

Salvatore Mancuso Prizzitano

Mauro Sapienza

Arcangela Mancuso Prizzitano

IL GOVERNO CLINICO DELLE MALATTIE INFETTIVE

Percorsi assistenziali multidisciplinari per il miglioramento della Qualità



Edizione
Parole & Immagini

Salvatore Mancuso Prizzitano

Mauro Sapienza

Arcangela Mancuso Prizzitano

IL GOVERNO CLINICO DELLE MALATTIE INFETTIVE

Percorsi assistenziali multidisciplinari per il miglioramento della Qualità

In copertina: “San Felice da Nicosia - Il miracolo dell’acqua” - Dipinto di Francesco Scialfa

Edizione: Parole & Immagini – Via Giacomo Leopardi 103 – 95127 Catania – tel.: 095.7461073

Se fai il bene, ti attribuiranno secondi fini egoistici
NON IMPORTA, FA' IL BENE
Se realizzi i tuoi obiettivi, troverai falsi amici e veri nemici
NON IMPORTA, REALIZZALI
Il bene che fai verrà domani dimenticato
NON IMPORTA, FA' IL BENE

“Dai il meglio di te...”
Madre Teresa di Calcutta

INDICE

pag.

Presentazione del Presidente Nazionale SIMIT

Dott. Francesco Mazzotta

Presentazione della Dott.ssa Anna Orani

Presentazione del Dott. Pietro Di Gregorio

Premessa

Introduzione

Glossario

CAPITOLO I

METODOLOGIA

1.1 Modello applicato

1.2 Percorso Assistenziale

1.3 Scopo

1.4 Finalità

1.5 Progettazione

1.6 Fasi di un percorso assistenziale

1.7 Tempi

1.8 Tappe della costruzione di un percorso assistenziale

1.9 Benefici per l'Azienda

1.10 Sicurezza per gli Utenti

1.11 Svantaggi dei percorsi assistenziali

1.12 Trasparenza dei Risultati

1.13 Comunicazione pubblica dei risultati

1.14 Revisione periodica del percorso

1.15 Estensione ad altri problemi

CAPITOLO II

QUALIFICAZIONE DEI PROCESSI

DIAGNOSTICO/TERAPEUTICI/ASSISTENZIALI

2.1 Procedure di Accoglimento dei Pazienti

2.2 Procedure/L. G. per la gestione dei processi clinico/assistenziali

2.3 Procedure per la dimissione ordinaria protetta

2.4 Finalità

2.5 Obiettivi

2.6 Obiettivi del percorso

2.7 Obiettivi di efficienza/QUALITA'

CAPITOLO III

LA QUALITA' IN SANITA'

3.1 Formazione

- Clinical competence

- Carta Qualità aziendale
 - Profilo di ruolo del Progettista della Qualità
 - Profilo di ruolo dell'Organizzatore di Qualità
- 3.2** Valutazione della Qualità
- 3.3** Le dimensioni della Qualità
- 3.4** Linee Guida ed Evidence Based Medicine
- 3.5** Evidence Based Nursing

CAPITOLO IV

VALUTAZIONE E VERIFICA

- 4.1** Strumento per il Cittadino
- 4.2** Valutazione del percorso
- 4.3** Requisiti
- 4.4** Requisiti di sistema
- 4.5** Requisiti di processo
- 4.6** Patologie considerate
- 4.7** Requisiti di prodotto
- 4.8** Requisiti Generali del Processo di Ricovero
(applicabilità per processi Day Hospital e Amb.)

Materiali e Metodi

Risultati Attesi

Futuri sviluppi

Conclusione

Considerazioni finali

Bibliografia

Allegati:

Schede Patologie (Progetto Qualitas – SIMIT – www.simit.org)

Modello di Regolamento Unità Operativa di Malattie Infettive

Presentazione del Presidente Nazionale SIMIT

La qualità delle prestazioni in malattie infettive è oggetto di particolare attenzione da parte di SIMIT (Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali) che, attraverso il progetto “Qualitas” con la collaborazione di CERMET e la partecipazione di un numeroso gruppo di infettivologi, ha portato, ad esempio, nel 2005 al manuale “*L’Accreditamento Professionale dei Servizi di Malattie Infettive e Tropicali*”.

Pertanto la nascita del volume “Il Governo Clinico delle Malattie Infettive – *Percorsi assistenziali multidisciplinari per il miglioramento della qualità*”, che riprende, tra l’altro, ampiamente il documento SIMIT, in cui il quotidiano lavoro dei medici ed infermieri dei reparti di malattie infettive viene sviluppato in percorsi assistenziali per il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie, è non solo visto con favore ma anche con l’auspicio che possa avere ampia diffusione, in un momento in cui la trasformazione delle modalità assistenziali e soprattutto il governo clinico delle stesse sono la principale preoccupazione di tutti gli attori coinvolti (parenti, medici, infermieri, amministrativi, ecc.).

Auguro pertanto agli Autori, ed in particolare all’amico Mauro Sapienza, un successo per questa iniziativa editoriale che non potrà che ripercuotersi in maniera positiva per l’assistenza al paziente infettivo.

Francesco Mazzotta
Presidente Nazionale SIMIT
Direttore U.O.C. Malattie Infettive
Azienda Sanitaria Firenze

Presentazione della Dott.ssa Anna Orani

Questo volume scritto a più mani da infermieri e medici infettivologi rappresenta, nel panorama nazionale, un'opportunità di chiarezza e di formazione. In premessa è importante ricordare il testo o piuttosto il "romanzo" di Irwin W.Sherman, edito nel 2007, dal titolo "*Twelve diseases that changed the world*" (Le dodici malattie che hanno cambiato il mondo); di queste otto su dodici sono malattie infettive come l'influenza, la peste, la malaria, la febbre gialla, la sifilide, il colera, la tubercolosi e l'AIDS, a testimonianza storica che le patologie infettive non si esauriscono mai, ma si estinguono e si rigenerano continuamente sotto altre forme.

Il villaggio globale nel quale viviamo ha complicato maledettamente le cose, in alcune parti del mondo la commistione uomini/animali ha generato microrganismi ibridi come armi letali, la mancanza di barriere ha reso più fragili le difese e più rapida la diffusione di malattie trasmissibili.

Le divisioni tra il nord ed il sud del mondo sono divenute tangibili ed incolmabili, mentre le risorse dei paesi sviluppati si stanno assottigliando.

Certo il vaiolo è scomparso, ma è emerso l'AIDS, la tubercolosi sembrava sotto controllo, ma l'ondata delle migrazioni e l'età dei pazienti sempre più avanzata l'ha fatta riemergere, le infezioni ospedaliere ci danno del filo da torcere per l'impossibilità di prevenirle entro certi limiti e per la sfida delle resistenze ai farmaci, nuove infezioni virali sono comparse, in un *turn over* infinito e senza sosta.

Mai abbassare la guardia è il monito che ci viene dalla storia della medicina in tema di malattie infettive e dunque questa materia è sempre nuova, stimolante, meritevole di essere approfondita e su di essa investire energie e risorse.

Detto questo siamo chiamati ad affrontare problemi complessi e ad alto costo come la salute, che ci tocca da vicino coinvolgendo la popolazione intera, nel tentativo di coniugare l'innovazione tecnologica, la ottimizzazione delle risorse e la qualità delle prestazioni. Operazione irraggiungibile, "*mission impossible*" in apparenza, se non è preceduta da una concreta opera di informazione e di formazione degli operatori sanitari, che insieme ai politici ed agli amministratori devono compiere il miracolo di rendere la sanità accessibile a tutti, a costi ragionevoli e con *outcomes* di risultato omogenei e verificabili.

Il primo miracolo lo compie questo volume sulla *governance* clinica, di cui oggi tanto si parla, focalizzata sulle malattie infettive, un campo imprevedibile, complesso e ricco di sorprese.

Questo manuale affronta con rigore e sistematicamente tutti gli aspetti strutturali e metodologici dell'assistenza sanitaria, guidandoci nei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali, nei processi della qualità, nel consenso sulle linee guida, sull'EBM e l'EBN, su tutto ciò che oggi è condiviso in

campo sanitario dalla società scientifica internazionale e che deve essere calato nella realtà nazionale ed in quella regionale.

Gli autori sviluppano e approfondiscono uno degli aspetti critici della sanità, il governo clinico, poiché oggi più di ieri la trasparenza delle procedure e la qualità delle prestazioni sono indispensabili alla *governance* clinica, la cui verifica costante è divenuta mandatoria e sulla cui autorevolezza è indispensabile investire risorse.

Infine è doveroso concludere che tecnicismo, *benchmark* e qualità sono atti dovuti a garanzia della migliore sanità per il cittadino, ma la medicina umanistica salva medico, infermiere e paziente dalla spersonalizzazione e dall'estraneità di oggi nei rapporti interpersonali. Tra scienza e tecnica, altrettanto importanti sono il colloquio e l'empatia: la medicina narrativa sta ritornando. Mediare questi aspetti è un compito immenso, ma dobbiamo provarci, mettercela tutta. Questo manuale è un passo avanti nella evoluzione della medicina moderna.

Con i migliori auguri e congratulazioni agli autori per la passione e l'entusiasmo che hanno profuso nella realizzazione della loro opera.

Anna Orani
Direttore U. O. C. Malattie Infettive
Ospedale "A. Manzoni" Lecco

Presentazione del Dott. Pietro Di Gregorio

Secondo la definizione del Royal College of Nursing (RCN, 1998) il governo clinico è uno strumento di lavoro che aiuta tutti gli operatori sanitari, a migliorare costantemente la qualità e gli standard dell'assistenza erogata.

Assimilare un'organizzazione complessa come quella di un'azienda sanitaria o di un'unità operativa a un sistema è il primo passo dell'analisi sistemica. Tale approccio agevola una visione globale e ordinata dei fenomeni, aiuta a cogliere i nessi esistenti fra gli elementi del sistema e tra il sistema e il suo contesto. Inoltre è particolarmente vicino agli schemi di pensiero degli infermieri, abituati a una visione organica e complessiva del loro campo d'azione. Il governo clinico, pertanto, rappresenta la parola chiave delle nuove politiche sanitarie orientate alla promozione della qualità delle prestazioni, mettendo al centro del sistema il cittadino-utente.

L'applicazione del governo clinico presuppone che la qualità dell'assistenza sanitaria venga misurata ed espressa anche in termini di sicurezza: la gestione del rischio clinico diventa dunque un nuovo patrimonio culturale che deve far parte di tutti i professionisti della salute.

Chi ha la responsabilità di guidare il governo clinico, a qualsiasi livello dell'organizzazione, non può agire solo; ogni professionista, infermiere o medico deve dimostrare un impegno nello sviluppo professionale continuo, nella gestione del rischio, nella volontà di essere coinvolto in progetti locali di miglioramento, nel miglioramento della pratica, nel lavoro di squadra. Un governo clinico efficace responsabilizzerà gli individui, i gruppi e le organizzazioni.

Nell'ambito della complessità del governo clinico, è meritevole il lavoro degli Autori di proporre uno strumento, "il processo assistenziale", che possa essere il supporto per "costruire" una cultura della fiducia - che si traduce poi in una migliore risposta per la salute - fra gli utenti e la istituzioni sanitaria, nella quale gli operatori, ognuno per le proprie competenze, partecipano attivamente scegliendo i percorsi più appropriati.

Pietro Di Gregorio
Direttore U. O. C. Malattie Infettive
Ospedale "Cannizzaro" Catania

PREMESSA

La Sanità, finalmente considerata leva strategica e non solo voce di costo, deve essere dotata delle risorse adeguate per curare sempre meglio i cittadini e contribuire al tempo stesso allo sviluppo del Paese.

Il Servizio Sanitario Nazionale è considerato uno dei migliori al mondo, ma deve rinnovarsi per diventare più aperto e flessibile, con punti di accesso ben distribuiti sul territorio e piani di assistenza personalizzati, gestiti da team multidisciplinari in grado di far fronte alle necessità di una popolazione con bisogni sanitari sempre più complessi.

Questa nuova visione delle priorità ha avuto, come spesso accade, diversi determinanti. Una delle più importanti è stata l'esigenza di ridefinire i rapporti tra cittadini e servizi in modo tale che la capacità di questi ultimi di offrire un'assistenza di buona qualità rappresentasse esplicitamente l'aspetto centrale dei termini della loro "accountability", vale a dire della loro responsabilizzazione nei confronti di cittadini - pazienti.

Un ruolo attivo dei cittadini nelle decisioni sulla salute, la valorizzazione dei Professionisti Sanitari, l'utilizzo degli indicatori per misurare in modo efficace i risultati in termini di salute garantiscono omogeneità nelle prestazioni a livello nazionale.

Un cambiamento indispensabile per assicurare la sostenibilità del sistema, tenendo conto del fatto che con la crescita dell'età media (nel 2050 le persone con età maggiore o uguale a 65 anni saranno oltre il 34,4% della popolazione) aumenteranno le malattie croniche, sarà dato da un incremento più che proporzionale della spesa sanitaria (che sempre nel 2050 ai trend attuali raggiungerebbe il 9,7% del PIL).

I cambiamenti climatici avranno effetti radicali sulla salute umana.

La salute dipende da diversi fattori: cibo, acqua, igiene, stile di vita, assistenza sanitaria, controllo delle malattie infettive.

Tutti fattori strettamente correlati al clima.

È ipotizzabile la migrazione di intere comunità, il cui habitat reso inospitale dai cambiamenti climatici, soprattutto quelle con scarse risorse, incrementerà il rischio di malattie infettive.

L'infettivologia rappresenta, all'interno di una struttura ospedaliera e nel territorio, una sicura garanzia non solo e semplicemente a tutela di patologie endemiche o epidemiche da sempre pericolosamente presenti in ambito comunitario (antropo-zoonosi, polmoniti, meningiti, setticemie, etc.) ma, ulteriormente, essa è fondamentale baluardo rispetto ad una serie di "nuove" patologie infettive che strettamente si embricano con altre branche specialistiche (chirurgia generale, chirurgia ortopedica, cardiocirurgia, trapiantologia, cardiologia, gastroenterologia, epatologia, geriatria, etc.) e, più in generale, la problematica delle infezioni nosocomiali, per cui, nel contesto dell'assistenza complessa assicurata in ambito

Ospedaliero/Universitario, l'infettivologia rappresenta una irrinunciabile branca di alta specialità, fortemente voluta e consultata dalle altre discipline di Medicina e Chirurgia e di cui si avverte l'esigenza laddove tale specialità non è presente.

In nessun altro caso nella medicina specialistica moderna, patologie un tempo letali hanno visto modificato radicalmente l'*outcome* e la storia naturale come nell'infettivologia (basti pensare alla infezione da HIV, alle infezioni opportunistiche di tutti i tipi di immunocompromissione, alle sepsi gravi, alle endocarditi, alle infezioni micotiche, etc).

E se è vero che assistiamo anche (e questo va universalmente riconosciuto, per merito dell'infettivologia) alla caduta progressiva dell'incidenza e della durata dei ricoveri ospedalieri per AIDS e sindromi correlate, è altrettanto inoppugnabile d'altro canto la diversificazione dello spettro di patologie che si presentano all'attenzione dell'Infettivologia per un'eventuale regime di ospedalizzazione.

Del resto, solo negli ultimi anni numerosi eventi infettivi e diffusivi hanno destato allarme nell'opinione pubblica e stimolato i *media* a domandarsi come e quanto fossimo pronti a fronteggiare gli eventi.

È mancata finora nel Servizio Sanitario la Visione sistemica, dove ha dominato una logica a "compartimenti stagni", nella quale non si considera che un risparmio su una singola voce di spesa spesso si traduce in una crescita di altre voci di spesa.

Un esempio di questo approccio è il tetto del 13% imposto alla spesa per i farmaci che blocca l'evoluzione di una sola voce del sistema, con un criterio che non tiene conto né dei cambiamenti della domanda di salute conseguenti all'invecchiamento della popolazione, né degli effetti positivi che un corretto utilizzo dei farmaci produce in termini di risparmio su altre spese sanitarie, come quelle degli ospedali.

È proprio il superamento di queste logiche la vera grande riforma da introdurre nel sistema sanitario, al di là degli interventi specifici.

Un messaggio chiave, che emerge con forza, è l'invito ad un generale ripensamento della sanità in una logica nuova, nella quale si tenga conto di tutte le variabili che influenzano la salute e il benessere del cittadino e venga dato spazio all'integrazione e alle sinergie: tra ospedale e territorio, tra le diverse professioni sanitarie, tra salute e condizioni sociali, tra imprese e centri di ricerca.

Tra le principali sfide che la Sanità è chiamata ad affrontare oggi c'è il bisogno di garantire la qualità dell'assistenza ai cittadini anche in presenza di risorse limitate e con una sempre più marcata attenzione agli aspetti di gestione economica dei servizi assistenziali.

La ricerca dell'equilibrio tra performance clinica e vincoli economici è un imperativo che spinge gli operatori della sanità a una continua valutazione dei diversi modelli assistenziali al fine di individuare pur nel perseguimento della massima qualità dell'assistenza le soluzioni economicamente più sostenibili.

La necessità di orientare la ricerca allo studio delle condizioni che ancora causano la morte prematura è l'ovvia implicazione di una medicina che riconosce una chiara priorità all'obiettivo di aiutare le persone ad avere una vita piena, anche dal punto di vista della durata.

Di particolare importanza è lo sviluppo della ricerca su malattie e condizioni che mettono a repentaglio la vita dei bambini, dei giovani e delle persone mature.

In alcune parti del mondo la ricerca reclamerà un impegno più deciso da parte dei sistemi sanitari pubblici: è il caso dell'Europa centrale, con i suoi elevati tassi di mortalità per malattia cardiovascolare; mentre altrove l'accento cadrà sulla necessità di potenziare il versante biochimico (vaccini, processi di immunizzazione), nell'intento di tenere sotto controllo, per esempio, la malaria e le altre malattie tropicali.

Un obiettivo scontato della ricerca è costituito dalla ripresa su scala mondiale delle malattie infettive.

Che cosa sta accadendo e perché?

Che cos'è che dobbiamo sapere sulla persistenza delle malattie infettive?

INTRODUZIONE

Il Governo Clinico concettualmente lo si può intendere come una filosofia, una disciplina, uno stile di vita professionale nel contesto sanità che caratterizza il modo di pensare, di essere, il comportamento di tutti gli operatori coinvolti.

Più comunemente con il termine "governo clinico", importato dall'anglosassone *clinical governance*, si intende un programma di gestione e miglioramento della qualità e dell'efficienza di un'attività sanitaria, generalmente operata a livello di Dipartimento di una Azienda Sanitaria.

Il programma è primaria responsabilità del Capo Dipartimento che, con l'aiuto di personale amministrativo, predispone e sottopone all'Amministrazione dell'Ente (Ospedale o ASL) un piano d'azione triennale che miri, nell'ambito di un *budget* assegnato con ampia facoltà di spesa, a trattare il maggior numero possibile di casi e a garantire l'*outcome* del trattamento.

Perché questo obiettivo possa essere conseguito, è necessario che il Capo Dipartimento implementi e mantenga con una azione sistemica (tipica dei programmi di assicurazione della qualità) le Linee Guida nazionali ed internazionali validate e utilizzi le possibili correzioni offerte dal controllo di gestione, di cui il Dipartimento deve essere dotato.

Per processi professionali si intendono quelli in cui sono preminenti le attività dei professionisti sanitari.

Ci si riferirà da ora in poi ai processi professionali in campo diagnostico terapeutico ed assistenziale, ma si sottolinea che la trattazione dei processi anche nel campo preventivo sarebbe molto simile.

Il concetto di processo ricorda quindi una matryoska russa.

Può essere considerato un processo o meglio un macroprocesso l'intera gestione di una malattia, dal primo contatto fino alla fine del follow-up; ma può essere considerato un processo, o meglio un microprocesso, una piccola parte di essa, come la semplice accettazione in reparto; questo processo a sua volta può essere suddiviso in attività elementari o compiti, ad esempio l'accompagnamento dei nuovi ingressi al loro posto letto o la prescrizione dei primi esami diagnostici di *routine*.

La gestione dei processi professionali quindi deve riguardare:

- singole prestazioni ospedaliere;
- singole prestazioni extraospedaliere;
- problemi di salute limitatamente alle attività ospedaliere (ambulatoriali, di ricovero ordinario, di day hospital);
- problemi di salute limitatamente alle attività svolte nei servizi di assistenza primaria o territoriali (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, consultori, ecc.);
- problemi di salute nella loro gestione sia territoriale, sia ospedaliere.

Interventi di valutazione e miglioramento di specifiche prestazioni possono essere utili, ma, vi è ormai un ampio accordo, che sono opportuni approcci più ampi, sistemici, capaci di interessare contemporaneamente più

prestazioni e più dimensioni (qualità professionale, organizzativa e relazionale).

I percorsi assistenziali o strumenti di qualità, definiscono i percorsi che il cittadino svolge all'interno dei servizi e tra i servizi del Sistema Sanitario per risolvere il proprio problema di salute.

Lo strumento si basa sul principio della applicazione agli specifici contesti operativi dei principi di buona pratica e dei modelli organizzativi più appropriati, efficaci ed efficienti.

A partire dall'evidenza scientifica, si definiscono, con procedure che vedono la partecipazione attiva di tutti i soggetti coinvolti (specialisti, MMG, Infermieri ed altre professioni sanitarie, responsabili dei servizi ospedalieri e territoriali, compresi i sociali, ecc.) i migliori percorsi obiettivamente praticabili (diagnostici, terapeutici, assistenziali e riabilitativi) al fine di ottenere i migliori risultati di salute per i pazienti ottimizzando l'uso delle risorse.

Si intende inoltre identificare le modalità e gli strumenti che possano meglio favorire la diffusione ed il confronto sul tema, e in particolare il *benchmarking* tra soggetti erogatori.

Glossario

- **Aggiornamento.** Acquisizione di abilità coerenti con l'evoluzione tecnica, scientifica e, organizzativa, in una parola "professionale". Attraverso l'aggiornamento il professionista adegua le proprie "competenze", in genere sviluppando la dimensione tecnica della professione.
L'aggiornamento si caratterizza come fatto prevalentemente individuale. Gli strumenti sono :
 - la letteratura e la documentazione scientifica (p.e. riviste e biblioteche, nonché strumenti informatici e telematici come banche dati bibliografiche) ;
 - il benchmarking strutturato ;
 - i confronti nei convegni e congressi ;
 - le frequenze mirate presso centri specializzati.
- **Accreditamento.** Processo attraverso il quale una agenzia o altra organizzazione valuta e riconosce che un corso di studi o una istituzione corrispondono a standard pre-definiti (WHO).
Si definiscono nel mondo due grandi tipologie di accreditamento delle organizzazioni sanitarie:
 - per pubblica regolamentazione (Spagna - Catalogna, Italia);
 - per autoregolamentazione professionale (USA, Canada, Australia King's Fund).Nota:

in Italia si usa la parola “accreditare” in diversi contesti:

- Decreto Legislativo 502/92 (art. 8 comma 7) e successive modifiche e integrazioni.

Compete alle Regioni l'introduzione di sistemi di sorveglianza e di strumenti e metodologie per la verifica della qualità dei servizi a partire dalla autorizzazione ad operare già posseduta (requisiti minimi) DPR n.37, 14.1.97.

- Accreditamento professionale.

Attivato dalla Società Italiana di VRQ, da società scientifiche e da gruppi di professionisti, di natura volontaria e autogestito, secondo il modello dei paesi anglofoni; si realizza mediante visite scambievoli fra pari.

- **Appropriatezza.** Si distingue tra **appropriatezza professionale**, intesa come erogazione di una prestazione efficace e indicata, ed appropriatezza **organizzativa**, che riguarda la sede di erogazione (ad esempio day hospital anziché ricovero ordinario; una giornata di ricovero viene considerata appropriata se in essa vengono eseguite prestazioni che sarebbe difficile eseguire altrove). Una prestazione appropriata dal punto di vista organizzativo potrebbe non essere appropriata da quello professionale.

- **Attività.** Insieme di operazioni organizzate e finalizzate. Nel linguaggio organizzativo le operazioni sono gli elementi più parcellizzati mentre il primo livello di sintesi sono le attività ; l'insieme di attività connota il processo.

Le attività si realizzano per il concorso equilibrato degli individui, dei metodi di lavoro, delle tecnologie.

- **Audit (clinical, medical).** 1) Analisi critica e sistematica della qualità della assistenza medica (o sanitaria) che include le procedure utilizzate per la diagnosi e il trattamento, l'uso delle risorse, gli outcome risultanti e la qualità di vita per i pazienti (definizione Brit. Govern. 1985).

Medical audit : valutazione di parte medica di aspetti assistenziali.

Clinical audit : valutazione multidisciplinare (medico, infermiere, tecnico) di aspetti assistenziali.

Professional audit : valutazione degli elementi che dipendono dalla attività di professionisti sanitari non medici.

Service audit : valutazione complessiva del servizio erogato.

2) Esame e revisione sistematica per determinare se le attività e i risultati concordano con i provvedimenti pianificati. E' un'attività professionale volta a valutare in modo retrospettivo, in base a criteri predefiniti, le azioni compiute in contesti e tempi determinati

- **Azienda.** Sistema di processi economici che si svolgono in istituti sociali di diverse specialità, cui si applicano il principio obiettivo della razionalità economica (massimizzazione del risultato con minimo impegno di risorse) e i criteri della corretta amministrazione.

Si distinguono aziende con finalità di reddito e aziende senza finalità di reddito (profit e non profit).

- **Azienda sanitaria.** Soggetto giuridico, pubblico o privato, che offre attività o prestazioni sanitarie.
Azienda sanitaria pubblica : tipica azienda senza finalità di reddito (non profit). Si prefigge come scopo non la remunerazione del capitale investito bensì l'acquisizione e/o l'erogazione di servizi di interesse collettivo primario.
- **Budget.** «E' un piano espresso in termini quantitativi riferito a un periodo di tempo determinato (generalmente un anno, ma, in alcune organizzazioni, anche sei o tre mesi) e articolato per centri di responsabilità. (Anthony e Young, 1992: 18). Nel linguaggio comune, almeno in ambito sanitario e nel nostro Paese, con il termine budget si intendono, in alcuni casi, i fondi a disposizione e, più frequentemente, il bilancio economico di previsione articolato appunto per centri di responsabilità. In questo testo, il termine budget è usato con quest'ultima accezione.
- **Categorie assistenziali principali.** Si usa questo termine in questo testo per indicare insiemi di attività omogenee importanti per la gestione clinico-sociale di un paziente. Altrove sono dette anche funzioni assistenziali principali. Di solito si distinguono: valutazione clinico-sociale diretta; accertamenti di laboratorio e strumentali; documentazione; richieste di consulenza; trattamenti, distinti in sottocategorie: farmacologici, chirurgici, psicoterapici o di sostegno psicologico, riabilitativi, sociali; nutrizione; educazione ed informazione del paziente e della famiglia; pianificazione del percorso, in particolare preparazione della dimissione; attività del paziente; sicurezza del paziente; monitoraggio del decorso.
- **Clinical governance.** Si è tradotta questa espressione con “governo della clinica”.
- **Comportamento.** E' l'insieme delle risposte dell'organismo animale o umano a stimolazioni esogene (cioè provenienti dall'ambiente esterno) o endogene (cioè provenienti dall'interno dell'organismo stesso).
- **Comportamento professionale.** l'insieme delle risposte del professionista alle sollecitazioni provenienti dall'ambiente professionale, dal più vasto ambiente esterno, e da quell'insieme individuale di conoscenze, cultura, convinzioni, valori, atteggiamenti psicologici e sociali di cui egli stesso è portatore.
- **Compliance.** Nella letteratura inglese ormai sostituito da *adherence*. Si è usato qui **adesione** (non aderenza).
- **Criticità.** Termine abusato, che in questo testo è usato con parsimonia. Spesso gli si è preferito il termine problema o problema importante.
- **Effectiveness.** E' stato reso con “efficacia nella pratica”.

- **Efficacy.** E' stato tradotto con "efficacia" o con "efficacia teorica o sperimentale". Il termine **efficacia gestionale**, da evitare, è in realtà sinonimo di efficienza operativa (vedi).
- **Efficienza.** Questo termine ha due significati, perché se inteso come "efficienza economica" indica il rapporto tra costi ed esiti (tra costi ed efficacia) e se inteso come "efficienza operativa" il rapporto tra costi e volume di prestazioni. Per lo più in questo testo viene usato in quest'ultima e più comune accezione.
- **Economicità.** Con questo termine ci si riferisce nelle terminologia dell'economia aziendale prevalentemente al concetto che è stato definito come "efficacia economica" (vedi).
- **End point.** Nella letteratura inglese si tende ormai giustamente a chiamare gli end points o punti finali "*outcome measures*"; perciò il termine è stato sostituito con "misura di esito".
- **Episodio.** Vedi fase.
- **Esito.** Con esito in questo testo si sono intese solo le modificazioni delle condizioni di salute dei pazienti e della popolazione e talvolta la soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari. Per il raggiungimento di obiettivi di struttura e di processo (ad esempio apertura di un centro riabilitativo, introduzione del triage in pronto soccorso, effettuazione di diagnosi accurate e tempestive) si preferisce usare il termine risultato.
- **Evidenza.** Dati e informazioni utilizzati per assumere delle decisioni. L'evidenza può derivare dalla ricerca, dall'esperienza, da dati e valutazioni. L'evidenza è usata sistematicamente per esprimere opinioni e per assumere decisioni.
- **Evidence-Based Medicine (EBM).** Si è preferito usare l'espressione Medicina basata sulle evidenze, anziché Medicina basata sulle prove di efficacia, in quanto le evidenze scientifiche non riguardano solo l'efficacia dei trattamenti. Si noti il plurale "evidenze". La traduzione con il singolare "evidenza" ignora che in inglese *evidence*, come *information*, non ha plurale.
- **Evidence-Based Nursing.** Consiste nell'integrare nella pratica infermieristica quotidiana le prove d'efficacia scientificamente più fondate fra quelle disponibili, tenendo conto delle conoscenze teoriche e delle esperienze pratiche dell'infermiere, delle aspirazioni del paziente e delle risorse disponibili.
- **Evidenza oggettiva.** Informazione la cui veridicità può essere dimostrata sulla base di fatti acquisiti a seguito di osservazioni, misurazioni, prove o altri nessi.
- **Fase** di un processo assistenziale. Si usa qui questo termine per indicare un segmento clinico-organizzativo del percorso assistenziale relativamente omogeneo per sede e tipo di prestazioni, ad esempio il periodo passato in pronto soccorso o il momento della presa in carico e della valutazione iniziale o il periodo di follow-up

dopo l'intervento attivo. Talvolta altrove si usano i termini episodio o tappa.

- **Funzione.** Questa termine ha significati molto diversi nei diversi campi. In economia aziendale è usato come sinonimo di ruolo (la funzione medica, la funzione del pronto soccorso) mentre in formazione e anche in medicina viene usato per indicare un insieme di attività collegate da uno scopo comune, ed è quindi quasi sinonimo di processo. Qualche volta in questo testo è usata in quest'ultima accezione, ad esempio: "funzioni dell'Ufficio Qualità".
- **Governo clinico basato sull'appropriatezza.** Consiste nella ricerca della massima appropriatezza possibile (map) medica, assistenziale, tecnica, preventiva, riabilitativa, organizzativa.
- **Indicatore.** Caratteristica qualitativa (paragonabile) o quantitativa (misurabile) di un oggetto o di un fenomeno che su questi consente di inferire (= costruire ipotesi, dare giudizi).

Il risultato della osservazione della caratteristica in questione, sia essa uno stato o un evento, definisce il 'valore' o la misura dell'indicatore.

In senso traslato indicatore può essere :

- il 'valore' che fornisce indicazioni sullo stato e permette, se ripetuto, una evidenza della tendenza alla evoluzione nel tempo di specifici output di una organizzazione ;
lo strumento utilizzato per misurare l'oggetto dell'osservazione.

- **Linee guida.** Le linee guida professionali sono procedure relative a comportamenti professionali che possono essere considerate come un ponte tra le evidenze scientifiche fornite dalla ricerca, l'esperienza dei professionisti e la pratica. Vanno viste come aiuto alle decisioni professionali e non come qualcosa di vincolante e di eccessivamente limitante la libertà del professionista. In altri termini si riconosce che la variabilità delle condizioni cliniche e delle situazioni psicologiche e sociali degli utenti è tale che può essere lecito o addirittura doveroso scostarsi da quanto suggerito dalla linea guida professionale; in questo caso però bisognerebbe specificare i motivi di tale scostamento.
- **Matrice.** Niente in contrario all'uso di questo termine in economia aziendale (ad esempio matrice delle responsabilità) , purché ci si renda conto che vuol dire semplicemente tabella.
- **Miglioramento continuo.** Approccio alla qualità secondo le logiche della razionalità limitata, proiettato verso il superamento delle difettosità (qualità negativa) e l'aggiunta di valore (qualità positiva), alla ricerca di nuovi e più soddisfacenti output.
- **Monitoraggio.** Misurazioni ripetute e continuative di una varietà di indicatori, operate per identificare potenziali problemi (WHO), per presidiare un fenomeno, per misurare l'evoluzione e il miglioramento continuo. E' l'attività di misurazione sistematica di un processo o di un fenomeno, attraverso indicatori o parametri, svolta

per identificare potenziali problemi, opportunità di miglioramento e per misurare i risultati. La frequenza con cui effettuare le misure, il numero e il livello di precisione degli indicatori devono essere definiti di volta in volta, sulla base della criticità dei fenomeni da monitorare e dell'entità delle risorse necessarie. In qualità, comprende le misurazioni ripetute e continuative di una varietà di indicatori, operate per identificare potenziali problemi, per presidiare un fenomeno, per misurare l'evoluzione e il miglioramento continuo.

- **Obiettivo.** Una meta che deve essere raggiunta perché l'organizzazione realizzi il suo intento. E' la traduzione dell'intento in termini specifici e concreti, in risultati misurabili.
- **Outcome.** Effetto prodotto da output connotati in termini di qualità (indicatori e standard conseguenti ai requisiti).
- **Output (o prodotto).** Indica la prestazione/servizio come risultato di un processo o di una o più attività tra loro integrate
- **Parametro.** Termine con significati diversi (variabile, misura di associazione, indicatore, valore di una variabile nella popolazione), che abbiamo preferito perciò non usare mai. Per l'uso che ne viene fatto di solito in clinica, si sono preferiti i termini "criterio" o "variabile".
- **PDCA.** Acronimo di "plan/do/check/act" (pianificare, attuare, verificare, standardizzare). Nel campo della qualità totale il ciclo costituisce una metodologia per la soluzione dei problemi, utile per non ripetere l'errore e comprendere come riprodurre il successo. Le fasi prevedono l'individuazione dei problemi, la scelta dei problemi prioritari, l'analisi delle possibili cause, la verifica delle cause, l'identificazione della soluzione, la progettazione dell'intervento migliorativo, la verifica e la standardizzazione della soluzione efficace.
- **Percorso assistenziale.** Traduzione di clinical o care pathways. Si è preferito questo termine a quello di percorso diagnostico- terapeutico o clinico o critico e di profilo assistenziale. Il termine assistenziale è ampio e comprende non solo gli aspetti più propriamente clinici ma anche l'assistenza alla persona per la cura di sé e per la gestione delle eventuali disabilità e il sostegno psicologico e sociale. D'altra parte il termine profilo viene usato anche per indicare le caratteristiche dei singoli pazienti e delle varie figure professionali, e solo in questo senso verrà usato in questo testo. I percorsi assistenziali potrebbero anche essere considerati come linee guida clinico-organizzative.
- **Performance.** Azioni manifeste e oggettivabili di un soggetto (singolo o équipe) come espressione concreta e misurabile attraverso appositi indicatori delle abilità dello stesso. In ambito organizzativo le performance riguardano la risposta a precisi mandati e ad ambiti di lavoro riconosciuti in funzione della realizzazione del servizio/prodotto.

Le performance sono il campo privilegiato dell'intervento formativo

: il loro miglioramento può riguardare la sostanza (nuove p.) oppure le modalità concrete di esecuzione (forma, metodo, relazione...). Migliorare la performance appartiene, nella logica dell'agire processuale, al campo del metodo (protocolli, procedure, etc.) e delle persone (competenze cfr.).

- **Prestazioni.** E' la parola preferita in questo manuale per indicare quelli che comunemente vengono i "prodotti" della aziende sanitarie.
- **Primario.** Si è usato talvolta ancora questo termine per indicare i medici che hanno il potere di influenzare le decisioni di altri medici.
- **Procedura.** Il termine è qui usato solo per descrivere una procedura organizzativa, ossia un insieme di istruzioni e raccomandazioni su come eseguire una attività o un processo. Si noti che le procedure ad elevato contenuto sanitario, che contengono raccomandazioni relative alla diagnosi, alla terapia, ecc., vengono qui dette percorsi assistenziali. Nell'uso normale in sanità per procedure, secondo il significato in inglese, si intendono anche le prestazioni di tipo diagnostico ed anche operazioni chirurgiche. Per questo significato, si è preferito usare "intervento" o "prestazione".
- **Processo produttivo.** Poiché si tratta di sanità, è stato sostituito con "processo assistenziale".
- **Processo.** E' uno dei tre assi della qualità secondo Donabedian (1990) ed indica ciò che fanno gli operatori sanitari. Gli altri assi sono struttura, che indica le risorse disponibili e le modalità organizzative, ed esito (nel significato usato in questo testo). In questo testo per processo si intende anche, secondo l'accezione comune in economia aziendale, un **insieme di attività collegate** che dà luogo a determinati prodotti o risultati. Ogni attività genera un output che a sua volta può rappresentare l'input necessario per una attività successiva. Il concetto di processo così inteso ricorda una matryoska russa. Può essere considerato un processo o meglio un macroprocesso la intera gestione di una malattia, dal primo contatto fino alla fine del follow-up; ma può essere considerato un processo, o meglio un microprocesso, una piccola parte di essa, come la semplice accettazione in reparto. In economia aziendale l'insieme dei processi così intesi è detta gestione.
- **Professionalità.** Spazio operativo riconosciuto ad un soggetto all'interno di una organizzazione, concepito direttamente come risultato di una negoziazione dove entrano in relazione il voler essere (potenziale dinamico), dover essere (posizione), e poter essere (profilo di ruolo). Mix di competenza (skills), capacità (abilities), atteggiamenti (judgement).

Si realizza su tre direttrici principali : il contributo tecnico specifico della attività professionale ; l'operatività quotidiana ; la gestionalità e la leadership.

- **Protocollo.** Termine non usato in questo testo se non per indicare un documento di accordo tra diverse organizzazioni, nella accezione di “protocollo di intesa”. Si noti che nell’ambito della Cochrane Collaboration, il termine protocollo viene usato per indicare un progetto dettagliato.
- **Qualità.** 1) Insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto e/o di un servizio che gli conferiscono la capacità di soddisfare i bisogni espliciti e impliciti del cliente/fruttore.
Nota : ogni Azienda traduce il concetto in una propria definizione operativa.
Tale definizione deve essere conseguente agli obiettivi strategici della organizzazione.
2) Il grado dell’eccellenza, la misura con la quale un’organizzazione soddisfa i bisogni del cliente e le sue attese.
- **Report.** Il termine, tipico del linguaggio della economia aziendale, è stato spesso tradotto con “resoconto” o “relazione”
- **Review.** E’ stata tradotto con “rassegna” (il termine *review*, come *consistent* è un “falso amico”), mentre si è riservato il termine “revisione” alle analisi critica dei percorsi assistenziali e di altri progetti di valutazione e miglioramento.
- **Revisione tra pari.** 1) Attività di valutazione di adempimenti esecutivi di organizzazioni, individui o gruppi, realizzata da membri di organizzazioni similari o da soggetti della stessa professione o disciplina di coloro che forniscono i servizi
2) Tecnica di valutazione e miglioramento della qualità della erogazione delle cure. I valutatori e coloro la cui attività viene valutata appartengono alla stessa professione ; vengono utilizzati criteri accettabili per la professione con l’intenzione di promuovere, attraverso la valutazione, la qualità delle cure erogate.
- Risultato. Vedi Esito.
- **Riproducibilità.** Corrispondenza del valore ottenuto alla realtà valutata attraverso la ripetizione della prova da parte di persone diverse ed in situazioni diverse.
- **Ruolo.** Vedi Funzione.
- **Sentinella.** Si usa questo termine solo in associazione con evento. Evento sentinella è un evento raro e grave che quanto si verifica merita che si faccia una inchiesta per accertare se si possono individuare azioni che possono permettere di renderlo meno probabile in futuro. Non lo si usa per indicare ad esempio le diagnosi che più facilmente possono dare luogo a ricoveri inappropriati.
- **Soglia.** I termini soglia o livello soglia, applicati ad un indicatore, vengono usati come sinonimi di “valore di riferimento”, per esprimere cioè il valore o l’ambito di valore che l’indicatore deve avere perché sia accettabile la qualità del fenomeno cui l’indicatore si riferisce.

