

Misura di miglioramento della qualità: Prevenzione dei decubiti – Programma FHV

Svolgimento della proposta	Data
inoltrata	11 ottobre 2022
riconoscimento dal punto di vista tecnico	13 dicembre 2022
Riconoscimento a livello contrattuale	06.04.2023
pubblicazione	aprile 2023

Disposizioni generali

Le misure di miglioramento della qualità sono provvedimenti concreti, sistematici e riconosciuti dalle parti contraenti che riguardano le strutture e i processi interni di un ospedale o una clinica. Il loro scopo è migliorare un aspetto parziale della qualità di trattamento e della sicurezza delle/dei pazienti in un campo d'azione. La loro efficacia in uno specifico ospedale o in una specifica clinica viene valutata e continuamente migliorata nell'ambito del concetto generale sulla qualità relativo al campo d'azione. **La MMQ viene integrata nel ciclo PDCA del concetto sulla qualità del campo d'azione.** Tale integrazione deve essere inserita e descritta nel concetto sulla qualità.

Cambiamenti	Data
Capitolo 1e: Espansione del settore specializzato della psichiatria	11.09.2023
Capitolo 1d: Adattamento dei settori tematici ai campi d'azione a seguito della revisione del contratto di qualità	18.09.2023

1. Delimitazione della misura di miglioramento della qualità (MMQ)

a) Nome della misura di miglioramento della qualità
Prevenzione dei decubiti – Programma FHV
b) Inserimento
Il campo d'azione è «sicurezza del paziente». Il decubito è un evento avverso che può essere in larga misura evitato adottando una prevenzione adeguata. L'insorgenza di decubiti è inoltre un indicatore per la qualità di trattamento (alimentazione, gestione dell'incontinenza, lavoro d'equipe interprofessionale). L'ANQ ogni anno effettua una misurazione degli indicatori per i servizi della somatica acuta.
c) Obiettivo della misura di miglioramento della qualità
Obiettivo complessivo: ridurre l'insorgenza di decubiti (categorie 1-4+) nelle cure infermieristiche. <ul style="list-style-type: none">- Obiettivi intermedi: screening sistematico per rilevare il rischio di decubito in tutte le e tutti i pazienti che rientrano nel settore definito al punto 1e, mediante una classifica di rischi riconosciuta (scala di Braden o scala con equivalenza comprovata). Attuazione di un insieme di misure di prevenzione per tutte le e tutti i pazienti a rischio.
d) Campi d'azione
<input type="checkbox"/> Cultura della qualità <input checked="" type="checkbox"/> Sicurezza del paziente <input type="checkbox"/> Processo decisionale basato sulle evidenze <input type="checkbox"/> Centralità del paziente
e) Settore(i) specializzato(i)
<input checked="" type="checkbox"/> Somatica acuta <input type="checkbox"/> Psichiatria <input checked="" type="checkbox"/> Riabilitazione
f) Delimitazione: Reparti/settori, professioni, ecc.
Tutti i reparti stazionari della somatica acuta, fatta eccezione per la ginecologia/ostetricia. Tutti i reparti di riabilitazione e di geriatria/psicogeriatrica. L'istituto medico-sanitario stabilisce se il reparto di pronto soccorso e le offerte semi-stazionarie (ad es. ospedale di giorno, chirurgia ambulatoriale) fanno parte del settore. Sono interessate tutte le professioni legate alle cure mediche, medici, dietiste/i e terapisti/i. La prevenzione ottimale dei decubiti è interprofessionale. In tale contesto le specialiste e gli specialisti delle ferite rivestono la funzione di esperte/i e coach.

