	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 9 di 50
---	------------------------------------	---

DF - Erogazione o Agevolazione dell'Erogazione di Assistenza Clinica

DF.1 I professionisti sanitari sono qualificati e competenti.

Per garantire l'aderenza agli elementi misurabili relativi allo standard in oggetto è necessario individuare le figure professionali che compongono l'équipe per il trattamento del paziente con insufficienza renale cronica. Tale équipe è composta da medici nefrologi e infermieri e si deve avvalere, anche attraverso rapporti convenzionali, delle competenze delle seguenti figure¹:

- dietista,
- psicologo/assistente sociale,
- informatico.

L'aderenza agli elementi misurabili dello standard DF1 implica:

- a. disporre dati riguardanti la formazione curriculare (laurea, specializzazione, diploma etc.), l'esperienza (anni di lavoro nell'ambito specifico), l'addestramento (periodo di affiancamento, master etc.) necessari per ricoprire lo specifico ruolo all'interno dell'équipe attestati da specifico CV in formato europeo aggiornato almeno ogni 6 mesi;
- b. disporre di criteri scritti sulla base dei quali i professionisti sono stati selezionati, con evidenza delle abilitazioni, dell'esperienza e della verifica delle specifiche competenze. La documentazione specifica, compresa la valutazione da parte del responsabile dell'équipe delle competenze per l'inserimento nell'équipe stessa, deve essere presente nel fascicolo personale con documentazione in originale o copia conforme attestante i titoli per l'accesso alla mansione (laurea, diploma, specializzazione) e documentazione attestante il mantenimento dei requisiti (iscrizione aggiornata all'albo e/o altre similari). Nel caso in cui non fosse possibile inserire tutta la documentazione nel fascicolo personale conservato presso gli uffici amministrativi si suggerisce l'adozione di un fascicolo personale aggiuntivo da conservare all'interno del reparto;
- c. disporre di procedure scritte e formalizzate per l'inserimento del personale neo-assunto;
- d. disporre di una specifica "job description"² per tutti i componenti, e dell'elenco dei privilegi³ per il solo personale medico. La "Job" deve contenere queste aree: dipendenza gerarchica, classificazione, interfacce funzionali, finalità del ruolo, requisiti, responsabilità dirette (tecniche specialistiche, gestionali, organizzative, relazionali), competenze (sapere, sapere fare, sapere essere);
- e. verificare l'attendibilità dei titoli di studio. Tale verifica non può essere fatta dal soggetto portatore d'interessi (il singolo professionista) ma deve essere effettuata dall'ufficio personale di ogni ospedale contattando direttamente l'università e/o la scuola di diploma presso la quale è stato conseguito il titolo necessario a ricoprire la specifica posizione. Nel fascicolo personale deve

¹ Le figure professionali sono ricavate dal documento della Commissione di Organizzazione Dei Servizi di Nefrologia, Dialisi e Trapianto Società Italiana di Nefrologia: La Rete Nefrologica Italiana: Rilevazioni e Indicazioni Sin http://www.sin-italy.org/pdf/comunicazioni/2007/rete_nefrologica.pdf

² Termine tecnico usato da JCI che descrive l'elenco delle capacità tecniche, organizzative e gestionali che ogni figura deve possedere all'interno della organizzazione dove opera


³ Privilegi: con tale formula mutuata dall'inglese (privilege) si definiscono gli atti medici che ogni professionista è autorizzato a compiere all'interno della organizzazione dove opera. È diverso dalla job poiché quest'ultima definisce cosa deve saper fare, ad esempio, un medico nefrologo, il privilegio definisce invece quello che in realtà sa fare il singolo nefrologo e può essere diverso da quello degli altri (esempio costruzione FAV: non tutti sa sanno fare)

essere inserito il certificato inviato dall'Università all'Azienda con la propria busta in originale e in assenza la richiesta fatta dall'Azienda Sanitaria (Ospedale o territoriale) all'Università. A livello aziendale deve poi essere adottata una politica di verifica di tutti i titoli di studio e tale politica deve essere approvata dalla Direzione Generale e messa in atto dagli uffici competenti (in genere dall'ufficio personale).

- f. Disporre di una scheda di valutazione, compilata al momento dell'ingresso nell'équipe e successivamente almeno una volta all'anno, per verificare che il soggetto mantenga o modifichi i requisiti, le abilità e le competenze per gestire in modo appropriato il percorso di cura. Tale scheda, da riempire a cura dell'interfaccia definita come dipendenza gerarchica nella job description, non è la scheda della valutazione annuale aziendale che ha fini diversi da quelli propri della verifica delle capacità e delle competenze, ma deve essere una scheda il più oggettiva possibile, meglio se con domande alle quali rispondere "sì, no, parzialmente" che valuti tutte le voci della "job" e per i medici la capacità di adempiere ai propri privilegi con valutazione dei risultati conseguiti rispetto a ciascuno di essi. La scheda deve contenere delle note in calce in cui dare motivazione della valutazione e nelle quali recepire le considerazioni del soggetto sottoposto a verifica rispetto alla quella conseguita.
- g. Presso la S.C.NdeT devono essere disponibili dei manuali e/o dei documenti relativi alle procedure di assistenza che vengono consegnati al personale neo inserito nell'équipe al fine di insegnare allo stesso come operare nel modo più adeguato. Sono disponibili nella segreteria del servizio le linee guida selezionate.
- h. Predisporre programmi di aggiornamento continuo con tenuta di un calendario annuale formativo, di cui sia possibile verificare l'evidenza (es. registrazione sul fascicolo personale dei corsi ai quali si è partecipato e, per i corsi per i quali non si è ancora conseguito l'attestato, conservazione dei fogli di presenza, mentre, per quelli futuri, un calendario con la previsione all'intervento da parte della varie figure professionali). Possono essere ricompresi nel calendario degli eventi formativi anche meeting interni di reparto nei quali si discutono casi clinici.
- i. Disporre di una rilevazione periodica degli eventuali fabbisogni formativi dei professionisti sanitari.
- j. Effettuare riunioni periodiche d'équipe, con minute dei verbali, sulla gestione dei casi.

Presso ciascuna UO deve essere conservato l'elenco degli operatori sanitari che afferiscono all'équipe che tratta l'MRC secondo il seguente schema.

Cognome Nome	Titolo professionale	Qualifica	Responsabilità della funzione	Reperibilità/sede di lavoro
		Dirigente medico	Coordinamento Medico	
		Medico dipendente	Assistenza medica	
		Medico contrattista	Assistenza medica	
		Coordinatore infermieristico	Coordinamento infermieristico	
		Infermiere	Assistenza infermieristica	
		Psicologo	Attività di supervisione	
		Assistente sociale	Attività di supporto al paziente	

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 11 di 50
---	------------------------------------	--

		Dietista		
		informatico	Attività di gestione ed elaborazione dati	

Aggiornato il _____
Dal responsabile di progetto _____
Disponibile presso _____

Inoltre deve essere conservato l'organigramma della ScNDD alla quale l'équipe afferisce e le dipendenze gerarchiche e funzionali della stessa.

Deve essere inoltre disponibile un calendario degli eventi formativi con la rilevazione dei corsi ai quali ha partecipato il personale negli ultimi 6 mesi e programmati per i successivi 6 mesi. Qualora non siano ancora disponibili i certificati di partecipazione è necessario disporre dei fogli di presenza.


