



PDTA

Percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali

PIC

Percorsi integrati di cura

Alessandria 2010

PDTA "percorso diagnostico terapeutico assistenziale": *la terminologia*

1) il termine "**percorso**" per definire:

- l'**iter del paziente** dal primo contatto con il mondo sanitario alla diagnosi e terapia,
- ↓
- l'**iter organizzativo** che si realizza nella realtà aziendale dal momento della presa in carico del paziente.

2) i termini "**diagnostico**", "**terapeutico**" e "**assistenziale**" per definire:

- la **presa in carico totale** - dalla prevenzione alla riabilitazione - della persona che ha un problema di salute
- gli **interventi multi professionali e multidisciplinari** rivolti in diversi ambiti come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità.

PDTA: perchè adottarli?

La **complessità** di un sistema come quello sanitario può creare condizioni favorevoli alla **variabilità**, i difetti di congruità, di continuità ed **scarsa integrazione** nella cura, tutte condizioni che facilitano la possibilità di **errore**.

Si è abituati ad **un'analisi per "funzioni"**, che, nel mondo sanitario, corrisponde per lo più ad un'analisi per **"struttura" (SOC/UO)** alla quale si attribuisce la responsabilità clinica ed organizzativa dello specifico momento clinico.

PDTA: perchè adottarli?

Si può giungere al paradosso di ottenere un raggiungimento pieno della "qualità" all'interno della struttura e l'inefficienza del sistema globale

Si deve identificare uno **strumento metodologicamente standardizzato** che migliori l'operatività di **tutte le strutture** definendo:

- *gli obiettivi singoli e quelli comuni,*
- *i ruoli di ciascuno*
- *i tempi di intervento*
- *gli ambiti di intervento e i compiti degli operatori*

(ARESS: raccomandazioni per la costruzione di PDTA e PIC nelle Aziende sanitarie della Regione Piemonte-2007)

PDТА / PIC: *la disomogeneità*

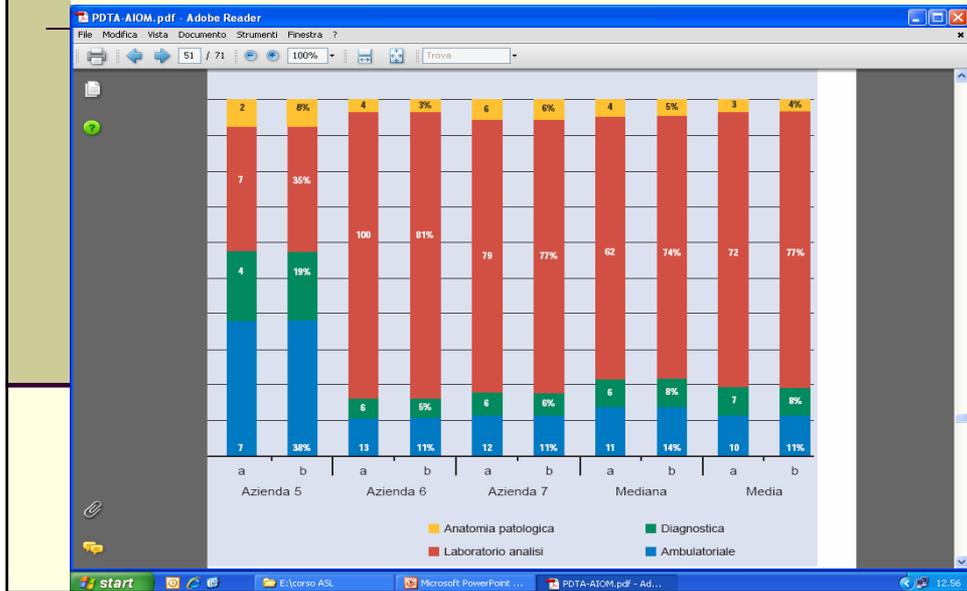
La stesura di un PDТА, pur contestualizzato in ogni realtà, deve rispondere a requisiti ben definiti per permettere un confronto oggettivo tra Aziende, tra Presidi, tra SC che trattano la stessa patologia.

- Quanto differiscono i modelli organizzativi assistenziali rispetto ad uno specifico PDТА?
- Qual' è il mix di prestazioni su cui converge il consenso?
- Quale impatto economico ha la scelta di diversi PDТА per la stessa patologia?

PDТА: *le differenze organizzative*



PDTA: le differenze diagnostiche



PDTA: le differenze nei costi



PDTA: la normativa

- 1996 legge finanziaria art.1 comma 28 -sui tetti di spesa:
“i medici ..conformano le proprie autonome decisioni tecniche a PDTA cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa”
- DL 229/99 “.. Il PSN 1998-2000 indica le linee guida ed i relativi Percorsi diagnostico terapeutici allo scopo di favorire..lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale e assicurare i LEA”

PDTA: la normativa

The screenshot shows a Windows Internet Explorer browser window displaying a PDF document. The document title is "Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (D.P.R. 7 aprile 2006)". The main heading is "La promozione di linee guida: il sistema nazionale Linee Guida". The text below reads: "... assumono particolare rilevanza le Linee Guida (LG), i Protocolli Diagnostico Terapeutici ed i Percorsi di Cura, strumenti che, nel loro insieme, rappresentano l'elaborazione sistematica di indicazioni basate sulle evidenze disponibili, secondo standard raccomandati, nel rispetto del principio di appropriatezza, con l'obiettivo di assistere i clinici ed i pazienti nel prendere decisioni, migliorare la qualità delle cure sanitarie e ridurre la variabilità nella pratica clinica e negli outcomes". The browser's address bar shows the URL: http://www.sitirivento.it/pdf/SESTOaREGHENA/benetollo.pdf. The taskbar at the bottom shows the Start button, several open applications including "Ospedale di Alessand...", "http://www.sitiriv...", "E:\corso ASL", and "Microsoft PowerPoint ...", and the system clock showing 11:52.

