la formazione permanente per il personale addetto all'assistenza sulle pratiche assistenziali
Migliorare l'informazione per gli operatori sanitari neo-assunti**

	Azioni di miglioramento	Indicatori	Tempi	Budget
F/1	<ul style="list-style-type: none"> • Definire e attuare un piano di intervento formativo biennale rivolto a tutto il personale operante presso le strutture per anziani, che definisca i contenuti, il monte ore, la metodologia didattica, gli strumenti di valutazione ecc. al fine di favorire e supportare il processo di implementazione delle azioni di miglioramento. 	<p><i>Indicatore di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento "Piano di intervento di formazione professionale". 	marzo-dicembre 2004	_____
F/2	<ul style="list-style-type: none"> • Garantire agli operatori sanitari l'informazione costante rispetto a procedure, protocolli, linee guida, istruzioni operative, ecc. per far fronte al <i>turnover</i>, tramite: <ul style="list-style-type: none"> - elaborazione di un'istruzione operativa per l'inserimento del neo-assunto; - realizzazione di una <i>brochure</i> informativa da consegnare al neo-assunto. 	<p><i>Indicatore di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Istruzione operativa per l'inserimento del neo-assunto. • <i>Brochure</i> informativa per il neo-assunto. 	marzo-dicembre 2004	Da definire

Azienda USL di Imola

G Migliorare la prevenzione dell'evento caduta nell'anziano

	Azioni di miglioramento	Indicatori	Tempi	Budget
G/1	<ul style="list-style-type: none"> Ridefinire le procedure di pre-ingresso e il periodo di osservazione dell'anziano nella struttura residenziale per evidenziarne le limitazioni alla mobilità e il rischio di caduta. 	<p><i>Indicatore di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Presenza di una nuova scheda per la valutazione dell'anziano al pre- e peri-ingresso nella struttura. 	gennaio-dicembre 2004	€ 300,00 circa
G/2	<ul style="list-style-type: none"> Migliorare la conoscenza dell'anziano orientando i comportamenti assistenziali alla prevenzione dell'evento caduta tramite: <ul style="list-style-type: none"> revisione del PAI, ad esempio con l'introduzione della scala di Morse specifica per l'identificazione del rischio caduta; adozione (da parte del fisiatra e del fisioterapista) di percorsi di valutazione specifici della mobilità dell'anziano, ad esempio con l'introduzione della scala di Tinetti specifica per valutare le limitazioni alla mobilità. 	<p><i>Indicatore di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Presenza del PAI integrato con le scale di valutazione del rischio caduta e della mobilità dell'anziano. <p><i>Indicatore di esito</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Tassi di cadute per 1.000 giorni/residenti. Tassi di fratture su numero di cadute. 	settembre 2004 - febbraio 2005	€ 1.000,00 circa
G/3	<ul style="list-style-type: none"> Definire e adottare uno strumento per il monitoraggio continuativo dell'evento caduta, ad esempio con la rilevazione del RUG trimestrale per ogni anziano per la durata di un anno. 	<p><i>Indicatore di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Rilevazione trimestrale dell'evento caduta con RUG. <p><i>Indicatore di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Presenza in tutte le strutture della nuova scheda di rilevazione dell'evento caduta. 	aprile-dicembre 2004	€ 450,00 circa

H Migliorare la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito (LDD)

Azioni di miglioramento	Indicatori	Tempi	Budget
<p>H/1</p> <ul style="list-style-type: none">• Elaborare* e/o aggiornare le procedure assistenziali per la prevenzione e il trattamento delle LDD orientate a:<ul style="list-style-type: none">- individuare gli anziani a rischio;- limitare i rischi specifici quali malnutrizione, disidratazione, ridotta mobilità;- registrare l'evoluzione della LDD;- monitorare l'evento delle LDD. <p>* sulla base delle <i>Linee guida per la prevenzione delle LDD</i> (AA.VV., in corso di stampa)</p>	<p><i>Indicatore di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Adozione in tutte le strutture della scala di Braden, della scheda di medicazione con la stadiazione delle LDD.• Presenza di un sistema di rilevazione continua delle LDD. <p><i>Indicatore di esito</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Prevalenza di anziani con calo di peso corporeo.• % di LDD guarite/peggiorate sul totale delle LDD.• Prevalenza di LDD per stadio, pesata per <i>case mix</i>. <p><i>Indicatore di processo</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Prevalenza di anziani ad alto rischio LDD con piano di mobilitazione individuale.	<p>gennaio-dicembre 2004</p>	<p>€ 800,00 circa</p>
<p>H/2</p> <ul style="list-style-type: none">• Migliorare la dotazione, la tipologia e l'utilizzo dei presidi antidecubito.	<p><i>Indicatore di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Documento per l'acquisizione dei presidi antidecubito.• Dotazione di presidi antidecubito/posti letto.	<p>marzo-dicembre 2004</p>	<p>€ 600,00 circa</p>
<p>H/3</p> <ul style="list-style-type: none">• Definire e attuare un piano di formazione professionale degli operatori sanitari orientato alla motivazione professionale, al fine di facilitare il processo assistenziale di prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito.	<p><i>Indicatore di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none">• N. operatori sanitari coinvolti nell'evento formativo.	<p>Anno 2004</p>	<p>€ 4.950,00 circa</p>

I Migliorare l'assistenza dell'anziano con particolare riferimento alla prescrizione di psicofarmaci

	Azioni di miglioramento	Indicatori	Tempi	Budget
I/1	<ul style="list-style-type: none">Migliorare nell'<i>équipe</i> clinico-assistenziale la comunicazione verbale e scritta dei segni, sintomi e comportamento di ogni anziano, finalizzata alla prescrizione o alla sospensione di psicofarmaci tramite la revisione dello strumento di trasmissione delle informazioni (consegna) che preveda una <i>check list</i> di variabili alle quali il personale addetto all'assistenza è tenuto a rispondere, e la definizione delle modalità d'uso e dei tempi di verifica.	<i>Indicatore di struttura</i> <ul style="list-style-type: none">Presenza di <i>check list</i> (consegna integrata) per la registrazione di segni e sintomi riferiti alla terapia con psicofarmaci.	febbraio 2004 - marzo 2005	€ 2.000,00 circa
I/2	<ul style="list-style-type: none">Revisionare le schede di prescrizione e di somministrazione della terapia farmacologica in uso, al fine di adottare un'unica scheda. Definire le modalità d'uso e i tempi di verifica dello strumento.	<i>Indicatore di struttura</i> <ul style="list-style-type: none">Presenza delle nuove schede di prescrizione della terapia farmacologica. <i>Indicatore di processo</i> <ul style="list-style-type: none">Prevalenza di uso di psicofarmaci e di anziani trattati con registrazione di segni e sintomi.	marzo-dicembre 2004	€ 1.000,00 circa
I/3	<ul style="list-style-type: none">Eeguire uno studio di fattibilità (modalità e strumenti) per eliminare e/o ridurre la prescrizione di psicofarmaci al bisogno.	<i>Indicatore di struttura</i> <ul style="list-style-type: none">Documento che riporti lo studio di fattibilità ...	febbraio 2004 - febbraio 2005	_____

L Migliorare l'assistenza dell'anziano con particolare riferimento all'uso dei presidi che ne riducono la mobilità

	Azioni di miglioramento	Indicatori	Tempi	Budget
L/1	• Migliorare la presa in carico dell'ospite al momento dell'ingresso nella struttura, rispetto all'uso pregresso o potenziale di presidi posturali.	<i>Indicatore di struttura</i> <ul style="list-style-type: none">• Presenza, per ogni ospite, di informazioni sulla necessità di presidi posturali nella scheda di pre-ingresso.• Segnalazione in consegna di avvenuta valutazione della necessità di presidi. <i>Indicatore di esito</i> <ul style="list-style-type: none">• Prevalenza di residenti con perdita di abilità nelle ADL.	dicembre 2004	_____
L/2	• Rivedere la pianificazione dell'attività assistenziale al fine di ridurre l'uso dei presidi che limitano la mobilità dell'anziano e proporre una scheda per l'adozione di un presidio per la postura e/o la sicurezza dell'anziano o di terzi.	<i>Indicatore di struttura</i> <ul style="list-style-type: none">• Linee guida sull'uso dei presidi che limitano la mobilità dell'anziano.• N. incontri di informazione al personale e n. operatori coinvolti.• PAI aggiornato con la variabile dei presidi posturali. <i>Indicatore di processo</i> <ul style="list-style-type: none">• Prevalenza di presidi di contenzione e di anziani con contenzione per i quali sono state registrate le schede di adozione ...	marzo 2004 - marzo 2005	€ 800,00 circa
L/3	• Migliorare la qualità del processo di acquisizione di nuove attrezzature o presidi per la postura dell'anziano.	<i>Indicatore di struttura</i> <ul style="list-style-type: none">• Documento di sintesi del lavoro di gruppo.	gennaio-dicembre 2004	€ 370,00 circa

Azienda USL di Ravenna

M Migliorare le pratiche relative alle cure igieniche dell'anziano

	Azioni di miglioramento	Indicatori	Tempi	Budget
M/1	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborare e/o aggiornare e attuare un protocollo sull'igiene della persona (occhi, cavità nasali, viso, mani, cavo orale, orecchie, capelli, unghie, genitali, bagno/doccia). • Elaborare e applicare un'istruzione operativa per la disinfezione delle vasche/barelle da bagno. • Attivare la registrazione delle pratiche di igiene dell'anziano nella documentazione assistenziale. 	<p><i>Indicatore di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocollo sull'igiene della persona. • Istruzione operativa sulla disinfezione delle vasche/barelle da bagno. <p><i>Indicatore di processo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • % di registrazioni delle cure igieniche nella documentazione assistenziale. 	febbraio-ottobre 2004	_____
M/2	<ul style="list-style-type: none"> • Definire, organizzare e attuare tra gli operatori sanitari incontri di <i>audit</i> sulle pratiche di igiene dell'anziano. 	<p><i>Indicatore di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • N. verbali degli incontri di <i>audit</i> degli operatori sanitari. • % di ospiti per i quali sono state registrate le cure igieniche nella documentazione assistenziale in giorni indice. 	febbraio-marzo 2004 febbraio-marzo 2005	_____
M/3	<ul style="list-style-type: none"> • Dotare i bagni degli anziani di <i>dispenser</i> per il sapone, salviette per l'asciugatura delle mani e contenitori portarifiuti. • Definire l'approvvigionamento di detergenti e presidi per l'igiene della persona, che rispettino un buon rapporto qualità/quantità/prezzo. • Definire un programma di manutenzione della lava/disinfetta dei presidi per l'eliminazione. 	<p><i>Indicatore di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • N. bagni anziani arredati di <i>dispenser</i> sapone. • Approvvigionamento di detergente con le caratteristiche definite. • Programma di manutenzione ... 	aprile-giugno 2004	Da definire

N Migliorare l'igiene delle mani e l'uso dei guanti da parte degli operatori sanitari

	Azioni di miglioramento	Indicatori	Tempi	Budget
N/1	<ul style="list-style-type: none">Rilevare la dotazione di lavandini, <i>dispenser</i> di detergente e salviette-asciugamano, contenitori portarifiuti, al fine di adeguare l'arredo dei lavandini allo <i>standard</i> previsto. Inoltre: <ul style="list-style-type: none">Eseguire uno studio di fattibilità per aumentare, laddove è necessario, il numero dei lavandini.	<i>Indicatori di struttura</i> <ul style="list-style-type: none">Rapporto sulla "Dotazione ..."Documento "Studio di fattibilità ..."N. lavandini arredati per l'igiene delle mani degli operatori sanitari / n. totale dei lavandini disponibili per l'igiene delle mani degli operatori sanitari.	aprile-giugno 2004	Da definire
N/2	<ul style="list-style-type: none">Elaborare e adottare per gli operatori sanitari un protocollo sull'igiene delle mani e sull'uso corretto dei guanti, che preveda l'approvvigionamento di un prodotto detergente e rispetti un buon rapporto qualità/quantità/prezzo.	<i>Indicatori di struttura</i> <ul style="list-style-type: none">Protocollo sull'igiene delle mani e sull'uso dei guanti. <i>Indicatori di processo</i> <ul style="list-style-type: none">% di adesione al lavaggio delle mani (rilevata tramite osservazione diretta).	marzo-giugno 2004	_____
N/3	<ul style="list-style-type: none">Definire un protocollo di studio per la sperimentazione dell'uso di una soluzione antisettica a base di alcool, disponibile in formato <i>pocket</i> o in confezione monodose, per l'igiene delle mani degli operatori sanitari.	<i>Indicatori di struttura</i> <ul style="list-style-type: none">Protocollo di studio per la sperimentazione.Rapporto sulla "Sperimentazione d'uso di soluzione antisettica ..."	febbraio-dicembre 2004	Da definire

