

Manuale 1

GESTIONE PER PROCESSI PROFESSIONALI E PERCORSI ASSISTENZIALI

a cura di

*Giorgio Casati, Massimiliano Panella, Francesco Di Stanislao,
Maria Cristina Vichi, Pierluigi Morosini*

Terza edizione, Roma-Ancona, marzo 2005

INDICE DEL MANUALE 1

1.1 L'AZIENDA SANITARIA

- 1.1.1 Definizione di azienda
- 1.1.2 Peculiarità delle aziende sanitarie italiane
- 1.1.3 Sistemi gestionali e strumenti gestionali
- 1.1.4 Strumenti gestionali, controllo di gestione e budget
- 1.1.5 Budget e qualità professionale

1.2 LA GESTIONE PER PROCESSI

- 1.2.1 Generalità sulla gestione per processi
- 1.2.2 Vantaggi e criteri di valutazione della gestione per processi
- 1.2.3. Analisi dei processi
- 1.2.4 I due tipi di miglioramento dei processi

1.3 PROCESSI PROFESSIONALI, PERCORSI ASSISTENZIALI, PROFILI ASSISTENZIALI, PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI

- 1.3.1 Definizione e articolazione
- 1.3.2 Storia dei percorsi assistenziali. Percorsi assistenziali e variabilità
- 1.3.4 Percorsi assistenziali e linee guida
- 1.3.5 Diversi approcci ai percorsi assistenziali
- 1.3.6 Vantaggi dei percorsi assistenziali
- 1.3.7 Svantaggi dei percorsi assistenziali
- 1.3.8 Percorsi assistenziali e il Chronic Care Model
- 1.3.9 Percorsi assistenziali e iniziative di valutazione e miglioramento più limitate
- 1.3.10 Percorsi assistenziali, linee guida professionali e strumenti di valutazione della appropriatezza organizzativa.

1.4. LA COSTRUZIONE E RAPPRESENTAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

- 1.4.1 Categorie assistenziali principali
- 1.4.2 Fasi o sottoprocessi temporali di un percorso assistenziale
- 1.4.3 Tempi
- 1.4.4 Rappresentazione dei percorsi: diagrammi di flusso
- 1.4.5 Rappresentazione dei percorsi: matrici delle responsabilità
- 1.4.6 Tappe della costruzione di un percorso assistenziale
- 1.4.7 Conoscenza e condivisione dell'approccio metodologico
- 1.4.8 Scelta del problema o dei problemi di salute
- 1.4.9 Costituzione di un gruppo di lavoro
- 1.4.10 Precisazione dell'oggetto
- 1.4.11 Individuazione delle pratiche professionali appropriate e degli indicatori relativi
- 1.4.12 Analisi del processo in atto
- 1.4.13 Stesura del percorso assistenziale modificato
- 1.4.14 Criteri di ingresso, di uscita e di gestione
- 1.4.15 Applicazione sperimentale del percorso modificato
- 1.4.16 Valutazione dell'applicazione e degli esiti del percorso
- 1.4.17 Generalizzazione del percorso assistenziale
- 1.4.18 Comunicazione pubblica dei risultati
- 1.4.19 Revisione periodica del percorso
- 1.4.20 Estensione ad altri problemi
- 1.4.21 Valutazione della stesura del percorso - IPCAT

1.5. VERIFICA DELL'APPLICAZIONE DEL PERCORSO E SISTEMA INFORMATIVO

1.6. EBM, LINEE GUIDA E PROMEMORIA

1.7. CONDIZIONI PER APPLICARE CON SUCCESSO LA GESTIONE

PER PERCORSI ASSISTENZIALI

- 1.7.1. Condizioni facilitanti
- 1.7.2. La direzione strategica
- 1.7.3 Il gruppo di coordinamento aziendale
- 1.7.4 Formazione e divulgazione
- 1.7.5 Gruppi di problema
- 1.7.6 Iniziative multicentriche
- 1.7.7 Riunioni dei gruppi di lavoro
- 1.7.8 Resistenze ad aderire all'iniziativa
- 1.7.9 Altre difficoltà
- 1.7.10 Problemi nell'estensione dell'approccio

1.8 LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELLE INIZIATIVE DI VALUTAZIONE

E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ PROFESSIONALE

- 1.8.1 Risultati della ricerca sui mezzi di cambiamento dei comportamenti professionali
- 1.8.2 Perplessità sull'efficacia dei percorsi assistenziali
- 1.8.3 Metodologie di valutazione dei percorsi assistenziali
- 1.8.4 Progetti di valutazione futuri
- 1.8.5 Valutazione dei processi e valutazione degli esiti
- 1.8.6 Analisi statistica

1.9 ESEMPI DI APPLICAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

1.10 IL QUADRO EUROPEO

1.11 CONSIDERAZIONI FINALI. PERCORSI ASSISTENZIALI E GOVERNO CLINICO

APPENDICE A1.1

Ciclo dei progetti di valutazione e miglioramento di qualità
e ciclo PDCA di Deming

APPENDICE A1.2

Esempio di resoconto finale di un percorso assistenziale per ernia inguinale

APPENDICE A1.3

La gestione delle riunioni

BIBLIOGRAFIA

1.1 L'AZIENDA SANITARIA

Chi riesce a dirigere bene una azienda sanitaria è capace di dirigere bene qualunque azienda, ma non è vero il contrario.

1.1.1 Definizione di azienda

La seguente definizione chiarisce che ogni azienda ha sue finalità. L'azienda è un istituto economico che nasce con la finalità di soddisfare i bisogni di chi la costituisce e, a tale scopo, sviluppa e gestisce operazioni di produzione di beni economici, cioè di merci e di servizi (Airoldi et al, 1994).

Va detto che gli obiettivi di chi costituisce un'azienda non sono sempre e non sono solo rappresentati dai profitti finanziari; possono riguardare anche l'aiuto a vivere meglio (aziende non profit) e, nel caso di aziende sanitarie pubbliche, il soddisfacimento dei bisogni sanitari di una popolazione.

L'attività di produzione di beni e servizi non rappresenta quindi il fine dell'azienda ma piuttosto il mezzo con cui giunge al soddisfacimento delle finalità dell'azienda stessa.

L'aziendalizzazione è stata introdotta nel servizio sanitario italiano nel 1992. Col riconoscimento del carattere di aziende alle organizzazioni sanitarie si voleva:

- ottenere una maggiore separazione dei poteri di indirizzo, proprio degli organismi politici, da quello di gestione, che riguarda l'attuazione gli indirizzi, che viene attribuito agli organismi aziendali e in particolare al direttore generale;
- dare maggiori flessibilità ed autonomia nel rispondere a situazioni specifiche; ad esempio il bilancio preventivo non è più, come prima, una autorizzazione vincolante alle spese ed è teoricamente possibile spostare risorse tra i capitoli di bilancio;
- cominciare a valutare quanto meno la produttività, intesa come rapporti tra costi e ricavi, ad esempio negli ospedali mediante l'introduzione dei DRG;
- introdurre elementi di competizione tra le organizzazioni sanitarie, ad esempio mediante l'obbligo delle organizzazioni sanitarie di rimborsare alle altre aziende il trattamento dei pazienti residenti nella loro area.

L'aziendalizzazione ha favorito la razionalizzazione delle attività sanitarie e le iniziative di valutazione e miglioramento della qualità. Vanno però tenute presenti alcune caratteristiche peculiari del sistema sanitario e del sistema politico italiano che hanno reso parziale e peculiare il processo di aziendalizzazione.

1.1.2 Peculiarità delle aziende sanitarie italiane

Le più evidenti peculiarità delle aziende sanitarie pubbliche rispetto alle aziende industriali private sono che:

- i risultati più facilmente misurabili, e di fatto misurati, sono i ricavi finanziari corrispondenti a tariffe, e non quelli che corrispondono alle finalità ultime delle aziende, ossia agli esiti di salute (miglioramento delle condizioni di salute o quanto meno riduzione delle sofferenze);

- manca una vera individuazione dei livelli essenziali di assistenza (o meglio delle prestazioni essenziali) che una azienda pubblica è tenuta ad erogare;
- i criteri di finanziamento sono in gran parte fissati da direttive nazionali e regionali e le politiche regionali hanno spesso avuto al centro il contenimento della spesa;
- non si è riusciti a separare del tutto le responsabilità di indirizzo e di gestione; continuano ad esserci, anche se meno di prima, interessi partitici, che sono particolarmente evidenti nella nomina e nel cambiamento dei direttori generali; inoltre finiscono col contare molto le esigenze del mercato del lavoro della zona dove agisce l'azienda;
- le sfere di competenza di regione, comuni, consorzi di comuni ed aziende spesso non sono chiare;
- la competizione è fortemente regolata: le aziende non possono contrattare i prezzi di ciò che “vendono” alla altre aziende, e di fatto le prestazioni in più per gli esterni al proprio bacino di utenza sono meno retribuite; le chiusure in positivo dei bilanci non sono state premiate, dato che si è continuato a finanziare le aziende meno efficienti;
- le attività svolte nelle aziende sono in gran parte di tipo professionale, sono cioè basate sulle competenze di professionisti ad elevata specializzazione che hanno comprensibilmente maggiori esigenze di autonomia. Ciò può però facilitare il prevalere di interessi e obiettivi personali o di gruppo su quelli aziendali (vedi 1.1.3);
- le aree di intervento e le tipologie di prestazioni sono numerose;
- gli utenti, tranne che in casi relativamente eccezionali, sono poco in grado di valutare la qualità professionale delle prestazioni ricevute e quindi di dare coi loro comportamenti *feed-back* obiettivi sulla stessa;
- è più difficile valutare la efficacia (dei professionisti, delle unità organizzative e dell'azienda nel suo complesso) ed è anche più difficile capire a cosa siano dovuti eventuali successi ed insuccessi nel raggiungimento degli esiti sanitari.

Non vi è quindi da meravigliarsi se le successive riorganizzazioni del sistema introdotte dalla abbondante produzione legislativa abbiano raggiunto solo parzialmente i loro scopo. L'esempio più chiaro è rappresentato dalla introduzione del modello dipartimentale che ha portato spesso ad aggregare in dipartimenti unità disomogenee e non complementari o unità situate in strutture distanti fra loro, difficilmente governabili da un unico responsabile.

Per quanto riguarda la valutazione e il miglioramento di qualità professionale, in molte aziende si è fatto poco e ci si è limitati ad iniziative di facciata, anche se non mancano esempi incoraggianti di grande valore.

Questo manuale si propone di contribuire a diffondere alcune delle esperienze migliori.

1.1.3 Sistema gestionale

Va tenuto presente che ogni persona persegue in via prioritaria obiettivi personali e solo dopo quelli del gruppo o dell'unità di appartenenza, e dopo ancora quelli dell'azienda.

Se ognuno avesse completa autonomia gestionale, finirebbe col dedicarsi in modo scoordinato al perseguimento dei primi due tipi di obiettivi. L'azienda cerca di impedire che ciò avvenga mediante il **sistema gestionale o operativo**, costituito a sua volta dai cosiddetti **strumenti o meccanismi gestionali o operativi**. Le esigenze dell'azienda vanno comunque conciliate con quelle personali, perché altrimenti tra i migliori quelli che hanno l'opportunità di andarsene se ne vanno e gli altri si demotivano.

Il sistema gestionale o operativo è stato definito come: "l'ampio insieme di regole, di procedure e di programmi che guidano il comportamento delle persone nelle aziende" (Airoldi et al, 1994).

In ambito sanitario pubblico l'esigenza di introdurre strumenti gestionali moderni è stata avvertita solo da circa un decennio. È solo nel 1995 che, dopo alcune sperimentazioni condotte a livello regionale (la prima nella Regione Emilia Romagna), sono cominciate le prime applicazioni del controllo di gestione (vedi la sezione successiva). Ed è solo nel 1999 che il controllo di gestione ha cominciato ad avere una certa diffusione a livello nazionale, anche se spesso però la sua applicazione è stata parziale, limitata ad aspetti di costi e di produttività, e talora più formale che sostanziale (Casati e Mastrobuono, 1999; Casati, 2001).

L'applicazione degli strumenti gestionali nelle aziende sanitarie è più difficile che nella maggior parte delle altre aziende, per le peculiarità elencate nella sezione precedente, tuttavia vi sono esperienze interessanti. Gli sforzi fatti, i pochi successi e i molti fallimenti hanno portato a concludere che:

- la dimensione del controllo contabile, per quanto fondamentale, è insufficiente. L'evoluzione dei bisogni sanitari e della domanda, le innovazioni nelle tecnologie a disposizione, la minore standardizzabilità dei processi sanitari rendono il sistema sanitario poco governabile mediante i soli strumenti contabili; spesso questi non riescono neppure a ottenere il contenimento della spesa. Inoltre la misurazione solo dei costi sostenuti e dei ricavi ottenuti (come fatturato, reale o virtuale, delle prestazioni prodotte) ignora l'essenziale problema della appropriatezza e della qualità delle prestazioni;
- dall'altra parte la sola dimensione professionale non può bastare se ignora gli aspetti di efficienza, i vincoli finanziari e l'esigenza di razionalità economica delle scelte.

Occorrerebbe quindi che:

1. gli organismi di governo centrale lascino maggiore autonomia gestionale alle aziende sanitarie, ma siano al contempo più chiari nella formulazione degli obiettivi e più attenti alla misurazione dei risultati. È difficile che si possano sviluppare buoni sistemi di gestione dove la valutazione del direttore generale dipende più dai suoi rapporti personali con il governo regionale che dalle sue capacità professionali;
2. si continuino a sperimentare modalità gestionali tese ad armonizzare le dimensioni contabile con quella professionale e a correggere i punti di debolezza di entrambe;
3. si realizzino strumenti informativi che consentano di misurare sistematicamente i risultati prodotti (non solo costi e tipo e volume di prestazioni, ma anche appropriatezza delle stesse ed esiti di salute e di soddisfazione degli utenti), e di metterli in rapporto con le modifiche organizzative introdotte;

- avvenga quindi anche nell'ambito dell'azienda quello che si è auspicato al punto 1 tra organismi centrali e aziende; si tratta di passare dal *government* alla *governance* e quindi di conciliare l'esigenza di un forte azione di indirizzo e di verifica con quella della autonomia dei professionisti.