La SIN raccomanda i seguenti criteri minimi per la selezione/arruolamento del personale afferente all'équipe che tratta pazienti con MRC.

- Personale medico: specializzazione in nefrologia o documentata attività professionale svolta nella disciplina specifica della durata di almeno 5 anni al momento dell'arruolamento all'interno dell'équipe. Tale requisito viene valutato direttamente dal responsabile dell'équipe sulla base dei requisiti curriculari e/o sulle competenze sviluppate negli ultimi 5 anni all'interno del reparto nella fase di tutoraggio,
- Personale infermieristico: diploma o laurea di infermiere, esperienza di almeno 6 mesi in area nefrologica, iscrizione aggiornata all'albo degli infermieri, capacità nell'utilizzo di tecniche informatiche. Per quanto attiene alla formazione continua in Medicina, almeno il 50% dei crediti ECM ottenuto da eventi formativi relativi alle malattie renali
- Personale dietista: la formazione universitaria, o ad essa parificata (come disposizioni di legge), del dietista dovrebbe garantire un'adeguata preparazione teorica e pratica in ambito nefrologico. È opportuno che l'attività di tirocinio pratico sia svolta presso centri nefrologici ospedalieri con la supervisione di un dietista esperto. È inoltre auspicabile un periodo post-laurea della durata di almeno 6 mesi presso centri nefrologici. Per quanto attiene alla formazione continua in Medicina almeno il 50% dei crediti ECM sia ottenuto da eventi relativi alle malattie renali
- Psicologo: per i professionisti psicologi è richiesto il possesso della qualifica di psicoterapeuta e/o il diploma di specializzazione. Titoli: laurea in psicologia, specializzazione quadriennale in psicoterapia di orientamento teorico-clinico cognitivo e cognitivo comportamentale, abilitazione all'esercizio dell'attività psicoterapeuta ai sensi dell'art. n° 3 legge 56 del 18-02-89, almeno sei mesi di esperienza e/o consulenza presso centri nefrologici.
- Assistente sociale: È opportuno un periodo di attività e/o consulenza della durata di almeno 6 mesi, anche non continuativi, presso centri nefrologici
- Informatico: È opportuno un periodo di attività e/o consulenza della durata di almeno 6 mesi, anche non continuativi, presso aziende informatiche che trattano elaborazione dati

Job medico nefrologo nella MRC

DIPENDENZA GERARCHICA: Responsabile Struttura Complessa Nefrologica

CLASSIFICAZIONE:

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 12 di 50
---	------------------------------------	--

INTERFACCE FUNZIONALI: Responsabili S.S. all'interno della S.C. di Nefrologia e Dialisi, Responsabile servizio infermieristico, Infermieri ambulatorio
Interne all'azienda: Specialisti e consulenti
Esterne all'Azienda: MMG, associazioni e gruppi di pazienti

FINALITÀ DEL RUOLO ⁴:

- prevenzione, diagnosi e cura delle malattie renali;
- identificazione delle forme secondarie d'ipertensione arteriosa tra cui la MRC è la più frequente;
- trattamento dell'Insufficienza Renale Acuta e delle sue complicanze sia in Nefrologia sia in Rianimazione e Terapia Intensiva;
- trattamento dietetico-farmacologico e dialitico della MRC e delle sue complicanze;
- studio metabolico della calcolosi urinaria;
- alterazioni del metabolismo idro-elettrolitico indipendentemente dalla presenza di nefropatia;
- studio delle nefropatie genetiche e congenite;
- diagnosi e terapia, anche con plasmaferesi, di malattie sistemiche o rare con interessamento renale (malattie del collagene, vasculiti, amiloidosi e mieloma);
- eventuale creazione chirurgica dell'accesso dialitico vascolare e peritoneale;
- gestione della lista d'attesa del trapianto di rene;
- esecuzione ed eventuale lettura della biopsia renale.
- Assicurare la continuità della cura al paziente nefropatico in tutte le fasi della malattia e in tutte le complicazioni cliniche che possano intercorrere durante il follow-up

REQUISITI:

Specializzazione in nefrologia o documentata attività professionale svolta nella disciplina specifica della durata di almeno 5 anni al momento dell'arruolamento all'interno dell'équipe. Tale requisito viene valutato direttamente dal responsabile della ScNdD sulla base dei requisiti curriculari e sulle competenze sviluppate negli ultimi 5 anni all'interno del reparto nella fase di tutoraggio.

RESPONSABILITÀ DIRETTA:

Tecnico professionali

- capacità di prevenire, diagnosticare e trattare le malattie mediche del rene primitive e secondarie, acute e croniche, nonché i disordini del metabolismo idro-elettrolitico e dell'equilibrio acido-base e l'ipertensione arteriosa complicata,
- competenza sulle scelte terapeutiche in termini di trattamenti conservativi sostitutivi,
- capacità di intervenire nella gestione delle emergenze nefrologiche, anche con tecniche dialitiche,
- capacità di individuare e prescrivere percorsi diagnostico-terapeutici coerenti con gli obiettivi dell'équipe.

Gestionali

- capacità di raggiungere gli obiettivi affidati nel rispetto dell'appropriatezza delle cure e della valutazione dei costi;

⁴ C. Zoccali, G. Cancarini: La prevenzione della malattia renale cronica: un problema centrale della missione della nefrologia. GIORNALE ITALIANO DI NEFROLOGIA / ANNO 25 N. 2, 2008 / PP. 134--138

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 13 di 50
---	------------------------------------	--

- capacità di gestire le informazioni al fine di un miglioramento delle prestazioni;
- capacità di gestire e creare archivi elettronici
- capacità di interfaccia con strumenti informatici
- capacità di accedere e consultare banche dati informatiche sanitarie
- capacità di produrre e realizzare procedure cliniche nel rispetto dell'evidenza scientifica e del rispetto costi-benefici
- capacità di produrre e realizzare procedure organizzative e percorsi operativi per la riduzione delle criticità connesse all'uso delle risorse aziendali.
- capacità di gestire e coordinare competenze multidisciplinari ai fini dell'ottimizzazione del risultato diagnostico e terapeutico
- propensione alla formazione e all'acquisizione di nuove conoscenze, con l'utilizzo delle moderne tecnologie e nel pieno rispetto della qualità, con un particolare riferimento all'evidence-based-medicine;
- propensione alla ricerca clinica e all'attività didattica.

Relazionali

- attitudine al lavoro di gruppo;
- capacità di relazionare con utenti, colleghi e con tutto il personale coinvolto nell'assistenza
- capacità di operare con equilibrio in situazioni conflittuali;
- capacità di dare informazioni chiare ed esaustive sugli argomenti di propria competenza;
- capacità di stilare criteri oggettivi di valutazione e misurazione delle attitudini/performance dell'équipe
- partecipazione come invited speaker a convegni scientifici.


Organizzative

- capacità di proporre e realizzare percorsi di formazione personalizzati
- capacità di organizzare gruppi di lavoro nell'ottica della valorizzazione del team e della spinta al raggiungimento del risultato
- accedere a postazioni internet
- gestire newsgroup e scaricare posta elettronica
- capacità di gestire e creare una raccolta di bibliografia scientifica in formato cartaceo ed elettronico
- capacità di scrivere articoli scientifici da sottoporre a riviste scientifiche e/o congressi
- capacità a partecipare a convegni scientifici nazionali ed internazionali.