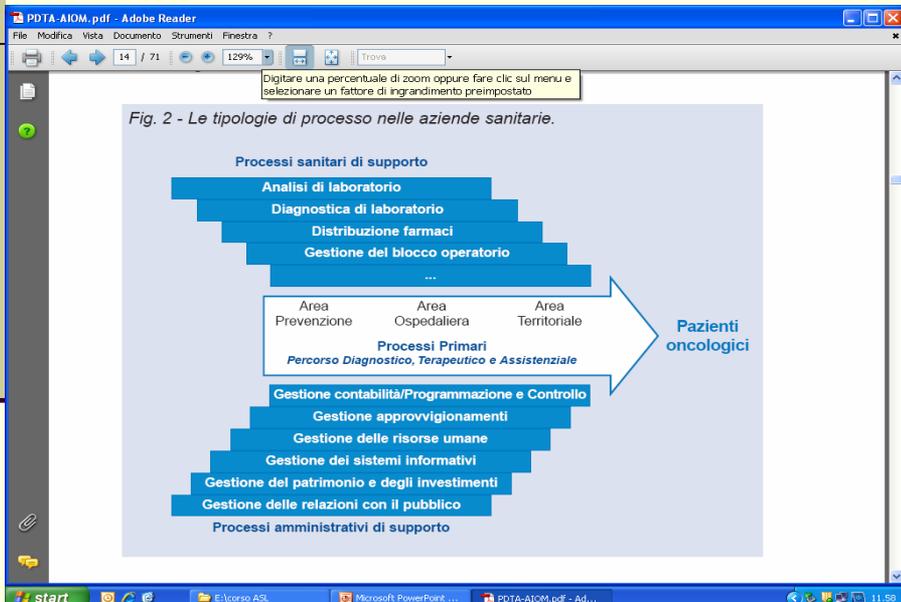
PDTA / PIC: *la definizione*

L'ambito di **estensione** distingue un **PDTA** in:

- **PDTA ospedaliero**
- **PDTA territoriale.**
- **PDTA sia ospedaliero che territoriale = PIC**

PIC = Percorso Integrato di Cura,
sia territoriale sia ospedaliero, orientato alla
continuità, all'integrazione e alla completezza della
presa in carico.

PDTA: *strumento del "Processo" primario*



PDTA: lo strumento del “Percorso”

strumento tecnico-gestionale il cui standard è **sempre in progressione** e che:

- si propone di garantire:
 - *la riproducibilità delle azioni,*
 - *l'uniformità delle prestazioni erogate*
 - *ridurre l'evento straordinario.*
 - *lo scambio di informazioni e la comprensione dei ruoli,*
- nel contempo consente:
 - *un costante adattamento alla realtà specifica*
 - *una costante verifica degli aggiornamenti e dei miglioramenti.*

PDTA: non autoreferenziali

I PDTA rappresentano la **contestualizzazione di Linee Guida**, relative ad una patologia o problematica clinica, **nella specifica realtà organizzativa di un'azienda sanitaria.**

I PDTA sono quindi **modelli locali** che, sulla base delle linee guida ed in relazione alle risorse disponibili, **consentono un'analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata** in funzione del miglioramento.

I PDTA sono **strumenti** che permettono all'azienda sanitaria di delineare, rispetto ad una patologia o un problema clinico, **il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione.**

Le fasi della creazione di un PDTA/PIC

- Scelta del problema di salute
- Ricognizione dell'esistente
- Costruzione del percorso ideale
- Costruzione del percorso di riferimento
- Fase pilota
- Attuazione del PDTA all'interno dell'Azienda

Scelta del problema di salute: i criteri di eleggibilità

Basata sull' *analisi dei bisogni* contestualizzata in ogni realtà organizzativa e definita da *criteri di priorità* quali:

- impatto sulla salute del cittadino (prevalenza, incidenza e mortalità della patologia);
- impatto sulla salute della comunità;
- impatto sulla rete familiare;
- presenza di linee-guida specifiche;
- variabilità e disomogeneità delle prestazioni;
- precisa definizione della patologia in esame;
- semplicità clinica/assistenziale;
- impatto economico.

PDTA: la scelta



SCHEDA 3 - SELEZIONE DEL PROBLEMA DI SALUTE

PATOLOGIA/PROBLEMA DI SALUTE

Emia Inguinale in day surgery (P.O. Castellammone)

I CRITERI PER LA SCELTA DELLA PATOLOGIA/PROBLEMA DI SALUTE

SONO:

- 1 Numerosità della casistica
- 2 Peso DRG elevato
- 3 Rischio clinico elevato
- 4 Larga variabilità nelle modalità di gestione
- 5 Coerenza con la missione aziendale
- 6 Mandato aziendale (obiettivi dipartimentali 2005)
- 7 Altro: specificare _____

TITOLO PER CORSO

Emia inguinale in day surgery (Castellammone)

Note

Ricognizione dell'esistente: come ci si comporta ora e con che risultati?

- Consiste nel raccogliere informazioni relative a come, attualmente, sono gestite le situazioni clinico organizzative del problema sanitario oggetto del PDTA/PIC.
- Si basa sull'analisi della documentazione già esistente all'interno dell'azienda integrata da interviste mirate e/o dalle risultanze di "focus group" entrambe con la partecipazione degli attori coinvolti nel processo di "care".
- E' fondamentale per il raffronto con le condizioni organizzative che saranno indicate dopo la realizzazione del percorso effettivo e la misurazione degli indicatori di outcome

La tecnica dei "focus group" = metodologia di ricerca anglosassone costituita da gruppi di lavoro guidati da un moderatore, il cui fine è quello di focalizzare un argomento e far emergere le problematiche, le aspettative, le opinioni e le progettualità rispetto all'oggetto di discussione

Costruzione del “percorso ideale”: quali evidenze in letteratura ed in una organizzazione ideale?

Preliminarmente alla costruzione del percorso effettivo:

- devono essere ricercate le fonti di letteratura/EBM/EBN e le linee guida, relative al problema individuato, con lo scopo di definire le migliori pratiche professionali e gestionali
- occorre disegnare un “percorso ideale” che serva da riferimento e confronto per valutare incongruenze e punti critici del percorso effettivo oggetto di modifica.

La letteratura di riferimento

Nella costruzione di un PDTA/PIC è necessario specificare quali sono le linee guida (intese come *“raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo sistematico, con lo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche”* Institute of Medicine. *Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use. Washington DC: National Academy Press, 1992*), alle quali si fa riferimento per la valutazione della bontà e dell'efficacia di ogni prestazione.

Diverse sono le banche dati in cui è possibile reperire Linee Guida:

- Medline
- National Guideline Clearinghouse (una risorsa pubblica per Linee Guida cliniche, creata per iniziativa della Agenzia statunitense per la Ricerca e la Qualità in Sanità - AHRQ e il Dipartimento per la Salute degli USA).
- Programma Nazionale per le Linee Guida (PSN. 1998-2000)
- Cochrane Library,

Linee guida, percorsi assistenziali e riorganizzazione dei servizi: il carcinoma del colon retto

Omero Triossi, AUSL Ravenna

Ricerca e valutazione delle linee guida

✓ Il gruppo di lavoro ha condotto una ricerca sulle principali banche dati (Cochrane Library, Pubmed, Sign, National Guideline Clearinghouse, AUA website, Ontario, NCCN, ecc.) ritrovando numerose linee guida sulla gestione del cancro coloretale

✓ Una prima valutazione (Practice guidelines developed by specialty societies.... Grilli, Magrini et al. Lancet 2000) ha ridotto la scelta a 2 linee guida:

- NCCN (national comprehensive cancer network) v.1.2003: colorectal cancer
- SIGN (scottish intercollegiate guidelines network) Marzo 2003: management of colorectal cancer

07/02/2010

Costruzione del “percorso di riferimento” : quale è l’organizzazione “modello” ipotizzabile nel nostro contesto?

