

Prefazione

Il paziente al centro del percorso di cura: una rivoluzione silenziosa e a costo zero nell' Azienda Ospedaliera di Cosenza.

*L'indebolimento di una percezione globale,
conduce all'indebolimento del senso di responsabilità personale*
E. Morin

L' Azienda Ospedaliera di Cosenza, che è Hub sanitario, in una logica innovativa e al passo con i più recenti modelli organizzativo-gestionali, ha varato i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA), con cui viene garantito a pazienti con particolari e complessi bisogni di salute, un approccio multi-interprofessionale nelle diverse fasi di conferma diagnostica e di terapia e secondo un percorso integrato tra i vari specialisti (Chirurghi, Internisti, Ginecologi, Oncologi, Radioterapisti, Radiologi, Medici Nucleari, Psicologi, Assistenti Sociali, Ostetriche, Infermieri), al fine di garantire all'assistenza qualità e continuità, in coerenza con le linee guida disponibili basate sulle prove di efficacia e con le più attuali linee di ricerca scientifica, e al fine di evitare sprechi.

Il PDTA è l'approccio più efficace ed efficiente per utilizzare le Linee Guida come strumento di governo clinico nelle organizzazioni sanitarie, prevedendone la loro ricerca/selezione sistematica e il loro adattamento locale con costruzione del percorso assistenziale: oltre alle raccomandazioni cliniche (che fare), esso deve riportare per ciascun processo assistenziale le procedure operative (come), i professionisti coinvolti (chi), le tempistiche (quando) e il setting (dove) di erogazione.

Nei PDTA i pazienti non più soli nei vari momenti di diagnosi e cura, vengono accompagnati materialmente da nuova figura professionale ad hoc istituita dall' Azienda ospedaliera, il case manager, che rappresenta un trait d' union tra i professionisti coinvolti, curando il collegamento tra le prenotazioni degli esami diagnostici e le prestazioni terapeutiche, e fornendo alla paziente e alla sua famiglia una serie di informazioni utili nei vari contatti con l'equipe curante.

Il PDTA supera la vecchia logica di erogazione di prestazioni multi-interdisciplinari, frammentate, scollegate e disgiunte le une dall' altre, che costringe il paziente a fare lui stesso da collante per riunire tali pezzi di cura, muovendosi senza guida o accompagnamento all' interno degli stabilimenti ospedalieri; e supera la separatezza dei linguaggi tecnici legati alle singole specializzazioni.

Il PDTA offre a tutti i vari professionisti coinvolti e ai pazienti, in un'unica visione d'insieme, l'inizio e la conclusione delle varie prestazioni tali da ottimizzare e sinergizzare le risorse umane e tecnologiche e da consentire finalmente la possibilità di un confronto fra i diversi specialisti, "faccia a faccia", alla pari, su ogni singolo caso clinico, con scelta condivisa, e non sulla base delle proprie opinioni, senza contraddizioni che risultano particolarmente destabilizzanti per i pazienti e con lo sviluppo di un'etica di responsabilità. I membri sviluppano così fiducia basata sulla loro capacità di imparare insieme a prendere a cuore il dominio; imparare a rispettarci l'un altro come professionisti; imparare ad esporre le proprie domande e le sfide; e imparare a fornire risposte che riflettano l'esperienza pratica.

Ben venga questa Guida che aiuta, tramite l'adozione di una metodologia rigorosa di costruzione di PDTA, quanti, dei professionisti sanitari coinvolti nella pianificazione, organizzazione, erogazione e valutazione di servizi e prestazioni sanitarie, abbiano particolare cura per la qualità assistenziale e la formazionevalutazione professionale e che ritengono la promozione "dal basso" di tali attività oramai irrinunciabile.

In definitiva, credo che il significato dell' acronimo PDTA, al di là del classico, sia quello di auto-organizzato Processo Di Trasformazione Aziendale: ciò non chiede soldi, non chiede grandi macchine, chiede solo una cultura di cambiamento.

Salvatore Palazzo

Cosenza 15 gennaio 2014

Premessa

Il presente documento intende porsi come una guida operativa di utilità per le Unità Operative impegnate nella progettazione e attuazione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA). Nasce dalla necessità di trovare un riferimento chiaro relativamente a ciò che si intende progettare come percorso di cura.

L'obiettivo del documento è quello di mettere a disposizione una definizione condivisa ed operativa di "percorso diagnostico terapeutico assistenziale" e insieme di identificare e descrivere i requisiti minimi che devono necessariamente essere presenti se si intende attuare un PDTA all'interno dell'Azienda.

Il documento, di seguito presentato è la prima proposta nata dal confronto interno del Comitato Tecnico scientifico Aziendale, aperto agli aggiornamenti ed alle revisioni che si renderanno necessari a seguito del recepimento e dell'adozione da parte delle aziende stesse delle raccomandazioni delineate.