- **Standard.** Valore assunto o auspicato da un indicatore su di una scala di riferimento che indica il riferimento ottimale. Questo valore, detto valore - soglia, è predeterminato e divide in due sottoinsiemi di diverso significato l'insieme dei possibili valori dell'indicatore stesso. Se si ha a che fare con indicatori quantitativi, si tratta di un valore in senso stretto, mentre si ha a che fare con indicatori qualitativi quando si tratta di un valore binario o dicotomico. Per determinare uno standard, inoltre, è indispensabile il riferimento ad una norma prescrittiva (legge, ecc.) od orientativa (letteratura scientifica, carte pubbliche, ecc.).
Lo standard allora è un livello atteso di qualità del servizio all'utenza, di cui l'azienda si impegna a garantirne il rispetto.
- **Trial.** E' l'abbreviazione di *randomised clinical trial o RCT*; tentativo, prova, giudizio. I trial randomizzati e controllati sono studi il cui disegno prevede la riduzione degli errori dovuti alla campionatura soggettiva del ricercatore, scelte personali, etc.
- **Validità.** Capacità di misurare realmente ciò che si vuole misurare.
- **Valutazione.** Processo scientifico e sistematico con cui viene determinato il grado in cui un intervento o programma pianificato raggiunge pre-determinati obiettivi.
- **Variabilità in medicina.** Possibilità di più comportamenti professionali di fronte ad uno stesso paziente o a una stessa patologia. Possibilità di più destini per uno stesso paziente.
- **Verifica.** Operazione di controllo permanente per mezzo della quale si procede all'accertamento di un fatto, di un atto, di un evento (coerenza, regolarità, congruenza ...).

CAPITOLO I

METODOLOGIA

In questi ultimi anni la professione Infermieristica ha raggiunto importanti obiettivi strategici che hanno profondamente mutato il vecchio assetto professionale.

Tale processo di rinnovamento ha naturalmente coinvolto anche l'assetto formativo che permette ora, con l'ingresso in Università, una maggiore libertà di studio, di ricerca e formazione, volto a produrre un Infermiere "nuovo" che consenta lo sviluppo di una maggiore autonomia e responsabilità, come peraltro sancito dalle nuove normative. L'Infermiere di oggi deve essere in grado di assumere decisioni rispetto alla propria competenza tecnica esclusiva e deve essere in grado di pianificare le attività attraverso l'applicazione delle metodologie disciplinari acquisite nel percorso formativo.

Nel mondo infermieristico, così come in quello medico, si va dunque affermando l'obiettivo di una pratica clinica basata sulle evidenze (*Evidence-based Healthcare*), una metodologia che fonda la scelta degli interventi diretti al paziente sulla ricerca e la valutazione critica delle migliori informazioni rese disponibili dalla ricerca e pubblicate nella letteratura scientifica.

Nella cosiddetta "epoca del post-mansionario", cioè in un nuovo contesto giuridico e professionale che regola il ruolo e le funzioni dell'infermiere ormai sgravate dai limiti impliciti in un'elencazione di atti esecutivi di tipo tecnico, il consolidamento della sfera di autonomia e di responsabilità professionale nell'assistenza impone all'infermiere il possesso di un articolato bagaglio metodologico, tecnico e relazionale da utilizzare in ambito clinico ed organizzativo.

1.1 Modello applicato

L'assistenza sul paziente è al centro di ogni organismo del SSN.

Questo significa che i pazienti sono tenuti bene informati ed hanno la possibilità di essere fatti partecipi delle proprie cure.

Gli organismi ed i partner del SSN collaborano per offrire servizi di qualità accertata e per promuovere continui miglioramenti.

Medici, Infermieri ed altri operatori sanitari operano in squadra a livelli costantemente elevati ed individuano modi per offrire un'assistenza più sicura e sempre migliore ai propri pazienti.

I rischi per i pazienti vengono ridotti al minimo livello possibile, creando una cultura della sicurezza in tutto il SSN.

Vengono sistematicamente adottate buone prassi e dati risultanti da ricerche. Si tratta, ad esempio, di definire, introdurre e sperimentare nuovi approcci e nuovi strumenti per orientare la pratica professionale verso l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni; di organizzare l'assistenza

infermieristica secondo modelli gestionali “per processi”, profondamente integrati e multiprofessionali, poiché la “buona salute” non può essere considerata un esito di cui dispone una singola professionalità; di fondare la valutazione, la decisione e l’azione clinica sulle conoscenze prodotte dalla ricerca e su adeguati indicatori e standard, mediante l’opportuno ricorso a strumenti quali: **linee-guida, raccomandazioni, percorsi clinico-assistenziali, protocolli e procedure.**

In base a questa tendenza, è ragionevole prevedere che il cosiddetto “governo clinico”, cioè la razionalizzazione e la standardizzazione delle attività sulla base delle prove di efficacia, assumerà in futuro una rilevanza crescente, in modo che la prassi assistenziale possa essere sempre più ancorata alla ormai vasta ed autorevole produzione scientifica in campo infermieristico.

Alla modalità di lavoro bisogna applicare un modello a rete, ogni U.O. realizza un "prodotto" che al tempo stesso è un tassello di un mosaico più grande nel quale deve incastonarsi perfettamente.

Conoscenza delle attività che stanno a monte ed a valle della propria attività per avere consapevolezza del processo completo - interazione tra UU.OO. - condivisione, attraverso un sistema informatico, dei dati presenti nel sistema informativo aziendale (ognuno per la parte di sua competenza) - manualistica di supporto all'attività sia per ciò che riguarda la gestione del processo sia per ciò che riguarda la normativa di riferimento - rapporto coordinato con l'utenza e presa in carico.

Analisi dell’organizzazione orientata alla valutazione e miglioramento della qualità.

“La qualità può e deve essere un obiettivo individuale ma il Miglioramento Continuo di Qualità in una azienda o servizio o reparto è a pieno titolo **azione organizzativa** che deve coinvolgere tutti gli operatori in processi collaborativi permanenti di ricerca, valutazione, progettazione e sperimentazione” (Tonelli, 2003).

Per l’analisi organizzativa della Qualità può fare riferimento all’ormai affermato modello “Struttura - Processo - Esito” di Donabedian (1973).

Negli anni 80 nel nostro paese Vaccani ha proposto espressamente per le organizzazioni sanitarie un modello sistemico che faceva riferimento a quello di Lawrence e Lorsch (1973), basato cioè su **input, struttura, meccanismi operativi, processi sociali, output** (Vaccani, 1991). Questo modello ha il pregio di non trascurare l’input ma unisce nella voce output sia il prodotto che il risultato, non distingue tra procedure e processi, e in entrambi non distingue tra quelli tecnici, quelli gestionali e quelli sociali.

Proprio a partire da questa ricognizione storica e riflettendo sulle personali pratiche professionali in differenti organizzazioni di servizio si è giunti a proporre un modello che, nasce nel mondo dei servizi di prevenzione (Tonelli, 1994), ma può essere applicato in qualunque organizzazione sanitaria.

La sintesi operata intende valorizzare lo schema concettuale di Lawrence e Lorsch (*input, inside, output*) integrandolo però con la quarta fondamentale macrovariabile suggerita da Donabedian (*outcome*) e da Dror (*output reale*). Al tempo stesso si è ritenuto opportuno evidenziare le categorie di variabili più significative ai fini delle valutazioni di qualità tanto degli input esterni (contesto, mandato, bisogni, domanda) quanto del “dentro” (struttura, obiettivi specifici, esito).

Secondo DONABEDIAN: **STRUTTURA, PROCESSO** ed **ESITO**

Lo schema riporta una sintesi aggiornata e maggiormente articolata della classificazione di Donabedian (1990) in struttura, processo ed esito.

Struttura

Risorse disponibili (personale, attrezzature, edifici, finanziamenti).

Strategie di governo o, per Donabedian, *system design*: esistenza di un programma di redazione ed aggiornamento di linee guida, presenza di un sistema premiante e di un sistema informativo orientato alla qualità, attenzione all’equità e alla continuità delle prestazioni, ecc.

Processo

Anche se ci sono spesso sovrapposizioni, sembra utile la distinzione, implicita in Donabedian, tra processo organizzativo e processo professionale; con quest’ultimo si intende quello più legato alla correttezza degli atti sanitari.

Processo organizzativo

Volume di prestazioni (di prodotto), ad esempio ricoveri, giornate di degenza, visite ambulatoriali, ponderati o meno per complessità ed uso delle risorse, ad esempio per punti DRG; il rapporto tra attività effettuate e risorse impiegate corrisponde alla cosiddetta efficienza operativa o produttiva;

- Tempi di attesa per le prestazioni.
- Coordinamento ed integrazione delle prestazioni.
- Continuità assistenziale.
- Appropriatezza generica, relativa al livello di effettuazione delle prestazioni (ricovero, day-hospital, ambulatorio, domicilio) e dell’uso delle risorse, ad esempio appropriatezza delle giornate di degenza; le giornate di degenza sono appropriate in questo senso quando vengono effettuate prestazioni per le quali la degenza è indispensabile.
- Attività di supporto e precisamente:
 - Effettuazione di attività formative.
 - Effettuazione di attività rivolte alla valutazione e al miglioramento di qualità: partecipazione a gruppi di lavoro, effettuazione di progetti di MCQ (*miglioramento continuo della qualità*, sinonimo: audit), rilevazione di indicatori a fini di valutazione e miglioramento.

Qualità delle attività manageriale effettivamente svolte, ad esempio delle modalità praticate per applicare il sistema premiante o per coinvolgere il personale.

Processo professionale

Appropriatezza specifica delle decisioni di intervento. E' la categoria più importante. Va intesa come uso di prestazioni efficaci (idealmente, le più costo-efficaci) per le persone o nelle situazioni e nei tempi per cui sono indicate, alla luce delle evidenze della letteratura internazionale e/o, in subordine, del consenso professionale (un esempio è l'effettuazione dell'esame del *fundus oculi* in diabetici, un altro è la somministrazione di terapia trombolitica tempestiva dopo infarto miocardico). Si noti che qualunque discorso di efficienza o di appropriatezza generica dovrebbe venire dopo aver considerato l'appropriatezza specifica: poche cose sembrano più insensate che fare con efficienza cose inutili o anche dannose.

Correttezza di esecuzione (ad esempio per interventi chirurgici e psicoterapie, esami diagnostici), tempestività e precocità delle prestazioni tale da ottimizzarne l'efficacia.

Comportamenti dei professionisti sanitari relativi all'attenzione e al rispetto per gli utenti ed i familiari, ad esempio nel dare informazioni, nell'ottenere il consenso informato, coinvolgimento nelle scelte.

1.2 Percorso Assistenziale

I principi di gestione e assistenza, come quelli prima elencati, devono dare forma all'attività degli operatori, traducendosi anche, per quanto possibile, in procedure e strumenti. Il governo clinico di un sistema sanitario, come strategia gestionale, intende rendere ogni azione (clinica, economico/finanziaria, gestionale) coerente e finalizzata alla qualità dell'assistenza ed al suo miglioramento; vuole inoltre mettere in grado l'organizzazione di evolvere, sviluppando meccanismi di *feed back* che le permettano di apprendere continuamente dalle proprie esperienze (es. gestione del rischio, audit clinici a seguito di implementazione di linee guida).

Tra gli strumenti del governo clinico figurano:

l'EBM, EBN, il Miglioramento continuo della Qualità, le linee guida, i protocolli, le procedure, percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, il *disease management*, l'accreditamento, il *technology assesment*, i sistemi di indicatori, l'aggiornamento, la revisione tra pari, il *risk management*.

Tra tali strumenti, negli ultimi tempi, sta assumendo un grande rilievo il percorso assistenziale, denominato anche *clinical pathway* e in vari altri modi. Questo strumento è nato intorno alla metà degli anni Ottanta, un periodo nel quale l'attenzione si andava concentrando maggiormente che nel passato sull'ottenimento di esiti per il paziente con il minore impiego di risorse possibile.

Il percorso assistenziale esprime, appunto, un approccio all'assistenza che ha natura interdisciplinare, orientata agli esiti e efficienza.

L'assistenza ospedaliera tradizionale viene erogata in base a tappe non scritte, spesso affidate alla memoria del singolo operatore.

Poiché manca una lista di controllo - che ricordi cosa fare, in quali tempi e con quali esiti attesi - le dimenticanze, i ritardi e altre disfunzioni non sono facili da controllare.

Un percorso di riferimento aiuta a superare questi limiti, poiché formalizza le procedure, migliora il coordinamento, riduce la varianza delle cure fornite, facilita le iniziative di miglioramento.

Si ritiene che convenga predisporre un percorso quando ci si trova di fronte a popolazioni di pazienti che sono ad alto rischio e/o richiedono l'impiego di risorse rilevanti: gli operati di *bypass* coronarico ne sono un esempio, così come le malattie infettive.

Strumenti di questo genere sono usati da diversi anni in altre discipline, come l'ingegneria, per monitorare nel tempo l'evoluzione di un progetto.

In campo sanitario il percorso è come una mappa che mostra in anticipo, giorno per giorno o almeno fase per fase, il piano di diagnosi, terapia, assistenza, riabilitazione, dimissione, previsto in un dato periodo di tempo (fabbisogno di assistenza previsto, esiti intermedi e finali da conseguire, costi da sostenere) per gruppi di pazienti che hanno problemi simili non complicati e con o senza patologie associate, i cui esiti sono (relativamente) prevedibili.

Il suo vantaggio è di consentire una visione immediata lungo la linea del tempo dei progressi di un paziente appartenente a quel dato gruppo.

In relazione a ciascun episodio o segmento del percorso complessivo, per esempio l'effettuazione della diagnosi medica e infermieristica, inoltre, lo strumento ricorda agli operatori quali sono le linee guida più aggiornate, contribuendo a promuovere il loro giudizio critico e la collaborazione tra le discipline coinvolte e ponendo le basi per azioni di miglioramento.

Oggettivamente sono state prodotte poche prove che i percorsi migliorino effettivamente l'assistenza, poiché siamo in una fase che possiamo definire di sperimentazione, ma sembra indubbio che questa strada sia da percorrere. Bisogna anche aver cura di integrare i percorsi con altri strumenti utili a migliorare la qualità delle prestazioni, come, per esempio, le già accennate linee guida.

Queste sono raccomandazioni di comportamento che aiutano i professionisti a prendere decisioni; il percorso può utilizzare le linee guida per scandire il processo ottimale: tempi, azioni, modalità di esecuzione, esiti da ottenere.

E' bene sottolineare che il percorso non costituisce una prescrizione rigida, ma una raccomandazione, una indicazione che specifica dettagli sia clinico-assistenziali sia organizzativi (tempi, luoghi, moduli e così via per un uso opportuno delle diverse risorse del servizio sanitario).

E' importante che si basi il più possibile su prove scientifiche.

Il clinico mantiene la sua autonomia professionale di fronte al singolo paziente, ma la presenza di un percorso standard lo induce a riflettere maggiormente sulle eventuali variazioni di comportamento, favorendo l'autovalutazione.

Viene anche stimolata la valutazione del costo del processo a partire da un costo standard.

Dati la sua natura e i suoi scopi, a progettare il percorso, provvede un gruppo di lavoro multidisciplinare, com'è facile intuire, la fase della progettazione ha un valore essenziale anche per la successiva implementazione.

Il gruppo deve analizzare il processo svolto attualmente, rilevando le eventuali sovrapposizioni, le responsabilità non chiare e così via.

Quindi, consultazione della letteratura attua il *benchmarking* (confronto con i migliori in quel campo) e discute per individuare esiti attesi realistici e misurabili e per stabilire come gestire al meglio l'assistenza al fine di conseguirli.

Ogni disciplina coinvolta specifica il fabbisogno di assistenza e gli esiti abitualmente prevedibili: in questo modo è indotta a identificare preliminarmente i propri standard, cosa che rappresenta nella maggior parte dei casi una innovazione importante.

Dal lavoro del gruppo dovrebbe uscire un percorso di riferimento: tale strumento rappresenta, come già accennato, la migliore sequenza temporale e spaziale possibile in base alle conoscenze tecnico-scientifiche e alle risorse organizzative, tecnologiche e professionali di cui si dispone in quel contesto per affrontare un certo problema di una particolare tipologia di pazienti.

Con il percorso di riferimento, si confronterà il percorso effettivo compiuto, nel contesto preso in esame.

Emergeranno senza dubbio delle differenze, che entro certi limiti sono fisiologiche per le caratteristiche individuali di ogni paziente e per le mutevoli condizioni operative e organizzative; l'analisi di tali differenze porterà ad affinare gli strumenti e, in certi casi, a praticare degli interventi di correzione di determinati comportamenti.

Questo processo implica che il gruppo si impegni a discutere delle proprie modalità operative e a sviluppare una cultura della valutazione delle prestazioni.

La letteratura mostra al momento un'ampia variabilità nella formulazione dei percorsi, comunque si può considerare tipico il formato rappresentato da una matrice tempo/attività.

Come vedremo, le attività presenti nella matrice sono molteplici.

E' interessante notare che, dai percorsi consultati, risulta che viene attribuita una grande importanza all'insegnamento al paziente con l'ausilio di strumenti scritti; lo scopo è spesso quello di favorire l'autogestione della condizione che egli sta vivendo, anche a causa della durata sempre più breve della degenza ospedaliera.

Il percorso assistenziale ha ovviamente una durata variabile; esso termina quando il paziente mostra di possedere le caratteristiche richieste per poter uscire dal percorso stesso.

Passato un certo tempo dalla sua introduzione, ogni percorso dovrà essere rivalutato, prendendo in esame fattori quali, per esempio, le complicità post-dimissione, la soddisfazione dei pazienti e degli operatori e così via.

Nel presente contesto si fa riferimento a percorsi illustrati nella letteratura infermieristica.

Dal punto di vista infermieristico, il percorso assistenziale può essere considerato un'evoluzione del piano di nursing, rispetto al quale si concentra maggiormente sugli esiti da conseguire e sulla collaborazione interdisciplinare.

L'infermiere, così come gli altri operatori, lo può usare ogni giorno, anzi a ogni turno, per pianificare e monitorare l'assistenza.

Da solo o abbinato al piano di nursing, il percorso consente di rispondere a domande del tipo: cosa dovrebbe accadere in questo turno?

Cosa sta accadendo nella realtà?

Chi deve fare questa cosa?

Perché non è stata fatta?...

Definiamo quindi percorso assistenziale il macroprocesso che corrisponde alla intera gestione di un problema di salute.

Si può considerare un sinonimo di percorso diagnostico-terapeutico, ma la parola assistenziale include anche l'assistenza alla persona per la cura di sé e per eventuali disabilità e il sostegno psicologico e sociale.

Allo stato attuale del processo di implementazione dei percorsi assistenziali nel contesto del sistema sanitario italiano è possibile definire questi strumenti come piani di assistenza multiprofessionali e multidisciplinari,

costruiti a livello locale sulla base di raccomandazioni riconosciute, per specifiche condizioni cliniche e categorie di pazienti, che identificano la sequenza degli atti diagnostico-terapeutici-assistenziali (microprocessi) da effettuare al fine di raggiungere obiettivi di salute, definiti a priori, con un'efficienza e un'efficacia ottimali.

Idealmente la gestione dei percorsi assistenziali dovrebbe riguardare sia la componente territoriale, sia quella ospedaliera.

La natura dell'azienda sanitaria, le risorse disponibili, le maggiori o minori possibilità di coinvolgimento dei professionisti portano però spesso a limitarsi al campo ospedaliero o territoriale, almeno inizialmente.

Va sempre comunque presa in esame l'interfaccia tra i due.

1.3 Scopo

Lo scopo principale del percorso assistenziale consiste nel migliorare i processi assistenziali, identificandone gli sprechi e gli elementi di variabilità ingiustificata e garantendo nel contempo la continuità assistenziale per meglio rispondere alla complessità dei bisogni di salute.

Il Percorso Assistenziale deve eliminare il più possibile i ritardi e gli sprechi, contenere le variazioni non necessarie nei trattamenti, assicurare la continuità e il coordinamento dell'assistenza, ridurre al minimo i rischi per i pazienti e migliorare gli esiti.

Per un buon percorso assistenziale è necessario che:

- vi sia un approccio interprofessionale, multidisciplinare e talvolta anche multiazendale;
- le raccomandazioni professionali siano il più possibile basate sulle evidenze scientifiche;
- vi sia l'adattamento e la condivisione locale del piano;
- il percorso sia suddiviso in fasi di durata definita;
- sia specificata la sequenza degli atti dei professionisti coinvolti (chi deve fare che cosa quando) nelle diverse fasi;
- sia valutata l'attuazione del percorso mediante validi indicatori di processo e possibilmente anche di esito; sia promosso il coinvolgimento degli utenti.

I percorsi assistenziali possono essere considerati gli strumenti di coordinamento ed integrazione auspicati da Zangrandi (2003) per “favorire la continuità nel trattamento, la formazione degli operatori e l'individuazione delle migliori modalità per l'utilizzazione delle risorse”.

1.4 Finalità

In generale l'appropriatezza può essere definita come la capacità di assicurare, utilizzando le risorse disponibili in modo efficiente, servizi e prestazioni efficaci, e cioè capaci di rispondere alla domanda di salute espressa e inespressa individuale, familiare e sociale.

Dal punto di vista dell'assistenza erogata sono appropriate le prestazioni (diagnostiche, terapeutiche, assistenziali, riabilitative, ecc.) che sono di efficacia comprovata, che vengono prescritte per le indicazioni cliniche per le quali sono state indicate e i cui benefici sono superiori ai rischi.

Il governo clinico basato sull'appropriatezza permette di coniugare nella pratica professionale la responsabilità di elevati livelli di efficacia delle prestazioni, con la responsabilità di un consumo di risorse appropriato con la finalità di:

- Orientare i comportamenti professionali all'utenza;
- Focalizzare l'attenzione sulla produzione, ovvero sulle prestazioni erogate;
- Dare concretezza all'azione per il miglioramento continuo della qualità;
- Contenere l'incertezza tecnico-professionale;
- Orientare i comportamenti professionali ad appropriatezza contrastando la variabilità in medicina e nell'assistenza;
- Orientare i professionisti sanitari e le organizzazioni sanitarie alla ricerca e neutralizzazione degli sprechi e degli errori.

L'importanza acquisita dai percorsi assistenziali come strumento di governo clinico è ormai riconosciuta ampiamente. Ad esempio nel sito ufficiale della Regione Lombardia (www.sanita.regione.lombardia.it/ptd/pdt01.htm, marzo 2004), dove si invitano le organizzazioni sanitarie a sviluppare percorsi diagnostico - terapeutici - assistenziali per finalità identiche a quelle indicate qui:

- migliorare le informazioni ai pazienti e familiari;
- migliorare l'efficienza operativa, cercare la migliore combinazione costi e ricavi;
- migliorare l'efficacia, soprattutto mediante l'adattamento di buone linee guida;
- migliorare l'integrazione ospedale e territorio.

E' necessario sottolineare che tra i caratteri distintivi dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali vi sono:

- la precisazione dei criteri di inclusione ed esclusione e di uscita;
- la precisazione delle eventuali altre patologie concomitanti e delle complicanze da prendere in considerazione;
- l'esplicitazione degli esiti di salute attesi;
- la definizione dei criteri e delle variabili di monitoraggio e del tipo di resoconti (*report*).

Si accenna anche alla utilità di:

- introdurre meccanismi di *audit* per discutere e migliorare i percorsi;
- predisporre moduli informativi per i pazienti e i familiari.

1.5 Progettazione

Al centro della costruzione di percorsi assistenziali nuovi o riprogettati ci deve essere la riflessione sul grado di appropriatezza degli interventi diagnostici terapeutici assistenziali in corso.

Perché questa riflessione si realizzi, è utile che:

- nell'azienda sia già stata introdotta qualche linea guida;
- nell'azienda ci sia già (idealmente in ogni U. O.) almeno un Operatore che abbia competenze avanzate sui principi dell'EBM e dell'EBN, e nel rintracciare la documentazione pertinente, soprattutto rassegne sistematiche e linee guida formulate da enti autorevoli (come ad esempio avviene nell'ospedale milanese di Niguarda, nel policlinico bolognese di S. Orsola, sia nell'ospedale che nella ASL di Reggio Emilia).

È bene ricordare anche l'esperienza del gruppo per la Medicina Basata sulle Evidenze dell'Ospedale San Giovanni Battista di Torino, che ha portato alla redazione di un Manuale Metodologico per l'elaborazione di linee guida aziendali (gruppo EBM Molinette, 2003).

La necessità di integrazione dell'approccio EBM e di quello di valutazione e miglioramento di qualità è argomentata da Ballini e Liberati (2003), che sottolineano come occorre tenere conto:

- della qualità metodologica delle linee guida professionali;
- delle motivazioni delle resistenze al cambiamento (timore di perdere prestigio ed autorevolezza, diffidenza verso un possibile aumento del carico di lavoro non ricompensato, caratteristiche cliniche particolari dei pazienti assistiti, rigidità organizzative di orari, di ruoli, di turni);
- del fatto che notevoli miglioramenti possono derivare anche solo da cambiamenti nel rapporto operatore-paziente o nell'educazione dei pazienti o da soluzioni organizzative innovative;
- della necessità di misurare l'applicazione delle raccomandazioni e dell'opportunità di valutare gli esiti.

Inoltre gli autori mettono in guardia contro il dare eccessiva enfasi ai concetti di cultura organizzativa e di *leadership* (date "la difficile definizione dei tratti specifici di un *leader* e la problematica conciliazione con i metodi di reclutamento e con i sistemi premianti oggi in vigore").

Per rendere efficaci ed efficienti le pratiche dei professionisti sanitari, si sono dimostrati molto utili schemi o promemoria che sintetizzino le raccomandazioni cliniche e organizzative concordate.

Le UU.OO. di Malattie Infettive erogano prestazioni diagnostiche terapeutiche assistenziali complesse a pazienti con patologie infettive, diffuse e non, a carico di vari organi ed apparati.

La specialità si avvale della collaborazione di discipline mediche e chirurgiche e si caratterizza per la specifica competenza nella diagnosi, nella terapia e nell'assistenza di patologie ad eziologia microbica.

Nell'ambito dell'U.O. di Malattie Infettive si presta particolare attenzione alle modalità di diffusione di malattie che possono interessare ogni organo od apparato, garantendo il corretto isolamento dei pazienti, ove necessario, e collaborando alla definizione/gestione di programmi aziendali per il controllo delle infezioni ospedaliere e di politica per il corretto utilizzo ospedaliero degli antibiotici.

È di pertinenza della specialità la gestione dell'emergenza-urgenza infettivologica, la presa in carico del paziente con patologia infettiva cronica, la gestione dell'ospedalizzazione a domicilio.

Obiettivo di questa fase è identificare quali siano i processi sui quali incentrare l'analisi e procedere, successivamente, alla loro scomposizione in una serie di attività e di operazioni rilevanti.

Un processo è definibile tale se ha una successione di attività collegate, interdipendenti tra loro, trasversali all'organizzazione, rivolte al raggiungimento di particolari obiettivi.

"Mappare" un processo significa pertanto ricostruire la sequenza delle attività che lo costituiscono.

In quest'area sono state individuate le seguenti attività:

- identificare le tipologie di richieste assistenziali da parte dei pazienti;
- analisi e mappatura dei percorsi;
- progettazione della successiva fase di rilevazione dati.

La progettazione di percorsi assistenziali costituisce un elemento fondamentale per le organizzazioni sanitarie al fine di migliorarne nella pratica clinica le *performance*, la comunicazione tra i professionisti e il lavoro di gruppo, garantendo un miglior utilizzo delle risorse umane e materiali.

I responsabili gestionali (*manager*) e *professional* (operatori sanitari) devono essere, ciascuno al proprio livello, i committenti dei percorsi assistenziali.

La proposta per la scelta dei percorsi assistenziali deve avvenire attraverso un processo che definisce le priorità di tipo multidimensionale che veda coinvolti ai diversi livelli di responsabilità il Governo (nazionale o regionale), le Direzioni aziendali, le Associazioni professionali, le Società scientifiche e le Associazioni civiche.

La progettazione e l'implementazione dei percorsi assistenziali deve avvenire nel contesto locale e deve avere come principali attori tutti gli operatori coinvolti nei processi interessati.

È auspicabile un coinvolgimento dei cittadini, ma sarà un processo per gradi e che prevederà un cambiamento di pensiero verso l'assistenza da parte di tutti.

Per progettare un percorso assistenziale è molto utile tenere presenti alcune categorie di attività (dette anche funzioni), che sono quasi sempre presenti. Queste categorie sono state definite da Wilson (1992) categorie assistenziali principali ed ognuna potrebbe anche essere considerata un "processo".

Sono le seguenti:

- la **valutazione clinico-sociale diretta**. Comprende anamnesi, rilevazione di variabili vitali, determinazione di bilanci entrate-uscite; comprende anche l'accertamento di bisogni psicologici, sociali, ecc. che potrebbero compromettere l'esito degli altri interventi, se non adeguatamente considerati;
- gli **accertamenti di laboratorio e strumentali**. Nel percorso ovviamente dovrebbero essere raccomandati solo gli esami appropriati, cioè sufficientemente validi (accurati e riproducibili) e capaci di modificare le decisioni di trattamento;
- la **documentazione**, comprendente la cartella clinica, la cartella infermieristica, moduli e certificati;
- le **richieste di consulenza**. Comprendono i consulti di tipo medico specialistico, dietologico, fisioterapico, sociale, ecc.; anche le richieste di consulenze dovrebbero essere appropriate, essere cioè motivate da specifici quesiti clinici e non essere semplici azioni di difesa medico-legale; i vari **trattamenti**, che sono di solito distinti in sottocategorie: **farmacologici, chirurgici, psicoterapici o di sostegno psicologico, riabilitativi, sociali**; anche in questo caso il concetto fondamentale per la stesura definitiva dei processi è quello di appropriatezza professionale (fare tutte e solo le cose giuste, cioè efficaci ed indicate), a cui si aggiunge quello di correttezza di esecuzione.

Per i farmaci vanno considerati la dose, la via di somministrazione, gli eventuali effetti collaterali e l'uso non solo terapeutico ma anche profilattico.

- la **nutrizione**. Questa categoria riguarda qui in particolare gli schemi dietetici (ad esempio nel diabete, nello scompenso cardiaco, nel periodo precedente un intervento chirurgico, ecc.) e la nutrizione parenterale;
- l'**educazione e l'informazione del paziente e della famiglia**.

Rientrano in questa categoria le istruzioni date al paziente e/o ai familiari (previo consenso del paziente) sulla natura, la prognosi e la gestione della condizione in esame (quali le precauzioni e le limitazioni nelle attività, gli esercizi e l'attività fisica, il modo di respirare, l'automedicazione, il modo di gestire cateteri, anastomosi, ecc.).

Rientrano anche le informazioni sul percorso previsto per il paziente (dalle giornate prevedibili di degenza, al decorso, ecc.) e gli accorgimenti adottati per rendersi conto dell'effettiva comprensione da parte del paziente delle informazioni ricevute e della sua capacità di contribuire alla gestione della propria malattia;

- la **pianificazione della dimissione** (e di altri momenti del percorso).

Riguarda la continuità, l'integrazione e la tempestività nei passaggi del paziente tra diverse unità organizzative e tra diversi livelli assistenziali. Vanno considerati sia specifici interventi da parte dei professionisti (come la telefonata al medico di medicina generale o la redazione di una buona lettera di dimissione), sia interventi di tipo organizzativo e di sostegno sociale, ad esempio l'attivazione di un programma di riabilitazione sul territorio o di un servizio di assistenza domiciliare al momento della dimissione ospedaliera o

la ricerca di una RSA o la predisposizione della fornitura di ausili a domicilio, ecc.

L'importanza di questa categoria assistenziale è provata dall'aumento dei reclami presentati al tribunale dei diritti del malato per dimissioni forzate e ingiustificate, che sono passati dal 4 % del 1999 all'8% nel 2002 (Inglese, 2003).

- **le attività del paziente.** Questa categoria riguarda la pianificazione delle attività giornaliere del paziente, come ad esempio i programmi di mobilitazione attiva e passiva e la progressione fisica del paziente (dal letto, alla poltrona, all'uso del bagno, alla deambulazione con o senza assistenza);

- **la sicurezza del paziente,** ad esempio prevenzione di: cadute; piaghe da decubito; reazioni allergiche; incidenti operatori e complicazioni; infezioni iatrogene. Comprende anche il riconoscimento del rischio di suicidio e la prevenzione, il riconoscimento e il trattamento degli effetti collaterali dei farmaci.

In realtà gli aspetti di sicurezza devono ovviamente essere presenti in tutte le categorie assistenziali.

Nell'approccio per percorsi assistenziali **la gestione dei rischi** (*risk management*) non è vista separatamente, ma è parte integrante del progetto. Comunque vale la pena di considerarla una categoria assistenziale principale per sottolinearne l'importanza;

- **il monitoraggio del decorso,** in questo caso dell'applicazione e dei risultati del percorso.

Può essere utile distinguere tra le attività delle categorie assistenziali principali quelle comuni a tutte le unità organizzative cliniche, dette anche trasversali, ad esempio uso del sangue e gestione del dolore.

Come si vede, il concetto di categoria principale non corrisponde a quello di prestazione. Se si considera ad esempio come prestazione il ricovero, alla prestazione corrispondono più categorie assistenziali principali; e si considerano come prestazione una attività elementare, come il singolo esame diagnostico, alla categoria principale valutazione diagnostica corrispondono più prestazioni, anche eseguite in sedi diverse.

Va tenuto presente che spesso non è raccomandabile che una categoria assistenziale venga terminata prima che ne inizi un'altra, anzi è comune che vi sia una sovrapposizione temporale di più categorie. Ad esempio talvolta si inizia la terapia farmacologica di un paziente diabetico prima di avere completato la valutazione diagnostica di tutti i danni d'organo o la valutazione sociale.

In particolare la sede di dimissione va individuata ben prima di aver completato l'iter terapeutico; bisognerebbe cominciare a porsi il problema già in prima giornata.

1.6 Fasi di un percorso assistenziale

Un percorso assistenziale si può suddividere non solo in categorie assistenziali principali, ma anche, a secondo dei momenti e delle sedi in cui si trova il paziente, in sottoprocessi temporali, detti anche **episodi di cura o fasi**.

Il termine usato è **“fase”**.

Tra le fasi si possono distinguere le seguenti:

- l'ingresso nel processo o “presa in carico”.

Per valutare l'appropriatezza della presa in carico è opportuno chiedersi chi è il principale promotore del contatto, se si tratta ad esempio di una decisione del paziente o dell'invio da parte di un medico di medicina generale, di uno specialista ambulatoriale esterno o di un medico del pronto soccorso;

- la fase iniziale (visita ambulatoriale o consulenza infettivologica);
- la fase intermedia (diagnostico, terapeutico, assistenziale);
- la fase finale (decorso clinico);
- l'eventuale trasferimento ad altra unità organizzativa o ad altra organizzazione;
- la dimissione dalla fase attiva;
- il *follow-up*; si richiama l'attenzione sull'importanza di considerare in un percorso anche il *follow-up*, che dovrebbe essere abbastanza lungo da accertare la stabilità degli esiti e da escludere complicanze tardive; ad esempio il *follow-up* per epatite a decorso protratto evolvente verso la cronicizzazione;
- l'uscita dal percorso.

Una stessa categoria assistenziale principale da una parte può essere effettuata in diverse “fasi” e dall'altra può comprendere attività eseguita in unità organizzative diverse durante la stessa fase.

La distinzione in fasi nasce anche dall'esigenza di tenere conto di distinguere ciò che viene fatto in ospedale da ciò che viene fatto sul territorio o, in caso di ricovero di paziente visto prima in pronto soccorso, ciò che viene fatto in pronto soccorso da ciò che viene fatto nel reparto di degenza.

Si può quindi parlare di **“fasi clinico-organizzative”**.

Per ogni “fase” dovrebbero essere specificate, oltre alle diverse categorie principali che vi sono svolte, le condizioni del paziente all'ingresso e alla uscita dalla fase e i modi per valutare tali condizioni, cosicché si possa giudicare l'appropriatezza sia dell'ingresso, sia della uscita.

Si dovrebbe cercare ovviamente anche di precisare come le varie attività di una fase si susseguano o si sovrappongano tra di loro.

Talvolta, per la difficoltà di considerare l'intero percorso, ci si limita a occuparsi di una o più fasi, ad esempio solo la parte ospedaliera o la parte territoriale o una delle fasi a cui si è accennato sopra. In questo caso il risultato finale del processo considerato per il paziente è invece un risultato intermedio.

1.7 Tempi

Considerando le categorie assistenziali principali e le fasi di un percorso assistenziale, è opportuno dare grande attenzione alla durata delle attività, per la sua importanza e perché è misurabile in modo relativamente facile e oggettivo.

I tempi impiegati dall'inizio alla fine dell'intero percorso o di una fase vengono anche detti tempi di attraversamento, rispettivamente del percorso o della fase. Se si sommano i tempi di attraversamento delle differenti fasi che compongono un percorso si ottiene ovviamente il tempo di attraversamento del percorso.

Bisogna tenere conto anche del momento di inizio delle diverse attività.

Si deve precisare, per esempio, quando va eseguito l'accertamento diagnostico, dopo il ricovero del paziente e quanto dovrebbe durare, per quanti giorni un farmaco dovrebbe essere somministrato, dopo quanti giorni in media dovrebbe avvenire la dimissione.

I tempi dipendono naturalmente non solo dalle abilità professionali, ma anche dall'evoluzione del quadro clinico e ancor più dalle condizioni organizzative, ad esempio dalla rapidità con cui arrivano i referti diagnostici o dalla disponibilità di indagini strumentali.

1.8 Tappe della costruzione di un percorso assistenziale

Tutte le esperienze di sviluppo di percorsi assistenziali seguono uno schema simile, analogo a quello del ciclo PDCA o dei progetti di valutazione e Miglioramento Continuo di Qualità.

Le varie tappe si possono così sintetizzare:

1. scelta e condivisione dell'approccio metodologico
2. scelta del problema;
3. costituzione del gruppo di lavoro per il problema prescelto;
4. specificazione dei criteri di inclusione od esclusione;
5. individuazione delle pratiche professionali appropriate e degli indicatori relativi;
6. analisi del processo in corso;
7. stesura del percorso assistenziale modificato;
8. applicazione sperimentale del percorso modificato;
9. valutazione dell'applicazione e degli esiti del percorso;
10. generalizzazione del percorso assistenziale;
11. prima comunicazione pubblica dei risultati del progetto e sistematizzazione delle conoscenze acquisite;
12. revisione sistematica dell'applicazione del percorso;
13. estensione ad altri problemi.

Conoscenza e condivisione dell'approccio metodologico

Bisogna sottolineare che il successo del progetto è legato alla presenza nell'azienda di un gruppo di professionisti che conoscano la metodologia dei percorsi assistenziali, che siano capaci di comunicarla in modo motivante agli altri professionisti e che godano dell'appoggio della direzione.

Scelta del problema o dei problemi di salute

La prima tappa operativa è ovviamente rappresentata dalla selezione del problema di cui costruire il percorso assistenziale.

La condizione patologica va scelta tra quelle rilevanti per l'organizzazione. Si tratta di stabilire dei criteri di priorità ed applicarli mediante l'analisi di dati disponibili o, in mancanza di dati, in base alle opinioni dei professionisti coinvolti.

Tra i criteri fondamentali di scelta del problema vi sono indubbiamente i seguenti:

- la disponibilità di evidenze scientifiche sull'esistenza di interventi efficaci;
- la variabilità dei processi in atto (variabilità dei comportamenti sia professionali, sia organizzativi);
- la frequenza o meglio, in termini epidemiologici, l'incidenza (relativa ai nuovi casi) e la prevalenza (relativa al totale dei casi) del problema o della condizione;
- i costi e i ricavi o meglio le differenze tra costi e ricavi (hanno maggiori priorità le condizioni i cui costi superano i ricavi);
- l'entità dei possibili benefici per i pazienti derivanti dal miglioramento del processo, in termini di: condizioni di salute; fastidi e disagi evitati;
- l'entità dei possibili risparmi (riduzioni dei tempi di lavoro, eliminazione di sprechi);
- fattibilità, come sostegno della direzione; disponibilità degli operatori coinvolti a collaborare alla riprogettazione del processo e ad attuare gli eventuali cambiamenti; disponibilità delle risorse necessarie;
- la durata prevedibile del progetto.

Va data anche particolare importanza alla criticità data dall'integrazione tra vari settori, ad esempio tra ospedale e territorio, dato che i percorsi assistenziali possono servire per porvi rimedio.

Una griglia per la scelta di priorità di progetti di miglioramento di qualità, con determinazione di punteggi, si veda Morosini, 2000.

Per la scelta delle patologie ci si dovrebbe basare sulle singole diagnosi, ma si può però partire anche dalle categorie DRG ricavate dalle diagnosi e dagli interventi riportati sulle schede di dimissione ospedaliera. Così ad esempio si fa nell'organizzazione *TriHealth Inc.* di Cincinnati, Stati Uniti, dove per selezionare le patologie su cui costruire o rivedere i percorsi assistenziali si utilizzano i seguenti cinque criteri, tutti riferiti a 12 mesi:

1. Scostamento dei costi dai ricavi
2. Variabilità delle durate delle degenze
3. Frequenza dei ricoveri
4. Costi
5. Numero di decessi.

I DRG prioritari sono quindi scomposti nelle rispettive diagnosi ICD-IX CM e poi, di ciascuna diagnosi, si considera la frequenza all'interno del DRG; si tende quindi a scegliere la diagnosi o le diagnosi più frequenti.

Si ricorda che si può lavorare anche su un processo assistenziale che riguarda solo parte della gestione di un problema di salute o anche un singolo intervento diagnostico (ad esempio *triage* in pronto soccorso o uso della risonanza magnetica), ma qui ci si riferisce prevalentemente ad un percorso assistenziale completo.

Costituzione di un gruppo di lavoro

Per il problema prescelto si costituisce un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale, comprendente cioè tutte le categorie di operatori coinvolte nel trattamento della condizione in questione, non solo sanitarie (medici, infermieri, tecnici, ecc.), ma anche amministrativo-organizzative (ad esempio addetti al CUP) e sociali.

Al gruppo di lavoro, almeno all'inizio dei lavori, dovrebbero partecipare anche quelli che decidono, gli *opinion leader*, senza il cui appoggio o almeno senza la cui opposizione è difficile che si possa fare qualcosa di sistematico e di permanente.