Il “percorso di riferimento”, sulla base delle linee guida e EBM/EBN e del percorso ideale, è la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere nel contesto di una determinata situazione organizzativa e di risorse.

Occorre:

- definire gli obiettivi “minimi” ed “essenziali” da realizzarsi e gli outcome attesi
- focalizzare ogni singola attività sul paziente, definendo la successione temporo-spaziale delle azioni necessarie e realizzabili

Le azioni ritenute non necessarie o ridondanti, saranno eliminate in accordo con l’obiettivo di ottenere il miglior risultato (efficacia), di utilizzare la miglior pratica clinica (appropriatezza) e di ottimizzare risorse e tempi (efficienza).

Fase pilota

La fase pilota ha l'obiettivo principale di valutare:

- la solidità in ambito assistenziale e organizzativo dell'applicazione del percorso di riferimento aziendale,
- correggere le azioni che non risultino congruenti con il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Gli aggiustamenti necessari sono finalizzati a garantire la fattibilità dell'applicazione del miglior PDTA/PIC che l'azienda può proporre ai suoi cittadini. Durante questa fase diventa necessario identificare le aree di criticità, come l'impossibilità ad attuare o la necessità di inserire indicazioni o azioni diversamente da quanto descritto nel PDTA/PIC di riferimento.

Attuazione del PDTA all'interno dell'azienda

L'attuazione aziendale del PDTA/PIC è la fase successiva a quella pilota e consiste nell'applicazione del PDTA/PIC all'intera organizzazione con pianificazione dei momenti di verifica e riesame.

Gli attori: lo staff di coordinamento: chi si prende la responsabilità di portare avanti il percorso?

- **Gruppo di supporto che si assume, la responsabilità complessiva** - sia scientifica sia organizzativa - **di tutti i progetti aziendali relativi ai PDTA e PIC**, in stretta collaborazione con le Direzioni Sanitarie di Presidio o Direzioni dei Distretti,
- **Fornisce supporto metodologico ed organizzativo al gruppo di lavoro** specifico che svilupperà il PDTA/PIC.
- Si occupa della *facilitazione dell'avvio* del progetto e della sua *gestione*, del reperimento e *valutazione delle Linee Guida*, organizzazione degli *incontri del gruppo di lavoro*, *predisposizione di documenti e moduli*, *elaborazione dei dati*, produzione dei *reports* e loro diffusione, *tenuta del dossier* di riferimento, coordinamento di gruppi di lavoro, coinvolgimento dei professionisti impegnati in azienda, *formazione*.
- Deve essere una struttura snella, composta da pochi soggetti con mandati precisi e formalizzati, che possono avvalersi di altre risorse quando necessario.

Gli attori: il promotore

- **Il promotore corrisponde al soggetto dal quale è derivata la decisione di scrivere il PDTA/PIC.** Può corrispondere alla Direzione Generale d'Azienda, alla Direzione di Presidio o Direzione di Distretto, al Direttore di Dipartimento o di Struttura, oppure può identificarsi in un gruppo di professionisti che promuovono un'iniziativa di miglioramento della qualità.
- Quando si definisce il promotore è necessario anche indicare il livello di formalizzazione del progetto (comunicazione interna, delibera ecc.).

Gli attori: il committente

Il committente è il soggetto che definisce la modalità con cui intende recepire il PDTA/PIC da attuare.

In linea generale dovrebbe coincidere con la massima funzione gestionale. Può corrispondere alla Regione, alla Direzione Generale Aziendale, alla Direzione Sanitaria di Presidio o Direzione di Distretto, ecc.

Gli attori: il gruppo di lavoro

E' un gruppo costituito ad hoc per sviluppare il PDTA o PIC identificato.

I membri sono competenti, ciascuno per la propria parte, rispetto al processo di diagnosi, cura e assistenza della patologia prescelta, motivati e in grado di motivare gli altri operatori.

Deve comprendere la presenza di un rappresentante dello staff di coordinamento

Caratteristiche essenziali del gruppo di lavoro è:

- la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità: operatori sanitari, ma anche amministrativi e/o esperti in organizzazione

E' raccomandabile sia composto da un numero piccolo di componenti che abbiano la facoltà e l'obbligo di avvalersi di ulteriori risorse, quando necessarie alla progettazione ed alla verifica del percorso.

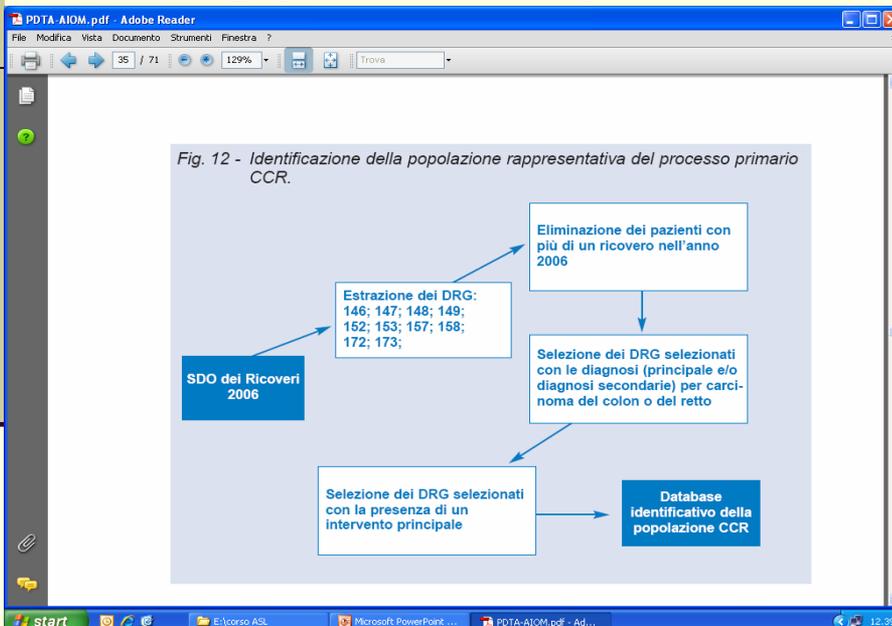
Deve essere anche verificata l'opportunità di partecipazione di un rappresentante degli utenti o di specifiche associazioni.

