

IL PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE

I percorsi diagnostico, terapeutici assistenziali, di seguito indicati come percorsi clinico assistenziali così come nella definizione europea, rappresentano uno strumento per assumere decisioni ed organizzare in modo condiviso l'assistenza di un gruppo omogeneo di pazienti in un intervallo di tempo precisato, allo scopo di aumentare la qualità delle cure nel *continuum* dell'assistenza, migliorando gli esiti clinici *risk adjusted*, promuovendo la sicurezza, aumentando la soddisfazione dei pazienti ed ottimizzando l'uso delle risorse.

L'opportunità dello sviluppo e dell'applicazione di percorsi assistenziali è stata sostenuta fin dall'inizio degli anni 2000 dal Comitato di esperti (Committee on the Quality of Health Care in America) nominato dall'Institute of Medicine. La relazione del Comitato sottolineava come, in un arco temporale relativamente breve di osservazione, un numero considerevole di pubblicazioni su riviste mediche prestigiose avevano documentato l'esistenza di grosse variabilità e di gravi problemi di qualità nei servizi sanitari e raccomandava lo sviluppo di percorsi assistenziali il più possibile basati sulle evidenze scientifiche, almeno per le condizioni più comuni (la relazione individua 15 ambiti prioritari).

A distanza di più di dieci anni dall'avvio del processo culturale che ha portato allo sviluppo in sanità dell'approccio per percorsi di cura, è possibile documentare che i percorsi clinico assistenziali, che rappresentano la struttura fondamentale della *governance* clinica, tendono ad affermarsi in modo sempre più diffuso all'interno delle organizzazioni sanitarie e ciò appare legato al fatto che rispondono in modo soddisfacente alle esigenze delle organizzazioni e dei professionisti.

Studi sperimentali, revisioni sistematiche e metanalisi anche recenti hanno confermato un impatto positivo dei percorsi sulla qualità e sull'efficienza dell'assistenza erogata, nonché sul miglioramento della performance dei componenti il team che attua il percorso. Gli studi evidenziano però una certa difficoltà nel mantenere nel tempo gli eventuali risultati ottenuti laddove la realizzazione del percorso non sia stata assicurata da un approccio corretto sotto il profilo metodologico, individuando quali elementi di successo: la metodologia adottata per la costruzione e l'implementazione dei percorsi e, in particolare, la capacità delle organizzazioni di coinvolgere gli operatori, l'attenzione al coordinamento del processo di cura ed il continuo monitoraggio del percorso.

Le review disponibili in letteratura sulle problematiche emerse nell'uso dei percorsi hanno evidenziato principalmente come punti critici:

- a) carenza di omogeneità nell'approccio metodologico
- b) mancanza di efficace lavoro in team
- c) mancato coinvolgimento dei pazienti
- d) non adeguato coinvolgimento del management
- e) indicatori di percorso non usati sufficientemente.

Il presente documento nasce dalla necessità di trovare un riferimento univoco a livello regionale a proposito di ciò che s'intende con le espressioni di "profilo assistenziale, percorso di cura, percorso diagnostico terapeutico assistenziale, percorso clinico assistenziale etc." e di assicurare la massima omogeneità nella metodologia di costruzione dei percorsi e nella identificazione dei loro contenuti costitutivi. L'obiettivo è mettere a disposizione una definizione condivisa di "percorso clinico assistenziale" ed identificare e descrivere i requisiti minimi che devono necessariamente essere presenti

fornendo criteri univoci ed il più possibile sintetici per la definizione e la costruzione di un PCA. A tale scopo è stata aggiornata l'analisi della principale letteratura di riferimento e ciò ha consentito di individuare, nei diversi approcci proposti, gli elementi confermati come essenziali quando s'intende sviluppare la tematica dei percorsi in ambito sanitario.

Il documento contiene una selezione d'indicazioni per le aziende sanitarie, nata dal confronto interno al gruppo di lavoro regionale sulle reti cliniche, che potranno essere successivamente aggiornate e riviste a seguito di nuovi elementi emersi dall'attuazione da parte delle aziende stesse.