1.1.4 Strumenti gestionali, controllo di gestione e budget

Dei vari strumenti gestionali (controllo di gestione, ABC o Activity Based Costing; BSC o Balanced Score Card; MBO o Management By Objectives; ABM o Activity Based Management; BPR o Business Project Reengineering; MM o Metaknowledge Management; TQM o Total Quality Management; CQI o Continuous Quality Improvement) tratteremo qui il controllo di gestione e le metodologie di valutazione e miglioramento della qualità.

Qualche parola però anche sulla programmazione strategica. La programmazione strategica, in genere riferita ad un periodo di tre anni, dovrebbe basarsi sull'analisi dei bisogni sanitari o quanto meno sul probabile andamento della domanda e dovrebbe riguardare l'istituzione o la soppressione, il potenziamento o la riduzione di unità organizzative.

Il **controllo di gestione** (Anthony e Young, 1984) è uno strumento con il quale la direzione si accerta che le attività vengano svolte secondo i piani prestabiliti, con l'uso delle risorse previste e raggiungendo gli obiettivi definiti. Il controllo di gestione è quindi strettamente connesso con la programmazione annuale. Il ciclo della programmazione e del controllo di gestione di solito comprende:

- la definizione degli obiettivi e degli indicatori con cui misurarne l'attuazione;
- la previsione di costi e investimenti e l'impegno da parte della direzione a fornire le risorse necessarie a raggiungere gli obiettivi.
- L'insieme degli elementi 1 e 2 costituisce il **budget**. La parola *budget* in pratica nella sanità italiana ha finito per indicare un particolare bilancio preventivo economico per centri di responsabilità, con dettagliata definizione di obiettivi e individuazione dei responsabili del loro raggiungimento. Il budget dovrebbe basarsi su un ragionevole grado di consenso. L'alta direzione, dopo aver concordato il budget, dovrebbe lasciare che siano i singoli responsabili a decidere come attuarlo, senza cedere alla tentazione di gestire anziché governare. Gli eventuali interventi correttivi durante l'anno vanno negoziati (Del Vecchio, 2000).

Viene raccomandato di distinguere un **budget operativo**, relativo alle risorse esistenti e un **budget delle innovazioni**, con risorse aggiuntive (Casati, 2000). Si distingue anche di solito tra budget annuale e budget degli investimenti, che comprende i progetti di investimento con periodi di realizzazione superiori ai 2 anni (costo totale, pagamenti già effettuati negli esercizi precedenti, scadenze dei pagamenti futuri).

Al grado di raggiungimento degli obiettivi di budget vengono collegate gli incentivi del cosiddetto "sistema premiante".

Il controllo di gestione inoltre comprende:

- la rilevazione degli indicatori suddetti mediante il sistema informativo;

5. i resoconti periodici (cosiddetto *reporting*), che consentano di stimare il grado di accordo tra risultati attesi e conseguiti e di prevedere quali sarebbero i risultati finali in assenza di cambiamenti.

Sulla base di una rassegna della letteratura P Rotondi e A Saggin (La motivazione e la negoziazione nei processi di budget, in Casati, 2000) concludono che gli obiettivi di budget devono essere specifici, difficili ma raggiungibili, negoziati e condivisi e non calati dall'alto, collegati a premi che abbiano valore per chi è responsabile del loro raggiungimento. L'efficacia aumenta se:

- chi è responsabile del raggiungimento degli obiettivi riceve un *feed-back* frequente sul grado di raggiungimento degli obiettivi;
- i criteri di ricompensa (i "premi") sono chiari;
- i professionisti credono in una loro applicazione oggettiva, equa e non eccessivamente penalizzante per chi non è riuscito a raggiungere obiettivi ambiziosi.

L'utilità del budget è stata messa in discussione dagli esperti di gestione aziendale (Baraldi, 2001). Circa il 20% delle organizzazioni aziendali impiega più di 16 settimane di lavoro per elaborare il budget annuale; la maggior parte non riesce a completare il processo di budget prima dell'inizio dell'anno fiscale; inoltre il 78% delle aziende non modifica mai il proprio budget nel corso dell'anno. Il budget spesso sarebbe vissuto come un esercizio faticoso, conflittuale e quasi liturgico, promuoverebbe una organizzazione di tipo gerarchico a scapito del decentramento decisionale e, poiché favorirebbe la diffusione di una logica incrementale, ostacolerebbe la tensione verso l'innovazione e la creatività, incoragerebbe comportamenti "parrocchiali", finalizzati a migliorare le prestazioni dei singoli centri a scapito di quelle aziendali e nascerebbe già vecchio a causa della sua lunga gestazione.

Ci si orienta quindi verso nuovi modelli organizzativi che lascino molta autonomia ai *manager* di prima linea a cui viene chiesto solo di massimizzare il valore generato dall'organizzazione. Questa scelta va però accompagnata dalla predisposizione di strumenti informativi che forniscano elementi sufficienti per orientare gli interventi di incentivazione finanziaria e di carriera e per coordinare le diverse unità organizzative.

1.1.5 Budget e qualità professionale

Pensiamo che l'utilità del budget, almeno in campo sanitario in Italia, non è superata dagli inconvenienti e che, anzi, si tratta di applicarlo davvero e non solo formalmente e di inserirvi anche obiettivi ed indicatori che non riguardino solo i risparmi nell'acquisizione di beni e servizi (farmaci, lastre, dispositivi medici impiantabili e non impiantabili, servizi esternalizzati) e la produttività, ma anche elementi di qualità professionale (appropriatezza professionale degli interventi ed esiti di salute) e di qualità percepita dagli utenti.

Si consiglia di concordare prima il budget delle unità organizzative di prima linea (cliniche), poi di quello delle unità diagnostico-strumentali e infine di quello delle unità amministrative.

Ancora prima di trattare i percorsi assistenziali, ci sembra utile riportare esempi di budget in cui sono stati inseriti, anche se spesso con pesi molto bassi, obiettivi di qualità professionale.

Nell'ASL di Massa e Carrara tra gli obiettivi di budget 2004 di **ogni** centro di responsabilità clinico sono stati inclusi la percentuale di cartelle cliniche che soddisfano almeno il 90% dei criteri di qualità fondamentali di una griglia definita dall'azienda e la rilevazione di almeno due indicatori di qualità professionale approvati dall'Ufficio Qualità.

La tabella 1.1.4a contiene alcuni obiettivi di budget di qualità professionale per l'anno 2003 dell'Azienda Sanitaria di Firenze.

Tabella 1.1.4a. **Alcuni obiettivi di budget di qualità professionale o vicini alla qualità professionale per l'anno 2003 dell'Azienda Sanitaria di Firenze.** *Il peso si riferisce agli incentivi di risultato; la somma dei pesi per ogni centro di responsabilità è 100.

Centro di responsabilità	Asse (e altre unità coinvolte)	Indicatore	Standard	Fonte di dati	Peso *
Medicina d'urgenza	Appropriatezza professionale (ortopedia, farmacia)	Uso appropriato delle eparine a basso peso molecolare e dei coxib, secondo le linee guida della CTA	90%	indagine a campione su cartelle cliniche	6
Laboratorio	Appropriatezza organizzativa	Numero per paziente degli esami urgenti	- 25%	registrazioni labo.	6
Medicina d'urgenza	Appropriatezza organizzativa (laboratorio)	Riduzione delle richieste di esami urgenti, sulla base di indicazioni concordate	- 25%	registrazioni del laboratorio	5
Medicina interna	Esito	Mortalità intraospedaliera nell'area della medicina	valore = a quello del 2002	SDO	5
Radiologia	Appropriatezza professionale	Definizione dell'uso appropriato degli esami in dieci linee guida indicate dall'azienda	entro dicembre		6
Tutti i centri clinici	Gestione del rischio clinico	Introduzione di scheda unica di prescrizione e somministrazione dei farmaci	entro ottobre		5
Chirurgia	Appropriatezza professionale (direzione sanitaria)	Applicazione dei criteri di priorità clinica nella programmazione degli interventi	lista secondo criteri entro aprile	osservazione della direzione sanitaria	5
Chirurgia	Appropriatezza professionale (farmacia)	Adesione alle linee guida per l'antibiotico profilassi	95%	dati della farmacia	5

Il piano strategico dell'azienda sanitaria di Trento sollecita a fare attenzione all'efficacia e all'appropriatezza clinica, alla completezza e alla tempestività dei flussi informativi per la verifica del raggiungimento degli obiettivi di budget, alla rilevazione in ciascuna unità organizzativa di almeno due indicatori di tipo clinico-assistenziale. La tabella 1.1.4b contiene alcuni obiettivi di budget di qualità professionale per l'anno 2003 di questa azienda.

Tabella 1.1.4b. **Alcuni obiettivi di budget di qualità professionale o vicini alla qualità professionale per l'anno 2003 dell'Azienda Sanitaria di Trento.** *Il peso si riferisce agli incentivi di risultato; la somma dei pesi per ogni centro di responsabilità è 100.

Centro di responsabilità	Asse	Indicatore	Standard	Peso *
Chirurgia	Esito	Rilevazione della presenza di iperpiressia il giorno successivo al ricovero in chirurgia di un giorno	rilevazione in atto da gennaio	5
Tutti i centri coinvolti	Multiplo	Definizione del percorso clinico concordato tra ortopedia radiologia, pronto soccorso, anestesia, laboratorio per il politraumatizzato	documento concordato entro l'anno	2
Ortopedia	Continuità	Presenza di lettera di dimissione alla dimissione	rilevazione; standard da definire	2
Prevenzione ambientale	Appropriatezza Professionale	Realizzazione di quanto previsto dall'accordo per la salvaguardia del lago di Garda	relazione alla fine dell'anno	8
Assistenza collettiva	Esito intermedio	% copertura vaccino antimorbillo al 24° mese di vita	95%	?
Assistenza specialistica	Appropriatezza professionale	Applicazione indicazioni per l'erogazione di prestazioni di fisiochinesiterapia	95%	?
Assistenza territoriale	Continuità	Adozione del protocollo per il passaggio in cura degli adolescenti tra psichiatria e neuropsichiatria infantile	approvazione del protocollo entro l'anno	?
Assistenza ospedaliera	Appropriatezza Organizzativa	Numero e % di ricoveri ordinari per le categorie DRG a rischio di ricovero inappropriato	fare analisi dei dati SDO; valori da definire	?
Dipartimento di riabilitazione	Appropriatezza professionale	% di pazienti per i quali sono compilate le scale funzionali sia pre-, sia post- ricovero	fare rilevazione; valori da definire	?
Direzione sanitaria	Multiplo	Definizione di almeno un indicatore di qualità professionale medico e di uno infermieristico per unità operativa	comunicazione dei risultati a giugno e a dicembre	

1.2 LA GESTIONE PER PROCESSI

1.2.1 Generalità sulla gestione per processi

La gestione per processi (qui il termine processo è usato nella accezione dell'economia aziendale) comporta che l'analisi, la valutazione e la programmazione dell'organizzazione aziendale siano incentrate su insiemi di attività collegate che danno luogo a determinati risultati. Si stabilisce una catena fornitore – cliente, che si chiude con il cliente finale che riceve il prodotto finale. In un processo così inteso si tiene conto che ogni attività genera un *output* di prodotti e di informazioni che rappresentano l'*input* di una attività successiva..

Secondo l'approccio di processo, di ogni attività vanno quindi individuati i fornitori e i clienti; il responsabile di ogni fase del processo dovrebbe chiarire le caratteristiche dell'input (che cosa dovrebbe aver fatto il fornitore) e tenere presenti sia i bisogni sia del cliente immediatamente successivo sia quelli del cliente finale (Biroli, 1992).

Raramente il processo relativo alla diagnosi e al trattamento di problema di salute in una organizzazione sanitaria è trattato da un solo professionista o da professionisti di una sola disciplina. Per lo più vi contribuiscono più professionisti della stessa disciplina, più discipline, più categorie professionali, più unità organizzative e talvolta anche più organizzazioni (Kaplan e Murdock, 1991).

Più aumentano la varietà e la specializzazione dei contributi, più sono le “interfacce” tra organizzazioni, più quindi aumenta il rischio di difetti di continuità e di integrazione, più diventa utile l’approccio per processi.

L’analisi delle attività che costituiscono un processo complesso porterebbe spesso ad accertare che i risultati dipendono in gran parte dal 20% delle attività (il cosiddetto principio di Pareto del 20-80). La maggior parte delle attività quindi avrebbe scarso valore aggiunto.

Un semplice esempio di processo in un ospedale è il seguente: il clinico di una unità organizzativa clinica è il cliente interno che richiede un’indagine ematochimica; il laboratorio è il fornitore interno e, a sua volta, è il cliente interno della farmacia o del servizio di approvvigionamento, i quali sono, a loro volta, fornitori interni del laboratorio e clienti di fornitori esterni che li riforniscono di reagenti, farmaci, vetrerie, ecc. Il clinico è il cliente interno che riceve il referto con il risultato, referto che per questo processo limitato (la sola esecuzione di un’indagine ematochimica) è il risultato finale.

1.2.2 Vantaggi e criteri di valutazione della gestione per processi

La gestione per processi rappresenta un fondamentale strumento di coordinamento e di orientamento verso risultati non solo contabili. Può servire ad aumentare la congruità tra le attività svolte e le finalità dell’azienda.

