

# INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DI ADESIONE ALLE LINEE GUIDA

I - Manuale d'uso per le Aziende

Documenti dell'Agenzia Regionale  
di Sanità della Toscana

Ictus

Scenpenso  
cardiaco

Ulcere da  
pressione

Riabilitazione  
dopo frattura di  
femore

33

## **Indicatori per la valutazione di adesione alla LG**

*I – Manuale d'uso per le Aziende – Giugno 2007*

*La versione attuale di questo documento deve considerarsi ancora flessibile, in alcune sezioni non definitiva e passibile di modifiche o integrazioni. Ma dopo un lungo lavoro a tavolino, è ora urgente assicurare al documento una fase di 'vita sul campo': solo la lettura, la sperimentazione, la discussione, la revisione critica da parte di una rete allargata di professionisti, impegnati in diverse aree assistenziali e con competenze in diverse specialità, potrà trasformare questa proposta in uno strumento di lavoro definitivo, condiviso e realmente utile.*

*Un successivo aggiornamento è previsto entro giugno 2008 e successive revisioni potranno essere definite in concomitanza con gli aggiornamenti delle Linee Guida.*

## Indicatori per la valutazione di adesione alla LG

I – Manuale d'uso per le Aziende – Giugno 2007

### La progettazione e la redazione del volume sono state curate da:

Francesca Collini, Valeria Di Fabrizio, Lisa Gnaulati, Stefania Rodella  
ARS Toscana, Osservatorio Qualità

Alessandro Sergi

Azienda USL 4 Prato - ARS Toscana, Osservatorio Qualità

Pierluigi Tosi

Coordinamento "Processo Regionale Linee Guida"

### Con il contributo di (per la sezione 'Ulcere da Pressione'):

Cinzia Brilli

AOU Pisana

Cristina Fabbri

AOU Careggi, Firenze

Francesca Falciani

AUSL 10, Firenze

Laura Rasero

Dip.to Igiene e Sanità Pubblica, Università di Firenze

### Si ringraziano

I componenti dei Gruppi di Lavoro (GdL) del Consiglio Sanitario Regionale che hanno partecipato alla discussione e alla revisione delle rispettive sezioni del documento:

#### **LG Ictus<sup>1</sup>**

Simone Baldi, Carlo Cappelletti, Valentino Fiaschi, Gian Paolo Giordano, Domenico Inzitari

#### **LG Ulcere da Pressione<sup>2</sup>**

Leonardo Bellino, Cristina Fabbri, Francesca Falciani, Maria Luisa Masini, Laura Rasero

#### **LG Scompensamento Cardiaco<sup>3</sup>**

Monica Baroni, Antonio Barsotti, Gabriele Castelli, Giampaolo Collecchia, Claudio Cassino, Sabina Cordaro, Beatrice Dilaghi, Michele Emdin, Gian Franco Gensini, Gessica Italiani, Elaine Laws, Maria Luisa Masini, Francesco Mazzuoli, Carlo Nozzoli, Stefano Santoni, Alfredo Zuppiroli

#### **LG Riabilitazione in Frattura di Femore<sup>4</sup>**

Egisto Bagnoni, Simone Baldi, Alberto Baroni, Alessandro Battaglia, Valentino Fiaschi, Giulio Masotti, Maria Chiara Cavallini, Lucia Lenzi, Michela Maggi, Aldo Morelli, Pietro Pasquetti, Bernardo Pavolini, Alessandro Petrini, Gessica Pierini, Federico Posteraro, Andrea Sanquerin

### Hanno collaborato

*Ricerche bibliografiche*

Maria Rita Maffei – Centro Documentazione, ARS Toscana

*Revisione editoriale*

Caterina Baldocchi – Osservatorio Qualità, ARS Toscana

---

<sup>1</sup> **Autori LG diagnosi e cura dell'ictus:** Franco Ammannati, Simone Baldi, Antonio Bavazzano, Carlo Cappelletti, Giovanni Credi, Enrico Desideri (coordinatore), Amalia Ferrara, Valentino Fiaschi, Luciano Gabbani, GianPaolo Giordano, Domenico Antonio Giustino Inzitari, Alessandro Morettini, Umberto Quiriconi, Gennaro Santoro, Luigi Triggiano.

<sup>2</sup> **Autori LG ulcere da pressione: prevenzione e trattamento:** Leonardo Bellino, Angela Brandi, Marco Calamandrei, Giovanni Cantelli, Silvia Cappelli, Sergio Cardini, Cristina Fabbri, Francesca Falciani, Ida Gallorini, Leonetto Giglioli, Giacomo Lucchesi, Maria Luisa Masini, Marcello Pani, Roberto Polignano, Silvia Prunecchi, Laura Rasero (coordinatore), P. Giorgio Rogasi, Marco Romanelli, Andrea Sanquerin, Annamaria Tessari, Andrea Valeri.

<sup>3</sup> **Autori LG diagnosi e cura dello scompensamento cardiaco:** Andrea Amerini, Antonio Barsotti, Gabriele Castelli, Giampaolo Collecchia, Sabina Cordaro, Sandro Cortini, Beatrice Dilaghi, Michele Emdin, Gian Franco Gensini (coordinatore), Gessica Italiani, Elaine Laws, Mario Marzilli, Francesco Mazzuoli, Carlo Nozzoli, Carlo Panesi, Stefano Santoni, Alfredo Zuppiroli.

<sup>4</sup> **Componenti GdL Riabilitazione in Frattura di Femore:** Sergio Aito, Simone Baldi, Alberto Baroni, Mario Barresi (coordinatore), Alessandro Battaglia, Lucia Lenzi, Giulio Masotti, Aldo Morelli, Alessandro Paoli, Pietro Pasquetti, Federico Posteraro, Andrea Sanquerin

## **Indicatori per la valutazione di adesione alla LG**

*I – Manuale d'uso per le Aziende – Giugno 2007*

Copia di questo documento può essere richiesta a:

Caterina Baldocchi  
Osservatorio Qualità  
Viale G. Milton, 7  
50129 Firenze

e-mail: [caterina.baldocchi@arsanita.toscana.it](mailto:caterina.baldocchi@arsanita.toscana.it)

oppure può essere scaricata dal nostro sito web:

[www.arsanita.toscana.it](http://www.arsanita.toscana.it) → Documentazione → Pubblicazioni ARS → Pubblicazioni