2. Metodologia, sviluppo ed effetto

a) La metodologia della misura di miglioramento della qualità
<p>Screening del rischio</p> <ul style="list-style-type: none">• La scala di Braden permette di valutare il rischio di decubiti.• Essa comprende percezione sensoriale, nutrizione, mobilità, attività, umidità, frizione e scivolamento (forze di attrito e di taglio).• Lo score calcolato va documentato nella cartella del paziente al più tardi entro 24 ore dall'insorgere.• Pazienti con un punteggio tra 6 e 15 sono considerate/i a rischio.• Il punteggio viene determinato ex novo in ogni momento in cui lo stato della/del paziente subisce modifiche e la/il paziente viene trasferita/o in un altro reparto.• Al momento dell'insorgere – al più tardi però dopo 6 ore – il personale infermieristico anticipa il punteggio di Braden mediante un referto clinico e adotta misure di prevenzione se viene riconosciuto il rischio di decubito. <p>Insieme di misure di prevenzione</p> <p>In tutte le e tutti i pazienti con rischio di decubito a seconda del bisogno individuale vengono effettuate misure di prevenzione con le seguenti cinque priorità:</p> <ul style="list-style-type: none">• garantire la corretta superficie di appoggio• effettuare una regolare ispezione della pelle• effettuare una mobilizzazione e uno spostamento, scaricare i punti di pressione• gestire l'umidità• ottimizzare l'alimentazione e l'idratazione <p>Tutte le e tutti i pazienti andranno inoltre esortati a muoversi da soli all'esterno del letto, per evitare la perdita di funzionalità che dal canto suo contribuisce all'insorgenza di decubiti.</p> <p>Documentazione clinica</p> <p>Nella cartella del paziente vanno documentati il punteggio di Braden, il referto clinico, le misure di prevenzione eseguite, l'informazione delle/dei pazienti e le indicazioni concernenti il decubito.</p> <p>Coinvolgimento delle e dei pazienti</p> <p>Pazienti e famigliari vanno informati e formati in merito alle misure di prevenzione di cui dovrebbero approfittare e al contributo che possono fornire.</p> <p>Formazione</p> <p>Il personale infermieristico deve essere formato per quanto riguarda la valutazione del rischio di decubito, la prevenzione e il riconoscimento di decubiti. In tale contesto l'istituto medico-sanitario stabilisce come e in quale formato debba svolgersi la formazione.</p>
<i>Allegati alla metodologia delle misure di miglioramento della qualità</i>
<p>LPZ International, Informationsdossier/Schweizer Handbuch, Nationale Prävalenzmessung Sturz, Dekubitus sowie Dekubitus Kinder 2015 im Rahmen der internationalen Messung der Prävalenz von Pflegeindikatoren</p> <p>HIS. Prevention of pressure ulcers driver diagram and change package. Healthcare improvement scotland. 2011</p> <p>Gibbons W, Shanks HT, Kleinhelter P, Jones P. Eliminating facility-acquired pressure ulcers at Ascension Health. Jt Comm J Qual Patient Saf. Sep 2006;32(9):488-496.</p>
b) Margine di manovra

L'istituto medico-sanitario può decidere anche di impiegare un'altra scala, invece di quella di Braden. In tal caso deve fornire la prova (letteratura scientifica) che la scala scelta per il proprio contesto è almeno altrettanto pertinente di quella di Braden.

È inoltre possibile introdurre le misure sistematiche di prevenzione soltanto a partire da un punteggio di Braden di 16 invece che da 15.

L'istituto medico-sanitario stabilisce se nel settore vengono coinvolte offerte semi-stazionarie (pronto soccorso, ospedale di giorno, chirurgia ambulatoriale) o meno.

c) Trasferibilità su altri reparti e/o ospedali

Per attuare tale concetto di prevenzione l'istituto medico-sanitario deve rilevare sistematicamente i dati seguenti:

referto clinico: paziente con rischio lieve di decubito (punteggio di Braden atteso 16-23), paziente con rischio medio di decubito (punteggio di Braden atteso 12-15), paziente con rischio elevato di decubito (punteggio di Braden atteso 6-11) con il momento in cui è stata documentata la valutazione.

il punteggio di Braden con il momento in cui è stata documentata la valutazione.

il decubito insorto (documentazione sistematica) con indicazione della categoria.

d) Fase dello sviluppo

Autocertificazione: La misura di miglioramento della qualità ...

<input checked="" type="checkbox"/> ...è stata sviluppata in modo da essere vicina alla pratica.	<input type="checkbox"/> ...ed è stata sperimentata da almeno un <u>progetto pilota</u> .	<input type="checkbox"/> non è adempiuta
	<i>Se le MMQ sono state attuate in almeno un ospedale o settore parziale di un ospedale e se sono state raccolte delle esperienze in merito, esse sono considerate un progetto pilota.</i>	

e) L'effetto desiderato sulla qualità di trattamento e/o sulla sicurezza delle/dei pazienti

Per impedire nella misura del possibile l'insorgenza del decubito, in tutte le/tutti i pazienti andrebbe effettuato uno screening sistematico in merito al rischio di decubito mediante referto clinico entro 6 ore dall'insorgenza/dal ricovero come pure determinazione del punteggio di Braden entro 24 ore dall'insorgenza/dal ricovero. In tutte le/tutti i pazienti per cui il referto clinico indica un rischio medio o elevato, l'insieme di prevenzione viene attuato sistematicamente. Lo stesso vale per tutte le/tutti i pazienti con un punteggio di Braden di 15 o inferiore.