**O Migliorare decontaminazione, pulizia, disinfezione e sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili e dei presidi per l'eliminazione
Migliorare l'antisepsi cutanea/mucosa nelle tecniche assistenziali dell'anziano**

	Azioni di miglioramento	Indicatori	Tempi	Budget
O/1	<ul style="list-style-type: none"> Elaborare e applicare i protocolli relativi alla decontaminazione, pulizia, disinfezione e sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili e dei presidi per l'eliminazione. 	<p><i>Indicatori di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Protocollo sulla decontaminazione ... Disponibilità di prodotti/attrezzature necessarie. 	<p>novembre 2004</p> <p>marzo-dicembre 2004</p>	<p>_____</p> <p>Acquisto di una lavapadelle: € 3.600,00 circa (per CP Baccarini)</p>
O/2	<ul style="list-style-type: none"> Approvvigionare le strutture residenziali di prodotti e di attrezzature necessarie per la decontaminazione, pulizia e disinfezione dei dispositivi e presidi medici riutilizzabili (inclusi i presidi per l'eliminazione). Adeguaire gli spazi ambientali per lo svolgimento di attività di decontaminazione, pulizia e disinfezione. 	<ul style="list-style-type: none"> Adeguamento degli spazi ambientali preposti alla decontaminazione "Decontaminazione ..." <p><i>Indicatore di processo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Consumi annuali di soluzioni antisetliche, disinfettanti per struttura; selezione inappropriata di prodotti. 	<p>gennaio-aprile 2004</p> <p>febbraio-aprile 2004</p>	<p>€ 234,00 circa</p> <p>_____</p>
O/3	<ul style="list-style-type: none"> Definire e attivare un percorso per le strutture residenziali non dotate di autoclave, relativo al processo di sterilizzazione centralizzata presso il presidio ospedaliero. 	<p><i>Indicatori di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Procedura per l'invio e il ritiro del materiale da sterilizzare. 	<p>_____</p>	<p>_____</p>
O/4	<ul style="list-style-type: none"> Elaborare e applicare un protocollo relativo all'antisepsi cutanea/mucosa nelle tecniche assistenziali dell'anziano. 	<ul style="list-style-type: none"> Protocollo sull'antisepsi ... 	<p>_____</p>	<p>_____</p>

**P Migliorare la gestione dei dispositivi medici per l'ossigenoterapia
Migliorare la pratica del cateterismo vescicale**

	Azioni di miglioramento	Indicatori	Tempi	Budget
P/1	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborare e applicare un protocollo o istruzione operativa sulla gestione dell'ossigenoterapia e dei relativi dispositivi, che preveda la disponibilità del materiale necessario (es. acqua sterile per l'umidificazione, buste pulite dove raccogliere la maschera e/o gli occhialini per l'ossigeno). 	<p><i>Indicatori di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocollo sulla gestione dell'ossigenoterapia. 	<p>aprile-dicembre 2004</p>	_____
P/2	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare la tecnica del cateterismo vescicale e implementare la gestione del circuito chiuso nell'anziano cateterizzato attraverso: <ul style="list-style-type: none"> - elaborazione e applicazione di un protocollo o istruzione operativa sulla cateterizzazione vescicale e la gestione dell'anziano cateterizzato; - dotazione di <i>kit</i> per il cateterismo vescicale. 	<p><i>Indicatori di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocollo sul cateterismo vescicale. • N. <i>kit</i> per cateterismo vescicale / n. cateteri vescicali al silicone. 	<p>maggio 2004 - marzo 2005</p>	_____
	<p>Inoltre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizzare un intervento formativo, rivolto agli operatori sanitari, sulla prevenzione delle infezioni respiratorie (scheda azione O/1) e delle infezioni urinarie. 			

Q Migliorare la diagnosi precoce delle infezioni

	Azioni di miglioramento	Indicatori	Tempi	Budget
Q/1	<ul style="list-style-type: none">Migliorare tra i professionisti coinvolti la trasmissione delle informazioni per la diagnosi precoce delle infezioni, tramite:<ul style="list-style-type: none">identificazione, in base alla letteratura scientifica, dei sintomi/segni significativi per la diagnosi precoce delle infezioni (respiratorie, urinarie, gastroenteriche, congiuntivali);definizione delle modalità di osservazione dei sintomi degli ospiti (tempi, modi, attori);definizione dei tempi e modi di trasmissione delle informazioni (chi, come, quando).	<p><i>Indicatori di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none">Scheda di raccolta e trasmissione sintetica dei segni/sintomi da inserire nella documentazione clinico-assistenziale in giorni indice. <p><i>Indicatori di processo</i></p> <ul style="list-style-type: none">% di anziani infetti per i quali sono stati registrati segni e sintomi nella documentazione clinico-assistenziale.Adozione di un sistema di rilevazione continuo delle infezioni tramite il RUG III integrato.	gennaio-aprile 2004	_____
Q/2	<ul style="list-style-type: none">Organizzare e attuare un intervento informativo rivolto al personale delle strutture residenziali sulle conoscenze della scheda azione Q/1.	<p><i>Indicatori di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none">Intervento informativo al personale delle strutture residenziali.	maggio-luglio 2004	_____
Q/3	<ul style="list-style-type: none">Assicurare la tempestività delle indagini diagnostiche necessarie, mediante la definizione e standardizzazione di accesso degli anziani alle indagini di laboratorio, radiologiche e agli accertamenti specialistici.	<p><i>Indicatori di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none">Dichiarazione di attuazione di un percorso di accesso "Indagini ..."	maggio-dicembre 2004	<i>Budget</i> relativo a 10 ore per 5 MMG

R Migliorare l'uso appropriato degli antibiotici nelle infezioni

	Azioni di miglioramento	Indicatori	Tempi	Budget
R/1	<ul style="list-style-type: none">Definire le procedure operative per i MMG, al fine di standardizzare i comportamenti prescrittivi degli antibiotici tramite:<ul style="list-style-type: none">diffusione delle conoscenze rispetto all'appropriatezza dell'antibiototerapia nelle infezioni prese in considerazione;elaborazione di raccomandazioni scritte sull'uso più appropriato degli antibiotici nelle infezioni prese in considerazione.	<p><i>Indicatore di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none">Esistenza di raccomandazioni scritte e condivise sull'uso degli antibiotici nelle infezioni prese in considerazione. <p><i>Indicatori di processo</i></p> <ul style="list-style-type: none">% di prescrizioni antibiotiche corrispondenti al protocollo concordato.	aprile-agosto 2004	<i>Budget</i> relativo a 15 ore per 5 MMG
R/2	<ul style="list-style-type: none">Elaborare istruzioni operative utili alla verifica sistematica della prescrizione, distribuzione e somministrazione della terapia farmacologica.	<p><i>Indicatori di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none">Istruzione operativa sulla verifica sistematica della prescrizione, distribuzione e somministrazione della terapia farmacologica.	giugno 2004 - marzo 2005	<i>Budget</i> relativo a 15 ore per 5 MMG

**S Migliorare la formazione permanente del personale addetto all'assistenza sulle pratiche assistenziali
Migliorare l'informazione per gli operatori sanitari neo-assunti**

Azioni	Indicatori	Tempi	Budget
<p>S/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definire e attuare un piano di intervento formativo biennale rivolto a tutto il personale operante presso le strutture per anziani, che definisca contenuti, monte ore, metodologia didattica, strumenti di valutazione, ecc. al fine di favorire e supportare il processo di implementazione delle azioni di miglioramento. 	<p><i>Indicatori di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento "Piano di intervento di formazione professionale ..." 	<p>marzo 2004 - dicembre 2005</p>	<p>_____</p>
<p>S/2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantire agli operatori sanitari l'informazione costante rispetto a procedure, protocolli, linee guida, istruzioni operative, ecc. per far fronte al <i>turnover</i>, tramite: <ul style="list-style-type: none"> - elaborazione di un'istruzione operativa per l'inserimento del neo-assunto; - realizzazione di una <i>brochure</i> informativa da consegnare al neo-assunto. 	<p><i>Indicatore di struttura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Istruzione operativa per l'inserimento del neo-assunto. • <i>Brochure</i> informativa per il neo-assunto. 	<p>novembre 2004 - marzo 2005</p>	<p>Da definire</p>

Tempogramma delle macroazioni

	2004																																											
	genn/marzo				aprile				maggio				giugno				luglio				agosto				settembre				ottobre				novembre				dicembre							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
C Migliorare la pratica e la gestione del cateterismo vescicale Migliorare l'assistenza dell'anziano alimentato tramite PEG								<input type="checkbox"/>								◆												<input type="checkbox"/>																<input type="checkbox"/>
C/1 Migliorare la pratica e la gestione del cateterismo vescicale mediante: - elaborazione e applicazione di un protocollo o istruzione operativa, che preveda le indicazioni per il cateterismo vescicale a circuito chiuso e la definizione di compiti e responsabilità dei professionisti coinvolti - organizzazione di un incontro informativo rivolto a tutti gli operatori sanitari per la presentazione e la condivisione del protocollo da applicare	_____																																											
C/2 Migliorare l'assistenza dell'anziano alimentato tramite PEG mediante: - elaborazione e applicazione di un protocollo o istruzione operativa sull'alimentazione PEG, che preveda la definizione dei compiti e delle responsabilità dei professionisti coinvolti - organizzazione di un incontro informativo rivolto a tutti gli infermieri per la presentazione e la condivisione del protocollo da applicare	_____																																											

	2004																																											
	genn/marzo				aprile				maggio				giugno				luglio				agosto				settembre				ottobre				novembre				dicembre							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
E Aumentare la copertura degli operatori sanitari per la vaccinazione antinfluenzale e degli ospiti per la vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica								<input type="checkbox"/>								◆												<input type="checkbox"/>																<input type="checkbox"/>
E/1 Ridefinire le modalità di gestione delle vaccinazioni antinfluenzale e antipneumococcica negli anziani sulla base dell'indagine condotta nel 2003 sulle vaccinazioni effettuate presso le singole strutture residenziali.																																												
E/2 Definire una strategia operativa per aumentare la copertura della vaccinazione antinfluenzale fra gli operatori delle strutture residenziali, da applicare a partire dal 2004-2005.																																												

Le schede azioni **F/1** e **F/2** sono da elaborare.

	2004																																											
	marzo				aprile				maggio				giugno				luglio				agosto				settembre				ottobre				novembre				dicembre							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
O Migliorare decontaminazione, pulizia, disinfezione, sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili e dei presidi per l'eliminazione Migliorare l'antisepsi cutanea/mucosa nelle tecniche assistenziali dell'anziano								<input type="checkbox"/>								◆												<input type="checkbox"/>																<input type="checkbox"/>
O/1 Elaborare e applicare i protocolli relativi alla decontaminazione, pulizia, disinfezione e sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili e dei presidi per l'eliminazione.																																												
O/2 Approvvigionare le strutture residenziali di prodotti e di attrezzature necessarie per la decontaminazione, pulizia e disinfezione dei dispositivi e presidi medici riutilizzabili ... Adeguare gli spazi ambientali per lo svolgimento di attività di decontaminazione, pulizia e disinfezione.																																												
O/3 Definire e attivare un percorso per le strutture residenziali non dotate di autoclave, relativo al processo di sterilizzazione centralizzata presso il presidio ospedaliero.																																												
O/4 Elaborare e attuare un protocollo relativo all'antisepsi cutanea/mucosa nelle tecniche assistenziali dell'anziano.																																												

Schede delle azioni

Schede azioni Azienda USL di Forlì

Scheda azione A/1

Titolo

Elaborare e applicare una procedura relativa all'igiene delle mani e all'uso corretto dei guanti.

Sintesi situazione attuale

Procedura talvolta assente e/o mal praticata.

Carenza formativa e informativa degli operatori sanitari rispetto all'igiene delle mani.

Obiettivi operativi

Elaborare e applicare la procedura relativa all'igiene delle mani e all'uso dei guanti, con precisa definizione dei compiti e delle responsabilità degli operatori coinvolti.

Eseguire la mappatura della dotazione dei distributori di detersivi e salviette monouso e dei contenitori portarifiuti.

Organizzare e attuare un incontro formativo (scheda azione A/1 e A/2).

Tappe attuative

Elaborare la procedura su *format* regionale.

Verificare il numero dei dosatori presenti nei punti lavaggio, il loro utilizzo monouso e l'adeguata capacità (consigliata max 500 cc.).

Verificare il numero e le caratteristiche dei distributori delle salviette monouso.

Verificare il numero e le caratteristiche dei contenitori raccogli rifiuti per adeguarli alla loro sostituzione.

Applicare la procedura dell'igiene delle mani e dell'uso dei guanti.

Attuare l'evento formativo.

Risorse necessarie

4 coordinatori di struttura, 4 RAA, 5 infermieri, 1 infermiere coordinatore.

N. 5 ore per 5 operatori sanitari (elaborazione procedura).

N. 12 ore di lavoro per le verifiche relative all'arredo dei lavandini.

Budget richiesto

Non sono quantificabili i costi relativi all'adeguamento delle attrezzature per l'arredo completo dei lavandini delle strutture coinvolte.