## **STRUTTURA DEL DOCUMENTO**

**Presentazione**

**Introduzione**

**Dizionario essenziale**

### **1. Implementazione di LG: problemi noti**

*Concetti generali*

*Esperienze in Italia: il Progetto T.Ri.P.S.S.*

*L'esempio dell'ictus*

### **2. Diagnosi e cura dell' ICTUS**

*Bibliografia essenziale*

*Principali raccomandazioni*

*Fattori di qualità dell'assistenza*

*Indicatori*

*Descrizione degli indicatori*

*Commenti e proposte*

### **3. Ulcere da Pressione: prevenzione e trattamento**

*Bibliografia essenziale*

*Principali raccomandazioni*

*Fattori di qualità dell'assistenza*

*Indicatori*

*Descrizione degli indicatori*

*Commenti e proposte*

### **4. Scompenso cardiaco**

*Bibliografia essenziale*

*Le raccomandazioni dell'IHI*

*Il lavoro della Healthcare Commission*

*L'implementazione delle LG: diagnosi*

*L'implementazione delle LG: trattamento*

*Le principali raccomandazioni: diagnosi*

*Le principali raccomandazioni: trattamento*

*Descrizione degli indicatori*

*Commenti e proposte*

*Presentazione dell'incontro con il Gruppo di Lavoro del CSR*

### **5. Riabilitazione dopo Frattura di Femore**

*Bibliografia essenziale*

*Fattori di qualità dell'assistenza*

*Frattura di femore: la dimensione del fenomeno*

*Riabilitazione nella frattura di femore: risultati di una ricerca di letteratura*

*Indicatori*

*Commenti e proposte*

### **Allegati**

DGR 799/2005

## **Indicatori per la valutazione di adesione alla LG**

*I – Manuale d'uso per le Aziende – Giugno 2007*

### **PRESENTAZIONE**

Quando alcuni anni fa abbiamo intrapreso il difficile percorso della stesura delle Linee Guida su alcune importanti e diffuse patologie, sapevamo di metterci di fronte a un compito arduo e soprattutto a un processo che, per riuscire a incidere, deve proseguire nel tempo e coinvolgere tutti gli operatori del nostro sistema. Sapevamo anche che a poco servono raccomandazioni e Linee Guida vaghe o troppo complesse, poco discusse e soprattutto poco “monitorate”.

Saluto così con grande soddisfazione, come un segnale positivo per l'intero sistema, la pubblicazione di questo “Manuale” per le aziende contenente gli “indicatori per la valutazione di adesione alle Linee Guida”. Si tratta di uno strumento prezioso, che consentirà, per le patologie a cui è dedicato, di accertare in modo scientificamente fondato se e quanto, proprio attraverso le Linee Guida, si riesca a cambiare in meglio la pratica assistenziale, l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi sanitari. Individuare correttamente gli indicatori con cui misurare il cambiamento è altrettanto complesso che elaborare le stesse Linee Guida e utilizzare costantemente questi indicatori permette di innescare quel meccanismo di miglioramento continuo che riteniamo indispensabile per un sistema sanitario pubblico che ha l'intento di curare tutti al meglio. Per questo ringrazio di cuore quanti hanno collaborato alla stesura del “manuale” compiendo così un'opera coerente con gli obiettivi e le missioni stesse del nostro Servizio Sanitario Regionale.

Enrico Rossi

*Assessore Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà - Regione Toscana*

Non vi è dubbio che lo scopo principale di un set di Linee Guida sia l'utilizzo nella pratica clinica corrente e che il loro uso porti a risultati concreti sia sul piano del beneficio per il paziente che su quello della razionalizzazione delle cure. Per questo occorrono indicatori, pochi, ben selezionati e sicuramente utilizzabili senza aggravii, in modo da rendere misurabile il risultato delle modifiche che l'applicazione delle Linee Guida ha indotto nel comportamento degli operatori. Questo è il senso del lavoro congiunto che il Consiglio Sanitario Regionale, organo cui il Piano Sanitario attribuisce il compito dell'elaborazione delle Linee Guida, e l'Agenzia Regionale di Sanità stanno svolgendo, per incidere in concreto sull'organizzazione e sui risultati in termini di salute del nostro servizio sanitario regionale. Quindi un ringraziamento sincero a Stefania Rodella e al gruppo dei suoi collaboratori per il pregevole lavoro svolto e a Piero Tosi, che riesce a trovare il tempo per seguire questa impresa delle Linee Guida nonostante i suoi molteplici e gravosi impegni. Il manuale è di facile consultazione e applicazione e gli indicatori proposti rappresentano il risultato di ampie consultazioni con tutte le rappresentanze professionali toscane. Ci auguriamo che divenga patrimonio condiviso e praticato nella attività giornaliera dei professionisti della sanità cosicché a trarne vantaggio sia il paziente principalmente e anche l'organizzazione del Servizio Sanitario toscano.

Antonio Panti

*Vicepresidente Consiglio Sanitario Regionale*

## Indicatori per la valutazione di adesione alla LG

I – Manuale d'uso per le Aziende – Giugno 2007

### INTRODUZIONE

La DGR della Toscana n. 799 del 2005 approva il 'Progetto per l'implementazione delle Linee Guida (LG) e Indirizzi Diagnostico-Terapeutici (IDT) in Regione Toscana' e attribuisce all'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) il mandato di definire indicatori di processo e di esito per la valutazione di implementazione delle quattro LG prioritarie (v. Allegato 1).

A sviluppo degli indirizzi contenuti in tale DGR, ARS (Osservatorio Qualità) ha provveduto nel periodo novembre 2005 – dicembre 2006 a:

1. effettuare una revisione della Letteratura e delle esperienze in ambito internazionale per una ricognizione degli indicatori proposti da diversi enti, organizzazioni e progetti di ricerca autorevoli, pertinenti alle LG identificate come prioritarie (*ictus*, scompenso cardiaco, ulcere da pressione, percorsi riabilitativi in frattura di femore);
2. selezionare da tali LG le principali raccomandazioni valutabili, a cui associare indicatori di processo e di esito;
3. stilare un primo elenco di indicatori per la valutazione di impatto delle principali raccomandazioni.

Nel periodo gennaio–maggio 2007 il lavoro svolto è stato discusso, per una revisione e un completamento della proposta operativa, con i Gruppi di Lavoro (GdL) attivati dal Consiglio Sanitario Regionale (CSR) per ciascuna delle quattro LG.