Il conferimento dei privilegi al personale medico nel percorso MRC: un esempio

Per ogni singolo professionista medico afferente all'équipe è necessario che il responsabile definisca gli atti medici (in termine JCI i privilegi), quali sono cioè le abilità operative e le manovre cliniche invasive o meno che lo stesso è autorizzato a svolgere. A titolo esemplificativo si elencano i seguenti possibili privilegi di un nefrologo, anche avvalendosi di collaborazioni interne/esterne alla SCNeD e uno schema attraverso il quale si individuino quali siano gli atti medici autorizzati al singolo nefrologo (che deve essere disponibile presso l'équipe).

lista privilegi (capacità)	nefrologo A	nefrologo B	nefrologo C	nefrologo D
di valutare e interpretare indagini di laboratorio e strumentali				
di valutare e interpretare indagini istopatologiche				
di eseguire la bioimpedenza				
di interpretare la bioimpedenza				
di eseguire un holter pressorio				
di valutare un holter pressorio				
di valutare lo stato nutrizionale e compilazione di una corretta terapia nutrizionale				
di eseguire biopsia renale sotto controllo ecografico				
di inserire catetere venoso centrale via giugulare, succlavia				
di inserire catetere venoso centrale via femorale				
di confezionare fistola artero-venosa				
di venipuntura di FAV				
di inserire catetere peritoneale				
di eseguire ecografia renale				
di interpretare ecografia renale				
di eseguire/seguire dialisi extracorporea con metodiche diffusive/convettive				
di prescrivere dialisi extracorporea con metodiche diffusive/convettive				
di prescrivere dialisi peritoneale				
di eseguire/seguire dialisi peritoneale				
di prescrivere dialisi a basso flusso al letto del malato				
di eseguire/seguire dialisi a basso flusso al letto del malato				
di interpretare EGA e disturbi elettrolitici				
di proporre e realizzare percorsi di formazione personalizzati				

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 15 di 50
---	------------------------------------	--

di organizzare gruppi di lavoro				
di accedere a postazioni internet				
di gestire newsgroup e scaricare posta elettronica				
di gestire e creare una raccolta di bibliografia scientifica in formato cartaceo ed elettronico				
di scrivere articoli scientifici da sottoporre a riviste scientifiche e/o congressi				
di partecipare a convegni scientifici nazionali ed internazionali				

Job coordinatore infermieristico del programma MRC

INTERFACCIA A MONTE: Direttore ScNdD, Direttore del servizio infermieristico.

INTERFACCIA A VALLE: Infermieri OSS e OTA.

INTERFACCE FUNZIONALI: Servizio Infermieristico, Responsabile ScNdD, Responsabile Ambulatorio Nefrologico, Infermiere di ambulatorio e Responsabile della Qualità aziendale, dietista, psicologo

CLASSIFICAZIONE: Collaboratore professionale sanitario esperto, profilo infermieristico, categoria DS.

REQUISITI:

- Master universitario di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento (o il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica)
- Esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.

FINALITÀ DEL RUOLO

Al Coordinatore Infermieristico dell'ambulatorio di nefrologia compete la responsabilità dell'organizzazione del lavoro e del suo corretto svolgimento, attuata mediante processi di MANAGEMENT quali:

- Pianificazione e organizzazione dei modelli assistenziali relativi anche alla prevenzione, alla educazione sanitaria ed alla ricerca infermieristica in ambito nefrologico
- Gestione, impiego e valutazione delle risorse umane e tecnologiche a disposizione dell'unità al fine di favorire la piena espressione del loro potenziale
- Coordinamento e ottimizzazione della collaborazione tra le diverse figure professionali volta a favorire la massima efficacia dell'approccio multidisciplinare al processo di cura
- Controllo e sorveglianza dell'attività lavorativa nell'ambito della sicurezza ed igiene nel lavoro
- Inserimento, valutazione e formazione continua del personale infermieristico e ausiliario e responsabilità dell'apprendimento clinico degli studenti infermieri e degli studenti OSS al fine di svilupparne le potenzialità nello svolgimento del proprio ruolo professionale

LE COMPETENZE DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO

Tecnico professionali

Gestire le attività dei propri collaboratori:

- Pianificare le attività tenendo conto dei vincoli organizzativi
- Analizzare le posizioni operative e l'organizzazione funzionale

- Gestire il tempo identificando le priorità
- Elaborare i piani di lavoro
- Identificare soluzioni in contesti diversi
- Prevedere il cambiamento organizzativo
- Identificare obiettivi specifici da raggiungere
- Riorganizzare il piano di attività dei propri collaboratori in relazione al cambiamento avvenuto
- Motivare alla realizzazione e al miglioramento continuo in qualità e produttività
- Monitorare l'andamento dei progetti del team
- Adottare strategie di incentivazione della produttività e di sviluppo della Qualità
- Collaborare alla stesura di protocolli e controllo della loro applicazione
- Contribuire all'inserimento, valutazione e formazione continua del personale infermieristico ed ausiliario

Gestire le proprie attività:

- Lavorare in situazioni di urgenza
- Curare l'attuazione dei progetti e delle attività assegnate
- Formulare proposte innovative da contrattare con i diretti superiori

Gestire i propri comportamenti organizzativi:


- Prendere decisioni in circostanze poco favorevoli a se stessi
- Utilizzare la delega
- Adattarsi al cambiamento
- Condividere i risultati con il proprio team

Gestire processi, progetti e valutazioni

- Conoscere gli standard tecnico professionali in ambito nefrologico (in particolare dei documenti SIN, EDTA, EDTNA)
- Individuare e selezionare problemi in base a criteri di buona qualità
- Identificare la domanda, gli output, gli outcome del Servizio coordinato
- Selezionare le priorità tra problemi utilizzando tecniche di comparazione costo/risultato
- Formulare progetti operativi rispondenti a criteri di buona qualità di tutte le componenti
- Individuare risorse disponibili o rinegoziabili nel contesto
- Identificare tra quelle disponibili o negoziabili nel contesto, le tecnologie appropriate per la soluzione di problemi pertinenti al mandato
- Si occupa della cura e della compilazione della cartella clinica infermieristica assicurandone la conservazione e la completezza.
- Effettuare valutazioni di struttura, di processo e di risultato utilizzando criteri espliciti
- Identificare i bisogni formativi propri e dei propri collaboratori.
- Progettare e valutare percorsi formativi
- Valutare l'impatto delle attività formative promosse/realizzate
- Controlla la pulizia e l'igiene dei locali e delle superfici d'uso.

Gestire la ricerca:

- Progettare attività di ricerca.
- Individuare i campi di ricerca pertinenti alle finalità del servizio Coordinato.
- Impostare e gestire una funzione di supporto per la consulenza tecnico-scientifica;
- Promuovere l'ingresso del servizio coordinato in reti di ricerca e individuare canali di pubblicazione delle ricerche effettuate.