Introduzione

In ambito sanitario, il trattamento di un problema di salute richiede frequentemente il contributo di più attori all'interno di un sistema inter-professionale, inter-disciplinare e multi-disciplinare. La complessità di un sistema, così organizzato, può creare condizioni favorevoli alla variabilità, i difetti di congruità, continuità ed integrazione della cura, tutte condizioni che facilitano la possibilità di errore.

L'approccio per processi, insito nella strutturazione di un "percorso diagnostico terapeutico assistenziale", permette di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento ed alle risorse disponibili, permette il confronto "benchmarking" e la misura delle attività e degli esiti con indicatori specifici, conducendo al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza di ogni intervento. La costruzione di un processo tecnico-gestionale, nel senso compiuto di "percorso", definisce gli obiettivi, i ruoli e gli ambiti di intervento, garantisce chiarezza delle informazioni all'utente e chiarezza dei compiti agli operatori, aiuta a migliorare la costanza, la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate e, nel contempo, aiuta a prevedere e quindi ridurre l'evento straordinario, facilitando la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti. Il valore aggiunto dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali è insito nella valorizzazione dell'esito "outcome" come obiettivo e non tanto come prodotto, nel coinvolgimento multidisciplinare, che consente lo scambio di informazioni e la comprensione dei ruoli.

Condividere un percorso diagnostico terapeutico assistenziale non vuol dire comunque perdere autonomia e flessibilità, bensì utilizzare uno strumento che supporti lo svolgimento dei compiti e che sia d'aiuto in caso di contenzioso, con un costante adattamento alla realtà specifica ed una costante verifica degli aggiornamenti e dei miglioramenti.

1. Organismo Tecnico Scientifico PDTA e LEU



L'Organismo Tecnico Scientifico PDTA e LEU formalizzato dall'Azienda con deliberazione n° 241 dell'8 marzo 2012, in stretta collaborazione con la Direzione Sanitaria e Direzione Generale, assume la responsabilità complessiva - sia scientifica sia organizzativa - di tutti i progetti aziendali relativi ai PDTA, e ha la funzione di guida, di stimolo, di supporto metodologico ed organizzativo al gruppo di lavoro specifico che svilupperà il PDTA. I compiti specifici dello staff di coordinamento fanno riferimento agli aspetti progettuali generali dell'approccio per processi: la facilitazione dell'avvio del progetto e la sua gestione, presiede gli incontri del gruppo di lavoro, predispone documenti e moduli, l'elaborazione dei dati, la loro diffusione, la tenuta del dossier di riferimento. Inoltre per ciò che riguarda il Livelli essenziali di Umanizzazione l' Organismo promuove percorsi di umanizzazione delle cure garantendo il coinvolgimento dei cittadini attraverso l' implementazione dell' empowrment ,e attraverso la sperimentazione di strumenti e metodi innovativi tra cui il trasferimento di modelli di empowerment per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari.



COMPONENTI

Dott. Fortunato Morabito Direttore Sanitario A.O. con funzione di coordinamento gestionale

Dott.ssa Monica Loizzo Dirigente U.O. Qualità Accreditemento Ricerca e Innovazione, con funzioni di coordinamento degli aspetti valutativi ed organizzativi,

Dott. Salvatore Palazzo, Direttore U.O. Oncologia Medica, con funzioni di coordinamento scientifico,

Dott.ssa Gabriella Moretti, collaboratore Amministrativo U.O. Qualità ed Accreditemento Ricerca e Innovazione, con funzioni di coordinamento amministrativo delle attività del predetto staff.

2. Le condizioni essenziali per la realizzazione di PDTA :

Il processo di costruzione di un PDTA prevede, secondo il modello plan-do check-act, alcuni momenti fondamentali:



a. Scelta del problema di salute e ricognizione dell'esistente.

La scelta della problematica di salute, clinico organizzativa, da affrontare per la costruzione di un PDTA deve basarsi, secondo criteri di priorità, sull'analisi dei bisogni, analisi che deve essere contestualizzata in ogni realtà organizzativa.

La ricognizione dell'esistente consiste nel raccogliere informazioni relative a come, attualmente, sono gestite le situazioni clinico organizzative del problema sanitario oggetto del PDTA. La ricognizione dell'esistente è pertanto mirata alla descrizione ed alla rappresentazione di quanto effettivamente succede ad un "paziente tipo" nel suo percorso di diagnosi e/o di terapia e/o assistenza nella specifica organizzazione aziendale "percorso effettivo". La costruzione del percorso effettivo si basa sull'analisi della documentazione già esistente all'interno dell'azienda (l'informatizzazione della documentazione clinica facilita notevolmente il lavoro) integrata da interviste mirate e/o dalle risultanze di "focus group" entrambe con la partecipazione degli attori coinvolti nel processo di "care". La tecnica dei "focus group", in particolare, si avvale di una metodologia di ricerca anglosassone 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, consiste in gruppi di lavoro guidati da un moderatore, che conduce la discussione, e da un osservatore che esamina le dinamiche di relazione del gruppo. È il gruppo di lavoro che deve accordarsi circa le informazioni da raccogliere, tenendo presenti i principi fondanti il modello di salute e il modello assistenziale che sostengono i PDTA ed in particolare la centralità del paziente e la "presa in carico" olistica dei suoi bisogni.