Le fasi di definizione, rilevazione ed elaborazione di indicatori sono preliminari e strumentali alla progettazione e realizzazione di interventi di implementazione; l'implementazione di una LG è a pieno titolo un progetto di miglioramento della qualità, che include:

- **azioni a indirizzo tecnico e metodologico**, pertinenti soprattutto alla misurazione;
- **azioni formative** rivolte agli operatori coinvolti nelle pratiche assistenziali considerate;
- **momenti decisionali** pertinenti a cambiamenti organizzativi (di tipo strategico, gestionale, professionale).

In questa fase il contributo di ARS si colloca tra le azioni di indirizzo tecnico e metodologico finalizzate alla misurazione (Allegato 1).

Questo documento vuole essere un manuale d'uso pratico ed essenziale, da cui partire, nelle singole aziende, per ragionare sulla fattibilità di un vero e proprio progetto di implementazione che, nell'accezione corretta del termine, non può che essere:

- voluto a livello locale (e non solo regionale o nazionale);
- condiviso dagli operatori (e non solo imposto dall'alto);
- sperimentato e realizzato 'sul campo' (e non solo discusso a tavolino);
- sviluppato in modo graduale (e non dato 'una volta per tutte');
- 'accompagnato' (e non solo 'lanciato');
- continuamente valutato (e non solo nominato o dichiarato).

Essendo pensato come un manuale agile, benché rigoroso, il documento è caratterizzato da alcuni elementi chiave: una bibliografia essenziale, un richiamo ai fattori rilevanti per la qualità dell'assistenza, segnalazioni e proposte di azioni pratiche, suggerimenti per una stima orientativa di fattibilità delle diverse azioni necessarie per l'implementazione di singole

## **Indicatori per la valutazione di adesione alla LG**

*I – Manuale d'uso per le Aziende – Giugno 2007*

raccomandazioni. I capitoli relativi alle specifiche LG sono strutturati in modo analogo ma con alcune differenze che riflettono diverse modalità di approfondimento e confronto conseguiti in ambito regionale.

In un successivo documento, che verrà pubblicato nei prossimi mesi come volume 2 di questo manuale d'uso, verranno messi a disposizione i risultati ottenuti da studi e ricerche già avviati da ARS nei settori di interesse, che potranno rappresentare un riferimento *baseline* ('al tempo zero'), per la Regione e per le aziende, utile alla progettazione e valutazione di interventi di miglioramento.

In conclusione, ci sembra importante sottolineare che la dizione 'implementazione di una LG' è appropriata solo in presenza di una mobilitazione complessiva (e complessa) di forze verso (uno, pochi) obiettivi di cambiamento per i quali è noto un impatto efficace sulla salute delle persone.

In assenza di questa mobilitazione fisica, visibile, a volte conflittuale e faticosa ma vitale e vicina al sentire, al dire e al fare di chi è impegnato ogni giorno sul fronte professionale e gestionale delle organizzazioni, qualunque intenzione o declaratoria di cambiamento, pur motivata e scientificamente fondata, corre il rischio di rimanere soltanto un elegante esercizio intellettuale.

Ci piacerebbe sapere che questo manuale gira da una scrivania all'altra, passa tra le mani di studenti e specializzandi, viene sottolineato, annotato, riletto, commentato, in una parola usato. Ci piacerebbe sapere che questo manuale non è l'ennesimo libro che parla di LG.

Stefania Rodella  
*Coordinatore Osservatorio Qualità – ARS Toscana*

Pierluigi Tosi  
*Coordinamento Processo Regionale Linee Guida – Consiglio Sanitario Regionale  
Direttore Sanitario AUSL 10 Firenze*

## Indicatori per la valutazione di adesione alla LG

I – Manuale d'uso per le Aziende – Giugno 2007

### DIZIONARIO ESSENZIALE

#### **Accountability**

Considerare i pubblici ufficiali responsabili delle loro azioni. [...] assicurare la congruenza tra le politiche pubbliche dichiarate e la loro effettiva attuazione e l'allocazione e l'uso efficiente delle risorse pubbliche...a livello macro, meso e micro..

**Fonte:** *World Bank, 1992 - Governance & Development.*

#### **Adattamento locale di una LG**

Rappresenta l'insieme di attività che trasforma le evidenze scientifiche contenute in una raccomandazione in percorso diagnostico terapeutico e assistenziale o profilo di cura, tenendo conto del contesto organizzativo in termini di vincoli, risorse, livello di competenza dei professionisti, preferenze degli utenti. L'adattamento locale consente la definizione condivisa di criteri e indicatori e l'identificazione di *standard* di riferimento, negoziabili in relazione alle risorse disponibili.

**Fonte:** Manuale metodologico *'Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica'*. Piano Nazionale Linee Guida (PNLG). [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)

**Care maps** (vedi *Clinical Pathways*)

#### **Clinical Governance**

Sistema attraverso il quale le organizzazioni del servizio sanitario nazionale (NHS) sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza dell'assistenza sanitaria.

**Fonte:** *Department of Health (National Health Service inglese), 'A first class Service'*

Al cuore del concetto di *clinical governance* c'è il concetto di *accountability* (vedi): i professionisti sanitari non solo devono cercare di migliorare la qualità dell'assistenza, ma devono essere anche in grado di dimostrare che lo stanno facendo.

**Fonte:** Allen P. *Clinical governance in primary care: Accountability for clinical governance: developing collective responsibility for quality in primary care.* BMJ, Sep 2000; 321: 608 - 611.

#### **Clinical Pathways**

Piani di trattamento che definiscono in modo esplicito gli obiettivi di salute per il paziente e indicano la sequenza e i tempi delle azioni necessarie per raggiungere tali obiettivi con efficienza ottimale.

**Fonte:** Every NR, Hochman J, Becker R, Kopecky S, Cannon CP for the Committee on Acute Cardiac care, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. *Critical Pathways. A review.* Circulation. 2000;101:461-465.

**Critical pathway** (vedi *Clinical Pathways*)

## Indicatori per la valutazione di adesione alla LG

I – Manuale d'uso per le Aziende – Giugno 2007

**Criterio** [dal latino *crino*, distinguo, giudico, scelgo, decido]

Caratteristica variabile di un 'oggetto', selezionata dal soggetto che valuta in base alle sue finalità, onde poter effettuare distinzioni, esprimere giudizi, operare scelte, prendere decisioni. In campo sanitario un criterio è una variabile (rilevabile in modo riproducibile) che consente di esprimere un giudizio sulla qualità dell'assistenza. Secondo Donabedian è possibile suddividere i criteri in tre classi fondamentali: criteri di struttura, di processo, di risultato.

