

LINEE GUIDA

GRAZIA LOMOLINO

Controllo Infezioni

ASO SS. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO

ALESSANDRIA

A COSA SERVONO (1)

- Negli ultimi anni la ricerca in campo medico ha prodotto una quantità enorme di nuove conoscenze



A COSA SERVONO (2)

Nuovi strumenti di conoscenza

- Revisioni sistematiche
- Rassegne di Letteratura
- Sistemi decisionali.....



A COSA SERVONO (3)

Dagli anni ' 80, allo scopo di produrre raccomandazioni utili alla pratica clinica

- Linee Guida
- Conferenze di Consenso
- Rapporti di Technology Assessment

DEFINIZIONE LINEE GUIDA

“ Raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della Letteratura e delle opinioni di Esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche ”.

*Institute of Medicine, National Academy Press,
Washington 1992*

RISULTATI ATTESI

- Utenza
- Aziende Sanitarie
- Istituzioni
- Professionisti

APPROCCI per produrre raccomandazioni

- LINEE GUIDA
- CONFERENZE DI CONSENSO
- RAPPORTI DI TECHNOLOGY ASSESSMENT
- METODI PER LA VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA CLINICA

LE LINEE GUIDA (a)

- Prodotti differenti



LE LINEE GUIDA (b)

- *“EVIDENCE-BASED-GUIDELINES”*
- *“NOT-EVIDENCE-BASED-GUIDELINES”*

REQUISITI METODOLOGICI ESSENZIALI

- MULTIDISCIPLINARIETA' DEL GRUPPO
- VALUTAZIONE SISTEMATICA PROVE SCIENTIFICHE DISPONIBILI
- CLASSIFICAZIONE RACCOMANDAZIONI IN BASE ALLA QUALITA' DELLE PROVE SCIENTIFICHE
- Chiarezza- flessibilità- applicabilità
- Indicatori di monitoraggio degli esiti

REQUISITI METODOLOGICI ESSENZIALI

- MULTIDISCIPLINARIETA' DEL GRUPPO



MULTIDISCIPLINARIETA' garantisce...

- Valutazione benefici e eventi avversi da punti di osservazione diversi
- Integrazione delle diverse dimensioni
- Integrazione punti di vista

MULDISCIPLINARIETA' **riflessioni**

- Valutazioni più conservative sulle indicazioni all'uso di tecnologie o interventi
- Realizzazione critica della multidisciplinarietà

REQUISITI METODOLOGICI ESSENZIALI

- MULTIDISCIPLINARIETA' DEL GRUPPO
- VALUTAZIONE SISTEMATICA PROVE SCIENTIFICHE DISPONIBILI

LE REVISIONI SISTEMATICHE

Perché?

- Grande quantità di Pubblicazioni
- Carenze Metodologiche di molti Studi
- Limiti del processo di *peer review*
- Tendenza a pubblicare studi positivi
- Limiti del tradizionale processo di revisione

LE REVISIONI SISTEMATICHE

–Cosa sono?–

- *“Valutazione delle conoscenze disponibili su un determinato argomento nella quale tutti gli studi rilevanti sono identificati e valutati criticamente”*

LE REVISIONI SISTEMATICHE

-Come?-

DEFINIZIONE:

- Dei quesiti
- Degli studi, dei soggetti, degli interventi
- Degli esiti
- Della strategia di ricerca
- Del modo di valutare la V.I. e la V.E.

LE REVISIONI SISTEMATICHE

-Ricadute-

- Elemento caratterizzante delle EBG
- Indicatore di validità delle Consensus Conference
- Indicatore di validità del processo di produzione dei criteri di appropriatezza

REQUISITI METODOLOGICI ESSENZIALI

- MULTIDISCIPLINARIETA' DEL GRUPPO
- VALUTAZIONE SISTEMATICA PROVE SCIENTIFICHE DISPONIBILI
- CLASSIFICAZIONE RACCOMANDAZIONI IN BASE ALLA QUALITA' DELLE PROVE SCIENTIFICHE

GRADUAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI (Grading)

- Livello di prova



- Forza delle Raccomandazioni



GRADUAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI (Grading)



LIVELLO DI PROVA

Si riferisce alla probabilità che un certo numero di conoscenze sia derivato da studi pianificati e condotti in modo tale da produrre informazioni valide e prive di errori sistematici



LIVELLO DI PROVA

DIPENDE DA:

- **Appropriatezza del disegno di studio**
(qualità metodologica a priori)
- **Rigore e qualità di conduzione e analisi dello studio**
(controllo dell'errore sistematico)
- **Dimensione dell'effetto clinico/ epidemiologico misurato**
(controllo dell'errore casuale)
- **Appropriatezza e rilevanza degli indicatori di esito utilizzati**
(rilevanza clinico-epidemiologica)

GRADUAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI (Grading)



Forza della Raccomandazione

Si riferisce alla probabilità che l'applicazione nella pratica di una raccomandazione determini un miglioramento dello stato di salute, obiettivo cui la raccomandazione è rivolta



FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE

Dipende da:

- Valutazione complessiva del Livello di prova
- Valutazione dell'applicabilità dello specifico comportamento contenuto nella raccomandazione
- Tipo di difficoltà e barriere previste nell'applicazione delle raccomandazioni
- Accettabilità culturale e sociale della specifica raccomandazione

GRADING

Diversi sistemi di Classificazione



Grading delle raccomandazioni

Esempi di metodi messi a punto a livello internazionale

Canadian Task Force – Livello delle prove

- I** Evidenza da almeno 1 studio controllato randomizzato
- II-1** Evidenza da studi controllati ben disegnati senza randomizzazione
- II-2** Evidenza da studi analitici di coorte o caso-controllo ben disegnati
preferibilmente da più di 1 centro o gruppo di ricerca
- II-3** Evidenza da confronti.
- III** Opinioni di Autorità riconosciute, basate sulla esperienza clinica,
studi descrittivi o rapporti di commissioni di esperti

Canadian Task Force- Forza delle Raccomandazioni

- A** Buona evidenza a supporto della raccomandazione
- B** Discreta evidenza a supporto della raccomandazione
- C** Scarsa evidenza riguardante l'inclusione e l'esclusione di una condizione, ma le raccomandazioni possono essere fatte su altre basi
- D** Discreta evidenza a supporto della raccomandazione che la condizione venga esclusa
- E** Buona evidenza a supporto che la condizione venga specificamente esclusa

AHCPR- Livello di evidenza

- Ia** Evidenza ottenuta da meta-analisi di studi clinici randomizzati
- Ib** Evidenza ottenuta da almeno un RCT
- IIa** Evidenza ottenuta da almeno uno studio controllato ben disegnato senza randomizzazione
- IIb** Evidenza ottenuta da almeno un altro tipo di studio quasi sperimentale ben disegnato
- III** Evidenza ottenuta da studi descrittivi non-sperimentali ben disegnati, come studi comparativi, di correlazione e di casi
- IV** Evidenza ottenuta da rapporti di commissioni di esperti o opinioni
e/o esperienze cliniche di persone autorevoli

AHCPR-Forza delle raccomandazioni

A Livelli di evidenza Ia, Ib	Richiede almeno un RCT come parte dell'insieme di Letteratura di complessiva buona qualità e consistenza che suggerisce specifiche raccomandazioni
B Livelli di evidenza IIa, IIb, III	Richiede: disponibilità di studi clinici ben condotti ma non RCT sui temi della raccomandazione
C Livello di evidenza IV	Richiede: evidenza ottenuta da rapporti di commissioni di esperti Indica assenza di studi clinici applicabili di buona qualità

SIGN- Livelli di evidenza

- 1++ Metanalisi di alta qualità, revisioni sistematiche di RCT o RCT con rischio molto basso di Bias
- 1+ Metanalisi ben condotte, revisioni sistematiche di RCT o RCT con rischio molto basso di Bias
- 1- Metanalisi, revisioni sistematiche di RCT o RCT con rischio elevato di Bias
- 2++ Revisioni sistematiche alta qualità di studi caso-controllo o coorte
- 2+ Studi caso-controllo o di coorte ben condotti con rischio basso di confondimento, bias
- 2- Studi caso-controllo o di coorte con rischio elevato di confondimento, bias
- 3 Studi non analitici, case report, serie di casi
- 4 Opinioni dell'esperto

SIGN- Forza delle raccomandazioni

A	Almeno una metanalisi, RS o RCT classificato come 1++ e direttamente applicabile a popolazione target oppure una RS di RCT o studi classificati come 1+, direttamente applicabile a popolazione target con consistenza globale di risultati
B	Studi classificati come 2++, direttamente applicabili alla popolazione target con consistenza globale di risultati
C	Insieme di evidenze che include studi classificati come 2+, direttamente applicabile alla popolazione target con consistenza globale dei risultati
D	Livello di evidenza 3 o 4 Oppure Evidenza estrapolata da studi classificati come 2+

Valutazione di qualità delle Linee Guida

Checklist AGREE

APPRAISAL OF GUIDELINES
FOR RESEARCH & EVALUATION
(AGREE)

CHECKLIST PER LA VALUTAZIONE
DELLA QUALITA' DI LINEE-GUIDA
PER LA PRATICA CLINICA

AGREE Collaboration

Settembre 2001

Versione italiana

Tradotta a cura di
Area di Programma a Governo Clinico
Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna
Viale Aldo Moro, 38
40127 Bologna

www.agenzia.sanitaria-regionale.it/aggiornato/



Le aree della qualità delle linee-guida valutate da AGREE

- Esplicitazione obiettivi
- Chiarezza della esposizione
- Coinvolgimento delle parti in causa
- Applicabilità
- Rigore metodologico