Non è buona idea accontentarsi di dire ai “capi”: “Mi mandi qualcuno dei suoi”, necessita un maggior coinvolgimento almeno all'inizio. Ad esempio per i percorsi assistenziali di una Regione, vanno coinvolti tutti i direttori di UU.OO., direttamente nella approvazione delle principali raccomandazioni cliniche e poi nella nomina dei loro rappresentanti nel gruppo di lavoro locale per la messa a punto dei percorsi assistenziali.

Un Direttore Generale che volesse promuovere i percorsi assistenziali dovrebbe inserire la partecipazione attiva alla definizione dei percorsi tra gli elementi di cui tenere conto per le valutazioni di “posizione”.

Del gruppo di lavoro è opportuno che ne facciano parte anche i rappresentanti degli utenti, non solo per motivi di correttezza politica, ma anche per avere le loro opinioni per quanto riguarda gli aspetti di educazione sanitaria e sull'impatto delle decisioni sulla qualità percepita.

Si consiglia di inserire i rappresentanti degli utenti quando il gruppo di lavoro ha già elaborato una prima proposta condivisa, senza esporli a possibili manifestazioni di contrasto tra professionisti.

Precisazione dell'oggetto

Il gruppo di lavoro dovrà per prima cosa precisare se vuole occuparsi dell'intero percorso o solo di una o più fasi dello stesso e quindi definire i criteri di inclusione od esclusione dei pazienti, sia dal punto di vista clinico (ad esempio cirrosi epatica di una particolare classe *Child-Pugh*, MELD), che sociale (ad esempio, per i trattamenti in *day hospital*, solo per pazienti conviventi con familiari capaci di assisterli e con domicilio da cui si possa raggiungere un ospedale con pronto soccorso in meno di venti minuti).

Individuazione delle pratiche professionali appropriate e degli indicatori relativi

Più che di una tappa, si tratta di una attività di studio, che accompagnerà tutte le successive tappe. A questo scopo è opportuno che un sottogruppo di lavoro, col necessario supporto metodologico, visioni le linee guida e le rassegne sistemiche recenti, percorsi professionali elaborati in altre realtà e degli indicatori di processo professionale e di esito proposti a livello nazionale e internazionale, e se ne discuta tra colleghi.

Secondo Montaguti (2003), gli indicatori dovrebbero servire a monitorare la coerenza tra il percorso progettato e il suo svolgimento e gli esiti intermedi e finali conseguenti, positivi e negativi.

La raccolta dei dati relativi deve essere preventivamente pianificata, altrimenti si rischia che "l'intero progetto di *disease management* perda significato".

In qualche caso può essere utile costituire dei sottogruppi di lavoro che si suddividano l'esame delle evidenze scientifiche e delle esperienze relative a particolari categorie assistenziali, ad esempio valutazione strumentale o terapia farmacologica.

Quindi, è opportuno che questa attività inizi subito, perché i suoi risultati possono già orientare le tappe di analisi e ricostruzione del processo in atto e ad esempio, potrebbero portare a formulare domande del tipo: "La prestazione erogata è appropriata?"; "Viene svolta sempre in maniera tempestiva?"; "Rileviamo mai dei dati che possono servire alla costruzione di un indicatore valido?".

Analisi del processo in atto

Il gruppo di problema per poter ricostruire il processo in atto utilizza:

le proprie conoscenze, le osservazioni dirette, le interviste ai colleghi, sceglie un campione di pazienti e ne revisiona la personale documentazione sanitaria.

E' di assoluta rilevanza identificare, quali sono i criteri relativi alle condizioni cliniche e sociali del paziente, i quali determineranno il passaggio tra le diverse fasi e la conclusione del percorso.

E' ovviamente opportuno identificare le categorie assistenziali principali, per poi scomporle nella attività ed eventualmente nei compiti che le costituiscono.

Come già detto precedentemente, il gruppo di lavoro deve avere chiaro quali sono le pratiche ottimali alla luce delle evidenze scientifiche.

Si comincia così col definire la sequenza delle fasi clinico-organizzative e si passa poi alla ricostruzione dettagliata del processo assistenziale in un “paziente tipo”.

E’ utile distinguere i tempi di effettuazione degli interventi da quelli di movimentazione e di attesa (tempi morti), evidenziare le differenze tra le unità organizzative e tra i professionisti nei comportamenti e nei tempi.

Per la descrizione scritta del processo in atto possono servire moduli, per poi eventualmente procedere ad elaborare diagrammi di flusso o matrici di responsabilità.

1.9 Benefici per l'Azienda

I benefici di un buon governo clinico sono numerosi, sia in termini di indicatori di salute, sia in termini economici.

Si pensi solo ai vantaggi di evitare le conseguenze della non-qualità, i cui costi in termini di variabilità dei processi e di errori in medicina possono secondo alcuni esperti aumentare del 30-40% i costi del Dipartimento.

La non-qualità genera infatti costi aggiuntivi, mentre la qualità genera risparmi.

L'applicazione dei percorsi assistenziali in linea generale dovrebbe tradursi in una riduzione dei costi sostenuti dalle organizzazioni sanitarie per erogare le prestazioni.

In questo senso nel processo di valutazione dei percorsi assistenziali è auspicabile avere anche indicatori di tipo economico in grado di valutare questa dimensione dell'esito.

Si ribadisce che i percorsi assistenziali hanno il vantaggio di favorire la continuità degli interventi e l'integrazione tra unità organizzative ed anche talvolta tra organizzazioni diverse e di diminuire così gli inconvenienti per i pazienti alle interfacce.

La ricostruzione e l'analisi dei percorsi assistenziali, come di qualunque processo, permette di identificare lentezze e attese riducibili, attività poco utili o troppo costose, ripetizioni, rischi evitabili.

I percorsi assistenziali hanno il vantaggio di dare importanza fondamentale ai criteri di appropriatezza professionale degli interventi e agli esiti di salute e quindi di richiamare l'attenzione sul fatto che il vero prodotto di una organizzazione sanitaria non sono le prestazioni (i prodotti o *output*), ma gli esiti (gli *outcome*); inoltre favoriscono anche lo sviluppo di sistemi informativi verso la rilevazione di indicatori relativi ai volumi di attività e ai costi, ma anche ai processi professionali e agli esiti.

Si tratta, quindi, di indicatori scientificamente validi.

I percorsi assistenziali possono facilitare il *benchmarking* se gli indicatori di processo e di esito sono comunicati ad una sede di coordinamento che mette a disposizione le loro distribuzioni.

Ci sono vantaggi anche medico-legali ed assicurativi; ci sono aziende che hanno ottenuto una riduzione dei premi assicurativi per avere adottato percorsi assistenziali attenti alla gestione dei rischi. Ci sono anche esempi di operatori sanitari assolti da accuse di imperizia e negligenza perché sono stati in grado di dimostrare di avere seguito un percorso assistenziale.

Infine, e non per ultimo, stimola la partecipazione dei professionisti allo sviluppo delle organizzazioni sanitarie attraverso il Collegio di Direzione che elabora e propone alla Direzione generale in tema di formazione professionale, gestione del rischio, ricerca ed innovazione.

1.10 Sicurezza per gli Utenti

Non sono poche le garanzie dei percorsi assistenziali per gli Utenti.

I percorsi assistenziali garantiscono che i professionisti sanitari diano agli utenti le stesse informazioni sull'iter che li aspetta, senza le differenze o addirittura le contraddizioni che in loro assenza non sono infrequenti.

E' possibile sviluppare versioni dei percorsi assistenziali per i pazienti che consentono loro di sapere in dettaglio il contenuto e i tempi degli interventi (ad esempio cominciare la fisioterapia in seconda giornata dopo l'operazione; alzarsi in terza giornata) ed anche di essere consapevoli degli esiti che si possono aspettare. Le versioni per gli utenti dei percorsi assistenziali rappresentano uno strumento di attuazione della parola "informato" e dell'affascinante ma vaga parola "trasparenza".

Le versioni per i pazienti potrebbero contenere la sintesi del percorso; il nome dei professionisti referenti (*case manager*) e il questionario finale di soddisfazione.

Va detto inoltre che i pazienti possono essere loro stessi una fonte importante di informazioni della misura in cui il percorso viene davvero applicato.

Dall'applicazione dei percorsi assistenziali ci si può ragionevolmente attendere una rilevante diminuzione della variabilità ingiustificata nei comportamenti dei professionisti sanitari, un aumento della produttività, ed anche un miglioramento della sicurezza per i pazienti (diminuzione delle complicazioni) e degli esiti.

Ci si può anche aspettare che rendano più facile soddisfare i requisiti dei programmi di accreditamento, di qualunque tipo di accreditamento.

In conclusione, i percorsi assistenziali possono essere considerati uno strumento per migliorare l'efficienza nell'uso di risorse scarse senza mai compromettere la qualità professionale dell'assistenza e la sicurezza del paziente, che anzi può migliorare (Wall e Proyect, 1998).

Va detto che un buon percorso assistenziale va continuamente ripensato alla luce delle difficoltà di applicazione, dei risultati ottenuti e di nuove eventuali acquisizioni e quindi implica il suo continuo aggiornamento.

1.11 Svantaggi dei percorsi assistenziali

Il principale svantaggio è che i professionisti sanitari considerino che i percorsi assistenziali portino ad una poca flessibilità, una ridotta autonomia professionale, insomma ad una medicina tipo “libro di ricette”, poco sensibile alle caratteristiche individuali di ogni singolo paziente.

In realtà, come già accennato, le raccomandazioni professionali di un buon percorso assistenziale dovrebbero sì essere quelle più accreditate alla luce delle evidenze scientifiche, ma:

- lo sono per media dei pazienti che presentano la condizione in esame e non per tutti. Il singolo professionista non solo è autorizzato a scostarsi dalle raccomandazioni, ma anzi deve farlo, se pensa che le raccomandazioni non siano adatte al caso particolare. Basta che lo dichiari e ne spieghi i motivi, anche per contribuire all’aggiornamento e alla maggiore articolazione del percorso;
- i percorsi devono, in certo qual senso, essere considerati sempre provvisori, soggetti a verifiche e a continui aggiornamenti, in dipendenza dai risultati della loro applicazione e di eventuali nuove acquisizioni conoscitive o tecnologiche.

Il riferimento a un solo specifico problema di salute può essere considerato un limite dei percorsi assistenziali, come delle linee guida, dato che molti pazienti presentano più malattie e disturbi e che questo tipo di pazienti è destinato ad aumentare per il progressivo invecchiamento della popolazione. Il problema della polipatologia non è ancora stato affrontato in forma di percorso; probabilmente solo il sistematico monitoraggio dei processi assistenziali in atto potrà fornire elementi per progettare i percorsi complessi. Comunque nelle patologie multiple ci si può sforzare di seguire il percorso per la patologia principale e di segnalare gli scostamenti, che saranno più numerosi che nel caso di patologie singole.

La possibilità di dare luogo ad un confronto (di fare *benchmarking*) degli esiti può portare i professionisti insicuri a non impegnarsi.

Altri ostacoli dipendono da carenze organizzative: limitatezza delle risorse disponibili al momento (ma occorrerebbe essere capaci di progettare a lungo termine), difficoltà di adeguare i sistemi informativi, ritardi nell’allineare gli incentivi economici e di carriera in modo da favorire l’applicazione dei percorsi.

Inoltre, almeno inizialmente, talvolta i percorsi possono comportare per la singola organizzazione notevoli cambiamenti con costi aggiuntivi.

1.12 Trasparenza dei Risultati

La trasparenza rappresenta la condizione di tutte le forme di partecipazione dei cittadini e degli operatori, a tutti i livelli di governo delle aziende e di gestione dei servizi.

L'Atto aziendale definisce le modalità attraverso cui si realizza il dovere di trasparenza delle Aziende relativamente sia alle procedure che ai loro processi interni (rispetto, ad esempio, ai criteri di selezione e di valutazione della dirigenza aziendale), sia alle attività svolte che ai risultati ottenuti.

Il tutto si realizza attraverso idonee forme di comunicazione rivolte alla popolazione di riferimento da un lato e agli organi istituzionali dall'altro, quali primariamente la Conferenza territoriale sociale e sanitaria, la Giunta e l'Assemblea legislativa regionali, in particolare riferimento agli impegni delle Aziende riguardo alle nuove procedure previste dall'art. 6 della L.R. 29/2004 relative a certificazioni dei bilanci aziendali e alla sperimentazione del bilancio di missione, nonché all'inserimento delle competenti Commissioni dell'Assemblea Legislativa nel processo di approvazione dei bilanci aziendali da parte della Giunta disciplinate con apposita indicazione regionale.

Trasparenza nei processi decisionali, nelle modalità di erogazione e accesso ai servizi come garanzia di uguaglianza e imparzialità; nella gestione delle risorse finanziarie e umane come impegno ad utilizzare in maniera ottimale il finanziamento pubblico e a rendere visibile e comprensibile il processo decisionale internamente ed esternamente all'Azienda.

Gli impegni aziendali si orientano a:

- garantire un sistema di verifica continuo, interno ed esterno, degli impegni assunti;
- garantire la leggibilità dei criteri di valutazione e dei risultati;
- sviluppare un sistema di comunicazione aziendale che garantisca omogeneità, coerenza, diffusione e correttezza dell'informazione verso l'interno e l'esterno;
- promuovere l'attivazione di percorsi espliciti e di procedure gestionali che favoriscano l'utilizzo ottimale delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie.

I sistemi di indicatori di performance clinica debbono derivare anche dai percorsi assistenziali, i risultati ottenuti dell'applicazione di tali percorsi assistenziali devono essere resi disponibili, è auspicabile renderli fruibili da tutti i soggetti potenzialmente interessati: dirigenti aziendali, rappresentanti politici, cittadini-utenti e professionisti.

Pertanto l'implementazione dei percorsi assistenziali dovrà essere accompagnata dall'utilizzo di adeguate strategie di diffusione dei risultati.

Le organizzazioni sanitarie dovranno essere accreditate anche in base alla diffusione e all'uso dei percorsi assistenziali e dei risultati con essi ottenuti.

1.13 Comunicazione pubblica dei risultati

La comunicazione pubblica dell'esperienza va fatta con incontri all'interno dell'azienda, in convegni esterni e sulle riviste di valutazione e miglioramento di qualità o di organizzazione aziendale o della disciplina interessata.

La comunicazione dei risultati gratifica e motiva gli operatori che hanno partecipato fattivamente al lavoro e può essere di stimolo per altri.

Bisogna sottolineare che, nel campo della valutazione e del miglioramento di qualità non vi è plagio, la ripetizione di una iniziativa che ha avuto successo non solo non è riprovevole, ma va vista come "modello".

1.14 Revisione periodica del percorso

Non ci si addormenta sugli allori, periodicamente è opportuno chiedersi se si sono mantenuti i progressi fatti o se non sia il caso di aggiornare il percorso perché si sono manifestate criticità di applicazione o si è venuti a conoscenza di soluzioni migliori adottate in altre realtà o si sono affermati nuovi trattamenti o nuove tecnologie, si può anche rivalutare in itinere.

1.15 Estensione ad altri problemi

Anche prima di aver concluso l'iter precedente, è possibile prendere in esame un altro percorso.

Le necessità informative di tutti i percorsi orienteranno la riprogettazione complessiva del sistema informativo.

CAPITOLO II

QUALIFICAZIONE DEI PROCESSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

Siamo in epoca di grandi trasformazioni sociali, trasformazioni che non riguardano solo la famiglia, la scuola, il mondo del lavoro, ma anche la salute o meglio la risposta che il cittadino si aspetta dal sistema sanitario.

Il cambiamento sempre più veloce sia nella realtà che nelle leggi è stato ora recepito ed ha prodotto reazioni lungo tutti i sistemi sociali del nostro Stato; tanto che ogni giorno sentiamo parlare di «welfare state» e della sua trasformazione.

Il primo mutamento nella cultura sanitaria è imputabile ai processi di “aziendalizzazione” della Sanità avviati negli anni Novanta, modificando il concetto stesso di salute, ora inteso come bene di tipo economico.

Di conseguenza è avvenuto il riconoscimento che l'attività sanitaria, in quanto attività economica, deve essere sottoposta al giudizio delle scienze economiche e da queste stesse essere orientata. Ciò significa che tutti i servizi mirati alla promozione e alla tutela della salute devono poter essere confrontati con i costi che li sostengono e che tale operazione di confronto deve produrre informazioni utili al sistema responsabile delle decisioni in ambito di programmazione sanitaria, senza mai allontanarsi dal principio etico/professionale, nonché morale, che lo stato di salute psicofisico e sociale dell'uomo e quindi di tutta la società è l'obiettivo comune degli operatori della sanità e di tutto il sistema.

La prevenzione, la cura e la riabilitazione sono dei punti cardini per avere una società sana; ad oggi però la risposta alla domanda di salute del cittadino è ancora farraginosa ed in alcuni casi carente.

Sotto la spinta ad erogare un migliore servizio, anche più mirato alle nuove e vecchie esigenze è cominciata la trasformazione alla quale nessun operatore della salute dovrebbe sottrarsi anzi, in momenti di cambiamento bisogna essere presenti per cercare di guidarlo in modo responsabile ognuno nel proprio ambito.

Le leggi che hanno prodotto un rinnovamento del sistema sanitario e del profilo infermieristico sono la L. n. 341/90, 502/92, D.M. 739/94, L. 42/99, D.Ls 517/99, D.M. 229/99, L. 251/00, L. 1/02.

Il Profilo Professionale individua nell'infermiere il responsabile dell'assistenza generale infermieristica, preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa; è colui che identifica i bisogni di assistenza della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi: pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico. Garantisce così la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche-assistenziali.

Questo profilo in realtà definisce e fa risaltare il ruolo precipuo che la professione infermieristica occupa all'interno della gestione della salute, riscattandola da una determinazione più vicina ad un buon mestiere che ad una professione.

Questo comporta un'assunzione di responsabilità rispetto ad un ruolo che si effettua grazie a precise conoscenze tecniche e scientifiche.

La gestione dei bisogni del paziente, la loro identificazione ed il soddisfacimento sono la precipuità della professione infermieristica.

Risulta quindi innegabile la necessità di formulare piani di assistenza e soprattutto di poter disporre di uno strumento che consenta una raccolta dati, lo sviluppo delle notizie e l'elaborazione di obiettivi con la loro valutazione.

2.1 Procedure di Accoglimento dei Pazienti

L'accoglienza del cittadino-utente nel servizio sanitario è un fattore di qualità percepita la cui responsabilità è attribuita essenzialmente alla professione infermieristica: si tratta di un fattore di assoluta rilevanza relazionale oltre che amministrativa e clinica, finalizzata non solo a garantire le migliori condizioni di salute del paziente, ma anche in un'ottica di management dei processi clinici, la razionalizzazione e l'ottimizzazione dell'impiego di una consistente dotazione di risorse (strutture, personale e presidi).

Sulla base di una ricerca, si evidenzia che il livello di qualità dell'accoglienza non dipende solo dai comportamenti del singolo infermiere, ma dalla modulazione dell'intera organizzazione del lavoro, nella quale la dirigenza infermieristica gioca un ruolo determinante.

In particolare, mette bene in risalto i limiti e i problemi che derivano dall'assenza di procedure formalizzate e di valutazioni sistematiche della soddisfazione di utenti e operatori.

A tale proposito, occorre innanzitutto riaffermare che l'accoglienza costituisce un momento fondamentale nell'approccio al paziente e nel suo sostegno psicologico. Infatti, la consapevolezza da parte del paziente di essere costantemente assistito, di poter ricorrere ad una figura di riferimento nota durante ogni fase del percorso e, infine, di essere considerato come persona in senso olistico e non come singola parte da sottoporre ad intervento sanitario rappresentano obiettivi irrinunciabili.

In rapporto alle condizioni cliniche e il grado di autonomia del Paziente, devono essere predisposte procedure per l'accesso, di intesa con le altre UU.OO., finalizzate alla presa in carico del Paziente.

L'U.O. di Malattie Infettive deve garantire priorità all'accettazione di pazienti che richiedono misure strutturali di isolamento tramite una procedura che preveda anche le modalità di eventuali trasferimenti di pazienti in altre UU.OO.. L'U.O., deve inoltre garantire l'accoglimento e/o la presa in carico del paziente carcerato che necessita di isolamento terapeutico; le guardie carcerarie devono essere messe a conoscenza degli accorgimenti da adottare per proteggersi dal rischio infettivo.

2.2 Protocolli/Procedure/Linee Guida per la gestione dei percorsi clinico assistenziali

La produzione e l'utilizzo di protocolli nella pratica infermieristica italiana non costituiscono un fatto nuovo. Da diversi anni, infatti, i protocolli appartengono definitivamente al patrimonio metodologico dell'assistenza infermieristica e sono oggetto di un ampio dibattito scientifico. La validità di tali strumenti è testimoniata dalla loro diffusione nell'ambito clinico e dal ruolo che essi svolgono nella ricerca applicata e come strumento di confronto tra esperienze assistenziali diverse.

I **protocolli** rappresentano in generale, un utilissimo strumento di lavoro, di integrazione e di omogeneizzazione delle prestazioni. Si definisce infatti protocollo un documento scritto, concordato dal gruppo, che traduce conoscenze professionali in comportamenti che gli operatori dovrebbero adottare nello svolgimento di determinate attività (assistenziali, di ricerca, di educazione alla salute, ecc).

Le **procedure** sono considerate le forme di standardizzazione più elementari. Esse formalizzano le tecniche sanitarie semplici (ad esempio: l'iniezione intramuscolare, il drenaggio posturale, il rilievo della temperatura corporea, ecc.) o complessa (ad esempio: il monitoraggio dei parametri clinici nel periodo post-operatorio, il controllo delle infezioni urinarie nelle persone portatrici di catetere vescicale, la valutazione dello stato di nutrizione-idratazione, ecc.). Rappresenta, pertanto, uno strumento finalizzato prevalentemente al controllo della qualità tecnica di una sequenza lineare di comportamenti, anche indipendentemente dalla sua appropriatezza.

Le **linee guida** di pratica clinica sono “documenti sviluppati sistematicamente per aiutare gli Operatori Sanitari e i pazienti a scegliere la più appropriata assistenza sanitaria in specifiche circostanze cliniche”.

Una gestione per processi comporta che l'analisi, la valutazione e la programmazione dell'organizzazione aziendale siano incentrate su insiemi di attività collegate che danno luogo a determinati risultati.

Si stabilisce una catena fornitore – cliente che si chiude con il cliente finale che riceve il prodotto finale. In un processo così inteso si tiene conto che ogni attività genera un *output* di prodotti e di informazioni che rappresentano l'*input* di una attività successiva.

Deve esistere un sistema di monitoraggio della loro applicazione.

Ogni U.O. deve avvalersi di Protocolli/Procedure/Linee Guida, per quanto riguarda i principali aspetti/settori dell'assistenza al paziente, quali:

- “precauzioni standard” e precauzioni legate alle vie di trasmissione;
- la prevenzione degli incidenti occupazionali e la protezione degli Operatori esposti a rischio biologico;

- raccomandazioni per la prevenzione e il controllo delle infezioni associate a manovre diagnostiche/terapeutiche/assistenziali;
- la preparazione di esami diagnostici (radiologici, endoscopici, ecografici);
- la raccolta di materiali biologici (per esami colturali e non);
- la prevenzione di complicanze correlate all'allettamento dei pazienti;
- l'appropriatezza dell'antibioticoterapia e antibiotico-proflassi, la cartella infermieristica deve essere chiaramente leggibile e non deve contenere sigle, se non comuni, deve contenere i dati ottenuti dalle rilevazioni eseguite, il diario clinico deve essere compilato quotidianamente.

Per ogni Paziente deve essere compilata una Cartella Clinica ed una Cartella Infermieristica.

2.3 Procedure per la dimissione ordinaria protetta

Fondamentale importanza assumono le procedure per la dimissione ordinaria e protetta.

Nel caso di dimissione protetta, i Pazienti non autosufficienti o con limitazioni e/o a rischio di non autosufficienza devono essere dimessi, dopo un'adeguata valutazione, della rete assistenziale domiciliare ed extraospedaliera. Quando necessario devono essere attivate le procedure per l'inserimento della persona nella rete dei Servizi Territoriali Assistenziali di riferimento. Deve essere predisposto un piano di dimissione infermieristica per la prosecuzione del Piano Assistenziale in relazione alle necessità.

Processo di dimissione

Indicatori

Presenza di un sistema formale per la registrazione delle dimissioni dei pazienti e la trasmissione dell'avvenuta dimissione al Dipartimento.

Preparazione delle dimissioni con specifici programmi di reinserimento.

Processi finalizzati all'informazione dei clienti e alla soddisfazione dei debiti informativi con le amministrazioni pubbliche

Assicurare informazioni al cliente, (da definire nelle modalità e nei tempi) relativamente a:

- caratteristiche dei trattamenti (vincoli, obblighi, effetti positivi attesi, eventuali rischi);
- modalità di comportamento richiesto;
- risultati della valutazione iniziale ed eventuali motivi di esclusione dai trattamenti;
- risultati delle valutazioni intermedie;
- diritti di riservatezza, sui diritti inalienabili dell'individuo e sulla libera scelta del luogo di cura e del terapeuta.

Debiti informativi con le pubbliche amministrazioni:

- attività di reporting periodica su tipologia dell'utenza, volume delle prestazioni erogate, risultati (esiti interni) raggiunti, costi generati;
- assicurare una diffusione a strutture aziendali e regionali.

Altri criteri generali riguardanti i processi

- a) Presenza di tutti i requisiti previsti per la tutela della privacy;
- b) Sistemi adatti per garantire il mantenimento della documentazione clinica personale (anamnestica, diagnostica, degli interventi e trattamenti eseguiti in ambito medico, infermieristico, psicologico, pedagogico e riabilitativo) in formato cartaceo e/o elettronico;
- c) Sistemi e procedure adatte a soddisfare dei debiti informativi (nei tempi e nei modi prefissati) con il Dipartimento;
- d) Adesione ad un network con l'aggiornamento della disponibilità posti, perlomeno con cadenza settimanale.

2.4 Finalità

Miglioramento dell'assistenza all'utente attraverso l'attuazione di interventi basati sulle EBN e EBM.

L'introduzione della cultura e la pratica dell'organizzazione fa sì che l'attenzione dei professionisti si focalizzi nel perseguire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni e alla verifica dei risultati.

La pratica professionale è caratterizzata da due dimensioni di comportamenti professionali: quella che riguarda la responsabilità di elevati livelli di efficacia delle prestazioni e quella che riguarda la responsabilità di un consumo di risorse appropriato.

In generale l'appropriatezza è la capacità di fare e di dimostrare di avere fatto, le cose giuste, al momento giusto, nel modo giusto, al costo giusto.

Sono prospettive dell'appropriatezza :

- orientare i professionisti e l'organizzazione all'utenza;
- focalizzare l'attenzione sulla "produzione", ovvero sulle prestazioni erogate;
- contenere l'incertezza tecnica e orientare i comportamenti professionali;
- contrastare la variabilità in medicina;
- dare concretezza all'azione nel campo della promozione della qualità;
- promuovere l'integrazione tra operatori e tra le diverse strutture organizzative;
- orientare la ricerca e neutralizzazione degli sprechi;
- orientare la ricerca e neutralizzazione degli errori;

Infine, promuovere il valore sociale della qualità in sanità al fine di stimolare l'introduzione all'interno delle organizzazioni sanitarie di forme di governo aziendale compatibili e complementari con forme di governo professionale orientate all'appropriatezza, all'efficacia e alla qualità delle prestazioni erogate a beneficio degli utenti.

2.5 Obiettivo

Obiettivo principale dello studio è stato esplorare, sotto molteplici punti di vista (aspetti clinici, organizzativi, economici, qualità della vita e gradimento dei pazienti) una realtà assistenziale i cui pazienti hanno costi di gestione particolarmente elevati, al fine di valutare l'effettiva sostenibilità del modello da parte del Sistema Sanitario e le opportunità/possibilità di esportarlo ad altre realtà assistenziali.

Analizzare specificatamente i casi dei diversi interventi, con una valutazione di efficacia dei piani di assistenza, e sviluppo dell'autonomia; pianificare l'uso e il consumo delle risorse e quindi garantire la reale sostenibilità.

Creare una rete informatica e relazionale sulle prestazioni erogate dal Sistema Sanitario a ciascun singolo utente che permetta il controllo della spesa, la gestione delle risorse umane, la contabilità ed il bilancio, il monitoraggio e la gestione delle liste di attesa, il monitoraggio e la misurazione delle performance, l'attività di farmaco-vigilanza, la

documentazione sanitaria informatizzata ed il fascicolo sanitario personale, l'integrazione e trasmissione della diagnostica clinica, la messaggistica di interesse clinico e la condivisione di dati clinici in rete, la gestione in rete di prescrizioni e referti, applicazioni di tele-assistenza e telemedicina, supporti informativi per l'analisi e la prevenzione degli errori sanitari.

2.6 Gli obiettivi del percorso sono:

- Focalizzare l'attenzione dei professionisti sanitari su un cittadino che esprime una domanda di assistenza e sulla soddisfazione di questa domanda;
- Coordinare e integrare i professionisti e i servizi nella risposta a questa domanda;
- Identificare correttamente le risorse necessarie per ottenere specifici risultati;
- Rendere misurabili le azioni;
- Rendere trasparente all'esterno il percorso previsto;
- Ottenere percorsi effettivamente attuabili alla luce delle risorse umane, tecnologiche, economiche effettivamente disponibili;
- Indica il dove, quando e cosa fare per la formulazione tempestiva della diagnosi, per l'esecuzione appropriata delle specifiche azioni terapeutiche/assistenziali e per la gestione della permanenza del paziente nella struttura;
- Concentra l'attenzione sulla dimensione dell'attività quale oggetto da gestire per ottenere un maggior controllo sulle cause di formazione dei costi (ad esempio riducendo la variabilità nel consumo di risorse per il trattamento della medesima patologia) e per migliorare gli aspetti qualitativi percepiti come rilevanti dal paziente (ad esempio una tempestiva comunicazione sui contenuti del suo trattamento clinico);
- l'impatto dell'applicazione dei percorsi di assistenza per la gestione di alcune condizioni patologiche, in particolare il miglioramento della qualità dei servizi in termini di garanzia di continuità e controllo degli esiti, efficienza, accessibilità, tempestività, integrazione tra macrolivelli assistenziali (ospedale, territorio) e tra funzioni sanitarie e sociali, oltre che di miglioramento della soddisfazione degli utenti e delle loro famiglie;
- la capacità della metodologia/strumento "profili di assistenza" di garantire la diffusione e l'effettiva applicazione delle migliori evidenze scientifiche (EBN,EBM).

2.7 Obiettivi di efficienza/qualità

- Maggiore efficienza dei processi amministrativi.
- Migliorare la qualità dell'assistenza.
- Aiutare il cittadino a gestire la propria salute (prevenzione attiva).
- Maggiore efficienza dei processi clinici.
- Rapidità e semplicità d'accesso ai servizi.
- Facilitare la continuità delle cure e la presa in carico del paziente.

- Aumentare la capacità di soddisfare la domanda di salute sul territorio.
- Integrazione tra soggetti del sistema sanitario.

CAPITOLO III

LA QUALITA' IN SANITA'

Il programma di clinical governance non può prescindere da una sistematica azione di aggiornamento del personale in tutte le sue forme (lezioni accademiche, dimostrazioni pratiche e stage, formazione continua individuale, convegni nazionali ed internazionali delle specialità), da un sistematico sostegno della cultura della qualità, da incentivi che premino la partecipazione del personale ai programmi di miglioramento della qualità e che premino il conseguimento degli obiettivi prefissati.

Quindi il vero punto di forza che l'Azienda ha per il raggiungimento dei propri obiettivi per il miglioramento continuo della Qualità è la Formazione.

La gestione per processi professionali comporta l'acquisizione di nozioni, linguaggio, atteggiamenti nuovi. E' opportuno perciò che l'azienda organizzi iniziative di formazione rivolte all'inizio ai componenti del gruppo di coordinamento aziendale e successivamente anche agli altri professionisti.

La formazione estesa può essere realizzata anche da personale interno, ma forse all'inizio, quando il gruppo di coordinamento aziendale è ancora poco accreditato, è opportuno ricorrere a esperti esterni, ad esempio a consulenti affermati o a professionisti di altre aziende sanitarie nelle quali la gestione per processi professionali abbia già dato risultati.

E' opportuno anche pianificare momenti di divulgazione, nella fase iniziale per presentare il progetto e sensibilizzare gli operatori, più avanti per comunicare lo stato di avanzamento, ad esempio quali percorsi sono stati scelti e quali sono i primi risultati del monitoraggio.

3.1 Formazione

In ogni Azienda Sanitaria, è quindi necessario l'esistenza di un piano annuale di formazione coerente con gli obiettivi, collegialmente discusso e condiviso, diversificato in rapporto al livello di competenza con la definizione del *training* minimo e degli elementi di verifica.

Lo sviluppo e mantenimento delle competenze deve essere programmato secondo un piano di formazione che tenga conto dei criteri e dei requisiti della E.C.M.

Clinical competence

Infermieri

Le competenze che devono caratterizzare l'Infermiere di Malattie Infettive e che devono essere acquisite e mantenute attraverso l'ECM sono:

- conoscenze relative ai meccanismi di diffusione delle malattie, alle raccomandazioni per la prevenzione e controllo delle infezioni, alle linee guida per le precauzioni per l'isolamento in ospedale, e allo smaltimento dei rifiuti,
- conoscenze specifiche sulle principali patologie (AIDS e patologie correlate, Epatiti virali, Tubercolosi, Polmoniti, Meningiti, ecc.),
- competenze relative alla corretta somministrazione (tempi, vie, dosaggio, effetti collaterali, ecc.) di antibiotici, antivirali, antitumorali,
- conoscenze di tipo intensivo logico,
- capacità educativa nei confronti del paziente e della famiglia.

Medici

La formazione del personale medico deve essere coerente con gli obiettivi specialistici dell'U.O. e del Dipartimento.

Per i Responsabili di strutture organizzative complesse e i Responsabili di strutture organizzative semplici deve essere prevista una formazione per l'acquisizione di competenze di tipo manageriale.

Per sviluppare la Qualità nelle organizzazioni sanitarie la formazione è una funzione essenziale.

Per i professionisti è un indispensabile strumento culturale di cambiamento nella logica del miglioramento continuo e per l'organizzazione una leva di continua e profonda trasformazione.

I requisiti di qualità della formazione alla Qualità riguardano:

- la centralità dell'apprendimento,
- la progettazione,
- la valutazione dei processi e degli esiti formativi,
- il rapporto didattico,
- l'organizzazione degli eventi formativi,
- la documentazione,
- sul piano del metodo, porre al centro i processi di apprendimento privilegiando i metodi di insegnamento a ciò finalizzati.
- sul piano dei contenuti si richiama alla Carta Qualità aziendale.

Carta Qualità aziendale

1. Centralità della persona
2. Etica e Equità
3. Condivisione, Coerenza e Uniformità
4. Valutazione
5. Leadership: Apertura, Trasparenza e Collaborazione
6. Efficacia e Appropriatezza
7. Sicurezza
8. Efficienza
9. Integrazione e Continuità assistenziale
10. Informazione, Comunicazione e Partecipazione
11. Innovazione e Creatività
12. Competenza e Formazione

Le scelte metodologico-didattiche, tecniche e gestionali della formazione alla qualità devono essere coerenti e funzionali alla centralità del discente, alla sua soggettività e alla concreta fruibilità delle conoscenze e abilità.

La metodologia attiva è preferita nella formazione alla Qualità perché la più appropriata alle esigenze metodologiche di analisi, valutazione e progettazione dei miglioramenti della Qualità, nella realtà complessa delle organizzazioni, dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

Essa favorisce i processi di integrazione, partecipazione, consenso.

L'interdisciplinarietà e l'interprofessionalità nelle esperienze di formazione alla Qualità risponde alla natura trasversale e di potenziale integrazione, propria della logica della Qualità in sanità.

Apprendere dall'errore, oltre che essere un percorso specifico del Sistema Qualità di un'organizzazione sanitaria (percorsi di Gestione del Rischio), costituisce un concreto strumento didattico negli eventi e nei programmi di formazione alla Qualità.

I processi di valutazione della formazione alla qualità devono comprendere la valutazione di apprendimento e la valutazione della ricaduta sui comportamenti clinici e organizzativi a breve e medio termine.

L'uso corretto dei percorsi e dei metodi del MCQ (Profili di assistenza, Gestione del Rischio clinico, Accreditamento e Valutazione Esterna, EBM, EBN, Audit, ecc.) assume un potente valore formativo e trasformativo per i singoli professionisti e per i contesti organizzativi nei quali vengono applicati.

La forte integrazione tra i docenti sul piano dei contenuti, delle metodologie didattiche e delle proiezioni applicative, costituisce un requisito irrinunciabile della formazione alla Qualità nelle organizzazioni sanitarie.

I docenti impegnati nella formazione alla qualità devono possedere almeno i seguenti requisiti:

- Competenza sperimentata e documentata nella pratica dei percorsi di MCQ.
- Competenza sperimentata e documentata nella metodologia didattica attiva e nella conduzione di gruppi di apprendimento.
- Disponibilità ad assoggettarsi a valutazioni tra pari sui processi di insegnamento.

Requisiti dei "discenti" nella formazione alla qualità:

- Chiara motivazione all'apprendimento e all'applicazione degli strumenti della Qualità.
- Disponibilità all'autovalutazione e al cambiamento.
- Disponibilità alle attività di gruppo e alla condivisione.

L'implementazione dei processi di formazione alla qualità trova naturale evoluzione in programmi di supporto metodologico alle organizzazioni e ai professionisti per il monitoraggio e l'applicazione degli strumenti di MCQ appresi.

La formazione degli operatori esperti nei temi e negli strumenti della Qualità nelle Aziende sanitarie è indispensabile.

Profilo di ruolo del Progettista della Qualità

Mission:

Proporre, elaborare, realizzare e valutare progetti di MQ nel proprio contesto di lavoro.

Compiti:

- a) Elaborare progetti di MQ rispondenti ai criteri di buona Qualità dell'OMS.
- b) Lavorare in gruppo ed applicare le tecniche per la conduzione di gruppi di lavoro.
- c) Coinvolgere e valorizzare nella promozione e realizzazione del Progetto le risorse umane disponibili e potenziali.
- d) Reclutare le competenze professionali necessarie al Progetto.
- e) Utilizzare il lavoro progettuale per lo sviluppo e la valorizzazione delle risorse umane.
- f) Comunicare efficacemente a tutti i livelli lo stato di avanzamento del Progetto.

Profilo di ruolo dell'Organizzatore di Qualità

Mission:

L'Organizzatore di Qualità in ambito sanitario è un professionista che su mandato della Direzione dell'Azienda Sanitaria opera per orientare l'intera organizzazione verso il miglioramento della Qualità professionale, gestionale e sperimentata dai cittadini.

A tal fine:

- progetta, organizza e presidia il Sistema Qualità aziendale in tutte le sue componenti;
- promuove e diffonde in tutti gli ambiti aziendali la cultura della Qualità mediante iniziative di informazione, formazione, e consulenza;
- ne valuta l'impatto sulla stessa organizzazione e collabora a studiare la valutazione di impatto sulla salute della popolazione.

A tal fine quindi deve essere in grado di:

- utilizzare strumenti e metodi di analisi sistemica dell'organizzazione, valutazione, formazione, conduzione di gruppi, comunicazione, progettazione di percorsi MCQ, gestione del rischio clinico, progettazione del Sistema Qualità, coinvolgimento di pazienti e cittadini anche riuniti nelle loro associazioni;
- elaborare in modo condiviso il Piano annuale di sviluppo della Q aziendale e presidiarne la realizzazione;
- definire strategie per la formazione d'ingresso e permanente del personale in tema di Q;
- elaborare, realizzare, valutare progetti di formazione in tema di Q;
- organizzare e coordinare la rete aziendale dei referenti per la Q;
- fornire consulenze in tema di Q;
- contribuire alla progettazione e al monitoraggio del Sistema Informativo aziendale per tutti gli aspetti che riguardano la Q;
- promuovere e collaborare a iniziative di valutazione in tema di Q;

- collaborare alla definizione dei criteri per il Sistema premiante;
- collaborare con centri di ricerca in particolare per quanto riguarda studi sulla Q delle prestazioni;
- effettuare via internet ricerche bibliografiche in tema di Q;
- organizzare l'accesso degli operatori alla documentazione scientifica e delle esperienze in tema di Q;
- avvalersi di collaborazioni professionali esperte in campi di competenza diversi dai propri.

E' un'azione prioritaria la definizione e la programmazione di un percorso formativo di base per i percorsi assistenziali rivolto ai professionisti che operano nelle aziende sanitarie tramite un'azione concertata anche con il coinvolgimento del mondo accademico.

Il *core curriculum* del professionista che gestisce il processo di costruzione ed implementazione dei percorsi assistenziali deve comprendere:

- a) Competenza professionale
- b) Conoscenza dei principali strumenti del Miglioramento Continuo di Qualità
- c) Nozioni di epidemiologia e statistica
- d) Nozioni di management
- e) Capacità di lavorare in gruppo
- f) Conoscenza di valore e limite delle Evidence Based Nursing
- g) Conoscenza di valore e limite della Evidence Based Medicine
- h) Elevato valore etico.

Fondamentale, nel processo descritto, è la formazione del Personale Sanitario e Amministrativo all'azienda ed il coinvolgimento, in ogni fase, degli operatori sanitari (medici, personale sanitario, personale di supporto, personale amministrativo).

Al fine di incoraggiare lo sviluppo di strumenti organizzativi aziendali in grado di garantire alle Direzioni il monitoraggio dei processi erogativi è proponibile un percorso formativo per 6-8 dirigenti di ciascuna azienda da qualificare come "valutatori interni".