**Fonte:** Beccastrini S, Gardini A, Tonelli S. *Piccolo Dizionario della Qualità*. Centro Scientifico Ed., 2001.

### Conferenze di consenso

Stesura di raccomandazioni da parte di una giuria, composta da specialisti e non specialisti, al termine di una presentazione e consultazione di esperti che sintetizzano le conoscenze scientifiche su un dato argomento. L'analisi della letteratura viene condotta preliminarmente e permette alla giuria un confronto tra prove disponibili e pareri o relazioni degli esperti. La giuria si riunisce e, a porte chiuse, definisce le risposte sui quesiti principali per una presentazione pubblica, che si svolge alla presenza di esperti, rappresentanti dei pazienti e della comunità scientifica e consente un primo dibattito pubblico delle raccomandazioni elaborate. I limiti di tale procedura sono rappresentati dalla mancanza di una revisione sistematica formale delle prove di efficacia disponibili e dal rischio di auto-referenzialità delle conclusioni raggiunte.

**Fonte:** Manuale metodologico *'Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica'*. PNLG. [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)

### Disseminazione

Rappresenta la fase del processo di implementazione di una LG che consente la divulgazione, la ricerca di consenso e l'applicazione delle *performance* sanitarie pianificate nella fase di adattamento locale. In questa fase è insita la verifica dell'applicazione delle LG, allo scopo di misurarne il grado di adesione e riprogettare/riplanificare le *performance* in relazione all'analisi degli indicatori.

**Fonte:** Manuale metodologico *'Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica'*. PNLG. [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)

### Forza delle raccomandazioni (Figura 1)

Riguarda il grado di convinzione con cui si ritiene che una certa raccomandazione debba essere implementata. Rappresenta la stima della probabilità che l'applicazione nella pratica di una raccomandazione determini un miglioramento dello stato di salute della popolazione.

**Fonte:** Manuale metodologico *'Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica'*. PNLG. [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)

## Indicatori per la valutazione di adesione alla LG

I – Manuale d'uso per le Aziende – Giugno 2007

### Governance

Il modo in cui il potere viene esercitato nella gestione, finalizzata allo sviluppo, dell'economia e delle risorse sociali di un Paese. **Fonte:** *World Bank, 1992 - Governance & Development*.

I processi attraverso cui il potere e l'autorità vengono esercitati nelle e tra le Istituzioni dello stato e della società civile per l'allocazione delle risorse. **Fonte:** *Ritchken, 1995*

Il processo con cui nella società vengono facilitati accesso e garanzia di beni e servizi attraverso la gestione delle relazioni sociali e di potere. [...] non si tratta di mediare in modo imparziale i diversi interessi presenti nella società, ma di promuovere un insieme di valori nel contesto di diversi interessi e istanze. **Fonte:** *Wooldridge & Cranko, 1995*

Viene definita come 'good governance' l'insieme di: *accountability* (vedi), disponibilità di informazioni adeguate e affidabili, efficienza nella gestione di risorse, garanzia di accesso ai servizi. **Fonte:** *World Bank, 1992 - Governance & Development*.

### Governo Clinico

Traduzione italiana del termine inglese *Clinical Governance* (vedi).

### Grading delle raccomandazioni (Figura 1)

Il livello di prova si riferisce alla robustezza delle affermazioni contenute nelle raccomandazioni e dipende dal fatto che il loro contenuto derivi da studi pianificati e condotti in modo rigoroso, tale da produrre informazioni valide e prive di errori sistematici.

**Fonte:** Manuale metodologico 'Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica'. PNLG. [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)

### Implementazione di una LG

Si riferisce al processo che attraverso la selezione, adattamento locale, disseminazione e monitoraggio dell'applicazione di una LG trasforma le evidenze scientifiche in *performance* sanitarie.

**Fonte:** Manuale metodologico 'Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica'. PNLG. [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)

**Indicatori:** [dal latino *index*, indice, 'che mostra', 'che indica']

Gli indicatori, che appartengono alla stessa famiglia logica dei criteri (v.), sono variabili, inerenti all'oggetto che si vuole osservare, che consentono di esprimere giudizi sull'oggetto stesso. Essi vengono selezionati, tra i tanti possibili, sulla base di ipotesi, valori, obiettivi dei soggetti che intendono usarli a scopo descrittivo, valutativo o predittivo. Gli indicatori infatti devono essere utili a leggere e interpretare la realtà, facilitare previsioni, progettare interventi, formulare giudizi, consentire decisioni. Le qualità degli indicatori (pertinenza, specificità, sensibilità, facilità di rilevazione, utilità decisionale e altre ancora) non si possono giudicare in assoluto, ma solo in rapporto al processo valutativo-decisionale in cui sono inseriti. Non si può valutare davvero un indicatore senza conoscere il contesto e le ragioni per le quali viene usato. Gli indicatori per la valutazione della qualità dei servizi devono essere formulati in modo tale da essere rilevabili in maniera riproducibile anche da osservatori diversi in sedi diverse.

**Fonte:** Beccastrini S, Gardini A, Tonelli S. *Piccolo Dizionario della Qualità*. Centro Scientifico Ed., 2001.

## Indicatori per la valutazione di adesione alla LG

I – Manuale d'uso per le Aziende – Giugno 2007

### Indicatori di sistema

Misurano il grado di adesione/adeguamento delle organizzazioni alle condizioni essenziali o requisiti (strutturali, tecnologiche, organizzative) per garantire un'assistenza di buona qualità. Sono di pertinenza prevalentemente di direzioni aziendali (e rispettive articolazioni: uffici formazione, uffici qualità, sistemi informativi ecc.) e di Unità Operative (UO). Sono rilevabili mediante indagini dirette (questionari) presso le aziende o UO o mediante visite *on site*.