APPRAISAL OF GUIDELINES
FOR RESEARCH & EVALUATION
(AGREE)

CHECKLIST PER LA VALUTAZIONE
DELLA QUALITA' DI LINEE-GUIDA
PER LA PRATICA CLINICA

AGREE Collaboration

Settembre 2001

Versione italiana

Tradotta a cura di
Area di Programma Governo Clinico
Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna
Viale Aldo Moro, 58
40127 Bologna
www.provincia.emilia-romagna.it/agreedocs/



AGREE



OBIETTIVO E MOTIVAZIONE DELLA LINEA GUIDA

OBIETTIVO E MOTIVAZIONE DELLA LINEA GUIDA

1. L'obiettivo(i) generale della linea-guida è (sono) descritto in modo specifico.

Completo
Accordo Completo
Disaccordo

Commenti

1. Questo item riguarda il potenziale impatto sanitario di una linea-guida sulla società o sulla popolazione di pazienti di riferimento. L'obiettivo generale della linea-guida dovrebbe essere descritto in dettaglio e i benefici attesi dovrebbero essere quelli relativi al problema clinico considerato. Esempi di descrizioni degli obiettivi sufficientemente specifiche potrebbero essere:

- Prevenzione delle complicanze (a lungo termine) nei pazienti affetti da diabete mellito;
- Riduzione del rischio di successivi eventi vascolari in pazienti con pregresso infarto del miocardio;
- Razionalizzazione della prescrizione di antidepressivi in termini di costo-efficacia.

2. Il quesito(i) clinico trattato dalla linea-guida è (sono) descritto in modo specifico.

Completo
Accordo Completo
Disaccordo

Commenti

2. Dovrebbe essere fornita una dettagliata descrizione dei quesiti clinici affrontati nella linea-guida. In particolare per le raccomandazioni più importanti (vedi item 15). Facendo riferimento agli esempi riportati relativamente al primo item:

- Quante volte all'anno dovrebbe essere misurata l'emoglobina glicosilata (HbA1c) nei pazienti affetti da diabete mellito?
- Quale dovrebbe essere la dose giornaliera di aspirina per i pazienti con documentato infarto del miocardio?
- Gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRIs) sono più costo-efficaci degli antidepressivi triciclici (TCA) nel trattamento dei pazienti con depressione?

3. La tipologia dei pazienti ai quali la linea-guida è indirizzata è descritta in modo specifico...

Completo
Accordo Completo
Disaccordo

Commenti

3. Dovrebbe essere fornita una chiara descrizione della popolazione di pazienti cui si rivolge la linea-guida. Dovrebbe essere indicato l'età di riferimento, il sesso, il quadro clinico e le comorbidità.

Per esempio:

- Una linea-guida sulla gestione del diabete mellito che includa solamente pazienti non insulino-dipendenti ed escluda i pazienti affetti da comorbidità vascolari.
- Una linea-guida sulla gestione della depressione che includa solo pazienti affetti da depressione maggiore, diagnosticata in base ai criteri DSM-IV, ed escluda i pazienti con sintomi psicotici o bizzarri.
- Una linea-guida sullo screening per il cancro della mammella che includa le donne di età compresa tra 50 e 70 anni, con familiarità negativa per tumore in genere e per cancro della mammella in particolare.

OBIETTIVO E MOTIVAZIONE DELLA LINEA GUIDA

1. L'obiettivo(i) generale della linea-guida è (sono) descritto in modo specifico.

Completo
Accordo Completo
Disaccordo

Commenti

ISTRUZIONI

OGGETTIVO E MOTIVAZIONE DELLA LINEA-GUIDA

1. Questo item riguarda il potenziale impatto sanitario di una linea-guida sulla società o sulla popolazione di pazienti di riferimento. L'obiettivo generale della linea-guida dovrebbe essere descritto in dettaglio e i benefici attesi dovrebbero essere quelli relativi al problema clinico considerato. Esempi di descrizioni degli obiettivi sufficientemente specifiche potrebbero essere:

- Prevenzione delle complicanze (a lungo termine) nei pazienti affetti da diabete mellito;
- Riduzione del rischio di successivi eventi vascolari in pazienti con pregresso infarto del miocardio;
- Razionalizzazione della prescrizione di antidepressivi in termini di costo-efficacia.

