	<b>CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC</b>	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 32 di 50
---	------------------------------------	--

## PM - Misurazione e Miglioramento delle Performance

I programmi assistenziali specifici o per patologia sono tenuti a raccogliere e inviare dati per almeno quattro indicatori complessivi relativi a:

- l'assistenza clinica
- la qualità dell'assistenza percepita dai partecipanti
- lo stato di salute
- l'area amministrativo-finanziaria.

Un indicatore deve necessariamente riguardare l'assistenza clinica, uno la qualità, gli altri due possono essere scelti nell'ambito delle 4 aree definite.

Qualora un programma volesse presentare più di 4 indicatori, può farlo. I programmi devono presentare e disporre dei dati, relativi agli indicatori individuati, per un periodo pari almeno agli ultimi 12 mesi e questi dati devono essere sintetizzati in almeno 4 report periodici, a dimostrazione del fatto che il programma ha sviluppato un “*data base*” storico a supporto del miglioramento della qualità, dopo il periodo di sperimentazione.

Una volta scelti gli indicatori è necessario definire quali siano le misure che devono essere rilevate per la costruzione degli stessi e procedere ad archiviare in un “*data base*” di progetto (access, excel, sistemi aziendali - ma NON solo su carta. Molto indicati sono i cosiddetti database relazionali)

Tutte queste misure devono essere predisposte per ogni singolo paziente arruolato nel percorso. Gli indicatori infatti non possono essere costruiti su un campione ma devono essere costruiti sull'universo completo che vuole essere certificato.

Alla richiesta di visita per la certificazione deve essere allegato un modulo nel quale rilevare gli indicatori sia come descrizione che come numero raccolto nell'anno precedente<sup>7</sup>.

### ***PM.1: Il programma utilizza misure per valutare processi ed esiti.***

Per poter ottenere la certificazione del percorso bisogna definire:

- quali misure vengono raccolte in modo sistematico su tutti i pazienti arruolati nel percorso
- come vengono raccolte
- come vengono elaborate


Le informazioni vengono raccolte o con cartella clinica informatizzata, o con adatto programma di “*data base*” (DB) elettronico relazionale

Le elaborazioni vengono effettuate tramite statistiche descrittive semplici, frequenze cumulative, deviazioni dallo standard individuato.

Si individuano i soggetti a cui sono demandati i compiti di inserimento dati, controllo ed elaborazione, nel caso in cui la cartella sia cartacea. Si procede quindi all'informatizzazione di alcune informazioni contenute nella stessa per monitorare l'applicazione delle linee guida e il processo di miglioramento sul singolo paziente.

---

<sup>7</sup> modulo per ogni indicatore MIF

	<b>CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC</b>	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 33 di 50
---	------------------------------------	--

**PM.2:** *Il programma si serve delle informazioni ricavate dalle misure per supportare, migliorare e/o validare il processo decisionale clinico.*

Gli elementi misurabili di questo standard implicano che periodicamente siano prodotti dei report sugli indicatori selezionati, che questi report siano valutati e discussi dai clinici, che da questi report si individuino le eventuali variazioni dalle linee guida.

Le linee guida in questo processo devono essere analizzate, “giustificate” e, nel caso questo si verifichi in modo continuo, potrebbe rendersi necessario aggiornare e revisionare le linee guida utilizzate rispetto alle caratteristiche della popolazione di riferimento.

Dalla valutazione all’interno dell’équipe (non solo quindi dal personale medico ma anche dalle altre componenti sanitarie e non) dei risultati conseguiti e misurati dagli indicatori, devono emergere i programmi di miglioramento.

Per ogni indicatore individuato va definito il razionale, specificando perché in quella realtà è stato scelto proprio quel indicatore specifico.

È necessario chiarire cosa ci si aspetta dalla valutazione dell’indicatore specifico.

Per ogni indicatore scelto va definito il target di riferimento (l’obiettivo).


Quando l’obiettivo viene raggiunto (misurato dall’indicatore di cui sopra) l’indicatore stesso terminerà la sua funzione e quindi andrà sostituito con un altro indicatore che consenta di mettere in atto processi di miglioramento continuo.

Non è opportuno pertanto scegliere indicatori che misurano processi e/o esiti già ottimali.