**Fonte:** ARS Toscana 2007, Osservatorio Qualità.

### Indicatori di processo

Misurano l'effettiva applicazione delle raccomandazioni di carattere assistenziale/professionale. Sono di pertinenza prevalentemente di operatori di diverse professionalità, sia in ambito ospedaliero sia territoriale. Sono rilevabili da flussi informativi, da consultazione di documentazioni sanitarie, da indagini *ad hoc* che utilizzino schede specifiche e standardizzate, da indagini *ad hoc* su opinioni ed esperienze dei pazienti

**Fonte:** ARS Toscana 2007, Osservatorio Qualità.

### Indicatori di esito

Misurano l'eventuale impatto finale dell'applicazione delle LG su mortalità, disabilità, soddisfazione di pazienti e famiglie, qualità della vita, livello di informazione ed educazione di cittadini, pazienti e famiglie. Riguardano esclusivamente i pazienti, le loro famiglie, i cittadini a rischio e le comunità nel loro insieme. Sono misure di più complessa interpretazione e il loro utilizzo presuppone la messa in atto di procedure di aggiustamento del rischio. Sono rilevabili da flussi informativi, da consultazione di documentazioni sanitarie, da indagini *ad hoc* presso le organizzazioni sanitarie o presso le famiglie. Le misure di disabilità, qualità della vita, soddisfazione, grado di informazione e di educazione sono di acquisizione più complessa rispetto alle misure di mortalità, poiché non sono coperte da flussi informativi standardizzati e routinari e presuppongono in alcuni casi (es. le misure di disabilità) l'utilizzo nella pratica di strumenti di valutazione (scale) ancora poco diffusi e disomogenei.

**Fonte:** ARS Toscana 2007, Osservatorio Qualità.

### Linee Guida (LG)

Insieme organizzato di raccomandazioni di comportamento clinico, o di condotta organizzativa, o di requisiti strutturali, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i responsabili di direzione, i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche.

**Fonte:** Manuale metodologico *'Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica'*. PNLG. [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)

## Indicatori per la valutazione di adesione alla LG

I – Manuale d'uso per le Aziende – Giugno 2007

### Multidisciplinarietà di una LG

Rappresenta sia l'integrazione della dimensione organizzativa, gestionale, etica ed economica accanto a quella dell'efficacia clinica, che l'integrazione del punto di vista e dei valori degli utenti accanto a quello degli erogatori e degli amministratori.

**Fonte:** Manuale metodologico *'Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica'*. PNLG. [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)

### Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

Rappresenta il risultato dell'adattamento locale delle LG, tiene conto delle specifiche caratteristiche organizzative e gestionali del contesto di applicazione.

**Fonte:** Manuale metodologico *'Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica'*. PNLG. [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)

### Procedura

La parola può avere due significati: a) sequenza teorica ordinata di azioni, eventi, ritenuti necessari a raggiungere un fine; b) serie di norme che regolano lo svolgimento di attività umane. Con riferimento al primo significato, nell'ambito dei servizi sanitari e sociali, si possono distinguere due classi di procedure: quelle tecniche, cioè inerenti la specifica operatività tecnica dei diversi servizi e delle differenti professionalità; quelle gestionali, comuni a qualsiasi organizzazione e necessarie al funzionamento della macchina organizzativa. La definizione di procedure e l'analisi attenta degli scarti tra processi (v.) e procedure è uno dei passaggi di grande rilievo in qualunque percorso di miglioramento della qualità.

**Fonte:** Beccastrini S, Gardini A, Tonelli S. *Piccolo Dizionario della Qualità*. Centro Scientifico Ed., 2001.

### Processo

Sequenza reale di azioni ed eventi finalizzati al raggiungimento di un obiettivo. Le azioni (attività e compiti) sono quelle effettivamente svolte dai membri dell'organizzazione (ad es. dagli operatori di un servizio) per esplicitare le loro funzioni. Mentre le procedure sono le regole, il "dover essere", i processi sono l'"essere", i fatti reali che avvengono. Anche i processi, come le procedure, possono essere distinti in tecnici e gestionali.

**Fonte:** Beccastrini S, Gardini A, Tonelli S. *Piccolo Dizionario della Qualità*. Centro Scientifico Ed., 2001.

### Profilo di Cura / Assistenza

Vedi Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

### Protocollo

Schema di comportamento predefinito e vincolante utilizzato per attività assistenziali definite nelle quali si debbano standardizzare le decisioni cliniche e/o assistenziali. Utilizzato sistematicamente nelle sperimentazioni cliniche.

## Indicatori per la valutazione di adesione alla LG

I – Manuale d'uso per le Aziende – Giugno 2007

### Raccomandazioni

Indicazioni per lo sviluppo di singole o insiemi di attività sanitarie, per le quali siano documentate l'esistenza e il livello delle prove di efficacia. Oltre agli aspetti professionali possono riguardare aspetti organizzativi e strutturali.

**Fonte:** Manuale metodologico *'Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica'*. PNLG. [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)

### Raccomandazioni per la ricerca

Suggerimenti per lo sviluppo di indagini *ad hoc* per le quali le prove di efficacia esistenti risultino assenti o insoddisfacenti.

**Fonte:** Manuale metodologico *'Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica'*. PNLG. [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)

### Revisione sistematica della Letteratura

Valutazione delle conoscenze disponibili su un determinato argomento, nella quale tutti gli studi rilevanti sono identificati e valutati criticamente. Qualora la natura del quesito e la qualità dei dati lo consentano, a una revisione sistematica può associarsi una metanalisi, ovvero una sintesi quantitativa dell'effetto dell'intervento, condotta con tecniche statistiche appropriate a pesare il contributo dei singoli studi senza annullare l'unicità delle caratteristiche di ciascuno.

**Fonte:** Manuale metodologico *'Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica'*. PNLG. [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)

### Tecnologie Sanitarie

Comprendono tutti gli interventi sanitari, diagnostici, terapeutici, riabilitativi e preventivi (dalla risonanza magnetica nucleare ai farmaci, alle psicoterapie, all'educazione sanitaria).

**Fonte:** Morosini P.L., Per raro F. *Enciclopedia della Gestione di Qualità in Sanità*. PNLG. Centro Scientifico Editore, Torino 1999.

### Technology Assessment (Valutazione delle Tecnologie Sanitarie)

Consiste nella valutazione di benefici, rischi e costi (clinici, sociali, economici, di sistema) del trasferimento delle tecnologie sanitarie (v.) nella pratica clinica.