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 17 di 50
---	------------------------------------	--

- Capacità di effettuare ricerche su tematiche inerenti l'EBN

Ottimizzare le risorse assegnate:

- Garantire la sicurezza negli ambienti di lavoro
- Gestire le risorse assegnate

Relazionali

- Definire la “mission” e la “vision” del Servizio coordinate in coerenza con quelle aziendali
- Promuovere identità e senso di appartenenza al Servizio "coordinato” e all’Azienda e coinvolgere i collaboratori nella costruzione di progetti
- Leggere le potenzialità dei propri collaboratori
- Gestire relazioni interpersonali e conflitti, negoziare e analizzare il clima organizzativo
- Promuovere lo sviluppo professionale e di carriera dei collaboratori
- Promuovere e sviluppare processi di valutazione tra pari
- Garantire e promuovere la comunicazione nel Servizio favorendo le relazioni interpersonali tra i membri dell’equipe e valorizzandone attitudini, competenze, impegno e risultati
- Costruire e mantenere una rete di relazioni esterne costante e ottimale con tutte le strutture, realtà ed equipe di cure socio/sanitarie e no profit con cui si viene a contatto
- Gestire un sistema premiante orientato alla qualità esplicitandone i criteri
- Preparare e condurre riunioni e gruppi di lavoro
- Promuovere e pianificare la formazione continua orientata alla qualità
- Gestire direttamente momenti formativi specifici
- Gestire quanti/ qualitativamente la dotazione organica
- Collaborare con i dirigenti infermieristici per sviluppare linee strategiche aziendali
- Attribuire compiti, responsabilità, poteri e risorse valutando attitudini, competenze e motivazione

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 18 di 50
---	------------------------------------	--

Job infermiere del programma MRC

DIPENDENZA GERARCHICA:

Coordinatore: Direttore ScNdD / responsabile del servizio infermieristico

Infermiere: coordinatore infermieristico

CLASSIFICAZIONE: Operatore professionale sanitario categoria D profilo infermieristico – Dipendente o Libero Professionista.

INTERFACCE FUNZIONALI:

Interne all'azienda: Dirigenti medici di Nefrologia; Assistente sociale, OSS., Dietista, Psicologo, Informatico.

Esterne all'Azienda: Operatori dei servizi territoriali, Medici di Medicina Generale, Ditte appaltatrici

FINALITÀ DEL RUOLO

All'infermiere in ambito assistenza ambulatoriale nefrologica competono :

- l'assistenza infermieristica continua ai pazienti/utenti a lui affidati, attraverso l'erogazione di prestazioni in autonomia ed interdipendenza con le altre figure professionali dell'equipe;
- l'attività di educazione sanitaria e d'informazione del paziente
- l'attività di educazione sanitaria e d'informazione della famiglia per garantirne la migliore autonomia possibile nell'assistenza al paziente;
- l'ascolto, interpretazione e risposta alle richieste assistenziali formulate dal paziente e dalla famiglia;


REQUISITI:

- diploma o laurea di infermiere
- esperienza di almeno 6 mesi in area nefrologica.
- iscrizione aggiornata all'albo degli infermieri
- capacità nell'utilizzo di tecniche informatiche

RESPONSABILITÀ DIRETTA:

Tecnico professionali

- ✓ Definisce i bisogni di assistenza infermieristica in nefrologia in rapporto al grado di progressione della MRC.
- ✓ Collabora con il medico e gli altri membri dell'equipe alla pianificazione dell'assistenza e formula il piano di assistenza infermieristica avvalendosi per le attività anche delle linee guida "evidence based nursing" (assistenza infermieristica basata sulle evidenze) e dei protocolli assistenziali in uso, delle diagnosi infermieristiche
- ✓ Applica il piano di assistenza, garantendo:
 - La corretta esecuzione delle procedure diagnostiche e terapeutiche prescritte

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 19 di 50
---	------------------------------------	--

- le principali attività di assistenza quali: l'igiene personale, la mobilitazione, la respirazione, l'idratazione e l'alimentazione, ecc.;
 - il monitoraggio delle funzioni vitali: cardiocircolatoria, termoregolazione, stato di coscienza;
 - esecuzione di holter pressorio;
 - il monitoraggio di effetti collaterali;
 - l'esecuzione dei protocolli in uso;
 - capacità di individuazione di alterazioni dell'equilibrio idro-elettrolitico ed acido-base
 - monitoraggio glicemico e gestione della terapia insulinica.
- ✓ Coinvolge il paziente/famigliari in tutte le fasi del processo di assistenza, dalla valutazione dei bisogni alla formulazione e realizzazione del piano assistenziale, attraverso un'appropriata informazione ed educazione sanitaria
 - ✓ Modula l'assistenza, adeguandola ad ogni tipologia di paziente, famiglia, ambiente;
 - ✓ Valuta la "compliance" del paziente, della famiglia, rispetto alle caratteristiche dell'ambiente, risorse umane ed economiche della famiglia.

Gestionali

- ✓ Raccoglie i dati significativi e li registra sulla documentazione in uso (fascicolo di assistenza e cartella clinica informatizzata)
- ✓ Si occupa della cura e della compilazione della cartella clinica infermieristica
- ✓ Aggiorna le proprie competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare le prestazioni infermieristiche erogate.
- ✓ Partecipa all'orientamento ed alla formazione dei colleghi meno esperti (attività di tutoraggio);
- ✓ Comunica i problemi dei pazienti sia verbalmente che per iscritto, sia agli altri operatori coinvolti nell'assistenza, sia alla famiglia
- ✓ Prepara, controlla e verifica il corretto funzionamento delle apparecchiature di competenza
- ✓ Ridefinisce continuamente dei bisogni del paziente.


Organizzative

Controlla la pulizia e l'igiene dei locali e delle superfici d'uso.

- ✓ Collabora alla stesura di protocolli e linee guida
- ✓ Partecipa all'analisi dei problemi organizzativi dell'unità operativa collaborando alla formulazione di proposte di miglioramento (mediante riunioni periodiche)
- ✓ Utilizza in modo razionale le attrezzature e i materiali secondo criteri di efficacia ed efficienza, segnalando le necessità di manutenzione o sostituzione delle apparecchiature e collaborando alla determinazione del fabbisogno dei materiali e forniture varie.

Relazionali

- ✓ Promuove un rapporto di fiducia con l'assistito ed il suo entourage attraverso una relazione empatica
- ✓ Trasmette le informazioni con le modalità idonee alla capacità di comprensione del paziente, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostiche terapeutiche
- ✓ Promuove e mantiene relazioni con i colleghi ed il personale, fondate sul rispetto e sulla considerazione della rispettiva attività professionale

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 20 di 50
---	------------------------------------	--

- ✓ Favorisce l'integrazione delle diverse figure operanti nell'équipe, avvalendosi delle competenze specifiche di ogni ambito professionale
- ✓ Mantiene rapporti di cooperazione e collaborazione con gli operatori di altri servizi interni ed esterni all'organizzazione
- ✓ Mantiene il segreto professionale, come previsto dalle norme del codice deontologico

Job personale psicologo MRC: un esempio

L'azione si sviluppa secondo le seguenti linee operative:

- preliminare valutazione psicologica del malato di "nuova diagnosi", rivolta ad un primo giudizio sulla sua capacità alla "compartecipazione" nella gestione della propria malattia (self-regulation);
- disponibilità di un primo "assessment," scaturente non solo e non più dalla sola visita medica e/o dagli aspetti organicistici correlati alla malattia cronica, ma anche dalla valutazione attenta ed approfondita dei fattori psicologici, comportamentali e sociali;
- possibilità di procedere ad una eventuale "ristrutturazione della percezione" che il soggetto ha nei riguardi della sua malattia, con lo spostamento della sua attenzione dagli elementi sensoriali ed emozionali a quelli comportamentali;
- attivazione di un processo di "educazione terapeutica strutturata", basata sull'interazione professionale tra: medico, psicologo, dietista, infermiere professionale ed, eventualmente, assistente sociale, che interagiscono nel fornire al malato conoscenze adeguate sulla "sua" malattia; tale processo tende ad ottenere i migliori risultati curativi attraverso la "modulazione" degli interventi e, laddove possibile, lasciando spazio alla "contrattazione terapeutica" integrata con l'applicazione graduale di interventi sulla sfera cognitivo-comportamentale; con il ricorso a specifiche metodologie di "coping" e di "role-playng", si mira, infatti, a fargli acquisire:
 - 1) consapevolezza a riguardo dei possibili interventi nel rallentamento della progressione della malattia renale cronica,
 - 2) abilità nella scelta alimentare, nella preparazione dei cibi, nella modificazione dello stile di vita etc.