Le scelte nell'individuazione dei dirigenti da formare sono le più varie: personale infermieristico, dirigenza intermedia con incarichi trasversali alla organizzazione, dirigenti di spicco, personale particolarmente motivato con l'obiettivo di formare o rafforzare un gruppo di lavoro che funzioni da "volano" al processo di valutazione, aiutando le strutture sanitarie a fare autovalutazione, collaborando alla loro preparazione a visite di verifica esterne.

Per i discenti si propone di sensibilizzarli al tema della valutazione etero-referenziata, di far loro acquisire la conoscenza del modello di riferimento e gli elementi tecnici basilari per la realizzazione di una visita di verifica interna.

Gli obiettivi di un corso di formazione possono essere così sintetizzati:

- far acquisire familiarità con il modello relazione della qualità percepita,

- far assumere consapevolezza dell'importanza del ruolo del valutatore all'interno di una organizzazione complessa,
- far acquisire ai discenti le conoscenze di base per pianificare eseguire, documentare le verifiche interne.

Significativo, per il raggiungimento degli obiettivi formativi è il ruolo delle figure aziendali di riferimento, in particolare quello del Responsabile aziendale della qualità che crea le pre-condizioni organizzative per rendere possibile lo sviluppo dell'esperienza sul campo e cura i rapporti fra valutatori e valutati: esso è sempre considerato fondamentale per monitorare e correggere eventuali incomprensioni del modello o chiarire l'insorgenza di eventuali dubbi, nell'ambito dell'esperienza sul campo.

Si delinea, in buona sostanza, la necessità di creare in Azienda una consapevolezza del ruolo del valutatore per pianificare, eseguire e documentare le verifiche, per individuare necessità e opportunità di miglioramento.

I risultati metodologici più sostanziosi dell'esperienza di formazione ed intervento possono essere riassunti nei seguenti punti:

- Sensibilizzazione in generale ai temi della qualità verificata e della garanzia della qualità;
- Rendere consapevoli le aziende sanitarie identificazione ed accettazione del nuovo ruolo all'interno dell'azienda dell'*auditor* interno;
- Conferma dell'applicabilità del modello e verifica della sua applicazione in situazioni specifiche.

Vanno pertanto sviluppati i temi della standardizzazione delle conoscenze e degli approcci e della qualificazione del valutatore come metodi per garantire il massimo di omogeneità di giudizio.

3.2 Valutazione della Qualità

La progressiva affermazione dell'esigenza di migliorare il livello qualitativo dell'assistenza sanitaria ha ricevuto in questi ultimi anni una legittimazione normativa attraverso il Decreto legislativo n°502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni. In tale decreto, infatti, negli articoli 10 e 14 si prevede "la verifica e la revisione della qualità delle prestazioni come metodo adottato in via ordinaria".

Questa semplice previsione assume una valenza significativa nel più ampio contesto della logica innovativa introdotta dal processo di riordino del Servizio Sanitario Nazionale. Essa ha pertanto avuto una ripercussione che, seppur ancora incerta negli ultimi sviluppi normativi, al contrario acquista di giorno in giorno maggiore ampiezza e rilievo in un "mercato" della sanità, per quanto particolare ed imperfetto, in cui il cittadino ha libertà di scelta tra una pluralità di soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie e libero accesso alle stesse.

L'evoluzione dell'approccio alla qualità nel nostro Paese, fino al momento attuale, è tuttavia caratterizzato da fattori decisionali di non semplice lettura; la qualità è stata infatti introdotta ufficialmente nel nostro sistema sanitario, ma non senza approssimazioni e persistenti zone d'ombra.

Le indicazioni normative sono infatti poche e generiche, mentre le scuole di pensiero ed i metodi di approccio alla qualità sono invece molteplici e talvolta contrastanti, o almeno non immediatamente conciliabili: dalla certificazione ISO 9000, all'accreditamento di "eccellenza" statunitense (JCAHO), inglese (CPA) o olandese (CCKL), dalla "verifica e revisione della qualità" (VRQ) e dal "miglioramento continuo di qualità" MCQ), all'"analisi partecipata della qualità" (APQ), dal Total quality Management (TQM), al modello europeo di Qualità totale, sostenuto dall'European Foundation for Quality Management (EFQM), (Scrivens E., 1997; Loiudice M., 1998).

In tale contesto, la reazione più diffusa da parte degli stessi responsabili ed operatori della sanità sembra essere improntata ad un certo scetticismo in merito alla possibilità di applicare effettivamente tali metodiche alla prassi terapeutica ed assistenziale quotidiana, contraddistinta da un'inerzia non facilmente superabile a trasformare i modelli *routinari* di lavoro.

D'altro canto è da ritenersi segno di maturità imprenditoriale, sociale e politica proporsi il traguardo ambizioso, ma non velleitario, di progredire oltre la stretta osservanza delle disposizioni vigenti, ponendosi l'obiettivo di una qualificazione destinata a rispondere in modo soddisfacente alle esigenze dei cittadini.

Il sistema di accreditamento professionale Qualitas di SIMIT è una possibile risposta, articolata alla valutazione della qualità applicata nei reparti di Malattie Infettive.

L'orientamento di fondo del processo di riordino del Sistema Sanitario Nazionale persegue il contenimento dei costi, senza abbassare la qualità delle prestazioni (il che implica la necessità di misurarla), sviluppando una migliore efficacia/efficienza. Ciò postula l'implementazione di un modello

gestionale ed organizzativo tale da offrire precise garanzie di qualità e da soddisfare le esigenze degli utenti, costituendo la variabile strategica del successo, (Di Stanislao F., Liva C., 1998).

3.3 Le dimensioni della qualità

I metodi di valutazione e miglioramento della qualità tendono a svilupparsi secondo le diverse dimensioni.

Secondo la classica tripartizione di Avedis Donabedian gli assi della qualità sono indirizzati alla struttura (qualità organizzativa), al processo (qualità professionale) ed all'esito (qualità percepita).

Quando si parla di **struttura** (qualità organizzativa) si fa riferimento alle risorse disponibili, personale, attrezzature, edifici, ecc., ed alle modalità organizzative delle stesse.

Quando si parla di **processo** si intende il prodotto, le prestazioni, la loro tempestività e la loro appropriatezza in merito alle decisioni di intervento, al livello di effettuazione ed all'uso delle risorse.

Quindi la dimensione della qualità di processo fa riferimento alla correttezza tecnica, al coordinamento ed integrazione delle stesse, nonché alla continuità dell'assistenza.

Pertanto è l'asse che si riferisce al comportamento degli operatori.

In qualità totale indica una sequenza finalizzata ed interconnessa di attività con lo scopo di fornire un prodotto al cliente. Sequenza che quasi sempre coinvolge più di una unità organizzativa e più di una figura professionale.

I processi sono tanto più importanti quanto più, in base alle evidenze scientifiche ed al consenso di esperti, aumentano le probabilità che si verifichino esiti favorevoli.

Nel mondo della qualità industriale, ma anche nella sanità, si dà molto peso all'analisi dei processi come mezzo di miglioramento, soprattutto se ci si pone il problema dell'appropriatezza delle prestazioni.

Quando si parla di **esito** si intendono le modificazioni delle condizioni di salute dovute agli interventi sanitari. In senso positivo sono da intendersi il prolungamento della vita, la riduzione della sofferenza e della disabilità.

In senso negativo sono rappresentati dalle complicazioni e dagli effetti iatrogeni.

Nel campo della prevenzione l'esito è la riduzione dell'incidenza delle malattie.

Un esito particolare è rappresentato dalla soddisfazione dei pazienti, dei familiari e della popolazione.

E' necessario distinguere l'esito dal risultato ed usare il risultato per indicare il grado di raggiungimento di un obiettivo.

Le dimensioni proposte da Liva e Di Stanislao (1996) fanno riferimento a:

- **qualità manageriale:** direzione, strutture, attrezzature, informazione, formazione, valutazione e miglioramento;
- **qualità tecnica:** procedure tecniche per discipline cliniche e procedure di supporto quali gestione dei farmaci, aspetti alberghieri, pulizia, igiene, ecc.;
- **qualità percepita:** sicurezza e soddisfazione degli operatori, diritti e soddisfazione dei clienti. Focarile (1998) individua più analiticamente come contenuti della qualità dell'assistenza;

- **accessibilità:** capacità di assicurare le cure appropriate a coloro che ne hanno bisogno;
- **appropriatezza:** grado di utilità dell'assistenza rispetto al problema clinico ed alle conoscenze;
- **competenza:** livello di applicazione delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali e delle tecnologie disponibili;
- **continuità:** grado di integrazione nel tempo tra diversi operatori e strutture sanitarie che hanno cura dello stesso soggetto o di un gruppo di soggetti;
- **efficacia attesa:** capacità potenziale di un intervento di modificare in modo favorevole le condizioni di salute dei soggetti ai quali è rivolto;
- **efficacia pratica:** risultati ottenuti dall'applicazione di routine dell'intervento;
- **efficienza:** capacità di raggiungere risultati in termini di salute con il minor impegno di risorse possibile;
- **sicurezza:** grado in cui l'assistenza erogata pone il paziente e gli operatori nel minor rischio;
- **tempestività:** grado in cui l'intervento più efficace è offerto al paziente nel momento in cui gli è di massima utilità;
- **umanizzazione:** livello di rispetto della cultura e dei bisogni individuali del paziente anche per ciò che riguarda l'informazione e la qualità del servizio.

Queste diverse declinazioni del concetto di qualità in sanità ci consentono di rilevare che non si dà qualità per un solo attore, o una categoria di attori coinvolti nel "processo salute".

Crozier (1988) afferma che non c'è qualità se non è qualità per tutti i soggetti coinvolti nel processo.

Sulla base dell'analisi delle diverse dimensioni della qualità, si può affermare, in sintesi, che le metodologie di approccio alla qualità sono tese alla:

- qualità professionale,
- qualità organizzativa,
- qualità partecipata e/o percepita.

Entro i diversi campi di analisi le metodologie maggiormente utilizzate sono:

- **approccio tecnico-professionale:**
 - *medical e clinical audit,*
 - miglioramento continuo della qualità (*quality assurance, VRQ*),
 - accreditamento professionale,
 - linee guida ed *evidence based medicine*;
 - *evidence based nursing*;
- **approccio organizzativo gestionale:**
 - *total quality management,*

- certificazione di qualità (ISO 9000),
- accreditamento autorizzativo e requisiti minimi di qualità,
- accreditamento all'eccellenza;
- **approccio partecipativo:**
 - APQ.

3.4 Linee Guida ed Evidence Based Medicine

Le linee guida e l'*evidence based medicine* (EBM) sono strumenti ideati, in primo luogo, per aiutare il medico nel prendere le decisioni e per migliorare gli esiti delle cure e sono, inoltre, strumenti per valutare la *good practice* ed il comportamento professionale nella pratica clinica.

Le linee guida e l'EBM hanno i loro presupposti teorici nella epidemiologia clinica, la quale si propone di riordinare i risultati della ricerca clinica e di definire gli effetti delle scelte cliniche sulla salute.

Le linee guida sono costituite da un insieme di indicatori riferiti a specifici problemi clinici, elaborati da un gruppo di pari, dopo attenta revisione della letteratura esistente, allo scopo di aiutare la decisione medica e di ridurre l'alta variabilità dei comportamenti.

La progettazione, lo sviluppo, l'implementazione di una linea guida deve rispettare (Maciocco G., 1997):

- validità: le linee guida si basano sulla corretta interpretazione delle evidenze disponibili;
- costo-efficacia: le linee guida portano ad un miglioramento della salute a costi accettabili;
- riproducibilità: una linea guida è riproducibile quando un'altra linea guida, basandosi sulle stesse evidenze, conduce ad analoghe raccomandazioni;
- affidabilità: una linea guida è affidabile quando nelle stesse condizioni cliniche un altro gruppo di medici le applica in maniera simile;
- applicabilità clinica: lo sviluppo di una linea guida avviene con il contributo di tutte le discipline chiave e degli stessi utenti;
- flessibilità clinica: le linee guida specificano quali sono le eccezioni rispetto alle raccomandazioni ed indicano in quali circostanze le preferenze dei pazienti devono essere prese in considerazione;
- chiarezza: le linee guida usano un linguaggio chiaro, che ne facilita l'uso nella pratica clinica;
- documentazione meticolosa: le linee guida indicano chiaramente i partecipanti, gli obiettivi ed i metodi; collegano le raccomandazioni con le evidenze disponibili;
- tempi di revisione: le linee guida contengono i tempi e le modalità con cui esse devono essere sottoposte a revisione;
- monitoraggio di utilizzazione: le linee guida indicano il modo in cui viene verificata l'adesione alle raccomandazioni.

Nel 1997 è stata prodotta la prima raccolta di linee guida derivate dalla letteratura internazionale. La banca dati, in corso di continua implementazione, è suddivisa in quattro sezioni:

- linee guida prodotte da società scientifiche e mediche,
- linee guida prodotte da organismi internazionali,
- linee guida prodotte da agenzie,

- linee guida prodotte da altri organismi che operano nel settore.

3.5 Evidence Based Nursing

"L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci". (Codice deontologico della professione infermieristica:3,1)

L'espressione *Evidence Based Nursing* (EBN) è stata coniata intorno alla metà degli anni novanta, quindi qualche anno dopo la formulazione esplicita dei concetti fondamentali della *Evidence-based Medicine* (EBM). Nel tempo trascorso da allora, teoria e pratica dell'EBN sono penetrate capillarmente nel mondo infermieristico di quasi tutti i paesi del mondo; il percorso formativo di gran parte degli operatori del nursing si ispira oggi a questi principi, così come molte agenzie sanitarie governative hanno deciso di istituire gruppi di lavoro volti a indirizzare l'attività assistenziale e a studiare le modalità preferibili per trasferire i risultati della ricerca nella pratica clinica.

I quesiti della pratica infermieristica

Ogni giorno, nello svolgimento della propria attività, l'infermiere deve adottare, insieme ad altre figure professionali, delle scelte sanitarie che incidono direttamente e in misura rilevante sul benessere del paziente. I primi quesiti da porsi, quindi, sono: su quali criteri si basano queste scelte? Hanno un'utilità concreta per il paziente? Potrebbero procurargli dei disagi o delle sofferenze evitabili? In effetti, anche gli interventi infermieristici privi d'effetto, ossia che non comportano per il paziente né un danno né un miglioramento reale delle sue condizioni, vanno considerati negativi poiché possono costituire uno spreco o comunque un impiego improprio delle risorse materiali e umane disponibili, che invece potrebbero andare a beneficio d'altri pazienti.

Com'è noto, ogni ritardo nella diffusione di nuove conoscenze o l'incertezza sulla loro affidabilità, può comportare delle carenze organizzative o anche errori nell'assistenza prestata al paziente che, invece, si potrebbero evitare adottando fin dall'inizio l'approccio corretto (GCEBN)*. Ecco perché è il personale infermieristico che deve porre costantemente in discussione il proprio operato, poiché solo ponendosi dei quesiti si possono cercare e ottenere delle risposte. Ma allora, un infermiere dove può trovare le conoscenze e il sapere di cui necessita? E una volta che trova ciò che cerca, può considerare affidabili le conoscenze acquisite? E come si può garantire che i risultati delle ricerche più fondate e validate siano tradotti concretamente nella pratica quotidiana? Se l'infermiere affronta tali quesiti con serietà e onestà intellettuale, può finalmente avviarsi il ciclo virtuoso di un'assistenza infermieristica basata sulle prove d'efficacia.

Che cos'è l'EBN?

La cosiddetta *evidence based nursing* consiste nell'integrare nella pratica infermieristica quotidiana le prove d'efficacia scientificamente più fondate

fra quelle disponibili, tenendo conto delle conoscenze teoriche e delle esperienze pratiche dell'infermiere, delle aspirazioni del paziente e delle risorse disponibili. (GCEBN)*

L'EBN costituisce: “una potente strategia di formazione autogestita fornisce la base per il proprio autoapprendimento. Qualunque professionista, durante la propria attività, si trova nella necessità di trovare risposte a domande che il caso che sta affrontando gli sollecita: è giusto quello che sto facendo? Potrei farlo in un altro modo? Ci sono alternative a questo trattamento?

Che cosa può avere provocato questo problema? Come posso migliorare il mio intervento? Quali potrebbero essere le reazioni della persona che sto assistendo? ecc.

Ognuno di noi si trova, quindi, in una condizione di dubbio e, come ben sappiamo, il dubbio è il generatore di ogni conoscenza. Sono i dubbi che permettono di innescare i meccanismi per apprendere e per conoscere.

L'infermiere per divenire un buon utilizzatore di evidenze deve approfondire la metodologia di produzione;

le fasi di tale processo sono cinque :

1. Le informazioni necessarie per la pratica vengono trasformate in quesiti strutturati e focalizzati. Non si può rispondere con l'EBN ad un quesito del genere: “cos'è la dispnea” mentre un quesito ben posto potrebbe essere: “l'informazione pre-operatoria riduce l'ansia del paziente”?
2. I quesiti focalizzati vengono utilizzati come base per la ricerca nella letteratura, allo scopo di identificare dalla ricerca evidenze rilevanti. Internet facilita il compito e le reti intranet aumentano le possibilità di accesso alle informazioni. Molto utile conoscere i principi della ricerca bibliografica su internet per riuscire ad ottenere buoni *outcome*.
3. La ricerca delle evidenze è valutata in modo critico in termini di validità e di generalizzazione. Qui è necessaria una buona capacità critica (*critical appraisal*) per individuare i migliori risultati reperiti rispetto all'obiettivo.
4. La migliore evidenza disponibile è utilizzata, insieme all'esperienza clinica e alla prospettiva del paziente, per pianificare l'assistenza. Quindi solo quelle che appartengono alla categoria A o B. Le raccomandazioni di grado C meritano probabilmente di altri studi affinché divengano utili.

Links

<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=346>

<http://www.evidencebasednursing.it/>

*GCEBN = German Centre for Evidence-based nursing (Istituto nazionale tedesco per l'assistenza infermieristica basata sulle prove d'efficacia)

5. L'attività è valutata attraverso un processo di auto-riflessione, audit e assistenza tra pari.

In Italia le recenti disposizioni legislative fanno esplicito riferimento all'opportunità di elaborare linee guida e protocolli.

In particolare opera in Italia un gruppo della *Cochrane Collaboration*, organizzazione fondata ad Oxford nel 1993, allo scopo di individuare metodi di revisione uniformi, evitare la duplicazione delle ricerche, fornire supporto informativo agli esperti.

Il tema delle linee guida è oggetto di ampio dibattito. Attualmente in Italia c'è la tendenza a favorire una produzione a livello nazionale, piuttosto che in ambito locale.

I critici delle linee guida sostengono l'inapplicabilità delle stesse nella pratica clinica, in quanto il malato è un *unicum* e di conseguenza il comportamento medico non può che essere altamente variabile.

Il tema delle linee guida come strumento per la gestione ottimale e la qualità dell'assistenza si scontra con un nodo culturale critico: il ruolo professionale del medico (Ranci Ortigiosa E., 2000).

Secondo Liberati (1997) le linee guida fanno riferimento al fatto che la buona pratica clinica è fondata su: consapevolezza dell'incertezza decisionale, conoscenze di fisiopatologia, istinto clinico, sistemazione delle conoscenze mediche personali, sistemazione della pratica clinica individuale, approccio critico alla letteratura medica.

Quali funzioni svolge l'EBN:

- agevolare i processi decisionali nell'assistenza infermieristica, fornendo (quando sono disponibili) conoscenze scientifiche fondate e accertate;
- indurre il personale infermieristico a porsi quesiti clinici rilevanti;
- promuovere lo sviluppo e stimolare la verifica periodica di criteri e linee guida in base a studi empirici quantitativi e qualitativi;
- aiutare l'infermiere a trovare più velocemente risultati scientifici, ad ordinarli, verificarli e valutarne la rilevanza reale.

Le peculiarità della ricerca infermieristica

La bibliografia sulla ricerca infermieristica riporta dati quantitativi e qualitativi, la parte riguardante la ricerca qualitativa si è già affermata da parecchi anni nell'assistenza infermieristica e soprattutto alla luce dell'importanza che rivestono alcuni quesiti sulle cause e le particolarità di molti fenomeni caratteristici della professione (sicuramente non legati alla mera efficacia di un intervento). Tale peculiarità dell'approccio infermieristico va tenuta presente quando si parla della cosiddetta "gerarchia" delle prove di efficacia, poiché quella che attualmente prevale rispecchia un approccio puramente positivista, e quindi non si può applicare a studi che partono, invece, da un approccio qualitativo. Il rilievo che queste

problematiche hanno nel contesto dell'assistenza infermieristica ha fatto sì che, per alcune stagioni, abbia avuto luogo un animato dibattito riguardo il ruolo dei dati quantitativi (le risultanze delle sperimentazioni cliniche controllate, in primo luogo) e dei dati qualitativi (per esempio, i dati raccolti nei questionari somministrati ai malati riguardanti la qualità di vita percepita).

Oggi esiste sufficiente accordo nel sostenere che la scienza infermieristica non può prescindere dalla integrazione di "storie e numeri".

Nonostante la gran parte degli operatori del nursing abbia un atteggiamento favorevole nei confronti della EBN, permangono degli ostacoli alla definitiva e generalizzata adozione del metodo dell'assistenza infermieristica basata sulle prove. Si tratta di barriere attive a due differenti livelli. Da una parte, è stato osservato come molti operatori non siano ancora abili nel valutare la qualità dei risultati della ricerca clinica, abbiano ridotte occasioni di confronto e di scambio con i colleghi e ripongano scarsa fiducia nelle possibilità che l'adozione di un nuovo, diverso approccio possa produrre risultati positivi nell'assistenza erogata ai cittadini. Dall'altra, a livello di organizzazione dei servizi sanitari, diversi studi hanno sottolineato lo scarso tempo a disposizione degli operatori per garantire la frequentazione delle biblioteche specializzate, che troppe volte risultano essere poco fornite di materiali di specifico interesse infermieristico. Una più intensa attività di ricerca infermieristica favorirebbe la diffusione dell'EBN nei servizi assistenziali.

Quest'ultima si gioverebbe anche di una serie di specifiche strategie:

- promozione dell'utilizzo delle biblioteche specializzate;
- realizzazione di specifici progetti didattici capaci di insegnare agli operatori del nursing ad effettuare ricerche bibliografiche online;
- svolgimento di incontri di discussione della letteratura;
- migliore collegamento tra operatori infermieristici ospedalieri o territoriali e infermieri impegnati nella didattica universitaria;
- maggiore completezza delle collezioni di riviste infermieristiche (cartacee e *online*) da parte delle biblioteche mediche;
- disponibilità delle più autorevoli banche dati (Cochrane Library, Clinical Evidence) per gli operatori di area infermieristica.

CAPITOLO IV

VALUTAZIONE E VERIFICA

Il Governo Clinico rappresenta il modo naturale attraverso il quale gli Operatori possono gestire correttamente i processi di cura e partecipare alle attività cliniche con modalità che rendano questi processi verificabili e pesabili all'interno del quadro economico del sistema. Quindi è possibile affermare che il Governo Clinico sia costituito dalla sintesi tra eccellenza della cura, verificabilità, pesatura dell'attività professionale e coerenza con il finanziamento del servizio.

Un aspetto evolutivo, dunque, contrassegnato negli ultimi decenni dalla progressiva consapevolezza che il contributo infermieristico nel garantire la salute dei cittadini è determinante.

La professione infermieristica è stata investita da un grande processo di trasformazione tuttora in corso, rivolto ad elevare la qualità di se stessa e, di riflesso, quella dei servizi resi.

Le motivazioni specifiche degli infermieri per la valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica sono molteplici, in quanto l'attività sanitaria deve essere espletata ad un livello ottimale, venendo sottoposta a verifiche e revisioni sistematiche, atte al miglioramento e all'implementazione della sua qualità.

La qualità deve soddisfare le esigenze espresse o implicite dell'utente, dell'operatore e dell'azienda ottimizzando il rapporto costo/beneficio.

Ma in sanità come si esprime la qualità?

Nel processo di valutazione della qualità nell'assistenza infermieristica è necessario definire i componenti principali: gli indicatori, gli standard ed i criteri di valutazione.

Gli **indicatori** si differenziano in:

- **Strutturali**, legati alle risorse umane, tecniche ed economiche disponibili e alle caratteristiche fisiche dell'ambiente, quali la presenza di percorsi differenziati, stanze adibite ad isolamento con bagno proprio, impianti di ventilazione a circuito chiuso etc.

- **di processo**, determinati dalla presenza di protocolli specifici per l'assistenza alle varie patologie infettive, che rispettino le indicazioni delle linee guida internazionali sulla prevenzione della loro diffusione, dall'attuazione di piani di assistenza mirati; dallo sviluppo di programmi di formazione continua per operatori legati all'evolversi delle patologie infettive, dalla produzione e diffusione di materiale informativo rivolto all'utenza.

- **di risultato**, legati all'assenza di infezioni nosocomiali, alla somministrazione di questionari che valutano la soddisfazione dell'utenza, all'assenza di complicanze, al rispetto delle norme di garanzie della privacy.

Gli **standard** attesi, sono rappresentati dai valori soglia relativi alla riduzione del rischio di sepsi e complicanze.

I **criteri**, definiscono le variabili che giudicano la qualità di una prestazione.

La valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica è indispensabile per ridurre il *gap* esistente tra *efficacy* ed *effectiveness*.

Le strategie professionali orientate alla qualità si basano su presupposti quali la valutazione costante dei risultati (prima di tutto la soddisfazione del paziente), il controllo critico dei processi, l'utilizzo idoneo di appropriati strumenti di integrazione organizzativa.

Esistono molte leggi che sanciscono il diritto del cittadino ad esigere una "buona" qualità nelle prestazioni sanitarie ricevute, a partire dalle leggi che hanno modificato la Riforma Sanitaria, nel '92 e nel '93, alla « carta dei servizi » istituita nel maggio '95. Quindi, decreti legge, vista evidentemente l'insufficienza di leggi morali, che impongono all'operatore sanitario di svolgere al meglio la propria attività lavorativa, sia dal punto di vista professionale che umanitario.

Sicuramente il cittadino desidera ricevere un'assistenza adeguata, ma è altrettanto certo che in molti operatori esiste la volontà di offrire una prestazione di elevata qualità tecnica e professionale ed a questi ultimi si sono affiancati responsabili e gestori dei servizi sanitari che fanno più attenzione al contenimento dei costi.

Queste tre categorie hanno diverse mansioni ma rincorrono lo stesso obiettivo: "alta qualità". Per ottenere ciò, occorre istituire gruppi di lavoro che operano con metodi organizzati e quindi standardizzati permettendo un'erogazione dell'assistenza in modo equo e meno dispendioso.

Lavorando uniformemente, con la medesima metodologia o comunque per protocolli, se ben elaborati, si raggiunge il proprio obiettivo con minor spreco di tempo per l'operatore sanitario, con il contenimento dei costi per i gestori, evitando il prolungamento della degenza per problemi che si sovrappongono alla patologia di base (piaghe da decubito, infezioni, ecc.), ed infine con meno disagi per l'assistito che vede concludere la propria degenza in ospedale in tempi brevi.

Da qui ritroviamo, quindi, l'importanza dell'uso dei metodi standardizzati per rincorrere l'obiettivo "qualità", ma tutto questo deve essere necessariamente preceduto e seguito dall'utilizzo di un sistema di valutazione indispensabile sia per la creazione dei suddetti metodi sia per controllarne la giusta efficacia.

La V.R.Q. rappresenta una metodologia che aiuta ad analizzare e superare i problemi, modificando e migliorando i comportamenti degli operatori sanitari.

4.1 Strumento per il Cittadino

Siamo una società alla ricerca della fiducia. Meno la si trova nel governo, negli affari, nei rapporti interpersonali, più diventa preziosa. Un'organizzazione in cui le persone si guadagnano la fiducia reciproca, e che si assicura quella del pubblico, ha un grande vantaggio competitivo. Si possono avere i collaboratori migliori, si ispira la fedeltà del Cittadino, si conquistano nuove aree e si offrono prodotti e servizi più innovativi.

Quello che molti non capiscono è che si può creare fiducia nella propria organizzazione.

Si può promuovere una cultura dell'acquisizione di fiducia che comporta il coinvolgimento di tutti coloro che appartengono all'Azienda e produce, a costo praticamente zero, opportunità per incrementare la crescita, il profitto, la produttività e la soddisfazione sul lavoro.

Lo strumento proposto per creare una cultura di fiducia e fedeltà acquisita è il Percorso Assistenziale, è un processo in evoluzione, di verifica delle specifiche aree dell'organizzazione, che richiedono una particolare dedizione al fine di costruire una cultura della fiducia.

Comprendono, crescita professionale, redditività, definizione degli obiettivi, impegno, comunicazione, decisioni rapide, rispetto e responsabilità, e all'interno di quel processo, la creazione e l'aggiornamento costante del proprio bagaglio personalizzato di direttive.

Gli Operatori Sanitari, a tutti i livelli dell'organizzazione, partecipano al loro sviluppo e formazione.

Questo modello è veramente un processo costante, non una serie di regole.

Partnership con i Cittadini e gli altri Stakeholders

La partnership¹ tra cittadini e servizi sanitari consente di assicurare un uso appropriato dei servizi, livelli più elevati di efficacia, efficienza ed uso parsimonioso delle risorse pubbliche.

I Partner concorrono alle scelte ed al conseguimento dei risultati del Cittadino (che nel corso della sua vita può diventare utente e paziente dei servizi), i familiari, i collaboratori informali nella erogazione delle cure, le organizzazioni dei cittadini e le associazioni di volontariato, i dirigenti e gli operatori dei servizi, i fornitori, la comunità, i giornalisti.

Centralità del cittadino

Il cittadino è il protagonista della propria vita (colui che sceglie, esperisce e valuta), colui che tutela la propria salute e quindi deve essere coinvolto nei processi di assistenza (prevenzione, diagnosi precoce, cura e riabilitazione) in relazione alle proprie caratteristiche e decisioni.

A tal fine devono essere utilizzati metodi e strumenti che favoriscano il processo di empowerment².

In particolare debbono essere fornite conoscenze sulla salute ed i suoi determinanti ed istruzioni per favorire un ruolo attivo nella prevenzione dei rischi.

^[1] Condividere un percorso, ciascuno con le sue responsabilità, consapevoli che il camminare insieme in modo sinergico consente di conseguire risultati migliori per tutti

^[2] Un paziente "empowered" (Poletti, 2004) è una persona che comprende e sceglie, è in controllo dell'ambiente con cui interagisce e si rapporta produttivamente con tutti gli altri soggetti, pianifica per il futuro, è il proprio case manager, è un self care giver, un manager dei propri stili di vita, protagonista attivo della propria vita e del proprio benessere, che interagisce in forma proattiva. Per conseguire tale risultato, i servizi debbono accertare le aspettative e le priorità dei pazienti; coinvolgere i pazienti nei propri piani di cura ed assistenza ed utilizzare l'approccio della decisione condivisa, richiedere il loro feedback, anche sui servizi ed avviare conseguenti processi di miglioramento".

Durante i processi di cura deve essere promosso l'approccio della "decisione condivisa" tra clinico e cittadino utente ed il coinvolgimento nel piano di cura, nella gestione del rischio clinico e nella dimissione attiva, affinché il paziente acquisisca conoscenze e strumenti per la gestione della propria situazione al rientro nel suo ambiente di vita.

I familiari e le altre persone importanti per la persona utente debbono essere coinvolti nei piani assistenziali, se desiderato dal paziente (consenso informato), secondo le loro caratteristiche e potenzialità.

Vanno chiaramente identificati i ruoli e le responsabilità di ciascuno, al fine di rendere sinergiche le azioni durante la degenza e successivamente al rientro a domicilio.

Vanno raccolte sistematicamente le opinioni dei familiari degli assistiti in ospedale ed a domicilio per poter avviare progetti di miglioramento che considerino anche il loro punto di vista.

Le organizzazioni dei cittadini e le associazioni del volontariato vanno coinvolte, nel rispetto dei reciproci ruoli e responsabilità, nelle attività di progettazione, organizzazione e valutazione delle attività per la qualità percepita nei piani e programmi per il governo clinico, nella costruzione ed implementazione di linee guida, nella diffusione della cultura della qualità, della prevenzione del rischio clinico e dell'uso appropriato dei servizi.

La comunità deve essere coinvolta nella gestione del sistema salute e dei servizi per quanto riguarda l'identificazione delle priorità per la salute ed i servizi e la raccolta delle opinioni sulla percezione circa la qualità dei servizi, attraverso indagini di popolazione (anche via internet) e la consultazione con le modalità dei forum o comitati.

L'informazione per la tutela della salute e l'uso appropriato dei servizi deve essere promossa attraverso tutti i media disponibili.

La qualità percepita va considerata una dimensione produttiva della qualità e pertanto deve essere pianificata, in modo integrato, nel piano aziendale della qualità, implementata e valutata sistematicamente. A tal scopo vanno ad essa dedicate risorse, i risultati delle indagini di accertamento della qualità percepita devono essere utilizzati a fini di miglioramento dell'organizzazione, con interventi mirati i cui risultati vanno monitorati.

I processi di assistenza ed organizzativi vanno ridisegnati in forma partecipata per assicurare la centralità del cittadino utente e rispettare la sua vita ed il suo tempo.

E' importante a questo fine garantire la focalizzazione sugli obiettivi di salute, utilizzando le conoscenze che derivano dall' *evidence based health care* per curare la gestione migliore delle interfacce fra i diversi attori e le rispettive azioni diagnostico-terapeutiche ed assistenziali attraverso la progettazione, l'organizzazione e la valutazione di percorsi assistenziali.

Operatori e dirigenti (*system people*) vanno coinvolti sistematicamente nello sviluppo delle politiche e strategie dei piani e programmi del governo clinico a livello di unità operativa, dipartimento, azienda sanitaria, nella gestione dei processi produttivi ed organizzativi, anche attraverso apposite

indagini per la raccolta delle loro opinioni e di suggerimenti per il miglioramento.

Particolare attenzione deve essere prestata alla identificazione di modelli organizzativi e strumenti innovativi per l'*empowerment* e la partecipazione di ciascun operatore.

La scelta delle metodologie per “dare voce” agli *stakeholder* e per coinvolgere, informare, istruire ed educare vanno scelte con riferimento almeno a parametri quali: essere sostenuti da prove di efficacia e dalla letteratura scientifica, compatibilità con lo specifico contesto, costo-beneficio.

I fenomeni della qualità percepita richiedono competenze afferenti a più discipline e quindi va utilizzato il contributo dei relativi professionisti nelle fasi di progettazione dei contenuti, dei metodi e degli strumenti.

La gestione del sistema per la qualità percepita deve essere affidata a professionisti con specifica competenza.

La formazione per la qualità percepita va introdotta nei programmi di formazione di base e permanente per tutti gli operatori della salute, considerando almeno i seguenti contenuti: finalità, fasi, metodi, ruoli e responsabilità nella qualità percepita, decisione condivisa, comunicazione interpersonale ed organizzativa, metodi e strumenti di educazione in ambito sanitario.

Va introdotta la valutazione della “partecipazione” (di tutti gli *stakeholder*) e del suo impatto in modo sistematico con metodologie rigorose.

Va promossa la ricerca su:

- a) Concetti e dimensioni della percezione della qualità: aspettative, priorità, gradimento, soddisfazione, partecipazione;
- b) Metodi e strumenti di accertamento e valutazione della qualità percepita e del suo impatto;
- c) Metodi di coinvolgimento e di informazione/educazione e loro impatto;
- d) Indicatori, metodi e strumenti di valutazione del coinvolgimento.

4.2 Valutazione e Verifica dell' applicazione del Percorso

La verifica della applicazione del percorso mediante l'esame delle cartelle cliniche è possibile, ma è molto dispendiosa e parziale (ad esempio è molto difficile accertare i motivi dello scostamento dal percorso).

In una prima fase sperimentale, nei primi tre mesi, è consigliato mettere a punto delle schede, in cui si rimanda mediante asterischi o codici alle raccomandazioni o alle procedure dettagliate e ad eventuali moduli o scale da compilare. Si ricorda a questo proposito che nella scheda vi è, accanto ad ogni colonna principale, una colonna ristretta in cui chi ha eseguito la prestazione è invitato ad apporre un codice corrispondente alla esecuzione della attività prevista (ad esempio, come già accennato, 0 = attività non eseguita; 1 = attività eseguita in parte; 2 = attività eseguita completamente).

Va precisato che non è indispensabile che schede del genere vengano compilate quando le raccomandazioni del percorso sono applicate. E' importante che venga segnalato quando non lo sono e quali sono i motivi

dello scostamento, se legati alle condizioni cliniche del paziente, alle sue condizioni sociali e psicologiche o ad impedimenti organizzativi.

Sempre come già accennato, la segnalazione degli scostamenti può essere considerata uno strumento di *audit* che può portare a modificare il percorso.

Un modulo (o una scheda) di questo tipo:

rappresenta forse l'elemento che distingue di più l'approccio per percorsi assistenziali; ma d'altra parte può essere ragionevolmente proposto solo per un periodo di tempo limitato, ad esempio per i primi tre mesi dopo l'introduzione del percorso. Poi il percorso può essere governato a maglie più larghe e basta rilevare solo i dati necessari per calcolare gli indicatori principali di processo o di esito.

Sul piano tecnico, la realizzazione di un sistema informativo che permetta il monitoraggio dei percorsi assistenziali appare ormai possibile, anche se non facile, grazie ai progressi della tecnologia informatica e al superamento in corso della tradizionale separazione tra il sistema informativo amministrativo e sanitario, che fino a pochi anni fa erano spesso incapaci di comunicare.

Il sistema informativo va riorganizzato attorno al singolo paziente, che va identificato sempre con lo stesso codice (uguale a quello usato per la Scheda di Dimissione Ospedaliera) in tutte le prestazioni e le transazioni che lo riguardano. E' ormai relativamente facile farlo per le prestazioni dei servizi diagnostici (laboratorio di chimica clinica, radiologia, servizio cardiologico, anatomia patologica) ed anche, pur con maggiore difficoltà, per i prodotti forniti da servizi come la farmacia e il centro trasfusionale.

Più difficile è la rilevazione sistematica dei dati clinici di ingresso nei percorsi e di esito intermedio e finale.

La soluzione definitiva è rappresentata dalla adozione della cartella clinica informatizzata. Molto si può ottenere solo se si facilita la rilevazione di indicatori di processo con moduli, con altri moduli appositi per la segnalazione confidenziale di eventi avversi, con la compilazione ripetuta di scale ed altri strumenti standardizzati di valutazione clinica e funzionale. Una interessante soluzione è quella costituita dall'adozione di schede in cui sia prevista la compilazione ripetuta nel tempo dei diversi *item* di tali scale, in modo da costruire una specie di grafico dell'andamento nel tempo di variabili cliniche e funzionali, analogamente a quello che succede per la temperatura e per la pressione nella cartella clinica.

Un esempio di uno dei quadri di una di queste scale, la HoNOS-Roma per la valutazione dei pazienti psichiatrici, è riportato nella figura 1.5.1 (Morosini et al, 2003). Sono disponibile anche la scala Valgraf per la valutazione multidimensionale dell'anziano (Gigantesco et al, 1995), mentre una versione analoga dal scala Norton Plus per la valutazione del rischio di piaghe da decubito.

4.3 Requisiti

Per individuare i requisiti, che diventeranno oggetto della valutazione, bisogna avere come punto di partenza gli ambiti che si ritengono rilevanti, per quanto riguarda la valutazione della qualità assistenziale delle UU. OO. di Malattie Infettive (37).

Gli ambiti presi in considerazione sono:

- Approccio diagnostico terapeutico assistenziale
- Competenze professionali
- Gamma servizi offerti
- Gestione dell'Unità Operativa
- Miglioramento
- Organizzazione dei processi
- Risultati
- Sicurezza
- Strutture e Tecnologie

Nel corso del lavoro si ritiene opportuno non prescrivere requisiti relativamente a strutture e tecnologie in quanto questi sono risultati essere:

- Temi già dettagliatamente normati a livello nazionale e regionale;
- Aspetti su cui il “potere decisionale” delle Unità Operative è chiaramente molto limitato in quanto fortemente dipendenti dalle risorse messe a disposizione dalle singole Aziende.

La priorità è quindi stata data agli ambiti su cui la reale possibilità di scelta e gestione da parte della struttura possa esprimere la “professionalità” dell'equipe.

La scelta metodologica seguita ha portato ad identificare una serie di requisiti riconducibili a tre diverse dimensioni:

- La gestione dell'Unità Operativa
- L'organizzazione dei processi di gestione del paziente
- Il percorso di trattamento delle più frequenti patologie.

4.4 Requisiti di Sistema

I requisiti relativi alla gestione dell'U.O. (**requisiti di sistema**), esprimono una logica di “Sistema Qualità” che si ritiene un'organizzazione debba adottare per garantire nel tempo garanzia di miglioramento dei propri risultati. Tali requisiti sono stati stabiliti con riferimento a diversi modelli, ricercando un linguaggio ed una struttura semplificata e funzionale al contesto. L'insieme di requisiti stabilito rappresenta un Sistema Qualità “minimo” che per le Strutture di Malattie Infettive dovranno possedere (37).