3.1. Costruzione del "percorso ideale"

In parallelo alla costruzione del percorso effettivo o eventualmente il più presto possibile, come momento propedeutico alla fase successiva, devono essere ricercate le fonti di letteratura e le linee guida, relative al problema individuato, con lo scopo di definire le migliori pratiche professionali e gestionali e disegnare un "percorso ideale" che serva da riferimento e confronto per valutare incongruenze e punti critici del percorso effettivo oggetto di modifica e monitoraggio.

3.2. Costruzione del “percorso di riferimento”



Identificati i traguardi assistenziali e gli outcomes attesi il “percorso di riferimento” rappresenta, sulla base delle linee guida e EBM/EBN e del percorso ideale, la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere nel contesto di una determinata situazione organizzativa e di risorse. Dopo aver identificato i traguardi assistenziali e gli outcomes attesi ed aver focalizzato ogni singola attività sul paziente, deve essere definita la successione temporospaziale 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). Il gruppo di lavoro ridefinisce dunque il processo di diagnosi e di cura per la patologia, selezionando il migliore PDTA attuabile nello specifico contesto aziendale in relazione alle indicazioni EBM/EBN ed alle risorse disponibili. I dati della fase retrospettiva, la raccolta delle proposte di cambiamento da parte dei professionisti e l’integrazione con quanto proposto dalla letteratura, sono le basi per lo sviluppo dei cambiamenti apportati con il nuovo PDTA.



3.4. 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, così come definito, ed eventualmente 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 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 di riferimento.

3.5. Attuazione del PDTA all'interno dell'azienda.

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



4.1 "mattoni" costitutivi dei PDTA

Per ciascun PDTA che si intende attuare è necessario indicare:

4.2. Il coordinatore

Il coordinatore è il soggetto che assume la responsabilità e definisce la modalità con cui intende sviluppare il PDTA



4.3. I criteri di eleggibilità dell'oggetto del PDTA

I criteri di eleggibilità corrispondono alle motivazioni che sostengono la scelta della patologia o della problematica clinica su cui costruire il PDTA o PIC. La definizione dei criteri di eleggibilità è un momento fondamentale, è soprattutto una scelta di priorità che non può prescindere da un'attenta analisi dei bisogni dell'organizzazione che ha deciso la realizzazione del PDTA e dall'impatto di reale efficacia del PDTA sull'organizzazione stessa.

Tra i criteri di priorità che possono incidere sulla scelta è possibile indicare:

- ✓ 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;



- ✓ semplificazione clinica/assistenziale;



- ✓ impatto economico

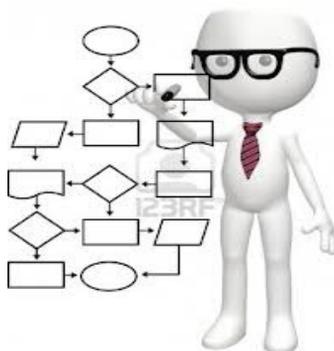
4.4. Il gruppo di lavoro



E' un gruppo costituito ad hoc per sviluppare il PDTA identificato. È un gruppo i cui 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 (il coinvolgimento di tutte le competenze professionali è indispensabile per assicurare il consenso locale su un PDTA, rendendone possibile l'applicazione). Caratteristiche essenziali del gruppo di lavoro per la costruzione di un buon PDTA sono la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità: non solo le categorie di operatori sanitari, ma anche

quelle amministrativo-organizzative possono essere necessarie a sviluppare uno specifico PDTA.

Del gruppo di lavoro può far parte, in selezionate occasioni e per chiarimenti metodologici, un rappresentante dello staff di coordinamento. Per ed al fine di una maggiore operatività è raccomandabile che il GDL 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.



5. Il processo di analisi e la rappresentazione

Lo strumento migliore per descrivere e rappresentare un PDTA (e che pertanto è indispensabile produrre a corredo del PDTA) è il diagramma di flusso o algoritmo in quanto permette una visione globale dell'intero percorso e l'identificazione di episodi (attività o insieme di attività) maggiormente significativi che lo compongono. Attraverso il diagramma di flusso è, inoltre, possibile identificare i soggetti preposti alla gestione di ogni singolo episodio o attività. Il diagramma di flusso è la rappresentazione grafica 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. Con un diagramma di flusso si è in grado di rappresentare schematicamente i componenti di una struttura, i passaggi di una procedura o una cronologia. Gli elementi che concorrono all'identificazione e alla descrizione di un processo aziendale e che devono essere rappresentati

nel diagramma di flusso sono sei:

- a. gli input
- b. le attività o fasi
- c. gli snodi decisionali



- d. le interdipendenze tra attività
- e. l'output
- f. le risorse (gli attori, le infrastrutture, le tecnologie)
- g. le responsabilità (gli attori, gli ambienti)

Di seguito ciascuno di questi elementi viene presentato singolarmente. Nella rappresentazione grafica del diagramma di flusso è utilizzata una simbologia costituita da forme geometriche, alcune delle quali, nella pratica comune, sono utilizzate indifferentemente per identificare identici momenti di un processo o percorso.