Nel successivo follow-up, vengono inseriti altri elementi e/o strumenti di intervento specifico "psicologico" sul malato: training fisico, training assertivo, tecniche di rilassamento, "counseling, biofeedback", etc... rivolti a dare risposta ad esigenze individuali e/o di gruppo.

DIPENDENZA GERARCHICA:


Coordinatore: Direttore ScNdD / responsabile del servizio di psicologia clinica

CLASSIFICAZIONE: Operatore professionale sanitario Dipendente o Libero Professionista.

INTERFACCE FUNZIONALI:

Interne all'azienda: Direttore di ScNdD; responsabile del servizio di psicologia clinica, dietista, coordinatore infermieristico, infermiere di nefrologia, medico nefrologo

Esterne all'Azienda: Operatori dei servizi territoriali, Medici di Medicina Generale

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 21 di 50
---	------------------------------------	--

FINALITÀ DEL RUOLO: La figura dello psicologo interviene nei vari momenti del percorso diagnostico-curativo sviluppando interventi specifici mirati alla rimozione di ostacoli cognitivo-comportamentali che possano influire negativamente nei riguardi dell'accettazione della malattia cronica e della compliance alle cure proposte.

Lo psicologo si propone, inoltre, come “facilitatore” nelle riunioni di “*audit*” del personale sanitario dell'unità operativa nefrologica, ponendo l'accento sulle necessità multidimensionali della persona malata. Egli, di concerto con il medico, programma e coordina lo sviluppo di percorsi formativi sulla “comunicazione in medicina” e su tutto quanto possa migliorarne l'efficacia, con lo scopo di potenziare: le buone abilità sociali, il rispetto per le competenze ed il ruolo degli altri, la disponibilità ad imparare ed a mettersi in discussione, l'assertività, la tolleranza, la flessibilità, etc., che riguarda indistintamente tutte le persone che intervengono nei processi di cura della malattia renale cronica. Ciò assume anche una valenza positiva nel miglioramento dei rapporti operatore-paziente e operatore-operatore, facendo sì che, da un lato, si possa rinsaldare la fiducia reciproca paziente-curante e, dall'altro lato si possa prevenire la “*sindrome da burnout*”, frequente negli operatori che si dedicano alle “*helping profession*”, quando ha a che fare con un lavoro routinario e con pazienti cronici.

REQUISITI:

Per i professionisti psicologi è richiesto il possesso della qualifica di psicoterapeuta e/o il diploma di specializzazione


Titoli: laurea in psicologia ; specializzazione quadriennale in psicoterapia di orientamento teorico-clinico cognitivo e cognitivo-comportamentale; abilitazione all'esercizio dell'attività psicoterapeuta ai sensi dell'art. n° 3 legge 56 del 18-02-89; almeno 6 mesi di esperienza presso centri nefrologici

RESPONSABILITÀ DIRETTA:

Tecnico professionali

- a. capacità di prevenire, diagnosticare e trattare i disturbi psicologici del paziente legati all'evento “malattia” e “malattia cronica” attraverso l'utilizzo di strumenti di indagine standardizzati, tecniche terapeutiche individuali e di gruppo
- b. capacità di prevenire, diagnosticare e trattare i disturbi psicologici sui singoli operatori e sui gruppi di lavoro impegnati nel settore
- c. capacità di gestire gruppi interprofessionali sui temi del lavoro in team e della formazione congiunta per garantire all'operatore maggiore consapevolezza dei rischi nelle professioni sanitarie e al paziente qualità e coordinamento nell'intervento
- d. capacità di intervento sui gruppi di operatori per monitoraggi periodici dello “stato di salute del gruppo”
- e. capacità di somministrare ed interpretare test psicodiagnostici
- f. capacità di gestire più tecniche psicoterapeutiche di intervento individuale
- g. capacità di gestione di gruppi terapeutici
- h. capacità di gestione di gruppi di formazione
- i. capacità di progettazione e conduzione di ricerche riferite sia ad utenti che ad operatori.

Gestionali ed Organizzative

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 22 di 50
---	------------------------------------	--

- a) capacità di raggiungere gli obiettivi affidati nel rispetto dell'appropriatezza delle cure e della valutazione dei costi
- b) capacità di gestire le informazioni al fine di un miglioramento delle prestazioni
- c) capacità di produrre e realizzare procedure nel rispetto dell'evidenza scientifica e dei costi-benefici
- d) capacità di proporre e realizzare percorsi di formazione
- e) capacità di gestire e coordinare competenze multidisciplinari ai fini dell'ottimizzazione del risultato diagnostico e terapeutico
- f) propensione alla ricerca clinica e all'attività didattica
- g) propensione alla formazione e all'acquisizione di nuove conoscenze, nel pieno rispetto della qualità, con un particolare riferimento all'"*evidence-based-medicine*"
- h) Partecipa all'analisi dei problemi organizzativi dell'unità operativa collaborando alla formulazione di proposte di miglioramento continuo della qualità delle cure
- i) Cura e custodisce la cartella clinica/infermieristica
- j) Utilizza, se presenti, in modo razionale le attrezzature e i materiali secondo criteri di efficacia ed efficienza
- k) Segnala la necessità di manutenzione o sostituzione delle apparecchiature che dovessero essere in dotazione al servizio di psicologia clinica mediante apposito registro o schede informative
- l) Provvede regolarmente a richiedere la fornitura di materiali sanitari e non per le normali attività del servizio di psicologia clinica.

Relazionali

- a) attitudine al lavoro di gruppo
- b) capacità di relazionare con utenti e colleghi
- c) capacità di operare con equilibrio in situazioni conflittuali
- d) capacità di dare informazioni chiare ed esaurienti sugli argomenti di sua competenza
- e) capacità di favorire l'integrazione delle diverse figure operanti nell'équipe, valorizzandone le competenze specifiche

Job personale dietista MRC: un esempio


DIPENDENZA GERARCHICA:

Direzione Sanitaria, Responsabile UO Dietetica o Responsabile SC Nefrologia, Coordinatore Dietista.

CLASSIFICAZIONE: Operatore professionale sanitario profilo professionale DIETISTA – Dipendente o Libero Professionista.

INTERFACCE FUNZIONALI:

Interne all'azienda: Responsabile Struttura Complessa di Nefrologia e Dialisi, Medici strutturati e Medici specializzandi, Coordinatore infermieristico, Infermieri, OSS, Assistenti Sociali, Psicologi, Fisioterapisti, Informatici, operatori professionali dei servizi di ristorazione collettiva in ambito socio-sanitario.