A distanze regolari (ad es. trimestrale) ogni reparto riceve i dati seguenti, per esso calcolati: l'indicatore dell'incidenza dei decubiti, le percentuali delle/dei pazienti con un referto clinico documentato entro 6 ore, delle/dei pazienti con un punteggio di Braden documentato entro 24 ore e delle/dei pazienti con un rischio di decubito (punteggio di Braden di 15 o inferiore) in cui tutt'e cinque le misure contenute nell'insieme sono state applicate (estrapolazione automatica dalla cartella del paziente oppure audit di un campione di cartelle).

Allegati in merito all'effetto o all'evidenza

Staines, A., Amherdt, I., Burnand, B., Rotzetter, M., Currat, P., Roux, S., & Lécureux, E. (2021). [Impact of a Swiss pressure ulcer prevention breakthrough collaborative](#). Journal of Evaluation in Clinical Practice, 27(5), 1143-1153.

Website des Programms Patientensicherheit und Behandlungsqualität der Vereinigung der Waadtländer Spitäler (Fédération des hôpitaux vaudois, FHV).

3. Attuazione e costi

a) Registro		
La MMQ prevede la tenuta di uno o più registri?	<input type="checkbox"/> Sì	<input checked="" type="checkbox"/> No
b) Certificazione		
La MMQ prevede una certificazione?	<input type="checkbox"/> Sì	<input checked="" type="checkbox"/> No
c) Licenze		
La MMQ prevede delle licenze (ad es. questionario, sistema IT)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input checked="" type="checkbox"/> No
d) Stima dell'impiego di personale e della spesa economica per l'attuazione della misura di miglioramento della qualità		
<p>La fase di attuazione del progetto pilota eseguito dalla Federazione degli ospedali vodesi (FHV) è durata 18 mesi, nel corso dei quali ogni ospedale disponeva di una direzione di progetto con un grado di occupazione tra il 15 e il 45% (il 30% in caso di ospedale con 200 letti). Due ulteriori membri dell'equipe di progetto (specialista delle ferite, specialista della qualità) hanno partecipato con un grado di occupazione del 10%.</p> <p>Gli audit per l'attuazione delle misure di prevenzione (osservanza dell'insieme) hanno richiesto 4 ore per prendere visione delle cartelle per ogni reparto di cure e trimestre.</p> <p>Tali risorse sono state necessarie per 18 mesi, e al termine non sono più state ulteriormente impiegate. Il prosieguo è stato garantito dalla struttura organizzativa regolare.</p>		

4. Verifica dell'integrazione nel concetto sulla qualità interno all'azienda

L'organismo di controllo esterno verifica se la MMQ è integrata nel concetto interno sulla qualità (ciclo PDCA). Per verificare tale integrazione in modo costruttivo ed equo, qui di seguito sono stabiliti dei criteri.

Un testo istituzionale descrive la prassi dello screening dei rischi attesa (referto clinico entro 6 ore, determinazione del punteggio di Braden entro 24 ore) e il contenuto dell'insieme per la prevenzione attuato per tutte le/tutti i pazienti a rischio.

Tale testo stabilisce a quale percentuale di collaboratrici/tori si persegue, che hanno partecipato a una formazione/sensibilizzazione e gli obiettivi delle medesime.

Esso determina inoltre il ritmo con cui vengono calcolati gli indicatori menzionati al punto 2 e comunicati alle equipe (avviso e discussione sulle misure di miglioramento).

Il testo descrive inoltre la modalità di partecipazione delle/dei dirigenti e in che modo danno prova del proprio impegno mediante la diffusione di Best Practice e la sorveglianza degli indicatori.

5. Proponente e conflitti d'interesse

Proponente (istituzione)	Fédération des Hôpitaux Vaudois , FHV
<i>Descrizione di eventuali conflitti d'interesse del proponente</i>	
Cinque membri della Federazione degli ospedali vodesi hanno svolto il programma previsto nella presente proposta. La Federazione ha un interesse a che gli istituti medico-sanitari riconoscano il programma. La FHV non ha alcun interesse commerciale o economico a tale programma.	

non ancora in vigore