Budget aziendale per evento formativo quantificabile in € 300,00 circa.

Budget Enti gestori per evento formativo (da prevedere all'interno delle nuove convenzioni).

Tempi

Da febbraio a ottobre 2004.

Allegato/i

Bozza procedura.

Scheda azione A/2

Titolo

Definire una strategia operativa per mantenere costante nel tempo il livello di attenzione degli operatori sanitari rispetto alla pratica dell'igiene delle mani e all'uso corretto dei guanti.

Sintesi situazione attuale

Scarsa consapevolezza degli operatori rispetto all'importanza della pratica di igiene delle mani.

Presenza di falsa sicurezza di igiene delle mani indotta dall'uso dei guanti.

Obiettivi operativi

Realizzare, in collaborazione con l'Agenzia sanitaria regionale (ASR), un video sull'igiene delle mani.

Realizzare, in collaborazione con ASR, un poster sull'igiene delle mani.

Definire le modalità d'uso del video e del poster.

Eseguire il test colturale delle mani, a sorpresa e con frequenza semestrale in un campione di operatori, prima e dopo l'igiene delle mani e promuovere un *audit* sui risultati.

Tappe attuative

Ideare e organizzare le fasi operative per la realizzazione del video.

Ideare e organizzare le fasi operative per la realizzazione del poster.

Concordare con l'Ente gestore i momenti dedicati alla visione del video, con particolare riferimento al personale di nuova assunzione.

Definire le modalità di campionamento a cui sottoporre gli operatori sanitari, per la preparazione di piastre per l'esame colturale da inviare in laboratorio.

Risorse necessarie

2 infermieri, 2 ADB, 1 infermiere coordinatore.

N. 10 ore di lavoro per l'infermiere coordinatore.

N. 10 ore di lavoro per 4 operatori per la realizzazione del poster e del video.

Budget richiesto

Budget per poster (da definire).

Budget per video (a carico di ASR).

Tempi

Da marzo a ottobre 2004.

Scheda azione B/1-B/2

Titolo

Elaborare e applicare un protocollo o istruzione operativa su antisepsi cutanea, disinfezione dei dispositivi medici e sterilizzazione tramite il confronto con le indicazioni del presidio ospedaliero. Definire una procedura per attuare interventi periodici di manutenzione delle autoclavi in uso presso le strutture per anziani.

Sintesi situazione attuale

Protocolli / istruzioni operative sono talvolta non rispettati.
Non-evidenza dei controlli del processo di sterilizzazione.
I programmi di manutenzione programmata delle autoclavi sono talvolta inadeguati o assenti.
La scelta per l'acquisto del materiale relativo all'antisepsi, disinfezione, ecc. talvolta non è supportata da conoscenze specifiche.

Obiettivi operativi

Elaborare e applicare un'istruzione operativa su antisepsi cutanea, disinfezione e sterilizzazione dei dispositivi medici con definizione dei compiti e delle responsabilità delle varie figure professionali.
Definire una procedura per attuare interventi periodici di manutenzione delle autoclavi.
Definire il fabbisogno delle lava/disinfetta presidi per l'eliminazione in termini di caratteristiche, numero, collocazione, manutenzione.
Organizzare e attuare un incontro informativo per la presentazione e la condivisione del protocollo da applicare. Organizzare un evento formativo.

Tappe attuative

Elaborare un'istruzione operativa su *format* regionale.
Organizzare una riunione informativa con tutti gli infermieri che devono garantire la ricaduta informativa agli ADB/RAA/OTA/OSS.
Individuare le modalità di registrazione dei parametri della sterilizzazione.
Analisi periodica dei *report* dei consumi delle soluzioni antisettiche e disinfettanti, per ogni struttura.
Mappatura delle autoclavi presenti nelle strutture, per individuare le carenze nella manutenzione programmata.
Eseguire uno studio organizzativo per attivare l'invio del materiale da sterilizzare presso la centrale di sterilizzazione dell'ospedale. Attuare l'evento formativo.

Risorse necessarie

4 coordinatori di struttura, 4 RAA, 5 infermieri, 1 infermiere coordinatore.
N. 5 ore per 5 componenti del gruppo di lavoro (elaborazione istruzione operativa)
N. 2 ore per 22 infermieri (evento informativo)
N. 5 ore per 4 operatori (analisi consumi soluzioni disinfettanti ecc.).

Budget richiesto

Budget aziendale per l'evento formativo quantificabile in € 200,00 circa.
Budget Enti gestori per l'evento formativo (che prevede all'interno nuove convenzioni).

Tempi

Da marzo a novembre 2004.
Entro novembre 2004: studio di fattibilità dell'invio del materiale alla centrale di sterilizzazione dell'Azienda USL.

Scheda azione C/1

Titolo

Migliorare la pratica e la gestione del cateterismo vescicale.

Sintesi situazione attuale

Mancanza di una procedura sul cateterismo vescicale.

Carenza formativa e informativa, tra gli operatori sanitari, rispetto alle infezioni urinarie.

Mancanza di *audit* sull'applicazione delle procedure di gestione del cateterismo vescicale.

Obiettivi operativi

Elaborare e applicare una istruzione operativa sul cateterismo vescicale, e definire i compiti e le responsabilità dei diversi professionisti coinvolti.

Organizzare un incontro informativo per la presentazione e la condivisione dell'istruzione operativa.

Applicare l'istruzione operativa.

Tappe attuative

Stesura di una istruzione operativa su *format* regionale.

Verificare in tutte le strutture l'utilizzo della sacca a circuito chiuso/*kit* monouso per l'inserimento del catetere vescicale.

Organizzare una riunione informativa, con tutti gli operatori, per la condivisione dell'istruzione operativa.

Applicare l'istruzione operativa.

Risorse necessarie

4 coordinatori struttura, 1 coordinatore infermieristico, 6 infermieri, 4 RAA, 6 ADB.

Budget richiesto

Costo per il *kit* del cateterismo vescicale (coinvolgimento del Servizio di Farmacia ospedaliera) (da definire).

N. 5 ore per 6 operatori per un costo pari a € 500,00 circa (per l'elaborazione dell'istruzione operativa).

N. 6 ore a un infermiere per un costo pari a € 120,00 circa (per verifiche).

N. 2 ore a circa 80 operatori, per un costo pari a € 1.600,00 circa (per incontro informativo su infezioni urinarie, assistenza PEG).

Tempi

Da febbraio a maggio 2004.

Allegato/i

Bozza documento istruzione operativa per ADB.

Scheda azione C/2

Titolo

Migliorare l'assistenza dell'anziano alimentato tramite PEG (gastrostomia endoscopica percutanea).

Sintesi della situazione attuale

Mancanza di una linea guida condivisa.
Mancanza di diffusione e verifica della procedura.
Mancanza di incontri periodici formativi e informativi.

Obiettivi operativi

Elaborare e applicare un'istruzione operativa, su *format* regionale, e definire i compiti e le responsabilità dei diversi professionisti coinvolti.
Organizzare un incontro informativo per la presentazione e condivisione dell'istruzione operativa.
Organizzare un incontro formativo.

Tappe attuative

Elaborazione dell'istruzione operativa su *format* regionale.
Verifica, in tutte le strutture, dell'idoneità delle sonde per PEG.
Organizzare una riunione informativa con tutti gli operatori per la condivisione dei contenuti dell'istruzione operativa.
Applicare l'istruzione operativa.
Attuare l'evento formativo.

Risorse necessarie

4 coordinatori struttura, 5 infermieri, 4 RAA/ADB.
N. 10 ore di lavoro (per l'elaborazione dell'istruzione operativa).
N. 12 ore di lavoro da parte di 4 infermieri (per le verifiche).
N. 2 ore di lavoro per circa 80 operatori (per l'incontro informativo).

Budget richiesto

Budget aziendale per l'evento formativo (vedere scheda azione C/1).
Budget Enti gestori per evento formativo (da prevedere all'interno delle nuove convenzioni).

Tempi

Da febbraio a novembre 2004.

Allegato/i

Bozza documento istruzione operativa per ADB.

Scheda azione D/1-D/2

Titolo

Elaborare e applicare un protocollo per la diagnosi precoce delle infezioni (infezioni urinarie, diarrea infettiva, congiuntivite, celluliti, erisipela, infezioni delle basse e alte vie respiratorie).
Elaborare e applicare una scheda per la rilevazione di segni/sintomi da inserire nella documentazione clinico-assistenziale che raccolga le informazioni riguardanti il percorso di diagnosi precoce delle infezioni di ogni anziano.

Sintesi situazione attuale

Mancanza di un'istruzione operativa sulla modalità di segnalazione dei principali sintomi e segni da rilevare e relativi accertamenti da richiedere.

Mancanza di uno strumento di registrazione *ad hoc* dei segni/sintomi precoci.

Obiettivi operativi

Elaborare e applicare un'istruzione operativa che definisca i principali segni/sintomi per una diagnosi precoce, con l'indicazione degli esami e/o accertamenti da prescrivere nelle diverse infezioni.

Elaborare una scheda *ad hoc* per la registrazione dei vari segni e sintomi dell'ospite.

Tappe attuative

Elaborazione di un protocollo su *format*-regionale che contenga criteri e modalità di avviso del medico.

Organizzare una riunione informativa con tutti gli infermieri, RAA, ADB.

Elaborazione di una scheda colorata di registrazione dei segni/sintomi precoci, con data e firma dell'operatore.

Condivisione di un percorso preferenziale con le UO di laboratorio e di radiologia.

Risorse necessarie

8 medici medicina generale, 32 infermieri, 40 ADB, 1 medico Dipartimento Cure primarie.

N. 5 ore di lavoro per 5 operatori (per elaborazione dell'istruzione operativa).

N. 10 ore di lavoro per 5 operatori (per elaborazione del documento di registrazione dei sintomi).

Budget richiesto

Budget aziendale per n. 2 ore per 32 infermieri pari a € 500,00 circa.

Budget Enti gestori, da prevedere all'interno delle nuove convenzioni, per ADB (per riunione informativa).

Tempi

Da gennaio a novembre 2004.

Allegato/i

Bozza di istruzione operativa sul percorso diagnostico-valutativo dei casi di sospetta infezione.

Scheda azione D/3

Titolo

Elaborare e applicare un protocollo operativo sull'uso appropriato degli antibiotici per le infezioni che preveda, inoltre, uno scambio con il Servizio di farmacia dell'Azienda USL sia informativo sia mediante incontri di *audit* con i MMG sul consumo degli antibiotici nelle strutture residenziali per anziani.

Sintesi situazione attuale

Mancanza di un'istruzione operativa che standardizzi i comportamenti prescrittivi della terapia antibiotica.

Mancanza di riunioni informative che garantiscano l'aderenza all'istruzione operativa.

Mancanza di un flusso informativo *ad hoc*, che consenta il monitoraggio specifico della prescrizione nelle strutture per anziani.

Obiettivi operativi

Elaborare e applicare un'istruzione operativa su *format* regionale, con definizione di compiti e responsabilità dei professionisti coinvolti.

Organizzare un incontro informativo per la presentazione e condivisione dell'istruzione operativa.

Costruire un flusso informativo *ad hoc*, in collaborazione con il Servizio farmaceutico aziendale, che consenta di monitorare il consumo di antibiotici sia per struttura che per tipologia di molecole prescritte.

Promozione di *audit* clinici con i MMG, sulla base delle risultanze dei *report* informativi prodotti.

Tappe attuative

Elaborare l'istruzione operativa su *format* regionale, che contenga le raccomandazioni per le diverse infezioni.

Organizzare una riunione informativa con tutti i MMG per la presentazione e la condivisione dei contenuti dell'istruzione operativa.

Applicare l'istruzione operativa.

Elaborare, in collaborazione con la farmacia ospedaliera, un tracciato *record* per il monitoraggio dei consumi di antibiotici nelle diverse strutture.

Effettuare *audit* clinici con i MMG per la discussione dei casi dubbi/complessi e per l'eventuale rinforzo delle raccomandazioni sull'appropriatezza d'uso degli antibiotici.

Effettuare un'indagine di prevalenza periodica per la rilevazione del *trend* delle terapie antibiotiche iniettive *vs* le terapie per via orale.

Risorse necessarie

8 MMG, 6 infermieri, 4 RAA, 1 farmacista, 1 infermiere coordinatore, 1 medico Dipartimento CP. N. 10 ore (circa 3 incontri) per 5 operatori (per l'elaborazione dell'istruzione operativa).

Budget richiesto

Budget aziendale per n. 2 ore per 8 MMG e infermieri delle strutture, pari a € 800,00 (per riunione informativa).

Tempi

Da marzo a novembre 2004.

Allegato/i

Bozza documento istruzione operativa per le infezioni delle vie respiratorie e urinarie.