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 23 di 50
---	------------------------------------	--

Esterne all'Azienda: Operatori dei servizi territoriali, Medici di Medicina Generale, Aziende appaltatrici

FINALITÀ DEL RUOLO

L'alimentazione ha un ruolo cruciale in tutte le fasi evolutive dell'IRC.

Durante la fase conservativa contribuisce a controllare le principali alterazioni metaboliche dell'IRC e posticipa la dialisi e il trapianto.

Durante la fase sostitutiva è di ausilio nel controllo delle alterazioni metaboliche dell'IRC ed è fondamentale per il mantenimento di uno stato nutrizionale soddisfacente.

Il Dietista è il professionista sanitario responsabile della gestione di tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione.

L'attività del Dietista si svolge negli ambiti della promozione della salute, della prevenzione, cura e riabilitazione.

Il Dietista impegnato nel trattamento nutrizionale delle malattie renali partecipa all'elaborazione del programma terapeutico, attraverso la valutazione dello stato nutrizionale del paziente e l'elaborazione di un piano dietetico personalizzato.

Educa il paziente (e la sua famiglia) all'autogestione e promuove l'adesione al piano nutrizionale valutando costantemente l'efficacia del proprio intervento professionale, in relazione al raggiungimento degli obiettivi terapeutici


REQUISITI:

- Laurea triennale in dietistica o diploma equipollente di dietista
- Esperienza almeno semestrale in area nefrologica presso centri ospedalieri di riferimento nazionale o internazionale, auspicabilmente con la supervisione di un Dietista esperto;
- Formazione: si auspica che almeno il 50% dei crediti ECM sia ottenuto dalla partecipazione ad eventi relativi alle malattie renali ;

RESPONSABILITÀ DIRETTA:

Tecnico- professionale

- Effettua la diagnosi dietistica che include la valutazione dello stato nutrizionale individuale, la raccolta della storia dietetica e la stima dei fabbisogni
- La valutazione dello stato nutrizionale comprende l'uso delle tecniche della composizione corporea (antropometria di primo e secondo livello), del bilancio energetico (storia dietetica e diario alimentare)
- La capacità di coniugare nella giusta misura gli aspetti biologici e psico-sociali della storia dietetica, costituisce l'abilità centrale del dietista esperto nel trattamento nutrizionale delle malattie renali
- Pianifica la terapia dietetica adeguandola ai differenti stadi della malattia renale (IRC in fase conservativa, IRC in dialisi e trapianto)
- Imposta e valuta gli obiettivi specifici per il paziente, requisito fondamentale per una valutazione della efficacia della prestazione professionale.

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 24 di 50
---	------------------------------------	--

- Coinvolge il paziente/familiari in tutte le fasi del processo di assistenza nutrizionale, dalla valutazione dei bisogni alla formulazione e realizzazione del piano dietetico personalizzato, attraverso un'appropriate informazione ed educazione nutrizionale
- Modula l'assistenza nutrizionale, adeguandola ad ogni tipologia di paziente, famiglia, ambiente
- Valuta la “*compliance*” del paziente, della famiglia, rispetto alle caratteristiche dell'ambiente, risorse umane ed economiche della famiglia.

Gestionali

- Raccoglie i dati significativi e registra la propria attività su una cartella dietetica che mette a disposizione degli altri membri del team
- Aggiorna le proprie competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare le prestazioni erogate
- Svolge attività didattico-educativa e di informazione finalizzate alla diffusione dei principi di una corretta alimentazione nei differenti stadi della malattia (IRC in fase conservativa, IRC in dialisi e trapianto)
- Partecipa all'orientamento ed alla formazione dei colleghi meno esperti (attività di tutoraggio)
- Attua una ridefinizione continua dei bisogni del paziente

Organizzative

- Organizza e coordina le attività specifiche relative all'alimentazione in generale ed alla dietetica per i pazienti con malattie renali
- Applica le indicazioni fornite dalle linee guida nazionali e internazionali
- Partecipa alla stesura di protocolli locali e procedure condivise con i componenti del team
- Coordina i diversi attori coinvolti nei servizi di alimentazione per garantire il rispetto dei protocolli dietetici definiti per i pazienti con malattie renali
- Si occupa della cura e della compilazione della cartella clinica\infermieristica


Relazionali

- Pone al centro del proprio intervento il paziente e le sue esigenze
- Promuove l'empowerment graduale del paziente, cercando anche la collaborazione della famiglia;
- Trasmette le informazioni con le modalità idonee alla capacità di comprensione del paziente, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostiche terapeutiche
- Collabora attivamente con i membri del team per attuare il suo ruolo specifico
- Interagisce con gli altri membri del team per identificare e promuovere i fattori individuali che possono favorire l'adesione al piano terapeutico complessivo.
- Promuove e mantiene relazioni con i colleghi ed il personale, fondate sul rispetto e sulla considerazione della rispettiva attività professionale
- Mantiene rapporti di cooperazione e collaborazione con gli operatori di altri servizi interni ed esterni all'organizzazione


	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 25 di 50
---	------------------------------------	--

La valutazione del personale: un esempio la scheda di valutazione del personale infermieristico

Item di valutazione	si	parzialmente	no	non appl.
Definisce i bisogni di assistenza infermieristica (rilevati in cartella)				
Garantisce la corretta esecuzione delle procedure diagnostiche e terapeutiche prescritte				
Garantisce le principali attività di assistenza quali: l'igiene personale, la mobilizzazione, la respirazione, l'idratazione e l'alimentazione, l'eliminazione urinaria ed intestinale, il sonno, ecc.				
Garantisce il monitoraggio delle funzioni vitali: cardiocircolatoria, termoregolazione, stato di coscienza				
esecuzione di holter pressorio;				
Monitora gli effetti collaterali				
Si attiene all'esecuzione dei protocolli in uso;				
Individua le alterazioni dell'equilibrio idro-elettrolitico ed acido-base				
Monitora i livelli glicemico e gestisce la terapia insulinica.				
Modula l'assistenza, adeguandola ad ogni tipologia di paziente, famiglia, ambiente;				
Valuta la <i>compliance</i> del paziente, della famiglia, rispetto alle caratteristiche dell'ambiente, risorse umane ed economiche della famiglia;				
Raccoglie i dati significativi e li registra sulla documentazione in uso				
Aggiorna le proprie competenze: punti ECM annui				
Partecipa all'orientamento ed alla formazione dei colleghi meno esperti: n. persone tutorate				
Comunica i problemi dei pazienti sia verbalmente che per iscritto, sia agli altri operatori coinvolti nell'assistenza, sia alla famiglia				
Prepara, controlla e verifica il corretto funzionamento delle apparecchiature di competenza				
Ridefinisce in maniera continua i bisogni del paziente				
Collabora alla stesura di protocolli e linee guida				
Partecipa all'analisi dei problemi organizzativi dell'unità operativa collaborando alla formulazione di proposte di miglioramento				
Utilizza in modo razionale le attrezzature e i materiali				
Promuove un rapporto di fiducia con l'assistito ed il suo entourage attraverso una relazione empatica				
Trasmette le informazioni con le modalità idonee alla capacità di comprensione del paziente, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostiche terapeutiche				

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 26 di 50
---	------------------------------------	--