I tempi ed i modi di costruzione di un PDTA/PIC

- Il PROMOTORE analizza i bisogni ed identificano il PDTA su cui lavorare
- Il COMMITTENTE valida l'iniziativa
- Si identifica uno STAFF DI COORDINAMENTO
- Si istituisce un GRUPPO DI LAVORO
- Lo STAFF ed il GRUPPO DI LAVORO effettuano un'ANALISI DELL'ESISTENTE
- Gli stessi analizzano le FONTI DI EVIDENZE CLINICHE IN LETTERATURA
- Evidenziano un PERCORSO IDEALE
- Tracciano un PERCORSO DI RIFERIMENTO
- **Definiscono i CRITERI DI INCLUSIONE OD ESCLUSIONE dei pazienti oggetto del PDTA/PIC**

I criteri di tipo clinico, soprattutto quando molto generici, possono diventare incongruenti con alcune attività o processi definiti nel PDTA/PIC, è possibile pertanto che questa fase richieda numerosi aggiustamenti. E' raccomandabile che i criteri di inclusione facciano riferimento a modelli di classificazione univoci come quello ICD IX CM o DRG, ciò consente di uniformarsi ed ottenere flussi coerenti dai sistemi informativi correnti oltre ad ottimizzare il sistema di valutazione.

PDTA: la popolazione bersaglio



Il processo di analisi e la rappresentazione: il diagramma di flusso

Lo strumento ritenuto migliore per descrivere e rappresentare un PDTA/PIC è il **diagramma di flusso**.

E' in grado di rappresentare schematicamente **i componenti essenziali di una struttura, i passaggi fondamentali di una procedura o una cronologia**.

E' la rappresentazione grafica complessiva di un processo inteso come una **sequenza di attività e snodi decisionali**, realizzato secondo **modalità standard** in modo da rendere più semplice e immediata la comunicazione e la comprensione del processo a tutte le persone coinvolte.

Identifica i soggetti preposti alla gestione di ogni singolo episodio o attività.

Il processo di analisi e la rappresentazione: il diagramma di flusso

Gli elementi che concorrono alla descrizione di un processo aziendale e che devono essere rappresentati nel diagramma di flusso sono sei:

1. Gli input
2. Le attività o fasi
3. Gli snodi decisionali
4. Le interdipendenze tra attività
5. L'output
6. Le risorse(gli attori, le infrastrutture , le tecnologie)

a cui si possono associare:

- Le responsabilità (gli attori, gli ambienti)

Il processo di analisi e la rappresentazione: il diagramma di flusso

Gli input, rappresentati nel diagramma di flusso come ellissi o come quadrilateri trapezoidali, sono il punto di inizio del processo, nella maggior parte dei casi in sanità corrispondono ai **bisogni**, ai problemi di salute ed alle richieste di intervento, si definiscono come fattori fisici e informativi acquistati all'esterno o derivanti da altri processi.

Le attività o fasi

rappresentate in genere da rettangoli, **corrispondono alla sequenza ed all'interazione delle azioni e** decisioni che, a partire da uno o più input, consentono la realizzazione dell'output. Nella descrizione delle attività o fasi occorre definire puntualmente tutte le operazioni individuate in termini di quantità, tempistica di attuazione, consegna e sviluppo oltre che in termini di costi.

Ellisse

Quadrilatero

Rettangolo

Il processo di analisi e la rappresentazione: il diagramma di flusso

Gli snodi decisionali

Gli snodi decisionali rappresentano in genere punti di maggiore interesse **clinico** e scelte diagnostico-terapeutiche, spesso riferibili a raccomandazioni EBM, in altri casi possono corrispondere a momenti decisionali di tipo **organizzativo** o socio-assistenziali.

Le interdipendenze tra attività

la **successione delle attività** collegate da linee di congiunzione o frecce, sono i legami logici e di precedenza che esistono tra le fasi di un processo ed altri processi.

L'output

rappresentato normalmente dal trapezio ma anche come ellisse, è il **punto di arrivo del processo**, corrisponde ai traguardi ed agli outcomes definiti. Un output può diventare o essere un input per un **processo successivo**; in questo caso è meglio rappresentato come ellisse.

Rombo

Trapezio

Ellisse

Il processo di analisi e la rappresentazione: il diagramma di flusso

Le risorse e le responsabilità

(gli attori, le infrastrutture, le tecnologie)

corrispondono all'insieme di denaro, capacità umane, infrastrutture e tecnologie necessarie per svolgere le attività e prendere decisioni in modo efficace ed efficiente. Nel caso delle risorse umane, non è sufficiente identificare i professionisti coinvolti, occorre anche definire i ruoli ed il potere decisionale dei singoli attori.

Tuttavia l'uso del diagramma di flusso funzionale o a matrice, come quello proposto in seguito (vedi pag. 10), rende più chiara ed esplicita la rappresentazione delle attività/risorse/responsabilità.