Scheda azione E/1

Titolo

Ridefinire le modalità di esecuzione delle vaccinazioni antinfluenzale e antipneumococcica negli anziani.

Sintesi situazione attuale

Mancanza di uno strumento per la registrazione dell'avvenuta esecuzione della vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica negli anziani.

Obiettivi operativi

Effettuare un'indagine conoscitiva per rilevare il numero delle vaccinazioni eseguite nella campagna antinfluenzale 2003-2004.

Definire un registro in cui ogni struttura riporta i dati vaccinali degli ospiti.

Tappe attuative

Rilevare il numero di vaccinazioni antinfluenzali e antipneumococciche eseguite nelle diverse strutture residenziali.

Elaborare un registro dei dati vaccinali, condiviso con i coordinatori di struttura, che consenta di disporre anche di scadenziari per la vaccinazione antipneumococcica.

Risorse necessarie

4 coordinatori di struttura, 8 MMG, 4 infermieri, 1 medico Dipartimento Cure primarie.

N. 20 ore di lavoro per 4 operatori (per effettuare l'indagine conoscitiva nelle diverse strutture a cura del personale infermieristico).

Tempi

Da gennaio ad aprile 2004.

Scheda azione E/2

Titolo

Definire una strategia operativa per aumentare la copertura della vaccinazione antinfluenzale negli operatori delle strutture residenziali, da applicare a partire dal 2004-2005.

Sintesi della situazione attuale

Resistenze culturali da parte degli operatori all'accettazione della vaccinazione.
Scarsa informazione e sensibilizzazione degli operatori sanitari sulla necessità dell'esecuzione della vaccinazione.

Obiettivi operativi

Effettuare un'indagine conoscitiva per rilevare il numero degli operatori sanitari vaccinati nella campagna antinfluenzale 2003-2004.
Organizzare un incontro formativo-informativo con tutti gli operatori sanitari di ogni struttura, per aumentare il grado di conoscenza e di consenso sulla vaccinazione antinfluenzale.
Proporre la vaccinazione a tutti gli operatori sanitari di nuovo ingresso nelle strutture.

Tappe attuative

Effettuare, nelle diverse strutture residenziali, la rilevazione del numero degli operatori che risultano vaccinati.
Organizzare n. 4 incontri formativi-informativi per tutti gli operatori, in collaborazione con i Coordinatori di struttura e il Servizio Igiene pubblica, per aumentare il grado di adesione alla campagna antinfluenzale 2004-2005.
Offrire, in collaborazione con il Servizio Igiene pubblica e nell'ambito della campagna antinfluenzale 2004-2005, la vaccinazione antinfluenzale agli operatori neo-assunti.

Risorse necessarie

4 coordinatori di struttura, 4 infermieri, 1 medico Dipartimento Cure primarie, 1 medico Servizio Igiene pubblica.
N. 12 ore di lavoro per il personale infermieristico (per l'indagine).

Budget richiesto

Budget aziendale per n. 2 ore per 32 infermieri pari a € 300,00 circa.
Budget Enti gestori, da prevedere all'interno delle nuove convenzioni, per ADB (per gli incontri formativi).

Tempi

Da febbraio a ottobre 2004.

NB Le **schede azioni F/1 e F/2** sono da elaborare.

Schede azioni Azienda USL di Imola

Scheda azione G/1

Titolo

Ridefinire le procedure di pre-ingresso e il periodo di osservazione dell'anziano nella struttura residenziale per evidenziarne le limitazioni alla mobilità e il rischio di caduta.

Sintesi situazione attuale

L'analisi della scheda pre-ingresso in uso ha rilevato l'incompletezza dei dati raccolti e la mancanza di evidenza dei fattori di rischio specifici, inerenti alla mobilità e al rischio cadute.

Obiettivi operativi

Revisionare la scheda pre-ingresso come segue:

- evidenziare in rosso i fattori di rischio specifici (patologie, terapie, *deficit* sensoriali, orientamento, mobilità, utilizzo di presidi per la sicurezza, ...)
- introdurre, nel capitolo "mobilizzazione", il quesito "precedenti cadute".

Tappe attuative

Rielaborazione scheda pre-ingresso e nuova stesura grafica dello strumento.

Presentazione e condivisione dello strumento con i professionisti coinvolti.

Sperimentazione dello strumento per la durata di 6 mesi ed eventuale aggiornamento delle modifiche apportate *in itinere*.

Adozione dello strumento nell'ambito delle strutture imolesi convenzionate e all'interno delle strutture convenzionate appartenenti al comune di Medicina.

Risorse necessarie

Gruppo di lavoro composto da: 2 infermieri, 1 ADB, 1 coordinatore di struttura, 1 infermiere esperto, 1 TDR, 2 RAA.

Budget richiesto

N. 10 ore per revisione dello strumento, rielaborazione e stesura grafica: circa € 200,00.

N. 5 ore per verificare l'andamento della sperimentazione della scheda: circa € 100,00.

Tempi

Da gennaio a giugno 2004: sperimentazione.

Da luglio a dicembre 2004: adozione in tutte le strutture convenzionate del comprensorio imolese ed estensione alle strutture convenzionate del comune di Medicina.

Scheda azione G/2

Titolo

Migliorare la conoscenza dell'anziano orientando i comportamenti assistenziali alla prevenzione dell'evento caduta.

Sintesi situazione attuale

Disomogenea compilazione del PAI (piano assistenziale individualizzato).
Assenza di scale di valutazione e di identificazione del rischio specifico in uso.
Disomogeneità, nell'ambito delle diverse strutture, nella definizione dei tempi di revisione del PAI.

Obiettivi operativi

Revisione dello strumento PAI come segue:
- introduzione della scala di Morse (per identificare il rischio) e della griglia (per la rilevazione dei fattori associati al rischio)
- integrazione, da parte del fisiatra o del TDR e mediante scala di Tinetti o altro, di percorsi specifici per la valutazione della mobilità

Tappe attuative

Rielaborazione dello strumento PAI (in collaborazione con altri gruppi di lavoro, scheda azione e nuova stesura grafica).
Presentazione dello strumento ai professionisti coinvolti.
Sperimentazione dello strumento nell'ambito di alcune strutture pilota per la durata di 6 mesi; eventuale aggiornamento *in itinere*.

Risorse necessarie

Gruppi di lavoro trasversale multiprofessionale: 2 infermieri, 2 ADB, 2 coordinatori di struttura, 2 infermieri esperti, 1 TDR.

Budget richiesto

Si ipotizzano incontri del gruppo di lavoro per la rielaborazione dello strumento e stesura grafica per circa 50 ore e per un totale di € 1.000,00.
Si ipotizzano incontri per la condivisione e diffusione dello strumento all'interno delle riunioni collettive di struttura.
Per la sperimentazione si individueranno alcune strutture pilota.
Si ipotizzano 2 incontri *in itinere* per verificare l'andamento della sperimentazione (compresi negli incontri programmati di struttura).

Tempi

Da settembre 2004 a febbraio 2005.

Scheda azione G/3

Titolo

Definire e adottare uno strumento per il monitoraggio continuativo dell'evento caduta.

Sintesi situazione attuale

Assenza di un flusso informativo sul monitoraggio dell'evento caduta.

Disomogeneità nel sistema di registrazione dell'evento caduta nell'ambito delle strutture.

Esigenza da parte degli Enti gestori e ai fini amministrativo/assicurativi, di raccogliere dati riguardanti l'evento caduta.

Obiettivi operativi

Creazione di un flusso informativo sul monitoraggio dell'evento caduta che risponda a:

- modalità omogenee ed esaurienti riguardanti la raccolta di informazioni sull'evento
- esigenze amministrativo/assicurative dei diversi Enti gestori

Tappe attuative

Rilevazione trimestrale per l'anno 2004 mediante sistema RUG.

Elaborazione di una scheda di rilevazione dell'evento caduta e di uno strumento di monitoraggio.

Presentazione della scheda ai professionisti coinvolti.

Organizzazione periodica di *audit* nelle strutture per commentare i dati ed, eventualmente, revisionare le pianificazioni sui nuovi bisogni assistenziali emersi.

Risorse necessarie

2 infermiere, 1 ADB, 1 coordinatore di struttura, 1 infermiere esperto, 1 TDR, 2 RAA.

Budget richiesto

N. 25 ore per revisione dello strumento, rielaborazione e stesura grafica: circa € 450,00.

La divulgazione dovrebbe avvenire all'interno di momenti formativi previsti con altri progetti di miglioramento.

N. 10 ore per verificare l'andamento della sperimentazione della scheda (comprese negli incontri programmati di struttura).

Tempi

Da aprile 2004: elaborazione/condizione e presentazione.

Fino a dicembre 2004: sperimentazione.

Allegato/i

Bozza di documento sul rischio caduta.

Scheda azione H/1

Titolo

Elaborare e/o aggiornare le procedure assistenziali per la prevenzione e il trattamento delle LDD orientate a individuare gli anziani a rischio; limitare i rischi specifici quali malnutrizione, disidratazione, ridotta mobilità; registrare l'evoluzione della ADD; monitorare l'evento delle LDD.

Sintesi situazione attuale

L'analisi dello strumento in uso per la rilevazione del rischio non è chiaro, non è aggiornato con periodicità, non è adottato da tutti in maniera omogenea.

Lo strumento di individuazione dei rischi specifici (nutrizione, idratazione, peso corporeo, piani di mobilitazione), talvolta presente e/o aggiornato.

L'uso di un piano individualizzato di mobilitazione, correlato a una scheda postura, non è uniforme in tutte le strutture.

Incompletezza dei dati raccolti (scheda di monitoraggio LDD).

Obiettivi operativi

Sostituire la precedente scheda di identificazione del rischio con la scala di Braden, definendo tempi e modalità di compilazione.

Adottare uno strumento di osservazione e di registrazione quotidiana dei segni, allo scopo di valutare eventuali fattori di rischio.

Formulare un piano individualizzato di mobilitazione correlato a una scheda postura.

Migliorare lo strumento (scheda) per monitorare l'evoluzione delle LDD.

Sperimentare la rilevazione dell'evento LDD, tramite il RUG III.

Tappe attuative

Elaborare uno strumento per l'identificazione del rischio LDD che comprenda una scala di rischio, la registrazione del rischio e i successivi accertamenti.

Pianificare, attraverso la consegna, l'osservazione continua dell'anziano mediante segnalazioni scritte riguardanti i cambiamenti fisici/psichici (es. peso corporeo) che possono richiedere procedure assistenziali orientate a limitare e/o evitare rischi specifici quali malnutrizione/disidratazione e ridotta mobilità.

Elaborare un piano di mobilitazione e una scheda postura individuale.

Rivedere lo strumento per monitorare l'evoluzione delle LDD.

Risorse necessarie

Gruppo di lavoro composto da: 3 infermieri, 1 RAA, 2 ADB, 1 TDR, 1 infermiere esperto.

Budget richiesto

Considerato il tempo effettivamente impiegato dal gruppo di lavoro per la lettura della bibliografia, la revisione degli strumenti, la rielaborazione e la stesura grafica: € 800,00.

Tempi

Da gennaio 2004: presentazione di alcuni strumenti nelle strutture.

Da febbraio 2004: sperimentazione degli strumenti presentati.

Fino a dicembre 2004: in collaborazione con gli altri gruppi, revisione dello strumento per la trasmissione delle informazioni clinico-assistenziali.

Allegato/i

Bozza di documento sul rischio LDD, cambio postura, evoluzione LDD, peso corporeo.

Scheda azione H/2

Titolo

Migliorare la dotazione, la tipologia e l'utilizzo dei presidi antidecubito.

Sintesi situazione attuale

La dotazione di presidi, nelle varie strutture, talvolta non è proporzionata all'incidenza e alla tipologia di LDD presenti.

La tipologia dei presidi antidecubito nelle strutture risulta non essere sempre conforme rispetto alla letteratura EBM.

L'assegnazione dei presidi risulta talvolta non definita con criteri sufficientemente oggettivi.

Obiettivi operativi

Individuare la tipologia degli ausili più idonei, tramite un'analisi della letteratura EBM, definendone le caratteristiche *standard* per orientare i futuri acquisti.

Definire la dotazione/assegnazione dei presidi in base ai bisogni dell'utenza.

Tappe attuative

Censire il numero e la tipologia di presidi presenti nelle strutture.

Elaborare una procedura, seguendo determinati criteri, per la scelta degli ausili antidecubito nei soggetti a rischio e/o con LDD (utilizzando, inizialmente, la dotazione esistente).

Integrare la dotazione dei presidi antidecubito rispetto all'incidenza dell'utenza anziana a rischio.

Risorse necessarie

1 infermiere, 1 RAA, 1-2 coordinatori di struttura, 1 TDR.

Budget richiesto

N. ore da definire per il censimento dei presidi nelle varie strutture e la definizione delle caratteristiche *standard* dei presidi: circa € 600,00.

Tempi

Da marzo a giugno 2004: stesura definitiva di una procedura per la dotazione/assegnazione dei presidi antidecubito.