Promuove e mantiene relazioni con i colleghi ed il personale, fondate sul rispetto e sulla considerazione della attività professionale				
Favorisce l'integrazione delle diverse figure operanti nell'équipe, avvalendosi delle competenze specifiche di ogni ambito professionale				
Mantiene rapporti di cooperazione e collaborazione con gli operatori di altri servizi interni ed esterni all'organizzazione				

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 27 di 50
---	------------------------------------	--

DF.2: Le linee guida

La SIN suggerisce l'adozione delle seguenti Linee Guida (LG) perché adeguate alla realtà dei casi, riferendosi alle situazioni cliniche di più frequente riscontro ambulatoriale e in quanto, nella maggior parte dei casi, appaiono aggiornate al problema preso in considerazione

La SIN suggerisce l'adozione delle seguenti LG:

- linee guida per la terapia conservativa dell'IRC SIN 2003 integrate da:
- linee guida SIN 2007 sezione anemia nelle nefropatie croniche
- linee guida SIN 2007 sezione terapia delle glomerulonefriti
- linee guida SIN 2007 sezione prevenzione della progressione del danno renale
- linee guida SIN 2007 sezione terapia della patologia ossea nelle nefropatie croniche
- KDOQI 2007 diabete e insufficienza renale cronica

È necessario dimostrare di aderire alle LG selezionate rilevando in cartella le eventuali motivazioni che hanno portato a deviare dalle stesse sul singolo paziente.

Le attività di valutazione e di esecuzione delle singole metodiche e/o procedure, sono coerenti con le linee guida della pratica clinica adottate.

Applicabile alle disposizioni di Cure Primarie e Cure Specialistiche

- a. La prima visita del paziente con MRC con un nefrologo deve avvenire non più tardi dello Stadio 4 della malattia renale
- b. Sarebbe fortemente auspicabile che ogni paziente con MRC sia sottoposto a una visita specialistica nefrologica fin dal momento del primo accertamento.

Il programma dispone di una procedura per la gestione delle problematiche sanitarie urgenti.

La metodica o il processo standardizzato sono personalizzati in funzione dell'età e dell'evoluzione dei bisogni della popolazione di riferimento e comprendono comunque i seguenti passaggi:

- a. La presenza di malattie croniche del rene nei pazienti è valutata sulla base della presenza di alterazioni renali e del livello di funzionalità del rene (VFG misurato e stimato). I pazienti sono identificati sulla base dello stato di avanzamento della malattia renale.
- b. La velocità di riduzione del FG è valutata nei pazienti con MRC, in modo da:
 1. prevedere il tempo di evoluzione della MRC verso l'insufficienza renale;
 2. valutare gli effetti degli interventi per rallentare l'abbassamento di VFG.

La frequenza dei controlli clinici-biochimici consigliata dalla LG italiane è riportata nello schema seguente:

VFG 25-55 mL/min ogni 4 mesi
VFG 15-25 mL/min ogni 3 mesi
VFG < 15 mL/min ogni 45 giorni

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 28 di 50
---	------------------------------------	--

- c. Nei pazienti con malattia renale cronica le analisi della creatinina serica per la misurazione e stima del VFG sono acquisite secondo lo schema precedente, e più spesso per i pazienti con le seguenti caratteristiche:
1. precedente rapido declino di VFG (4 ml/min/1.73 m² all'anno);
 2. fattori di rischio per una progressione più rapida della malattia;
 3. trattamenti in corso per rallentare l'avanzamento della malattia;
 4. esposizione a fattori di rischio per gravi riduzioni del VFG comprese le terapie farmacologiche per l'ipertensione e le procedure diagnostiche comportanti l'uso del mezzo di contrasto.
- d. I pazienti con un "dipstick test" positivo (1+ o più elevato) sono sottoposti alla conferma della proteinuria mediante la valutazione quantitativa che deve essere usata anche per il monitoraggio successivo.
- e. , Quando opportuno, sono utilizzati per indagare eventuali lesioni renali che sopraggiungono prima della riduzione ulteriore del FG, i seguenti indicatori aggiuntivi
1. l'esame dei sedimenti nelle urine è effettuato nei pazienti con MRC e negli individui con elevato rischio di sviluppare malattie renali croniche;
 2. le analisi per immagini (inclusa l'ecografia) dell'apparato urinario sono effettuate nei pazienti con malattie renali croniche e negli individui con elevato rischio di sviluppare malattie renali croniche. L'ecografia deve essere effettuata al momento della presa in carico del paziente e non può essere considerata un esame routinario da effettuare periodicamente se non per motivi clinici specifici.
- f. La pressione arteriosa è strettamente monitorata per raggiungere l'obiettivo prestabilito in tutti i pazienti con MRC.
- g. Le valutazioni per i pazienti con MRC includono la valutazione delle concentrazioni di emoglobina.
- h. I pazienti con MRC sono sottoposti alla valutazione dell'apporto calorico e proteico alimentare e dello stato nutrizionale.
- i. I pazienti con decremento dell'assunzione alimentare o malnutrizione sono sottoposti ad una modifica, consulenza ed educazione alimentare oppure ad una terapia nutrizionale specializzata.
- j. I pazienti con MRC sono sottoposti alla valutazione delle lesioni ossee e dei disturbi del metabolismo del calcio e del fosforo.
- k. I pazienti con MRC allo Stadio 3 sono sottoposti alla valutazione delle concentrazioni ematiche dell'ormone paratiroideo (PTH) almeno annualmente.
- l. I pazienti con MRC agli Stadi 4-5 sono sottoposti alla valutazione delle concentrazioni ematiche dell'ormone paratiroideo (PTH) trimestralmente.
- m. I pazienti con lesioni ossee e disturbi al metabolismo osseo sono esaminati e sottoposti a trattamenti specifici.
- n. Per i pazienti con MRC a rischio di patologia neurologica è periodicamente esaminato il coinvolgimento neurologico centrale e periferico, mediante la ricerca di sintomi indotti o segnali durante i consueti esami o visite⁵. Ci si avvale anche della integrazione professionale con specialisti interni ed esterni all'azienda

⁵ Indagini strumentali per la verifica della neuropatia nei pazienti affetti da MRC, sono indicate solo in presenza di sintomi. Questa precisazione è contenuta nel manuale di accreditamento USA. Può essere o non essere recepita a seconda delle linee guida assunte come riferimento

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 29 di 50
---	------------------------------------	--

- o. La prevenzione, l'individuazione, la valutazione e il trattamento di complicazioni diabetiche nei pazienti affetti da MRC seguono le linee guida pubblicate e le "position statement (prese di posizione o opinioni di esperti)"⁶. Ci si avvale anche della integrazione professionale con specialisti interni ed esterni all'azienda
- p. I pazienti con MRC sono sottoposti a regolari valutazioni di possibili danni funzionali e del senso di benessere, come segue:
- stabilire un punto di partenza e monitorare i cambiamenti nella funzionalità e nel benessere nel corso del tempo;
 - stabilire l'effetto degli interventi intrapresi sulla funzionalità renale e sullo stato di salute.
- q. Tutti i pazienti sono abitualmente esaminati per determinare se vi è stato incremento nel rischio di sviluppare ulteriori peggioramenti della MRC, basandosi su fattori clinici e socio-demografici.
- r. Ogni visita paziente include una revisione della terapia in atto come segue:
- Aggiustamento delle dosi dei farmaci basato sul livello di funzionalità del rene;
 - Controllo degli effetti potenzialmente dannosi per la funzionalità del rene o delle complicazioni della MRC;
 - Verifica dell'interazione tra medicinali che il paziente assume;
 - Se possibile e se indicato monitoraggio del livello terapeutico.
- s. Gli individui con crescente rischio di sviluppare MRC sono sottoposti alla ricerca di indicatori di lesioni renali e alla valutazione del livello di VFG.
- t. Durante lo screening degli adulti a crescente rischio di MRC, l'albumina è misurata almeno semestralmente in un campione casuale di urina, utilizzando o il dipstick specifico per l'albumina o il tasso di albumina sulla creatinina o l'albuminuria/24 ore.
- u. I pazienti con MRC sono sottoposti a visita clinica generale di organi ed apparati per determinare fattori e/o malattie comorbide e lo stadio della malattia renale, basandosi sul livello di funzionalità del rene, indipendentemente dalla diagnosi, coerentemente con la classificazione DOQI.
- v. Durante lo screening degli adulti a crescente rischio di MRC, il livello di albumina sulla creatinina in campioni casuali di urina è misurato almeno annualmente (a meno che sia presente grave proteinuria)