Dei processi si possono considerare:

- la valutabilità, che dipende da quanto durante il processo vengono generati i dati con cui costruire indicatori di attività e di risultato;
- la flessibilità, ossia la facilità con cui si possono modificare attività e tempi per adattarli al cambiamento dei bisogni de clienti (utenti), interni ed esterni;
- la costanza o riproducibilità, ossia la capacità di dare origine al medesimo prodotto nel periodo considerato in assenza di cause di variazioni straordinarie;
- l’efficacia o grado di raggiungimento degli obiettivi; per i processi rappresentati dal trattamento di una condizione patologica riguarderà il raggiungimento dei migliori esiti di salute possibili date le conoscenze esistenti e le risorse disponibili;
- l’efficienza o rapporto tra i risultati ottenuti e le risorse utilizzate; in sanità, si possono distinguere una efficienza economica, in cui le risorse usate (i costi) vengono messe in rapporto con gli esiti di salute, ed una efficienza operativa, in cui le risorse usate vengono messe in rapporto con il volume di prestazioni generato.

1.2.3. Analisi dei processi

In questo testo ci si occuperà di un tipo particolare di processi: i processi professionali, quelli in cui sono preminenti le azioni dei professionisti sanitari. Prima di entrare nel vivo, ci sembra utile però dire ancora qualcosa sulla cosiddetta analisi dei processi.

Nell'analisi del processo si cerca di rispondere a queste quattro domande:

- Che benefici riceve il cliente finale dall'intero processo? Se i vantaggi sono scarsi o assenti, si può considerare la possibilità di eliminare il processo. In campo clinico è fondamentale chiedersi quale sia alla fine di un processo il valore aggiunto per il paziente, cioè che cosa il paziente "porta a casa" come modificazione dello stato di salute (ad esempio diminuzione del dolore o aumento della sopravvivenza) o come riduzione dei fastidi (ad esempio diminuzione degli accessi per la diagnosi).
- Ci sono disomogeneità nel modo di attuare il processo? Considerare se vi sono differenze sia tra le unità organizzative della stessa azienda (se vi sono più unità organizzative che effettuano lo stesso processo o la stessa fase di un processo), sia tra professionisti, sia tra periodi diversi all'interno della stessa unità organizzativa. E' utile in particolare chiedersi se ci sono occasioni in cui le cose sembrano funzionare molto meglio del solito. Se ci sono, ci si può proporre di descrivere bene la sequenza di attività per poi generalizzarla.
- Che valore aggiunto hanno le singole attività? Sono veramente indispensabili? Il primo problema da considerare per le prestazioni professionali riguarda la loro appropriatezza specifica, ossia la loro potenziale efficacia (vedi il manuale 3). Ci si deve anche chiedere se ci sono altre attività, ad esempio altri accertamenti diagnostici, che sono meno costose a parità di efficacia o per efficacia solo di poco inferiore.
- Si possono ridurre i tempi? (vedi oltre)
- Sono disponibili informazioni su quello che fanno le migliori organizzazioni simili? Se sì, vale la pena di imitarle?

In economia aziendale si dice che un'attività aggiunge valore se:

- è conforme alle aspettative o alle richieste dell'utente;
- non è ridondante o superflua, ad esempio non è effettuata per riempire in qualche modo le attese tra le prestazioni necessarie;
- non è duplicata; tenere conto che le duplicazioni sono frequentemente dovute a difetti nella trasmissione delle informazioni;
- non è eliminabile mediante l'utilizzo di nuove tecnologie;
- è economica, nel senso che il costo non dovrebbe superare il valore prodotto.

Va tenuto presente che alcune attività a scarso valore aggiunto potrebbero non essere eliminabili per vincoli normativi o organizzativi che impediscono di riprogettare il processo.

Per individuare le attività poco utili o le cosiddette criticità, secondo Flanigan e Scott (1995), si può concentrare l'attenzione su:

- eventuali arretrati sistematici di lavoro eliminabili, ad esempio liste di attesa; gli arretrati sistematici comportano non solo ritardi, ma anche compiti inutili, ad esempio per redarre elenchi o rispondere alle sollecitazioni o stabilire le priorità;
- controlli o compiti aggiuntivi introdotti da molto tempo per ridurre rischi di errore forse non più presenti;
- passaggi di consegne;
- spostamenti di persone e materiali;
- momenti in cui cambiano i turni del personale;
- misure prese per far fronte ad eventuali picchi di lavoro o a eventi rari imprevedibili; in questo caso ci si dovrebbe chiedere se si può rendere il carico di lavoro più costante, se si possono ridurre gli eventi imprevedibili, se si può ricorrere nelle emergenze a personale reperibile o a personale collegato a agenzie esterne, se si può formare il personale impegnato in altri compiti ad affrontare anche le prestazioni rare;
- grado di chiarezza dei rapporti coi fornitori;
- grado di chiarezza e di completezza delle informazioni date ai clienti (ai pazienti e ai loro familiari);
- superfluità, scarsa chiarezza o mancato aggiornamento di documenti, moduli, procedure, linee guida;
- al contrario, mancanza di procedure o linee guida che potrebbero dare chiarezza ed uniformità al processo;
- rilevazioni di dati (con cui costituire indicatori di applicazione e di risultato) incomplete, inaccurate, mancanti.

Per quanto riguarda la possibile riduzione dei tempi di esecuzione del processo, è importante considerare se:

- si possono diminuire i tempi di esecuzione delle singole attività. Nell'analisi della durata delle diverse attività e fasi è opportuno distinguere i tempi di lavorazione (tempo reali di "produzione") dai tempi di movimentazione e di attesa;
- si può ridurre il tempo complessivo di "attraversamento" del processo con lo spostare il momento di esecuzione di alcune attività o mediante la loro **esecuzione in parallelo** (almeno in parte contemporaneamente) anziché **in serie** (una dopo l'altra).

Inoltre ci si dovrebbe chiedere se non si possano ridurre i disagi del paziente o i rischi che può correre, sempre grazie alla modifica del momento di esecuzione di alcune attività.

Un altro aspetto da considerare è **la sede** delle attività, che può influenzare i tempi, i costi e l'efficacia. Si pensi all'alternativa tra ricovero ordinario e day hospital o tra assistenza solo primaria e assistenza anche o solo specialistica. Ogni volta che sia pertinente è opportuno chiedersi se ci sono differenze tra medici nei criteri di trasferimento dall'assistenza primaria a quella specialistica o nei criteri di presa in carico o nei criteri di scelta del tipo di ricovero (day hospital o ordinario).

Si può inoltre:

- chiedere ai fruitori del prodotto finale, che si tratti di clienti interni od esterni, di indicare quali sono i requisiti per loro più importanti del “prodotto” e paragonarli con quelli raggiunti nella situazione in atto;
- chiedersi se tutti gli operatori che svolgono le attività che compongono il processo sanno che cosa devono fare e se lo sanno fare;
- chiedersi se si può rendere più gradevole o almeno meno disagiata ogni attività dove il paziente o il cittadino cliente sono presenti.

Alla fine dell’analisi del processo si può cominciare a riprogettare il processo stesso, fino a disegnare un nuovo diagramma di flusso o meglio una nuova matrice di responsabilità del processo (vedi oltre).

1.2.4 I due tipi di miglioramento dei processi

Si possono distinguere due tipi di cambiamento dei processi:

1. la **riprogettazione migliorativa o incrementale**; di solito si basa sull’analisi del processo in esame ed è del tipo cosiddetto *bottom up*, cioè con elevato coinvolgimento di chi esegue il processo;
2. la **riprogettazione innovativa o reingegnerizzazione**. Si ha quando, o perché la situazione sembra molto insoddisfacente o perché si è venuti a conoscenza di pratiche diverse notevolmente migliori o perché sono apparse innovazioni tecnologiche, si decide di sostituire il vecchio processo con un processo nuovo radicalmente diverso. In questo caso non è così necessario analizzare il processo in atto e il contributo di chi esegue il processo è meno determinante. Alcuni dei progettisti del nuovo processo possono essere anche esterni all’azienda, anche se il coinvolgimento di chi poi dovrà eseguire il nuovo processo è ovviamente opportuno.

La scelta delle due modalità dipende dall’entità degli inconvenienti osservati, dalle opportunità di miglioramento e dalla percezione dell’urgenza del cambiamento.

Le caratteristiche fondamentali delle due modalità sono illustrate nella riquadro 1.2.4.

Riquadro 1.2.4. **Caratteristiche dei due approcci alla riprogettazione dei processi** (da Casati e Vichi 2002)

	MIGLIORAMENTO INCREMENTALE	MIGLIORAMENTO INNOVATIVO O REINGEGNERIZZAZIONE
Approccio	Cambiamenti limitati, interventi parziali	Cambiamenti radicali, interventi estesi
Urgenza	Di solito minore	Di solito maggiore
Impostazione	<i>Bottom up</i>	<i>Top – down</i> , con coinvolgimento degli operatori
Gestione	Cambiamento graduale spesso con sole forze interne	Cambiamento globale spesso con contributi esterni

1.3 PROCESSI PROFESSIONALI, PERCORSI ASSISTENZIALI, PROFILI ASSISTENZIALI E PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI

1.3.1 Definizione e articolazione

Si è già detto che per processi professionali si intendono quelli in cui sono preminenti le attività dei professionisti sanitari. Ci si riferirà da ora in poi ai processi professionali in campo diagnostico terapeutico ed e assistenziali, ma si sottolinea che la trattazione dei processi in campo preventivo sarebbe molto simile.

Si sarà già quindi capito che il concetto di processo ricorda una matryoska russa. Può essere considerato un processo o meglio un macroprocesso la intera gestione di una malattia, dal primo contatto fino alla fine del follow-up; ma può essere considerato un processo, o meglio un microprocesso, una piccola parte di essa, come la semplice accettazione in reparto; questo processo a sua volta può essere suddiviso in attività elementari o compiti, ad esempio l'accompagnamento dei nuovi ingressi al loro letto o la prescrizione dei primi esami diagnostici.

La gestione dei processi professionale quindi può riguardare:

- singole prestazioni ospedaliere;
- singole prestazioni extraospedaliere;
- problemi di salute limitatamente alle attività ospedaliere (ambulatoriali, di ricovero ordinario, di ricovero diurno);
- problemi di salute limitatamente alle attività svolte nei servizi di assistenza primaria o territoriali (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, consultori, ecc.);
- problemi di salute nella loro gestione sia territoriale, sia ospedaliera.

Interventi di valutazione e miglioramento di specifiche prestazioni possono essere utili, ma vi è ormai un ampio accordo che sono opportuni approcci più ampi, sistemici, capaci di interessare contemporaneamente più prestazioni e più dimensioni (qualità professionale, organizzativa e relazionale). Tra i diversi approcci il più promettente sembra essere quello basato sullo sviluppo e sulla attuazione dei percorsi assistenziali (Di Stanislao e Noto, 1999; Every et al, 2000), approccio che si colloca nell'ambito del *Disease Management*. Il movimento noto come Disease Management si propone di far sì che l'assistenza rivolta a un problema di salute sia il più possibile omogenea, coordinata, comprensiva (Hunter e Fairfield, 1995; Ellrodt et al, 1997; Kesteloot e Defever, 1998).

Definiamo percorso assistenziale il macroprocesso che corrisponde alla intera gestione di un problema di salute. Si può considerare un sinonimo di **percorso diagnostico-terapeutico**, ma la parola assistenziale include anche l'assistenza alla persona per la cura di sé e per eventuali disabilità e il sostegno psicologico e sociale.

Idealmente la gestione dei percorsi assistenziali dovrebbe riguardare sia la componente territoriale, sia quella ospedaliera. La natura dell'azienda sanitaria, le risorse disponibili, le maggiori o minori possibilità di

coinvolgimento dei professionisti portano però spesso a limitarsi al campo ospedaliero o territoriale, almeno inizialmente. Va sempre comunque presa in esame l'interfaccia tra i due.

I percorsi assistenziali (in inglese per lo più *clinical* o *critical pathways*) possono essere definiti come piani multidisciplinari ed interprofessionali relativi ad una specifica categoria di pazienti in uno specifico contesto locale 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). Li si potrebbe anche considerare linee guida clinico-organizzative.

I percorsi assistenziali hanno lo scopo di eliminare il più possibile i ritardi e gli sprechi, contenere le variazioni non necessarie nei trattamenti, assicurare la continuità e il coordinamento dell'assistenza, ridurre al minimo i rischi per i pazienti e migliorare gli esiti.

Per un buon percorso assistenziale è necessario che:

- vi sia un approccio interprofessionale, multidisciplinare e talvolta anche multiagenzia;
- le raccomandazioni professionali siano il più possibile basate sulle evidenze scientifiche;
- vi sia l'adattamento e la condivisione locale del piano;
- il percorso sia suddiviso in fasi di durata definita;
- sia specificata la sequenza degli atti dei professionisti coinvolti (chi deve fare che cosa quando) nelle diverse fasi;
- sia valutata l'attuazione del percorso mediante validi indicatori di processo e possibilmente anche di esito; sia promosso il coinvolgimento degli utenti.

I percorsi assistenziali possono essere considerati gli strumenti di coordinamento ed integrazione auspicati da Zangrandi (2003) per "favorire la continuità nel trattamento, la formazione degli operatori e l'individuazione delle migliori modalità per l'utilizzazione delle risorse".

Negli ultimi dieci anni è diventato essenziale tenere conto, nella formulazione dei percorsi assistenziali, dei principi della "*Evidence-Based Medicine*" (EBM), come verrà detto più dettagliatamente oltre in questo e nel manuale 3 di questo corso.