Entro dicembre 2004: presentazione/condivisione agli enti gestori coinvolti nel processo assistenziale.

Scheda azione H/3

Titolo

Definire e attuare un piano di formazione professionale degli operatori professionali orientato alla motivazione professionale, al fine di facilitare il processo assistenziale di prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito.

Sintesi situazione attuale

Presenza di operatori che necessitano di formazione continua rispetto alla conoscenza dei fattori di rischio specifici, predisponenti l'insorgenza di LDD.

Organizzazione delle attività per settori e non per obiettivi individuali.

Scarsa flessibilità organizzativa.

Obiettivi operativi

Modificare le modalità assistenziali, al fine di ridurre i fattori di rischio specifici.

Aggiornare il piano di lavoro integrato, rendendolo più flessibile (rispetto alle modificate esigenze assistenziali degli anziani).

Organizzare eventi formativi orientati ai professionisti.

Tappe attuative

Pianificare interventi formativi finalizzati a:

- formare/informare sui fattori di rischio specifici (presentazione del protocollo di prevenzione delle LDD e di trattamento)
- migliorare le competenze operative dei professionisti

Risorse necessarie

4 infermieri, 2 ADB, 1 coordinatore di struttura, 1 infermiere esperto, 2 RAA.

Budget richiesto

N. 12 incontri di 2 ore per *équipe* di 25 persone circa, per formare/informare tutto il personale delle strutture: € 4.950,00.

Tempi

Anno 2004.

Scheda azione I/1

Titolo

Migliorare nell'*équipe* clinico-assistenziale la comunicazione verbale e scritta dei segni, sintomi e comportamento di ogni anziano, finalizzata alla prescrizione o alla sospensione di psicofarmaci.

Sintesi situazione attuale

La stesura della consegna è talvolta incompleta e soggettiva.
Il passaggio della consegna tra i professionisti talvolta non è simultaneo.

Obiettivi operativi

Revisione dello strumento di raccolta e trasmissione delle informazioni, che preveda la registrazione dettagliata delle informazioni riguardanti l'anziano (consegna integrata), e orientato a elementi di oggettività, per una chiara e globale identificazione dell'ospite.

Tappe attuative

Costruzione di uno strumento di raccolta - dati tipo *check list*.
Presentazione e condivisione del nuovo strumento con i professionisti coinvolti.
Organizzazione di eventi formativi con i professionisti sulle modalità di trasmissione delle informazioni.
Sperimentazione dello strumento ed eventuali aggiornamenti delle modifiche apportate *in itinere*.

Risorse necessarie

Gruppi di lavoro composti da 4 infermieri, 2 ADB, 2 coordinatori di struttura, 2 infermieri esperti, 1 TDR.

Budget richiesto

Si ipotizzano incontri del gruppo di lavoro per revisione dello strumento, rielaborazione e stesura grafica: € 2.000,00.
Fase di condivisione e sperimentazione: si ipotizza 1 riunione informativa di 2 ore con i professionisti di due strutture coinvolte nel progetto (compresi negli incontri programmati di struttura).
Si svolgeranno 2 incontri di circa 2 ore a livello trasversale multiprofessionale per verificare l'andamento della sperimentazione e apportare le modifiche *in itinere* (compresi negli incontri programmati di struttura).

Tempi

Da febbraio a settembre 2004: elaborazione, condivisione, presentazione.
Da ottobre 2004 a febbraio 2005: sperimentazione in due strutture convenzionate.
Entro marzo 2005: adozione dello strumento in tutte le strutture convenzionate.

Allegato/i

Bozza di documento prescrizione farmaci.

Scheda azione I/2

Titolo

Revisionare le schede di prescrizione e di somministrazione della terapia farmacologica in uso, al fine di adottare un'unica scheda.

Definire le modalità d'uso e i tempi di verifica dello strumento.

Sintesi situazione attuale

L'analisi della scheda terapia in uso ha rilevato:

- mancanza di completezza
- mancanza di uniformità tra le diverse strutture nella modalità di compilazione
- prescrizione dei farmaci non suddivisi per modalità di somministrazione
- mancanza di rivalutazione periodica dello strumento
- mancanza di segnalazione della modalità personalizzata nella somministrazione della terapia

Obiettivi operativi

Revisione della scheda per la prescrizione/somministrazione della terapia farmacologica, che preveda:

- modalità di prescrizione dei farmaci
- tempi di verifica dello strumento
- modalità di utilizzo dello strumento
- definizione di segni clinici, sintomi e di comportamento (rilevazione oggettiva delle alterazioni del comportamento) che necessitano di terapia farmacologica al bisogno

Tappe attuative

Rielaborazione della scheda prescrizione/terapia e stesura grafica dello strumento.

Presentazione e condivisione dello strumento tra i professionisti ai fini dell'utilizzo.

Sperimentazione dello strumento per la durata di 5 mesi ed eventuale aggiornamento delle modifiche apportate *in itinere*.

Risorse necessarie

Gruppo di lavoro composto da: 4 infermieri, 1 ADB, 1 coordinatore di struttura, 1 infermiere esperto.

Budget richiesto

N. 110 ore per revisione dello strumento, rielaborazione e stesura grafica: circa € 1.000,00.

Si ipotizzano 2 incontri di 2 ore *in itinere* per verificare l'andamento della sperimentazione della scheda di tutti i professionisti coinvolti nel progetto: totale 24 ore (compresi incontri programmati di struttura).

Tempi

Da settembre 2003 a febbraio 2004: condivisione, presentazione, sperimentazione.

Nel corso del 2004: divulgazione e adozione in tutte le strutture convenzionate.

Scheda azione I/3

Titolo

Eeguire uno studio di fattibilità (modalità e strumenti) per eliminare e/o ridurre la prescrizione di psicofarmaci al bisogno.

Sintesi situazione attuale

L'analisi della documentazione in uso prevede la prescrizione di psicofarmaci da somministrare alla rilevazione di determinati sintomi/comportamenti dell'ospite.

Obiettivi operativi

Creazione di un flusso informativo, con modalità di raccolta delle informazioni omogenee ed esaurienti, orientato a evidenziare i comportamenti disturbanti e/o pericolosi per sé o per gli altri.

Tappe attuative

Inserire nella consegna integrata (*check list*) una valutazione continua di sintomi e comportamenti alterati.

Prevedere periodiche rivalutazioni da parte *dell'équipe* (infermieri, MMG, personale socio-assistenziale) dei dati rilevati e delle prescrizioni in atto.

Rivedere la pianificazione dell'attività assistenziale quotidiana in relazione ai dati riguardanti gli obiettivi definiti nel PAI.

Risorse necessarie

Gruppo di lavoro composto da: infermieri, ADB, coordinatore di struttura, infermiere esperto.

Budget richiesto

Elaborazione/stesura dello strumento avverrà durante gli incontri per l'elaborazione della *check list* (consegna integrata).

Tempi

Da febbraio 2004 a febbraio 2005.

Scheda azione L/1

Titolo

Migliorare la presa in carico dell'ospite al momento dell'ingresso nella struttura, rispetto all'uso pregresso o potenziale di presidi posturali.

Sintesi situazione attuale

Le informazioni sull'anziano, precedenti l'ingresso, sono raccolte in modo differente nelle diverse strutture e talvolta non contengono le informazioni utili circa l'utilizzo dei presidi posturali.

Il rischio di caduta o la necessità di presidi talvolta non sono desumibili dalle informazioni raccolte prima dell'ingresso, poiché il rischio di caduta e il comportamento dell'ospite nelle prime settimane di permanenza nella struttura residenziale può variare da quello assunto precedentemente.

Obiettivi operativi

Definire modalità di raccolta delle informazioni omogenee ed esaurienti all'ingresso dell'ospite. Predisporre un'osservazione sistematica nelle prime settimane di permanenza in struttura, allo scopo di valutare la necessità o meno di presidi e, in caso affermativo, di identificarne l'indicazione e la tipologia.

Tappe attuative

Rivedere la scheda raccolta dati, al momento del pre-ingresso dell'anziano nella struttura, integrandola con informazioni circa l'utilizzo di presidi posturali e /o la sicurezza.

Pianificare attraverso la consegna (documento per la trasmissione delle informazioni clinico-assistenziale di ogni anziano) l'osservazione dell'anziano nelle prime settimane dopo l'ingresso, con segnalazioni scritte circa i comportamenti e le condizioni che possono richiedere l'uso di presidi per la postura e/o la sicurezza.

Organizzare un intervento di formazione/azione finalizzato a ricercare la condivisione delle modalità assistenziali proposte per l'attuazione.

Risorse necessarie

Gruppo di lavoro composto da: 1 coordinatore di struttura, 2 RAA, 1 fisioterapista, 1 fisioterapista esperto.

Budget richiesto

Previsto nel *budget* della scheda azione L/2.

Tempi

Gennaio 2004: elaborazione.

Marzo-settembre 2004: condivisione e sperimentazione in una o più strutture convenzionate.

Settembre 2004-giugno 2005: divulgazione e adozione in tutte le strutture convenzionate.

Allegato/i

Bozza documento (scheda di adozione dei presidi per la postura e/o la sicurezza).

Scheda azione L/2

Titolo

Rivedere la pianificazione dell'attività assistenziale al fine di ridurre l'uso dei presidi che limitano la mobilità dell'anziano e proporre una scheda per l'adozione di un presidio per la postura e/o la sicurezza dell'anziano o di terzi.

Sintesi situazione attuale

L'uso dei presidi per la postura e/o la sicurezza è attualmente caratterizzato da criteri non sufficientemente oggettivi.

Presenza di operatori sanitari con scarsa consapevolezza dei risvolti etici e giuridici relativi all'uso di presidi che limitano la mobilità della persona.

In alcune strutture non sono previsti incontri multiprofessionali per valutare la frequenza e le modalità di utilizzo dei presidi che limitano la mobilità della persona.

Obiettivi operativi

Adottare modalità assistenziali al fine di ridurre l'utilizzo dei presidi per la sicurezza, privilegiando strumenti alternativi (comportamentali, comunicativi, ambientali, ecc.).
Aggiornare il piano di lavoro integrato degli operatori, in modo da rendere sempre più appropriato l'utilizzo dei presidi per la postura e la sicurezza.

Tappe attuative

Elaborare un protocollo per il corretto utilizzo dei presidi posturali e/o per la sicurezza, che preveda la creazione e l'applicazione di una scheda per l'adozione dei presidi e la revisione periodica dell'utilizzo degli stessi.

Pianificare un intervento formativo finalizzato a:

- informare gli operatori sulle problematiche giuridiche, etiche e assistenziali contemplate nel protocollo
- migliorare le competenze relazionali con l'anziano e, in particolare, la comunicazione con l'anziano che presenta disturbi cognitivi e comportamentali
- rivedere il piano di assistenza individuale (PAI) e il suo utilizzo, in modo che l'eventuale ricorso ai presidi per la postura/sicurezza venga periodicamente sottoposto all'attenzione dell'*équipe* clinico-assistenziale e discusso.

Risorse necessarie

Gruppo di lavoro composto da: 1 coordinatore di struttura, 2 RAA, 1 fisioterapista, 1 fisioterapista esperto.

Budget richiesto

N. 45 ore per revisione degli strumenti assistenziali, elaborazione del protocollo, stesura grafica: circa € 800,00.

Fase di condivisione e sperimentazione: si ipotizzano riunioni formative di 2 ore (compresi negli incontri programmati di struttura).

Fase di divulgazione a tutte le restanti strutture convenzionate (scheda azione L/1 - anno 2005).

Tempi

Marzo-settembre 2004: condivisione e sperimentazione in una o più strutture convenzionate.

Settembre 2004 - marzo 2005: divulgazione e adozione in tutte le strutture convenzionate.

Allegato/i

Vedere allegato L/1.

Scheda azione L/3

Titolo

Migliorare la qualità del processo di acquisizione di nuove attrezzature o presidi per la postura dell'anziano.

Sintesi situazione attuale

Le modalità di acquisizione dei presidi, nelle diverse strutture, presentano scarsa omogeneità. Non esistono informazioni precise sulle caratteristiche tecniche dei vari presidi.

Obiettivi operativi

Elaborare un documento che prevede i criteri qualitativi e quantitativi per la fornitura dei presidi per la postura degli anziani nelle strutture residenziali.

Tappe attuative

Istituire un gruppo di lavoro interprofessionale che:

- valuti il materiale esistente in commercio
- definisca gli *standard* qualitativi dei prodotti da acquistare
- definisca la dotazione necessaria, in base al numero degli ospiti
- si renda disponibile per la sperimentazione e la valutazione di nuovi prodotti
- rivaluti periodicamente i prodotti utilizzati

Risorse necessarie

Gruppo di lavoro composto da: 1 coordinatore di struttura, 2 RAA, 1 fisioterapista, 1 coordinatore fisioterapista, 1 responsabile degli acquisti in struttura.