DEFINIZIONE

Percorso clinico assistenziale (PCA)

Il percorso clinico assistenziale descrive i contenuti professionali dell'intera gestione di un problema di salute e può essere definito come un piano multidisciplinare ed interprofessionale, relativo ad una specifica categoria di pazienti ed in uno specifico contesto, che esplicita la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali da assicurare, definita sulla base di raccomandazioni riconosciute, al fine di raggiungere obiettivi di salute, stabiliti a priori, con un'efficienza e un'efficacia ottimali e la cui attuazione è valutata mediante indicatori di processo e di esito (Woolf, 1990; Canadian Medical Association, 1995; Pearson et al, 1995; Wall e Proyect, 1998).

I PCA possono essere costruiti secondo la tipologia d'intervento: a livello regionale, di area vasta, aziendale e in ambito ospedaliero o territoriale; quando un percorso descrive il processo relativo a un problema di salute nella sua gestione sia territoriale sia ospedaliera si parla di PCA integrato, ovvero di un percorso orientato alla continuità, all'integrazione degli interventi ed alla completezza della presa in carico.

FINALITÀ

I percorsi clinico assistenziali hanno lo scopo di:

- assicurare la continuità ed il coordinamento dell'assistenza
- eliminare il più possibile i ritardi e gli sprechi
- ridurre al minimo i rischi per i pazienti e migliorare gli esiti.

ELEMENTI CHIAVE

- a) approccio interprofessionale, multidisciplinare, anche interaziendale
- b) raccomandazioni professionali il più possibile basate sulle evidenze scientifiche
- c) adattamento e condivisione locale
- d) coinvolgimento dei cittadini
- e) esplicitazione della sequenza degli atti dei professionisti coinvolti nelle diverse fasi (chi deve fare, che cosa, quando) e della durata attesa delle fasi
- f) monitoraggio mediante indicatori di processo e di esito.

PUNTI DI FORZA

1. I percorsi assistenziali favoriscono la continuità degli interventi e l'integrazione tra le unità organizzative anche di enti diversi diminuendo così gli inconvenienti per i pazienti nelle interfacce
2. La scomposizione dell'intero percorso assistenziale in fasi impegna ad esplicitare i criteri clinici e organizzativi da applicare per inserire o "arruolare" il paziente in una fase e per "trasferirlo" alla fase successiva
3. I percorsi rafforzano la percezione dell'importanza dei criteri di appropriatezza professionale degli interventi e l'attenzione agli esiti di salute
4. Consentono di ridisegnare l'assistenza sanitaria nell'ottica della <i>patient centered medicine</i>
5. Aiutano a prevenire le potenziali diseguità di accesso ed a migliorare l'efficacia dei servizi
6. Dall'applicazione dei percorsi assistenziali ci si attende una rilevante diminuzione della variabilità professionale ed organizzativa

STEP METODOLOGICI

1. Identificazione della condizione clinica
2. Analisi della pratica corrente e dei punti critici
3. Revisione della letteratura
4. Costruzione del percorso di riferimento
5. Condivisione del percorso
6. Fase pilota
7. Attuazione del PCA
8. Monitoraggio continuo

1. Identificazione della condizione clinica

La scelta della problematica di salute deve basarsi, secondo criteri di priorità, sull'analisi epidemiologica dei bisogni contestualizzata in ogni realtà organizzativa secondo il campo di applicazione del percorso clinico assistenziale (regionale, interaziendale, aziendale).

2. Analisi della pratica corrente e dei punti critici

La ricognizione dell'esistente consiste nel raccogliere informazioni relative a come, attualmente, sono gestite le situazioni clinico organizzative oggetto del PCA. La ricognizione è mirata alla descrizione e alla rappresentazione di quanto effettivamente accade a un "paziente tipo" nel suo percorso di diagnosi e/o di terapia e/o assistenza nella specifica organizzazione. La ricostruzione del percorso si basa sull'analisi della documentazione esistente integrata da rilevazioni strutturate che coinvolgono le varie categorie di soggetti interessati, allo scopo di far emergere le problematiche esistenti, le aspettative e gli ambiti di miglioramento suggeriti.

3.Revisione della letteratura

In parallelo alla ricostruzione del percorso esistente, come momento propedeutico alla fase successiva, devono essere ricercate le indicazioni basate sulle evidenze e le migliori pratiche disponibili relative al problema individuato, allo scopo di definire le scelte professionali e gestionali ottimali da adottare nel ridisegno del “percorso ideale” che servono da riferimento e confronto per valutare incongruenze e punti critici del percorso esistente.