Le attività di intervento sono coerenti con le linee guida della pratica clinica adottate.

- a. Il trattamento della MRC cronica considera appropriati i seguenti trattamenti:
1. Terapia conservativa specifica, basata sulla diagnosi.
 2. Valutazione e gestione delle condizioni di comorbidità.
 3. Rallentamento della riduzione della funzione renale.
 4. Prevenzione e trattamento delle lesioni cardiovascolari.
 5. Prevenzione e trattamento del diabete.
 6. Prevenzione e trattamento della malnutrizione
 7. Valutazione introito di energia, proteine, fosforo

⁶ Le linee guida riguardanti gli inibitori dell'enzima convertitore di angiotensina o i bloccanti recettori dell'angiotensina e lo stretto controllo della pressione arteriosa sanguinea sono particolarmente importanti, dal momento che questi agenti possono prevenire o eliminare alcuni degli effetti negativi delle malattie sia renali, sia cardiovascolari. L'applicazione delle linee guida pubblicate anche ai pazienti diabetici con disturbi renali cronici dovrebbe tenere in considerazione anche la loro situazione di maggior rischio dovuto a possibili complicazioni diabetiche.

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 30 di 50
---	------------------------------------	--

8. Prevenzione e trattamento delle complicazioni dovute alla riduzione della funzione renale.
 9. Valutazione, pianificazione e consulto per la creazione degli accessi vascolari.
 10. Preparazione all'eventuale morte renale e terapia sostitutiva renale, inclusa la preparazione dell'accesso vascolare.
 11. Trattamento sostitutivo della funzione renale mediante dialisi o trapianto, se sono presenti sintomi o segni di uremia.
- b. Trattamento dell'ipertensione in caso di malattie renali ponendosi l'obiettivo del raggiungimento di livelli standard di pressione sanguinea tramite:
1. Terapia non farmacologica (alimentazione cambiamento stili di vita)
 2. Specifici agenti anti-ipertensivi per la prevenzione della progressione delle malattie renali e dello sviluppo di lesioni cardiovascolari.

DF.3: Personalizzazione delle linee guida

Il processo standardizzato definito dalle linee guida viene personalizzato per ogni singolo partecipante attraverso una valutazione dello stesso sulla base del quale definire il programma assistenziale. In cartella clinica devono essere rilevate tutte le valutazioni e rivalutazioni effettuate sul paziente e la "compliance" alla terapia. Il piano assistenziale viene elaborato sulla base della valutazione in fase di arruolamento e aggiornato ad ogni successiva valutazione. Esso deve essere tenuto all'interno della documentazione clinica.

Le metodiche di stratificazione dei pazienti (per età, per valutazione sulla base della tendenza alla progressione (si/no) e la patologia di base) indirizzano gli interventi.


DF.4: Comorbilità e rapporto con altri professionisti

Deve essere definito dall'équipe:

- come interagire con gli altri clinici che trattano le comorbilità di cui è affetto il paziente per garantire la continuità assistenziale
- come comunicare al MMG le condizioni del paziente utilizzando sistemi che permettano la tracciabilità della stessa;
- come comunicare con gli altri sanitari che intervengono nel percorso di cura e nei casi di emergenza utilizzando sistemi che consentano la tracciabilità della comunicazione;
- come gestire le situazioni di emergenza.
- quale documentazione utilizzare per garantire la continuità assistenziale

DF.5: Valutazione degli scostamenti dalle linee guida

Il processo standardizzato è oggetto di riesame e/o di miglioramento tramite la rilevazione continua e la valutazione degli scostamenti di ogni singolo parametro rispetto a quella determinata linea guida.

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 31 di 50
---	------------------------------------	--

In cartella clinica deve essere trascritto, per ogni singolo paziente, se ci si discosta dalle linee guida il perché e la valutazione seguita in tal senso. Tutto il personale coinvolto nel percorso di assistenza deve sapere che su quel paziente non si sta seguendo il protocollo/linea guida e perché.

Nota Bene

È necessario disporre in ciascuna cartella clinica/fascicolo di assistenza personale un piano personalizzato d'intervento da aggiornarsi periodicamente e sulla base del quale verificare che il percorso per il singolo partecipante sia realmente in linea con quanto previsto dalle LG selezionate ed in caso contrario definire e motivare le ragioni che hanno portato alla variazione/devianza. Per il caso che viene preso in carico per la prima volta deve essere evidenziata anche una valutazione complessiva della possibilità che lo stesso possa essere incanalato nel percorso di cura. I casi clinici devono essere discussi in équipe e valutati all'interno della stessa in modo che sia possibile confrontarsi su modalità d'intervento e risultati conseguiti ed in modo che possano essere oggetto di apprendimento e formazione continua. La multidisciplinarietà dell'intervento (intesa come interazione tra le diverse figure professionali che compongono l'équipe di cura) è punto focale nel percorso JCI e tale multidisciplinarietà deve essere gestita, promossa e garantita. A tal fine delle riunioni periodiche (settimanali e/o quindicinali) sono fondamentali per la reale integrazione delle competenze sul caso e per garantire effettiva continuità assistenziale e qualità di cura. Di fondamentale importanza per la garanzia di continuità assistenziale risulta essere la gestione delle comorbidità del paziente in carico. Esistono due possibili alternative: a) le comorbidità vengono gestite dall'équipe nell'ambito del percorso di cura (non sono necessarie integrazioni con specialisti terzi per garantire la continuità assistenziale), b) le comorbidità sono gestite da altri professionisti. In questo caso è necessario definire esattamente come interfacciarsi ed interrelazionarsi per garantire la reale continuità d'assistenza. È necessario che ci sia traccia delle comunicazioni intercorse tra i professionisti implicati nella cura/consulenza. Fondamentale è definire come vengono gestite le problematiche sanitarie urgenti, qualora si manifestino. Il processo di cura standardizzato (applicazione delle LG) deve essere oggetto di riesame continuo da parte dell'équipe. Allo scopo è necessario:

- rilevare in modo continuo gli accadimenti e le eventuali deviazioni
- fare periodicamente revisioni delle cartelle relativamente all'applicazione delle LG e sviluppare audit clinici al riguardo
- intervenire nella revisione delle LG qualora risulti che le stesse non sono applicabili secondo standard di devianza accettabili alla popolazione di riferimento.