Esempio: se quattro valutatori danno i seguenti punteggi per gli item della Area 1 (Obiettivo e motivazione della linea-guida):

	Item1	Item2	Item3	Totale
Valutatore1	2	3	3	8
Valutatore2	3	3	4	10
Valutatore3	2	4	3	9
Valutatore4	2	3	4	9
Totale	9	13	14	36

Punteggio Massimo possibile = 4 (completo accordo) x 3 (item) x 4 (valutatori) = 48

Punteggio Minimo possibile = 1 (completo disaccordo) x 3 (item) x 4 (valutatori) = 12

Il punteggio area-specifico standardizzato è:

$$\frac{\text{punteggio ottenuto} - \text{minimo punteggio possibile}}{\text{massimo punteggio possibile} - \text{minimo punteggio possibile}} =$$

$$\frac{36 - 12}{48 - 12} = \frac{24}{36} = 0.67 \times 100 = 67\%$$

IN SINTESI: *criteri per graduare le evidenze*

- Validità interna del disegno di studio e qualità metodologica degli studi
- Numerosità degli studi e consistenza dei risultati
- Rilevanza clinica delle misure di risultato

Cosa significa produrre un Protocollo a partire da LG?

.....Ricordiamo alcune definizioni :

- LG: serie di Raccomandazioni di comportamento
- Protocolli: sequenza di comportamenti ben definiti e obbligati
- Standard: valore soglia al di sotto del quale una prestazione diviene sub-ottimale

Il percorso di implementazione

- SCELTA DEL TEMA
- SCELTA DEL GRUPPO
- L'ANALISI DEL CONTESTO
- SCELTA DELLA STRATEGIA DI IMPLEMENTAZIONE
 - LE EVIDENZE
 - LA RICERCA DEI FATTORI
 - ANALISI ORGANIZZATIVA
 - ANALISI DEI PROBLEMI
 - IL COMPORTAMENTO
 - PRESENTAZIONE E DISSEMINAZIONE
- ATTUAZIONE E VALUTAZIONE

SCELTA DEL TEMA

- Prevalenza e gravità patologia
- Costi della patologia/trattamento
- Variabilità nella pratica clinica
- Situazioni assistenziali complesse
- Disponibilità di prove di efficacia

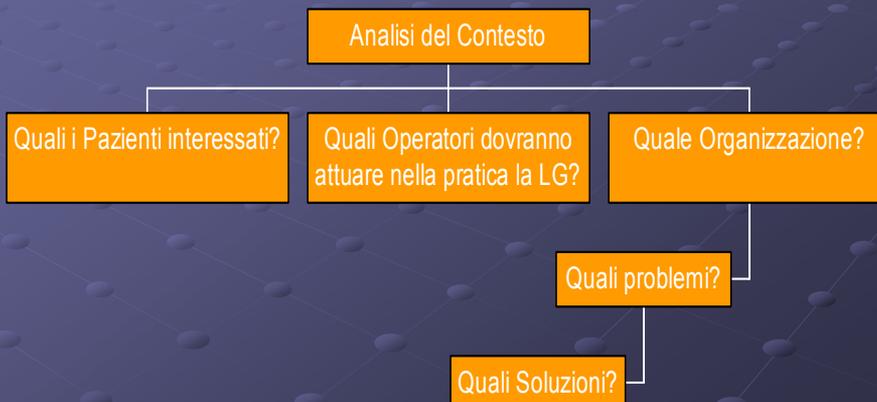
SCELTA DEL PANEL



- Utilizzare un piccolo gruppo multiprofessionale
- Garantire una rappresentanza equilibrata di operatori e pazienti
- Disporre di un Facilitatore

ANALISI DEL CONTESTO

Cose da fare



SCELTA DELLA STRATEGIA DI IMPLEMENTAZIONE

- L'implementazione consiste nell'introdurre nella pratica corrente le Linee Guida utilizzando strategie di intervento appropriate, atte cioè a favorire l'utilizzo e a rimuovere i fattori di ostacolo al cambiamento

EFFICACIA delle STRATEGIE DI IMPLEMENTAZIONE DI LINEE GUIDA: le evidenze disponibili

Sono state considerate le 9 revisioni sistematiche più rilevanti per completezza della ricerca bibliografica e qualità metodologica, pubblicate dal 1994 al 1999.

EFFICACIA delle STRATEGIE DI IMPLEMENTAZIONE DI LINEE GUIDA: le evidenze disponibili

- ✧ Sei SR Cochrane che valutano l'impatto di specifiche strategie di implementazione:
 - opinion leaders locali
 - "educational outreach visits
 - audit and feedback verso un non intervento;
 - audit and feedback verso altre strategie di implementazione
 - diffusione di materiale scritto (invio postale, pubblicazione);
 - Incontri educativi (incontri interattivi, workshop, lezioni frontali)
- ✧ Revisione pubblicata nel '94 su Effective Health Care che include 91 studi (RCT, CCT ITS) pubblicati dal '76 al '94 che valutano l'impatto delle diverse strategie di implementazioni
- ✧ Due revisioni sistematiche di revisioni sistematiche; (cioè revisioni di revisioni)
 - revisione pubblicata nel '98 sul BMJ; include 18 SR
 - revisione pubblicata nel '99 su Effective health care; include 44 SR;