4.Costruzione del percorso di riferimento

Il “*percorso ideale di riferimento*” rappresenta la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere in una determinata situazione organizzativa. Il percorso di riferimento comprende i traguardi intermedi assistenziali e gli outcomes attesi ed esplicita le singole attività sul paziente nella loro corretta successione temporo-spaziale. Per ciascuna fase del percorso devono essere definite le caratteristiche dei pazienti oggetto del PCA individuando i criteri d’inclusione ed esclusione per ciascuna fase in relazione alle caratteristiche cliniche ed assistenziali dei soggetti, preevedendo anche percorsi paralleli differenziati in relazione a caratteristiche specifiche di sottogruppi di pazienti. E’ raccomandabile che i criteri d’inclusione facciano riferimento a modelli di classificazione univoci: ad es. criteri tassonomici quali ICD o DRG. Ciò consente di ottenere flussi coerenti e di ottimizzare il sistema di valutazione.

Nella descrizione e/o costruzione di un PCA, nell’ottica della personalizzazione dell’assistenza e delle cure al singolo paziente, può essere di aiuto fare riferimento alle seguenti categorie assistenziali proposte dalla JOINT COMMISSION (modificato).

• 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)
• accertamenti diagnostici (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 quali eventuali 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)
• sicurezza del paziente (indicare tutto ciò che è necessario predisporre affinché venga garantita la sicurezza del paziente)

Nell’ambito della progettazione ed analisi dei PCA 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. Può essere in alcuni casi opportuno individuare il valore soglia e/o lo standard di riferimento basato su valori riportati in letteratura e su dati forniti da organismi nazionali o internazionali (soglia "attesa") e lo standard "operativo" a cui effettivamente tendere in quel preciso contesto con un percorso tracciato di miglioramento incrementale.

Possono essere oggetto di monitoraggio:

- il tempo di attraversamento del percorso complessivo (es. giornate di degenza, distanza in giorni tra prima visita per intervento e ultimo controllo ambulatoriale previsto post intervento), quello per singole fasi (es. attesa in pronto soccorso, giornate in terapia intensiva, giornate in degenza ordinaria, tempi di attesa per il ricovero), per specifiche attività (es. minuti od ore trascorse o giorni trascorsi dall'ingresso in ospedale o dall'accesso in Pronto Soccorso per l'esecuzione di una prestazione);
- l'efficacia per quanto riguarda l'aderenza a specifiche linee guida cliniche ed organizzative, il rispetto di criteri individuati come supporto alla decisione in passaggi critici lungo il processo, ad esempio il ricovero o la dimissione del paziente, l'avvio ad un intervento chirurgico, il trasferimento dalla Terapia Intensiva ecc.;
- l'effettivo svolgimento di determinate attività (es. la somministrazione di un determinato farmaco, l'esecuzione di un 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 di cura riferito all'evoluzione delle condizioni di salute del paziente;
- i costi relativi alle risorse economiche assorbite.

Lo strumento migliore per descrivere e rappresentare un PCA è il diagramma di flusso perché permette una visione globale dell'intero percorso e consente l'identificazione degli episodi (attività o insieme di attività) maggiormente significativi che lo compongono e dei relativi standard.

La gestione del percorso presuppone inoltre l'individuazione dei ruoli e delle responsabilità rispetto alle singole fasi e attività, secondo una precisa matrice delle responsabilità.

5. Condivisione del percorso

Il PCA devono essere diffusi per la condivisione da parte dei target preventivamente individuati dal gruppo di lavoro incaricato della costruzione del percorso, anche mediante una strategia che veda l'intervento della Direzione Sanitaria in incontri mirati a conferire rilevanza al processo di cambiamento che si intende perseguire con l'applicazione del PCA. Nel caso di PCA regionali od interaziendali il confronto interaziendale deve essere guidato dalle strutture di Area Vasta o regionali interessate.

E' inoltre opportuno mettere a disposizione dei pazienti illustrazioni divulgative dei percorsi clinico assistenziali a loro rivolti.