I singoli requisiti sono riconducibili ai seguenti temi:

Politica e obiettivi	Esistenza di un documento che delinea le strategie e gli obiettivi generali del Servizio, in relazione alle esigenze degli utenti e del mandato ricevuto dall'Azienda
	Evidenza della condivisione del suddetto documento
	Esistenza di una pianificazione annuale documentata degli obiettivi qualitativi che il Servizio intende conseguire
Organizzazione	Esistenza di un documento che descriva le responsabilità e deleghe assegnate nel Servizio e le funzioni dei diversi ruoli
Gestione documentazione	Formalizzazione delle norme interne su redazione, verifica, approvazione e distribuzione dei documenti a valenza organizzativa e tecnico / professionale
	Disponibilità e facilità di accesso per il personale ai documenti organizzativi e tecnico / professionali vigenti
Rapporto con gli utenti	Esistenza di un documento di presentazione del Servizio disponibile per gli utenti che descriva almeno: servizi offerti, principali referenti e modalità di accesso e permanenza in reparto
	Consenso informato: si veda quanto previsto dai requisiti di processo
	Evidenza di criteri di gestione delle proprietà dell'utente (beni personali, ausili, farmaci e documentazione sanitaria) che garantiscano una corretta identificazione e restituzione
	Esistenza di procedure per la gestione dei reclami e facilità di conoscenza delle stesse da parte dell'utente
Formazione e aggiornamento del personale	Documentabilità dei percorsi di inserimento di nuovi operatori (medici e infermieri) e della valutazione delle competenze acquisite e del raggiungimento dell'autonomia operativa
	Evidenza di valutazione almeno annuale dei bisogni formativi e di aggiornamento e di una pianificazione annuale conseguente (nel rispetto dei vincoli di risorse disponibili)
	Disponibilità per ogni operatore di un curriculum formativo aggiornato che evidenzia almeno la formazione e l'aggiornamento ricevuta
Gestione attrezzature e tecnologie	Esistenza di un inventario aggiornato delle attrezzature sanitarie
	Esistenza di procedure e di piani di manutenzione per la gestione delle attrezzature e delle tecnologie
	Documentabilità dei controlli e delle verifiche eseguite e del loro esito
	Esistenza di norme documentate sulle modalità di gestione di eventuali emergenze tecnologiche
Gestione farmaci e presidi	Documentabilità delle norme relative a approvvigionamento, gestione scorte, controlli e conservazione di farmaci e presidi
misurazione, analisi e miglioramento	Esistenza di modalità definite per la registrazione di problemi / non conformità / eventi indesiderati
	Evidenza dell'esecuzione periodica di indagini sulla soddisfazione dei clienti
	Evidenza della pianificazione delle responsabilità e modalità di raccolta ed elaborazione dei dati necessari per il monitoraggio degli indicatori
	Documentabilità delle azioni di miglioramento intraprese per evitare il ripetersi di criticità rilevate o prevenire il loro presentarsi (azioni correttive e azioni preventive)
	Evidenza di momenti pianificati di valutazione complessiva (riesame almeno annuale) comprendenti la valutazione di: - raggiungimento degli obiettivi qualitativi pianificati - indicatori di attività, processo e risultato (almeno per quanto previsto dalle schede patologia applicabili)

	- soddisfazione degli utenti e reclami - problemi / non conformità / eventi indesiderati - attività di formazione e aggiornamento Evidenza documentata dei dati esaminati, dei risultati della valutazione e delle azioni che si intende intraprendere
--	--

Gestione del sistema qualità	Esistenza di un documento che descriva sinteticamente il sistema qualità del Servizio (Manuale Qualità) e contenga almeno:
	<ul style="list-style-type: none"> • descrizione delle caratteristiche dell'UO (strutturali, organizzative, di organico, ambulatori specialistici, tipo e frequenza dei primi 10 DRG dell'ultimo triennio); eventuale attività didattica e di ricerca; eventuale progetti su qualità; principali interrelazioni con i servizi territoriali
	<ul style="list-style-type: none"> • descrizione sintetica delle responsabilità e modalità adottate per garantire il soddisfacimento dei requisiti minimi di sistema
	<ul style="list-style-type: none"> • descrizione sintetica delle modalità di gestione dei processi di ricovero, day hospital e ambulatoriale (fasi/attività, responsabilità, riferimento ad eventuali documenti che regolamentano le attività)
	<ul style="list-style-type: none"> • in riferimento alle schede patologia: linee guida / protocolli recepiti o predisposti adottati; indicatori monitorati (anche ulteriori rispetto a quelli indicati in schede patologia)

4.5 Requisiti di Processo

I

I requisiti relativi all'organizzazione (37) dei processi di gestione del paziente (**requisiti di processo**), individuano una serie di standard organizzativi e/o procedurali, che si ritiene debbano essere adottati nelle diverse fasi del percorso assistenziale, a prescindere dalla specifica diagnosi/patologia. Ad oggi sono stati stabiliti con riferimento a:

- Ricovero ordinario
- Day hospital
- Iter ambulatoriale

In base al lavoro svolto per la elaborazione dei requisiti si ritiene indispensabile entrare nel merito dei percorsi di diagnosi e trattamento delle patologie più frequenti o comunque considerate di interesse comune a livelli nazionale. L'obiettivo posto non è stato quello di definire o validare linee guide diagnostiche terapeutiche assistenziali ma di individuare:

- alcuni standard operativi e comportamentali che si ritiene, anche sulla base delle evidenze scientifiche, necessario e possibile garantire;
- alcuni indicatori (per quanto possibile orientati a misurare i "risultati" ottenuti, ma in altri casi relativi a caratteristiche di qualità del processo diagnostico/terapeutico/assistenziale) che le strutture di Malattie Infettive dovranno dimostrare di monitorare periodicamente.

Per la definizione dei requisiti del processo di ricovero si utilizza come riferimento il seguente processo suddiviso in fasi:

1	Valutazione tipologia / livello priorità delle richieste rispetto alla disponibilità di posti letto
2	Inserimento in lista d'attesa
3	Convocazione del paziente per il ricovero
4	Accettazione (verbale ricovero e consenso per il trattamento dati)
5	Accoglienza in reparto
6	Visita medica
7	Prescrizioni indagini diagnostiche e/o consulenze
8	Prescrizione terapia
9	Visita infermieristica
10	Rilevazione dei bisogni assistenziali e pianificazione assistenziale
11	Organizzazione ed esecuzione indagini e terapie prescritte
12	Esecuzione indagini diagnostiche e terapie specifiche di competenza
13	Valutazione dei referti diagnostici
14	Ipotesi diagnosi, richiesta approfondimenti e adeguamento del processo assistenziale
15	Informazione su diagnosi infermieristica e prospettive a paziente e/o persone delegate
16	Gestione del decorso clinico
17	Gestione del processo assistenziale
18	Gestione eventuale urgenza o emergenza clinica durante il decorso
19	Definizione diagnosi e dimissibilità o trasferibilità
20	Gestione rapporti con Servizi Territoriali e/o Sociali per i casi necessari
21	Pianificazione e organizzazione della distribuzione dei farmaci per terapia domiciliare
22	Organizzazione eventuale trasporto
23	Chiusura cartelle mediche/ infermieristiche
24	Archiviazione cartelle
25	Eventuale follow up

Per i processi di Day Hospital e Ambulatoriale si è individuata l'applicabilità dei requisiti stabiliti per quello di ricovero.

4.6 Patologie Considerate:

Attraverso un'analisi della casistica (37), sono state identificate come prioritarie le seguenti patologie:.

- Diarree Infettive
- Endocardite
- Epatite Acuta
- Epatite Cronica
- Febbre di origine sconosciuta (FUO)
- HIV
- HIV gastroenterico
- HIV neurologico
- HIV con neoplasia solida o ematologia
- Malaria
- Meningo- encefalite
- Polmoniti
- Sindromi mononucleosiche
- Sepsi
- Tubercolosi

4.7 Requisiti di Prodotto

L'individuazione dei requisiti relativi alla specificità della patologia (a seguire identificati come “**requisiti di prodotto**” in quanto relativi alla specificità del prodotto/servizio offerto dalle Strutture di Malattie Infettive) è stata effettuata analizzando gli eventi base del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (presa in carico, inquadramento diagnostico, azioni per evitare la diffusione, terapia e gestione del decorso clinico, dimissione – post dimissione) sulla base dei seguenti aspetti (37):

- Approccio diagnostico-terapeutico
- Approccio assistenziale
- Prestazioni diagnostico-terapeutiche-assistenziali specifiche
- Competenze professionali specifiche
- Interfaccia con altri servizi
- Vincolo sicurezza specifici

4.8 Requisiti Generali del Processo di Ricovero

(applicabilità per processi Day Hospital e ambulatoriale)					
I requisiti generali il cui soddisfacimento è richiesto ogni struttura di Malattie Infettive, a prescindere dalla specifica patologia trattata, sono:					
				Anche per	
N°	Fase	Per garantire corretta gestione di	È necessario dare evidenza di	DH	AMB
1	Valutazione tipologia/livello priorità delle richieste rispetto alla disponibilità di posto letto	Ottimizzazione dell'utilizzo dei posti letto disponibili per sfruttare al meglio la possibilità di ricovero	Valutazione giornaliera di disponibilità PL e dimissioni previste	Si	n.a. (*)
		Evidenza dei livelli di priorità assegnato nei casi di ricovero in elezione	Registrazioni che evidenziano il livello di priorità assegnato (contagiosità, gravità, gestibilità) al singolo caso	Si	n.a.
		Capacità di gestione dei pazienti di elezione	Disponibilità alla presa in carico di tutte le patologie di MI (ad esclusione di vocazione dichiarate e specifiche dell'U.O. purchè in un contesto dipartimentale di Malattie Infettive che garantisca il trattamento di tutte le patologie di MI)	si	n.a.
2	Inserimento in lista d'attesa	Trasparenza sui criteri di priorità di accesso adottati	Registrazione delle motivazioni del non rispetto dell'ordine cronologico di richiesta	Si	n.a.
3	Convocazione del paziente per il ricovero	Tempo di attesa	Monitoraggio dei tempi di attesa	Si	Si
4	Accoglienza in reparto	Rispetto all'assegnazione dei posti letto di criteri di sicurezza per evitare il contagio	Rispetto dei criteri illustrati da Circolare Min. Sanità n° 4 13/03/98 e successive integrazioni	Si	n.a.
		Disponibilità delle informazioni su eventuali percorsi del paziente seguiti dal Servizio precedenti al ricovero	Procedure interne che prevedono e agevolano il recupero delle cartelle ambulatoriali o di precedenti cartelle cliniche (ricovero/DH)	Si	Si

		Chiarezza informazione su strutture e vita del reparto/ambulatorio al paziente	Esistenza di strumenti informativi da consegnare al paziente	Si	Si
5	Visita Medica	Appropriatezza dell'approccio diagnostico/terapeutico	Esistenza di protocolli diagnostico/terapeutici sulle principali patologie (previsti da schede patologia) ed evidenza del loro utilizzo come riferimento	Si	Si
		Omogeneità nell'equipe dell'approccio diagnostico/terapeutico	Evidenza di revisione periodica (almeno biennale) dei protocolli diagnostici/terapeutici e della loro condivisione	Si	Si
		Corretta compilazione della Documentazione Sanitaria	Esistenza di una procedura sulla gestione della Documentazione Sanitaria	Si	Si
			Rispetto dei criteri di completezza, chiarezza e riservatezza	Si	Si
6	Visita Infermieristica	Appropriatezza del profilo assistenziale	Esistenza di protocolli e linee guida assistenziali	Si	Si
		Omogeneità dell'approccio assistenziale	Revisione periodica dei protocolli e linee guida e la loro condivisione	Si	Si
		Corretta compilazione della documentazione infermieristica	Esistenza di una procedura gestionale della Documentazione Infermieristica	Si	Si
			Rispetto dei criteri di completezza, chiarezza e riservatezza	Si	Si
7	Rilevazione dei bisogni assistenziali e pianificazione assistenziale	Chiarezza e completezza della pianificazione assistenziale	Documentabilità delle rilevazioni eseguite e del piano assistenziale	Si	Si
8	Organizzazione ed esecuzione indagini e terapie prescritte	Integrazione con i servizi diagnostici	Esistenza di modalità di interfaccia documentale su modalità delle richieste, tempi di risposta, ecc.	Si	Si

		Continuità delle competenze diagnostiche	Disponibilità di competenza microbiologica e chimico clinica 24/24 per emergenza infettivologica (almeno esame diretto e colturale del liquor, demoscopia per emiparassiti)	q.a	q.a.
		Chiare norme su prelievo dei materiali biologici e gestione dei campioni	Documentazione sulle procedure adottate	Si	Si
		protocolli interni sulla somministrazione delle terapie	Esistenza e rispetto di protocolli sulle principali procedure/terapie	Si	Si
		Evidenza dell'avvenuta somministrazione delle terapie	Registrazioni adeguate	Si	Si
9	Informazioni su diagnosi e prospettive a paziente e/o persone delegate	Chiarezza dell'informazione fornita su diagnosi e prognosi	Esistenza di norme sul consenso informato	Si	Si
			Adesione alle indicazione sul consenso informato definite dalla Società Scientifica MI	Si	Si
			Esistenza di orari dedicati ai colloqui con i parenti	Si	q.a.
10	Gestione del decorso clinico	Completezza della trasmissione delle informazioni tra gli operatori sul decorso clinico del paziente	Esistenza di una procedura sulla gestione della documentazione sanitaria	Si	Si
			Esistenza di una modalità strutturata per la gestione dei passaggi di consegne	q.a	n.a.
11	Gestione dell'assistenza durante la degenza	Omogeneità e appropriatezza di intervento assistenziale personalizzato sui bisogni del paziente	Esistenza di una procedura sulla gestione della documentazione infermieristica	Si	Si
		Completezza della trasmissione delle informazioni tra gli operatori sul decorso assistenziale del paziente	Esistenza di una procedura sulla gestione della documentazione infermieristica	Si	Si
			Esistenza di una modalità strutturata per la gestione dei passaggi di consegne	Si	Si
12	Gestione eventuale urgenza o emergenza clinica durante il decorso	Chiarezza rispetto delle procedure di gestione dell'emergenza clinica	Esistenza di procedure documentate sulla gestione delle emergenze cliniche (che trattino anche gli aspetti relativi a interfaccia con altri servizi;	Si	Si

			responsabilità, gestione carrello di emergenza, ecc.)		
			Disponibilità di almeno: 1 carrello emergenze per unità funzionale autonoma (garanzia di disponibilità immediata)	Si	Si
			Evidenza di formazione specifica degli operatori sulle principali procedure tecniche sulle emergenze	Si	Si
		Corretta trasmissione delle informazioni tra gli operatori su eventuali emergenze cliniche	Esistenza di norme sulla registrazione delle emergenze cliniche	Si	Si
14	Redazione lettera di dimissione e programmazione e follow up	Chiarezza, completezza e leggibilità della lettera di dimissione	Esistenza di norme sulla stesura della lettera di dimissione anche con riferimento a casi di dimissione in assenza di referti (es. istologico)	Si	Si
		Continuità assistenziale nel post ricovero	Lettera di dimissioni contenente/richiamante il programma degli appuntamenti per accessi successivi alla dimissione	Si	Si
15	Chiusura Documentazione Infermieristica	Corretta compilazione della documentazione sanitaria	Monitoraggio a campione della qualità delle cartelle (completezza e comprensibilità)	Si	q.a.
			Possibilità di identificare il compilatore	Si	q.a.
16	Archiviazione della Documentazione Sanitaria	Facilità di rintracciabilità delle cartelle archiviate (se archiviate presso il reparto)	Evidenza di responsabile identificato su archivio; evidenza di chiare modalità di carico e scarico	Si	q.a.
		Rispetto della privacy degli archivi gestiti dal servizio	Evidenza di modalità che impediscono l'accesso agli archivi a personale non autorizzato	Si	Si
17	Eventuale follow up	Disponibilità delle informazioni sul percorso clinico/assistenziale del paziente	Evidenza di disponibilità al momento della visita ambulatoriale di almeno copia della lettera di dimissione	Si	Si

(*) n.a. = non applicabile

(**) q.a. = quando applicabile

MATERIALI E METODI

Descrizione del processo di ricerca applicato

Domanda di ricerca

IL Governo Clinico migliora la Qualità dell' Assistenza?

Favorendo la continuità degli interventi, l'integrazione tra strutture organizzative e tra Professionisti con diverse competenze?

Scopo della ricerca

Miglioramento Qualità/Organizzazione (Miglioramento dell'accesso ai servizi/strutture).

Miglioramento della gestione Integrazione struttura/territorio/servizi sociali, coordinamento.

Miglioramento del rapporto con l'utenza Informazione/prevenzione.

Miglioramento dell'assistenza.

Ricerca bibliografica

Lo studio si basa sulla Consultazione di: fonti primarie;

fonti secondarie;

per quanto concerne gli elaborati della rete informatica, sono state prese in considerazione:

- banche dati generali,
- banche dati di revisioni sistematiche,
- banche dati di linee guida,
- banche dati di analisi economiche,
- banche dati infermieristiche.

Parole chiavi usate: Governo Clinico, miglioramento della qualità, piani assistenziali, profili di assistenza, percorsi assistenziali

Ipotesi

Il Governo Clinico migliora i processi assistenziali, identicandone gli sprechi e gli elementi di variabilità ingiustificata e garantendo nel contempo la continuità assistenziale per meglio rispondere alla complessità dei bisogni di salute.

Focalizza l'attenzione dei Professionisti Sanitari su un Cittadino che esprime una domanda di assistenza e sulla "migliore" soddisfazione di questa domanda.

Disegno della ricerca

Approccio: tipo di ricerca descrittiva.

RISULTATI ATTESI

Il risultato finale atteso è una strutturata definizione di come si traduce nella pratica, in contesti diversi, un approccio integrato per l'assistenza a persone con diverse patologie, attento tanto alla dimensione clinica che a quella sociale e manageriale del fenomeno, che risulti replicabile anche in contesti organizzativi diversi rispetto a quello in cui si svilupperà la sperimentazione.

Le attività e i risultati prodotti dal Percorso, sono:

1. La rassegna della letteratura tecnico-scientifica e delle esperienze internazionali e nazionali sui profili di cura e assistenza ha riguardato più temi: la formazione e la metodologia, le aree prioritarie di studio, gli indicatori di processo ed esito clinico.
2. La definizione, tramite randomizzazione, delle strutture Unità di sperimentazione "Caso" in relazione alla patologia tracciante identificata, e delle strutture Unità di sperimentazione "Controllo", l'identificazione di altri profili di cura da sperimentare (nefropatia, artrite reumatoide, scompenso cardiaco, epilessia, frattura del femore).
3. La formazione, che ha definito il percorso e le metodologie di costruzione dei profili assistenziali mediante:
 - un *workshop* nazionale tenuto a il, dedicato a tutte le Unità Operative partecipanti al Progetto;
 - un corso di formazione rivolto alle strutture Unità "Caso" per lo studio come supporto alla costruzione e all'implementazione dei profili di cura, tenuto nel periodo presso le sedi di sperimentazione;
 - un corso di formazione, dedicato alle strutture Unità "Controllo" per lo studio di quelle strutture che sperimentano altri profili di cura si è svolto il presso di
 - alcuni incontri formativi, dedicati alle strutture Unità "Caso", proposti e organizzati dal Gruppo scientifico ristretto con l'obiettivo di ridurre il *gap* tra le diverse realtà nella fase pre-applicativa dei profili e in seguito nella fase di confronto dei risultati, al fine di perfezionare lo strumento, renderlo applicabile e potenzialmente efficace. Gli incontri si sono svolti nel periodo 2008 presso le varie sedi di sperimentazione delle Unità Operative di
4. Lo studio pilota, avviato e realizzato per definire la numerosità del campione per ciascuna Unità Operativa di sperimentazione dei profili di assistenza sullo, valutare il livello di costruibilità e applicabilità locale degli indicatori sanitari proposti, definire il

sistema informativo per la raccolta e la gestione dei dati, attivare il processo di *benchmarking* tra le sedi di sperimentazione. A tal fine sono stati distribuiti alle Unità Operative partecipanti gli strumenti per la raccolta dei dati (la scheda di rilevazione, il database dedicato e il manuale degli indicatori sanitari).

5. Il continuo e sistematico supporto alla costruzione e all'implementazione dei profili, è stato svolto al fine di fornire un "corredo minimo essenziale" di elementi propedeutici alla fase successiva della sperimentazione e per ridurre le differenze e le disomogeneità emerse tra i profili di cura costruiti dalle varie Aziende sanitarie.
6. La fase di elaborazione delle metodologie di costruzione dei profili di cura e assistenza per le Unità Operative "Caso" e la fase di raccolta, elaborazione e validazione dei dati dello studio pilota da parte dell'Università
7. La sperimentazione dei percorsi di assistenza e la fase di raccolta dei dati mediante gli strumenti di rilevazione (un questionario per la costruzione di indicatori di processo di tipo clinico, una guida alla compilazione del questionario) per le Unità "Caso" e "Controllo" e per le Unità che hanno sperimentato altri profili di cura; il monitoraggio pre e post implementazione dei profili di cura per la verifica della loro applicazione nella pratica operativa.
8. L'analisi dei risultati nelle diverse realtà, con particolare focalizzazione all'adesione delle raccomandazioni Evidence-Based Medicine, Evidence Based Nursing, ai migliori percorsi diagnostici, terapeutici, riabilitativi, assistenziali. Sono stati calcolati gli indicatori di processo ed esito clinico e gli indicatori di tipo organizzativo.

FUTURI SVILUPPI

Necessita investire sul coinvolgimento e la formazione del personale, anche rispetto ai meccanismi operativi propri dell'organizzazione dipartimentale, su cui vanno impostate le modalità di incentivazione.

Inoltre, va sviluppata la leadership, fulcro della gestione dipartimentale, con interventi di formazione, sostegno e riconoscimento.

In ambito conclusivo del Progetto sono previsti:

- Il monitoraggio della qualità tecnica, organizzativa, relazionale e percepita dei percorsi di cura evidenziati, con l'identificazione delle modalità organizzative e dei percorsi in grado di favorire i migliori risultati di salute.
- La diffusione dei risultati della ricerca mediante la pubblicazione sulle riviste, l'organizzazione di un convegno internazionale.
- La proposta di proseguire la sperimentazione dei profili di cura e assistenza attraverso la predisposizione di un piano di monitoraggio pluriennale.

Sarà un'esigenza futura la creazione di una cartella territoriale ed ospedaliera (Servizio di Diagnosi e Cura) del cittadino che si rivolge al Dipartimento (interessato), mettendo in rete tra loro gli Operatori del Dipartimento, quelli dei Distretti e dei Comuni, i Medici di Medicina Generale.

Tutti gli operatori inseriscono la loro valutazione e/o prestazione. Ciascuno di essi sa se quel Cittadino è seguito dal Dipartimento anche se il Programma non permette di accedere a informazioni che l'operatore non abbia deciso essere "condivisibili".

Realizzare il monitoraggio e il governo della richiesta tramite una specifica procedura informatica che consenta la registrazione delle richieste accompagnata da varie informazioni che consentono la valutazione di priorità, tra le quali:

- patologie da trattare
- presenza di eventuali comorbidità
- intervento da eseguire
- età
- note del medico di base o del clinico
- preferenze del paziente
- urgenza

La procedura consente la tracciabilità del percorso delle richieste a più livelli:

- registrazione della richiesta in questa fase è previsto che oltre agli operatori ospedalieri possano intervenire anche i medici di base che, tramite connessione internet al server aziendale, possono registrare richieste per i loro assistiti.

- valutazione e conferma in questa fase è previsto che i clinici ospedalieri valutino le richieste e le confermino (fase di intervento per la razionalizzazione della domanda); il paziente viene informato che è in lista e, se la richiesta proviene dal medico di base, questi viene informato via posta elettronica.
- chiamata del paziente.

CONCLUSIONE

L'adozione di percorsi assistenziali condivisi per patologie a forte impatto sociale, come le malattie infettive, può garantire pratiche appropriate nella gestione delle stesse soltanto se supportate da un monitoraggio costante delle attività cliniche.

La condivisione dei dati sulle diagnosi, sulle terapie e sui risultati ottenuti, consente all'azienda di mettere in pratica un ciclo di programmazione e controllo sulle attività cliniche ed economiche, che permettono contemporaneamente il miglioramento continuo della qualità, dell'esito clinico e dell'efficacia gestionale.

Lo studio ha proposto un modello assistenziale estremamente articolato, il cui successo si fonda sulla convergenza di due variabili:

- le elevate competenze e il forte spirito di dedizione di tutti i professionisti coinvolti;
- l'integrazione dei processi tra le diverse strutture organizzative;

Sono però da evidenziare alcune criticità legate alla gestione dei carichi di lavoro, la cui soluzione contribuirebbe a migliorare ulteriormente la qualità del modello. L'attuale carico di lavoro, giudicato dal personale "estremamente elevato, ma controllabile per il livello di responsabilità degli individui", rende necessario dotarsi di sistemi di prevenzione e di gestione del rischio che consentano di far fronte ai problemi tipici che emergono nelle organizzazioni sanitarie.

Nonostante ciò, il modello, nella sua complessità, è un'esperienza di successo sia perché consente la realizzazione di un processo assistenziale i cui costi complessivi sono sensibilmente inferiori rispetto a quelli dell'assistenza ospedaliera, favorendo un ulteriore ridimensionamento dei costi a carico del Sistema Sanitario.

Alla luce di tali considerazioni, l'eventuale estensione del modello ad altre strutture è un obiettivo non solo possibile, ma anche auspicabile per gestire il problema del carico economico ed organizzativo che questa casistica comporta.

In ogni parte del mondo, una sfida importante degli anni a venire è quella posta dalle malattie infettive e croniche e in particolare dalla qualità della vita di coloro che ne soffrono. Perciò è importante dotare la ricerca delle risorse necessarie a mettere a fuoco e a capire queste problematiche.

La ricerca può aiutare a scoprire modi più promettenti per far fronte alla morbidità e alle menomazioni proprie di una vita divenuta in pochi anni molto più lunga. Questi problemi spiegano i più elevati costi personali, sociali ed economici dell'assistenza degli anziani, nonché di speciali categorie di giovani affetti da malattie come l'AIDS e il diabete.

L'idea di un deciso contenimento della morbidità nell'ultima stagione della vita ha suscitato molte speranze e grande ottimismo, ma finora le prove a suo favore sono tutt'altro che decisive. Né è del tutto chiaro quale assistenza sanitaria pubblica e quali strategie cliniche promettano di essere più efficaci nel dilazionare o nel ritardare l'insorgere di malattie e disabilità.

Questa, comunque, è un'importante frontiera della ricerca, una frontiera che, per il bene dell'umanità, è destinata a diventare più importante della guerra continua contro le malattie mortali.

Tuttavia si può ben dire che in molti paesi una reviviscenza delle malattie infettive comporterà, per ironia della sorte, che la medicina debba combattere contemporaneamente su due fronti.

L'Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale deve affrontare la questione del rapporto con il Cittadino in modo innovativo rispetto al passato.

E' infatti indispensabile che gli utenti sperimentino, nella quotidianità degli eventi, un effettivo cambiamento nell'approccio con le organizzazioni sanitarie, un approccio che sia più capace di rendere evidente il profilo di servizio e di concretizzare risposte rapide ai bisogni. A tal fine occorre promuovere la crescita professionale degli operatori sanitari e la crescita, in termini di capacità comunicativa, del personale a contatto con il pubblico. Le Unità Operative di Malattie Infettive possono giocare un ruolo di primo piano nell'assistenza sanitaria del terzo millennio, come confermato anche da alcune scelte "controtendenza" operate o meditate nel mondo anglosassone in cui alla nostra specialità è in genere riservato il ruolo di consulenza: un recente studio di sorveglianza decennale svolto sulle meningiti e le encefaliti ospedalizzate in Inghilterra, ha posto in evidenza come la frammentazione delle strutture di accoglienza e le ridotte competenze scientifiche e tecniche di ordine infettivologico non abbiano consentito né una mappatura epidemiologica, né una diagnostica tempestiva ed efficace.

Non va ancora dimenticata l'importante ed inquietante ritorno della tubercolosi polmonare ed extrapolmonare, talora indotta da germi resistenti ai comuni chemioterapici. Tale patologia, che certamente rappresenta una minaccia, è di sicura pertinenza dell'infettivologia che ne gestisce l'isolamento respiratorio, il lungo protocollo terapeutico/assistenziale, gli effetti collaterali e le interazioni tra i numerosi farmaci disponibili, la gestione delle modalità preventive, con sicuro beneficio per la comunità. Quindi è possibile affermare che, per le Aziende Sanitarie, attuare il Governo Clinico rappresenta la possibilità di stimolare e implementare fenomeni di appropriatezza clinica e di cure basate sulle prove di efficacia. Attraverso un processo di coinvolgimento, formazione e aggiornamento del personale, indispensabile in un programma di *clinical governance*, si potrà infatti indirizzare l'attività dei professionisti verso azioni di provata efficacia e verso comportamenti omogenei, senza che questo si traduca in una compressione della autonomia professionale.

CONSIDERAZIONI FINALI

È ben evidente che il governo clinico è una sfida culturale che la Sanità auspica, ma per la quale si deve esser pronti affinché non diventi lo sterile esercizio culturale di una élite di addetti ai lavori. D'altro canto la classe

politica deve comprendere ed accettare che solamente il pieno coinvolgimento degli operatori sanitari, in chiave di governo clinico, può stimolare un reale salto culturale, senza il quale il nostro Sistema Sanitario Pubblico rischia di lasciare il passo ad interessi privati.

Se il governo della pratica clinica si assume la piena responsabilità di regolare l'erogazione dei servizi attraverso un impegno multidisciplinare, condiviso tra componente clinica e amministrativa, fortemente responsabilizzante, partecipato da parte dell'utenza, il problema è cominciare ad utilizzare gli strumenti a disposizione.

I principi di economicità e di qualità si traducono operativamente nella ricerca di efficienza ed efficacia dei servizi sanitari secondo un obiettivo che, semplificando, potrebbe suonare: "i migliori prodotti (o servizi) al minor costo". Tale ricerca implica ovviamente un investimento nella razionalizzazione dei processi gestionali ed organizzativi: un primo tipo di intervento riguarda la standardizzazione dei processi di lavoro e l'efficienza tecnica, esito della definizione di sequenze di operazioni produttive che meglio permettono di raggiungere un determinato scopo e a minor costo. Un secondo tipo di intervento riguarda, in senso più generale, l'efficienza organizzativa ed implica dunque l'adozione di modelli "per processi", che esaltano la centralità del cliente e la gestione delle attività di servizi ad esso rivolti.

L'utilizzo della metodologia dei percorsi assistenziali influisce positivamente su aspetti di economicità, appropriatezza, efficacia, soddisfazione degli utenti, anche se vorremmo che ci fossero più evidenze scientifiche a sostegno di queste convinzioni.

Si ribadisce che è indispensabile tenere conto dei principi della Medicina (o meglio dell'Assistenza Sanitaria) basata sulle Evidenze nell'individuare gli interventi da raccomandare nei percorsi assistenziali, anche se ci sarà comunque sempre bisogno di ricorrere all'esperienza di chi ha trattato i pazienti affetti dalle condizioni in esame.

È appropriato chiudere con un elenco dei benefici dell'applicazione sperimentale di percorsi assistenziali mirati ad aumentare le pratiche basate sulle evidenze scientifiche secondo il Royal Australasian College of Physicians (Australia e Nuova Zelanda) (www.racp.edu.au/bp/).

I percorsi assistenziali sono stati introdotti per queste condizioni: ictus acuto, cancro colon-rettale, scompenso cardiaco, dolore toracico, polmonite, otite media.

I vantaggi secondo Royal Australasian College of Physicians sono stati:

- istituzione di gruppi di lavoro che sono riusciti a superare rigidi confini organizzativi e di disciplina;
- aumento delle comunicazioni tra ed entro le unità organizzative e tra ed entro i gruppi professionali;
- sviluppo di strumenti per orientare la pratica basati sulle evidenze;
- aumento sia delle conoscenze, sia delle abilità di molti clinici;
- modificazione dell'atteggiamento dei clinici verso le linee guida basate sulle evidenze e nei confronti del coinvolgimento degli utenti;

- miglioramento del morale del personale e del suo senso di controllo;
- generazione di migliori informazioni per gli utenti;
- aumento della possibilità per gli utenti di contribuire utilmente alle discussioni sull'erogazione dell'assistenza;
- generazione di indicatori di feedback per i clinici;
- in qualche caso, chiari risultati di miglioramento documentati da indicatori di processo e di esito;
- in qualche caso, cambiamento nell'uso di risorse verso una maggiore efficienza.

Diversi pareri sostengono che i percorsi assistenziali “ingessano l'arte della medicina”.

I percorsi sono certamente orientativi, ma il clinico può discostarsi dalle raccomandazioni del percorso se non le condivide o se le ritiene inappropriate per le particolari condizioni cliniche o sociali. E' tenuto però a segnalare gli scostamenti, per contribuire a modifiche sostanziali e una maggiore articolazione del percorso.

E' doveroso richiamare l'attenzione su quanto la partecipazione alla definizione e all'*auditing* di percorsi assistenziali possa essere un forte strumento di formazione continua.

Per fortuna la partecipazione ai gruppi di valutazione e miglioramento di qualità, come quelli rappresentati dalla definizione ed attuazione dei percorsi assistenziali, viene ora accettata come valida ai fini ECM.

Concludendo, si può affermare che l'attivazione dei percorsi assistenziali, secondo le metodologie suggerite, è probabilmente il modo migliore di mettere in pratica la *clinical governance* o “governo clinico”.

Bibliografia

1. American Hospital, Infection Control in the Hospital, Chicago: American Hospital Association, 1979, p 161-2
2. Airolidi G., Brunetti G., Coda V (1994). Economia aziendale. Bologna, Il Mulino
3. Anthony R. D., Young D. W (1984). Management Control in Nonprofit Organizations, Homewood, IL: Irwin, 3a ed. (trad. it. Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit, Milano: McGraw Hill, 1992)
4. Ballini L, Liberati A (2003). Governo clinico superstar. 24 ore Sanità e Management, luglio-agosto: 4-11
5. Ballini L, Liberati A (2004). Linee guida per la pratica clinica. Metodologia per l'implementazione. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore
6. Baraghini G, Trevisani B, Roli L (2001). Le ISO 9000 in Sanità/la Vision. Per governare bisogni e richieste. Milano, Franco Angeli
7. Canadian Medical Association (1995). Care Maps and Continuous Quality Improvement. Ottawa
8. Casati G. (a cura di) (2000). Il percorso del paziente. Milano, EGEA
9. Casati G. (a cura di) (2001). Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie. Milano, Mc Graw Hill
10. Casati G. (2002). La gestione per processi in sanità, QA Vol 13. Nr.1
11. Casati G, Vichi MC (2002). Il percorso assistenziale del paziente in ospedale, Milano, Mc GrawHill
12. Center For Disease Control, Isolation Techniques For use in Hospital, Washington: Public Health Service Publication, 1970
13. Cheah TS (1998). The impact of clinical guidelines and clinical pathways on medical practice: effectiveness and medico-legal aspects. *Annals of Academy of Medicine* 27:533-539
14. Cluzeau F, Littlejohns P, Grimshaw J, Feder G, Moran S. Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *International Journal for Quality in Health Care* 1999;11:21-28
15. Cochrane A (1999). Efficienza ed efficacia. Riflessioni sui servizi sanitari. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore
16. De Luc K (2000). Care pathways – an evaluation of how effective they are? *Journal of Advanced Nursing* 32:485-95
17. Di Giulio P. et al. "Qualità, Accreditamento, Indicatori Logiche e percorsi per un ruolo degli infermieri nella valutazione dell'assistenza, a cura della Federazione nazionale Collegi IP.AS.VI. -Roma – 1998
18. Di Stanislao F, Noto G (1999). Sviluppo organizzativo quality-oriented. Un quadro concettuale ed una ipotesi di lavoro per le aziende Sanitarie. *MECOSAN*, 31: 23-36

19. Di Stanislao F (2001). Evidence Based Medicine e profili di assistenza strumenti di integrazione e di innovazione organizzativa, di miglioramento dell'efficacia e di razionalizzazione della spesa. Aress I, n.3, 22-24
20. Di Stanislao F. Liva C. (1998) Accreditalmento dei servizi sanitari in Italia Centro scientifico ED. Torino
21. Donabedian A (1976). Measuring and evaluating Hospital and Medical Care. *Bulletin of New York Accademy of Medicine*, 52:51-9
22. Donabedian A (1990). La qualità dell'assistenza sanitaria: primo volume. Firenze, NIS
23. Donati P. (1987) (a cura di) Manuale di Sociologia sanitaria , La Nuova Italia scientifica , Roma
24. Emmerson AM, Enstone JE, Griffin M, Kelsey MC, Smyth ET. The Second National Prevalence Survey of infection in hospitals – overview of the results. *J Hosp Infect* 1996; 32: 175-90
25. Frazzica RG, Giambelluca SE, Perraro F, Morosini P, Arnone R, Centineo G, Pinco M, Testaquadra S, Vancheri O (2002). Miglioramento Continuo della Qualità negli ospedali in Sicilia. *QA.13* (3):142-153
26. Focarile F (2001). Gli indicatori. Torino, Centro Scientifico Editore, II edizione
27. Grol R, Dalhuijzen J, Mookink H, Thomas S, Veld C, Rutten G. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 1998;**317**:858-861
28. Lobiondo Wood G. - Haber J. “Metodologia della ricerca infermieristica” Edizione italiana a cura di Julita Sansoni McGraw-Hill editore - Milano – 1997
29. Lohr KN, Field MJ. A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. In: Field MJ, Lohr KN (eds). *Guidelines for clinical practice. From development to use*. Washington D.C. National Academy Press, 1992
30. Lohr KN. The quality of practice guidelines and the quality of health care. In: Guidelines in health care. Report of a WHO Conference. January 1997, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1998
31. Martiny G. Cataldo A. Esperienza a confronto sulla qualità in Sanità - Ed ASL 22 Regione Piemonte
32. Moro ML, Gandin C, Bella A, Siepi G, Petrosillo N. Indagine conoscitiva nazionale sulle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere negli ospedali pubblici italiani. Rapporti ISTISAN 01/4, ISSN 1123-3117
33. Panella m. Moran N. Di Stanislao F. (1997) Una metodologia per lo sviluppo dei profili di assistenza: l'esperienza del Trihealth Inc *QA*: 8(1); 1-16
34. Panella M. Di Stanislao F. (1999) Sistema di qualità: Ufficio di staff della Direzione Generale o tecno struttura dell'organizzazione?