Rettangolo
doppio

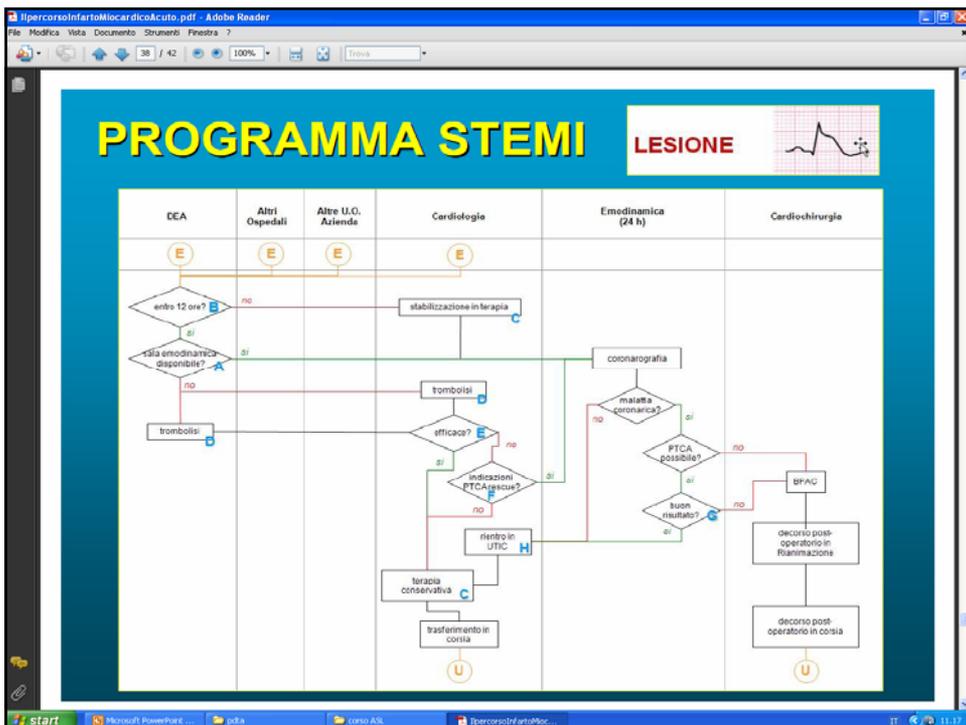
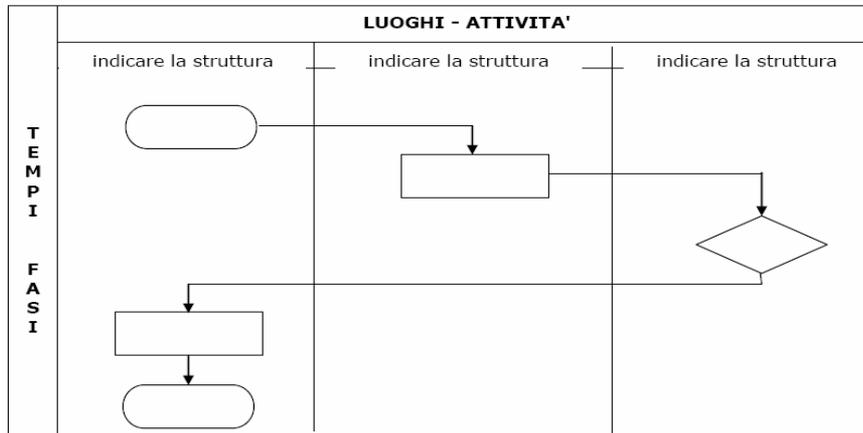
Il processo di analisi e la rappresentazione: il diagramma di flusso

Tabella 1: Simbologia e suo significato nei diagrammi di flusso

| | |
|---|--|
| La linea rappresenta la direzione del ciclo processo |  |
| La doppia linea che unisce due rettangoli indica la possibilità che due attività o processi possano svolgersi in parallelo |  |
| La freccia indica il senso verso cui procede il lavoro |  |
| L'ellisse può rappresentare: <ul style="list-style-type: none"> ➢ l'input, ciò che entra nel processo produttivo per essere lavorato o impiegato ➢ l'output del processo medesimo |  |
| La pergamena rappresenta un documento allegato |  |
| Il rettangolo indica l'attività o l'insieme di attività se doppio rappresenta l'attività ed il suo attore |  |
| Il rombo si utilizza quando c'è una decisione da assumere o una scelta da fare |  |

Il processo di analisi e la rappresentazione: il diagramma di flusso

Figura 2: Diagramma funzionale



La rappresentazione a matrice:

le responsabilità = chi fa che cosa

E' uno strumento utilizzato per descrivere in modo conciso e pratico:

- **le attività** (identificate nel diagramma di flusso con il rettangolo) e, nel contempo,
- **le risorse/risponsabilità** coinvolte nel processo.

- Esempio : fase del percorso = trombolisi

*es: 1^ attività = inizio trombolisi: medico valuta i criteri di inserimento e decide terapia
IP misura parametri vitali*

ALLEGATO A: MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| FASE DI PERCORSO: _____ | | | | | |
|-------------------------|--------|------------|-------------|-------|-------------------------|
| ATTIVITÀ/AZIONE | MEDICO | INFERMIERE | OTA/OSS/AUS | ALTRI | Necessità di competenze |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

La rappresentazione a matrice:

gli snodi decisionali = quali criteri per la scelta?

Nella dimensione professionale o clinica si identificano i momenti del percorso attraverso i quali il paziente ottiene risultati significativi sul piano sanitario e/o assistenziale

Es: Iniziare trombolisi?

criteri clinici: aderenza a linee guida SPREAD

criteri organizzativi: disponibilità posto letto in stroke unit

criteri socio assistenziali: disponibilità consenso informato

ALLEGATO B: MATRICE DEGLI SNODI DECISIONALI

| QUESITO | CRITERI DEGLI SNODI DECISIONALI | | |
|---------|---------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| | CRITERI CLINICI | CRITERI ORGANIZZATIVI | CRITERI SOCIO - ASSISTENZIALI |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

La rappresentazione a matrice:

le attività = chi, come, dove, quando?

Nella dimensione organizzativa sono individuate le **modalità operativo-gestionali e i luoghi** in cui si sviluppa un determinato episodio/evento evidenziando le interconnessioni tra le diverse strutture e i professionisti coinvolti.

Occorre analizzare:

- le modalità specifiche di lavoro: chi fa che cosa, dove, quando, perché.
- le tecnologie utilizzate rispetto alla loro adeguatezza e sicurezza,
- i livelli di adeguatezza riconoscibili e misurabili con indicatori e standard,
- le possibili modalità di errori e le possibili modalità di prevenzione,
- le necessità di documentazioni descrittive (procedure, istruzioni, schede tecniche) e di registrazioni,
- le conoscenze e competenze necessarie per un adeguato svolgimento.

La rappresentazione a matrice:

le attività = chi, come, dove, quando?

ALLEGATO C: MATRICE DELLE ATTIVITA'

| DESCRIZIONE ATTIVITÀ | | | | | | |
|----------------------|-------------------------|------|--------|------|--------|-------------------------|
| ATTIVITÀ | CHI FA e RESPONSABILITÀ | COME | QUANDO | DOVE | PERCHÈ | Documenti/registrazioni |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Le categorie assistenziali:

la personalizzazione del percorso

Nella descrizione e/o costruzione di un PDTA/PIC, nell'ottica della **personalizzazione dell'assistenza** e delle cure al singolo paziente può essere di grande aiuto fare riferimento alle categorie assistenziali proposte dalla JOINT COMMISSION e dall'esperienza del TriHealth.

Queste categorie, in tutto sono nove:

- valutazione dei pazienti** (quali informazioni è utile rilevare e come acquisirle);
- educazione del paziente e/o della famiglia** (intendendo sia le informazioni da fornire sia le attività specifiche di educazione terapeutica);
- pianificazione del percorso ed eventualmente della dimissione**
- esami** (indicazione di tutti gli esami di diagnostica strumentale, di laboratorio e di immagine che, sulla base delle raccomandazioni di provata efficacia, risultano indispensabili per la valutazione ed il monitoraggio con particolare attenzione alle problematiche di appropriatezza) ;
- interventi, procedure** (indicare quali interventi sanitari e non solo risultano necessari e, se il gruppo lo ritiene utile, quali istruzioni o procedure è importante redigere);
- consulenze** (indicare quali consulenze specialistiche è opportuno richiedere per migliorare l'esito finale dell'intervento, prestazione, attività);
- terapia**;
- nutrizione** (se, rispetto alla patologia, è importante fare il punto sull'aspetto nutrizionale, quest'aspetto deve essere formalizzato);
- attività e sicurezza del paziente** (indicare tutto ciò che è necessario predisporre affinché venga garantita la sicurezza del paziente).