6. Fase pilota

La fase pilota ha l'obiettivo principale di valutare la solidità, in ambito assistenziale e

organizzativo, dell'applicazione del percorso di riferimento a livello locale 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 PCA a livello locale.

7. Attuazione del PCA

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

8. Monitoraggio continuo

È fondamentale che sia programmata una specifica modalità di valutazione sistematica e continuativa condotta sia mediante il monitoraggio degli indicatori che attraverso la conduzione di audit, interni ed esterni, organizzativi e clinico-assistenziali.

Da un punto di vista metodologico l'audit di percorso, sia clinico-assistenziale che organizzativo, consiste in un tipico "*ciclo della verifica e revisione della qualità*" mediante il quale viene verificata la buona qualità dell'attuazione del percorso valutando la pratica clinica ed assistenziale osservata rispetto alla situazione attesa in riferimento agli indicatori e standard dichiarati.

L'audit deve prevedere un incontro od una serie di incontri fra operatori con il gruppo di lavoro dedicato per discutere:

- l'analisi degli scostamenti degli indicatori monitorati

- l'analisi di casi clinici relativi ai percorsi attivati.

Volendo verificare l'attuazione generale del percorso tipo si possono analizzare tutti i casi clinici incidenti in un determinato arco temporale oppure i casi conclusi con esito inatteso oppure ancora i casi con outcome insoddisfacente. L'analisi, di norma retrospettiva, può essere effettuata sulla base di dati amministrativi o mediante l'esame delle cartelle cliniche o di altra documentazione sanitaria. L'audit deve essere effettuato con cadenza almeno semestrale e comunque secondo una specifica tempistica di riferimento formalizzata, ma anche quando emergano situazioni organizzative nuove, che possano giustificare una revisione critica della progettazione del percorso o della sua specifica attuazione.

Per quanto riguarda l'implementazione dei PCA relativi a reti cliniche regionali verrà attivato uno specifico Programma regionale di audit.

La progettazione metodologica generale del percorso

È necessario, in primo luogo, che venga identificato e formalizzato il gruppo di lavoro, che, in stretta collaborazione con le Direzioni Sanitarie assume la responsabilità complessiva sia scientifica che organizzativa dello sviluppo e del monitoraggio del PCA. Laddove il PCA fa riferimento ad una rete clinica regionale, di Area Vasta od aziendale il gruppo di lavoro è identificato nell'ambito dei board delle reti.

Il gruppo di lavoro è costituito da professionisti con competenze metodologiche ed organizzative e da professionisti con competenze specifiche di tipo clinico ed assistenziale rispetto al percorso, assicurando il coinvolgimento di tutte le competenze professionali; al fine di garantire una maggiore operatività è raccomandabile che sia composto da un

nucleo ristretto di componenti con l'obbligo di avvalersi delle ulteriori risorse identificate, quando necessarie alla progettazione ed alla verifica del percorso. Deve essere inoltre prevista la partecipazione di un rappresentante dei pazienti o di specifiche associazioni, identificando le fasi di sviluppo del PCA nelle quali è opportuno e necessario assicurarne l'apporto.

E' necessario prevedere, almeno nelle fasi iniziali, anche una valutazione del percorso metodologico adottato verificando se sono stati previsti e rispettati i momenti fondamentali necessari per la costruzione del PCA; a tal scopo può essere utile fare riferimento alla check list in allegato.