EFFICACIA delle STRATEGIE DI IMPLEMENTAZIONE DI LINEE GUIDA: gli interventi valutati

- **Interventi rivolti ai pazienti:** qualunque tipo di intervento che ha lo scopo di modificare il comportamento dei medici ma che agisce sui pazienti: fornire informazioni o counselling, invio postale di materiale (LG) ai pazienti, materiale nelle sale d'attesa degli ambulatori, raccogliere informazioni dal paziente e fornirle al medico.
- **Audit and feedback:** utilizzo di dati sul comportamento dei clinici in un determinato periodo di tempo: livello di aderenza dei clinici alle raccomandazioni; dati individuali del singolo medico, dati relativi al comportamento dei colleghi; dati relativi ai costi degli esami/trattamenti prescritti. Inviati ai medici una sola volta o periodicamente con frequenze diverse (settimanali, mensili, etc.)

EFFICACIA delle STRATEGIE DI IMPLEMENTAZIONE DI LINEE GUIDA: gli interventi valutati

- **Reminders:** Interventi, manuali o computerizzati, che ricordano al medico di compiere una determinata azione (prescrizione di esami o di trattamento, domande da porre nella raccolta dell'anamnesi, etc): un foglio con suggerimenti, raccomandazioni o informazioni semplici; questionari specifici per patologia; cartella informatizzata; Tali reminders possono essere realizzati in versione cartacea o computerizzata:
- **Marketing:** utilizzo di interviste personali, di discussioni di gruppo (focus group) o di indagini trasversali per individuare le barriere al cambiamento da parte dei medici e di conseguenza pianificare interventi volti a modificare o superare le barriere individuate.

EFFICACIA delle STRATEGIE DI IMPLEMENTAZIONE DI LINEE GUIDA: gli interventi valutati

- **Utilizzo di opinion leaders locali per presentare le LG:** partecipano ai seminari o convegni; invio postale delle LG con loro lettera di presentazione; mantengono contatti formali o informali con i destinatari delle LG
- **Local consensus processes:** inclusione dei destinatari delle LG nella discussione in fase di elaborazione o di presentazione delle LG
- **Educational outreach visits:** visite individuali da parte di operatori preparati e qualificati ai medici nel loro setting clinico (ambulatorio, ospedale) per presentare le LG, dare informazioni; anche feedback sul comportamento del medico e dei colleghi.

EFFICACIA delle STRATEGIE DI IMPLEMENTAZIONE DI LINEE GUIDA: i risultati

- Raccomandazioni complesse sono meno efficaci di raccomandazioni semplici
- La diffusione passiva (invio postale, pubblicazione, seminari o conferenze) è una tappa comunque necessaria e preliminare ad ulteriori strategie più articolate
- Non esistono strategie di implementazione sempre e comunque efficaci; è sempre necessario tenere conto degli aspetti organizzativi, educativi, economici e della comunità (ambiente sociale) in cui i medici operano e valutare in che misura questi aspetti possono influire sul comportamento dei medici.

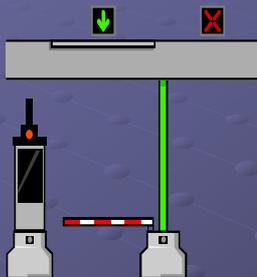
EFFICACIA delle STRATEGIE DI IMPLEMENTAZIONE DI LINEE GUIDA: i risultati

Interventi basati su di un'analisi preliminare dei fattori che ostacolano il cambiamento è più probabile che siano efficaci

EFFICACIA delle STRATEGIE DI IMPLEMENTAZIONE DI LINEE GUIDA: i risultati

- la fase di implementazione delle LG dovrebbe essere sempre preceduta da una fase di “indagine diagnostica” per conoscere il contesto in cui le LG andranno implementate; tale analisi dovrebbe prevedere:
 - Identificazione degli aspetti rilevanti del cambiamento proposto che possono influenzare la sua effettiva adozione
 - Valutare il grado di disponibilità al cambiamento dei medici destinatari e potenziali barriere al cambiamento interne al gruppo target
 - Identificazione di potenziali barriere esterne al gruppo target
 - Identificazione di altri fattori che possono ostacolare il cambiamento (capacità tecniche, risorse disponibili)

FATTORI CHE FACILITANO, FATTORI CHE OSTACOLANO



- Fattori Strutturali
- Fattori organizzativi
- Fattori legati alle abitudini consolidate
- Fattori legati alle conoscenze, atteggiamenti, alla pratica
- Fattori relativi alla comunicazione con il paziente o alle sue aspettative

Come individuare i vari Fattori?