Budget richiesto

N. 20 ore per l'elaborazione del documento di sintesi: circa € 370,00.

Fase di divulgazione e adozione nelle strutture della nuova procedura di acquisto (da comprendere negli incontri programmati di struttura).

Tempi

Gennaio-dicembre 2004: elaborazione e condivisione.

Gennaio-giugno 2005: divulgazione e adozione in almeno due strutture convenzionate.

Luglio-dicembre 2005: adozione in tutte le strutture.

Schede azioni Azienda USL di Ravenna

Scheda azione M/1

Titolo

Elaborare e/o aggiornare e attuare un protocollo sull'igiene della persona (occhi, cavità nasali, viso, mani, cavo orale, orecchie, capelli, unghie, genitali, bagno/doccia).

Elaborare e applicare un'istruzione operativa per la disinfezione delle vasche/barelle da bagno.

Attivare la registrazione delle pratiche di igiene dell'anziano nella documentazione assistenziale.

Sintesi situazione attuale

L'analisi dei protocolli in uso ha evidenziato una disomogeneità nella stesura del *format* e nei contenuti.

Attualmente manca la registrazione puntuale relativa all'esecuzione delle cure igieniche.

Non è disponibile un protocollo relativo alla disinfezione dei bagni utilizzati dagli anziani.

Obiettivi operativi

Elaborare e attuare un protocollo operativo relativo all'igiene della persona (naso, occhi, viso, mani, orecchie, cavo orale, capelli, estremità e unghie, regione genitale, bagno, doccia) al fine di promuovere le buone pratiche assistenziali.

Elaborare un'istruzione operativa per la disinfezione delle vasche/barelle da bagno.

Definire le modalità di registrazione delle pratiche di igiene dell'anziano.

Tappe attuative

Stesura, presentazione e condivisione del protocollo.

Sperimentazione dei protocolli.

Promozione di incontri informativi/formativi a piccoli gruppi.

Risorse necessarie

1 infermiere, 1 ADB, 1 referente strutture residenziali, 1 ICI.

Budget richiesto

N. 2 ore per la condivisione dei protocolli con i componenti del gruppo di lavoro (punto h, all. 2 della direttiva 1378/1999, modifica del Direttore generale Sanità e Politiche sociali del 2 febbraio 2003).

N. 7 incontri informativi/formativi per n. medio di 5 infermieri e n. 5 ADB per 2 ore ciascuno per la divulgazione dei protocolli (tot. 14 ore ricomprese negli incontri di struttura programmati).

Tempi

Da febbraio a ottobre 2004.

Scheda azione M/2

Titolo

Definire, organizzare e attuare tra gli operatori sanitari incontri di *audit* sulle pratiche di igiene dell'anziano.

Sintesi situazione attuale

Attualmente non sono previsti incontri degli operatori per la verifica di adesione dei protocolli assistenziali in uso.

Obiettivi operativi

Valutare l'adesione del protocollo di igiene della persona.

Valutare la condivisione, il coinvolgimento degli operatori, i punti di forza e di debolezza nell'applicare il protocollo.

Tappe attuative

Definire una scheda di rilevazione delle criticità emerse nell'applicazione del protocollo, al fine di discutere le criticità emerse nella sperimentazione e individuare le proposte di risoluzione.

Risorse necessarie

1 referente delle strutture residenziali, ICI.

Budget richiesto

N. 1 incontro di 2 ore per ogni struttura (ricomprese negli incontri di struttura programmati).

Tempi

Febbraio-marzo 2004: definizione e organizzazione degli incontri

Febbraio-marzo 2005: attuazione degli incontri.

Scheda azione M/3

Titolo

Dotare i bagni degli anziani di *dispenser* per il sapone, salviette per l'asciugatura delle mani e di contenitori portarifiuti.

Definire l'approvvigionamento di detergenti e presidi per l'igiene della persona, che rispettino un buon rapporto qualità/quantità/prezzo.

Definire un programma di manutenzione della lava/disinfetta dei presidi per l'eliminazione.

Sintesi situazione attuale

Attualmente le strutture sono dotate di portasapone e materiale relativo all'asciugatura, talvolta idoneo.

Alcune strutture non hanno un programma relativo alla manutenzione della lava/disinfetta presidi per l'eliminazione.

Mancata definizione delle caratteristiche tecniche e di sicurezza per l'approvvigionamento delle soluzioni detergenti; attualmente i prodotti vengono scelti rispettando, prevalentemente, il criterio economico e, talvolta, i guanti in dotazione sono insufficienti.

Obiettivi operativi

Adeguare i bagni non attrezzati, dotandoli di attrezzature idonee a effettuare correttamente le cure igieniche.

Stabilire un contratto di manutenzione programmato della lava/disinfetta presidi per l'eliminazione.

Tappe attuative

Indagine sulle caratteristiche strutturali dei bagni e del materiale per l'asciugatura.

Progetto d'intervento per la dotazione di *dispenser* e di materiale per l'asciugatura.

Identificare le caratteristiche di detergenti e presidi per l'igiene della persona che rispetti un buon rapporto qualità/quantità/prezzo.

Definire un contratto di manutenzione programmata relativa alle lava/disinfetta dei presidi per l'eliminazione, con una ditta specializzata.

Risorse necessarie

1 coordinatore di struttura, 1 referente delle strutture residenziali, 1 operatore dell'Ufficio tecnico di struttura.

Budget richiesto

Programma di manutenzione delle lava/disinfetta dei presidi per l'eliminazione (*budget* da definire).

Tempi

Da aprile a giugno 2004.

Scheda azione N/1

Titolo

Rilevare la dotazione di lavandini, *dispenser* di detergente e salviette-asciugamano, contenitori portarifiuti, al fine di adeguare l'arredo dei lavandini allo *standard* previsto. Eseguire uno studio di fattibilità per aumentare, laddove è necessario, il numero dei lavandini.

Sintesi situazione attuale

Numero di lavandini non adeguato; talvolta l'arredo è inadeguato.

Obiettivi operativi

Eseguire la mappatura dei lavandini e del relativo arredo.
Eseguire uno studio di fattibilità per l'adeguamento numerico dei lavandini.
Adeguare allo *standard* l'arredo dei lavandini (*dispenser* sapone, salviette-asciugamano e contenitore portarifiuti).

Tappe attuative

Verificare presso ogni struttura residenziale per anziani il numero di lavandini, la distanza dai punti di utilizzo e le loro caratteristiche (dimensioni, stato dei materiali, rubinetteria), e l'arredo (*dispenser* sapone, *dispenser* asciugamani, contenitore portarifiuti).
Verificare la modalità di pulizia dei lavandini tramite la presa visione dei singoli capitoli di pulizia e l'eventuale adeguamento alle necessità di igiene ambientale.
Eseguire uno studio di fattibilità per l'adeguamento dei lavandini e del relativo arredo, che comprenda l'installazione di *dispenser* detergente e salviette asciugamani monouso per l'igiene delle mani.
Scegliere confezioni di detergente di capienza non superiore a 500 ml.
Verificare l'utilizzo da parte degli operatori dei lavandini ubicati nelle stanze di degenza.

Risorse necessarie

1 coordinatore di struttura, 1 referente delle strutture residenziali, 1 operatore dell'Ufficio tecnico di struttura.

Budget richiesto

Il *budget* per l'adeguamento dell'arredo dei lavandini dipenderà dal fabbisogno emerso.

Tempi

Da aprile a giugno 2004.

Scheda azione N/2

Titolo

Elaborare e attuare per gli operatori sanitari un protocollo sull'igiene delle mani e sull'uso corretto dei guanti, che preveda l'approvvigionamento di un prodotto detergente e rispetti un buon rapporto qualità/quantità/prezzo.

Sintesi situazione attuale

È stata effettuata un'analisi dei protocolli esistenti nelle varie strutture che ha messo in evidenza i seguenti aspetti:

- protocolli specifici per struttura e quindi disomogenei fra loro, con necessità di aggiornamento
- gli operatori esprimono il desiderio di ricevere aggiornamento in merito all'igiene delle mani e all'uso dei guanti

Obiettivi operativi

Elaborare un protocollo operativo relativo al lavaggio delle mani e al corretto utilizzo dei guanti.

Tappe attuative

Elaborazione di un protocollo sull'igiene delle mani e uso corretto dei guanti che preveda:

- le indicazioni previste dalle linee guida CDC (CDC, 2002) sull'igiene delle mani
- il corretto utilizzo dei *dispenser* per detergenti e asciugamani
- utilizzo dei guanti
- fase di presentazione/condivisione del protocollo
- fase di attuazione
- indicatori di verifica
- utilizzo di una soluzione detergente per le mani e di asciugamani monouso con un buon rapporto qualità/quantità/prezzo.

Risorse necessarie

1 RAA, 1 ADB, 1 infermiere, 1 referente per ogni struttura residenziale, ICI.

Budget richiesto

N. 2 ore per la condivisione dei protocolli con i componenti del gruppo di lavoro (punto h, all. 2 della direttiva 1378/1999, modifica del Direttore generale Sanità e Politiche sociali del 2 febbraio 2003)

N. 7 incontri informativi/formativi per n. medio di 5 infermieri e n. 5 ADB di 2 ore ciascuno per la divulgazione dei protocolli (tot. n. 14 ore ricomprese negli incontri di struttura programmati).

Tempi

Da marzo a giugno 2004.

Scheda azione N/3

Titolo

Definire un protocollo di studio per la sperimentazione dell'uso di una soluzione antisettica a base di alcool, disponibile in formato *pocket* o in confezione monodose, per l'igiene delle mani degli operatori sanitari.

Sintesi situazione attuale

Lavaggio delle mani talvolta non conforme alle indicazioni delle linee guida CDC (CDC, 2002).

Obiettivi operativi

Migliorare la *compliance* dell'igiene delle mani attraverso l'uso di una soluzione o gel alcolico.

Tappe attuative

Osservazione dell'attuale *compliance* dell'igiene delle mani.

Definizione della tipologia del prodotto.

Scelta delle strutture da coinvolgere nel progetto di sperimentazione e identificazione degli operatori referenti per la sperimentazione.

Elaborazione del protocollo di studio con le indicazioni d'uso della soluzione/gel antisettico.

Definizione dell'impatto economico della sperimentazione.

Registrazione delle criticità emerse durante la sperimentazione.

Definizione degli indicatori di verifica (monitoraggio dei consumi, gradimento del prodotto da parte degli operatori, ecc.).

Risorse necessarie

2 coordinatori di struttura, 2 infermieri coordinatori, 2 RAA, 2 ADB, 2 infermieri coordinatore delle strutture del territorio, 1 referente di strutture, ICI.

Budget richiesto

N. 3 ore ricomprese negli incontri di struttura.

Importo per la dotazione del nuovo antisettico da definire.

Tempi

Da febbraio a dicembre 2004.

Scheda azione O/1

Titolo

Elaborare i protocolli relativi alla decontaminazione, pulizia, disinfezione e sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili e dei presidi per l'eliminazione.

Sintesi situazione attuale

Assenza di protocolli relativi alla decontaminazione, pulizia, ecc.

Obiettivi operativi

Uniformare i comportamenti relativi alle procedure di pulizia e disinfezione prese in esame.
Favorire l'inserimento dei neo-assunti nelle strutture per anziani.

Tappe attuative

Ricognizione della letteratura esistente.
Stesura dei protocolli.
Presentazione e condivisione dei protocolli.
Diffusione e attuazione dei protocolli.
Verifica dell'applicazione dei protocolli.

Risorse necessarie

1 ADB, 1 coordinatore di struttura, 1 infermiera, ICI, 1 RAA.

Budget richiesto

N. 2 ore per la condivisione dei protocolli con i componenti del gruppo di lavoro (punto h, all. 2 della direttiva 1378/1999, modifica del Direttore generale Sanità e Politiche sociali del 2 febbraio 2003).
N. 1 ora per 7 strutture per la divulgazione dei protocolli (ore ricomprese negli incontri di struttura programmati).

Tempi

Da marzo a novembre 2004.

Scheda azione 0/2

Titolo

Approvvigionare le strutture residenziali di prodotti e di attrezzature necessarie per la decontaminazione, pulizia e disinfezione dei dispositivi e presidi medici riutilizzabili (inclusi i presidi per l'eliminazione).

Adeguare gli spazi ambientali per lo svolgimento di attività di decontaminazione, pulizia e disinfezione.

Sintesi situazione attuale

Difficoltà in tutte le strutture nelle modalità di acquisizione dei prodotti e attrezzature (es. fornitura farmacia ospedaliera, acquisto diretto).

Mancanza o inadeguatezza di spazi idonei per la decontaminazione e i processi di disinfezione.

Obiettivi operativi

Garantire la disponibilità di prodotti e attrezzature per la decontaminazione, pulizia e disinfezione dei dispositivi medici e dei presidi per l'eliminazione.

Individuare gli spazi e le attrezzature idonee alla decontaminazione, pulizia, disinfezione dei dispositivi medici riutilizzabili.