L'opportunità dello sviluppo e dell'applicazione di percorsi assistenziali è stata sostenuta recentemente anche dal comitato di esperti (Committee on the Quality of Health Care in America) convocato dal prestigioso Institute of Medicine americano (Institute of Medicine, 2001). La relazione sottolineava che in soli 10 anni più di 70 pubblicazioni su riviste mediche prestigiose avevano documentato l'esistenza di grosse variabilità e di gravi problemi di qualità nei servizi sanitari americani e raccomandava lo sviluppo di percorsi assistenziali il più possibile basati sulle evidenze scientifiche, almeno per le condizioni più comuni (15 e 25 patologie danno luogo alla maggior parte delle prestazioni sanitarie).

Il Comitato suggeriva anche di:

- favorire mediante i percorsi la collaborazione tra discipline e lo scambio di informazioni tra i professionisti e tra i professionisti e i pazienti;
- dare grande rilievo, nello sviluppo dei percorsi assistenziali, alla gestione dei rischi per i pazienti, a cui aveva già dedicato precedentemente un altro bel volume (Institute of Medicine, 1999);

- mettere a disposizione degli utenti illustrazioni divulgative dei percorsi assistenziali in atto;
- favorire l'accesso di medici e utenti alla letteratura medica;
- adottare metodi di pagamento e di incentivazione (noi diremmo di budget) capaci di rimuovere gli ostacoli all'integrazione delle prestazioni e di incoraggiare i miglioramenti;
- promuovere lo sviluppo dell'automazione nella rilevazione delle informazioni, ad esempio degli esami di laboratorio e delle prescrizioni farmaceutiche.

1.3.2 Breve storia dei percorsi assistenziali. Percorsi assistenziali e variabilità

I percorsi assistenziali sono comparsi in un periodo relativamente recente, insieme all'affermarsi della *managed care*. La *managed care* nasce negli Stati Uniti intorno agli anni trenta del secolo scorso, quando le compagnie petrolifere, le società per la realizzazione di opere pubbliche, l'industria estrattiva mineraria, ecc. cominciarono ad avvertire la necessità di contrattare con le organizzazioni sanitarie pacchetti predefiniti di prestazioni per i propri dipendenti (Fairfield et al, 1997; Robinson e Steiner, 1998).

I primi percorsi assistenziali si ispirarono alla tecnica dei *critical pathways* (percorsi critici) usata nel mondo industriale per ottimizzare i tempi di lavoro. Il percorso critico è la sequenza di attività, dall'ordine dei materiali ai fornitori alla consegna del prodotto, che dà luogo ad una durata minima del processo produttivo (Morosini e Perraro, 2001, alla voce Diagramma di Gantt e PERT).

Ci si è resi presto conto che i percorsi assistenziali potevano servire non solo a migliorare l'efficienza e la continuità delle cure e a ridurre la variabilità, ma anche a favorire l'applicazione delle conoscenze scientifiche sull'efficacia degli interventi e che a migliorare lo scenario che Cagliano e Liberati nella presentazione alla seconda edizione italiana di "Efficienza ed efficacia" di Archibald Cochrane (Cochrane, 1999), potevano ancora descrivere così «...persino in un'epoca in cui la *evidence-based medicine* viene santificata, di esempi che sia stata fatta, e si faccia tuttora, *opinion-based* o anche *local-based medicine* ce n'è finché si vuole. ».

Come si è implicitamente accennato, allo sviluppo dei percorsi assistenziali hanno dato un notevole contributo gli studi sulla variabilità delle prestazioni sanitarie. Cominciò Glover, che nel 1938 notò come in alcuni distretti scolastici inglesi più della metà dei bambini fosse sottoposta ad interventi di tonsillectomia mentre in altri fosse inferiore al 10%. Un altro classico lavoro è quello di Wennberg, che si chiese se gli interventi chirurgici fossero troppi a Boston o troppo pochi a New Haven (Wennberg et al, 1987). Una esauriente rassegna recente sulla variabilità in sanità, che comprende più di 15 studi sulla differenze nei servizi sanitari italiani tra aree, tra aziende e all'interno di aziende, è contenuta in un libro recente (Morosini e Palumbo, 2004).

Tra i fattori principali di variabilità vi sono:

- la diversa disponibilità di risorse sanitarie (in gergo economico, di offerta), ad esempio di professionisti o di reparti, che però non sempre è maggiore dove le prestazioni sono più frequenti,
- l'influenza delle "scuole mediche"

- l'incertezza professionale, ossia la assenza di certezze sulla superiorità di un intervento su un altro. Su questo punto, si sono fatti notevoli progressi dal 1981, quando l'Institute of Medicine stimò che non più del 15% degli interventi sanitari fosse basato su prove di efficacia. Attualmente questa percentuale si aggira probabilmente attorno al 70% (Ellis et al, 1995; Ellrodt et al, 1997). Lo stesso Sackett, padre della medicina basata sulle evidenze, a cui spesso viene attribuita la paternità del precedente giudizio, è uno degli autori del lavoro di Ellis.

1.3.5 Diversi approcci ai percorsi assistenziali

Si possono distinguere nel nostro paese due diversi approcci alla attuazione dei percorsi assistenziali.

Nel primo, si parte dai dati della letteratura scientifica sull'efficacia degli interventi, si descrive quello che si fa e poi si costruisce un percorso che elimini le principali discrepanze tra quello che si fa e quello che si dovrebbe fare alla luce delle evidenze scientifiche. In questo approccio si dà più importanza alla qualità professionale e all'efficacia che alla qualità organizzativa e all'efficienza.

All'interno del primo approccio si possono distinguere due tendenze, per altro simili: nella prima (Grilli et al, 1995) si analizza in modo più dettagliato la letteratura scientifica e si dà meno peso al coinvolgimento dei professionisti locali, nella seconda (Panella et al, 1997, Panella et al, 2000; Di Stanislao, 2001) si considerano prevalentemente le informazioni per così dire predigerite, ad esempio le raccomandazioni di linee guida ben fatte (vedi il manuale 3) e si è molto attenti al coinvolgimento dei professionisti, come qui illustrato nella sezione 1.7. .

In un altro approccio invece (Casati, 2000) si parte dall'esistente, ci si chiede in quali circostanze il processo assistenziale è più efficiente e consuma meno risorse e ci si chiede se esso includa gli interventi di maggiore efficacia alla luce delle evidenze scientifiche solo dopo, quando si prova a generalizzarlo. In questo approccio si dà relativamente più importanza alla qualità organizzativa e all'efficienza che alla qualità professionale e all'efficacia. Questo approccio promette di migliorare di più l'efficienza, ma può far correre il rischio di cristallizzare pratiche poco efficaci.

Comunque la differenza tra i tre approcci sono in corso di attenuazione; nessuno ormai pensa che basti coinvolgere uno o due professionisti entusiasti per realizzare un percorso assistenziale e nessuno che si possa fare a meno di occuparsi di qualità professionale e quindi di fare riferimento all'EBM (vedi qui il manuale 3).

1.3.6 Vantaggi dei percorsi assistenziali

Si ribadisce che i percorsi assistenziali hanno il vantaggio di favorire la continuità degli interventi e l'integrazione tra unità organizzative ed anche talvolta tra organizzazioni diverse e di diminuire così gli inconvenienti per i pazienti alle interfacce.

La ricostruzione ed analisi dei percorsi assistenziali, come di qualunque processo (vedi 1.2.3), permette di identificare lentezze e attese riducibili, attività poco utili o troppo costose, ripetizioni, rischi evitabili.

La scomposizione dell'intero percorso assistenziale in fasi (vedi oltre la sezione 1.4.2) obbliga a chiarire i criteri clinici e organizzativi applicati per inserire o "arruolare" l'utente in una fase e per "trasferirlo" alla fase successiva.

Così il percorso assistenziale completo illustrato nella figura 1.3.5 di un paziente con artrosi d'anca riguarda diverse fasi e diverse unità organizzative, ambulatori, reparti di degenza, centri riabilitativi.

Rispetto ad altre forme di gestione per processi, i percorsi assistenziali hanno il vantaggio di dare importanza fondamentale ai criteri di appropriatezza professionale degli interventi e agli esiti di salute e quindi di richiamare l'attenzione sul fatto che il vero prodotto di una organizzazione sanitaria non sono le prestazioni (i prodotti o *output*), ma gli esiti (gli *outcome*). In effetti la diffusione dei percorsi assistenziali è stata favorita dall' "ondata della EBM" che ha reso più disponibili e più accettabili rassegne sistematiche e linee guida che tengono conto delle evidenze scientifiche.

I percorsi assistenziali sembrano anche capaci di influenzare la pratica clinica e di influenzarla in modo esteso, più ad esempio delle linee guida, per tre motivi:

1. Il più importante è che, a differenza di quanto avviene nelle linee guida, la metodologia dei percorsi coinvolge nel loro sviluppo i professionisti che li dovranno applicare, il che favorisce la loro adesione.
2. Un altro motivo è la multidisciplinarietà dei gruppi di lavoro che comprendono rappresentanti di tutte le professionalità (assistenziali e non) che sono implicate nel trattamento della condizione in questione. Lo scambio di informazioni e di punti di vista tra i partecipanti porta ad una maggiore comprensione dei ruoli e delle responsabilità di ciascuno nel processo assistenziale, oltre a dare occasioni di apprendimento (Bradshaw, 1999). Inoltre la partecipazione integrata di personale medico, infermieristico, amministrativo/organizzativo, sociale, ecc. protegge dal rischio che la stesura del percorso assistenziale possa essere manipolata in modo corporativo da un unico gruppo professionale (Weiland, 1997).
3. Il terzo motivo è l'orientamento multiassiale, che tiene presenti contemporaneamente esigenze di appropriatezza, efficacia, efficienza, continuità, tempestività, equità, integrazione, soddisfazione degli utenti (per una illustrazione approfondita dei termini, vedi Morosini e Perraro, 2001).

I percorsi assistenziali favoriscono anche lo sviluppo di sistemi informativi verso la rilevazione di indicatori relativi non solo ai volumi di attività e ai costi, ma anche ai processi professionali e agli esiti. Si dovrebbe trattare di indicatori scientificamente validi (vedi tra l'altro la domanda 5 della griglia di valutazione di un indicatore riportata in 2.16 e il manuale 3 sull'EBM).

I percorsi assistenziali possono facilitare il benchmarking se gli indicatori di processo e di esito sono comunicati ad una sede di coordinamento che mette a disposizione le loro distribuzioni.

Ci sono vantaggi anche medicolegali ed assicurativi. Ci sono aziende che hanno ottenuto una riduzione dei premi assicurativi per avere adottato percorsi assistenziali attenti alla gestione dei rischi. Ci sono anche esempi di medici assolti da accuse di imperizia e negligenza perché sono stati in grado di dimostrare di avere seguito un percorso assistenziale.

Non sono pochi poi i **vantaggi dei percorsi assistenziali per gli utenti**, anche se di solito non sono realizzati completamente.

- I percorsi assistenziali rendono più facile che i professionisti sanitari diano agli utenti le stesse informazioni sull'iter che li aspetta, senza le differenze o addirittura le contraddizioni che in loro assenza non sono infrequenti.
- E' possibile sviluppare versioni dei percorsi assistenziali per i pazienti che consentono loro di sapere in dettaglio il contenuto e i tempi degli interventi (ad esempio cominciare la fisioterapia in seconda giornata dopo l'operazione; alzarsi in terza giornata) ed anche di essere consapevoli degli esiti che si possono aspettare. Le versioni per gli utenti dei percorsi assistenziali rappresentano uno strumento di attuazione della parola "informato" e dell'affascinante ma vaga parola "trasparenza". Le versioni per i pazienti potrebbero contenere la sintesi del percorso; il nome dei professionisti referenti (case manager) e il questionario finale di soddisfazione.
- Va detto inoltre i pazienti possono essere loro stessi una fonte importante di informazioni della misura in cui il percorso viene davvero applicato.

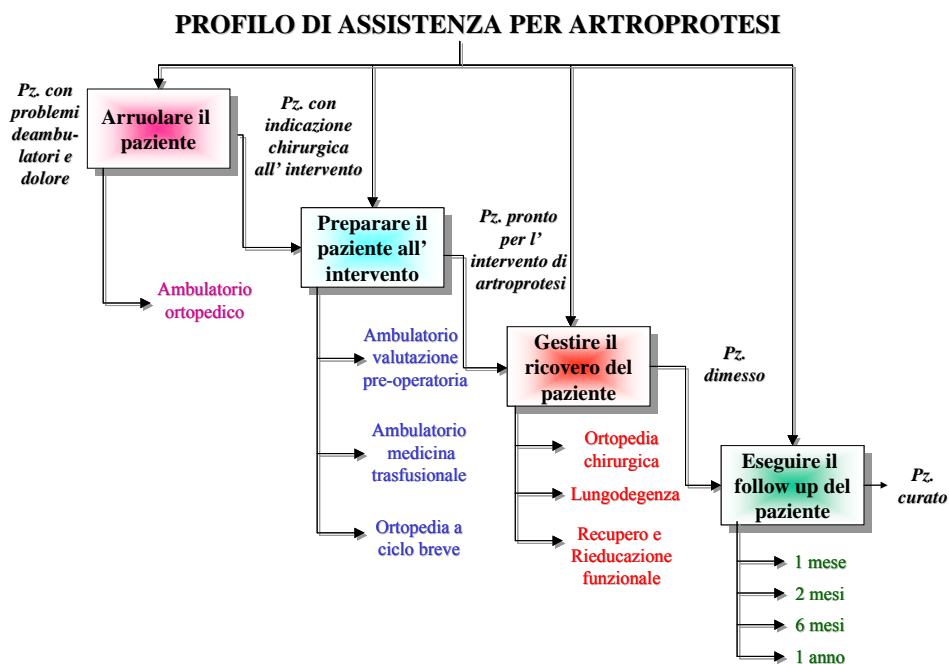
Dall'applicazione dei percorsi assistenziali ci si può ragionevolmente attendere una rilevante diminuzione della variabilità ingiustificata nei comportamenti dei professionisti sanitari, un aumento della produttività, specie in chirurgia, ad esempio associato all'aumento della chirurgia di giorno, ed anche un miglioramento della sicurezza per i pazienti (diminuzione delle complicazioni) e degli esiti.