**Fonte:** Manuale metodologico *'Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica'*. PNLG. [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)

## Indicatori per la valutazione di adesione alla LG

I – Manuale d'uso per le Aziende – Giugno 2007

**Figura 1** – Grading delle raccomandazioni

**Fonte:** Manuale metodologico 'Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica'. PNLG. [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)

LIVELLI DI PROVA	
<b>Prove di tipo</b>	
<b>I</b>	Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati.
<b>II</b>	Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.
<b>III</b>	Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi.
<b>IV</b>	Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi.
<b>V</b>	Prove ottenute da studi di casistica («serie di casi») senza gruppo di controllo.
<b>VI</b>	Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o consensus conference, o basata su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di queste linee guida.
<b>FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI</b>	
<b>A</b>	L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II.
<b>B</b>	Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata.
<b>C</b>	Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento.
<b>D</b>	L'esecuzione della procedura non è raccomandata.
<b>E</b>	Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura.

# **1. IMPLEMENTAZIONE DI LINEE GUIDA**

## **Problemi noti**

### 1.1. Concetti generali<sup>5</sup>

Le LG sono ovunque. La produzione di LG promossa da società scientifiche, enti di ricerca, agenzie governative o gruppi di professionisti, è cresciuta in modo esponenziale negli ultimi 10-15 anni, con l'obiettivo dichiarato di indirizzare la pratica clinica e migliorare la qualità dell'assistenza, talvolta ridurre i costi o migliorare il grado di soddisfazione dei pazienti. Il lungo periodo di entusiasmo per le LG e la loro conseguente proliferazione ha spesso condotto a fenomeni di 'reinvenzione della ruota' o alla produzione di LG discordanti per lo stesso problema. Una terminologia differenziata e a volte ridondante si è andata sviluppando nei paesi anglosassoni: *clinical practice guidelines*, *patient care protocols*, *standards of practice*, *care maps*, *clinical pathways*, *critical pathways* sono definizioni che, al di là di possibili e parziali differenze di significato, rappresentazione o contesto di applicazione, appartengono alla stessa categoria logica delle 'regole di buona pratica', a disposizione dei professionisti per orientarne i comportamenti secondo le migliori conoscenze disponibili.

Negli ultimi anni l'attenzione si è andata sempre più concentrando sul problema della implementazione delle LG. Gli ostacoli ad un'efficace applicazione delle LG e a un conseguente cambiamento rilevante e valutabile della pratica assistenziale possono risiedere in una formulazione vaga e ambigua delle raccomandazioni, o in una loro eccessiva complessità, fattori che non favoriscono la crescita di un linguaggio comune e le rendono di fatto inutilizzabili, o difficilmente traducibili in comportamenti chiari e definiti. Ma l'ostacolo più importante risiede in fattori attribuibili alla natura sistemica delle organizzazioni: in assenza di uno sforzo 'di sistema' infatti, il cambiamento potenziale non si concretizza. I nodi operativi della questione sono:

- a) selezione di LG per l'implementazione;
- b) adattamento della LG a uno specifico contesto assistenziale e organizzativo;
- c) tecniche e strategie di implementazione;
- d) valutazione del piano di implementazione.

**Selezione della/e linea/e guida.** Deve avvenire con attenzione a un ambito prioritario e potenzialmente migliorabile, come ad esempio: interventi ad alto rischio, alto volume, alto costo, elevata criticità o variabilità, riguardanti popolazioni particolarmente vulnerabili. L'*Institute of Medicine* (IOM) e l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) hanno formalizzato e pubblicato propri criteri di selezione, tra i quali entrambe includono considerazioni di fattibilità e implicazioni organizzative. Una volta identificata l'area prioritaria, è necessario scegliere una LG di buona qualità, cioè prodotta con metodologia esplicita e rigorosa. Inoltre devono essere scelte raccomandazioni misurabili e deve essere stimato l'impegno necessario a monitorarne gli effetti.

**Adattamento della LG ad uno specifico contesto.** Esistono molte buone ragioni per tale adattamento. Una riformulazione della LG può rendersi necessaria per dare enfasi ad alcune sue parti maggiormente pertinenti agli obiettivi dell'organizzazione sanitaria che intende adottarla. O per guadagnare credibilità attraverso il sostegno di esperti localmente autorevoli; per andare incontro alla competenza dei possibili utilizzatori o alle caratteristiche di una

---

<sup>5</sup> da Newsletter dell'Osservatorio Qualità, n.2, maggio 2005.

## Indicatori per la valutazione di adesione alla LG

*I – Manuale d'uso per le Aziende – Giugno 2007*

particolare popolazione di pazienti; o, ancora, per garantire l'applicazione di specifiche raccomandazioni in accordo alle risorse disponibili. L'elemento di maggior forza nel facilitare l'applicazione di una LG consiste nel coinvolgimento tempestivo dei professionisti e dei *manager* nel processo di revisione e adattamento.

**Tecniche e strategie di implementazione.** Alcune revisioni sistematiche hanno valutato l'efficacia di tecniche e strategie diverse, come ad esempio: l'*audit*, il ricorso a *opinion leaders*, la visita di esperti, l'uso di promemoria e strumenti computerizzati o la combinazione di diversi metodi. La semplice disseminazione e la formazione tradizionale sono stati dimostrati ripetutamente di scarsa efficacia. La scelta delle strategie di intervento appropriate presuppone la formulazione di ipotesi sui fattori determinanti della pratica clinica considerata.

**Valutazione del piano di implementazione.** L'implementazione di una LG rappresenta un progetto di miglioramento della qualità dell'assistenza e va considerata un vero e proprio progetto di ricerca, in cui la valutazione deve essere pianificata precocemente e riguardare non solo l'impatto sulla pratica clinica, ma anche l'efficacia delle strategie di implementazione sulla rimozione dei possibili ostacoli o sul potenziamento dei fattori favorevoli. L'impatto sulla pratica clinica, inteso come tasso di adozione delle raccomandazioni, deve essere valutato con rilevazioni pre- e post-implementazione. L'efficacia delle strategie di implementazione è valutabile solo attraverso un monitoraggio del processo di implementazione, che includa una misurazione accurata, quantitativa o qualitativa, delle principali barriere e degli interventi messi in atto per superarle. La definizione e l'utilizzo di indicatori validi, fattibili, accettabili, affidabili e pertinenti alle raccomandazioni scelte è un aspetto fondamentale della valutazione.

