	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 41 di 50
---	------------------------------------	--

PR - Gestione del Programma

Requisito fondamentale per fornire un'assistenza di qualità è un'infrastruttura in grado di supportare le attività del partecipante e degli operatori. I dirigenti devono quindi impegnare le risorse necessarie a sostenere, valutare e migliorare i servizi.

Gli standard di questo capitolo si focalizzano sui seguenti aspetti:


- Progettazione e implementazione del programma
- Valutazione del programma
- Creazione di un programma pertinente per i partecipanti
- Garanzia di un accesso adeguato all'assistenza
- Conduzione del programma secondo criteri di eticità
- Messa a disposizione dei professionisti sanitari di risorse di riferimento
- Adozione di un approccio organizzato e globale alla gestione e al miglioramento della qualità e della sicurezza

PR.1: *Il programma prevede un approccio organizzato e globale al miglioramento della sicurezza e della qualità.*

Deve essere definito un programma di miglioramento condiviso all'interno dell'équipe nel quale individuare le azioni di miglioramento rispetto alle problematiche emergenti dall'applicazione degli standard JCI. Per ogni azione devono essere individuati gli obiettivi attesi le modalità di valutazione/verifica, i tempi di realizzazione. Il piano di miglioramento deve essere periodicamente aggiornato alla luce dei risultati conseguiti e dell'emergere di nuove situazioni critiche.

1. Il miglioramento della qualità è elemento trainante del sistema. A tale scopo deve essere implementato in modo da:
 - individuare gli indicatori di qualità
 - sviluppare sistemi di validazione dei percorsi
 - implementare audit professionali ed organizzativi da eseguire periodicamente
2. Sulla base di quanto sopra, delle linee guida adottate e di quanto definito dagli standard PM si è scelto di monitorare in modo costante un set di indicatori
3. Sulla base di PM2⁸ si utilizzano i dati per eseguire periodici "audit" clinici i cui risultati devono essere rintracciabili e visibili
4. Per ciascun indicatore il programma deve definire un target e migliorarlo nel tempo. Qualora l'indicatore raggiunga il "target" massimo ipotizzabile cessa di essere un indicatore significativo e deve essere modificato. Ciò non toglie che periodicamente, anche se con cadenza più dilazionata nel tempo, non si facciano delle verifiche circa il mantenimento del "target" per quell'indicatore.
5. Il sistema tiene conto degli interventi di altri professionisti interni al programma quali il dietista e lo psicologo. I processi che coinvolgono i cardiologi e i diabetologi sono oggetto di monitoraggio e di adatte procedure.

⁸ Il programma si serve delle informazioni ricavate dalle misure per supportare, migliorare e/o validare il processo decisionale clinico

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 42 di 50
---	------------------------------------	--

6. Periodicamente l'équipe si confronta con i pazienti non solo in rapporto ai questionari di "customer" ma anche con confronti diretti, riunioni, colloqui etc. ai quali partecipano rappresentanti delle associazioni dei pazienti in grado di proporre iniziative in sintonia con quanto richiesto dagli utenti, indurre innovazione etc.

PR.2: I ruoli di leadership all'interno del programma sono ben delineati.

All'interno del processo esiste la necessità di una definizione dei ruoli. Il leader deve dimostrare di avere attitudini nell'organizzare e mantenere le risorse necessarie allo svolgimento del processo oltre che strumenti culturali per governare i processi di assistenza oggetto di valutazione.

I ruoli sono ben definiti così come le caratteristiche di leadership:

Sono definite le competenze specifiche adatte allo svolgimento del percorso MRC enunciate nella "job description". Auspicabili saranno le conoscenze di carattere metabolico e cardiovascolare.