STRUMENTI :

- Analisi organizzativa
- Analisi dei problemi

ANALISI ORGANIZZATIVA



- Glossario
- Organizzazione
- Metodo di analisi

ANALISI : Glossario



- Funzione
- Attività
- Compiti
- Procedure
- Processi

ANALISI: Organizzazione



- Definizione
- Tipi diversi di organizzazione



ANALISI: metodo



- Scomposizione dell'organizzazione nelle varie componenti
- Descrizione delle singole componenti
- Analisi delle relazioni tra le varie componenti

ORGANIZZAZIONE: Scomposizione componenti



- Variabili esterne
- Variabili interne
- Output o Prestazioni
- Outcome o Risultati

ORGANIZZAZIONE: descrizione singoli componenti



Variabili esterne:

- Norme e Regolamenti
- Contesto
- Domanda

ORGANIZZAZIONE:Descrizione singole componenti



Variabili Interne

- **Struttura** (persone, tecnologie, competenze...)
- **Regole e procedure** (il dover essere)
- **Processi tecnici, gestionali e sociali** (cose che realmente avvengono)

ORGANIZZAZIONE: descrizione singole componenti



- OUTPUT: prodotti concreti e specifici che l'organizzazione fornisce

ORGANIZZAZIONE: Descrizione singole componenti



- OUTCOME: sono i cambiamenti , positivi o negativi, indotti dall'agire dell'organizzazione



MODELLO DI ANALISI

Input



Output

VACCANI

ANALISI DEI PROBLEMI



- Cos'è un problema?
- Come risolverlo?

ANALISI DEI PROBLEMI

ELENCO CRITICITA'	CRITERI			SCELTE
	I	C	A	
1.....	XX	X	XXX	1°
2.....	XX	XX	X	3°
3.....	XXX	XXX	XX	2°
ECC				

Analisi dei problemi

CARATTERISTICHE DELLA CRITICITA'



Analisi dei problemi esercizio

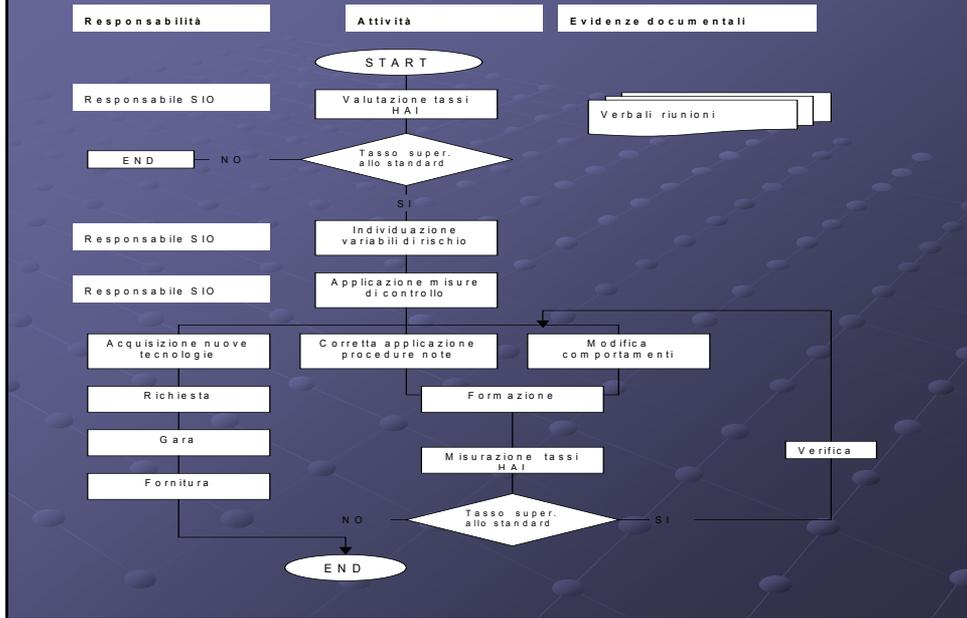
Prendendo come esempio le LG CDC sulla prevenzione delle infezioni della ferita, cerchiamo di verificare se le misure pre-operatorie raccomandate sono applicate oppure no.