5.1. Gli input

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.



Ellisse



Quadrilatero

5.2. Le attività o fasi

Le attività o fasi, rappresentate in genere da rettangoli, corrispondono all'insieme, 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.

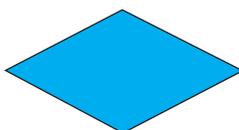
Rettangolo



5.3. Gli snodi decisionali

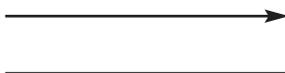
Gli snodi decisionali, rappresentati in genere con rombi, spesso non sufficientemente evidenziati, sono momenti fondamentali nel processo che orientano il percorso e che pertanto dovrebbero essere, nell'ambito del possibile, condivisi con il cittadino/paziente. Gli snodi decisionali rappresentano in 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. Anche in questo caso l'utilizzo del diagramma a matrice aiuta le riflessioni ed esplicita meglio gli indirizzi decisionali.

Rombo



5.4. Le interdipendenze tra attività

Le interdipendenze tra le attività, rappresentabili con 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, eventualmente, con altri processi.



5.5. L'output

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.

Ellisse

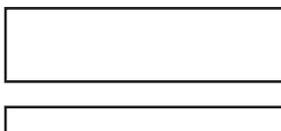


Trapezio



5.6. Le risorse e le responsabilità (gli attori, le infrastrutture, le tecnologie)

Le risorse/responsabilità corrispondono all'insieme di denaro, capacità umane, infrastrutture e tecnologie necessarie per svolgere le attività e prendere decisioni





5.7. Realizzazione del diagramma di flusso

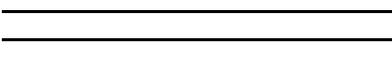
Per realizzare un diagramma sono sufficienti carta, matita e gomma, eventualmente si possono utilizzare software dedicati presenti in commercio. I diagrammi possono essere semplici (Fig. 1) o funzionali (Fig. 2) che corrispondono alla rappresentazione a matrice (Vedi paragrafo 5.8). L'utilizzo delle due tipologie dipende molto dal processo da descrivere. In una fase iniziale si consiglia di definire processi ed attività per ogni singola risorsa/responsabilità utilizzando il diagramma semplice. In una fase successiva i diagrammi semplici potranno essere collegati in un diagramma funzionale. La descrizione analitica dell'insieme delle attività e la simbologia possono essere successivamente ed ulteriormente ed indifferentemente sviluppate attraverso:

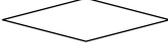
- ✓ un testo,
- ✓ un ulteriore diagramma di flusso,
- ✓ una o più matrici.

La rappresentazione funzionale nel suo complesso consente di:

- ✓ concretizzare il principio di continuità delle cure,
- ✓ focalizzare l'attenzione sul processo e sui risultati da esso prodotti nei confronti del paziente.

Per facilitare il confronto nella costruzione di un diagramma di flusso è importante definire il significato e le regole univoche di rappresentazione della simbologia specifica adottata. Il presente documento propone di utilizzare la simbologia della tabella

La linea rappresenta la direzione del ciclo del processo	
La doppia riga che unisce i due rettangoli indica la possibilità che due attività o processi possano svolgersi in parallelo	
La freccia indica il senso verso cui procede il lavoro	

<p>L'ellisse può rappresentare: 1.l'input, ciò che entra nel processo produttivo per essere lavorato o impiegato 2.output del processo medesimo</p>	
<p>La pergamena rappresenta un documento allegato</p>	
<p>Il rettangolo indica l'attività o l'insieme attività, se doppio rappresenta l'attività ed il suo attore</p>	
<p>Il rombo si utilizza quando c'è una decisione Da ssumere o una scelta da fare</p>	

5.8. La rappresentazione a matrice

La rappresentazione a matrice, corrispondente al diagramma di flusso funzionale, è uno strumento utilizzato per descrivere in modo conciso e pratico le attività (identificate nel diagramma di flusso con il rettangolo) e, nel contempo, definire in modo chiaro ed immediato le risorse/responsabilità coinvolte nel processo. La rappresentazione a matrice consiste in una tabella che incrocia le attività (tempi e fasi) con le risorse/responsabilità (strutture, operatori, ecc.). L'Allegato A mostra come sia possibile descrivere le responsabilità connesse con ogni attività del percorso. Nella descrizione delle attività, siano esse relative al percorso effettivo, al percorso ideale o al percorso di riferimento, devono essere considerate sia la dimensione di tipo organizzativo sia la dimensione di tipo professionale. 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 (Allegato B: Matrice degli snodi decisionali). Nella dimensione

Nella dimensione organizzativa sono individuate le modalità operativo-gestionali e i luoghi in cui si sviluppa un determinato episodio/evento all'interno di un'azienda sanitaria, evidenziando soprattutto le interconnessioni tra le diverse strutture e i professionisti coinvolti. Per ognuna delle attività che caratterizzano il percorso è bene analizzare:

- ✓ le modalità specifiche di lavoro: chi fa che cosa, dove, quando, perché, come (All. C)
- ✓ 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.