Il sistema di valutazione:

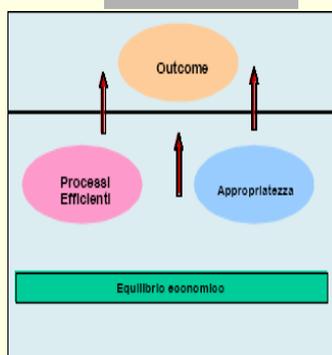
i criteri

Valutare = attribuire un valore a qualcosa sulla base di scale qualitative o quantitative, confrontando il risultato con un valore di riferimento esplicito.

Per valutare (un processo/percorso) servono:
criteri, indicatori e standard.

I criteri possono essere rivolti a valutare:

- **la struttura:** di quali risorse dispone
- **il processo:** come funziona dal punto di vista organizzativo e professionale rispetto all'aderenza alle linee guida di riferimento
- **l'output:** cosa ottiene dal punto di vista del prodotto
- **l'outcome:** cosa ottiene dal punto di vista della salute dei pazienti
- **l'equilibrio economico:** quante risorse economiche assorbe.



Il sistema di valutazione: lo standard

Standard = valore soglia con il quale si decide di confrontare il risultato dell'indicatore, al fine di aiutare il processo decisionale.

Lo *scostamento* tra indicatore e standard deve far riflettere sulla necessità di intervenire correggendo il processo.

Lo standard può essere basato su valori riportati in letteratura, su dati forniti da organismi nazionali o internazionali (soglia "*istituzionale*" o "*normativa*"), può dipendere da situazioni locali (soglia "*interna*").

Può essere "*ottimale*", che non sempre rappresenta un valore perseguibile per l'organizzazione e lo standard "*operativo*", a cui effettivamente tendere in quel preciso contesto.

Il sistema di valutazione: gli indicatori

Gli **indicatori** sono variabili ad alto contenuto informativo, che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi e forniscono gli elementi necessari ad orientare le decisioni.

Permettono un *confronto*:

- nel tempo (in momenti diversi)
- nello spazio (tra realtà diverse)
- il rispetto ad un obiettivo da raggiungere o da mantenere.

Il loro utilizzo prevede la *definizione* di:

- **l'indicatore vero e proprio**, che descrive il fenomeno che si intende misurare (di solito comprensivo di numeratore e denominatore);
- **il valore "osservato"**, che riporta il valore numerico riferito alla misurazione
- **il valore "atteso"**, che riporta il valore numerico riferito allo standard;
- **il tempo di riferimento**, in cui viene indicato il periodo a cui si riferiscono la valutazione e i rispettivi indicatori.

Il sistema di valutazione: gli indicatori

In analogia ai criteri definiti per la valutazione anche gli indicatori possono misurare:

- **la struttura**= (le risorse utilizzabili nell'ambito del percorso quali operatori, dotazioni tecnologiche, posti letto)
- **il processo e l'appropriatezza** = appropriatezza clinica (% prescrizione di una specifica classe di farmaci)
appr. organizzativa (es: tempi di intervento;
% ricovero in DH)
rispetto a Linee guida
- **l' output** = i volumi di produzione (es: giornate di degenza, prestazioni erogate)
- **l' esito** = il raggiungimento di un determinato traguardo per quanto riguarda l'evoluzione delle condizioni di salute del paziente (decessi, disabilità)
- **l' equilibrio economico**= impatto economico del PDTA/PIC.

PDTA: indicatori

http://www.aslvco.it/ita/PRR/2.10%20supporto.pdf - Windows Internet Explorer

http://www.aslvco.it/ita/PRR/2.10%20supporto.pdf

http://www.aslvco.it/ita/PRR/2.10%20supporto.pdf

Per tanto le singole SOC raccolgono i dati relativi agli indicatori di percorso in modo autonomo e secondo specifiche procedure interne, ad esclusione degli indicatori reperibili dalle SDO forniti dal Controllo di Gestione

| INDICATORI DI PROCESSO PER IL PDTA SCA ANNO 2007 DOMODOSSOLA E VERBANIA (UTIC E POST-UTIC) | Valore Standard | Dati Verbania | Dati Domodossola |
|--|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Tempo di trasferimento per coronarografia immediata (tempo chiamata mezzo di trasporto-partenza dall'UTIC) | Mediana 30' | > 30' | > 30' |
| Tempo di fibrinolisi (da arrivo in DEA a inizio terapia) | < 30' nell'80% dei pazienti | < 30' nel 75% dei pazienti | < 30' nell'80% dei pazienti |
| % pazienti dimessi a cui è stato prescritto ASA | > 90% | 98 % | 91 % |
| % pazienti dimessi a cui sono prescritti beta-bloccanti | > 85 % | 65 % | 62 % |
| Mortalità per IMA STEMI (esclusi i pazienti trasferiti) | < 7% | 6 % | 6,6 % |
| Mortalità per IMA NSTEMI | < 2,5 % | 8,5 % | 9 % |
| % pazienti con recidiva di angina che non vengono trasferiti per coronarografia durante la degenza | < 10% | 5% | 11% |
| % pazienti con indicazione a coronarografia entro la dimissione che vengono dimessi senza aver eseguito l'esame | < 10% | 5 % | 27 % |
| % di pazienti con indicazione a coronarografia entro 48-72 ore che eseguono la procedura oltre il limite di tempo definito (sia per mancata aderenza al protocollo che per mancata disponibilità del Centro Hub) | < 25% | 40% | 55% |