Tappe attuative

Identificazione delle soluzioni disinfettanti/antisettiche necessarie.

Approvvigionamento dei prodotti contenenti il principio attivo prescelto.

Individuazione e adeguamento degli spazi idonei alla decontaminazione, ecc.

Acquisto di materiale e attrezzature necessarie (compreso lavapadelle)

Risorse necessarie

Coordinatore di struttura ed economo.

Budget richiesto

Acquisto di 3 vaschette per la decontaminazione dei dispositivi medici: tot. € 360,00 circa.

Installazione presso tre strutture di piani attrezzati e di lavelli (da definire).

Acquisto di 1 lavapadelle per la CP Baccarini: tot. € 3.600,00 circa.

Tempi

Da marzo a dicembre 2004.

Scheda azione 0/3

Titolo

Definire e attivare un percorso per le strutture residenziali non dotate di autoclave, relativo al processo di sterilizzazione centralizzata presso il presidio ospedaliero.

Sintesi situazione attuale

Assenza di una procedura per la sterilizzazione centralizzata dei dispositivi medici provenienti dalle strutture per anziani.

Differenti comportamenti fra le strutture per anziani nel processo di sterilizzazione.

Obiettivi operativi

Definire una procedura comprendente l'invio e il ritiro del materiale da sterilizzare.

Tappe attuative

Definire con i responsabili della centrale di sterilizzazione le modalità di invio e ritiro del materiale da sterilizzare.

Risorse necessarie

Responsabile del SAA, coordinatore tecnico-professionale dell'assistenza infermieristica nelle strutture residenziali, coordinatore di struttura, coordinatore delle attività sanitarie delle strutture.

Budget richiesto

Acquisto dei contenitori idonei per il trasporto del materiale dalla struttura alla centrale di sterilizzazione e viceversa: € 234,00 circa.

Tempi

Da gennaio ad aprile 2004.

Scheda azione 0/4

Titolo

Elaborare e applicare un protocollo relativo all'antisepsi cutanea/mucosa nelle tecniche assistenziali dell'anziano.

Sintesi situazione attuale

Assenza di un protocollo sull'antisepsi cutanea/mucosa.

Obiettivi operativi

Uniformare tra gli operatori sanitari i comportamenti relativi all'antisepsi.

Tappe attuative

Raccolta delle indicazioni sull'antisepsi, dal prontuario dell'Azienda USL di riferimento.
Analisi e revisione della tecnica di antisepsi in uso presso le strutture.
Stesura, attuazione e verifica del protocollo.

Risorse necessarie

Coordinatore infermieristico interno alla struttura.

Budget richiesto

1 ora di lavoro per coordinatore infermieristico di struttura, per 6 strutture.

Tempi

Da febbraio ad aprile 2004.

Scheda azione P/1

Titolo

Elaborare e applicare un protocollo o istruzione operativa sulla gestione dell'ossigenoterapia e dei relativi dispositivi, che preveda la disponibilità del materiale necessario (es. acqua sterile per l'umidificazione, buste pulite dove raccogliere la maschera e/o gli occhialini per l'ossigeno).

Sintesi situazione attuale

L'acqua utilizzata per umidificare l'ossigeno talvolta non è sterile o pastorizzata.
Sono presenti differenti modalità di pulizia e/o disinfezione dei flussometri o dei contenitori per l'umidificazione dell'ossigeno.
Assenza di buste pulite per la conservazione di maschere e/o occhialini per l'ossigenoterapia.

Obiettivi operativi

Valutare presso le strutture le modalità di pulizia e disinfezione dei flussometri al termine dell'erogazione e la difformità delle indicazioni attualmente in uso.
Verificare presso le strutture la modalità di umidificazione dell'acqua mediante un'indagine.
Fornire tutte le strutture di acqua sterile per l'umidificazione dell'ossigeno.
Elaborare e attuare un protocollo di istruzione operativa sulla gestione dell'ossigenoterapia e dei relativi ausili.
Eseguire un intervento informativo/formativo sulla prevenzione e controllo delle infezioni respiratorie.

Tappe attuative

Intervista al coordinatore infermieristico di ogni struttura relativa alla modalità di gestione dei presidi dell'ossigenoterapia e stesura di un rapporto a cura dell'intervistatore.
Definizione di un percorso organizzativo per la fornitura del materiale necessario.
Raccolta e lettura dei protocolli in uso presso le strutture, ed elaborazione di un'istruzione operativa sulla gestione dell'ossigenoterapia che raccolga le indicazioni della raccomandazione O/1.
Diffusione delle nuove indicazioni al personale delle strutture.

Risorse necessarie

1 coordinatore del gruppo, 1 coordinatore di struttura, ICI, 1 infermiere, 1 RAA, 2 ADB.

Budget richiesto

N. 4 ore per la condivisione della istruzione operativa con i componenti del gruppo di lavoro (punto h, all. 2 della direttiva 1378/1999, modifica del Direttore generale Sanità e Politiche sociali del 2 febbraio 2003).
N. 7 incontri informativi/formativi per 2 ore ciascuno per la divulgazione dell'istruzione operativa (tot. 14 ore ricomprese negli incontri di struttura programmati).

Tempi

Da aprile a dicembre 2004.

Scheda azione P/2

Titolo

Migliorare la tecnica del cateterismo vescicale e implementare la gestione del circuito chiuso nell'anziano cateterizzato.

Sintesi situazione attuale

Mancanza di una procedura unica sul cateterismo vescicale.
Carenza formativa e informativa degli operatori sanitari.
Mancanza di *audit* sull'applicazione delle procedure.

Obiettivi operativi

Elaborare e applicare un'istruzione operativa sul cateterismo vescicale, con definizione di compiti e responsabilità dei diversi professionisti coinvolti.
Organizzare un incontro informativo per la presentazione e la condivisione dell'istruzione operativa.

Tappe attuative

Predisporre una istruzione operativa su *format* regionale.
Verificare in tutte le strutture l'utilizzo della sacca a circuito chiuso/*kit* monouso per l'inserimento del catetere vescicale.
Organizzare una riunione informativa con tutti gli operatori per la condivisione dell'istruzione operativa.
Applicare l'istruzione operativa.

Risorse necessarie

1 coordinatore struttura, 1 coordinatore del gruppo, 1 RAA, 2 ADB, 1 infermiere, 1 ICI.

Budget richiesto

N. 4 ore per la condivisione dell'istruzione operativa con i componenti del gruppo di lavoro (punto h, all. 2 della direttiva 1378/1999, modifica del Direttore generale Sanità e Politiche sociali del 2 febbraio 2003).
N. 7 incontri informativi/formativi per 2 ore ciascuno per la divulgazione dell'istruzione operativa (tot. 14 ore ricomprese negli incontri di struttura programmati).

Tempi

Da maggio 2004 a marzo 2005.

Allegato/i

Bozza documento istruzione operativa per ADB.

Scheda azione Q/1

Titolo

Migliorare tra i professionisti coinvolti la trasmissione delle informazioni per la diagnosi precoce delle infezioni.

Sintesi situazione attuale

Non esistono nelle strutture residenziali per anziani:

- indicazioni codificate e condivise relative all'identificazione dei sintomi evocati da infezione, che determinino l'avvio automatico di una procedura
- indicazioni codificate e condivise relative alle modalità di osservazione dei sintomi evocati da infezione

Obiettivi operativi

Fornire a tutti gli operatori presenti nelle strutture gli elementi informativi e formativi atti a:

- identificare precocemente i sintomi identificativi di infezione respiratoria, urinaria, gastroenterica, congiuntivale
- monitorare i sintomi evocati da infezione respiratoria, urinaria, gastroenterica, congiuntivale
- garantire la trasmissione delle informazioni cliniche (chi, come, a chi), prescindendo dallo specifico strumento operativo

Tappe attuative

Confronto fra professionisti, individuazione dei sintomi salienti, predisposizione della documentazione.

Elaborazione di un documento che guidi il percorso delle informazioni cliniche (es. diagramma di flusso) con il quale ogni struttura, in base alla propria organizzazione, possa procedere all'adattamento degli strumenti.

Risorse necessarie

MMG, infermieri, ADB, RAA, geriatri, coordinatori di struttura.

Budget richiesto

Per 5 MMG, 2 ore ciascuno: tot. ore 10.

N. 2 ore per la condivisione del documento con i componenti del gruppo di lavoro (punto h, all. 2 della direttiva 1378/1999, modifica del Direttore generale Sanità e Politiche sociali del 2 febbraio 2003.

Tempi

Da gennaio ad aprile 2004.

Allegato/i

Raccomandazioni per un percorso diagnostico-valutativo dei casi con sospetta infezione delle basse vie respiratorie.

Raccomandazioni per un percorso diagnostico-valutativo dei casi con sospetta infezione delle vie urinarie.

Raccomandazioni per un percorso diagnostico-valutativo dei casi con sospetta infezione gastroenterica.

Raccomandazioni per un percorso diagnostico-valutativo dei casi con sospetta infezione congiuntivale.

Scheda azione Q/2

Titolo

Organizzare e attuare un intervento informativo rivolto al personale delle strutture residenziali sulle conoscenze della scheda azione Q/1.

Sintesi situazione attuale

Presenza di un flusso informativo difforme rivolto a identificare i segni e i sintomi delle infezioni.

Obiettivi operativi

Fornire agli operatori delle strutture gli elementi fondamentali per l'identificazione dei sintomi significativi di infezione, le modalità di osservazione e monitoraggio dei sintomi, l'illustrazione della modalità di trasmissione delle informazioni.

Tappe attuative

Comunicare agli Enti gestori l'incontro e individuare le sedi formative.
Effettuare 1 incontro per ogni struttura rivolto a tutti gli operatori presenti nelle strutture che sono oggetto della sperimentazione.

Risorse necessarie

Partecipazione di tutti gli operatori socio-sanitari.

Budget richiesto

Per 5 MMG 2 ore ciascuno: tot. ore 10.

N. 7 incontri informativi/formativi per 2 ore ciascuno per la divulgazione dei protocolli (tot. 14 ore ricomprese negli incontri di struttura programmati).

Tempi

Da maggio a luglio 2004.

Allegato/i

Raccomandazioni per un percorso diagnostico-valutativo dei casi con sospetta infezione delle basse vie respiratorie.

Raccomandazioni per un percorso diagnostico-valutativo dei casi con sospetta infezione delle vie urinarie.

Raccomandazioni per un percorso diagnostico-valutativo dei casi con sospetta infezione gastroenterica.

Raccomandazioni per un percorso diagnostico-valutativo dei casi con sospetta infezione congiuntivale.

Scheda azione Q/3

Titolo

Assicurare la tempestività delle indagini diagnostiche necessarie, mediante la definizione e standardizzazione di accesso degli anziani alle indagini di laboratorio, radiologiche e agli accertamenti specialistici.

Sintesi situazione attuale

Nell'ambito dell'Azienda USL e principalmente fra RSA e case protette sono presenti differenti modalità di prenotazione ed effettuazione degli esami.

Obiettivi operativi

Estendere a tutte le strutture le modalità operative di prenotazione ed effettuazione degli esami di laboratorio, radiologici e degli accertamenti specialistici (presenti nelle RSA a gestione aziendale).

Tappe attuative

Rilevazione delle modalità di effettuazione delle prenotazioni presenti nelle strutture.
Analisi della normativa vigente e individuazione delle possibilità di modifica.
Predisposizione della nuova procedura organizzativa.
Informazione, agli operatori delle strutture, della nuova procedura.

Risorse necessarie

Figure amministrative e dirigenti per lo studio della normativa.
Coordinatore del Punto unico d'accesso, Responsabile delle prenotazioni
MMG, infermieri, RAA.

Budget richiesto

N. 3 incontri di 3 ore (gruppo di lavoro).
N. 7 incontri informativi/formativi per 2 ore ciascuno per la divulgazione della procedura organizzativa (tot. 14 ore ricomprese negli incontri di struttura programmati).
5 MMG, 2 ore ciascuno: tot. 10 ore.

Tempi

Da maggio a dicembre 2004.

Scheda azione R/1

Titolo

Definire le procedure operative per i MMG, al fine di standardizzare i comportamenti prescrittivi degli antibiotici.

Sintesi situazione attuale

Non esistono allo stato attuale, all'interno delle strutture residenziali per anziani, indicazioni codificate e condivise relative alle prescrizioni di antibiotici per le infezioni prese in considerazione.

Obiettivi operativi

Fornire ai medici operanti nelle strutture (MMG e geriatri) materiale scientifico, riferimenti bibliografici e opportunità formative utili a consolidare un patrimonio culturale omogeneo, propedeutico alla predisposizione di raccomandazioni scritte e mirati alla standardizzazione dei comportamenti prescrittivi.

Fornire agli operatori presenti nelle strutture gli elementi informativi e formativi atti a guidare e standardizzare i comportamenti prescrittivi.