Ci si può anche aspettare che rendano più facile soddisfare i requisiti dei programmi di accreditamento, di qualunque tipo di accreditamento.

In conclusione, i percorsi assistenziali possono essere considerati uno strumento per migliorare l'efficienza nell'uso di risorse scarse senza compromettere la qualità professionale dell'assistenza, che anzi può migliorare (Wall e Proyect, 1998).

Va detto che un buon percorso assistenziale va continuamente ripensato alla luce delle difficoltà di applicazione, dei risultati ottenuti e di nuove eventuali acquisizioni e quindi implica il suo continuo aggiornamento.

Figura 1.3.5: Schema di un percorso assistenziale per l'intervento di artroprotesi d'anca.



1.3.7 Svantaggi dei percorsi assistenziali

Il principale svantaggio è che i professionisti sanitari considerino che i percorsi assistenziali portino ad una perdita di flessibilità ed autonomia e ad una medicina tipo “libro di ricette di cucina” poco sensibile alle caratteristiche individuali del singolo paziente.

In realtà, come si è già accennato, le raccomandazioni professionali di un buon percorso assistenziale dovrebbero sì essere quelle più accreditate alla luce delle evidenze scientifiche, ma:

- a) lo sono per media dei pazienti che presentano la condizione in esame e non per tutti. Il singolo professionista non solo è autorizzato a scostarsi dalle raccomandazioni, ma anzi deve farlo, se pensa che le raccomandazioni non siano adatte al caso particolare. Basta che lo dichiari e ne spieghi i motivi, anche per contribuire all’aggiornamento e alla maggiore articolazione del percorso;
- b) i percorsi devono in certo qual senso essere considerati sempre provvisori, soggetti a verifiche e a continui aggiornamenti, in dipendenza dai risultati della loro applicazione e di eventuali nuove acquisizioni conoscitive o tecnologiche.

Il riferimento a un solo specifico problema di salute può essere considerato un limite dei percorsi assistenziali, come delle linee guida, dato che molti pazienti presentano più malattie e disturbi e che questo tipo di pazienti è destinato ad aumentare per il progressivo invecchiamento della popolazione. Il problema della polipatologia non è ancora stato affrontato in forma di percorso; probabilmente solo il sistematico monitoraggio dei processi assistenziali in atto potrà fornire elementi per progettare i percorsi complessi. Comunque nelle patologie multiple ci si può sforzare di seguire il percorso per la patologia principale e di segnalare gli scostamenti, che saranno più numerosi che nel caso di patologie singole.

La possibilità di dare luogo ad un confronto (di fare benchmarking) degli esiti può portare i professionisti insicuri a non impegnarsi.

Altri ostacoli dipendono da carenze organizzative: limitatezza delle risorse disponibili al momento (ma occorrerebbe essere capaci di progettare a lungo termine), difficoltà di adeguare i sistemi informativi, ritardi nell'“allineare” gli incentivi economici e di carriera in modo che favoriscano l'applicazione dei percorsi.

Inoltre talvolta i percorsi possono comportare per la singola organizzazione notevoli cambiamenti ed anche costi aggiuntivi, almeno inizialmente; ad esempio l'applicazione del percorso sulla gastroenterite pediatrica nella Regione Marche ha comportato l'istituzione di letti di osservazione pediatrica in pronto soccorso.

1.3.8 I percorsi assistenziali e il *Chronic Care Model*

Un approccio molto simile a quello dei percorsi assistenziali viene recentemente diffuso in America dal gruppo guidato da Ed Wagner del MacColl Institute for Healthcare Innovation di Seattle (Wagner, 2004; www.improvingchroniccare.org). Nelle sue pubblicazioni e conferenze Wagner sottolinea che:

- gran parte delle condizioni croniche sono mal curate: ad esempio negli Stati Uniti solo il 27% degli ipertesi sono trattati adeguatamente; nei diabetici solo il 42% ha i livelli di lipidi sotto controllo e solo il 66% diabetici ha sotto controllo la pressione arteriosa; solo il 35% dei pazienti con fibrillazione atriale per i quali il trattamento anticoagulante è appropriato lo riceve; solo il 25% dei depressi è trattato adeguatamente; il 50% dei pazienti dimessi per scompenso cardiaco sono riammessi entro 90 giorni;
- i pazienti con condizioni croniche hanno bisogno di trattamenti efficaci, continuità di assistenza, informazione e sostegno per raggiungere la massima autogestione possibile, follow-up sistematici più o meno intensi a seconda della gravità clinica;
- per rispondere a questi bisogni sono necessari profondi cambiamenti che tengano conto delle conclusioni della revisione della letteratura secondo i principi della EBM (vedi qui il manuale 3): adozione di linee guida, promozione del lavoro di squadra, miglior utilizzo dei componenti non medici della squadra, miglioramento dei sistemi informativi, definizione di piani condivisi con pianificazione degli incontri tra paziente e operatori, valorizzazione dell'autogestione.

Per ottenere questi risultati sono opportune modifiche di sistema che facilitino la somiglianza (“l'allineamento”) degli obiettivi di tutti i professionisti, a qualunque livello operino (ad esempio l'obiettivo di riduzione dei ricoveri), e l'erogazione di incentivi, anche di incentivi economici dell'ordine del 5-10% del salario, per l'applicazione delle raccomandazioni suddette (Wagner, 2004; Dixon et al, 2004).

Nell'attuale sistema italiano ci sembra che lo strumento più indicato per migliorare l'assistenza delle condizioni croniche come raccomandato dal *Chronic Care Model* sia appunto rappresentato dai percorsi assistenziali, specie da quelli che abbracciano insieme ospedali e territorio.

1.3.9 Percorsi assistenziali e iniziative di valutazione e miglioramento più limitate

L'applicazione di un percorso assistenziale completo si giova di condizioni organizzative che verranno discusse nella sezione 1.7. Comunque l'approccio per percorsi assistenziali non va visto in contrasto con altre iniziative di valutazione e miglioramento di qualità, quali ad esempio la standardizzazione degli esami preoperatori o l'applicazione di criteri più razionali nella gestione delle liste di attesa o l'introduzione di un sistema di triage in pronto soccorso o il miglioramento dell'uso di una categoria di farmaci, ad esempio degli antibiotici o dell'albumina o del sangue. Queste iniziative, specie se trasversali a più problemi clinici, possono anch'esse portare contemporaneamente alla riduzione dei costi ed al miglioramento della qualità professionale.

Si tratta in realtà di iniziative complementari che si rafforzano a vicenda. Il ciclo del miglioramento continuo di qualità è descritto sinteticamente nell'appendice A1.1 ed è ripreso all'inizio del manuale 2.

1.3.10 Percorsi assistenziali, linee guida professionali e strumenti di valutazione della appropriatezza organizzativa.

Il riquadro 1.3.10 contiene una sintesi delle differenze tra percorsi assistenziali, linee guida non accompagnate da un'attenta considerazione delle modalità di applicazione e strumenti di valutazione e promozione della qualità organizzativa come il PRUO per la rilevazione [dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri](#) (Fellin et al, 1995; Bevilacqua e Minella, 2001) e l'accreditamento.

Riquadro 1.3.10. **Visione sintetica delle differenze tra percorsi assistenziali, linee guida professionali e PRUO e accreditamento per quanto riguarda le dimensioni della qualità e l'attenzione alle applicazioni locali**

DIMENSIONE PREVALENTE	CONSIDERAZIONE DELLE CARATTERISTICHE LOCALI (contestualizzazione)	
	Bassa	Alta
Qualità manageriale	PRUO Accreditamento da parte di agenzie esterne	Accreditamento tra pari
Qualità professionale	Linee guida	Percorsi assistenziali

1.4 LA COSTRUZIONE E RAPPRESENTAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

1.4.1 Categorie assistenziali principali

Nel descrivere o costruire un percorso assistenziale è molto utile tenere presenti alcune categorie di attività (dette anche funzioni) che sono quasi sempre presenti. Queste categorie sono state definite da Wilson (1992) categorie assistenziali principali ed ognuna potrebbe anche essere considerata un “processo”. Sono le seguenti:

- **la valutazione clinico-sociale diretta.** Comprende anamnesi, rilevazione di variabili vitali, determinazione di bilanci entrate-uscite; comprende anche l'accertamento di bisogni psicologici, sociali, ecc. che potrebbero compromettere l'esito degli altri interventi, se non adeguatamente considerati;
- **gli accertamenti di laboratorio e strumentali.** Nel percorso ovviamente dovrebbero essere raccomandati solo gli esami appropriati, cioè sufficientemente validi (accurati e riproducibili, vedi il manuale 2 sugli indicatori) e capaci di modificare le decisioni di trattamento;
- **la documentazione,** comprendente sia la cartella clinica, uno degli strumenti più deficitari nell'attuale situazione, sia moduli e certificati;
- **le richieste di consulenza.** Comprendono i consulti di tipo medico specialistico, dietologico, fisioterapico, sociale, ecc.; anche le richieste di consulenze dovrebbero essere appropriate, essere cioè motivate da specifici quesiti clinici e non essere semplici azioni di difesa medicolegale;
- **i vari trattamenti,** che sono di solito distinti in sottocategorie: **farmacologici, chirurgici, psicoterapici o di sostegno psicologico, riabilitativi, sociali;** anche in questo caso il concetto fondamentale per la stesura definitiva dei processi è quello di appropriatezza professionale (fare tutte e solo le cose giuste, cioè efficaci ed indicate), a cui si aggiunge quello di correttezza di esecuzione. Per i farmaci vanno considerati la dose, la via di somministrazione, gli eventuali effetti collaterali e l'uso non solo terapeutico ma anche profilattico, ad esempio preoperatorio;
- **la nutrizione.** Questa categoria riguarda qui in particolare gli schemi dietetici (ad esempio nel diabete, nello scompenso cardiaco, nel periodo precedente un intervento chirurgico, ecc.) e la nutrizione parenterale;
- **l'educazione e l'informazione del paziente e della famiglia.** Rientrano in questa categoria le istruzioni date al paziente e/o ai familiari sulla natura, la prognosi e la gestione della condizione in esame (quali le precauzioni e le limitazioni nelle attività, gli esercizi e l'attività fisica, il modo di respirare, l'automedicazione, il modo di gestire cateteri, anastomosi, ecc.). Rientrano anche le informazioni sul percorso previsto per il paziente (dalle giornate prevedibili di degenza, al decorso postoperatorio, ecc.) e gli accorgimenti adottati per rendersi conto dell'effettiva comprensione da parte del paziente delle informazioni ricevute e della sua capacità di contribuire alla gestione della propria malattia;
- **la pianificazione della dimissione** (e di altri momenti del percorso). Riguarda la continuità, l'integrazione e la tempestività nei passaggi del paziente tra diverse unità organizzative e tra diversi

livelli assistenziali. Vanno considerati sia specifici interventi da parte dei professionisti (come la telefonata al medico generale o la redazione di una buona lettera di dimissione), sia interventi di tipo organizzativo e di sostegno sociale, ad esempio l'attivazione di un programma di riabilitazione sul territorio o di un servizio di assistenza domiciliare al momento della dimissione ospedaliera o la ricerca di una RSA o la predisposizione della fornitura di ausili a domicilio, ecc. [L'importanza di questa categoria assistenziale è provata dal fatto dall'aumento dei reclami presentati al tribunale dei diritti del malato per dimissioni forzate e ingiustificate, che sono passati dal 4 % del 1999 allo 8 % nel 2002 \(Inglese, 2003\).](#)

- **le attività del paziente.** Questa categoria riguarda la pianificazione delle attività giornaliere del paziente, come ad esempio i programmi di mobilitazione attiva e passiva e la progressione fisica del paziente (dal letto, alla poltrona, all'uso del bagno, alla deambulazione con o senza assistenza);
- **la sicurezza del paziente**, ad esempio prevenzione di: cadute; piaghe da decubito; reazioni allergiche; incidenti operatori e complicazioni postoperatorie; infezioni iatrogene. Comprende anche il riconoscimento del rischio di suicidio e la prevenzione, il riconoscimento e il trattamento degli effetti collaterali dei farmaci. In realtà gli aspetti di sicurezza devono ovviamente essere presenti in tutte le categorie assistenziali. Nell'approccio per percorsi assistenziali **la gestione dei rischi** (*risk management*) non è vista separatamente, ma è parte integrante del progetto. Comunque vale la pena di considerarla una categoria assistenziale principale per sottolinearne l'importanza;
- il **monitoraggio del decorso**, in questo caso dell'applicazione e dei risultati del percorso. Si tratta di una categoria che ovviamente è collegata ad una categoria già menzionata (valutazioni e documentazione).

Può essere utile distinguere tra le attività delle categorie assistenziali principali quelle comuni a tutte le unità organizzative cliniche, dette anche trasversali, ad esempio uso del sangue e gestione del dolore.

Come si vede, il concetto di categoria principale non corrisponde a quello di prestazione. Se si considera ad esempio come prestazione il ricovero, alla prestazione corrispondono più categorie assistenziali principali; e si considerano come prestazione una attività elementare, come il singolo esame diagnostico, alla categoria principale valutazione diagnostica corrispondono più prestazioni, anche eseguite in sedi diverse.

Va tenuto presente che spesso non è raccomandabile che una categoria assistenziale venga terminata prima che ne inizi un'altra, anzi è comune che vi sia una sovrapposizione temporale di più categorie. Ad esempio talvolta si inizia la terapia farmacologica di un paziente diabetico prima di avere completato la valutazione diagnostica di tutti i danni d'organo o la valutazione sociale. In particolare la sede di dimissione va individuata ben prima di aver completato l'iter terapeutico; bisognerebbe cominciare a porsi il problema già in prima giornata.