333

297 x 210 mm

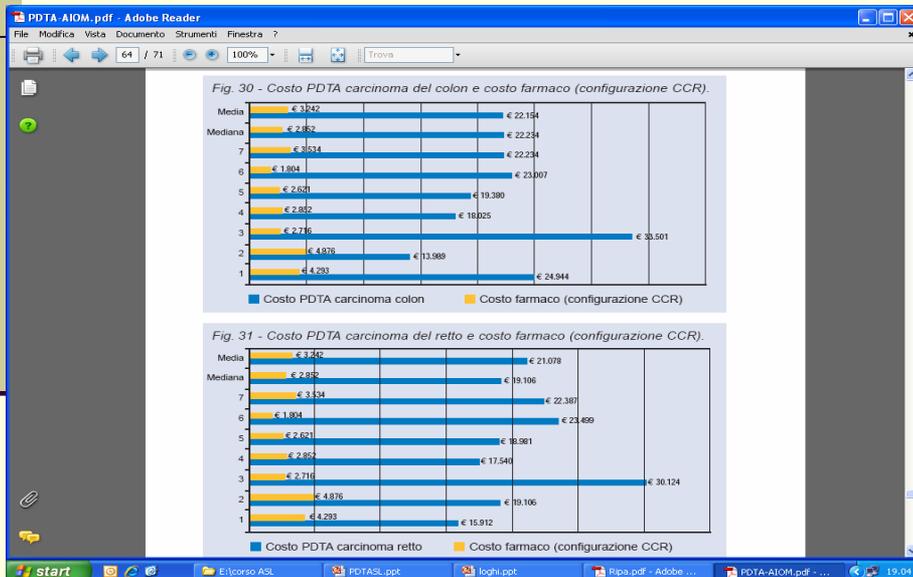
Il sistema di valutazione: gli indicatori di costo

Sono significativi indicatori di costo i costi relativi alle risorse economiche assorbite, i volumi di produzione, le tariffe delle prestazioni erogate nei percorsi, il confronto tra tariffe e costi sostenuti.

La valutazione può avvenire a diversi livelli:

- □ a livello globale come costo delle risorse impiegate nell'erogazione del percorso (ad es. 300.000 euro per anno). La rilevazione globale può dare indicazioni dell'investimento fatto dall'azienda per quel percorso ed è significativo se confrontato nel tempo all'interno dell'azienda;
- □ a livello parziale come costo di singole fasi del PDTA/PIC (parte ospedaliera, territoriale, ambulatoriale).
- mediante il confronto tra tariffe e costi sostenuti.
E' possibile solo per quei segmenti del PDTA/PIC in cui siano definite delle tariffe.

Gli indicatori di costo



Il budget basato sui percorsi

Sperimentale, può essere collegato alla scheda di budget tradizionale con la definizione di:

- **obiettivi** da raggiungere a fronte delle risorse assegnate,
- **Indicatori** di risultato

Possono essere tenute in considerazione varie prospettive :

- **economico finanziaria** = *costo beni, costo esami, costo personale, rimborso tariffario,*
- **dei clienti** = *tempo di attesa, reclami;*
- **dei processi** = *degenza media, deg. preoperatoria;*
- **di apprendimento e crescita** = *formazione, introduzione di nuove tecnologie*

La diffusione aziendale e interaziendale

Il PDTA e i PIC realizzati devono necessariamente essere diffusi dalla Struttura Aziendale che ha competenza specifica nel diffondere comunicazioni e informazioni. Tale struttura nella realtà è diversamente rappresentata (Ufficio Comunicazione e Qualità, Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane etc.).

In ogni modo devono essere raggiunti i Direttori di Struttura e l'apicalità infermieristica di struttura.

Deve essere prevista una strategia di diffusione che veda l'intervento della Direzione Aziendale in incontri e riunioni mirati a conferire importanza e visibilità al processo di cambiamento.

La Struttura Aziendale deve anche prevedere un costante monitoraggio sulle tematiche oggetto del percorso, in un'ottica di bench-marking, raffrontando nel tempo le conoscenze acquisite a livello di comunità scientifica nazionale ed internazionale.

Revisione dei PDTA/PIC

La revisione deve prevedere:

- momenti estemporanei ed informali
- valutazione sistematica condotta secondo uno specifico modello di lavoro, quale quello dell'AUDIT sia esso clinico od organizzativo.

L'Audit

Il termine "Audit" deriva dal verbo latino "audio" che indica sia "l'ascolto attivo" sia "l'azione di istruttoria e di interrogatorio della magistratura".

- Il termine, trasferito nel vocabolario inglese, è anche utilizzato in altri contesti (es. ISO 9000) con il significato di "*esame sistematico e indipendente, all'interno del Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ), volto a determinare se le attività svolte ed i risultati ottenuti sono in accordo con quanto pianificato e se quanto stabilito venga attuato efficacemente e mantenuto aggiornato*".

L'Audit in sanità

Il modello dell'Audit in sanità consiste nella “*analisi critica e sistematica della qualità dell'assistenza medica (o sanitaria) che valuta le procedure clinico/organizzative utilizzate per la diagnosi e il trattamento, l'uso delle risorse, gli outcome risultanti e la qualità di vita per i pazienti*”.

L'audit si concretizza in una “*iniziativa condotta da professionisti che cerca di migliorare la qualità e gli outcome dell'assistenza attraverso una revisione strutturata tra pari, per mezzo della quale i professionisti stessi esaminano la propria attività ed i propri risultati, in confronto a standard espliciti, e la modificano se necessario*”.

L' **analisi professionale della qualità dell' assistenza** possiede un valore formativo per il professionista:

- *educa ad un atteggiamento di auto valutazione,*
- *facilita l'individuazione dei fattori di criticità*
- *obbliga a misurare ed allena a confrontare ed interpretare i dati.*

Metodologia dell'Audit

La verifica tramite Audit non deve essere confusa con l'attività corrente di raccolta di dati di attività o con la ricerca clinica. La ricerca scientifica tende a definire le caratteristiche della buona pratica su terreno ignoto, mentre l'audit **verifica la buona qualità della pratica corrente**, in questo caso dell'attuazione del percorso, rispetto a indicatori e standard noti.

Ad un livello di base esso consiste in un incontro o in una **serie di incontri fra operatori** per discutere:

- la progettazione e revisione metodologica generale del percorso*
- gli indicatori attivati e l'analisi degli scostamenti*
- i casi clinici relativi ai percorsi attivati.*

I casi vengono frequentemente scelti per accordo raggiunto fra i membri del team interessato.

Volendo verificare l'attuazione generale del percorso tipo si possono analizzare tutti i casi incidenti più frequentemente, oppure i casi conclusi con esito inatteso oppure ancora i casi con outcome insoddisfacente.

L'analisi, di solito retrospettiva, viene effettuata sulla base di dati amministrativi o mediante l'esame delle cartelle cliniche o di altra documentazione sanitaria.