5.9 Il sistema di valutazione

Tecnicamente la valutazione è un processo attraverso cui si attribuisce un valore a qualcosa, suscalle qualitative o quantitative, utilizzando tecniche e strumenti diversi e lo si confronta con un valore di riferimento esplicito, al fine di esprimere un giudizio di merito. La valutazione passa attraverso la definizione di criteri, indicatori e standard. 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. In aggiunta gli indicatori sono variabili misurabili utili per confrontare un fenomeno nel tempo (in momenti diversi) e nello spazio (tra realtà diverse) o rispetto ad un obiettivo da raggiungere o da mantenere.

STANDARDS



5.10 Gli Indicatori e gli standard

Nell'ambito della progettazione e analisi dei PDTA, gli indicatori di valutazione rappresentano uno degli strumenti per verificare in modo sintetico la specifica applicazione del percorso e gli scostamenti tra il percorso di riferimento e quello effettivamente attuato nell'organizzazione. In tal senso la definizione ed applicazione degli indicatori nei percorsi rappresenta senza dubbio uno degli elementi maggiormente qualificanti, ma anche più critici. Da un punto di vista applicativo, essa può prevedere:

- ✓ 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 dell'indicatore del percorso nella specifica realtà in studio;
- ✓ il valore "atteso", che riporta il valore numerico riferito allo standard per quello specifico indicatore;
- ✓ il tempo di riferimento, in cui viene indicato il periodo a cui si riferiscono la valutazione e irrispettivi indicatori.

Affinché un indicatore diventi un'informazione utile, cioè possa realmente essere utilizzato per prendere decisioni, è opportuno dunque che sia accompagnato da un valore soglia o standard, ossia un valore di riferimento tale che, se il valore osservato nella realtà è più alto (o più basso) l'organizzazione deve impegnarsi ad intervenire, accertando se si tratti di un fenomeno reale o se il risultato osservato sia invece dovuto al caso o ad errori di rilevazione, per eventualmente porre in atto le specifiche azioni di miglioramento.

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"): ad esempio può corrispondere al valore dell'indicatore osservato l'anno

esempio può corrispondere al valore dell'indicatore osservato l'anno precedente o in altri contesti simili. Altresì possono essere individuati lo standard "ottimale", che non sempre rappresenta un valore perseguibile per l'organizzazione e lo standard "operativo", a cui effettivamente tendere in quel preciso contesto. Nelle fasi iniziali, quando si comincia a rilevare sistematicamente un indicatore, può essere più semplice non avere ancora una soglia, ma questa andrà definita quanto prima, non appena saranno più chiari gli specifici riferimenti. Un modello concettuale cui fare riferimento per la costruzione di un sistema di valutazione dei PDTA può essere quello dell'approccio struttura/processo/esito.

Secondo tale modello un'azienda sanitaria o parte di essa (struttura o processo) può essere valutata rispetto a variabili di:

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

È importante operare una distinzione tra:

Indicatori di struttura, che misurano le risorse utilizzabili nell'ambito del percorso (operatori, dotazioni tecnologiche, posti letto, ecc.)

Indicatori di processo, che misurano il funzionamento del PDTA e gli

Indicatori di appropriatezza, che misurano quanto un particolare intervento è sia efficace sia indicato per la persona che lo riceve (appropriatezza clinica diagnostica o terapeutica); misurano inoltre il grado con cui un intervento, che può essere più o meno appropriato dal punto di vista clinico, considerando anche il livello assistenziale, risulta essere il meno costoso e il più gradito da parte dell'utente (appropriatezza organizzativa, ad esempio al domicilio, in ambulatorio, nel day-hospital, durante il ricovero).

Indicatori di output che misurano ad esempio i volumi di produzione (giornate di degenza, prestazioni erogate) o la capacità produttiva come rapporto tra una dotazione strutturale (posti letto, numero personale) ed il volume di produzione.

Indicatori di esito, che misurano le variazioni dello stato di salute a livello del singolo individuo e della collettività; possono essere specificati sulla base di parametri clinici, fisiologici e biochimici, emozionali e cognitivi, psicosociali, o anche essere relativi alla soddisfazione dell'utente; in linea generale sono indicatori "critici", non sempre facili da applicare.

Indicatori di equilibrio economico, che misurano l'impatto economico del PDTA. Questo può essere rilevato 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 (parte ospedaliera, territoriale, ambulatoriale).



Sempre dal punto di vista economico, un'altra significativa analisi che può essere condotta è quella relativa all'efficienza economica del PDTA mediante il confronto tra tariffe e costi sostenuti. Questa è possibile solo per quei segmenti del PDTA in cui siano definite delle tariffe.

Occorre, in sintesi, che sia prestata un'attenzione specifica agli indicatori che esprimono il grado di aderenza dei processi effettivamente gestiti nell'organizzazione agli standard definiti, all'appropriatezza, agli esiti, ai costi.