1. I leader coinvolti nel programma nella loro formazione curriculare hanno la frequenza a corsi di management di vario tipo organizzati che abbiano fornito punti ECM (in caso di corsi abilitanti di legge faranno testo questi ultimi). La formazione curriculare, l'esperienza e l'addestramento in ambito manageriale viene considerato un requisito fondamentale. Il leader deve avere competenze circa il comportamento direttivo e relazionale.
 - a) Il comportamento direttivo è contraddistinto dalla capacità di :
 - fissare e rendere chiari gli obiettivi di mandato
 - capacità di motivare i propri collaboratori a tendere verso obiettivi condivisi e partecipati
 - capacità organizzative
 - programmazione e di pianificazione, con determinazione delle scadenze da rispettare
 - elaborare e proporre progetti orientati alla qualità
 - controllo, verifica e valutazione con uso appropriato di criteri ed indicatori.
 - organizzare, uniformare e rendere compatibili e armoniche le infrastrutture
 - individuare e trattare i rischi collegati all'errore e al rischio clinico
 - capacità di reperire risorse interne ed esterne all'organizzazione per implementare progetti e programmi
 - c) Il comportamento di relazione è improntato alla capacità di :
 - fornire sostegno ai collaboratori che lo richiedano (*incoraggiare*)
 - comunicare sia all'interno che all'esterno della organizzazione (*favorire le opinioni sulle attività lavorative- favorire la informazione/formazione dei pazienti*)
 - capacità di implementare, utilizzare e promuovere sistemi di comunicazione basati su sistemi informativi testati, sicuri e diffusi
 - agevolare le interazioni
 - ascoltare attivamente (*ascoltare opinioni e preoccupazioni*)
 - fornire feedback
 - integrare risorse umane in un gruppo di lavoro e adottare uno stile di conduzione correlato alle necessità e alle caratteristiche dello stesso (adeguato alla maturità dei collaboratori che deve gestire).
 - utilizzare la delega come strumento di management

- imparare il sistema di miglioramento della sicurezza del paziente e i sistemi per incrementarla (percentuale del tempo che passa a discutere di problemi dei pazienti)
 - adottare stili di management centrati sui collaboratori
 - partecipare come “*invited speaker*” a convegni scientifici e frequentare convegni scientifici nazionali ed internazionali
 - scrivere articoli scientifici da sottoporre a riviste scientifiche e/o congressi
 - gestire e creare una raccolta di bibliografia scientifica in formato cartaceo e/o elettronico mettendola a disposizione dell'équipe
2. Il leader partecipa attivamente e in prima persona alla erogazione del servizio.
 3. Il leader svolge attività di controllo e valutazione periodica delle attività tramite “*audit*” predeterminati e periodicamente svolti.
 4. L'elenco degli eventi sentinella da discutere e monitorare è previsto e conosciuto
 5. I dati dei pazienti sono routinariamente rivisti e discussi
 6. I leader garantiscono che le prestazioni effettuate siano compatibili con i privilegi dei singoli collaboratori
 7. I leader garantiscono la qualità dell'assistenza per quanto attiene :
 - a) L'efficacia delle prestazioni erogate
 - b) L'equità delle stesse
 - c) La loro appropriatezza
 - d) L'uso efficiente delle risorse disponibili (*rispetto del budget*)
 - e) L'accesso ottimale alle prestazioni previste e programmate
 8. I leader sono responsabili dei piani di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate che devono essere fondati su un'analisi periodica e sistematica della organizzazione e che prevedano interventi mirati sulle criticità strutturali ed organizzative.
 9. Esiste evidenza che tutte le azioni intraprese in termini di politiche e procedure siano registrate e ben documentate in schede tecniche chiare e comprensibili.

La valutazione della leadership: un esempio la scheda di valutazione del leader

SCHEDE VALUTAZIONE				
voci	si	parzialmente	no	non applic
Pensiero analitico				
Visione strategica				
Consapevolezza organizzativa				
Direzione del gruppo				
Motivazione del gruppo				
Determinazione nel raggiungere il risultato				

Fiducia n sè

Relazioni umane

Autonomia nel problem solving

Impatto sui risultati

Autorevolezza sul piano nazionale ed internazionale

Attenzione al rischio clinico

PR.3: Il programma è pertinente alla popolazione di riferimento e/o al bacino d'utenza dei servizi sanitari.

La missione del percorso MDR e la tipologia delle prestazioni sono descritti nella carta dei servizi e laddove non disponibile deve essere predisposto un apposito documento di riferimento del servizio.