Elaborare raccomandazioni scritte relative all'uso appropriato degli antibiotici nelle infezioni prese in considerazione.

Tappe attuative

Approfondire e consolidare le informazioni contenute nel materiale consegnato a supporto del corso di formazione, con particolare riguardo alle infezioni prese in considerazione.

Esaminare il materiale consegnato alla luce delle specificità proprie delle strutture residenziali per anziani, e favorire il confronto tra i professionisti.

Individuare le molecole antibiotiche più appropriate per il controllo delle infezioni prese in considerazione, alla luce della specificità delle strutture residenziali per anziani.

Predisporre raccomandazioni scritte.

Trasmettere a tutti gli operatori interessati quanto prodotto.

Verificare mediante *audit* la conoscenza delle raccomandazioni e la loro applicazione.

Risorse necessarie

5 MMG, 1 farmacista, 7 infermieri, 3 geriatri, 1 infettivologo.

Budget richiesto

N. 3 incontri di 3 ore (1 per ambito territoriale).

5 MMG, 3 ore ciascuno: tot. 15 ore.

Tempi

Da aprile ad agosto 2004.

Scheda azione R/2

Titolo

Elaborare istruzioni operative utili alla verifica sistematica della prescrizione, distribuzione e somministrazione della terapia farmacologica.

Sintesi situazione attuale

Non esistono allo stato attuale all'interno delle strutture residenziali per anziani, indicazioni codificate e condivise relative alla possibilità di procedere alla verifica sistematica della prescrizione, della distribuzione e dell'assunzione della terapia.

Obiettivi operativi

Fornire al personale medico operante nelle strutture residenziali strumenti e metodi per la registrazione sistematica della prescrizione, completa di dosi, modi e tempi di somministrazione.

Fornire al personale infermieristico operante nelle strutture residenziali strumenti e metodi per la verifica sistematica della corretta distribuzione e l'assunzione della terapia.

Tappe attuative

Eseguire una ricognizione degli strumenti attualmente in uso e delle modalità adottate per la registrazione della prescrizione terapeutica da parte dei medici, e sulla corretta distribuzione e assunzione da parte del personale infermieristico.

Valutare la congruità delle modalità e degli strumenti per disporre di informazioni chiare, visibili e sistematicamente registrate.

Adeguare le modalità e gli strumenti di registrazione alle necessità individuate.

Elaborare un'istruzione operativa sulla prescrizione, distribuzione e somministrazione della terapia farmacologia.

Trasmettere a tutti gli operatori interessati quanto prodotto. Verificarne mediante *audit* la conoscenza e l'applicazione.

Risorse necessarie

Infermiere coordinatore delle attività assistenziali, RAA, coordinatore di struttura per ogni ambito distrettuale.

Budget richiesto

N. 3 incontri di 3 ore (lavoro di gruppo).

5 MMG, 3 ore ciascuno: tot. ore 15.

N. 7 incontri informativi/formativi per 2 ore ciascuno per la divulgazione dell'istruzione operativa e 2 ore per verifica e *audit* di 1 infermiere e dei professionisti coinvolti per ogni struttura (tot. 28 ore ricomprese negli incontri di struttura programmati).

Tempi

Da giugno 2004 a marzo 2005.

Allegato/i

Raccomandazioni per la terapia antibiotica delle infezioni respiratorie.

Raccomandazioni per la terapia antibiotica delle infezioni urinarie.

Raccomandazioni per la terapia antibiotica delle gastroenteriche.

Raccomandazioni per la terapia antibiotica delle infezioni congiuntivali.

Scheda azione S/1

Titolo

Definire e attuare un piano di intervento formativo biennale rivolto a tutto il personale operante presso le strutture per anziani, che definisca contenuti, monte ore, metodologia didattica, strumenti di valutazione, ecc. al fine di favorire e supportare il processo di implementazione delle azioni di miglioramento.

Sintesi situazione attuale

L'attività di formazione continua coinvolge in modo disomogeneo gli operatori sanitari delle strutture residenziali.

Obiettivi operativi

Fornire agli operatori sanitari delle strutture residenziali le conoscenze e gli strumenti necessari a supportare il processo di implementazione delle azioni di miglioramento.

Tappe attuative

Elaborazione e realizzazione di un programma di formazione biennale con definizione di contenuti, monte ore, metodologia didattica, strumenti di valutazione.

Risorse necessarie

Infermieri dirigenti distrettuali, coordinatori dei gruppi di lavoro del progetto di intervento, ICI.

Budget richiesto

N. 3 incontri di tre ore ciascuno per il gruppo di lavoro.
Da definire le ore di impegno dei discenti peraltro rientranti nel monte ore di formazione previsto dalla direttiva regionale n. 1378 del 1999.

Tempi

Da marzo 2004 a dicembre 2005.

Scheda azione S/2

Titolo

Garantire agli operatori sanitari l'informazione costante rispetto a procedure, protocolli, linee guida, istruzioni operative, ecc. per far fronte al *turnover*.

Sintesi situazione attuale

Il frequente *turnover* e la carenza di personale infermieristico influenza l'inserimento nelle strutture degli operatori sanitari neo-assunti con particolare riferimento alla conoscenza delle procedure, linee guida e protocolli in uso nelle strutture.

Obiettivi operativi

Garantire l'adeguato inserimento dei nuovi operatori sanitari.
Fornire la corretta informazione sulle pratiche assistenziali in uso nella struttura.

Tappe attuative

Intervista al coordinatore infermieristico delle strutture e compilazione di un rapporto scritto a cura dell'intervistatore in merito alla modalità di apprendimento, di applicazione dei regolamenti, protocolli, procedure e linee guida in uso nella struttura.
Elaborazione di un'istruzione operativa per l'inserimento del neo-assunto.
Realizzazione di una *brochure* informativa da consegnare al neo-assunto.
Diffusione informativa dell'istruzione operativa a tutto il personale di assistenza delle strutture.

Budget richiesto

N. 2 incontri di 3 ore ciascuno per il gruppo.

Tempi

Da novembre 2004 a marzo 2005.

Bibliografia

- AA.VV. (Gruppo di lavoro coordinato dal CeVEAS). *Linee guida per la prevenzione delle lesioni da decubito*. Collana Dossier n. 94, Regione Emilia-Romagna - ASR, in corso di stampa.
- Ahlbrecht H., Shearen C., Degelau J., Guay D.R. Team approach to infection prevention and control in the nursing home setting, *Am J Infect Control*, 27: 64-70, 1999.
- Allman R.M. Pressure ulcers among the elderly, *N Engl J Med*, 320 (13): 850-853, Mar 30, 1989.
- Andersen B.M., Rasch M. Hospital-acquired infections in Norwegian long-term care institutions. A three-year survey of hospital-acquired infections and antibiotic treatment in nursing/residential homes, including 4.500 residents in Oslo, *J Hosp Infect*, 46: 286-296, 2000.
- ARS - Agenzia regionale della sanità, Friuli Venezia Giulia. *Report 1999: il programma di sorveglianza e controllo delle lesioni da decubito*, 1999.
- Beck-Sague C., Villarino E., Giuliano D., Welbel S., Latts L., Manangan L.M., Sinkowitz R.L., Jarvis W.R. Infectious diseases and death among nursing home residents: Results of surveillance in 13 nursing homes, *Infect Control Hosp Epidemiol*, 15: 494-496, 1994.
- Bentley D.W., Bradley S., High K., Schoenbaum S., Taler G., Yoshikawa T.T. Practice guideline for evaluation of fever and infection in long-term care facilities, *Clin Infect Dis*, 31: 640-653, 2000.
- Bergstrom N., Braden B.J., Laguzza A., Holman V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk, *Nursing Research*, 36: 205-210, 1987.
- Blaum C.S., Fries B.E., Fiatarone M.A. Factors associated with low body mass index and weight loss in nursing homes residents, *J Gerontol: Series A, Biolog Sciences and Medical Sciences*, 50 (3): M162-M168, May 1995.
- Castle N.G., Mor V. Physical restraints in nursing homes: a review of the literature since the Nursing Home Reform Act of 1987, *Med Care Res and Rev*, 55 (2): 139-170, Jun 1998.
- CDC - Centers for Disease Control and Prevention. *Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Setting*. MMWR, Recommendations and Reports, Vol. 51/No. RR-16, October 25, 2002.
- Crombie I.K., Davies H.T.O., Abraham S.C.S., du V. Florey C. *The Audit Handbook: Improving Health Care through Clinical Audit*. John Wiley, Chichester, 1993.
- EPUAP. Guidelines on treatment of pressure ulcers, *EPUAP Review*, 1 (2): 31-33, 1999.
- Fries B.E., Schneider D., Foley W.J., Gavazzi M., Burke R., Cornelius E. Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III), *Medical Care*, 32 (7): 668-685, 1994.

- Garibaldi R.A. Residential care and the elderly: the burden of infection, *J Hosp Infect*, 43 (9): 18, 1999.
- Gifford D.R., Patry G. *Role of the PRO Program to Improve Nursing Home Quality. Final Report*. Rhode Island, Quality Partners, Inc., 2002.
- Goldrick B.A. Infection control programs in long term care facilities: Structure and process, *Infect Control Hosp Epidem*, 20: 764-769, 1999.
- Grilli R. *Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna*, Collana Dossier, n. 61, Regione Emilia-Romagna - ASR - CDS, 2002.
- Harrington C. Regulating nursing homes: Residential nursing facilities in the United States, *BMJ*, 323 (7311): 507-510, 2001.
- Jack M. Scabies outbreak in an extended care unit. A positive outcome, *Can J Infect Control*, 8 (1): 11-13, 1993.
- Jackson M.M., Fierer J., Barrett-Connor E., Fraser D., Klauber M.R., Hatch R., Burkhart B., Jones M. Intensive surveillance for infections in a three-year study of nursing home patients, *Am J Epidemiol*, 135 (6): 685-696, Mar 15, 1992.
- Jarvis W. Infection control and changing health-care delivery systems, *Emerg Infect Diseases*, 7 (2): 170-173, 2001.
- Johnson R. Where have all the pennies gone? The work of Manchester medical audit advisory group?, *BMJ*, 309: 98-102, 1994.
- McGeer A., Campbell B., Emori T.G., Hierholzer W.J., Jackson M.M., Nicolle L.E., Pepler C., Rivera A., Schollenberger D.G., Simor A.E., Smith P.W., Wang E. Definitions of infection for surveillance in long-term care facilities, *Am J Infect Control*, 19 (1): 1-7, 1991.
- Mor V., Intrator O., Fries B., Phillips C., Teno J., Hiris J., Hawes C., Morris J. Changes in hospitalization associated with introducing the Resident Assessment Instruments, *J Am Geriatr Soc*, 45 (8): 1002-1010, 1997.
- Mylotte J.M. Antimicrobial prescribing in long-term care facilities: Prospective evaluation of potential antimicrobial use and cost indicators, *Am J Infection Control*, 27 (1): 10-19, 1999.
- Nicolle L.E. Infection control in long-term care facilities, *Clin Infect Dis*, 31: 752-756, 2000.
- Nicolle L.E. Preventing infections in non-hospital settings: long-term care, *Emerg Infect Dis*, 7 (2): 205-207, Mar-Apr 2001.
- Nicolle L.E., Bentley D., Garibaldi R., Neuhaus E., Smith P. Antimicrobial use in longterm care facilities, *Infect Control Hosp Epidem*, 17 (2): 119-128, Feb 1996.
- Rhinehart E. Infection control in home care, *Emerg Infect Diseases*, 7 (2): 208-211, 2001.
- Scalici C., Baggio M.B., Benevento M., Boato V., Perale S., Rossi L., Vesco A., Cester A. Applicazione di un protocollo per la contenzione fisica dei vecchi in casa di riposo, *Giornale di Gerontologia*, 44: 349-354, 1996.

- Smith P.W., Rusnak P.C. Infection prevention and control in the long-term care facility, *AJIC*, 25: 488-512, 1997.
- Standaert S.M., Hutcheson R.H., Schaffner W. Nosocomial transmission of Salmonella gastroenteritis to laundry workers in a nursing home, *Infect Control Hosp Epidemiol*, 15 (1): 22-26, 1994.
- Strausbaugh L.J. "SHEA Position paper. Antimicrobial resistance in long-term care facilities", *Infect Control Hosp Epidem*, 17 (2): 129-140, 1996.
- Wagner C., van der Wal G., Groenewegen P.P., de Bakker D.H. The effectiveness of quality systems in nursing homes: a review, *Quality in Health Care*, 10: 211-217, 2001.
- Wunderlich G.S., Kohler P.O. (eds). *Improving the Quality of Long-Term Care*, National Academy of Sciences, 2001.

COLLANA DOSSIER a cura della Regione Emilia-Romagna

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2^a ed. Bologna, 1992. (*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. Sono anche scaricabili dal sito <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/index.htm>

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sottterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (*)

40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000. (*)
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003. (*)
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (*)
94. Linee guida per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (*)