Esempi

lo sviluppo temporale del percorso complessivo (es. giornate di degenza, distanza in giorni tra prima visita per intervento e ultimo controllo ambulatoriale previsto post intervento), per singole fasi (ore trascorse in pronto soccorso, giornate in terapia intensiva, giornate in degenza ordinaria, tempi di attesa per il ricovero), per specifiche attività (ore trascorse o giorni trascorsi dall'ingresso in ospedale per l'esecuzione di una indagine strumentale, per la somministrazione di una terapia);



l'appropriatezza per quanto riguarda l'aderenza a specifiche linee guida cliniche ed organizzative; il rispetto di alcuni criteri individuati in corrispondenza di una decisione importante lungo il processo, ad esempio il ricovero o la dimissione del paziente, l'avvio ad un intervento chirurgico, il trasferimento dalla Rianimazione; l'effettivo svolgimento di determinate attività (esempio la somministrazione di un determinato farmaco, l'esecuzione di un determinato test, la stesura e la verifica del rispetto di un piano per determinate necessità assistenziali del paziente);

l'esito per quanto concerne il raggiungimento di un determinato traguardo per quanto riguarda

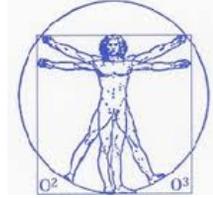


l'evoluzione delle condizioni di salute del paziente

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.



Nella definizione degli indicatori dei PDTA è comunque utile procedere per gradi, a partire da quelli più semplici e facili da reperire nei flussi informativi correnti, per poi eventualmente allargare la ricerca a quelli più complessi. Allo stesso tempo non è necessario identificare molti indicatori, piuttosto è opportuno individuare pochi indicatori realmente strategici per lo specifico percorso in quella organizzazione in grado di esser correlati al processo decisionale. Ovviamente gli indicatori sono fondamentali per la creazione della specifica reportistica relativa al percorso, che deve esser essenziale nei suoi contenuti e significativa rispetto ai passaggi critici.



5.11 Verifica dell'applicazione e revisione

In linea generale la verifica dell'applicazione dei PDTA può essere effettuata con diversi approcci. È fondamentale, comunque, che sia prevista una specifica modalità che affianchi a momenti estemporanei ed informali un'attività di valutazione sistematica e condotta secondo uno specifico modello di lavoro, quale quello dell'audit sia esso clinico od organizzativo.



6.L'Audit

Il termine *“Audit”* deriva dal verbo latino *“audio”* che indica sia *“l’ascolto attivo”* sia la partecipazione ed è comunemente usato in ambito economico e finanziario per indicare la verifica dei dati di bilancio e delle procedure di una azienda per controllarne la correttezza.

Il termine, trasferito nel vocabolario inglese, ha assunto il significato in altri contesti (es. ISO 9000) 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, nella sua accezione più larga e generica, significa “verificare” ed affinché la verifica sia possibile e corretta occorre definirne gli ambiti, gli obiettivi specifici e gli attori strumento, l'Audit diventerà così uno strumento utile alla revisione sistematica e continuativa delle attività realizzate da parte dei professionisti. Molteplici possono essere gli ambiti della verifica: interna ed esterna, professionale o “laica”, organizzativa o clinico/assistenziale.

L'Audit è un metodo di valutazione che serve a paragonare, rispetto ad un sistema di riferimento ed in base a criteri definiti, i dati relativi ad una pratica o attività. La valutazione produrrà proposte o raccomandazioni con lo scopo di migliorare la qualità e supportare le decisioni di riorganizzazione, finanziamento e remunerazione delle attività/ servizi.

6.1 Metodologia dell'Audit

Da un punto di vista metodologico, l'audit clinico/assistenziale/ organizzativo consiste in un tipico “ciclo della verifica e revisione della qualità”. Definiti criteri, indicatori e standard concordati e misurabili, viene valutata la pratica clinica ed assistenziale in termini soprattutto di processo o esito per quanto riguarda la situazione attesa e quella osservata e vengono elaborate proposte di miglioramento. Se necessarie, queste vengono applicate e il ciclo può ricominciare. La verifica non deve essere confusa con l'attività corrente di raccolta di dati di attività o con la ricerca clinica. Nello specifico 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. Le esperienze sul campo segnalano come esistano diversi livelli di realizzazione dell'audit clinico assistenziale.

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

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

I casi vengono selezionati casualmente o più frequentemente vengono 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. In tale ambito l'audit può essere effettuato dal gruppo di lavoro con cadenza trimestrale o semestrale e comunque secondo una specifica tempistica di riferimento, ma anche quando emergano situazioni organizzative nuove, che possano giustificare una revisione critica della progettazione del percorso o della sua specifica attuazione.



7. 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.