La popolazione di riferimento dovrebbe essere descritta nell'atto aziendale o in ogni caso riportata nella carta dei servizi. Si tratta comunque dei pazienti residenti nel bacino d'utenza dell'ospedale/ ScNdD. Per ogni singola organizzazione va descritto il bacino d'utenza definendo la domanda potenziale e le capacità del servizio di fornire piena risposta alla domanda di riferimento. Nel caso il servizio non possa far fronte a tutta la domanda del territorio devono essere definite le modalità di rimando ad altri servizi e il rapporto con gli stessi.

In ogni caso il programma mantiene sotto controllo la lista di attesa ambulatoriale non solo della prima visita ma anche delle visite in *follow-up* sulla base delle LG SIN e della tabella riportata nello standard DF2. L'attesa per le visite in *follow-up* non può essere più lunga rispetto a quanto riportato nelle linee guida in quanto sono direttamente gestite dalla ScNdD e avvengono dopo la presa in carico del paziente stesso⁹. Se il tempo di attesa fosse troppo lungo la ScNdD deve munirsi di un apposito opuscolo informativo in cui suggerisce al paziente possibili soluzioni alternative privilegiando le strutture pubbliche regionali.


PR.4: I partecipanti ricevono il livello di assistenza e la tipologia di servizi offerti dal programma.

Devono essere definite le modalità di accesso al servizio sia durante l'orario di servizio che durante le ore di chiusura.

Si suggerisce che il percorso da seguire sia quello che viene effettuato dai pazienti in dialisi in caso di urgenza. I due percorsi devono essere definiti, descritti e per quanto possibile uniformati.

Periodicamente deve essere sottoposto a revisione l'organico, le ore di apertura del servizio e il numero di prestazioni erogate. Tale revisione deve essere oggetto di una riunione tra tutti i partecipanti e

⁹ Con questo si intende dire che la prima visita lascia libero il paziente di scegliere un'altra struttura di riferimento pubblica o privata, vicina o lontana. Ma la presa in carico e quindi il follow-up è funzione da monitorare attentamente da parte della SCN che, in caso di lunga attesa, deve offrire al paziente alternative pubbliche o private anche se lontane dalla sede

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 45 di 50
---	------------------------------------	--

verbalizzata. Se si riscontrano delle carenze una copia del verbale deve essere inviata in Direzione Generale.

Sulla carta dei servizi aziendali deve risultare come e quando i pazienti possono accedere al servizio. Tale informazione è resa disponibile anche nel reparto. Se alcuni servizi vengono forniti attraverso rapporti convenzionali l'équipe deve valutare la qualità di tali servizi. Le principali procedure per l'erogazione del servizio e dell'assistenza devono essere formalizzate.

È necessario definire un elenco delle principali procedure che vanno formalizzate per iscritto secondo lo schema seguente. Inoltre è necessario che tutto il personale dell'équipe sia sempre informato su tali procedure che devono essere sempre disponibili per il personale neo-assunto e che in caso di aggiornamento delle stesse si proceda a condividerle con tutto il personale dell'équipe.

Elenco procedure da formalizzare (esempio)

Prima visita

Follow-up modalità di richiesta visita e tempistica

Come si richiedono consulti/consulenze esami strumentali

Istruzioni al paziente

Consenso informato

Gestione cartella clinica / scheda individuale

Visita nutrizionale e stato nutrizionale

Gestione della continuità della cura: come si avvia all'ambulatorio un paziente visto in consulenza, dimesso, proveniente da altri ambulatori specialistici interni alla ScNdD (GN. Calcolosi, ipertensione etc) od esterni (cardiologia, diabetologia, ipertensione etc).

Lo Schema che descrive la procedura deve prevedere obbligatoriamente


1. Titolo
2. Indicazione dell'edizione/revisione
3. Oggetto e scopo
4. Campo di applicazione
5. Competenze e responsabilità
6. Documenti di riferimento
7. Moduli e documenti di registrazione
8. Modalità operative
9. Indicatori di qualità

Per ciascuna procedura deve sempre essere individuata: l'edizione, la revisione e la data dell'ultima revisione. Inoltre la prima pagina deve riportare la firma del coordinatore dell'équipe.