Scenario: ospedale di 700 PL con neurochirurgia, cardiocirurgia, ortopedia, ginecologia, ch.generale, urologia, otoiatria

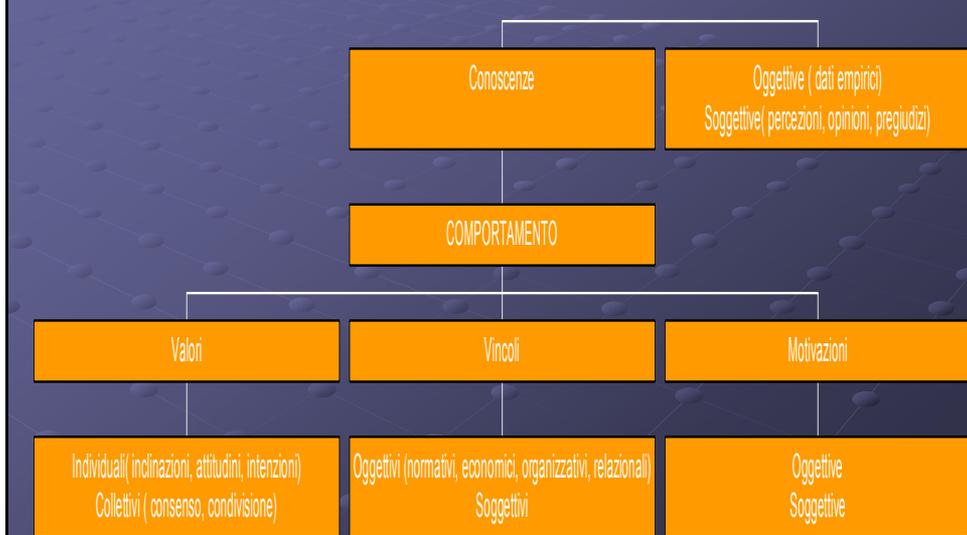
ANALISI DEI PROBLEMI

ELENCO CRITICITA'	AMBITI DI SOLUZIONI			
	Form.	Org.	Tecn.	Pol.
1° criticità				
2° criticità				
3° criticità.....				

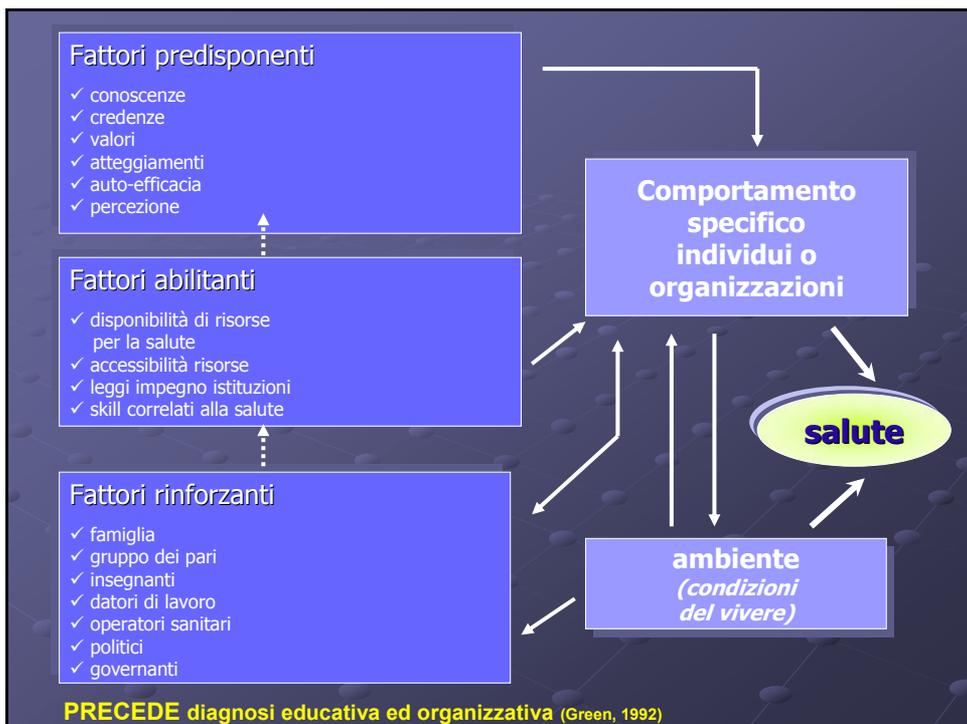
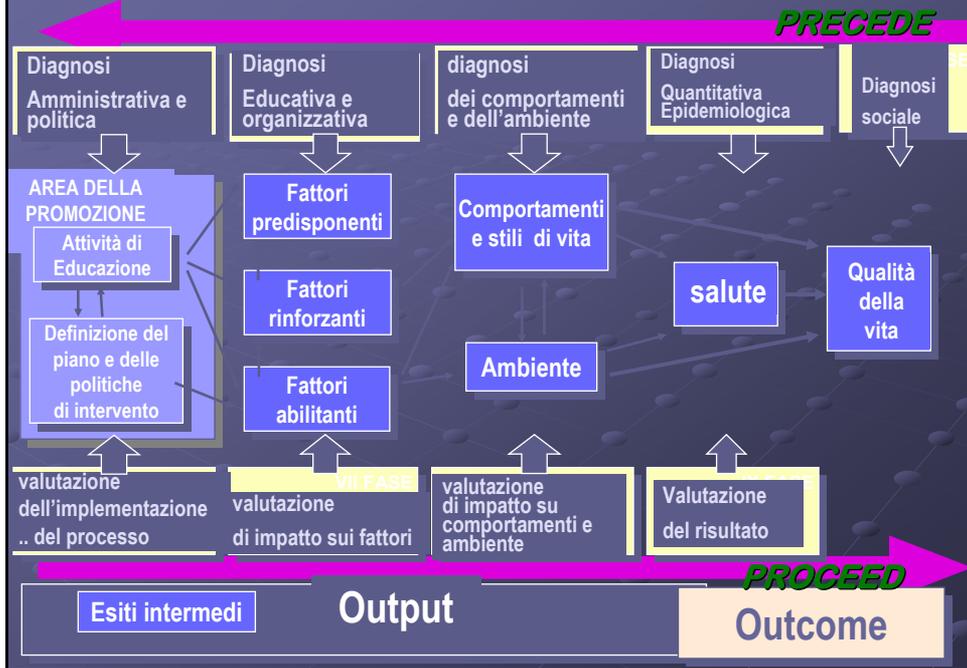
SOLUZIONE DEI PROBLEMI