- Una rassegna delle principali esperienze internazionali. QA 10 (2) ; 61-68
35. Panella M, Marchisio S, Kozel D, Ongari M, Bazzoni C, Fasolini G, Sguazzini C, Minola M, Gardini A, Di Stanislao F (2000) La costruzione, la sperimentazione e l'implementazione dei profili di assistenza: istruzioni per l'uso. QA Dicembre 11, 4: 251-262
 36. Panella M, Marchisio S, Di Stanislao F (2003). Reducing clinical variation. Do clinical pathways work? Int J of Quality in Healthcare 15:509-521
 37. Progetto QUALITAS: l'accreditamento professionale dei servizi di Malattie Infettive e Tropicali – Aggiornamento 2008 – Editrice SIMIT (Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali): www.simit.org
 38. Kravitz M. Outpatient Wound Care. Crit Care Nurs Clin North Am 1996,8 (2): 217-33
 39. Tonelli S (1994). La qualità nei servizi di prevenzione. In: *Obiettivo qualità in sanità pubblica*. Bologna, Regione Emilia-Romagna (Collana Contributi n.38)
 40. Tonelli S (2003). La qualità nelle organizzazioni sanitarie. Documento per corsi di formazione non pubblicato. Firenze
 41. BANCHE DATI GENERALI
MEDLINE: prodotta dal governo americano
EMBASE: prodotta dall'editore Elsevier
 42. BANCHE DATI DI REVISIONI SISTEMATICHE
THE COCHRANE LIBRARY
 43. BANCHE DATI DI LINEE GUIDA
NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE: prodotta dalla Agency for Healthcare Research and Quality (AHRO)
CMA Infobase: prodotta dall'Associazione Medica Canadese
SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)
ANAES (Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé)
HTA database: di technology assessment
 44. BANCHE DATI DI ANALISI ECONOMICHE
NEED-NHS: base di dati di valutazioni economiche prodotta dall'importante centro di York (NHS Centre for Reviews and Dissemination)
 45. BANCHE DATI INFERMIERISTICHE
CINHAL: prodotta da CINHAL Information System

ALLEGATI

SCHEDA PATOLOGICA (1)

COD	Patologia: Diarree Infettive	
	CARATTERISTICHE SPECIFICHE	
	Definizione particolare (eventuale):	
	Tipologia Diarree Infettive: <ul style="list-style-type: none"> • nosocomiali : esordio dopo 3 gg in ospedale • acute: < 14 gg di durata • persistenti > 14 gg di durata • cronica > 30 gg 	
	Possono essere affetti da questa patologia o ne possono presentare i sintomi i seguenti tipi di pazienti:	
	<ul style="list-style-type: none"> • bambini e adulti (immunocompetenti o immunodepressi) 	
	Ed in tal caso sono oggetto della presa in carico di un Reparto di Malattie Infettive	
	Il prodotto che il Reparto di Malattie Infettive intende realizzare, a seconda delle condizioni del paziente, sono:	
	<ul style="list-style-type: none"> • diagnosi, assistenza e terapia 	
	I percorsi con i quali il Reparto di Malattie Infettive gestisce il paziente, a seconda delle sue condizioni cliniche e/o ambientali, possono essere:	
	<ul style="list-style-type: none"> • ricovero ordinario 	
	<ul style="list-style-type: none"> • DH 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Consulenza presso altra U.O. ricovero 	
	Le finalità che il Reparto di Malattie Infettive punta a raggiungere, a seconda delle condizioni del paziente, possono essere:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Guarigione 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Evitare la trasmissione della patologia 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Evitare complicanze 	

[1 – 1]

Monitoraggio qualità dei Prodotti				
Ogni struttura di Malattie Infettive, per la verifica del raggiungimento delle finalità che si propone di ottenere nel processo diagnostico-assistenziale-terapeutico, utilizza il seguente pacchetto di				
Indicatori di Risultato				
	Finalità	Caratteristica di qualità	Indicatore	Dati necessari
	Guarigione	Remissione sintomi senza recidive	% di accessi ripetuti alla struttura per recidive rilevate ambulatoriamente o per ricoveri nei 30 gg dalla dimissione	Rilevazione a 1 mese dalla dimissione
		Appropriata diagnosi etiologica	% di casi con diagnosi etiologica sul totale ricoverati	Da dati delle cartelle
		Tempi di decorso appropriati	% di casi con degenza < 5 gg	da dati dell'uff.infermieristico aziendale
	evitare la trasmissione della patologia	Appropriate azioni di coinvolgimento	% di counselling riportati da registrazioni in cartella	Da dati della cartella
	evitare complicanze	Adozione comportamento e terapia appropriate nei casi a rischio e patologie specifiche (amebiasi)	adozione di protocolli operativi per patologie e fattori di rischio	Esistenza di protocolli diffusi

Requisiti Specifici del Processo Ricovero			
I requisiti specifici che sono consigliati ad ogni struttura di Malattie Infettive per una corretta gestione di questa patologia, nelle macrofasi in cui si realizza il prodotto sono:			
Macrofase	Per garantire corretta gestione di	È necessario dare evidenza di:	
Presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> • approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	<ul style="list-style-type: none"> - indagine anamnestica per avere elementi per differenziare immediatamente forme autoctone, nosocomiali, da importazione 	
	<ul style="list-style-type: none"> • prestazioni diagnostico-assistenziali-terapeutici 	<ul style="list-style-type: none"> - prelievo immediato per esami di urgenza - riequilibrio idroelettrolitico nei casi gravi o pazienti a rischio - dieta idrica (se necessaria) 	
	<ul style="list-style-type: none"> • vincoli sicurezza specifici 	<ul style="list-style-type: none"> - ricovero in reparto Mal. Inf. - counselling 	
	<ul style="list-style-type: none"> • vincoli strutturali specifici 	Stanza e bagno separati in caso di scarsa igiene del paziente (come da CM 4 del 13.03.98)	
Inquadramento diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> • prestazioni diagnostico-assistenziali-terapeutici specifiche 	<ul style="list-style-type: none"> - mantenimento equilibrio idroelettrolitico nei casi gravi o paz. a rischio - eventuale terapia antibiotica - eventuale terapia sintomatica 	
	<ul style="list-style-type: none"> • competenze professionali specifiche 	<ul style="list-style-type: none"> - prescrizione indagini mirate con dettaglio di ricerca - approccio differenziato tra le tipologie di diarree 	
	<ul style="list-style-type: none"> • vincoli strutturali specifici 	Stanza e bagno separati	
Gestione decorso clinico	<ul style="list-style-type: none"> • prestazioni diagnostico-assistenziale-terapeutico specifiche 	Utilizzo di protocolli	
	<ul style="list-style-type: none"> • vincoli strutturali specifici 	stanza e bagno separati in caso di scarsa igiene del paziente[come da CM 4 del 13.03.98]	
Dimissione	<ul style="list-style-type: none"> • vincoli di sicurezza specifici 	3 coproculture con esito negativo prima della dimissione (obbligatorie solo per il colera)	
Sorveglianza post dimissione	<ul style="list-style-type: none"> • prestazioni diagnostico-assistenziale-terapeutico specifiche 	<ul style="list-style-type: none"> - prescrizioni comportamentali e terapeutiche - controlli clinici successivi - eventuale coprocultura esami parassitologici 	

SCHEDA PATOLOGICA (2)

COD	Patologia: Endocardite
	CARATTERISTICHE SPECIFICHE
	Definizione particolare (eventuale):
	Possono essere affetti da questa patologia o ne possono presentare i sintomi i seguenti tipi di pazienti:
	<ul style="list-style-type: none"> bambini e adulti (immunocompetenti o immunodepressi)
	Ed in tal caso sono oggetto della presa in carico da parte di un Reparto di Malattie Infettive
	I prodotti che il Reparto di Malattie Infettive intende realizzare, a seconda delle condizioni del paziente sono:
	<ul style="list-style-type: none"> diagnosi e terapia profilassi delle recidive counselling
	I percorsi con i quali il Reparto di Malattie Infettive gestisce il paziente, a seconda delle sue condizioni cliniche e/o ambientali, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> ricovero ordinario DH Consulenza
	Le finalità che il Reparto di Malattie Infettive punta a raggiungere, a seconda delle condizioni del paziente, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> Guarigione medica Guarigione medica e chirurgica Minimizzare gli esiti cardiaci e le sequele extracardiache

Monitoraggio qualità dei prodotti				
Ogni struttura di Malattie Infettive, per la verifica del raggiungimento delle finalità che si propone di ottenere nel processo diagnostico – assistenziale – terapeutico, utilizza il seguente pacchetto di Indicatori di Risultato				
Finalità	Caratteristiche di qualità	Indicatore	Dati necessari	
Guarigione medica	Adeguate applicazione dei Protocolli Diagnostici-assistenziali-terapeutici specifici	% di guarigioni cliniche (mancata ricorrenza/ricaduta) sul tot. Endocarditi su valvola nativa senza intervento cardiocirurgico	Nei 60 gg dal termine terapia (ultimo giorno di somministrazione antibiotico che risulta da scheda terapia o cartella o lettera di dimissione) la comparsa di eventuale ricorrenza (ricaduta)	
Guarigione medica e chirurgica	Adeguate applicazione dei Protocolli diagnostici – assistenziali – terapeutici specifici	% di guarigioni cliniche (mancata ricorrenza/ricaduta) sul tot. Endocarditi su valvola nativa con intervento cardiocirurgico	Nei 60 gg dal termine di terapia (ultimo giorno di somministrazione antibiotico che risulta da scheda terapia o cartella o lettera dimissione) la comparsa di eventuale ricorrenza (ricaduta)	
Minimizzare gli esiti cardiaci e le sequele extracardiache	Adeguate applicazione dei Protocolli Diagnostico – assistenziali – terapeutici specifici e tempestività di diagnosi e valutazione di rischio	% di complicanze trombo-emboliche sul tot. Endocarditi	N° di eventi conosciuti e registrati attraverso sorveglianza attiva e mirata nei 180 gg post dimissione	

Requisiti Specifici del Processo Ricovero			
I requisiti specifici che sono consigliati ad ogni struttura di Malattie Infettive, per una corretta gestione di questa patologia, nelle macrofasi in cui si realizza il prodotto sono:			
Macrofase	Per garantire corretta gestione di	È necessario dare evidenza di:	
presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	Valutazione di - comparsa de novo di soffi cardiaci o loro modificazione - caratteristici segni cutanei - febbre di lunga durata [vedi criteri Duraci] - anamnesi mirata	
	<ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni diagnostico assistenziali terapeutici 	- prelievo esami urgenti - 3 set di emocolture aerobi/anaerobi (6 set se trattati con antibiotici nelle ultime 2 sett.), segnalando n Microbiologia anche la ricerca di germi del gruppo HACEK - esami strumentali urgenti	
	<ul style="list-style-type: none"> • Competenze professionali specifiche 	- valutazione fattori di rischio per tipologia endocardite su: - valvole native - valvole protesiche - endocardite nosocomiale - del tossicodipendente - anziano e bambino	
	<ul style="list-style-type: none"> • Interfaccia con altri servizi 	- Lab. Biochimica - Lab. Microbiologia - Diagn. Immagini - Cardiologo - Ecocardiografista - Rianimatore - Cardiocirurgo	
	<ul style="list-style-type: none"> • Vincolo sicurezza specifici 	Ricovero in reparto Mal. Inf.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Vincolo strutturali specifici 	Camera singola attrezzata per monitoraggio, letto adeguato con materasso antidecubito	
Inquadramento diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> • Prestazione diagnostico assistenziali terapeutici 	- prescrizioni di Ecocardiografia transtoracica o transesofagea - ecodoppler	
	<ul style="list-style-type: none"> • Competenze professionali specifiche 	Disposizioni per ricerche microbiologiche mirate finalizzare a ridurre la frequenza di diagnosi di endocardite ad eziologia non nota (< 5-10 %)	
Gestione decorso clinico	<ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni diagnostico assistenziali terapeutiche 	- Prescrizione ecocardiografia transtoracica, transesofagea, doppler, coronariografia - terapia antibiotica ragionata o secondo LG per eziologia e tipo di endocardite; - terapia mirata dopo diagnosi eziologia - terapia di supporto - terapia delle complicanze	
	<ul style="list-style-type: none"> • Competenze professionali specifiche 	- ricerca e bonifica porta d'entrata tenendo conto	

			dell'agente etiologico (Str. Bovis= patologia grosso intestino?) e delle eventuali patologie non infettive correlabili all'agente eziologico - bonifica di foci infettivi - decisioni multidisciplinari per l'accesso all'intervento cardochirurgico
		<ul style="list-style-type: none"> Interfaccia con altri servizi 	<ul style="list-style-type: none"> Cardiologo Cardiochirurgo Rianimatore Lab. Farmacocinetica (monitoraggio sierico antibiotici) Lab. Microbiologia (test di batteriocida antibiotici e siero) Fisiatra Odontostomatologo
	Trasferimento in Cardiochirurgia e continuità consulenziale	<ul style="list-style-type: none"> Prestazioni diagnostico assistenziali terapeutiche 	Consulenza per terapia antibiotica scelta, dosi, durata
	Dimissione	<ul style="list-style-type: none"> Competenze professionali specifiche 	<ul style="list-style-type: none"> adeguata gestione microbiologica del materiale asportato chirurgicamente (vasi sterili) discriminare da germi contaminati
		<ul style="list-style-type: none"> Interfaccia con altri servizi 	<ul style="list-style-type: none"> cardiochirurgia T.I. postoperatoria
		<ul style="list-style-type: none"> Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	Profilassi secondaria
		<ul style="list-style-type: none"> Competenze professionali specifiche 	Profilassi secondaria per procedure a rischio (linee guida)
		<ul style="list-style-type: none"> Interfaccia con altri servizi 	<ul style="list-style-type: none"> MMG Cardiologo Cardiochirurgo Centri riabilitazione
	Sorveglianza post dimissione	<ul style="list-style-type: none"> Prestazioni diagnostico assistenziali terapeutici 	Valutazione parametri

SCHEDA PATOLOGICA (3)

Cod.	Patologia: Epatite Acuta
	CARATTERISTICHE SPECIFICHE
	Definizione particolare (eventuale):
	Possono essere affetti da Epatite Acuta o ne possono presentare i sintomi i seguenti tipi di pazienti:
	<ul style="list-style-type: none">• bambini e adulti (immunocompetenti o immunodepressi)
Ed in tal caso sono oggetto della presa in carico da parte di un Reparto di Malattie Infettive	
	I prodotti che il Reparto di Malattie Infettive intende realizzare, a secondo delle condizioni del paziente, sono:
	<ul style="list-style-type: none">• Diagnosi, assistenza e terapia al paziente
	<ul style="list-style-type: none">• Counselling
	I percorsi con i quali il Reparto di Malattie Infettive gestisce il paziente, a secondo delle condizioni del paziente, sono:
	<ul style="list-style-type: none">• ricovero ordinario, day hospital
	Le finalità che il Reparto di Malattie Infettive punta a raggiungere, a secondo delle condizioni del paziente, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none">• guarigione
	<ul style="list-style-type: none">• evitare la trasmissione della patologia

[3 – 1]

Monitoraggio qualità dei Prodotti				
	Ogni struttura di Malattie Infettive, per la verifica del raggiungimento delle finalità che si propone di ottenere nel processo diagnostico-assistenziale e terapeutico, per gruppi di patologie riferibili omogeneamente a questo prodotto, utilizza il seguente pacchetto di			
	Indicatori di risultato			
	Finalità	Caratteristica di risultato	Indicatore	Dati necessari
	Guarigione	Riduzione del rischio di mortalità nei casi di epatite “fulminante” (*)	% di richiesta documentata di avvio a Centri Trapianti sul tot. Epatiti fulminanti	Scheda specifica di epatite fulminante
	Evitare la trasmissione della patologia	Effettuazione counselling	% di counselling riportati da registrazione in documentazione sanitaria	Documentazione infermieristica

(*) tra le epatiti acute, epatite Fulminante

Nota:

insufficienza epatica in fegato sano insorta da meno di 8 settimane dall’inizio dell’esordio della malattia, associata a encefalopatia di grado 2 o superiore, con valori di attività protrombinica (non corretti) inferiori a 15%” .

[3 – 2]

Requisiti Specifici del Processo Ricovero			
I requisiti specifici che sono consigliati ad ogni struttura di Malattie Infettive, per una corretta gestione di questa patologia, nelle macrofasi in cui si realizza il prodotto sono:			
Macrofase	Per garantire corretta gestione di	È necessario dare evidenza di	
Presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> Prestazioni diagnostiche, assistenziali e terapeutiche specifiche 	Prelievo immediato per esami di urgenza > transaminasi > bilirubina > attività protrombina	
	<ul style="list-style-type: none"> Vincolo di sicurezza specifici 	> ricovero in reparto di MI > counselling	
	<ul style="list-style-type: none"> Vincoli strutturali specifici 	> ricovero con patologia compatibile > camera con bagno dedicato	
Inquadramento diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> Approccio diagnostico/assistenziale terapeutico 	> prescrizioni per esami biochimici e marcatori eziologici	
Gestione decorso clinico	<ul style="list-style-type: none"> Approccio diagnostico-terapeutico specifico 	> valutazione eventuali terapie antivirali > prescrizioni eventuali indagini strumentali > controllo e valutazione fattori di aggravamento Malattia	
	<ul style="list-style-type: none"> Prestazioni diagnostiche-assistenziali-terapeutiche 	> terapie sintomatiche > piano assistenziale appropriato > diete appropriate	
Gestione epatite “fulminante”	<ul style="list-style-type: none"> Approccio diagnostico-terapeutico-assistenziale 	> avvio al centro trapianti (secondo quanto previsto da Protocollo integrati specifici con servizi)	
	<ul style="list-style-type: none"> Competenze professionali specifiche 	> terapie sintomatiche appropriate	

SCHEDA PATOLOGICA (4)

COD.	Patologia: Epatite Cronica
	CARATTERISTICHE SPECIFICHE
	Definizione particolare (eventuale):
	Possono essere affetti da questa patologia o ne possono presentare i sintomi i seguenti tipi di pazienti:
	<ul style="list-style-type: none">• bambini e adulti (immunocompetenti o immunodepressi)
Ed in tal caso sono oggetto della presa in carico da parte di un Reparto di Malattie Infettive	
	I prodotti che il Reparto di Malattie Infettive intende realizzare, a seconda delle condizioni del paziente sono:
	<ul style="list-style-type: none">• Diagnosi e terapia• Counselling
	I percorsi con i quali il Reparto di Malattie Infettive gestisce il paziente, a seconda delle sue condizioni cliniche e/o ambientali, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none">• Ricovero ordinario• DH• Ambulatorio
Le finalità che il Reparto di Malattie Infettive punta a raggiungere, a seconda delle condizioni del paziente, possono essere:	
	<ul style="list-style-type: none">• Guarigione• Riduzione del danno• Evitare la trasmissione della patologia• Gestione degli effetti collaterali della terapia

[4 – 1]

Monitoraggio qualità dei Prodotti				
Ogni struttura di Malattie Infettive, per la verifica del raggiungimento delle finalità che si propone di ottenere nel processo Diagnostico-Assistenziale-Terapeutico utilizza il seguente pacchetto di				
Indicatori di Risultato				
Finalità	Caratteristica di qualità	indicatore	Dati necessari	
Guarigione	Adeguatezza dell'inquadramento diagnostico	% di soggetti sottoposti a biopsia prima del trattamento	dati da cartella o scheda paziente	
	Adeguatezza dell'inquadramento terapeutico	% dei soggetti con definizione del genotipo prima dell'inizio della terapia specifica	Dati da cartella o scheda paziente	
	Stabile afferenza al centro e Aderenza al programma assistenziale- terapeutico	- % di pazienti con infezioni da HCV con determinazione della viremia dopo il primo e terzo mese di terapia - % di pazienti con epatite cronica B con determinazione della viremia al sesto mese di terapia	dati da cartella o scheda paziente	
	gestione del paziente fino al completamento del ciclo previsto e successivo follow up	% dei pazienti con valutazione della risposta sostenuta	Dati da cartella	
	Tempestiva gestione assistenziale-terapeutica per gli effetti collaterali	Documentazione della gestione degli effetti collaterali (eventuale modifica o sospensione dei farmaci)	Dati da cartella	

Requisiti specifici del Processo Ricovero			
I requisiti specifici che sono consigliati ad ogni struttura di Malattie Infettive, per una corretta gestione di questa patologia, nelle macrofasi in cui si realizza il prodotto sono:			
	Macrofase	Per garantire corretta gestione di	È necessario dare evidenza di:
	Presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> competenze professionali specifiche 	Specifiche comportamentali
	Inquadramento diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> competenze professionali specifiche 	<ul style="list-style-type: none"> - Biopsia ecoguidata (se eseguita direttamente) ed eventuale rivalutaz. Clinico-anatomo pat. - valutazione con fibroscan (ove applicabile)
		<ul style="list-style-type: none"> tecnologie specifiche 	Strumentazione idonea per biopsia ecoguidata (se eseguita direttamente)
	Gestione decorso clinico	<ul style="list-style-type: none"> approccio diagnostico-assistenziale-terapeutico 	<ul style="list-style-type: none"> -valutazione terapie specifiche -prescrizione indagini strumentali -controllo e valutazione fattori di aggrav. malattia
		<ul style="list-style-type: none"> prestazione diagnostico-assistenziale-terapeutico 	<ul style="list-style-type: none"> - esistenza di un protocollo di monitoraggio degli effetti collaterali - gestione terapia in relazione alla fase e all'eziologia - diete appropriate
		<ul style="list-style-type: none"> competenze professionali specifiche 	Valutazione Critica: -indicazione ai trattamenti -risultati/esiti registrazione dei singoli effetti collaterali e dei trattamenti adottati: -sequele/complicanze
	Controlli periodici di malattia	<ul style="list-style-type: none"> approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	<ul style="list-style-type: none"> - differenziati per bisogni e fase di malattia (linee guida) - controllo e valutazione fattori di aggravamento malattia
		<ul style="list-style-type: none"> prestazioni diagnostico-assistenziale-terapeutico specifiche 	<ul style="list-style-type: none"> -Gestione terapie in relaz. Alla fase e all'eziologia - diete appropriate con uso di scheda ambulatoriale
		<ul style="list-style-type: none"> competenze professionali specifiche 	<ul style="list-style-type: none"> - gestione terapie - dieta appropriata con scheda ambulatoriale

		<ul style="list-style-type: none"> • interfaccia con altri servizi 	<ul style="list-style-type: none"> - differenziati per fase di Malattia (Linee Guida) - controllo e valutazione fattori di aggravamento malattia - gestione"" terapie in relazione alla fase e all' eziologia - diete appropriate con uso di scheda ambulatoriale
--	--	---	---

SCHEDA PATOLOGICA [5]

COD	Patologia: Febbre di origine sconosciuta (FUO)
	CARATTERISTICHE SPECIFICHE
	Definizione particolare (eventuale):
	Possono essere affetti da questa patologia o ne possono presentare i sintomi i seguenti tipi di pazienti:
	<ul style="list-style-type: none"> Bambini e Adulti (immunocompetenti o immunodepressi)
	Ed in tal caso sono oggetto della presa in carico da parte di un Reparto di Malattie Infettive
	I prodotti che il Reparto di Malattie Infettive intende realizzare, a seconda delle condizioni del paziente sono:
	<ul style="list-style-type: none"> diagnosi assistenza e terapia
	I percorsi con i quali il Reparto di Malattie Infettive gestisce il paziente, a seconda delle sue condizioni cliniche e/o ambientali, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> ricovero ordinario DH Ambulatorio Consulenza a pazienti ricoverati in altre UU.OO.
	Le finalità che il Reparto di Malattie Infettive punta a raggiungere, a seconda delle condizioni del paziente, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> Tempestività di diagnosi e cura Guarigione dalla patologia specifica diagnosticata Evitare trasmissione agente eziologico Riduzione del danno

Monitoraggio qualità dei Prodotti				
Ogni struttura di Malattie Infettive, per la verifica del raggiungimento delle finalità che si propone di ottenere nel processo diagnostico – assistenziale – terapeutico, utilizza il seguente pacchetto di				
Indicatori di Risultato				
	Finalità	Caratteristiche di qualità	Indicatore	Dati necessari
	Tempestività di diagnosi certa	Appropriatezza di tempi di diagnosi infettiva di FUO in entrata	% di diagnosi entro 21 gg dalla presa in carico nei casi di patologia infettiva	Dati da cartelle
		Appropriatezza di diagnosi infettiva di FUO in entrata	% di casi FUO non diagnosticata	dati da cartelle
		Contributo alla diagnosi di patologie non infettive	% di casi di FUO presi in carico con diagnosi di patologia non infettiva	Dati da cartelle
		Contatti con Centri per lo studio “Malattie Rare” (vedi specifico elenco Ministero)	N° di malattie rare diagnosticate in reparto all’anno	SDO e cartelle

Requisiti Specifici del Processo Ricovero			
I requisiti specifici che sono consigliati ad ogni struttura di Malattie Infettive, per una corretta gestione di questa patologia, nelle macrofasi in cui si realizza il prodotto sono:			
	Macrofase	Per garantire corretta gestione di	È necessario dare evidenza di:
	Presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> Vincoli sicurezza specifici 	Ricovero in reparto Mal. Inf.
	Inquadramento diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	Prescrizioni per indagini: <ul style="list-style-type: none"> - biochimiche - microbiologiche - strumentali - bioetiche - immunologiche - supporto multispecialistico
		<ul style="list-style-type: none"> Prestazioni diagnostiche assistenziali terapeutiche 	<ul style="list-style-type: none"> - Intradermo Mantoux, Quantiferon - valutazione stato immunitario
		<ul style="list-style-type: none"> competenze professionali specifiche 	<ul style="list-style-type: none"> - aspirato midollare - esami emoscopici (eventuali) - prescrizioni indagini mirate con dettaglio di ricerca
		<ul style="list-style-type: none"> Vincoli sicurezza specifici 	Applicazione delle precauzioni universali
		<ul style="list-style-type: none"> Vincoli strutturali specifici 	Ricovero in camera con bagno dedicato
	Gestione decorso clinico	<ul style="list-style-type: none"> Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	Prescrizione ulteriori indagini: <ul style="list-style-type: none"> - biochimiche - strumentali - microbiologiche - eventuali protocolli profilassi per i contatti
		<ul style="list-style-type: none"> Competenze professionali specifici 	Terapia “mirata” (tipologia e tempi) per la forma infettiva diagnosticata
		<ul style="list-style-type: none"> Vincoli sicurezza specifici 	Applicazione delle precauzioni universali
		<ul style="list-style-type: none"> Vincoli strutturali specifici 	Ricovero in camera dedicata (a seconda patologia)
	Dimissione	<ul style="list-style-type: none"> Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	programmazione follow up differenziato per tempi e modalità in base a patologia e infettività
	Sorveglianza post dimissione	<ul style="list-style-type: none"> Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	Controlli clinici e di laboratorio e strumentali
		<ul style="list-style-type: none"> Vincoli strutturali specifici 	Ambulatorio Mal. Inf.

SCHEDA PATOLOGICA (6)

COD	Patologia: HIV
	CARATTERISTICHE SPECIFICHE
	Definizione particolare (eventuale):
	Possono essere affetti da questa patologia o ne possono presentare i sintomi i seguenti tipi di pazienti:
	<ul style="list-style-type: none"> • bambini, donne in gravidanza e adulti (immunocompetenti o immunodepressi)
	Ed in tal caso sono oggetto della presa in carico da parte di un Reparto di Malattie Infettive
	I prodotti che il Reparto di Malattie Infettive intende realizzare, a seconda delle condizioni del paziente sono:
	<ul style="list-style-type: none"> • diagnosi e terapia • supporto psicosociale • monitoraggio
	I percorsi con i quali il Reparto di Malattie Infettive gestisce il paziente, a seconda delle sue condizioni cliniche e/o ambientali, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> • ricovero ordinario • DH • Consulenza
	Le finalità che il Reparto di Malattie Infettive punta a raggiungere, a seconda delle condizioni del paziente, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> • Contenimento della progressione nell'infezione asintomatica e recupero nell'infezione avanzata • Profilassi e terapia delle patologie opportunistiche • Prevenire la trasmissione dell'infezione • Conservazione di una buona qualità di vita

Monitoraggio qualità dei prodotti				
Ogni struttura di Malattie Infettive, per la verifica del raggiungimento delle finalità che si propone di ottenere nel processo diagnostico – assistenziale – terapeutico, utilizza il seguente pacchetto di Indicatori di Risultato				
Finalità	Caratteristiche di qualità	Indicatore	Dati necessari	
Contenimento della progressione dell'infezione	Tempestività dell'inquadramento diagnostico	% di casi in cui il tempo tra comunicazione esiti test o richiesta di presa in carico e termine dell'inquadramento diagnostico (stadiazione CDC) è inferiore a 30gg	Dati da cartelle o scheda ambulatoriale	
	Adesione al programma di monitoraggio	% di pazienti che abbandonano il programma sul totale dei pazienti in carico al centro (che non si presentano per 1 anno	Dati da cartelle o scheda ambulatoriale	
	Appropriatezza dell'approccio assistenziale e terapeutico	% di fallimenti virologici sul tot. Pazienti trattati (sulle base di una definizione che ogni centro stabilisce in accordo con Linee Guida validate) [stratificati per tipologia di paziente, escluse le sospensioni di trattamento]	Dati da cartelle/ scheda amb. o statistiche da laboratori	
	Livello di adesione alla terapia	% di pazienti che aderiscono a programmi per la valutazione di adesione alla terapia	Dati da cartelle/scheda specifica	
	Efficacia del programma di gestione del paziente	% di pazienti (sotto monitoraggio da almeno 6 mesi) che presentano eventi definenti AIDS (nuovi episodi e recidive)	Dati da cartelle/scheda ambulatoriale	
	Efficacia del programma di gestione del paziente	% di decessi di pazienti sotto monitoraggio da almeno 6 mesi per cause HIV correlate	Dati da cartelle/scheda ambulatoriale	
Prevenire la trasmissione dell'infezione	Adeguatezza delle misure di sicurezza adottate per la prevenzione orizzontale	Rapporto tra eventi di esposizione a rischio maggiore e dotazione organica del servizio	Registro della Direzione Sanitaria	

Requisiti Specifici del Processo Ricovero			
I requisiti specifici che sono consigliati ad ogni struttura di Malattie Infettive, per una corretta gestione di questa patologia, nelle macrofasi in cui si realizza il prodotto sono:			
Macrofase	Per garantire corretta gestione di	È necessario dare evidenza di:	
Presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> Approccio diagnostico, assistenziale, terapeutico e sociale 	<ul style="list-style-type: none"> counselling pre-test consenso informato al test esecuzione tempestiva del test counselling post-test offerta di supporto psicologico rispetto delle norme sulla privacy (possibilità anonimato) informazioni socio-assistenziali 	
	<ul style="list-style-type: none"> Interfaccia con altri servizi 	<ul style="list-style-type: none"> Laboratorio Servizio di Psicologia esterno (se non disponibile nella struttura) Servizio per le Dipendenze Centri MST Associazioni Volontariato 	
	<ul style="list-style-type: none"> Vincolo strutturali specifici 	Legge 135/90	
Inquadramento diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	<ul style="list-style-type: none"> tempestivo inquadramento diagnostico adesione alle linee guida nazionali ed internazionali più aggiornate (CDC) diagnosi di eventuali patologie associate 	
	<ul style="list-style-type: none"> Interfaccia con altri servizi 	Correlate agli specifici percorsi diagnostici: <ul style="list-style-type: none"> Laboratorio Biochimica Laboratorio Microbiologia Laboratorio di Virologia Laboratorio Immunologia Radiologia Anatomia Patologica Oncologia/Ematologia Chirurgia Neurologia Oculistica 	
Azioni per la prevenzione della trasmissione orizzontale (contatti e operatori sanitari)	<ul style="list-style-type: none"> Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	<ul style="list-style-type: none"> evidenza dell'adesione a Linee Guida per operatori sanitari counselling specifico al paziente sensibilizzazione sulla necessità di valutare il sierostato HIV nei contatti 	
Monitoraggio	<ul style="list-style-type: none"> Competenze professionali specifiche 	Formazione specifica sulle problematiche della trasmissione e sulle modalità di prevenzione	
	<ul style="list-style-type: none"> Vincoli sicurezza specifici 	<ul style="list-style-type: none"> applicazione delle precauzioni universali e specifiche disponibilità di adeguato quantitativo di farmaci e presidi per la profilassi immediata post esposizione 	
	<ul style="list-style-type: none"> Approccio diagnostico assistenziali 	<ul style="list-style-type: none"> registrazioni (cartacee, informatiche) sul monitoraggio clinico, assistenziale e sulle terapie 	

		terapeutiche	- esecuzione di un controllo clinico, con esami di laboratorio, almeno ogni 6 mesi - possibilità di controlli in urgenza
		<ul style="list-style-type: none"> Prestazioni diagnostico assistenziali terapeutici specifici 	possibilità di eseguire i prelievi di controllo presso la struttura
	Trattamento terapeutico specifico	<ul style="list-style-type: none"> Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	- adozione di protocolli diagnostico/assistenziali/terapeutici interni in linea con le Linee Guida nazionali (CNA) e internazionali (CDC, IAS, BHIVA, EACS, etc.) - revisione periodica della casistica per valutare il rispetto dei protocolli e la loro revisione critica
		<ul style="list-style-type: none"> Prestazioni diagnostico assistenziali terapeutiche specifiche 	Distribuzione diretta di farmaci da parte del servizio (o della farmacia) nelle fasce di apertura dell'ambulatorio
		<ul style="list-style-type: none"> Interfaccia con altri servizi 	- Farmacia - Laboratorio Biochimica - Laboratorio Microbiologia - Laboratorio Virologia - Laboratorio Immunologia
	Profilassi assistenza e terapia delle patologie opportunistiche	<ul style="list-style-type: none"> Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	- adozione di protocolli interni per la profilassi. l'assistenza e la terapia in linea con le Linee Guida Nazionali (CNA) e internazionali (CDC, etc.) - revisione periodica della casistica per valutare il rispetto dei protocolli e la loro revisione critica
	Azioni per la prevenzione della trasmissione verticale	<ul style="list-style-type: none"> Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	- adozione delle Linee Guida Nazionali ed Internazionali
		<ul style="list-style-type: none"> Interfaccia con altri servizi 	- Ostetricia - Ginecologia - Neonatologia

SCHEDA PATOLOGIA [7]

COD	Patologia: HIV gastroenterico
	CARATTERISTICHE SPECIFICHE
	Definizione particolare (eventuale):
	Possono essere affetti da questa patologia o ne possono presentare i sintomi i seguenti tipi di pazienti:
	<ul style="list-style-type: none"> Bambini e Adulti (immunocompetenti o immunodepressi)
	Ed in tal caso sono oggetto della presa in carico da parte di un Reparto di Malattie Infettive
	I prodotti che il Reparto di Malattie Infettive intende realizzare, a seconda delle condizioni del paziente sono:
	<ul style="list-style-type: none"> diagnosi assistenza e terapia monitoraggio profilassi
	I percorsi con i quali il Reparto di Malattie Infettive gestisce il paziente, a seconda delle sue condizioni cliniche e/o ambientali, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> ricovero ordinario DH Ambulatorio Consulenza in Struttura esterna (case alloggio, carcere, comunità)
	Le finalità che il Reparto di Malattie Infettive punta a raggiungere, a seconda delle condizioni del paziente, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> Guarigione e/o contenimento della <u>progressione della patologia</u> Prevenzione delle recidive

[7 – 1]

Monitoraggio qualità dei Prodotti				
Ogni struttura di Malattie Infettive, per la verifica del raggiungimento delle finalità che si propone di ottenere nel processo diagnostico – assistenziale – terapeutico, utilizza il seguente pacchetto di				
Indicatori di Risultato				
	Finalità	Caratteristiche di qualità	Indicatore	Dati necessari
	Guarigione e/o contenimento della progressione della patologia	Appropriatezza dell'inquadramento diagnostico	% di diagnosi eziologia accertata sul tot. Degli eventi GI in paz. ricoverati	Dati da cartelle

Requisiti Specifici del Processo Ricovero			
I requisiti specifici che sono consigliati ad ogni struttura di Malattie Infettive, per una corretta gestione di questa patologia, nelle macrofasi in cui si realizza il prodotto sono:			
	Macrofase	Per garantire corretta gestione di	È necessario dare evidenza di:
	Inquadramento diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni diagnostiche assistenziali terapeutiche 	- endoscopia specifica - esame istologico - esami microbiologici - esami chimico-clinici - diagnostica per immagini
		<ul style="list-style-type: none"> • Interfaccia con altri servizi 	- Gastroenterologia - Anatomia Patologica - Microbiologia - Chimica clinica - Diagnostica per immagini
	Terapia e gestione decorso clinico	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	Esecuzione di terapie di supporto: - individuazione terapie specifiche - controllo e valutazione della malattia di base
		<ul style="list-style-type: none"> • Interfaccia con altri servizi 	- Chimica clinica - Immunologia - Virologia - Oncologia - Esperto di nutrizione
	Monitoraggio	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	follow up periodico in base all'evoluzione della recente patologia e in base alla situazione immunologia del paziente: applicazione di protocolli di profilassi per evitare le recidive
		<ul style="list-style-type: none"> • Interfaccia con altri servizi 	- Chimica clinica - Immunologia - Virologia

SCHEDA PATOLOGICA (8)

COD	Patologia: HIV neurologico
	CARATTERISTICHE SPECIFICHE
	Definizione particolare (eventuale):
	AIDS dementia complex, PML, toxoplasmosi, linfomi, criptococchi, neurosifilide, tubercolosi, citomegalovirus – CMV
	Possono essere affetti da questa patologia o ne possono presentare i sintomi i seguenti tipi di pazienti:
	<ul style="list-style-type: none"> • bambini e adulti (immunocompetenti o immunodepressi)
	Ed in tal caso sono oggetto della presa in carico da parte di un Reparto di Malattie Infettive
	I prodotti che il Reparto di Malattie Infettive intende realizzare, a seconda delle condizioni del paziente sono:
	<ul style="list-style-type: none"> • diagnosi assistenza e terapia • supporto psicosociale
	I percorsi con i quali il Reparto di Malattie Infettive gestisce il paziente, a seconda delle sue condizioni cliniche e/o ambientali, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> • ricovero ordinario • DH • ambulatorio
	Le finalità che il Reparto di Malattie Infettive punta a raggiungere, a seconda delle condizioni del paziente, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> • Guarigione patologica opportunistica (in riferimento a toxoplasmosi e meningite criptococcica) • Contenimento degli esiti • Prevenzione delle recidive

[8 – 1]

Monitoraggio qualità dei prodotti			
Ogni struttura di Malattie Infettive, per la verifica del raggiungimento delle finalità che si propone di ottenere nel processo diagnostico – assistenziale – terapeutico, utilizza il seguente pacchetto di Indicatori di Risultato			
Finalità	Caratteristiche di qualità	Indicatore	Dati necessari
Guarigione patologica opportunistica (in riferimento a toxoplasmosi e meningite criptococcica)	Capacità di conseguire la guarigione clinica della toxoplasmosi (primo episodio)	% di casi con assenza di lesioni attive a sei mesi dall'inizio delle terapie	Dati da cartelle o scheda ambulatoriale
	Adeguatezza dell'iter diagnostico	% di casi in cui si perviene ad una diagnosi definitiva (istologica, o microbiologica, o ex adjuvantibus) entro un mese	Dati da cartelle
	Contenimento della letalità precoce nella meningite criptococcica (primo episodio)	Letalità nel periodo 7/30 gg dalla diagnosi	Dati da cartelle
Prevenzione delle recidive	Assenza di recidive nella toxoplasmosi (continuazione della profilassi secondaria)	% di pazienti con recidive entro due anni dalla diagnosi del primo episodio	Dati da cartelle/scheda ambulatoriale
	Assenza di recidive nella meningite criptococcica	% di pazienti con recidive entro due anni dalla diagnosi del primo episodio	Dati da cartelle/scheda ambulatoriale

Requisiti Specifici del Processo Ricovero			
I requisiti specifici che sono consigliati ad ogni struttura di Malattie Infettive, per una corretta gestione di questa patologia, nelle macrofasi in cui si realizza il prodotto sono:			
Macrofase	Per garantire corretta gestione di	È necessario dare evidenza di:	
Inquadramento diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	- Protocolli di diagnosi differenziale (toxolo/linfoma, PML, atrofia, etc.), assistenza e terapia specifica - esame neurologico - valutazione eventuali patologie concomitanti	
	<ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni diagnostico assistenziali terapeutici specifiche 	- Prescrizione TAC e/o RMN - rachicentesi (con indagini di chimica clinica, microbiologia standard, biologia molecolare, citologia) - biopsia stereotassica - EEG - stadiazione:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Competenze professionali specifiche 	Per rachicentesi vedi meningite	
	<ul style="list-style-type: none"> • Interfaccia con altri servizi 	- diagnostica per immagini. - Microbiologia - Chimica Clinica per il Liquor - Neurologia - Neurochirurgia - Oculistica - Ematologia - Anatomia Patologica con servizio autoptico per decessi HIV (requisito d'eccellenza)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Vincolo sicurezza specifici 	Abbigliamento e dispositivi protezione individuali operatori dedicato alla protezione per rachicentesi	
Terapia e gestione decorso clinico	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	- protocolli di diagnosi differenziale e terapia (toxolo / linfoma, PML, atrofia ecc.) - tempestivo inizio della terapia	
	<ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni diagnostiche assistenziali e terapeutiche 	- Accessibilità a TAC e/o RMN - biopsia stereotassica	
Dimissione – post dimissione	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	Pianificazione formale dei follow up di medio – lungo periodo	
	<ul style="list-style-type: none"> • Interfaccia con altri servizi 	Rete di servizi territoriali (Case alloggio, assistenza domiciliare, Hospice, etc.), Associazioni di Volontariato, Medicina di base	

SCHEDA PATOLOGICA (9)

COD	Patologia: HIV con neoplasia solida o ematologica
	CARATTERISTICHE SPECIFICHE
	Definizione particolare (eventuale):
	Possono essere affetti da questa patologia o ne possono presentare i sintomi i seguenti tipi di pazienti:
	<ul style="list-style-type: none"> • bambini e adulti (immunocompetenti o immunodepressi)
	Ed in tal caso sono oggetto della presa in carico da parte di un Reparto di Malattie Infettive
	I prodotti che il Reparto di Malattie Infettive intende realizzare, a seconda delle condizioni del paziente sono:
	<ul style="list-style-type: none"> • diagnosi assistenza e terapia
	I percorsi con i quali il Reparto di Malattie Infettive gestisce il paziente, a seconda delle sue condizioni cliniche e/o ambientali, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> • ricovero ordinario • DH • Consulenza in Hospice
	Le finalità che il Reparto di Malattie Infettive punta a raggiungere, a seconda delle condizioni del paziente, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi precoce • Remissione della patologia neoplastica • Profilassi assistenza e terapia nelle infezioni secondarie alle terapie antineoplastiche (chemioterapici o radioterapia) • Assistenza globale al paziente terminale

[9 – 1]

Monitoraggio qualità dei Prodotti				
Ogni struttura di Malattie Infettive, per la verifica del raggiungimento delle finalità che si propone di ottenere nel processo diagnostico – assistenziale – terapeutico, utilizza il seguente pacchetto di				
Indicatori di Risultato				
	Finalità	Caratteristiche di qualità	Indicatore	Dati necessari
	Remissione della patologia neoplastica	Tempestività della diagnosi del linfoma periferico	% di casi con diagnosi entro 30 giorni dal riscontro del primo segno o sintomo	Dati da cartelle

Requisiti Specifici del Processo Ricovero			
I requisiti specifici che sono consigliati ad ogni struttura di Malattie Infettive, per una corretta gestione di questa patologia, nelle macrofasi in cui si realizza il prodotto sono:			
	Macrofase	Per garantire corretta gestione di	È necessario dare evidenza di:
	Inquadramento diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	<ul style="list-style-type: none"> - Follow up regolare del p. HIV - Rilevazione sintomi e segni clinici e di laboratorio
		<ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni diagnostiche assistenziali terapeutiche 	<ul style="list-style-type: none"> - Biopsie - Esami endoscopici - Imaging - Valutazione oncologica - Valutazione ematologica - Valutazione ORL
		<ul style="list-style-type: none"> • competenze professionali specifiche 	Rachicentesi
		<ul style="list-style-type: none"> • interfaccia con altri servizi 	<ul style="list-style-type: none"> - Anatomia Patologica - Endoscopia /Broncologia - Radiologia con TC - Medicina Nucleare - Oncologia - Ematologia - Neurochirurgia - Microbiologia - ORL
	Terapia antineoplastica	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	<ul style="list-style-type: none"> - Chemioterapia - Radioterapia - Terapia Chirurgica - Altra terapia invasiva
		<ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni diagnostiche assistenziali terapeutiche 	<ul style="list-style-type: none"> - infusione di chemioterapici (anche intracardiache) - Intervento chirurgico - Alcolizzazione, chemoembolizzazione
		<ul style="list-style-type: none"> • Interfaccia con altri servizi 	<ul style="list-style-type: none"> - Oncologia - Ematologia - Chirurgie - Radiologia - Radioterapia
		<ul style="list-style-type: none"> • Tecnologie specifiche 	Strutture per allestimento chemioterapie
		<ul style="list-style-type: none"> • Vincoli di sicurezza specifici 	Leggi per la tutela della sicurezza nei luoghi di lavoro (626)
	Profilassi assistenza e terapia anti-infettiva	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	<ul style="list-style-type: none"> - Linee Guida di profilassi (LG 2002) - Protocolli e Linee Guida assistenziali - Linee Guida di terapia antiretrovirale
		<ul style="list-style-type: none"> • Interfaccia con altri servizi 	<ul style="list-style-type: none"> - Microbiologia - Radiologia
		<ul style="list-style-type: none"> • Vincoli strutturali specifici 	Stanze di isolamento protettivo
	Terapia di sostegno e palliativa	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	<ul style="list-style-type: none"> - Nutrizione parenterale - terapia del dolore