Apposita procedura deve essere sviluppata per la distribuzione e il ritiro delle procedure obsolete a garanzia che non ci siano edizioni superate.

PR.5: I pazienti idonei hanno accesso all'assistenza e ai servizi forniti dal programma.

I pazienti che rientrano nella tipologia del percorso sono inseriti nel programma e se ne valuta il tasso di abbandono e di arruolamento. In particolare si tiene traccia del reparto e del medico curante che hanno

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 46 di 50
---	------------------------------------	--

inviato il paziente e si pongono in atto adatte procedure di sensibilizzazione nei confronti di reparti ad alta probabilità di trattare pazienti con MRC.

Criteri di arruolamento: Tutti i pazienti con VFG < 60 ml/min

PR.6: Il livello di assistenza e la tipologia di servizi forniti sono comparabili per persone con lo stesso grado di acuzie per lo stesso inquadramento clinico.

Si valuta con “*audit*” organizzativo che a pazienti con gradi di MRC simili sia offerto lo stesso trattamento e lo stesso percorso diagnostico terapeutico conforme alle LG.

PR.7: I responsabili del programma e, laddove opportuno, i partecipanti, i professionisti sanitari e i rappresentanti del territorio collaborano alla progettazione, implementazione e valutazione dei servizi.

I leader delle discipline che partecipano al programma sono chiamati ad esprimere le loro opinioni circa la progettazione e l’implementazione del programma stesso. Allo stesso modo i suggerimenti e le idee di tutti i partecipanti, compresi i pazienti o i loro rappresentanti, devono essere considerate, verbalizzate e periodicamente aggiornate. Sarebbe auspicabile coinvolgere un paziente e/o un loro rappresentante nel gruppo di lavoro che contribuisca al piano di miglioramento del servizio.

PR.8: Il programma è conforme a tutte le leggi e normative vigenti in materia.

Il programma è conforme alle leggi vigenti e sono disponibili tutte le necessarie autorizzazioni all’erogazione del servizio.

PR.9: Il programma opera secondo principi di eticità.


È disponibile una scheda anonima per le rilevazioni della “soddisfazione dell’utente” e dei reclami. La deposizione e consegna delle schede deve essere garantita in forma anonima. Le prestazioni effettuate devono essere considerate valide solo se necessarie all’iter diagnostico terapeutico e non per altri motivi come quelli economici.

Deve essere descritto e fissato con apposita procedura il processo di accoglimento e risoluzione delle lamentele e dei reclami e devono essere individuati i tempi di risposta. Se esiste comitato etico è necessario definire che ruolo abbia e la sua composizione.

PR.10: Le strutture dove sono assistiti i partecipanti sono sicure e fisicamente accessibili.

Il programma deve tener conto e aver valutato i rischi connessi all’uso delle strutture e delle attrezzature. In particolare deve aver valutato le situazioni di emergenza in caso di:

- interruzione del servizio
- incendio (piano di evacuazione antincendio)
- guasto delle apparecchiature (lista delle manutenzioni ordinarie e straordinarie delle apparecchiature elettromedicali.). Devono essere inoltre disponibili le procedure per la messa in ripristino in caso di guasti

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 47 di 50
---	------------------------------------	--

- “disaster recovery” delle attrezzature informatiche se presenti.

Sono stati valutati i rischi connessi ai vari impianti e piani per minimizzarli.

C'è evidenza di una registrazione degli eventi avversi legati alla struttura


Il personale deve essere formato circa le strategie di riduzione del rischio (rientra in questo campo anche il pericolo di infezioni e quindi la pulizia di mani e superfici e lo smaltimento dei rifiuti pericolosi).

PR.11: Il programma dispone di materiali di riferimento e di risorse per la consultazione prontamente accessibili.