8. La diffusione aziendale e interaziendale

Il PDTA realizzati sono diffusi dall'OTS . Il target per la diffusione deve essere preventivamente individuato a livello del gruppo di lavoro PDTA. In ogni modo devono essere raggiunti i Direttori di Dipartimento / Struttura compresa quella infermieristica. Particolare cura deve essere dedicata alla redazione finale dei documenti, da utilizzando supporto informatico al fine di favorirne la pubblicazione sul sito WEB aziendale



9. Valutazione e verifica del PDTA

Nel valutare un PDTA occorre verificare schematicamente se sono stati previsti e rispettati i momenti fondamentali necessari per la sua costruzione. La scheda nell'allegato C è un esempio di check list che può essere utilizzata a questo scopo. E' importante, inoltre, che sia identificato il soggetto, nel senso ampio del termine, che ha il compito di rendere operativa l'attività di verifica, aggiornamento e manutenzione del percorso che può essere identificato nella figura del coordinatore del percorso, che sarà anche il responsabile della trasmissione dei dati aggiornati semestralmente all'O.T.S. per le attività conseguenti

CRITERI di VALUTAZIONE

Coordinatore il PDTA da attuare	E' stato identificato il soggetto che assume la responsabilità e definisce la modalità con cui intende recepire
Criteri di eleggibilità	Sono state definite le motivazioni che sostengono la scelta della patologia o della problematica clinica su cui costruire il PDTA 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
Letteratura di riferimento e linee guida	E' stata definita la principale bibliografia di riferimento e le linee guida di riferimento

<p> Criteri di inclusione </p>	<p> Sono stati definiti i criteri di inclusione ed esclusione adottati e modalità di classificazione </p>
<p> Approccio al profilo </p>	<p> Sono state definite le modalità di approccio al profilo (es. progettazione completa, riorganizzazione, introduzione di nuove fasi o figure professionali, etc....) </p>
<p> Analisi e rappresentazione </p>	<p> Sono state definite le modalità di rappresentazione grafica in relazione alle attività snodi decisionali e responsabilità </p>
<p> Categorie assistenziali </p>	<p> Sono state definite le categorie assistenziali prese in considerazione nella costruzione del profilo </p>
<p> Valutazioni del profilo </p>	<p> Sono stati definiti gli indicatori di struttura, processo, esito, equilibrio economico, ecc. Effettuazione di audit. </p>
<p> Modalità di diffusione interna </p>	<p> Sono state definite le modalità di diffusione in azienda </p>
<p> Governo del PDTA </p>	<p> E' stato definito il soggetto che mantiene sotto controllo l'applicazione e manutenzione del PDTA. </p>
<p> Manutenzione del PDTA </p>	<p> E' stata definita la fase di manutenzione/aggiornamento del PDTA. </p>
<p> Livello di implementazione </p>	<p> Stato dei lavori (es. progettazione, valutazione, applicazione sperimentale, a regime </p>
<p> Data di stesura e revisione </p>	<p> E' indicata la data della stesura definitiva del documento, la data dell'ultima revisione ed il numero delle eventuali revisioni </p>

10.Modalità di presentazione dei PDTA all' O.T.S

Al fine di ottenere l'approvazione del PDTA la richiesta dovrà essere inoltrata all'Organismo preposto che avrà cura di definire le sedute necessarie alla valutazione suddetta.

Preliminarmente alla presentazione del PDTA dovranno essere svolte dal Coordinatore del percorso, incontri per la condivisione del percorsi con tutti i partecipanti al PDTA di cui dovrà essere esibita evidenza documentale.

Alla riunione di presentazione dovranno partecipare oltre al coordinatore anche gli altri professionisti impegnati nel percorso.

L'OTS si riserva di richiedere eventuale documentazione integrativa ritenuta necessaria.

Dell'approvazione del percorso verrà data formale comunicazione secondo quanto indicato nell'art. 8 del presente documento.