		<ul style="list-style-type: none"> • Interfaccia con altri servizi 	<ul style="list-style-type: none"> - Esperto di nutrizione parenterale - Esperto in terapia del dolore - Anestesia - Neurochirurgia
	Follow up	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio dignostico assistenziale terapeutico 	Monitoraggio della guarigione/remissione secondo specifici protocolli
		<ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni diagnostici assistenziali terapeutici 	<ul style="list-style-type: none"> - Biopsie - Esami endoscopici - Imaging - Valutazione onco/ematologia - Valutazione ORL
		<ul style="list-style-type: none"> • Competenze professionali specifiche 	Rachicentesi
		<ul style="list-style-type: none"> • Interfaccia con altri servizi 	<ul style="list-style-type: none"> - Anatomia Patologica - Endoscopia/Broncologia - Radiologia - Medicina Nucleare - Oncologia - Ematologia - ORL

SCHEDA PATOLOGICA (10)

COD	Patologia: Malaria
	CARATTERISTICHE SPECIFICHE
	Definizione particolare (eventuale):
	<p>Malaria = Presenza di plasmodi (P.falciparum; P.vivax; P.ovale; P.malariae; P.knowlesi) intraeritrocitari asessuati su striscio di sangue periferico</p> <p>Malaria grave (da P.falciparum)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malaria cerebrale • Acidemia/acidosi (pH arterioso < 7.25 o lattato venoso > 5 mmol/L) • Anemia grave (Ht < 15 % o Hb < 5 g/dl) • IRA (diuresi 24h < 400 mL o 12 mL/kg nei bambini; valori di creatinina > 3 mg/dL) • Edema polmonare/ARDS • Ipoglicemia (glucosio < 40 mg/dL) • Ipotensione /shock (PA < 80 mm Hg negli adulti; < 50 mm Hg nei bambini) • Sanguinamento/DIC • Convulsioni (> di 2 convulsioni generalizzate nelle 24 h) • Iperparassitemia (> 5% in non-immuni; > 20 % in semi-immuni) • Ittero (Bilirubina > 3 mg/dl) se combinato con altri segni di disfunzione di organi vitali
	Possono essere affetti da questa patologia o ne possono presentare i sintomi i seguenti tipi di pazienti:
	<ul style="list-style-type: none"> • Bambini, donne in gravidanza e adulti (immunocompetenti o immunodepressi)
Ed in tal	caso sono oggetto della presa in carico da parte di un Reparto di Malattie Infettive
	I prodotti che il Reparto di Malattie Infettive intende realizzare, a seconda delle condizioni del paziente, sono:
	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi (quando applicabile*) e terapia • Prevenzione delle recrudescenze/recidive • Counseling viaggiatori • Counseling altri reparti (Pediatria; Ginecologia; UTI; Medicina)
	I percorsi con i quali il Reparto di Malattie Infettive gestisce il paziente, a seconda delle sue condizioni cliniche e/o ambientali, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> • ricovero ordinario
	<ul style="list-style-type: none"> • DH
	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio
	<ul style="list-style-type: none"> • Consulenza
	Le finalità che il Reparto di Malattie Infettive punta a raggiungere, a seconda delle condizioni del paziente, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> • Guarigione
	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione delle recrudescenze/recidive
	<ul style="list-style-type: none"> • Counseling del paziente

* se eseguito direttamente dalla UUOO o inviato a Laboratorio

Monitoraggio qualità dei Prodotti				
Ogni struttura di Malattie Infettive, per la verifica del raggiungimento delle finalità che si propone di ottenere nel processo diagnostico – assistenziale – terapeutico, utilizza il seguente pacchetto di				
Indicatori di Risultato				
	Finalità	Caratteristiche di qualità	Indicatore	Dati necessari
	Guarigione medica	Microbiologica - diagnosi rapida - diagnosi di specie - quantificazione parassitemia	% di guarigione sul totale dei casi osservati: - entro 1 h dall'arrivo in laboratorio - % di diagnosi concordante con ISS	- controllo a 30 giorni dalla diagnosi - cartella clinica più scheda di notifica (back- up ISS)
		Terapia - inizio rapido della terapia - impiego dei farmaci e delle dosi corrette in relazione alla specie identificata e alle caratteristiche cliniche	- entro 1 h dall'arrivo in reparto - % di casi trattati in accordo con le linee guida scelte dalla UO (in riferimento a linee guida nazionali e/o internazionali)	dati da cartelle

Requisiti Specifici del Processo Ricovero			
I requisiti specifici che sono consigliati ad ogni struttura di Malattie Infettive, per una corretta gestione di questa patologia, nelle macrofasi in cui si realizza il prodotto sono:			
	Macrofase	Per garantire corretta gestione di	È necessario dare evidenza di:
	Presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	valutazione parametri: - clinici - biochimici - parassitologici
		<ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni diagnostiche assistenziali terapeutiche 	- Emoscopia (Goccia spessa e striscio sottile) - RDT (Rapid diagnostic test) (facoltativo) - Esami urgenti (Emocromo; coagulazione; Transaminasi; LDH; elettroliti; azotemia; creatinina)
		<ul style="list-style-type: none"> • Competenze professionali specifiche 	esecuzione e lettura esame emoscopico
		<ul style="list-style-type: none"> • interfaccia con altri servizi 	- Laboratorio Microbiologia - Laboratorio Biochimica - Terapia intensiva - Nefrologia - Centro trasfusionale - Neurologia - Farmacia
		<ul style="list-style-type: none"> • vincoli sicurezza specifici 	- Ricovero in Malattie Infettive - Ricovero in UTI (malaria grave)
	inquadramento diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> • approccio diagnostico terapeutico assistenziale specifico 	Emoscopia
		<ul style="list-style-type: none"> • competenze professionali specifiche 	
	gestione decorso clinico	<ul style="list-style-type: none"> • prestazioni terapeutiche 	- corretta terapia antimalarica (per specie; per area provenienza; per gravità del quadro clinico) - terapia di supporto (emotrasfusioni; plasma) - monitoraggio clinico-biochimico - parassitologico (Parametri vitali; DTX; emoscopia) - monitoraggio cardiologico (se terapia con chinina ev)
		<ul style="list-style-type: none"> • competenze professionali specifiche 	conoscenza linee guida di terapia aggiornate (dare evidenza di almeno 1 riunione/anno di aggiornamento sulla terapia effettuata all'interno del reparto)
		<ul style="list-style-type: none"> • interfaccia con altri servizi 	- Intensivista/rianimatore - Nefrologo - Cardiologo - Ematologo/trasfusionista - Farmacista - Microbiologo - Biochimico
	ricovero e/o trasferimento in		- consulenza per corretta applicazione terapia antimalarica

	terapia intensiva		- terapia di supporto (eventuale exsanguinotrasfusione)
	dimissione	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico terapeutico 	<ul style="list-style-type: none"> - controllo a 30 giorni dalla diagnosi - prevenzione recidive (malaria da P.vivax/P.ovale)

SCHEDA PATOLOGICA (11)

COD	Patologia: Meningo encefalite
	CARATTERISTICHE SPECIFICHE
	Definizione particolare (eventuale):
	Possono essere affetti da questa patologia o ne possono presentare i sintomi i seguenti tipi di pazienti:
	<ul style="list-style-type: none"> • bambini e adulti (immunocompetenti o immunodepressi)
	Modalità di acquisizione
	<ul style="list-style-type: none"> • comunitarie o nosocomiali • traumatizzati
	Ed in tal caso sono oggetto della presa in carico da parte di un Reparto di Malattie Infettive
	I prodotti che il Reparto di Malattie Infettive intende realizzare, a seconda delle condizioni del paziente sono:
	<ul style="list-style-type: none"> • diagnosi assistenza e terapia
	I percorsi con i quali il Reparto di Malattie Infettive gestisce il paziente, a seconda delle sue condizioni cliniche e/o ambientali, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> • ricovero ordinario • DH • Consulenza a pazienti ricoverati in altre UUOO
	Le finalità che il Reparto di Malattie Infettive punta a raggiungere, a seconda delle condizioni del paziente, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> • Guarigione • Evitare la trasmissione della patologia per le forme meningococco e HIB

Monitoraggio qualità dei Prodotti				
Ogni struttura di Malattie Infettive, per la verifica del raggiungimento delle finalità che si propone di ottenere nel processo diagnostico – assistenziale – terapeutico, utilizza il seguente pacchetto di				
Indicatori di Risultato				
	Finalità	Caratteristiche di qualità	Indicatore	Dati necessari
	Guarigione	Tempestività dell'inquadramento diagnostico per meningiti ad esordio acuto: esecuzione della rachicentesi	% di pazienti con esecuzione della rachicentesi entro 120 minuti dalla presa in carico da parte del servizio MI	Dati da cartelle (con registrazione orario)
		Tempestività di inizio terapia empirica per meningiti ad esordio acuto	% di pazienti che iniziano terapia empirica 120 minuti da ingresso paziente in reparto	dati da cartelle
		Sopravvivenza dei pazienti con meningite purulenta	% di decessi di pazienti in carico almeno 24 ore	Dati da cartelle

[11 – 2]

Requisiti Specifici del Processo Ricovero			
I requisiti specifici che sono consigliati ad ogni struttura di Malattie Infettive, per una corretta gestione di questa patologia, nelle macrofasi in cui si realizza il prodotto sono:			
	Macrofase	Per garantire corretta gestione di	È necessario dare evidenza di:
	presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	Esistenza di protocolli integrati con PS e altri trasferenti
		<ul style="list-style-type: none"> • Interfaccia con altri servizi 	PS e altri trasferenti
	Inquadramento diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolli su esecuzione rachicentesi; - tempestività dell'inquadramento - tempestività inizio terapia
		<ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni diagnostiche assistenziali terapeutiche 	<ul style="list-style-type: none"> - esame neurologico - prescrizione TAC - rachicentesi (con indagini di chimica clinica, microbiologia standard e biologia molecolare)
		<ul style="list-style-type: none"> • Competenze professionali specifiche 	Su rachicentesi sia per medici che infermieri (esistenza di un iter specifico di formazione/addestramento)
		<ul style="list-style-type: none"> • Vincoli di sicurezza specifici 	Abbigliamento operatori dedicato alla protezione
	Azioni per evitare la diffusione	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	<ul style="list-style-type: none"> - tempestività di comunicazione - norme/protocolli interni di applicazione - leggi per segnalazione norme/protocolli interni di chemioprolassi dei contatti
		<ul style="list-style-type: none"> • Interfaccia con altri servizi 	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Sanitaria o servizi preposti - Ministero della Salute
	Terapia e gestione del decorso clinico	<ul style="list-style-type: none"> • Vincoli strutturali specifici 	Garanzia di isolamento per malattia sospetta origine da meningococco o HIB
	Dimissione – post dimissione	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	<ul style="list-style-type: none"> - follow up ambulatoriali pianificato in tempi e modalità (da stabilire) - differenziato per eziologia e registro - protocolli di profilassi per evitare le ricorrenze

SCHEDA PATOLOGICA [12]

COD.	Patologia: Polmoniti
	CARATTERISTICHE SPECIFICHE
	Definizione particolare (eventuale):
	Possono essere affetti da questa patologia o ne possono presentare i sintomi i seguenti tipi di pazienti:
	<ul style="list-style-type: none"> • Adulti – bambini (immunocompetenti o immunodepressi)
	Modalità di acquisizione
	<ul style="list-style-type: none"> • Comunitaria • Nosocomiale compresa quella associata a ventilazione
	Ed in tal caso sono oggetto della presa in carico da parte di un Reparto di Malattie Infettive
	I prodotti che il Reparto di Malattie Infettive intende realizzare, a seconda delle condizioni del paziente sono:
	<ul style="list-style-type: none"> • diagnosi assistenza e terapia • profilassi
	I percorsi con i quali il Reparto di Malattie Infettive gestisce il paziente, a seconda delle sue condizioni cliniche e/o ambientali, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> • ricovero ordinario • consulenza a pazienti ricoverati in altre UU.OO. • Ambulatorio
	Le finalità che il Reparto di Malattie Infettive punta a raggiungere, a seconda delle condizioni del paziente, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> • Guarigione • Evitare le recidive

[12 – 1]

Monitoraggio qualità dei Prodotti				
Ogni struttura di Malattie Infettive, per la verifica del raggiungimento delle finalità che si propone di ottenere nel processo diagnostico – assistenziale – terapeutico, utilizza il seguente pacchetto di				
Indicatori di Risultato				
	Finalità	Caratteristiche di qualità	Indicatore	Dati necessari
	Guarigione	Tempestività di inizio della terapia ragionata dal momento della presa in carico	% di casi con inizio della terapia entro 12 ore	Dati da cartelle
		Letalità	% di decessi stratificati per eziologia (quanto possibile) e gruppi di pazienti	SDO e cartelle

Requisiti Specifici del Processo Ricovero			
I requisiti specifici che sono consigliati ad ogni struttura di Malattie Infettive, per una corretta gestione di questa patologia, nelle macrofasi in cui si realizza il prodotto sono:			
	Macrofase	Per garantire corretta gestione di	È necessario dare evidenza di:
	Presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	Esistenza di protocolli integrati con: - PS - altre UO trasferenti - MMG se applicabile (anche in relazione a situazioni infettivologiche emergenti)
	Inquadramento diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni diagnostiche assistenziali terapeutiche 	- Rx torace - indagini di chimica clinica - emogasanalisi - esami microbiologici (materiale respiratorio o liquidi biologici respiratori, emocoltura) - endoscopia respiratoria
		<ul style="list-style-type: none"> • Interfaccia con altri servizi 	- Diagnostica per immagini, - Microbiologia - Servizio Endoscopia
	Terapia e gestione decorso clinico	<ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni diagnostico assistenziale terapeutico specifiche 	Accessibilità a Rx e Saturimetria
		<ul style="list-style-type: none"> • Interfaccia con altri servizi 	- Diagnostica per immagini - Microbiologia - Rianimazione
	Dimissione post-dimissione	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	- Follow up ambulatoriale pianificato in tempi e modalità differenziato per tipo di polmonite - Protocollo di profilassi per evitare le recidive nelle forme da Pneumocystis carinii negli immunodepressi - profilassi vaccinale
		<ul style="list-style-type: none"> • Interfaccia con altri servizi 	Medico di medicina generale

SCHEDA PATOLOGICA (13)

COD	Patologia: Sepsi
	CARATTERISTICHE SPECIFICHE
	Definizione particolare (eventuale):
	<p>Sepsi = SIRS con segni di infezione presunta o confermata (ACCP-SCCM Consensus Conference Crit Care Med 2003)</p> <p>SIR = sindrome della risposta infiammatoria sistemica</p> <p>Risposta clinica a seguito di un insulto aspecifico, comprendente 2 o + di quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura > 38° o < 36° • Frequenza respiratoria > 20/min o PaCO₂ < 32 mmHg. • Frequenza cardiaca >90 battiti/min <p>Conta dei leucociti > 12000/mm³ o neutrofili immaturi (cellule “a banda”) > 10%</p>
	Possono essere affetti da questa patologia o ne possono presentare i sintomi i seguenti tipi di pazienti:
	<ul style="list-style-type: none"> • Bambini e adulti (immunocompetenti o immunodepressi)
	Ed in tal caso sono oggetto della presa in carico da parte di un Reparto di Malattie Infettive
	I prodotti che il Reparto di Malattie Infettive intende realizzare, a seconda delle condizioni del paziente sono:
	<ul style="list-style-type: none"> • diagnosi e terapia
	<ul style="list-style-type: none"> • consulenza in T.I. – Rian: e/o altre UO
	I percorsi con i quali il Reparto di Malattie Infettive gestisce il paziente, a seconda delle sue condizioni cliniche e/o ambientali, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> • ricovero ordinario
	Le finalità che il Reparto di Malattie Infettive punta a raggiungere, a seconda delle condizioni del paziente, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> • mancata progressione verso quadri di sepsi grave (***) o shock settico (ricovero in T.I.)
	<ul style="list-style-type: none"> • guarigione

(***) SEPSI GRAVE

Sepsi con 1 o più segni di insufficienza d'organo:

- Cardiovascolare (ipotensione refrattaria) [SHOCK]
- Renale
- Respiratoria
- Epatica
- Ematologia
- CNS
- Acidosi metabolica inspiegata

[13 – 1]

Monitoraggio qualità dei Prodotti				
Ogni struttura di Malattie Infettive, per la verifica del raggiungimento delle finalità che si propone di ottenere nel processo diagnostico – assistenziale – terapeutico, utilizza il seguente pacchetto di				
Indicatori di Risultato				
	Finalità	Caratteristiche di qualità	Indicatore	Dati necessari
	Mancata progressione verso quadri di sepsi grave (***) o shock settico (ricovero T.I.)	Adeguate diagnosi e terapia finalizzata alla stabilizzazione del paziente a rischio	% di pazienti con richiesta consulenza in T.I.-Rian. Per sepsi	
		Tempestiva attivazione e trasferimento in T.I.	% mortalità per sepsi in UO Malattie Infettive	

Requisiti Specifici del Processo Ricovero			
I requisiti specifici che sono consigliati ad ogni struttura di Malattie Infettive, per una corretta gestione di questa patologia, nelle macrofasi in cui si realizza il prodotto sono:			
	Macrofase	Per garantire corretta gestione di	È necessario dare evidenza di:
	Presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	<ul style="list-style-type: none"> - valutazione della criticità clinica - protocollo integrato con Pronto Soccorso o UO richiedente
		<ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni diagnostiche assistenziali terapeutiche 	<ul style="list-style-type: none"> - visita Urgente immediata - monitoraggio parametri vitali, - emogasanalisi - prelievo esami urgenti - 3 set di emocoltura a distanza ravvicinata (10 – 30 minuti), - - urino coltura - escreato coltura - coprocoltura, da siti di sospetta infezione - diagnostica strumentale urgente:
		<ul style="list-style-type: none"> • Competenze professionali specifiche 	<ul style="list-style-type: none"> - esecuzione adeguata di prelievi mirati e trasporto corretto dei campioni microbiologici al Lab. - specifica e dettagliata prescrizione di indagine microbiologica appropriata
		<ul style="list-style-type: none"> • Vincoli sicurezza specifici 	Ricovero in Reparto Mal.Inf.
		<ul style="list-style-type: none"> • Vincolo strutturali specifici 	Camera singola attrezzata per monitoraggio, letto adeguato con materasso antidecubito, carrello medicazioni dedicato
	Inquadramento diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni diagnostico assistenziali terapeutici specifici 	<ul style="list-style-type: none"> - Biopsie tissutali - prelievi di liquidi in cavità naturali o neoformate - terapia antibiotica ragionata o secondo linee guida per sede d'infezione - ossigenoterapia (mantenere 90% saturazione) - supporto emodinamico (liquidi, trasfusioni Hb < 9 mg/dL) - correzione equilibrio acido-base
		<ul style="list-style-type: none"> • Competenze professionali specifiche 	<ul style="list-style-type: none"> - differenziare cause non infettive di SIRS (traumi, ematomi, pancreatite, ipertiroidismo, crisi addisoniana, reazioni ad emoderivati, trombosi venose, eritroderma, rigetto i trapianto, infarto polmonare o miocardico) - localizzare sede infezione - interpretazione esami microbiologici colonizzazione vs infezione

		<ul style="list-style-type: none"> • Vincoli strutturali specifici 	<ul style="list-style-type: none"> - Camera singola attrezzata per monitoraggio - letto adeguato con materasso antidecubito
	Gestione decorso Clinico	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	<ul style="list-style-type: none"> - prescrizione ulteriore indagini: <ul style="list-style-type: none"> - biochimiche - immunologiche - reumatologiche - emato-oncologiche - strumentali - biotiche
		<ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni diagnostici assistenziali terapeutici specifiche 	<ul style="list-style-type: none"> - terapia antibiotica ragionata o secondo linee guida per sede d'infezione: - terapia patogenetica secondo Linee Guida (NEJM 344 699 759 2001 – JAMA 288 862 871 2002 – JAMA 280 159 165 1998) -
		<ul style="list-style-type: none"> • Competenze professionali specifiche 	<ul style="list-style-type: none"> - drenaggio ascessi - rimozioni tessuti devitalizzati infetti - rimozione dispositivi colonizzati (CVC, etc.) - bonifica o rimozione di foci di contaminazione
		<ul style="list-style-type: none"> • Interfaccia con altri servizi 	<ul style="list-style-type: none"> - Lab. Emostasi e coagulazione - Rianimazione - U.O. Chirurgiche - Lab. Farmacocinetica - monitoraggio sierico antibiotici - Lab. Microbiologia (test di battericida antibiotici e siero)
		<ul style="list-style-type: none"> • Vincoli strutturali specifici 	<ul style="list-style-type: none"> - Camera singola attrezzata per monitoraggio - letto adeguato con materasso antidecubito
	Trasferimento in T.I.-Rianim. E continuità consulenziale	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	<ul style="list-style-type: none"> - Trasmissione di informazioni cliniche per la continuità assistenziale (sepsi grave associata a compromissione acuta d'organo, shock settico)
		<ul style="list-style-type: none"> • Competenze professionali specifiche 	<ul style="list-style-type: none"> - valutazione tempestiva di situazione critica
	Dimissione	<ul style="list-style-type: none"> • Competenze professionali specifiche 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicazione di eventuali bonifiche di foci infettive persistenti o rimozione di fattori favorenti

SCHEDA PATOLOGICA (14)

COD	Patologia: Sindromi Mononucleosiche
	CARATTERISTICHE SPECIFICHE
	Definizione particolare (eventuale):
	Possono essere affetti da questa patologia o ne possono presentare i sintomi i seguenti tipi di pazienti:
	<ul style="list-style-type: none"> Bambini, donne in gravidanza, adulti (immunocompetenti o immunodepressi)
	Ed in tal caso sono oggetto della presa in carico da parte di un Reparto di Malattie Infettive
	I prodotti che il Reparto di Malattie Infettive intende realizzare, a seconda delle condizioni del paziente sono:
	<ul style="list-style-type: none"> diagnosi e terapia
	I percorsi con i quali il Reparto di Malattie Infettive gestisce il paziente, a seconda delle sue condizioni cliniche e/o ambientali, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> ricovero ordinario DH Ambulatori generali
	Le finalità che il Reparto di Malattie Infettive punta a raggiungere, a seconda delle condizioni del paziente, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> Guarigione (o controllo della infezione attiva) Evitare la trasmissione della patologia (gravide)

[14 – 1]

Monitoraggio qualità dei Prodotti				
Ogni struttura di Malattie Infettive, per la verifica del raggiungimento delle finalità che si propone di ottenere nel processo diagnostico – assistenziale – terapeutico, utilizza il seguente pacchetto di				
Indicatori di Risultato				
	Finalità	Caratteristiche di qualità	Indicatore	Dati necessari
	Guarigione (o controllo della infezione attiva)	Capacità di completezza di diagnosi	% di pazienti con definizione di diagnosi eziologia	SDO e cartelle
	Counselling	Completezza inquadramento diagnostico	% richiesta di consenso per test HIV sul tot. Pazienti in carico con diagnosi di sindrome mononucleosiche	dati da cartelle o scheda ambulatoriale

[14 – 2]

Requisiti Specifici del Processo Ricovero		
I requisiti specifici che sono consigliati ad ogni struttura di Malattie Infettive, per una corretta gestione di questa patologia, nelle macrofasi in cui si realizza il prodotto sono:		
Macrofase	Per garantire corretta gestione di	È necessario dare evidenza di:
presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> Prestazioni diagnostico assistenziale terapeutico 	Utilizzo di protocolli
	<ul style="list-style-type: none"> Vincoli sicurezza specifiche 	- ricovero in Reparto di MI - counselling
	<ul style="list-style-type: none"> Vincoli strutturali specifici 	Ricovero con patologia compatibile
Inquadramento diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> Prestazioni diagnostico assistenziale terapeutico 	Striscio di sangue periferico
	<ul style="list-style-type: none"> Competenze professionali specifiche 	Prescrizioni indagini mirate con dettaglio di ricerca
	<ul style="list-style-type: none"> Interfaccia con altri servizi 	
	<ul style="list-style-type: none"> Vincoli di sicurezza specifici 	Ricovero con patologia compatibile
Gestione decorso clinico	<ul style="list-style-type: none"> Prestazioni diagnostico assistenziale terapeutico 	- terapie sintomatiche - terapie etiologiche
	<ul style="list-style-type: none"> Competenze professionali specifiche 	Prescrizioni indagini mirate con dettaglio di ricerca
	<ul style="list-style-type: none"> Interfaccia con altri servizi 	
	<ul style="list-style-type: none"> Vincoli strutturali specifici 	Ricovero con patologia compatibile

SCHEDA PATOLOGICA [15]

COD	Patologia: Tubercolosi
	CARATTERISTICHE SPECIFICHE
	Definizione particolare (eventuale):
	Possono essere affetti da questa patologia o ne possono presentare i sintomi i seguenti tipi di pazienti:
	<ul style="list-style-type: none"> Bambini e Adulti (immunocompetenti o immunodepressi)
Ed in tal	caso sono oggetto della presa in carico da parte di un Reparto di Malattie Infettive
	I prodotti che il Reparto di Malattie Infettive intende realizzare, a seconda delle condizioni del paziente sono:
	<ul style="list-style-type: none"> diagnosi assistenza e terapia
	I percorsi con i quali il Reparto di Malattie Infettive gestisce il paziente, a seconda delle sue condizioni cliniche e/o ambientali, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> ricovero ordinario
	<ul style="list-style-type: none"> DH
	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatorio
	<ul style="list-style-type: none"> Consulenza
	Le finalità che il Reparto di Malattie Infettive punta a raggiungere, a seconda delle condizioni del paziente, possono essere:
	<ul style="list-style-type: none"> Guarigione biologica
	<ul style="list-style-type: none"> Guarigione clinica o limitazione degli esiti (per alcune forme)
	<ul style="list-style-type: none"> Prevenire la trasmissione nosocomiale dell'infezione
	<ul style="list-style-type: none"> Prevenire la progressione dell'infezione latente in malattia attiva nei soggetti a rischio seguiti dall'U.O.

Monitoraggio qualità dei Prodotti				
Ogni struttura di Malattie Infettive, per la verifica del raggiungimento delle finalità che si propone di ottenere nel processo diagnostico – assistenziale – terapeutico, utilizza il seguente pacchetto di				
Indicatori di Risultato				
Finalità	Caratteristiche di qualità	Indicatore	Dati necessari	
Guarigione/Contenimento esiti/Prevenzione trasmissione contagio	Rapidità di inizio terapia antitubercolare nella TBC polmonare	% di casi con inizio terapia empirica iniziata entro 10 gg dalla presa in carico sul totale dei casi con diagnosi di TBC polmonare	Dati da cartelle	
	Brevità temporale dell'inquadramento diagnostico, dell'avvio delle indagini microbiologiche prima della terapia empirica	N° gg tra ingresso paziente e completamento dell'attivazione delle indagini microbiologiche [3 escreti e/o aspirato gastrico e/o BAL] nella TBC polmonare	Dati da cartelle	
	Completamento del ciclo terapeutico. Incentivazione e supervisione dell'adesione al trattamento. [per i reparti con mantenimento di presa in carico e non trasferimento dopo la stabilizzazione ad altri centri di cura]	% di pazienti che abbiano completato il trattamento (secondo la definizione delle Linee Guida ATS/CDC/IDSA del 2003)	Sistemi di rilevazione e registrazione dell'aderenza al trattamento (ad es. Pill-count)	
	Aderenza degli schemi terapeutici prescritti alle raccomandazioni OMS/ATS [per i reparti con mantenimento di presa in carico e non trasferimento dopo la stabilizzazione ad altri centri di cura]	% tra i casi di nuova diagnosi, delle varie categorie degli esiti del trattamento previste dall'OMS: <ul style="list-style-type: none"> • Guariti • Trattamenti Completati • Fallimenti 	Schede di monitoraggio mensile del trattamento da inoltrare all'INPS [nei casi in cui il dato è omogeneamente rilevabile]	

Requisiti Specifici del Processo Ricovero			
I requisiti specifici che sono consigliati ad ogni struttura di Malattie Infettive, per una corretta gestione di questa patologia, nelle macrofasi in cui si realizza il prodotto sono:			
	Macrofase	Per garantire corretta gestione di	È necessario dare evidenza di:
	Presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	<ul style="list-style-type: none"> - Esistenza di protocolli integrati con PS e altri UO trasferenti - protocolli interni per una gestione di sicurezza di nuovi pazienti con TB respiratoria o manifestazioni respiratorie n.d.d.
		<ul style="list-style-type: none"> • Interfaccia con altri servizi 	<ul style="list-style-type: none"> - PS - altre UO trasferenti - altre -strutture, servizi territoriali
		<ul style="list-style-type: none"> • Vincoli sicurezza specifici 	<ul style="list-style-type: none"> - Degenza in isolamento - auspicabili stanze di isolamento respiratorio - dispositivi di protezione individuale in accordo a normativa vigente (linee guida Ministero Salute)
	Inquadramento diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	Adesione a linee guida nazionali ed internazionali sui vari aspetti della patologia (diagnosi, terapia, resistenza ai farmaci, tossicità, interazioni farmacologiche, etc.)
		<ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni diagnostiche assistenziali terapeutiche 	<ul style="list-style-type: none"> - Ricerca microbatteri (esami diretto, colturale e diagnostica molecolare) su vari campioni biologici - identificazione di specie e test di sensibilità in vitro ai farmaci anti-TB maggiori - possibilità di campionamento anche attraverso metodiche invasive (rachicentesi, biopsie, agoaspirati, etc.). Diagnostica d'immagine (RX, TC, RM, Ecografia, Scintigrafia) - I.R. Mantoux, Test Anti-HIV
		<ul style="list-style-type: none"> • Competenze diagnostico assistenziali terapeutici specifici 	<ul style="list-style-type: none"> - Sulla somministrazione della intradermoreazione tubercolina (Mantoux) -Su particolari procedure diagnostiche (es. rachicentesi, aspirato gastrico)
	Azioni per prevenire la diffusione dell'infezione	<ul style="list-style-type: none"> • interfaccia con altri servizi 	<ul style="list-style-type: none"> - Microbiologia - Diagnostica per immagini - Specialisti dei vari apparati
		<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	Applicazione normativa specifica sulla notifica di caso di TB
	Azioni per consentire la ricerca e lo screening dei contatti: azioni per consentire al paziente di usufruire dei benefici previdenziali previsti e degli	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	Applicazione normativa specifica sulla notifica di caso di TB

	incentivi di adesione al programma terapeutico		
		<ul style="list-style-type: none"> • Interfaccia con altri servizi 	Direzione Sanitaria o servizi preposti
	Dimissione – post dimissione	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio diagnostico assistenziale terapeutico 	<p>In caso di centri che seguono il paziente nel post dimissione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - follow up ambulatoriale, pianificato per tempi e modalità, dell'efficacia (anche microbiologica), della tossicità terapeutica e dell'adesione alla terapia. - Monitoraggio delle recidive <p>In caso di centri che non seguono il post dimissione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza di affidamento ad altri centri specialistici adeguati
		<ul style="list-style-type: none"> • Interfaccia con altri servizi 	<ul style="list-style-type: none"> - Medico di medicina generale. - Laboratori di chimica clinica e di microbiologia. - Servizi di diagnostica d'immagine

Modello di Regolamento
Unità Operativa di Malattie Infettive

INDICE

- 1 Scopo.
- 2 Campo di applicazione
- 3 Definizione e Acronimi
- 4 Modalità
 - 4.1 Generalità
 - 4.2 Responsabilità
 - 4.2.1 Leggi e norme applicabili al settore
 - 4.2.2 Missione
 - 4.2.3 Responsabilità della M.I
 - 4.2.4 Turnistica
 - 4.2.5 Riesame da parte della Direzione
 - 4.3 Gestione delle risorse
 - 4.3.1 Organigramma
 - 4.3.2 Inserimento nuovo personale
 - 4.3.3 Formazione e Addestramento
 - 4.3.4 Gestione infrastrutture
 - 4.3.5 Ambienti di lavoro
 - 4.4 Realizzazione del prodotto
 - 4.4.1 Pianificazione del servizio
 - 4.4.2 Approvvigionamenti
 - 4.4.3 Validazione dei processi
 - 4.4.4 Identificazione e rintracciabilità
 - 4.4.5 Proprietà del Cliente
 - 4.4.6 Conservazione
 - 4.4.7 Controllo della strumentazione
 - 4.5 Misurazione, analisi e miglioramento
 - 4.5.1 Monitoraggio e misurazione dei processi e dei prodotti
 - 4.5.2 Gestione delle Non Conformità
 - 4.5.3 Analisi dei dati
 - 4.5.4 Azioni correttive e preventive
- 5 Riferimenti

Scopo.

Il presente documento ha lo scopo di descrivere le regole adottate presso l' U.O. di Malattie Infettive del P.O. per garantire che i processi di propria competenza siano mantenuti sotto controllo con lo scopo di fornire prestazioni appropriate, nei tempi stabiliti e conformi alle Specifiche di Prodotto Fornito, e con l'obiettivo di un costante miglioramento della qualità.

Campo di applicazione

Questo documento si applica a tutte le attività dell' U.O. di Malattie Infettive.

Definizione e Acronimi***Definizioni***

Per quanto riguarda le definizioni si rimanda al punto 3.2 "Definizioni e acronimi".

Acronimi

Legenda delle sigle che si utilizzeranno

Acronimi	Definizioni
M.I.	U.O. Malattie Infettive
PO	Procedura Operativa
PG	Procedura generale
NC	Non Conformità
AC	Azione Correttiva
AP	Azione Preventiva
VII	Verifiche Ispettive Interne
DSP	Direttore Sanitario di Presidio
RSC	Responsabile di Struttura Complessa
RQM	Referente della Qualità di U.O area medica
RQI	Referente della Qualità di U.O area infermieristica
RQFA	Referente della Qualità/Formazione Aziendale
U.I.D.	Ufficio Infermieristico Distrettuale
GMQ	Gruppo Miglioramento Qualità del P.O.
DDP	Documento di descrizione dei processi

Modalità

Generalità

Questo documento detta le regole che devono essere rispettate e mantenute sotto controllo, per soddisfare i requisiti della Norma di riferimento.

I processi di competenza dell' U.O. di M.I. sono regolamentati dalle Procedure Operative:

- PO01 Accoglienza del Paziente;
- PO02 Accettazione e visita medica con compilazione Cartella Clinica;
- PO03 Identificazione del paziente e compilazione Cartella Infermieristica;
- PO04 Identificazione dei pazienti con diatesi allergica;
- PO05 Identificazione dei pazienti che necessitano di isolamento;
- PO06 Acquisizione del consenso informato al trattamento dei dati personali e/o sensibili;
- PO07 Acquisizione del consenso informato per atto sanitario specifico e per atto sanitario proposto;
- PO08 Gestione del Rischio Biologico (Utilizzo D.P.I.);
- PO09 Lavaggio delle mani del personale;
- PO10 Rifacimento letto libero e occupato;
- PO11 Igiene personale dei pazienti allettati;
- PO12 Prevenzione Lesioni da Decubito;
- PO13 Gestione Lesioni da Decubito;
- PO14 Gestione Cateteri Venosi Periferici;
- PO15 Gestione Cateteri Vescicali;
- PO16 Gestione delle Emergenze;
- PO17 Pulizia e sanificazione delle sale degenze;
- PO18 Smaltimento Rifiuti Speciali;
- PO19 Controllo Armadi Farmaceutici;
- PO20 Gestione del Farmaco;
- PO21 Gestione della Documentazione;
- PO22 Gestione delle Apparecchiature;
- PO23 Gestione non Conformità;
- PO24 Attività Ambulatoriale;

che descrivono con sufficiente dettaglio le attività e le modalità di erogazione delle stesse, tenendo conto degli specifici documenti applicabili.

Il costante rispetto delle prescrizioni delle Regole dell' U.O. di M.I. e di tali Procedure Operative garantisce un Sistema di Gestione per la Qualità conforme al D.A. 17/06/2002 n° 890, direttive per l'accreditamento delle strutture sanitarie nella Regione Siciliana, e capace di perseguire gli obiettivi qualitativi stabiliti in un'ottica di miglioramento continuo.

L' U.O. di M.I. ha identificato ed assicura l'effettuazione e la conservazione delle registrazioni necessarie a fornire evidenza della conformità ai requisiti

stabiliti e dell'efficace funzionamento del Sistema di Gestione per la Qualità di questo P.O..

I documenti di registrazione della qualità sono reperibili, leggibili, identificabili e riconducibili ad una specifica attività e tutta la documentazione del Sistema di Gestione per la Qualità è mantenuta e gestita dal gruppo di miglioramento per la qualità di questo P.O.

Responsabilità

Leggi e norme applicabili al settore

Tutta la legislazione sanitaria è applicabile alla M.I.

Sono qui elencate le leggi o norme particolari cui fare riferimento per lo sviluppo delle attività nell'Unità Operativa Complessa di M.I..

1. Linee Guida :
 - ❖ Aniarti
 - ❖ Embase
 - ❖ Medline
2. L. n. 833/78 e succ. modificazioni ed integrazioni (D. Lgs n. 502/92 e 517/99);
3. L. n. 135/90;
4. D. Lgs. 626/94;
5. D.M. 739/94 (Profilo Professionale dell' Infermiere);
6. D. Lgs n. 229 del 1999;
7. Decreto 17 giugno 2002. Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione Siciliana.
8. DPR n. 254 del 15 Luglio 2002 (Decreto Ronchi) e succ. modificazioni ed integrazioni.

Missione

L' U.O. di Malattie Infettive del P.O., si propone di:

- formulare diagnosi di malattia;
- individuare e somministrare il trattamento più appropriato ad essa, rappresentato da terapia farmacologica e/o da procedure di tipo interventistico (manovre strumentali);
- effettuare la valutazione globale anche nelle fasi successive a quella acuta, mediante gli approfondimenti diagnostici e le procedure terapeutiche indicate alla patologia, utilizzando anche le metodiche tecnologicamente più avanzate.
- mantenere elevato l'aggiornamento delle conoscenze e tecnologie applicate al fine di garantire un trattamento in linea con lo stato dell'arte nella disciplina, mirando a traguardi di eccellenza in specifiche attività quali :

- Attività medica:
 - ✓ Diagnosi e Cura delle Malattie Infettive e Tropicali;
 - ✓ Diagnosi e Cura delle Malattie del Fegato e delle Vie Biliari;
 - ✓ Tecniche di:
 - Ultrasonologia clinica;
 - Manovre strumentali: Biopsia Epatica, Paracentesi, Rachicentesi, Toracentesi, Aspirato Midollare.

- Attività di coordinamento:
 - ✓ Organizzazione delle attività.
 - ✓ Gestione e la valutazione delle risorse umane.
 - ✓ Gestione delle risorse economiche e tecniche.

- Attività infermieristica:
 - ✓ Accoglienza del paziente.
 - ✓ Documentazione infermieristica.
 - ✓ Diagnosi infermieristica.
 - ✓ Pianificazione assistenziale.
 - ✓ Programmazione diagnostica.
 - ✓ Procedure terapeutiche.
 - ✓ Procedure assistenziali.
 - ✓ Educazione e informazione sanitaria.
 - ✓ Pianificazione dimissione.

- Attività ausiliario/Ota:
 - ✓ Conoscenze approfondite su igiene, sterilizzazione, sicurezza e smaltimento dei rifiuti speciali.
 - ✓ Mettere in atto quanto appreso dai corsi di formazione, in modo tale da accrescere il proprio bagaglio di conoscenza, per affrontare con le dovute competenze le responsabilità connesse all'espletamento delle attività;
 - ✓ Provvedere al completo rispetto di leggi, regolamenti interni e protocolli.

Responsabilità dell' U.O. di Malattie Infettive

Sono di seguito descritte le principali responsabilità del personale che opera nella U.O. di M.I. del P.O..