### **Bibliografia minima**

1. JCAHO. *Selecting & implementing Clinical Practice Guidelines in Hospitals*. Joint Commission, 2000.
2. Ballini L, Liberati A. *Linee-guida per la pratica clinica*. Il Pensiero Scientifico Ed., 2004.

### 1.2. Esperienze in Italia: il Progetto T.Ri.P.S.S.<sup>6</sup>

A tutt'oggi Il progetto di ricerca “*Sperimentazione in nove Regioni di strumenti per l'implementazione di linee guida nel SSN – T.Ri.P.S.S.*” rappresenta la più consistente esperienza italiana per il riordino dei processi organizzativi e gestionali del Servizio Sanitario Nazionale. Scopo del progetto era quello di valutare programmi di miglioramento di efficacia e appropriatezza degli interventi sanitari, utilizzando come strumenti cardine l'elaborazione e l'implementazione di LG.

Il progetto ha avuto come obiettivi specifici: la valutazione dell'efficacia di diverse strategie di implementazione; la realizzazione di formali valutazioni dell'impatto e dei costi conseguenti all'adozione di LG nella pratica delle aziende.

Il piano formativo ha avuto come obiettivi specifici l'acquisizione di capacità di coinvolgimento, promozione e valutazione del cambiamento; l'utilizzo di concetti e metodi della *Evidence Based Medicine* (EBM); la capacità di selezionare, adattare e implementare LG e l'utilizzo di tecniche di selezione e monitoraggio di indicatori.

Ai corsi di formazione hanno partecipato gruppi multidisciplinari responsabili del progetto locale provenienti da ogni azienda partecipante e composti da: direttori sanitari, direttori di dipartimento, direttori di distretto, clinici ospedalieri, Medici di Medicina Generale (MMG) e Infermieri.

La scelta degli argomenti da trattare è stata attuata dalle 22 Aziende partecipanti con modalità e motivazioni diverse, rispecchiando i diversi livelli di esperienza maturata rispetto ai concetti e ai metodi dell'EBM. Si possono infatti distinguere due principali tipologie di situazione:

1. Aziende con precedente scarsa esperienza nel campo della applicazione degli strumenti EBM, interessate principalmente all'acquisizione della metodologia, piuttosto che alla realizzazione di progetti concreti. L'aver considerato il progetto di ricerca quasi più un fine che un mezzo ha impedito alle aziende appartenenti a questo gruppo di incidere realmente nella pratica assistenziale.
2. Aziende con precedenti esperienze di implementazione locale di LG e con un mandato preciso, aziendale o regionale, rispetto all'argomento clinico da affrontare e interessate quindi ad utilizzare la partecipazione alla sperimentazione per il conseguimento di obiettivi specifici.

L'adattamento locale delle LG si è basato su alcuni punti cardine:

- il coinvolgimento attivo dei destinatari della LG nella sua produzione e adeguamento locale;
- la credibilità e autorevolezza dell'ente/organismo promotore dell'intervento di miglioramento della qualità.

Particolare attenzione è stata riservata alla contestualizzazione delle raccomandazioni attraverso una valutazione della specifica situazione assistenziale e delle risorse disponibili

---

<sup>6</sup> PNLG, *Relazione conclusiva del progetto T.Ri.P.S.S. II - 1999-2003*, [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)

## Indicatori per la valutazione di adesione alla LG

I – Manuale d'uso per le Aziende – Giugno 2007

localmente. Si è constatato infatti che la stesura dei piani di implementazione si orientava per lo più ad una adozione passiva di quanto proposto dalla Letteratura, piuttosto che svilupparsi come frutto di una specifica analisi della situazione locale.

Il coordinamento del progetto ha allora messo a disposizione e suggerito ai GdL aziendali l'utilizzo di alcuni strumenti analitici per l'identificazione dei fattori di contesto locali e la scelta di strategie adeguate. È stato proposto di sviluppare l'analisi delle barriere mettendo in relazione la prassi corrente con quanto raccomandato, precisando tutti gli elementi che caratterizzano lo specifico momento assistenziale, dalle competenze cliniche alle risorse organizzative e condizioni strutturali necessarie. Sono state identificate diverse tipologie di fattori di ostacolo e fattori favorenti l'adozione delle raccomandazioni nella pratica: a) fattori che riguardano gli individui (professionisti e pazienti); b) fattori che riguardano la struttura (organizzazione, normativa interna ecc.).

Questa differenziazione ha facilitato la scelta di strategie specifiche adeguate alla rimozione delle barriere individuate o al potenziamento dei fattori favorenti già presenti. Il prodotto di questa rielaborazione dei piani di implementazione locali secondo questo procedimento analitico ha reso esplicita e operativa la necessità di **un impegno coordinato e sinergico tra professionisti sanitari e responsabili dell'organizzazione**. L'aver allargato il campo di azione dei programmi di implementazione dalle tradizionali tecniche di formazione e persuasione, indirizzate ai professionisti, agli interventi che rendono l'organizzazione delle attività e l'allocazione delle risorse coerenti e conformi con la pratica assistenziale raccomandata, ha tuttavia reso questi programmi piuttosto impegnativi.

La fase valutativa ha rappresentato una criticità per le aziende partecipanti, dovuta alla necessità di mettere a disposizione risorse dedicate per la raccolta e analisi dei dati. L'analisi comparativa tra raccomandazione e prassi corrente ha consentito di: a) stimare la fattibilità del monitoraggio; b) individuare gli indicatori in grado di evidenziare il grado di adesione alla singola raccomandazione; c) sulla base del tasso di adesione alle raccomandazioni mettere in atto monitoraggi e interventi specifici.

La metà esatta (17 su 34) dei progetti di implementazione avviati nelle 22 aziende partecipanti sono stati completati fino alla fase valutativa e hanno fornito una relazione conclusiva dei risultati ottenuti.

### 1.3 Un esempio: diagnosi, trattamento e riabilitazione del paziente con *ictus* ischemico (Regione Piemonte)

**RACCOMANDAZIONI:** il comitato di coordinamento regionale del progetto, costituito dai coordinatori delle 4 aziende partecipanti, più alcuni referenti clinici, ha identificato 7 raccomandazioni per l'implementazione.

**CRITERI DI SCELTA:** disponibilità di evidenze scientifiche di efficacia degli interventi, buona probabilità di indurre un cambiamento, rilevanza clinico-assistenziale, disponibilità di indicatori.