1. Esiste evidenza che c'è disponibilità non solo della “carta dei servizi” specifica per l'ambulatorio di insufficienza renale cronica ma che debbano esistere anche altri supporti informativi che prevedano
 - Le LG SIN di riferimento
 - Materiale illustrativo sulla insufficienza renale cronica
 - Materiale illustrativo sulla terapia collegata alla insufficienza renale cronica
 - Materiale illustrativo sulla terapia nutrizionale
 - Materiale illustrativo sui problemi del metabolismo Ca-P e dell'apparato scheletrico
 - Materiale illustrativo sulla dialisi nelle sue varie forme con indicazioni dei vantaggi e svantaggi di ognuna delle tecniche offerte e NON offerte dalla organizzazione in cui si opera
 - Materiale illustrativo sugli accessi dialitici (vascolari e peritoneali)
2. Il materiale deve provenire da fonti interne al reparto che abbia provveduto a svilupparlo appositamente o essere recepito da fonti autorevoli nazionali ed internazionali
3. Esiste evidenza che il materiale è sottoposto a periodici aggiornamenti
4. Esiste evidenza che gli aggiornamenti riportino la data e l'edizione e che le edizioni precedenti siano ritirate e/o annullate in maniera chiara
5. Esiste evidenza che i materiali siano sempre disponibili in originale o in copia o su supporto visivo e/o informatico (scaricabili da computer o comunque facilmente consultabili)
6. Esiste evidenza che i materiali disponibili appartengano sempre alla stessa revisione
7. Esiste evidenza che ai pazienti sia stata fornita precisa indicazione su come reperire tale materiale

PR.12: Il processo di individuazione, segnalazione, gestione e rilevazione degli eventi avversi infausti e inattesi è definito e implementato.

1. Esiste un sistema di rilevazione degli errori che è strutturato, condiviso e partecipato a tutti i componenti del processo.
2. Il sistema incoraggia la segnalazione di eventi avversi proteggendo la *privacy* di chi li segnala.
3. Il sistema ha un processo di “*root analysis*” per la gestione delle cause degli errori. Si incoraggia la prassi operativa di un'analisi che porti alla evidenziazione degli errori interni individuando cause e rimedi e favorendo la eventuale risoluzione e prevenzione INTERNA al reparto e considerando solo in un secondo tempo le cause esterne e quindi non modificabili. Il sistema attua delle precise istruzioni operative per evitare il ripetersi di tali eventi e ne registra cause e sistemi di cambiamenti in appositi verbali coperti da sistemi di protezione e quindi,

	CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 48 di 50
---	------------------------------------	--

possibilmente, non registrati nel normale sistema di archiviazione della documentazione ufficiale del reparto.

4. Il sistema nomina al proprio interno un gruppo di coordinamento per la individuazione e trattamento dei rischi collegati all'errore e al rischio clinico
5. Esiste un sistema di rilevazione di eventi sentinella predefiniti

Deve esistere una specifica procedura sugli eventi sentinella che definisca quali sono e come sono monitorati e gestiti.

Il processo di gestione e monitoraggio degli eventi sentinella deve prevedere:

1. una prima fase relativa alla prevenzione del manifestarsi dell'evento. In questo caso è indispensabile un percorso di educazione/istruzione dell'operatore sanitario, sia verbale sia con supporto cartaceo, che venga sensibilizzato sulla possibilità che si manifesti un rischio per il paziente e sulle modalità per prevenire tale possibilità
2. il secondo passaggio riguarda la rilevazione dell'evento nel fascicolo personale al momento del manifestarsi dello stesso e la procedura di segnalazione. L'evento sentinella viene segnalato, attraverso apposito modulo, al coordinatore medico e/o infermieristico dell'équipe che archivia le segnalazioni all'interno di un registro, organizzando lo stesso in quattro sezioni in base alla tipologia di evento (cadute, incendi, somministrazione farmaci, infezione delle vie urinarie), questo al fine di facilitare l'analisi e la valutazione sia della quantità sia della tipologia.
3. il terzo passaggio riguarda il controllo periodico degli eventi sentinella manifestatisi e la definizione del piano di miglioramento e/o delle azioni correttive da mettersi in atto per evitare che gli stessi si presentino in futuro. La verifica deve avvenire almeno trimestralmente e il piano di miglioramento deve essere condiviso con l'intera équipe.