1.4.2 Fasi o sottoprocessi temporali di un percorso assistenziale

Un percorso assistenziale si può suddividere non solo in categorie assistenziali principali, ma anche, a secondo dei momenti e delle sedi in cui si trova il paziente, in sottoprocessi temporali, detti anche **episodi di cura** o **fasi**. Il termine usato in questo manuale è **“fase”**. Tra le fasi si possono distinguere le seguenti:

- l'ingresso nel processo o “presa in carico”. Per valutare l'appropriatezza della presa in carico è opportuno chiedersi chi è il principale promotore del contatto, se si tratta ad esempio di una decisione del paziente o dell'invio da parte di un medico di medicina generale, di uno specialista ambulatoriale esterno o di un medico del pronto soccorso;
- la fase iniziale (per un percorso chirurgico, la fase preoperatoria);
- la fase intermedia (per un percorso chirurgico, l'intervento);
- la fase finale (per un percorso chirurgico, la fase postoperatoria);
- l'eventuale trasferimento ad altra unità organizzativa o ad altra organizzazione;
- la dimissione dalla fase attiva (ad esempio dall'ospedale);
- il follow-up; si richiama l'attenzione sull'importanza di considerare in un percorso anche il follow-up, che dovrebbe essere abbastanza lungo da accertare la stabilità degli esiti e da escludere complicanze tardive; ad esempio il follow up per protesi d'anca dovrebbe durare due anni;
- l'uscita dal percorso.

Una stessa categoria assistenziale principale da una parte può essere effettuata in diverse “fasi” e dall'altra può comprendere attività eseguite in unità organizzative diverse durante la stessa fase.

La distinzione in fasi nasce anche dall'esigenza di tenere conto di distinguere ciò che viene fatto in ospedale da ciò che viene fatto sul territorio, o, in caso di ricovero di paziente visto prima in pronto soccorso, ciò che viene fatto in pronto soccorso da ciò che viene fatto nel reparto di degenza.

Si può quindi parlare di **“fasi clinico-organizzative”**.

Per ogni “fase” dovrebbero essere specificate, oltre alle diverse categorie principali che vi sono svolte, le condizioni del paziente all'ingresso e alla uscita dalla fase e i modi per valutare tali condizioni, cosicché si possa giudicare l'appropriatezza sia dell'ingresso, sia della uscita.

Si dovrebbe cercare ovviamente anche di precisare come le varie attività di una fase si susseguano o si sovrappongano tra di loro.

Talvolta, per la difficoltà di considerare l'intero percorso, ci si limita a occuparsi di una o più fasi, ad esempio solo la parte ospedaliera o la parte territoriale o una delle fasi a cui si è accennato sopra. In questo caso il risultato finale del processo considerato per il paziente è invece un risultato intermedio.

1.4.3 Tempi

Nel considerare le categorie assistenziali principali e le fasi di un percorso assistenziale, è opportuno dare grande attenzione alla durata delle attività, per la sua importanza e perché è misurabile in modo relativamente facile e oggettivo. I tempi impiegati dall'inizio alla fine dell'intero percorso o di una fase vengono anche detti tempi di attraversamento, rispettivamente del percorso o della fase. Se si sommano i

tempi di attraversamento delle differenti fasi che compongono un percorso si ottiene ovviamente il tempo di attraversamento del percorso.

Bisogna tenere conto anche del momento di inizio delle diverse attività. Si deve precisare, per esempio, quando va eseguito l'intervento chirurgico dopo il ricovero del paziente e quanto dovrebbe durare, per quanti giorni un farmaco dovrebbe essere somministrato, dopo quanti giorni in media dovrebbe avvenire la dimissione. Le durate dipendono naturalmente non solo dalle abilità professionali, ma anche dall'evoluzione del quadro clinico e ancor più dalle condizioni organizzative, ad esempio dalla rapidità con cui arrivano i referti diagnostici o dalla disponibilità delle sale operatorie.

1.4.4 Rappresentazione dei percorsi: diagrammi di flusso

Ci sembra opportuno accennare a due modalità di rappresentazione grafica di processi e percorsi che possono poi facilitare la loro realizzazione.

Per rappresentare chiaramente e sinteticamente la sequenza delle attività, si può utilizzare un diagramma di flusso. Un diagramma di flusso è detto anche schema a blocchi e, con termine inglese, *flow chart*. Nel costruire i diagrammi di flusso si utilizzano simboli e frecce che indicano la direzione di collegamento tra i simboli. I simboli principali sono:

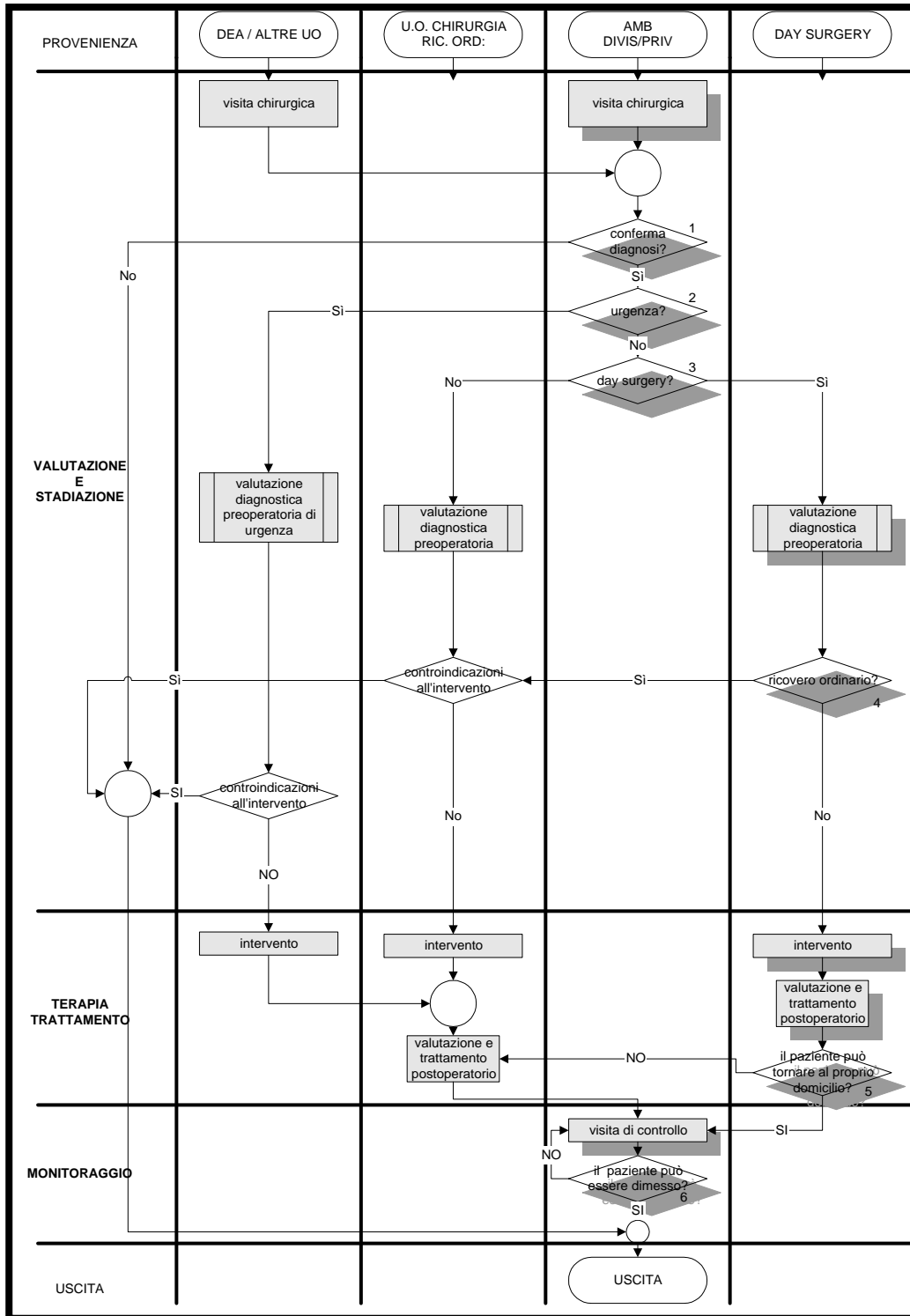
- ellissi o rettangolo con angoli arrotondati = stadio iniziale e stadio finale;
- rettangolo = attività;
- rombo = nodo decisionale.

Oltre a questi simboli principali si trovano talvolta un rettangolo con il lato inferiore curvo a S orizzontale per indicare un documento da consultare o da compilare, un cerchio per indicare un'attesa, un quadrato con il lato superiore o inferiore chiuso da un triangolo con un numero all'interno per indicare che il diagramma in esame rispettivamente segue al diagramma indicato dal numero in questione o continua con esso.

Si veda come esempio di diagramma di flusso la figura 1.4.4.

La rappresentazione con diagrammi di flusso è particolarmente utili per evidenziare i nodi decisionali. E' però meno dettagliata della rappresentazione con matrice di responsabilità.

Figura 1.4.4 Esempio di diagramma di flusso relativo al percorso assistenziale ospedaliero di ernia inguinale



1.4.5 Rappresentazione dei percorsi: matrici delle responsabilità

Un tipo di rappresentazione che permette di precisare le figure professionali coinvolte e i tempi è quello cosiddetto matriciale o tabellare. Nella matrice (si tratta semplicemente di una scheda o tabella) attività/responsabilità sono evidenziati:

- sulle righe, le categorie assistenziali principali;
- sulle colonne, i giorni;
- all'incrocio tra righe e colonne, le specifiche attività e le figure professionali che hanno compiti da svolgere. Nelle caselle d'incrocio sono riportati anche i rinvii alle procedure organizzative o alle raccomandazioni cliniche e agli eventuali moduli da compilare in quella occasione.

La tabella attività/responsabilità precisa con quali azioni si risponde agli specifici problemi presentati da un paziente (Montaguti, 2005).

Di solito si ha una matrice diversa per ogni fase del percorso, che dovrebbero ovviamente essere collegate tra di loro.

Un esempio di tabella o matrice schematica non compilata è riportato nella figura 1.4.5a.

Nella figura 1.4.5b, relativa ad un percorso di assistenza per i pazienti con diagnosi di schizofrenia ricoverati in un reparto per acuti di psichiatria, per un giorno tipico della fase intermedia del ricovero (giorni 4-6 del ricovero) vi sono più colonne corrispondenti alla varie figure professionali coinvolte. Si noti che nella figura gli asterischi corrispondono a estratti di procedure o linee guida in cui è precisato come svolgere l'attività indicata, mentre i numeri tra parentesi corrispondono a moduli in cui riportare in modo standardizzato i dati relativi alle attività svolte.

Nel caso in cui lo scopo della rappresentazione con matrice fosse solo il rafforzamento dell'integrazione interna di un gruppo multiprofessionale, si potrebbero anche riportare solo sulle colonne i tempi e sulle righe le figure professionali, senza precisare le categorie assistenziali.

D'altra parte si possono però costruire rappresentazioni ancora più dettagliate, in cui per ogni fase si riportano anche i tempi di esecuzione delle attività.

Le rappresentazioni matriciali possono essere utilizzate nel primo periodo di applicazione di un percorso anche per verificarne l'attuazione. In questo caso ogni figura professionale dovrà precisare, come si chiede nella figura 1.4.5.b, se ha eseguito le attività previste e, in caso di scostamento, dovrebbe poi indicarne separatamente i motivi, ad esempio se lo scostamento è stato dovuto a difficoltà organizzative o a particolari condizioni clinico-sociali del paziente.

Figura 1.4.5a **Esempio di matrice di responsabilità schematica** (da Casati e Vichi, 2002, modificato). Nei rettangoli all'incrocio tra righe e colonne vanno riportate le attività e le figure professionali responsabili delle stesse.

LUOGO					
Fasi e giorni	Fase _____ Giorno 1	Fase _____ Giorni 2-3	Fase _____ Giorno 1		Fase _____ Giorno ...
Valutazioni cliniche e sociali					
Consulenze richieste					
Esami di lab. e Strumentali					
Documentazione					
Terapia farmacologica					
Interventi Chirurgici					
Altri interventi					
Alimentazione					
Mobilità E attività fisica					
Educazione e informazione sanitaria					
Sicurezza					
Pianificazione della dimissione					
Monitoraggio del decorso					

Figura 1.4.5b. **Percorso di assistenza per i pazienti con diagnosi di schizofrenia ricoverati in un reparto per acuti di psichiatria. Scheda relativa alla fase intermedia del ricovero** (giorni 4-6 del ricovero). I numeri tra parentesi corrispondono a richieste di informazioni, gli asterischi a estratti di procedure e linee guida. Nella fase iniziale, quando questo modulo viene utilizzato per accertare l'attuazione del percorso, nelle colonne strette accanto alle attività vanno riportati i seguenti codici: 0 = attività non eseguita; 1 = attività eseguita in parte; 2 = attività eseguita completamente.