## Indicatori per la valutazione di adesione alla LG

I – Manuale d'uso per le Aziende – Giugno 2007

**METODI:** costituzione in ciascuna azienda di una *équipe* multidisciplinare rappresentativa di tutte le competenze necessarie ad una corretta gestione della patologia. Discussione e valutazione in ciascuna azienda delle LG e relativo adattamento organizzativo locale, con redazione di LG aziendali coerenti con le prove di efficacia e omogenee a livello regionale.

**PIANO DI IMPLEMENTAZIONE:** è stato sviluppato secondo la seguente articolazione:

- a) coinvolgimento di un numero ampio e rappresentativo di professionisti (20-40 in ciascuna azienda);
- b) diffusione delle LG a tutti i professionisti coinvolti (medici ospedalieri e territoriali, infermieri e tecnici);
- c) progettazione e realizzazione di attività formative per il personale infermieristico, funzionali all'apprendimento delle specifiche procedure assistenziali;
- d) predisposizione di promemoria da inserire in cartella clinica (*reminders*);
- e) *report* per i reparti sull'adesione alle LG (*audit e feed back*);
- f) informazione sul progetto ai cittadini attraverso i *mass media*;
- g) valorizzazione e comunicazione del progetto attraverso convegni, pubblicazioni scientifiche.

Le LG sono state edite a stampa, in forma di *brochure*, talvolta ci si è limitati a riproduzioni in fotocopia di documenti dattiloscritti. La diffusione e presentazione dei documenti ha sfruttato i canali postali o la distribuzione diretta in occasione di riunioni di reparto o di corsi di formazione.

Per incidere sugli aspetti conoscitivi e attitudinali, in tutte le aziende sono state organizzate riunioni di reparto con l'obiettivo di informare e coinvolgere tutti i professionisti sul contenuto delle raccomandazioni. Allo scopo di implementare le procedure assistenziali infermieristiche sono state organizzate iniziative formative teorico-pratiche per il personale infermieristico e tecnico dell'assistenza a diverso grado di formalizzazione (corsi aziendali e riunioni di lavoro). L'organizzazione dei corsi ha anche rappresentato un'occasione per redigere protocolli operativi assistenziali. La conoscenza del contenuto delle LG e la relativa distribuzione è stata promossa nel corso di riunioni di reparto cui partecipavano tutti i dirigenti, il primario e gli infermieri (e/o i caposala). Il progetto è stato sostenuto attraverso la specifica formalizzazione delle attività connesse nelle schede di *budget* delle UO coinvolte.

### 1.4. Conclusioni

É stato possibile portare a termine il progetto in presenza di alcune condizioni ben precise:

- collegamento a obiettivi aziendali già stabiliti e condivisi da direzioni e professionisti;
- definizione di obiettivi e risultati attesi specifici;
- condizioni facilitanti l'evoluzione del processo, come la disponibilità di professionalità e competenze metodologiche specifiche (es. conduzione di gruppi, competenze in EBM);

## **Indicatori per la valutazione di adesione alla LG**

*I – Manuale d'uso per le Aziende – Giugno 2007*

- fattori gestionali determinati, quali un coinvolgimento operativo delle direzioni nella realizzazione di piani di implementazione complessi e la messa a disposizione di risorse per la raccolta e analisi dei dati.

Sono state individuate tre classi di raccomandazioni, secondo il livello di coinvolgimento dei diversi destinatari per l'implementazione:

- raccomandazioni legate a decisioni che il singolo professionista è in grado di prendere in autonomia, in accordo con il proprio paziente e che non necessitano di elementi al di fuori del suo controllo;
- raccomandazioni che richiedono un approccio multidisciplinare e pertanto la possibilità o capacità di consultare altri professionisti e di concordare con loro azioni comuni;
- raccomandazioni che rimandano a decisioni in merito a un determinato assetto organizzativo, in assenza del quale la raccomandazione non può essere adottata.

In base a questa classificazione si sono evidenziati tre livelli di risultati:

1. per le raccomandazioni del primo gruppo si è registrato un aumento mediano assoluto di adesione pari al 23,8 %;
2. per le raccomandazioni del secondo gruppo l'aumento mediano è stato del 5,8%;
3. per le raccomandazioni del terzo gruppo l'aumento mediano è stato pari a 1,2%.

Dai dati emerge che il cambiamento nella pratica clinica tende a diminuire di intensità quando alla necessità di acquisire nuove competenze si aggiunge la necessità di lavorare in collaborazione con altre discipline secondo l'approccio multidisciplinare, o di modificare l'assetto organizzativo delle attività. I progetti che hanno registrato il maggior successo in termini di impatto sulla pratica clinica sono stati quelli in grado di rendere operativo lo strumento LG collocandolo all'interno della attività istituzionale dei servizi.

I risultati forniti dall'analisi comparativa sembrano infine suggerire che lo studio del cambiamento della pratica clinica, fino ad oggi circoscritto all'ambito del comportamento individuale, fornisca una visione parziale degli strumenti necessari per il miglioramento della qualità dell'assistenza. Questa non è quindi di competenza solo dei professionisti sanitari ma anche dei responsabili della programmazione delle attività delle aziende sanitarie.

Emerge in altre parole l'importanza di studiare e sviluppare strategie in grado di orientare gli amministratori a individuare soluzioni organizzative idonee all'attuazione dei cambiamenti proposti oltre che in grado di orientare e, se necessario, accompagnare i clinici nella collaborazione tra le diverse discipline.

**Sede Legale**

Villa Fabbricotti  
Via Vittorio Emanuele II, 64  
50134 Firenze



**Osservatori**

Viale G. Milton, 7  
50129 Firenze

*Epidemiologia*

[osservatorio.epidemiologia@arsanita.toscana.it](mailto:osservatorio.epidemiologia@arsanita.toscana.it)

*Qualità*

[osservatorio.qualita@arsanita.toscana.it](mailto:osservatorio.qualita@arsanita.toscana.it)



**Centro Documentazione**

[centrodocumentazione@arsanita.toscana.it](mailto:centrodocumentazione@arsanita.toscana.it)



Centralino: 055 462431

Fax Sede Legale: 055 4624330

Fax Osservatori: 055 4624345

**[www.arsanita.toscana.it](http://www.arsanita.toscana.it)**

REGIONE  
TOSCANA



Servizio  
Sanitario  
della  
Toscana

CONSIGLIO  
SANTARIO  
REGIONALE