Ogni 6 mesi si effettua un audit sulle misure implementate e si analizzano i dati fuori misura individuando i pazienti ed apportando le modifiche necessarie a migliorarne l’output.

La SIN propone alcuni parametri/indicatori da sottoporre a monitoraggio per la costruzione di indicatori clinici di performance legati al processo e/o esito:

- Creatininemia e VFG (stimato e misurato)
- Azotemia
- Valori P.A.
- Ca, P, PTH
- Hb
- azoturia e sodiuria
- proteinuria
- peso corporeo
- numero di pazienti sul totale del percorso MRC che arrivano alla dialisi senza accesso valido per un trattamento dialitico (indicatore). La SIN incoraggia e sostiene, come prima scelta, l’uso della FAV come sistema più razionale e indicato per l’accesso vascolare in caso di scelta della dialisi extracorporea
- numero di pazienti sul totale degli idonei al Trapianto di rene nel percorso MRC che arrivano alla dialisi senza essere in lista attiva di Trapianto (indicatore)
- numero di pazienti sul totale degli idonei al Trapianto di rene da vivente, nel percorso MRC, che arrivano alla dialisi senza essere stati trapiantati (indicatore)
- numero di pazienti sul totale del percorso MRC che arrivano in urgenza alla dialisi (indicatore)

	<b>CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC</b>	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 34 di 50
---	------------------------------------	--

***PM.3: I dati assistenziali specifici per singolo partecipante sono rilevati, calcolati, analizzati e, laddove opportuno, sintetizzati in report.***

Questo standard prevede che i dati siano rilevati non in modo campionario ma a livello di singolo partecipante. I report sintetizzano le informazioni ma devono essere possibili analisi e valutazioni sulle misure selezionate per singolo partecipante nel tempo e quindi analisi a livello individuale.

La reportistica di sintesi è elaborata sulla base della raccolta dati effettuata e su estrazione del database elettronico che si alimenta attraverso la cartella clinica informatizzata.

***PM.4: La qualità dell'assistenza percepita è oggetto di valutazione.***

È necessario predisporre un questionario di soddisfazione dell'utente ("customer satisfaction" in letteratura inglese) da distribuire a tutti i partecipanti arruolati nel percorso di cura in modo da poter valutare la qualità percepita. Il questionario va valutato e rivisto se non fornisce le informazioni adeguate. Dalla valutazione periodica e costante dei risultati del questionario deve emergere il piano di miglioramento (le azioni da mettere in atto per migliorare in modo continuo la qualità sia clinica sia gestionale). La SIN suggerisce il questionario allegato.

Per soddisfare questo standard è necessario disporre di un elenco dei pazienti attuali e dimessi. Il revisore può contattare gli assistiti. Il contatto può essere sia telefonico sia presso il domicilio; se è possibile intervistare i pazienti presso la ScNdD il revisore procede ad intervistarli in modo campionario, nel caso questo non sia possibile contatta telefonicamente i pazienti dimessi e/o si reca al domicilio di quelli che si trovano in quel momento all'interno del percorso. L'elenco redatto potrebbe servire anche per altri standard e quindi è opportuno che sia completo ed esaustivo, (di solito viene richiesto l'elenco di tutti i pazienti in trattamento e l'elenco dei dimessi degli ultimi sei mesi, per ciascuno di questi può essere richiesta anche la documentazione clinica). È importante prevedere all'interno del consenso informato l'accesso comunicativo al paziente. L'elenco dei pazienti è ricavabile dal DB e dalle cartelle cliniche situate presso l'ambulatorio della ScNdD.

***PM.5: Sono garantite la qualità e l'integrità dei dati.***

- È importante che tutta l'équipe conosca i dati e che venga individuato un professionista che si occupi in modo continuo dell'elaborazione degli stessi (informatico). Sarebbe bene predisporre un manuale nel quale definire i dati, descrive i report e il significato di ogni indicatore perché tutti possano leggere e comprendere le informazioni raccolte e sintetizzate
- Il DB si atterrà scrupolosamente alle linee guida, alla terminologia internazionale e alle misure internazionali comunemente usate per la valutazione degli "item" oggetto di indagine
- Nel manuale della qualità del reparto saranno inserite le metodologie e modalità di accesso al database, la tempistica, le password di consultazione e le linee guida di riferimento
- Il DB di progetto deve essere aggiornato in modo costante e tempestivo, come la documentazione clinica cartacea e/o informatizzata, in modo che le elaborazioni possano essere immediate. Inoltre registrare subito i dati riduce il rischio di errore di registrazione. Se fosse possibile i dati dovrebbero essere registrati da persone competenti circa il contenuto. Se ciò non