AUDIT: una scheda di audit

| SCHEDA 18 – VERBALE DI AUDIT | |
|--|-------------------|
| PERCORSO _____ | |
| Data dell'audit _____ | Luogo _____ |
| Ora inizio _____ | Ora termine _____ |
| Ordine del giorno: | |
| • Audit percorso | |
| • Varie ed eventuali | |
| Descrizione dell'audit (traccia) | |
| <i>In fase di progettazione del percorso</i> | |
| • E' stato individuato il problema di salute? | |
| • E' stata analizzata la bibliografia e sono state individuate le linee guida di buona qualità? | |
| • Sono stati identificati i criteri di ingresso del paziente nel percorso? | |
| • Sono state identificate le prestazioni? | |
| • Sono state identificate gli accessi? | |
| • Sono state identificate le giornate? | |
| • Sono stati descritti i criteri di gestione/traguardi? | |
| • Sono stati definiti gli indicatori per la valutazione? | |
| • E' stata definita la matrice di rilevazione? | |
| • E' presente uno specifico dossier riportante tutta la documentazione? | |
| • Ecc. | |
| <i>In fase di sviluppo del percorso</i> | |
| • Sono stati raccolti i dati e gli indicatori per il processo di valutazione? | |
| • Sono rilevati gli scostamenti tra percorso atteso di riferimento e percorso osservato sul campo attraverso l'analisi degli indicatori? | |
| • Sono stati raccolte le informazioni nella Matrice di rilevazione per il processo di valutazione? | |
| • Sono rilevati gli scostamenti tra percorso atteso di riferimento e percorso osservato sul campo attraverso l'analisi della matrice di rilevazione? | |
| • Se sono presenti scostamenti, quali sono le possibili cause? | |
| • Sono possibili azioni di miglioramento efficaci e fattibili? | |
| • Se sono possibili azioni di miglioramento efficaci e fattibili chi è il responsabile, quali sono le modalità, i tempi di realizzazione, gli operatori coinvolti, quali sono i mandati di lavoro? | |
| • Ecc. | |
| <i>In fase di mantenimento del percorso</i> | |
| • Le azioni di miglioramento sono state effettuate? | |
| • Quale efficacia hanno avuto? | |
| • Ecc. | |

Diffusione e verifica del “modello”

Il dossier : allo scopo di avere un riferimento costante ed una memoria storica per gli operatori impegnati nel percorso, per il committente e per gli osservatori esterni, tutti gli elementi costitutivi del percorso (originale del PDTA e registrazioni relative alla progettazione) devono essere raccolti in uno specifico dossier cartaceo od informatizzato.

Verifica del “modello di PDTA: occorre prevedere la compilazione di una check list che identifica la presenza ed il rispetto dei momenti fondamentali nella costruzione ed applicazione del PDTA

ALLEGATO D: CHECK LIST DI VALUTAZIONE

| | |
|---|--|
| Promotore | E' stato identificato il soggetto dal quale è derivata la decisione di attuare il PDTA/PIC (Direzione Generale d'Azienda, Direzione Sanitaria di Presidio o Direzione di Distretto, ecc.). E' necessario indicare il livello di formalizzazione del progetto (comunicazione interna, delibera ecc.). |
| Committente | E' stato identificato il soggetto che assume la responsabilità e definisce la modalità con cui intende recepire il PDTA/PIC da attuare |
| Criteri di eleggibilità | Sono state definite le motivazioni che sostengono la scelta della patologia o della problematica clinica su cui costruire il PDTA o PIC secondo specifiche priorità |
| Gruppo di lavoro | Sono state definite le professionalità, disciplina e ruoli dei partecipanti al gruppo di lavoro identificato per la costruzione del PDTA/PIC |
| Letteratura di riferimento e linee guida | E' stata definita la principale bibliografia di riferimento e le linee guida di riferimento |
| Criteri di inclusione | Sono stati definiti i criteri di inclusione ed esclusione adottati e modalità di classificazione |
| Approccio al profilo | Sono state definite le modalità di approccio al profilo (es. progettazione completa, riorganizzazione, introduzione di nuove fasi o figure professionali, etc....) |
| Analisi e rappresentazione | Sono state definite le modalità di rappresentazione grafica in relazione alle attività snodi decisionali e responsabilità |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Categorie assistenziali | Sono state definite le categorie assistenziali prese in considerazione nella costruzione del profilo |
| Valutazioni del profilo | Sono stati definiti gli indicatori di struttura, processo, esito, equilibrio economico, ecc. Effettuazione di audit. |
| Modalità di diffusione interna | Sono state definite le modalità di diffusione in azienda (es. invio a tutte le S.C., riunioni di presentazione, consegna a tutto il personale, MMG, ecc.) |
| Modalità di diffusione esterna | Sono state definite le modalità di diffusione all'esterno dell'azienda (es. Carta dei Servizi, Internet, coinvolgimento associazioni, ecc.). N.B. la diffusione ai medici di base non va considerata diffusione esterna |
| Governo del profilo | E' stato definito il soggetto che mantiene sotto controllo l'applicazione e manutenzione del profilo. Se SI indicare la/le figura/e professionale/i |
| Manutenzione del profilo | E' stata definita la fase di manutenzione/aggiornamento del profilo. Se SI ogni quanto tempo espresso in mesi/anno |
| Livello di implementazione | Stato dei lavori (es. progettazione, definizione operativa, già applicato, etc.....) |
| Data di stesura e revisione | E' indicata la data della stesura definitiva del documento, la data dell'ultima revisione ed il numero delle eventuali revisioni |

Riferimenti bibliografici

- Bailey DA., Litaker DG.: Developing better critical paths in healthcare: combining best practice and the quantitative approach.
J Nurs Adm, 1998; 28(7-8): 21-6
- Bradshaw MJ.: Clinical pathways: a tool to evaluate clinical learning.
J Soc Pediatr Nurs, 1999; 4(1): 37-40
- Campbell H.: Integrated care pathways.
BMJ, 1998; 316: 133-7
- Casati G. La gestione dei processi in Sanità.
QA Vol. 13. N. 1, 2002
- Greenhalgh T.: Commercial partnerships in chronic disease management: proceeding with caution
BMJ, 2000; 320: 566-9
- Herring L: Critical pathways: an efficient way to manage care.
Nurse Stand, 1999; 13(47): 36-7
- Lagoe RJ: Basic statistics for clinical pathway evaluation.
Nurs Econ, 1998; 16(3): 125-31
- Morosini P. Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale.
Rapporti ISTISAN 04/29 Rev. 2004, v, 112 p.
- Panella M., Moran N. Di Stanislao F. Una metodologia per lo sviluppo dei profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth
Inc. Profili assistenziali. QA, 8 (1) 1997
- Ripa F. La valutazione di qualità attraverso indicatori di processo, esito e di rischio clinico: l'esperienza dei presidi ospedalieri dell'ASL di Ivrea
L'Ospedale. N2/06 pp 28-33
- Russo R. Profili di cura e profili assistenziali: obiettivi e metodologia.
Politiche sanitarie. 1-4, 2000. 182-195
- Weingarten S.: Critical pathways: what do you do when they do not seem to work?
AJM, 2001; 110:224-5
- Wilson J.: Integrated care management.
Br J Nurs, 1998; 7(4): 201-2