Figura 1: Diagramma semplice

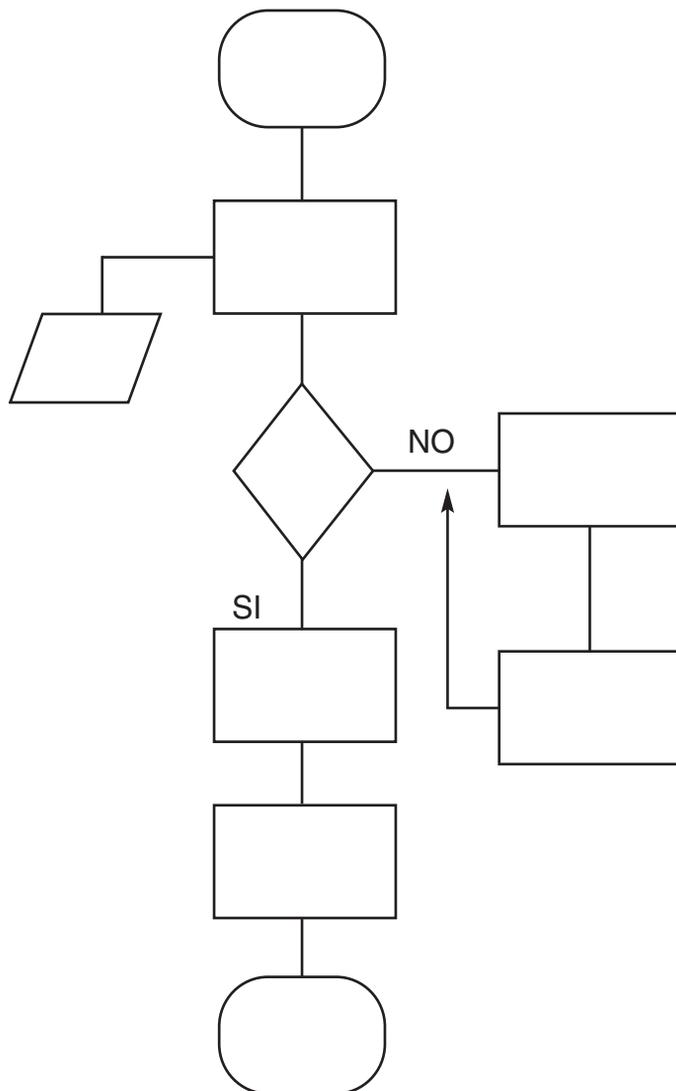
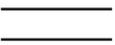
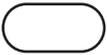
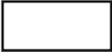
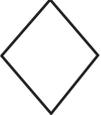


Tabella 1: Simbologia e suo significato nei diagrammi di flusso

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



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

Firma coordinatore:

	Note del valutatore
1. Background e obiettivi È stata effettuata un'analisi del contesto e sono state definite le motivazioni che sostengono la scelta delle problematica clinica su cui costruire il PDTA	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Background e obiettivi Gli obbiettivi sono chiaramente specificati e declinati in funzione della standardizzazione delle pratiche di cura con riferimento a requisiti di sicurezza e appropriatezza	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Progettazione del percorso È definito tempogramma con le diversi fasi di progettazione, le modalità di implementazione del percorso e i momenti di valutazione dell'impatto	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Progettazione del percorso È stata prevista la predisposizione di una scheda (check-list) cartacea o informatizzata che accompagna il paziente lungo il percorso per registrarne le fasi	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Gruppo di lavoro multidisciplinare Sono definite le professionalità, le discipline e le funzioni dei partecipanti al gruppo di lavoro identificato per la costruzione del PDTA	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Gruppo di lavoro multidisciplinare È individuato il Coordinatore del gruppo di lavoro	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Letteratura di riferimento Sono valutate le principali linee guida e le raccomandazioni scientifiche aggiornate	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Letteratura di riferimento È documentata la bibliografia di riferimento	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Criteri di eleggibilità È individuata la tipologia di pazienti oggetto del PDTA	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Criteri di eleggibilità Sono definiti criteri di inclusione/esclusione dei pazienti	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Descrizione del percorso Sono descritte le interfacce	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Descrizione del percorso È descritta la sequenza delle attività	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

13. Descrizione del percorso È descritta la tempistica	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Descrizione del percorso Sono descritte le responsabilità	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Descrizione del percorso Sono descritte gli snodi decisionali	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Descrizione del percorso Esistono modalità di rappresentazione grafica del percorso (es. flow chart o matrice)	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Valutazione dell'impatto Sono stati definiti gli indicatori di processo	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Valutazione dell'impatto sono definiti gli indicatori di esito del percorso	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. Valutazione dell'impatto Sono definite le modalità di raccolta dati (flussi routinari o reportistica specifica) per il monitoraggio	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Modalità di diffusione e implementazione Sono definite le modalità di diffusione in azienda (invio alle U.O., riunioni di presentazione, pubblicazione in intranet, formazione ecc.) e, se del caso all'esterno dell'azienda	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Modalità di diffusione e implementazione Sono state previste attività formative e di educazione rivolte a staff	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. Governo del percorso Sono definite le responsabilità a partire dalla identificazione del responsabile della gestione complessiva del percorso	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. Governo del percorso È identificato chi facilita l'applicazione del percorso (case management)	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24. Governo del percorso È definito chi verifica l'applicazione e la manutenzione del percorso	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25. Governo del percorso È prevista la costituzione di un team multidisciplinare per la valutazione del paziente ove appropriato (es ictus percorsi oncologici, dipendenze patologiche...)	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26. Miglioramento continuo Laddove si verificano scostamenti rispetto ai risultati e/o comportamenti attesi, sono avviate opportune azioni correttive	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27. Aggiornamento È stato previsto l'aggiornamento del percorso	SI si NO no NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

LEGENDA:

- SI:** Il Requisito è completamente rispettato
- si:** il Requisito è parzialmente rispettato
- NO:** il Requisito non è assolutamente rispettato
- no:** si è in fase di considerazione del Requisito
- NA:** il Requisito non è applicabile

***Redazione a cura dell' UO Qualità,
Accreditamento, Ricerca ed innovazione***

Dr.ssa Monica Loizzo

Dr.ssa Gabriella Moretti

Si ringrazia il dr. S Palazzo per la preziosa collaborazione