COGNOME		NOME		
IPOTESI DIAGNOSTICA				
Data di inizio __ _ _ _ _ _ _ Obiettivi: 1) diminuzione della sintomatologia acuta; avvio alla valutazione cognitiva; avvio di interventi di sostegno o psicoeducativi familiari				
Categoria assistenziale	Psichiatra	Psicologo	Infermiere	Assistente sociale
Valutazione	Valutare lo stato psicopatologico* (2) e la risposta alla terapia farmacologica. * (4) Rivalutare la possibilità di brevi uscite	Valutare la opportunità di somministrare test per deficit cognitivi	Valutare con lo psichiatra i parametri vitali e lo status del paziente Valutare la compliance alla Terapia Farmacologica* (4)	Valutare le risorse utilizzabili c/o agenzie esterne (volontariato, enti, istituzioni, ecc.) (6)
Informazione paziente e familiari	Effettuare colloquio con il paziente finalizzato a fornire informazioni sul suo stato, sulla patologia, sull'andamento del ricovero, sulla terapia farmacologica (3)	Effettuare colloquio con il paziente ed i familiari finalizzato a fornire informazioni sul suo stato, sulla patologia, sull'andamento del ricovero (3)	Fornire a paziente e familiari informazioni su eventuali necessità durante il ricovero (3)	Effettuare colloqui con i familiari finalizzati a fornire ulteriori informazioni sugli interventi sociali auspicabili (3)
Pianificazione della dimissione	Effettuare, insieme allo psicologo, la visita con CSM	Completare la valutazione diagnostica		Favorire l'utilizzazione delle risorse familiari
Esami clinici	Richiedere altri esami diagnostici necessari	Somministrare eventuali test neurocognitivi (9)	Eseguire prelievi per eventuali esami richiesti dal medico	
Interventi	Effettuare colloqui clinici con paziente e familiari* (7)	Effettuare colloqui clinici col paziente e i familiari* (7)	Applicare il piano previsto di nursing (7)	Avviare programmi sociali concordati con enti e agenzie.
		Effettuare interventi di sostegno ai familiari (7)	Effettuare interventi di sostegno psicoeducativi ai familiari (7)	Effettuare interventi di sostegno e psicoeducativi coi familiari (7)
Consulenze	Richiedere altre consulenze se necessario		Collaborare eventualmente con il medico consulente	
Farmaci	Eventuali modifiche alla terapia farmacologica, anche per effetti collaterali* (4)		Somministrare la terapia e verificare che sia l'assunta (4)	
Nutrizione	Effettuare eventuale nuova impostazione dieta		Effettuare eventuali modifiche alla dieta e controllare l'alimentazione	
Attività del paziente (Ai-1 e 2)		Inserire il paziente nei gruppi clinici e favorire la sua partecipazione ad attività socio-riabilitative	Favorire la partecipazione ad attività socio-riabilitative (se possibili) (7)	
Sicurezza del paziente (Ai-)	Valutare gli effetti collaterali Discutere con il paziente per controllare l'agitazione e ridurre eventuali fattori di stress (3, 5)	Fornire, assieme allo psichiatra, al paziente e ai familiari indicazioni per ridurre eventuali fattori di stress* (3)	Effettuare interventi relativi al controllo dell'eventuale agitazione (5)	

1.4.6 Tappe della costruzione di un percorso assistenziale

Tutte le esperienze di sviluppo di percorsi assistenziali seguono uno schema simile, analogo a quello del ciclo PDCA o dei progetti di valutazione e miglioramento del Miglioramento Continuo di Qualità (vedi Appendice A1.1).

Le varie tappe si possono così sintetizzare:

1. scelta e condivisione dell'approccio metodologico
2. scelta del problema;
3. costituzione del gruppo di lavoro per il problema prescelto;
4. specificazione dei criteri di inclusione od esclusione;
5. individuazione delle pratiche professionali appropriate e degli indicatori relativi;
6. analisi del processo in corso;
7. stesura del percorso assistenziale modificato;
8. applicazione sperimentale del percorso modificato;
9. valutazione dell'applicazione e degli esiti del percorso;
10. generalizzazione del percorso assistenziale;
11. prima comunicazione pubblica dei risultati del progetto e sistematizzazione delle conoscenze acquisite;
12. revisione sistematica dell'applicazione del percorso;
13. estensione ad altri problemi.

1.4.7 Conoscenza e condivisione dell'approccio metodologico

Si accenna qui brevemente a un tema che verrà ripreso più dettagliatamente nella sezione 1.5 sulle condizioni organizzative. Qui si vuole sottolineare che il successo del progetto è favorito dalla presenza nell'azienda un gruppo di professionisti che conoscano la metodologia dei percorsi assistenziali, che siano capaci di comunicarla in modo motivante agli altri professionisti e che godano dell'appoggio dell'alta direzione.

1.4.8 Scelta del problema o dei problemi di salute

La prima tappa operativa è ovviamente rappresentata dalla selezione del problema di cui costruire il percorso assistenziale.

La condizione patologica va scelta tra quelle rilevanti per l'organizzazione. Si tratta di stabilire dei criteri di priorità ed applicarli mediante l'analisi di dati disponibili o, in mancanza di dati, in base alle opinioni dei professionisti coinvolti.

Tra i criteri fondamentali di scelta del problema vi sono indubbiamente i seguenti:

- disponibilità di evidenze scientifiche sull'esistenza di interventi efficaci;
- variabilità dei processi in atto (variabilità dei comportamenti sia professionali, sia organizzativi);
- frequenza o meglio, in termini epidemiologici, incidenza (relativa ai nuovi casi) e prevalenza (relativa al totale dei casi) del problema o della condizione;

- costi e ricavi o meglio differenze tra costi e ricavi (hanno maggiori priorità le condizioni i cui costi superano i ricavi);
- entità dei possibili benefici per i pazienti derivanti dal miglioramento del processo, in termini di:
 - a) condizioni di salute;
 - b) fastidi e disagi evitati;
- entità dei possibili risparmi (riduzioni dei tempi di lavoro, eliminazione di sprechi);
- fattibilità, come sostegno della direzione; disponibilità degli operatori coinvolti a collaborare alla riprogettazione del processo e ad attuare gli eventuali cambiamenti; disponibilità delle risorse necessarie;
- durata prevedibile del progetto.

Va data anche particolare importanza alla presenza di difetti di integrazione tra vari settori, ad esempio tra ospedale e territorio, dato che i percorsi assistenziali possono servire per a porvi rimedio.

Per una griglia per la scelta di priorità di progetti di miglioramento di qualità, con determinazione di punteggi, si veda Morosini, 2000.

Per la scelta delle patologie ci si dovrebbe basare sulle singole diagnosi, ma si può però partire anche dalle categorie DRG ricavate dalle diagnosi e dagli interventi riportati sulle schede di dimissione ospedaliera. Così ad esempio si fa nell'organizzazione TriHealth Inc. di Cincinnati, Stati Uniti, dove per selezionare le patologie su cui costruire o rivedere i percorsi assistenziali si utilizzano i seguenti cinque criteri, tutti riferiti a 12 mesi:

1. Scostamento dei costi dai ricavi
2. Variabilità delle durate delle degenze
3. Frequenza dei ricoveri
4. Costi
5. Numero di decessi.

I DRG prioritari sono quindi scomposti nelle rispettive diagnosi ICD-IX CM e poi di ciascuna diagnosi si considera la frequenza all'interno del DRG; si tende quindi a scegliere la diagnosi o le diagnosi più frequenti.

Si ricorda che si può lavorare anche su un processo assistenziale che riguarda solo parte della gestione di un problema di salute o anche un singolo intervento diagnostico (ad esempio *triage* in pronto soccorso o uso della risonanza magnetica), ma qui ci si riferisce prevalentemente ad un percorso assistenziale completo.

1.4.9 Costituzione di un gruppo di lavoro

Per il problema prescelto o per ciascuno dei problemi prescelti si costituisce un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale, comprendente cioè tutte le categorie di operatori coinvolte nel trattamento della condizione in questione, non solo sanitarie (medici, infermieri, tecnici, ecc.), ma anche amministrativo-organizzative (ad esempio addetti al CUP) e sociali.

Al gruppo di lavoro, almeno all'inizio dei lavori, dovrebbero partecipare anche quelli che decidono, gli *opinion leader* (che, più rozzamente ma efficacemente, potremo chiamare i "capi"), senza il cui appoggio o almeno senza la cui opposizione è difficile che si possa fare qualcosa di sistematico e di permanente. .

Non è buona idea accontentarsi di dire ai "capi": "Mi mandi qualcuno dei tuoi?" Vanno coinvolti di più, almeno all'inizio. Ad esempio per i percorsi cardiologici nelle Marche, i primari sono stati coinvolti tutti direttamente nella approvazione delle principali raccomandazioni cliniche e poi nella nomina dei loro rappresentanti nei gruppo di lavoro locale per la messa a punto dei percorsi assistenziali. Un direttore generale che volesse promuovere i percorsi assistenziali dovrebbe inserire la partecipazione attiva alla definizione dei percorsi tra gli elementi di cui tenere conto per le valutazioni di "posizione".

Nel gruppo di lavoro è spesso opportuno inserire anche rappresentanti degli utenti, non solo per motivi di correttezza politica, ma anche per avere le loro opinioni per quanto riguarda gli aspetti di educazione sanitaria e sull'impatto delle decisioni sulla qualità percepita. Ad esempio nel gruppo di lavoro della Regione Marche sui percorsi per gastroenterite pediatrica sono state cooptate due madri che hanno dato un valido apporto sulle informazioni da dare alle madri per facilitare l'accettazione e migliorare la sicurezza del trattamento a domicilio. Si consiglia di inserire i rappresentanti degli utenti quando il gruppo di lavoro ha già elaborato una prima proposta condivisa, senza esporli a possibili manifestazioni di contrasto tra professionisti.

Il gruppo di lavoro per lo specifico problema, che qui chiameremo appunto gruppo di problema, procederà, con i sostegni metodologici e organizzativi di cui alla sezione 1.7, alla conduzione delle tappe successive.

1.4.10 Precisazione dell'oggetto

Il gruppo di lavoro dovrà per prima cosa precisare se vuole occuparsi dell'intero percorso o solo di una o più fasi dello stesso e quindi definire i criteri di inclusione od esclusione dei pazienti, sia dal punto clinico (ad esempio scompenso cardiaco di una particolare classe NYHA) che sociale (ad esempio, per i trattamenti in *day hospital*, solo pazienti conviventi con familiari capaci di assistere e con domicilio da cui si possa raggiungere un ospedale con pronto soccorso in meno di venti minuti).

1.4.11 Individuazione delle pratiche professionali appropriate e degli indicatori relativi

Più che di una tappa, si tratta di una attività di studio che dovrebbe iniziare il più presto possibile e accompagnare tutte le tappe successive. A questo scopo è opportuno che un sottogruppo di lavoro, col necessario sostegno metodologico, prenda visione delle linee guida e delle rassegne sistematiche più recenti, dei percorsi professionali elaborati in altre realtà e degli indicatori di processo professionale e di esito proposti a livello nazionale e internazionale (vedi il manuale 2), e ne discuta poi coi colleghi. Si noti che non si chiede qui al gruppo di lavoro di cimentarsi in faticose ricerche ed analisi di articoli originali.

Secondo Montaguti (2003), gli indicatori, come già accennato, dovrebbero servire a monitorare la coerenza tra il percorso progettato e il suo svolgimento e gli esiti intermedi e finali conseguenti, positivi e negativi. La

raccolta dei dati relativi deve essere preventivamente pianificata se non si vuole rischiare che “l’intero progetto di disease management perda significato”.

In qualche caso può essere utile costituire dei sottogruppi di lavoro che si suddividano l’esame delle evidenze scientifiche e delle esperienze relative a particolari categorie assistenziali, ad esempio valutazione strumentale o terapia farmacologica. In una esperienza interessante i sottogruppi di lavoro sono stati invitati a rispondere a quesiti specifici su aspetti fondamentali del trattamento formulati dal direttore del dipartimento in questione (Chiaia et al, 2002). Si propone che questa attività comini subito, perché i suoi risultati potrebbero già orientare le tappe di analisi e ricostruzione del processo in atto e ad esempio potrebbero portare a formulare domande del tipo: “Facciamo mai x (cioè una prestazione appropriata)?”; “La facciamo sempre tempestivamente?” “Facciamo mai y (cioè una prestazione inappropriata o superata)?”; “Rileviamo mai z (un dato che serve per costruire un indicatore valido)?”.

Per le metodologie di reperimento di evidenze scientifiche già, per così dire, predigerite, si veda qui il manuale 3.

1.4.12 Analisi del processo in atto

E’ compito del gruppo di problema ricostruire il processo in atto. Per farlo può ricorrere alle proprie conoscenze, ad osservazioni dirette, ad interviste ai colleghi e alla revisione delle cartelle cliniche di un campione di pazienti.

E’ importante specificare quali sono i criteri (relativi alle condizioni cliniche ed eventualmente sociali del paziente) che determinano il passaggio tra le diverse fasi e la conclusione del percorso.

E’ ovviamente opportuno identificare le categorie assistenziali principali in gioco, per poi scomporle nella attività ed eventualmente nei compiti che le costituiscono.

Sarebbe meglio, come detto nella sezione precedente, che il gruppo di lavoro si fosse già fatto un’idea delle pratiche ottimali alla luce delle evidenze scientifiche.

Si comincia col definire la sequenza delle fasi clinico-organizzative e si passa poi alla ricostruzione dettagliata del processo assistenziale in un “paziente tipo”. E’ utile distinguere i tempi di effettuazione degli interventi da quelli di movimentazione e di attesa ed è importante mettere in evidenza le differenze tra le unità organizzative e tra i professionisti nei comportamenti e nei tempi.

Per la descrizione scritta del processo in atto possono servire moduli come quello della figura 1.4.12, per poi eventualmente procedere a elaborare diagrammi di flusso o matrici di responsabilità.