BIBLIOGRAFIA

- Barbieri A, Vanhaecht K, Van Herck P, Sermeus W, Faggiano F, Marchisio S, Panella M. Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis BMC Med. 2009; 7: 32
- Deneckere S, Euwema M, Lodewijckx C, Panella M, Sermeus W, Vanhaecht K. The European quality of care pathways (EQCP) study on the impact of care pathways on interprofessional teamwork in an acute hospital setting: study protocol: for a cluster randomised controlled trial and evaluation of implementation processes. Implement Sci. 2012;7:47
- Di Stanislao F, Visca M, Caracci G, Moirano F. Integrated systems and continuity in health care: a navigation through the concepts and models. International Journal of Care Pathways 2011; 15: 82–89.
- Di Stanislao F, Angeli G, Rosetti A. Le reti cliniche, i processi assistenziali e i programmi/attività di formazione e ricerca a loro supporto nei piani sanitari regionali - (Report tecnico Convegno - Reti ospedaliere, Agenas Roma, 5 novembre 2009)
- Neuman MD, Archan S, Karlawish JH, Schwartz JS, Fleisher LA. The relationship between short-term mortality and quality of care for hip fracture: a meta-analysis of clinical pathways for hip fracture. J Am Geriatr Soc. 2009 Nov;57(11):2046-54
- Panella M, Marchisio S, Demarchi ML, Manzoli L, Di Stanislao F. Reduced in-hospital mortality for heart failure with clinical pathways: the results of a cluster randomized controlled trial. Qual Saf Health Care 2009;18:369-373
- Panella M, Vanhaecht K. L'impatto dell'utilizzo dei percorsi diagnostico, terapeutici assistenziali nelle organizzazioni sanitarie: risultati, sostenibilità e scenari di sviluppo. QA 2010 - Volume 20 Numero 4: pp. 174-76
- Paton JY, Ranmal R, Dudley J, Committee on behalf of RCS. Clinical audit: Still an important tool for improving healthcare. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2015 Apr 1;100(2):83–8
- Pearce M. Guide to Carrying Out Clinical Audits on the Implementation of Care Pathways. Healthcare Quality Improvement Partnership. November 2011
- Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Mar 17;3:CD006632.
- Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. Have We Drawn the Wrong Conclusions About the Value of Care Pathways? Is a Cochrane Review Appropriate? Response to the Commentary Article Published by Kris Vanhaecht et al. *Eval Health Prof* March 2012 35: 43-46
- Vanhaecht K, Ovretveit J, Elliott MJ, Sermeus W, Ellershaw J, Panella M. Have we drawn the wrong conclusions about the value of care pathways? Is a Cochrane review appropriate?. *Eval Health Prof* June 27, 2011
- Vanhaecht K, Panella M, Van Zelm R, Sermeus W. What about Care Pathways? In: Ellershaw JE, Wilkinson S, eds. *Care of the Dying*. 2nd edn. Oxford: Oxford University Press, 2010
- Vanhaecht K, Sermeus W, Peers J, Lodewijckx C, Deneckere S, Leigheb F, et al. The impact of care pathways for patients with proximal femur fracture: rationale and design of a cluster-randomized controlled trial. BMC Health Serv Res. 2012;12:124.

CHECK LIST DI VALUTAZIONE DEL PERCORSO METODOLOGICO

Promotore	E' stato identificato il soggetto dal quale è derivata la decisione di attuare il PCA (Settore regionale, Direzione programmazione di Area Vasta, Direzione sanitaria aziendale, Direzione di Zona/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 PCA
Criteri di scelta	Sono state chiaramente definite le motivazioni che sostengono la scelta della patologia o della problematica clinica su cui costruire il PCA secondo specifiche priorità
Gruppo di lavoro	Sono state definite le professionalità ed i ruoli dei partecipanti al gruppo di lavoro identificato per la costruzione del PCA
Letteratura di riferimento e linee guida	E' stata definita la principale bibliografia di riferimento
Criteri di inclusione	Sono stati definiti i criteri di inclusione ed esclusione adottati anche in riferimento a criteri tassonomici
Approccio al percorso	Sono state definite le modalità di approccio al percorso (es. progettazione completa, revisione periodica, introduzione di nuove fasi o figure professionali, etc....)
Analisi e rappresentazione	Sono state codificate le modalità di rappresentazione grafica in relazione ad attività, snodi decisionali e responsabilità
Categorie assistenziali	Sono state definite le categorie assistenziali prese in considerazione nella costruzione del percorso
Valutazioni del percorso	Sono stati definiti gli indicatori di processo ed esito ed i traguardi intermedi. E' stato formalizzato il piano di audit
Modalità di\ condivisione	Sono state definite le modalità di condivisione (es. riunioni di presentazione, consegna materiale ecc.)

Modalità di diffusione esterna	Sono state definite le modalità di diffusione all'esterno (es. coinvolgimento associazioni, ecc.)
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 di avanzamento
Data di stesura e revisione	E' indicata la data della stesura definitiva del documento, la data dell'ultima revisione e della successiva revisione programmata