Il Responsabile di Struttura Complessa di Malattie Infettive RSC: è responsabile di controllare i seguenti aspetti:

a) economici, con particolare riferimento a:

- variabili produttive
- bilancio economico
- interrelazioni con i centri di costo intermedi (interfaccia con i

- servizi)
 - interfaccia con la Direzione Amministrativa
 - sviluppo ed acquisizione di nuove tecnologie
- b) gestione risorse umane, con particolare riferimento a:
 - valutazione del personale medico
 - pianificazione delle attività del personale medico
 - pianificazione delle attività di formazione ed aggiornamento di tutto il personale
 - definizione degli orientamenti terapeutici
 - attenzionare le indicazioni terapeutiche
 - pianificazione dell'aggiornamento ed addestramento sulle nuove tecnologie
 - pianificazione e sviluppo dell'attività scientifica
 - adesione a *trials* clinici multicentrici
 - ideazione ed elaborazione progetti specifici
 - sorveglianza sui livelli di motivazione
- c) negoziazione del budget
- d) gestione del sistema qualità, con particolare riferimento a:
 - definizione dell'organigramma della U.O. di Malattie Infettive
 - gestione dei reclami e degli elogi

Il **RSC** è inoltre responsabile di:

- ottemperare alle responsabilità professionali di legge;
- garantire la conformità del servizio erogato;
- definire, divulgare ed aggiornare lo Standard di Prodotto dell' U.O. (Informativa utenti);
- determinare gli obiettivi e lo sviluppo di strategie con modelli organizzativi e strumenti di integrazione;
- definire standard di assistenza, programmazione, erogazione e valutazione dei servizi erogati;
- definire le modalità di inserimento dei dirigenti medici neo/assunti;
- pianificare, definire, progettare ed attuare la formazione e l'aggiornamento del personale;
- promuovere iniziative di ricerca e di sviluppo dei servizi e dell' U.O.;
- gestire le risorse dell' U.O.;
- standardizzare l'attività dell' U.O.;
- verificare il rispetto della standardizzazione di tale attività;
- verificare che le informazioni relative allo stato di salute dei pazienti, con particolare riferimento a quelle dei pazienti critici, siano tempestivamente documentate, aggiornate e rese disponibili;
- stimolare il *team* Medico/Infermieristico alla dotazione di strumenti di lavoro sempre più appropriati;
- definire e standardizzare il fabbisogno ordinario di presidi sanitari;
- verificare la corretta applicazione di procedure, di linee guida e protocolli terapeutici;

- stimolare la raccolta di documentazione utile alla revisione delle procedure;
- elaborare e controllare i protocolli di preparazione alle procedure diagnostiche e terapeutiche invasive;
- controllare e completare la cartella clinica;
- sorvegliare sulla completa e corretta applicazione dei protocolli per la prevenzione delle infezioni ospedaliere;
- verificare il corretto funzionamento e l'applicazione dei protocolli di controllo del funzionamento di apparecchiature e strumenti medicali in dotazione all' U.O. di M.I. (defibrillatore, ecografo, computer, ecc.);
- organizzare l'Ambulatorio di M.I. per utenza interna/esterna.

Il Referente Qualità area Medica dell' U.O. di M.I. (RQM) è responsabile di:

- mantenere il collegamento con il RQFA per tutti gli aspetti inerenti il Sistema di Gestione per la Qualità e Formazione;
- collaborare con il RQFA nell'applicazione e nello sviluppo del Sistema di Gestione per la Qualità;
- assicurare la tenuta sotto controllo dei documenti del Sistema Qualità dell' U.O.;
- monitorare, il livello dell' U.O., la corretta tenuta sotto controllo delle registrazioni della qualità;
- supportare il DSP nell'attività del gruppo di lavoro per l'accreditamento delle strutture, assicurando l'effettuazione delle convocazioni previste, la verbalizzazione delle riunioni e monitorando l'attuazione e l'efficacia delle azioni decise;
- supportare il RSC nelle attività di sensibilizzazione del personale nei confronti della qualità;
- sorvegliare che il Servizio di Ingegneria Clinica (EBM, servizio in outsourcing) attui gli interventi previsti dal piano di manutenzione e taratura delle apparecchiature, nei tempi e modi stabiliti, e conservare le registrazioni degli interventi stessi;
- attuare quanto previsto circa la misurazione della soddisfazione del cliente;
- gestione di farmaci stupefacenti e il relativo Registro;
- elaborare i dati relativi alle N.C. riscontrate in M.I. e all'andamento degli indicatori stabiliti, al fine di fornire gli elementi in ingresso al Riesame del Sistema Qualità da parte della Direzione;
- gestire le Azioni Correttive e Preventive;
- coordinare le attività relative alle Verifiche Ispettive Interne all' U.O.;

Il Referente Qualità area Infermieristica dell' U.O. di M.I. (RQI) è responsabile di:

- mantenere il collegamento con il RQFA per tutti gli aspetti inerenti il Sistema di Gestione per la Qualità e Formazione;

- collaborare con il RQFA nell'applicazione e nello sviluppo del Sistema di Gestione per la Qualità;
- assicurare la tenuta sotto controllo dei documenti del Sistema Qualità dell' U.O. di M.I.;
- monitorare, il livello dell' U.O., la corretta tenuta sotto controllo delle registrazioni della qualità;
- coadiuvare il U.I.D. nell'attività del gruppo di lavoro per l'accreditamento delle strutture della ASL, assicurando l'effettuazione delle convocazioni previste, la verbalizzazione delle riunioni e monitorando l'attuazione e l'efficacia delle azioni decise;
- coadiuvare il RSC nelle attività di sensibilizzazione del personale nei confronti della qualità;
- controllo che il Servizio di Ingegneria Clinica (EBM, servizio in outsourcing) attui gli interventi previsti dal piano di manutenzione e taratura delle apparecchiature, nei tempi e modi stabiliti, e conservare le registrazioni degli interventi stessi;
- controllo sull'appropriato uso di strumenti per la misurazione della soddisfazione del cliente;
- elaborare i dati relativi alle N.C. riscontrate nell' U.O. e all'andamento degli indicatori stabiliti, al fine di fornire gli elementi in ingresso al Riesame del Sistema Qualità da parte della Direzione;
- gestire le Azioni Correttive e Preventive;
- coordinare le attività relative alle Verifiche Ispettive Interne alla M.I.

Lo **Staff Medico** è responsabile di:

- definire i percorsi diagnostico-terapeutici per ogni caso clinico dell' U.O.;
- verifica e revisione periodica degli stessi;
- coinvolgere il *team* medico-infermieristico nella definizione di percorsi terapeutici di particolari patologie;
- valutare il rischio occupazionale;
- aggiornarsi in merito alle finalità sopra espresse;
- partecipare a momenti formativi e di aggiornamento;
- partecipare alle riunioni dell' U.O.;
- collaborare con il Coordinatore nella diretta programmazione di approfondimenti clinici e nell' organizzazione delle attività espletate dall' U.O.;
- descrivere al paziente le procedure che presentano indicazione nel percorso terapeutico della sua patologia, i vantaggi terapeutici ed i rischi correlati, con richiesta di consenso scritto (per le procedure che lo richiedano);
- esporre al paziente protocolli clinici epidemiologici o di trattamento farmacologico e non, con richiesta di consenso scritto;
- compilare foglio dati di accessi dei pazienti in regime di D.H.;

- compilare correttamente la cartella clinica in tutte le sue parti ed in forma leggibile;
- aggiornare dettagliatamente il diario clinico della cartella;
- controllare e trascrivere in cartella clinica i risultati degli esami ematochimici;
- redigere relazione di dimissione;
- informare i pazienti e/o i parenti autorizzati sul decorso della patologia e su eventuali rischi.

Inoltre lo Staff Medico è responsabile di:

- ottemperare alle responsabilità professionali di legge;
- svolgere attività assistenziale;
- curare il proprio aggiornamento in sintonia con il piano di formazione dell' U.O.;
- registrare le N.C.;
- gestire le N.C. "maggiori".
- informare il paziente riguardo metodiche diagnostiche od interventistiche indicate dalla patologia.

Nell'ambito dell' U.O. sono richieste competenze specifiche per tutti gli Operatori Sanitari:

Il **Caposala** è responsabile:

- Gestione delle risorse umane alle sue dipendenze e delle risorse materiali, nell'ottica dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità consonanti alla politica di gestione della qualità dell' U.O.;
- Studio delle politiche di approccio *front-line* del personale sanitario e dell'utenza nell'ottica della soddisfazione in funzione della qualità percepita;
- Ideazione di un sistema di confronto fra qualità percepita e qualità oggettiva;
- Verifica della qualità delle prestazioni erogate.

Controlla i seguenti aspetti:

a) gestione risorse umane, con particolare riferimento a:

- gestione del personale Infermieristico, O.T.A. ed Ausiliario in dotazione all' U.O. con relativa stesura e gestione (variazioni) dei turni di servizio, pianificazione di congedi ordinari, straordinari, riposi e assenze di varia natura;
- gestione aggiornamenti del Personale Infermieristico e Tecnico Ausiliario/Ota;
- individuazione di caratteristiche peculiari individuali suscettibili di sviluppo fra il personale Infermieristico, Ausiliario ed Ota;
- valutazione del personale Infermieristico, OTA ed Ausiliario;
- elaborazione, presentazione, applicazione e revisione dei protocolli organizzativi e lavorativi;

- b) organizzativi:
 - gestione agenda relativa ai ricoveri programmati in regime ordinario;
 - gestione visite ambulatoriali interne ed esterne in collaborazione con il personale infermieristico dedicato;
- c) economici, con particolare riferimento a:
 - gestione approvvigionamenti di farmaci e/o presidi medico-chirurgici, e approvvigionamenti prodotti di cancelleria e vari, con particolare riferimento alla gestione scorte;
- d) sistema gestione qualità (SGQ), con particolare riferimento a:
 - referenza della documentazione del SGQ;
 - tenuta, conservazione, scarico ed invio delle Cartelle Cliniche ed Infermieristiche all' archivio generale;
 - gestione protocollo interno della posta in entrata ed in uscita;
 - gestione della comunicazione scritta;
 - archiviazione della documentazione;
 - gestione dei reclami e degli elogi;
 - allestimento del registro delle non conformità;
- e) presidi medico-chirurgici, apparecchiature medicali, computer e stampanti, con particolare riferimento a:
 - registrazione e collocazione nel posto idoneo dei manuali d'uso;
 - richieste di interventi di riparazione e manutenzione straordinaria;
 - richieste di interventi di manutenzione ordinaria;
 - predisposizione ordini di materiale e di presidi che vengono utilizzati per tutte le procedure;
 - controllo del ricevimento e dell'utilizzo del materiale di consumo e dei presidi;
- f) allestimento ed aggiornamento:
 - dei contenitori di linee guida infermieristiche validate;
 - dei contenitori di istruzioni operative e protocolli utilizzati dall' U.O.;
- g) controllo adeguata produzione e distribuzione di fascicoli informativi di:
 - norme di igiene;
 - norme di sicurezza;
 - smaltimento dei rifiuti speciali;

Lo **Staff Infermieristico** è responsabile di:

- ottemperare alle responsabilità professionali di legge;
- garantire il corretto svolgimento delle attività effettuate nell' U.O.;
- partecipare al lavoro di gruppo;
- partecipare alle riunioni dell' U.O.;
- collaborare con i (RQI-RQM) nell'applicazione e sviluppo del Sistema Qualità;
- registrare le N.C..

Gli **Infermieri** sono responsabili di:

a) nei confronti del paziente:

- Accoglienza del paziente (secondo i protocolli) in regime di Ricovero Ordinario, DH ed Ambulatoriale;
- Assistenza generale al paziente per tutta la durata della degenza, con particolare attenzione nelle fasi di urgenza/emergenza;
- somministrazione di terapia farmacologica e non, secondo le prescrizioni;
- corretta raccolta di campioni di materiale biologico e corretto invio per esami diagnostici;
- segnalazione di problematiche psico/fisiche/sociali, relative al paziente, o emerse durante il ricovero;
- redazione della cartella infermieristica;
- invio richieste di esami e consulenze, verifica della loro avvenuta esecuzione, verifica della redazione e ricezione dei referti;
- predisposizione e consegna della richiesta vitto e scarico vitto dei pazienti dimessi;
- custodia e conservazione delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi ma che devono effettuare esami diagnostici in post-ricovero o sono in attesa di referti;
- riordino e smaltimento del materiale utilizzato dopo ogni manovra strumentale;
- svolgimento di educazione sanitaria, diffusione di informazioni adeguate;

b) nei confronti della strumentazione/presidi:

- verifica della disponibilità e dell'idoneità dei presidi necessari;
- verifica pianificata dell'efficienza e funzionamento dei presidi/strumentazioni utilizzati giornalmente e dei presidi/strumentazioni dell'urgenza (defibrillatore, monitor, saturimetro, ecografo, glucometer, ecc.);
- verifica e segnalazione al coordinatore dei farmaci in scadenza;
- segnalazione al coordinatore dei farmaci e del materiale sanitario in esaurimento o predisposizione della richiesta degli stessi;

Gli Ausiliari (ASS/OTA/OSS) sono responsabili di:

- attività domestico/alberghiere giornaliere;
- sanificazione e disinfezione delle sale di degenza ed annessi arredi e suppellettili ad ogni dimissione;
- consegnare i prelievi ematici e i campioni biologici al Laboratorio Analisi o al Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale e prelevare, quando richiesto, le sacche di sangue;
- ritirare, quando richiesto, referti di esami dal Laboratorio Analisi, dal Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale e dalla Radiologia;
- raccogliere ed allontanare dall' U.O. i rifiuti solidi urbani per lo smaltimento;

- segnalare prontamente situazioni che richiedano l'intervento di personale medico e/o infermieristico;
- ritirare e consegnare la posta dell' U.O.;
- ritirare approvvigionamento dalla farmacia, dal magazzino, ecc.;
- pulire e fare manutenzione di utensili, apparecchi, presidi usati dal paziente e dal personale Medico ed Infermieristico per l'assistenza al paziente;
- trasportare, nel rispetto dei protocolli stabiliti del materiale biologico, sanitario ed economico;
- rifare i letti in collaborazione con l'infermiere ed igienizzare l'unità di degenza (letto, apparecchiature, ecc.);
- consegnare la biancheria sporca al servizio lavanderia, ritirare e riordinare quella pulita;
- assistere il paziente nell'espletamento di atti fisiologici;
- partecipare al lavoro di gruppo;
- partecipare alle riunioni dell' U.O.;
- eseguire i compiti affidatigli dal Coordinatore/Infermiere;
- accompagnare e sorvegliare il paziente in barella o in carrozzella sino alla presa in carico da parte del personale di altri servizi o UU.OO.;
- coadiuvare il personale infermieristico nella preparazione del paziente per procedure diagnostiche e terapeutiche effettuate all'interno dell' U.O. secondo i relativi protocolli;

Turnistica

I turni del personale medico sono definiti e firmati dal RSC, autorizzati dal RPO ed esposti nello studio medici, i turni del personale non medico sono definiti e firmati dal Coordinatore, autorizzati dall'U.I.D. ed esposti nella sala Infermieri. Eventuali variazioni ai turni definiti devono essere approvate dal RSC (per il personale medico) e dal Coordinatore (per il personale Infermieristico, OTA/Ausiliario), e devono essere comunque evidenti sia la persona che subentra sia la persona sostituita. I piani di turnistica vengono archiviati dal Coordinatore come documenti di registrazione della qualità (vedi paragrafo 4.1).

Il personale, ad ogni cambio di turno, riceve le informazioni sulle condizioni psico/fisiche/sociali dei pazienti e più in generale dell' U.O..

Riesame da parte della Direzione

Con frequenza semestrale, e comunque ogniqualvolta il RSC ne ravveda la necessità, la Direzione dell' U.O. esegue un riesame della documentazione.

Tale riesame ha come punto di partenza un rapporto di Riesame della Qualità della Direzione di M.I., predisposto dai RQ ed inviato in copia al RAQ.

Gestione delle risorse

Il RSC, in collaborazione con il coordinatore, utilizzando gli strumenti di gestione del Sistema Qualità, ed avvalendosi degli elementi in uscita dal Riesame della Direzione, degli obiettivi dell' U.O., e della politica per la qualità, promuove l'individuazione, da parte dei collaboratori, delle risorse necessarie e sufficienti ad attuare, mantenere attivo e migliorare nel tempo il Sistema di Gestione per la Qualità.

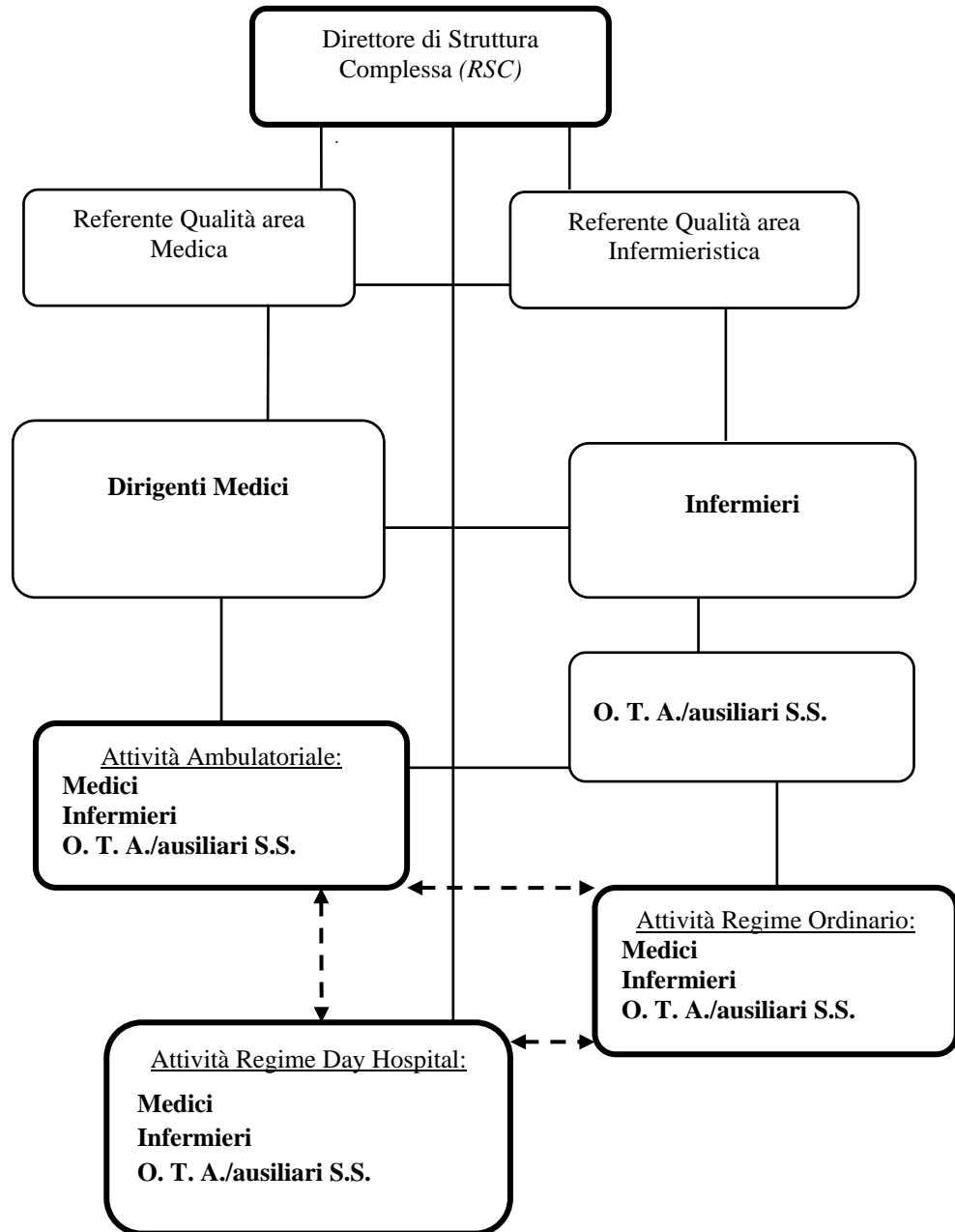
Tali risorse sono esplicitate in termini di:

- risorse umane;
- competenza, consapevolezza e addestramento;
- infrastrutture;
- ambiente di lavoro.

Il processo di identificazione, di messa a disposizione e di gestione delle risorse di cui sopra è descritto nel seguito, in funzione di ciascun tipo di risorsa e rilevabile nell'ordine di servizio dell' U.O..

Organigramma

Unità Operativa di Malattie Infettive:



Inserimento nuovo personale

Il personale di nuovo inserimento sia medico sia infermieristico, viene affiancato dalla figura professionale di riferimento in funzione della tipologia del lavoro da svolgere. È responsabilità del coordinatore per il personale non medico e del RSC per il personale medico approvare il completamento del periodo di inserimento.

L'inserimento del nuovo personale viene registrato ed archiviato come documento di registrazione della qualità dell' U.O. di M.I..

Formazione e Addestramento

Il RSC raccoglie gli elementi informativi relativi a istruzione, addestramento ed esperienza del personale di nuova assunzione coinvolto nelle varie attività per assicurare che, nell'ambito del Sistema di Gestione per la Qualità, vengano assegnate responsabilità adeguate alle caratteristiche del personale.

Il RSC, sulla base dei suggerimenti dei vari collaboratori e della documentazione concernente aspetti formativi di interesse, ricevuta da associazioni, istituzioni scientifiche, altre strutture sanitarie, organismi di certificazione, ecc. decide la partecipazione a corsi e convegni per tutto il personale di sua competenza.

In relazione all'importanza che l'aspetto della competenza professionale riveste nella efficace gestione del Sistema Qualità e quindi nel raggiungimento degli obiettivi di qualità stabiliti, il RSC tiene sotto controllo lo stato di addestramento e competenza del personale coinvolto nei vari processi, attraverso l'esame dell'iter professionale registrato. Il RSC, supportato dal RQM ed RQI, assicura inoltre la sensibilizzazione e quindi la consapevolezza del personale sia attraverso riunioni periodiche, sia valutando le attività svolte e rendendo note le relative considerazioni.

Sono pertanto assicurate le attività rivolte a:

- determinare le necessità di competenza del personale che svolge attività significative ai fini del Sistema di Gestione per la Qualità;
- attuare gli interventi di formazione stabiliti;
- valutare l'efficacia dell'addestramento;
- assicurare che ciascuno sia consapevole dell'importanza della propria attività rispetto agli obiettivi di politica della qualità;
- assicurare che vengano conservate adeguate registrazioni di istruzione, formazione, addestramento ed esperienza.

Viene inoltre svolta, sotto la responsabilità di RQM ed RQI e con il supporto di RSC, del Caposala e dei Medici, un'azione di sensibilizzazione, a tutti i livelli della M.I., al fine di sviluppare consapevolezza circa:

- l'importanza di rispettare la politica della qualità e i requisiti del sistema;
- l'impatto delle varie attività sulla qualità in atto o potenziale;
- i benefici derivanti all' U.O. e ai singoli dallo svolgimento di sempre migliori prestazioni professionali;

- le conseguenze negative potenziali che potrebbero derivare dal mancato rispetto delle procedure, delle istruzioni operative e dell'altra documentazione applicabile.

Ogni anno il RSC concorda con la Direzione Aziendale le esigenze formative del personale che vengono inserite nel piano aziendale di formazione.

Gestione infrastrutture

Il RSC annualmente assicura che le infrastrutture necessarie per garantire la conformità del prodotto quali:

- a) spazi di lavoro e attrezzature ad essi associate;
- b) equipaggiamenti, hardware e software;
- c) servizi di supporto;

siano valutate e che eventuali carenze siano segnalate alla Direzione Sanitaria di Presidio unitamente alle relative azioni di miglioramento proposte.

L' U.O. di M.I. del P.O.... ubicata al piano..... del P.O. ed è costituita da:

✓

✓

Ambienti di lavoro

Il RSC assicura che l'ambiente di lavoro sia idoneo, per quanto attiene fattori fisici e umani, ad assicurare la conformità delle prestazioni.

In particolare, il RSC assicura la gestione degli ambienti di lavoro con riferimento alla sicurezza del personale in accordo alle disposizioni emanate dal D.lgs. 626/94 e succ. ed assicura al personale la conoscenza delle modalità di comportamento necessarie per ridurre al minimo i rischi di incidente e delle modalità per favorire l'evacuazione dal reparto in caso di emergenza.

L'accesso di parenti o personale estraneo agli ambienti di lavoro della M.I. è vincolato al rispetto di ben precise regole di comportamento.

Realizzazione del prodotto

Pianificazione del servizio

I processi principali dell' U.O. di Malattie Infettive consistono in:

1. Attività clinica di degenza ordinaria;
2. Attività clinica di Day Hospital;
3. Attività Ambulatoriale;
4. Ultrasonologia Infettivologica.

La pianificazione ed il controllo delle prestazioni diagnostiche – terapeutiche - assistenziali infettivologiche sono assicurate attraverso:

- ◆ la gestione della “cartella clinica ed infermieristica”;
- ◆ la presenza di un elenco dei principali protocolli operativi. Qualora per motivi di urgenza o per scelta dell’operatore, i protocolli non dovessero venire applicati, l’operatore che esegue la procedura deve indicare la ragione per la quale non si è seguito il protocollo;
- ◆ *Briefing* medico ed infermieristico giornaliero.

La pianificazione ed il controllo delle prestazioni ambulatoriali sono assicurati attraverso:

- processo di prenotazione (CUP per utenti esterni);
- processo di prenotazione (personale dedicato per utenti interni);
- processo di refertazione;
- pianificazione di controlli successivi.

Approvvigionamenti

Gli ordini dei materiali e dei farmaci vengono gestiti dal Coordinatore. I prodotti al loro arrivo vengono controllati a cura della stessa, in sua assenza dal personale infermieristico che ne verifica la corrispondenza tra l’ordine emesso ed il materiale pervenuto ed appura eventuali non conformità della fornitura.

Validazione dei processi

Per attività particolarmente critiche o in caso di inserimento di nuove procedure mediche o infermieristiche o di nuova strumentazione, è responsabilità del RSC, in sua assenza i referenti qualità area medica, ed area infermieristica, di definire le modalità di validazione della nuova procedura, documentando le prove effettuate e archiviando la documentazione come documento di registrazione della qualità.

Identificazione e rintracciabilità

I requisiti di identificazione e rintracciabilità nell'Unità Operativa di M.I. sono i seguenti:

Area	Identificazione	Rintracciabilità
Prodotti (farmaci, presidi, ecc...)	Identificazione determinata dal fabbricante. A tale scopo i prodotti vengono sempre lasciati nella confezione che ne permette la corretta identificazione.	Armadi contenenti i farmaci Carrello per i farmaci Frigorifero Armadi per i presidi Cassetta per farmaci stupefacenti, chiusa a chiave e fissata in armadio chiuso a chiave.
Personale	Badge identificativo e firma	Il personale deve sempre apporre in maniera evidente il badge di identificazione rilasciato dalla Direzione Ospedaliera. Quando necessario, per esempio per la registrazione della somministrazione delle terapie o la firma di un referto, la firma deve essere sempre accompagnata dal nome scritto in stampatello o da un timbro che renda rintracciabile la persona.

Proprietà del Cliente

Non vi sono prodotti di proprietà del paziente che devono essere tenuti sotto controllo in Unità Operativa. Eventuali oggetti personali orologi, collane, bracciali, protesi, documenti sanitari vengono sempre trattenuti dal paziente o dai parenti.

Conservazione

I prodotti di proprietà del cliente vengono conservati in modo da garantire la riservatezza dei dati .

I materiali critici presenti in Unità Operativa (farmaci, presidi in particolare) sono immagazzinati in appositi luoghi di stoccaggio, tenendo sotto controllo:

- le condizioni di immagazzinamento (temperatura),
- i quantitativi minimi necessari,
- le scadenze.

Nel carrello d'emergenza è presente un elenco dei prodotti che devono essere sempre presenti in esso, con l'indicazione dei quantitativi minimi e la data di scadenza evidenziata. Inoltre a frequenze pianificate mensili, su tutti i farmaci e i presidi sanitari presenti nell' U.O., vengono eseguiti controlli dal personale infermieristico che ne registra l'avvenuto controllo apponendo relativa firma leggibile.

I controlli sono mirati a verificare la scorta e le eventuali scadenze residue.

Quando il prodotto viene rilevato a scadenza ravvicinata (inferiore a 1 mese) esso viene marcato e posto in evidenza per evitarne l'uso qualora il periodo dovesse essere superato.

Controllo della strumentazione

La strumentazione presente nell' U.O. di M.I. è gestita dal Servizio di Ingegneria Clinica EBM (servizio in outsourcing).

La strumentazione è etichettata per renderne evidente l'identificazione e lo stato di manutenzione e/o di taratura.

Nell' U.O. di M.I. è comunque presente il piano di manutenzione e di taratura periodica concordato col Servizio di Ingegneria Clinica EBM, in modo da poterne monitorare, da parte del RQM ed RQI, la corretta ed efficace attuazione. Presso la Direzione Sanitaria di Presidio è presente un software per la gestione informatica degli interventi manutentivi.

Il RQM ed RQI della M.I. conservano le attestazioni di pertinenza dell'avvenuta attuazione da parte del Servizio di Ingegneria clinica EBM delle attività previste nei tempi e nei modi stabiliti.

Misurazione, analisi e miglioramento

Monitoraggio e misurazione dei processi e dei prodotti

Sono definiti specifici indicatori di attività e di risultato che permettono al RSC di tenere costantemente sotto controllo il corretto svolgimento delle attività.

Gestione delle Non Conformità

Le non conformità rilevate nell'Unità Operativa di M.I., sono registrate da tutto il personale che le rileva.

Per non conformità si intende qualsiasi attività erogata o in maniera difforme da quanto descritto o in assenza di procedura scritta.

I reclami dei clienti/pazienti sono trattati in accordo al regolamento aziendale sui reclami gestito dall'URP aziendale.

Analisi dei dati

Con periodicità variabile a seconda dell'indicatore, il RQM ed RQI provvedono ad elaborare i dati di non conformità e degli indicatori di pertinenza per esprimere un giudizio sull'andamento delle attività.

Azioni correttive e preventive

Lo stato delle azioni correttive è tenuto sotto controllo e gestito dal RQM ed RQI e dal RSC tramite le apposite registrazioni e la comunicazione al gruppo di miglioramento della qualità del P.O.

Riferimenti

- Piantina U.O;
- Delibera..... del..... Costituzione gruppo di lavoro per l'accreditamento per le strutture.
- D.A. 22/02/2006 (Linee guida per la gestione del consenso informato ai fini dell'accreditamento istituzionale delle attività sanitarie. Indirizzi operativi per le strutture pubbliche e private della regione siciliana);
- Linee Guida ISPSEL “ valutazione del rischio nelle strutture sanitari.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Allaire Yvan, Firsirotu Mihaela E. “Considérations générales sur la stratégie et la structure d'ensemble de l'ouvrage”, cap. 1, pp. 3:21 in L'entreprise stratégique: penser la stratégie, Boucherville: Gaëtan Morin, 1993
- 2) Baraldi S. “ Leadership: questione di stile” in Sole 24 Ore Sanità Management – Milano – aprile 2001.
- 3) Benessere Organizzativo – per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche – a cura del dipartimento della funzione pubblica. Rubettino Editore, 2003.
- 4) Blake R.R., Mouton J.S., Leadership aziendale, Milano, Etas Libri, 1986
- 5) Bordogna L. , “ La contrattazione integrativa e gestione delle risorse umane nelle pubbliche amministrazioni. I principali risultati delle rilevazione 2001” , su Aran Newsletter , n. 6 , novembre- dicembre 2001.
- 6) Desmarteau Robert H. “Écoles de pensée en stratégie organisationnelle”, in Découvrir la Démocratie toquevillienne dans un hôpital de l'Est de Montréal en modélisant: La pratique de la réciprocité morale comme étant à la fois un instrument et un avantage stratégiques dan un hôpital, cap. 1, p.142
- 7) Hersey P, Blanchard P, Leadership Situazionale, Sperling e Kuppfer editori, 1987

- 8) McGregor D., L'aspetto umano dell'impresa, Franco Angeli Editore, Milano, 1985
- 9) Mohrman Albers Susan, Cohen Susan G., Mohrman Allan M. "Step three – Clarifying Management Structure and Roles", in Designing Team-Based Organizations – New Forms for Knowledge Work, Thousand Oaks:Sage, 1996
- 10) Morgan Gareth, "Image – Metafore dell'organizzazione", cap. 4 pp 96-135, cap 5 pp 136-173; Ed. Franco Angeli, MI, 1994
- 11) Quinn James Brian "Managing Knowledge Based and Professional Intellect", in Intelligent Enterprise, cap 8 pp 213-240 , The Free Press, NY, 1992
- 12) Putnam Robert D. "Capitale sociale e successo delle istituzioni", in La tradizione civica nelle regioni italiane, cap. 6 pp. 191-218, Arnoldo Mondadori Editore, MI, 1993
- 13) Santullo A., " L'infermiere e le innovazioni in sanità", McGraw-Hill, Milano, 1999.
- 14) Toniolo Franco, Cobello Francesco " La persona al centro della programmazione sanitaria e sociale" - ASI - Agenzia Sanitaria Italiana - Anno XIII n. 13 - 31 Marzo 2005.
- 15) Zander K. Managed Care within acute care setting: design and implementation via nursing case management , Health Care Super 2 1998 pag. 27-43.
- 16) Zerilli Andrea "La valutazione del personale", Enciclopedia di Direzione Aziendale, Franco Angeli, MI, 1988

Ringraziamenti


La stesura del manuale inerente la progettazione di percorsi assistenziali finalizzati all'ottimizzazione dell'assistenza e degli interventi diagnostici / terapeutici / assistenziali nel non semplice e sempre più esteso campo , dell'Infettivologia, è stata effettuata grazie anche:

- *alla positiva condivisione da parte del Direttore Generale Dott. Francesco Iudica, del Direttore Amministrativo Dott. Vincenzo Vicari e del Direttore Sanitario Dott. Giuseppe Calaciura dell'Azienda Unità Sanitaria Locale n. 4 di Enna, che hanno riconosciuto nell'opera il merito di ottimizzare l'informazione e la comunicazione ,*
- *alla cortese disponibilità della Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT) e del suo Presidente Nazionale Dott. Francesco Mazzotta (Direttore Unità Operativa Complessa Malattie Infettive Azienda Sanitaria Firenze), che ha preso a cuore il contenuto del testo,*
- *all'attenta revisione del Dott. Vincenzo Portelli (Responsabile Qualità della SIMIT e Direttore Unità Operativa Complessa Malattie Infettive Ospedale "S. Antonio Abate" Trapani),*
- *alle incoraggianti note augurali espresse nelle presentazioni della Dott.ssa Anna Orani (Direttore Unità Operativa Complessa Malattie Infettive Ospedale "A. Manzoni" Lecco) e del Dott. Pietro di Gregorio (Direttore Unità Operativa Complessa Malattie Infettive Ospedale "Cannizzaro" Catania),*
- *alla affettuosa generosità del Maestro Francesco Scialfa, che ha realizzato il dipinto in copertina.*
- *alla gentile collaborazione della Prof.ssa Giuseppina Coffa e della Dott.ssa Maria La Giusa.*
- *al valido e fattivo sostegno degli Operatori Sanitari dell'Unità Operativa Complessa Malattie Infettive "San Felice" Ospedale "Carlo Basilotta" di Nicosia (Azienda Unità Sanitaria Locale n. 4 Enna).*
- *all'affettuosa collaborazione della Dott.ssa La Giusa Maria.*



**Con la preziosa
collaborazione di:**





Organismo di
Certificazione
Internazionale

QUALITÀ UNI EN ISO 9001
Certificazioni di sistemi di gestione per la qualità

CERTIFICAZIONE DI PRODOTTO
Certificazioni volontarie di prodotto che evidenziano le caratteristiche specifiche di un prodotto e i fattori che lo differenziano

SICUREZZA ED IGIENE ALIMENTARE ISO 22000
Igiene e sicurezza nel settore agroalimentare

PROTEZIONE CIVILE GAPC 13000
Certificazioni di sistemi di gestione rivolte alle organizzazioni di volontariato

ETICA SA 8000
Norme volontarie che verificano e garantiscono l'integrazione alle problematiche sociali e ambientali delle imprese

AMBIENTE UNI EN ISO 14001
Certificazioni di sistemi di gestione ambientale


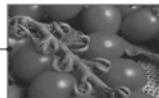









SICUREZZA OHSAS 18001
Certificazioni di sistemi di gestione della sicurezza e salute dei lavoratori

EUREPGAP
Standard di riconoscimento della qualità e della sicurezza dei prodotti agricoli

CORSI DI FORMAZIONE
Il cambiamento gestionale crea la necessità di migliorare le performance, richiedendo un forte investimento in risorse umane

CERTIFICAZIONE IMMOBILIARE
Certificazione per la qualità degli immobili civili, residenziali e industriali

ECO & TECH
Processi di qualifica specialistica e di mestiere per gestione rifiuti tecnologici (operatore RAEE)

SINCERT
Soci

SNAS
Reg. No. 22770-036

SNAS
Reg. No. 22770-036

Via Duca degli Abruzzi, 9 - 95127 CATANIA
Tel 095.7225205 - fax 095.7228554
www.certyceq.it - info@certyceq.it

Numero unico per l'Italia
199.283648

Nel campo delle scoperte scientifiche, la scienza medica è sicuramente quella che negli ultimi anni ha conseguito notevoli conquiste. A ciò peraltro, corrisponde una sempre maggiore richiesta da parte della collettività per un continuo miglioramento della qualità del servizio medico al fine di aumentare la probabilità del risultato di ospitalità e di salute atteso.

I pazienti, le loro famiglie dimostrano sempre più sensibilità nei confronti della qualità della prestazione medica, della professionalità e competenza degli operatori, del contenimento e rispetto dei tempi di attesa, dell'umanizzazione del rapporto con gli assistiti.

Nasce quindi l'esigenza di assicurare l'efficacia della struttura stessa con una costante ricerca di efficienza e miglioramento. Lo sbocco naturale è la certificazione del Sistema di Gestione per la Qualità, al fine di controllare i processi della struttura sanitaria con riferimento alle esigenze dei pazienti e con un costante monitoraggio dell'efficienza delle prestazioni erogate. Tutto ciò in costante applicazione della norma UNI EN ISO 9001:2000.

I parametri principali di riferimento sono due:

efficienza: che misura i risultati rapportati al personale, alla struttura ed alle risorse economiche impiegate;

efficacia: che misura il risultato dell'applicazione dei protocolli medici al fine del miglioramento dello stato di salute.

I vantaggi dovuti alla Certificazione di Qualità sono innanzitutto una maggiore efficienza dei servizi.

Peraltro il Sistema Qualità assicura anche il perseguimento della sicurezza globale, una maggiore tutela degli operatori, un migliore rapporto di fiducia tra struttura, operatori e pazienti ed una ottimizzazione dei costi

Francesco Giannini
Direttore CERTYCEQ S.R.L.



ioprevengo.it
la telemedicina al servizio della prevenzione

*Il controllo periodico
a salvaguardia della
salute e della
qualità della vita*



I tuoi pazienti sono poco pazienti?

Il tuo check-up senza attesa

Sono stanchi di file e tempi di attesa troppo lunghi
per gli esami di routine che prescrivi loro?

*La risposta è **ioprevengo.it**,
la soluzione più veloce, comoda e affidabile.*

ioprevengo.it S.p.A. • Via Mineo, 34 - 95125 - Catania
info@ioprevengo.it - www.ioprevengo.it

Per Info e Prenotazioni tel. 095-502242

**Funzionalità
cardiaca e
SISTEMA
CIRCOLATORIO**

**Prevenzione del
DIABETE**

**Controlli
dell'apparato
RESPIRATORIO**

**Controlli della
funzionalità
RENALE**

**Controlli
dell'apparato
UDITIVO**





**Scuola Superiore
"Empedocle"**
Liceo Scientifico Paritario
Indirizzo Brocca
direzione Medicina e Biotecnologie

dopo la scuola media,
già da oggi
puoi guardare
il tuo futuro

percorsi
di eccellenza
per superare
il numero chiuso
nell'area
sanitaria

sedi della Scuola Superiore Empedocle
con residentato per universitari e alunni fuori sede:

Istituto Salesiano San Luigi - 98122 Messina
Viale Regina Margherita, 27 - Tel./Fax 090 3710859
messina@scuolaempedocle.com

Collegio Sacro Cuore di Gesù - 95127 Catania
Via Martino Cilestri, 109 - Tel./Fax 095 449710
catania@scuolaempedocle.com

IBIS
gruppo ICT dr. Pedullà

www.scuolaempedocle.it



Salvatore Mancuso Prizzitano

Dal 1983 al 1988 in servizio presso l'Istituto di Cura "Calvary Hospital" di Roma, "Blocco Operatorio multidisciplinare", con la qualifica di Coordinatore. Attualmente Operatore Sanitario Infermiere presso l'Azienda Unità Sanitaria Locale 4 Enna, U. O. C. Malattie Infettive "S. Felice", Presidio Ospedaliero "Carlo Basilotta" di Nicosia. Competenze avanzate nei settori: clinica, formazione, gestione, organizzazione. Laureato Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'Università di Roma "Tor Vergata".

Arcangela Mancuso Prizzitano

Dal 1983 al 1984 in servizio presso l'Istituto di Cura "Piccola Compagnia di Maria" con sede in Roma, con la qualifica Infermiera Professionale. Dal 1984 ad oggi Coordinatrice Professionale Infermieristica presso l'Azienda Sanitaria Locale 4 Enna, U. O. C. Cardiologia, Presidio Ospedaliero "Carlo Basilotta" di Nicosia. Competenze nei settori: clinica, formazione; competenze organizzative e gestione negli ambiti: chirurgia generale, medicina generale, cardiologia. Laureata Infermiere presso l'Università "G. D'Annunzio" di Chieti-Pescara.

Mauro Sapienza

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Catania; Specialista in Malattie Infettive, in Medicina Interna ed in Malattie del Fegato e Ricambio. Dal 1989 al 2001 Dirigente Medico presso l'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "Garibaldi" di Catania – 1ª Divisione Malattie Infettive e responsabile del Modulo di "Ecografia Internistica" e dell'Incarico dirigenziale di "Epatiti croniche virali". Dal 2001 Direttore Unità Operativa Complessa di Malattie Infettive "San Felice" dell'Ospedale "C. Basilotta" di Nicosia (Azienda U.S.L. n. 4 – Enna). Responsabile del "Servizio Accoglienza Cittadini Extracomunitari" del Distretto di Nicosia. Docente presso i Corsi di Formazione AIDS della Regione Siciliana e presso Scuole Infermieri. Presidente Regionale per la Sicilia dell'AILE "Associazione Italiana per la Lotta alle Epatopatie". Componente Consiglio Direttivo SIMIT- Sicilia.