	<b>CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC</b>	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 35 di 50
---	------------------------------------	--

fosse possibile prima dell'elaborazione i dati registrati nel DB debbono essere verificati da personale competente, in modo che non si producano report su dati sbagliati inficiando così le valutazioni sugli stessi. Il DB viene aggiornato in tempo reale durante la visita, ovviamente è contestuale nel momento in cui si usi la cartella clinica elettronica

- Se i report individuano dati non in linea è necessario procedere ad una immediata verifica (vedi elemento precedente).
- Il programma informatico dovrebbe validare l'introduzione dei dati segnalando quelli fuori norma e valutare gli scarti del singolo paziente nel caso di variazioni superiori all'indice di variabilità del valore oggetto di indagine
- È necessario che chi gestisce i dati abbia competenze in materia e che in caso di analisi campionarie (al di fuori degli indicatori selezionati) questi siano effettuate secondo le regole statistiche (ad esempio nel caso di campionamento delle cartelle cliniche da revisionare)
- L'analisi dei dati e la gestione del programma sono affidati ad un informatico (così come delineato nel documento sugli standard dei centri di nefrologia e dialisi)
- Deve essere chiaro quali strumenti vengono utilizzati per registrare, analizzare ed elaborare i dati.
- Sono valutati tutti gli elementi (sia legati ai professionisti sia ai partecipanti) che possono influenzare gli esiti dei processi oggetto di misurazione
- Se non si predispongono di un manuale (raccolta, registrazione, elaborazione, produzione dei report, valutazione) con l'individuazione non solo dei processi ma anche delle specifiche responsabilità (chi raccoglie, chi registra, chi elabora, chi valuta) è necessario definire delle specifiche procedure (per la raccolta, per il trattamento, per l'elaborazione, per la valutazione).

**Allegato: INDAGINE SULLA QUALITÀ PERCEPITA**

**Proposta di questionario di “soddisfazione dell’utente”**

A tutte le persone viene chiesto di rispondere a ciascuna domanda assegnando un punteggio da 1 (pessimo) a 9 (ottimo) e, da ultimo, di esprimere la soddisfazione generale (sì/no) e di formulare eventuali suggerimenti per il miglioramento del servizio.

Distribuzione e raccolta dei questionari, eventuale aiuto per la compilazione e tutela dell’anonimato possono essere assicurati dal personale volontario.

**AMBULATORIO**

Età..... Sesso..... Data.....

Chi l’ha indirizzata al nostro ambulatorio?	Il medico di famiglia	<input type="checkbox"/>
	Un altro specialista	<input type="checkbox"/>
	Conoscenti	<input type="checkbox"/>
	Altro (specificare)	

Quante volte è venuto in questo ambulatorio? 1  3-4  5-9   
10-19  20 o più

**Assegni un punteggio da 1 (pessimo) a 9 (ottimo) a:**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ambienti									
cura degli ambienti e degli arredi									
cortesìa e disponibilità all’ascolto dei medici									
cortesìa e disponibilità all’ascolto di infermieri e personale ausiliario									
chiarezza delle informazioni sulle sue condizioni di salute									
chiarezza delle informazioni sui benefici e gli effetti collaterali delle medicine									
chiarezza delle informazioni su come continuare le cure									
puntualità									
rispetto della riservatezza									

**Assegni un punteggio da 1 (mai) a 9 (sempre) a:**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quando ha dovuto prenotare la visita, ha potuto ottenerla in tempi brevi?									
Se ha avuto bisogno di un medico, lo ha potuto contattare con facilità?									
È stato coinvolto nella scelta delle cure?									
Le è stata consegnata una nota scritta per il medico di famiglia?									

Nel complesso, è soddisfatto delle cure e dell’assistenza che ha ricevuto?	SI	NO
Nel complesso, se un parente o un amico non potesse fare a meno di andare in un ambulatorio di Nefrologia, gli consiglierebbe questo ambulatorio?	SI	NO

La preghiamo di darci eventuali consigli per migliorare il nostro servizio .....

.....

Grazie per la collaborazione.