DA COSA DIPENDE IL COMPORTAMENTO?



Modello di progettazione PRECEDE/PROCEED (L.W.Green & Kreuter 1992)



DA COSA DIPENDE IL COMPORTAMENTO? ESEMPI



- L'IMPLEMENTAZIONE DEL CLIPPING PER LA TRICOTOMIA è OSTACOLATA DA:
 - TROPPO TEMPO RICHIESTO
 - ORGANICO INFERMIERISTICO SCARSO.....
 - IL PELO NON VIENE COMPLETAMENTE RIMOSSO.....
- CLASSIFICATE QUESTE MOTIVAZIONI IN BASE ALLE CARATTERISTICHE DEL COMPORTAMENTO UMANO

DA COSA DIPENDE IL COMPORTAMENTO? ESEMPI



- La raccomandazione CDC di effettuare la doccia pre-operatoria poco prima dell'intervento viene disattesa per:
- Organico scarso per il paz. non autosufficiente
- Carenze strutturali (docce inadeguate)
- Personale impegnato in altre attività importanti

Ripetiamo lo stesso esercizio!

DA COSA DIPENDE IL COMPORTAMENTO? ESEMPI

- LA RACCOMANDAZIONE CDC SUI CVC **SULL'IGIENE DELLE MANI** NELLA GESTIONE DEI CATETERI NON VIENE SEMPRE APPLICATA PER:
 - CARENZE STRUTTURALI.....
 - MANI SCREPOLATE.....
 - TANTO USO I GUANTI.....
 - I MEDICI NON LO FANNO!....

PRESENTAZIONE E DISSEMINAZIONE

- La presentazione dei documenti
- La disseminazione dei documenti
- La valutazione della qualità espositiva

La presentazione del documento



- Autorevolezza e chiarezza delle Raccomandazioni
- Linguaggio non ambiguo e termini ben definiti (glossario)
- Formato di facile e rapida consultazione

La disseminazione del documento



- Volume di testo tradizionale
- Opuscolo
- Diagrammi di flusso (poster)
- Versione on line
- CD-ROM e DVD
- Set di diapositive
- Videocassette

Valutazione della qualità espositiva



● Check-list per la valutazione

1. N. raccomandazioni
2. Specificità/genericità (valutazione qualitativa)
3. Indicazioni di AA, finanziamenti, data emissione e aggiornamento
4. Indicazioni di scopo e destinatari
5. Sintesi delle informazioni scientifiche
6. Sintesi delle raccomandazioni
7. Flowchart o altri riassunti chiave
8. Messaggi chiave(per paz. medico, organizzazione)
9. Glossario
10. Linguaggio e veste grafica

INDICATORI DI MONITORAGGIO

- Verificare nel tempo l'implementazione delle raccomandazioni
- Specificare i benefici attesi
- Indicatori appropriati

INDICATORI DI MONITORAGGIO

NEL DEFINIRE GLI INDICATORI TENERE PRESENTE:

- Rilevanza clinico-epidemiologica
- Rilevanza per i professionisti
- Fattibilità dei cambiamenti richiesti
- Disponibilità dei dati per misurare l'indicatore prescelto

Metodi efficaci per introdurre un protocollo

- Definire l'obiettivo assistenziale
- Coinvolgere il Personale nell'analisi dei fattori ostacolanti
- Individuare gli ambiti di soluzione
- Stimare realisticamente i tempi per le soluzioni
- Scegliere la modalità di redazione/diffusione
- Valutare i risultati ottenuti

Vaccani, 1998

Tonelli, 2003



Esercitazione

Proviamo ad applicare il metodo Agree alle
LG CDC sulla gestione dei CVC