Figura 1.4.12. **Esempio di modulo per la registrazione dettagliata delle attività e dei costi di ogni categoria assistenziale principale di un percorso assistenziale.** Il modulo qui riportato riguarda due sole categorie assistenziali principali e una sola fase clinico-organizzativa (da Casati e Vichi, 2002, modificato)

PERCORSO ASSISTENZIALE _____						
Fase clinico-organizzativa in esame _____						
Fase clinico-organizzativa precedente _____						
Condizioni cliniche all'ingresso nella fase _____						
<hr/>						
Categoria assistenziale 1 _____	Figura professionale	Numero, momenti di esecuzione	Tempo medio di ciascuna esecuzione	Tempo totale	Risorse consumate	Stima dei costi delle risorse
Attività (una riga per ogni attività di ciascuna figura professionale)						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
Categoria assistenziale 2 _____	Figura professionale	Numero esecuzioni; momenti esecuzione	Tempo medio di Ciascuna esecuzione	Tempo totale	Risorse consumate	Stima dei costi delle risorse
Attività (una riga per ogni attività di ciascuna figura professionale)						
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Si potrebbe anche monitorare quello che succede in un campione rappresentativo di casi, per verificare la corrispondenza delle loro esperienze con le descrizioni effettuate e per costruire il quadro di partenza rispetto al quale valutare i cambiamenti successivi alla introduzione del percorso modificato. In questo periodo sperimentale sarebbe opportuno anche porsi l'obiettivo di quali dati rilevare e se convenga rilevare anche i dati relativi ai costi più importanti. Si comincia così anche a farsi un'idea di come dovrebbe essere il sistema informativo aziendale e del contenuto dei resoconti periodici (*reporting*).

1.4.13 Stesura del percorso assistenziale modificato

Il gruppo di lavoro ridefinisce gli interventi delle varie fasi del processo (ad esempio primi giorni di ricovero, giorni intermedi, giorni finali, follow up) nelle categorie assistenziali principali pertinenti, include quelli basati sulle evidenze che non fossero presenti ed elimina quelli ritenuti non appropriati professionalmente, ridondanti, rallentanti.

Idealmente dovrebbero essere identificati e definiti in termini operativi (misurabili) i criteri di ingresso nel percorso e per ogni fase intermedia gli esiti intermedi, che diventano i criteri di ingresso per la fase successiva. Per l'ultima fase, si dovrebbero precisare i criteri di esito di uscita dal percorso, ad esempio occorre definire in termini operativi i concetti di paziente "guarito" o "stabilizzato" o "alleviato nelle sue sofferenze".

Per ogni attività si dovrebbe specificare o dovrebbe comunque essere chiaro chi la fa e quando, in quale linea guida o procedura è eventualmente descritta in dettaglio, come si verifica che sia stata attuata e quali incentivi vi sono per promuoverne l'attuazione (ad esempio inclusione come obiettivo nel *budget*, vedi il manuale 1).

Ogni attività viene di solito indicata con un verbo di azione, ad esempio effettuare la profilassi antibiotica, richiedere consulenza cardiologica, accertare le condizioni abitative.

Si richiama l'importanza di tenere conto per ogni attività raccomandata dei principi di appropriatezza professionale, di efficienza e di fattibilità (ad esempio una prescrizione di farmaci fuori nota di uno specialista ospedaliero può essere difficile da replicare sul territorio oppure un paziente anziano che vive solo potrebbe trovare difficile aderire ad una terapia complessa in assenza di assistenza infermieristica domiciliare).

Si arriva così a realizzare le schede o matrici di responsabilità definitive, che diventano la guida all'esecuzione del percorso.

Nel periodo iniziale di applicazione del percorso, i professionisti segnalano quando hanno svolto una attività mediante un codice (ad esempio 0 = attività non eseguita; 1 = attività eseguita in parte; 2 = attività eseguita completamente) o una sigla nel rettangolo dell'attività. Si ribadisce che il professionista conserva la libertà di non seguire le raccomandazioni del percorso, ma che è tenuto a chiarirne il motivo e riportarlo in appositi moduli.

1.4.14 Criteri di ingresso, di uscita e di gestione

Si ribadisce che è importante specificare i criteri di ingresso nel percorso assistenziale, di uscita dallo stesso e di passaggio da una fase clinico-organizzativa all'altra. I criteri relativi al passaggio da una fase ad un'altra sono detti anche criteri di gestione.

I criteri di ingresso, di uscita e di gestione sono per lo più di tipo clinico, sono cioè relativi alle condizioni fisiche e psicologiche dei pazienti, ma possono riguardare anche le loro condizioni socio-economiche o la loro preparazione per gli interventi (ad esempio essere a digiuno) o le nozioni o le abilità che dovrebbero aver imparato. Possono anche riguardare l'ottenimento del consenso informato ed anche la disponibilità di risorse, ad esempio disponibilità di sala operatoria, di centro diurno, di day-hospital, di assistenza domiciliare.

Si sottolinea che la diagnosi clinica non è di solito sufficiente come criterio di ingresso ma che di solito si tiene conto anche della gravità della condizione e della eventuale presenza di altre condizioni patologiche e di particolari fattori di rischio. Ad esempio alcuni dei criteri concordati di esclusione dal percorso "ernia in day surgery" (vedi anche il riquadro 1.4.14) sono stati:

- cardiopatia grave e/o broncopneumopatia ostruttiva grave (edemi declivi, dispnea, cianosi);
- presenza di ernie plurirecidue o di ernia inguinoscrotali permagna;
- evidenze di difficoltà pratiche o psicologiche per l'assistenza domiciliare post intervento (ad esempio persona che vive sola).

Qualche volta può essere difficile raggiungere l'accordo sulle indicazioni tra clinici diversi; è successo ad esempio ad uno degli autori di questo testo (MP) per quanto riguarda le indicazioni della colecistectomia nei pazienti asintomatici, nonostante l'esistenza di accreditate linee guida internazionali.

Si sottolinea che il mancato rispetto di uno o più criteri di passaggio alla fase successiva porta di solito a una maggiore durata della fase precedente o del periodo che intercorre tra due fasi e spesso a una ripetizione di alcune prestazioni.

Nel riquadro 1.4.14 sono riportati i criteri che corrispondono ai nodi decisionali della figura 1.4.4

Riquadro 1.4.14 Criteri relativi ai nodi decisionali del percorso di ernia inguinale rappresentato nel diagramma di flusso della figura 1.4.4

- 1. Rombo 1: E' confermata la diagnosi di ernia inguinale?** (criteri di ingresso)
 - Anamnesi: comparsa di dolore a seguito di sforzo fisico
 - Anamnesi: comparsa di tumefazione a seguito di sforzo fisico
 - Esame obiettivo: presenza di dolore in regione inguinale
 - Esame obiettivo: presenza di tumefazione in regione inguinale che si espande con gli impulsi della tosse
 - Esame obiettivo: percezione della trasmissione degli impulsi della tosse
- 2. Rombo 2: Si tratta di un'urgenza?** (criterio di ingresso)
 - L'ernia è di consistenza duro-elastica, molto dolente alla palpazione, irriducibile, non si espande con gli impulsi della tosse
- 3. Rombo 3: E' possibile l'intervento in day surgery?** (criteri di gestione)
 - Paziente autosufficiente (o che può contare su sostegno familiare)
 - Residenza a meno di 100km dall'Ospedale
 - Condizioni abitative favorevoli (possesso di apparecchio telefonico, presenza di ascensore)
 - Accettazione da parte del paziente dell'intervento in *day surgery*
 - Assenza di patologie concomitanti rilevanti (cardiopatía grave e/o broncopneumopatía ostruttiva grave (edemi declivi, dispnea, cianosi)
 - Assenza di ernie plurirecidue o di ernia inguinonoscrotali permagna
 - Paziente comunque operabile in anestesia locale o spinale – ASA 1 e ASA 2
- 4. Rombo 4: E' necessario un ricovero in degenza ordinaria?** (criterio di gestione)
 - Considerare se dagli accertamenti diagnostici o dalla visita anestesiológica risulta la presenza di patologie non note precedentemente che richiedono un'osservazione continuativa almeno per la notte dopo l'intervento
- 5. Rombo 5: Il paziente può tornare al proprio domicilio?** (criterio di gestione)
 - Recupero di capacità di deambulare
 - Recupero di orientamento spazio-temporale
 - Stabilità cardiocircolatoria
 - Assenza di problemi respiratori
 - Assenza di dolore o presenza di dolore moderato
 - Assenza di nausea e vomito
 - Recupero della capacità di ingerire liquidi
 - Assenza di vertigini
 - Assenza di sanguinamento
 - Assenza di ritenzione urinaria
 - Assenza di febbre
- 6. Rombo 6: Il paziente può esser dimesso, anche dal follow-up?** (criterio di uscita)
 - Ferita chirurgica guarita
 - Tenuta della plastica
 - Assenza di complicanze postoperatorie
 - Assenza di complicanze generali
 - Assenza di infezioni

1.4.15 Applicazione sperimentale del percorso modificato

Si passa quindi all'applicazione del percorso modificato in una unità organizzativa motivata e si continuano a rilevare gli stessi indicatori di processo e di esito della tappa 1.4.11. Questa fase sperimentale dovrebbe durare almeno tre mesi, in un contesto favorevole.

1.4.16 Valutazione dell'applicazione e degli esiti del percorso

La definizione dei percorsi assistenziali può avere scarso impatto se l'organizzazione non si dota di strumenti per valutarne il grado di applicazione e possibilmente gli esiti.

Nei resoconti o *report* che informano sull'andamento del percorso dovrebbe essere illustrato il grado di rispetto dei criteri di ingresso nel percorso, di uscita e di passaggio tra le diverse fasi clinico-organizzative (vedi anche la sezione 1.5 sul sistema informativo) e, per ogni categoria professionale, gli scostamenti dalle raccomandazioni del percorso per ogni fase del processo, con i relativi motivi (ad esempio situazione clinica particolare del paziente o ritardi organizzativi).

Il ciclo di miglioramento continuo si basa sul sistematico confronto tra ciò che si fa e/o si ottiene e ciò che si dovrebbe fare e/o ottenere. La verifica di come si è operato rispetto a come ci si aspettava di operare, il paragone degli esiti ottenuti nel presente con quelli raggiunti nel passato e il confronto tra i risultati dell'organizzazione in esame con quelli di altre organizzazioni simili sono componenti fondamentali dei progetti di audit clinico (di valutazione e miglioramento di qualità).

Va detto che è importante monitorare gli eventi avversi (per es. decessi, infezioni, cadute, ulcere), ma che la riduzione degli eventi avversi può non essere sufficiente per stabilire se il percorso sia davvero efficace.

1.4.17 Generalizzazione del percorso assistenziale

Questa tappa consiste nell'estensione dell'approccio ad altre unità organizzative che trattino la stessa condizione. La si attua se i risultati dell'applicazione sperimentale del nuovo percorso sono stati soddisfacenti.

1.4.18 Comunicazione pubblica dei risultati

Arriva il momento di comunicare l'esperienza in incontri all'interno dell'azienda, in convegni esterni e sulle riviste di valutazione e miglioramento di qualità o di organizzazione aziendale o della disciplina interessata. La comunicazione dei risultati gratifica chi ha fatto il lavoro e può essere di stimolo per altri. Nel campo della valutazione e del miglioramento di qualità non vi è plagio: la ripetizione di una iniziativa che ha avuto successo non solo non è riprovevole, ma va vista con favore.

1.4.19 Revisione periodica del percorso

Non ci si deve addormentare sugli allori. Periodicamente è opportuno chiedersi se si sono mantenuti i progressi fatti o se non sia il caso di aggiornare il percorso perché si sono manifestate difficoltà di applicazione o si è venuti a conoscenza di soluzioni migliori adottate altrove o si sono affermati nuovi trattamenti o nuove tecnologie.

1.4.20 Estensione ad altri problemi

Anche prima di aver concluso l'iter precedente, è possibile prendere in esame un altro percorso. Le necessità informative di tutti i percorsi orienteranno la riprogettazione complessiva del sistema informativo.

1.4.21 Valutazione della stesura del percorso - IPCAT

E' stato recentemente proposta una griglia per la valutazione della qualità dei percorsi assistenziali detta IPCAT (Integrated Care Pathways Appraisal Tool; Whittle et al, 2004).

L'IPCAT contiene in tutto 109 items. Esempi di domande sono:

- Nei documenti relativi al percorso assistenziale (PA) viene specificato chiaramente a quale gruppo di pazienti il percorso si riferisce?
- Nei documenti relativi al percorso assistenziale sono specificate le circostanze nel quale il paziente dovrebbe uscire dal percorso?
- Nei documenti relativi al percorso assistenziale sono specificati gli esiti o gli obiettivi del percorso? (si tratta in realtà di due domande, in quanto gli obiettivi possono anche essere diversi dagli esiti di salute)
- Sono state descritte e analizzate le pratiche in atto prima dello sviluppo del percorso assistenziale?
- Si sono coinvolti gli utenti nello sviluppo del percorso assistenziale?
- Si sono utilizzate le fonti di evidenze scientifiche per orientare il contenuto del percorso assistenziale?
- E' stato istituito un programma di formazione del personale sul percorso assistenziale?
- Il sistema informativo riesce a fornire al personale clinico informazioni sugli esiti del PA / sugli scostamenti dal PA? (anche in questo caso si tratta di due domande)

La scala di risposta proposta per ogni domanda è deludente; contiene infatti solo i seguenti livelli: Sì; No; Non sono sicuro; Non valutabile.

Come si nota dall'esempio delle domande, l'IPCAT porta a valutare aspetti che sono stati tutti trattati in questo manuale.

1.5 VERIFICA DELLA APPLICAZIONE DEL PERCORSO E SISTEMA INFORMATIVO

La verifica della applicazione del percorso mediante l'esame delle cartelle cliniche è possibile, come dimostra l'esperienza piemontese citata in 1.9, ma è molto dispendiosa e parziale (ad esempio è molto difficile accertare i motivi dello scostamento dal percorso).

In una prima fase sperimentale, diciamo nei primi tre mesi, si consiglia di mettere a punto schede come nella figura 1.4.5b, in cui si rimanda mediante asterischi o codici alle raccomandazioni o alle procedure dettagliate e ad eventuali moduli o scale da compilare. Si ricorda a questo proposito che nella scheda vi è, accanto ad ogni colonna principale, una colonna ristretta in cui chi ha eseguito il compito è invitato ad apporre un codice corrispondente alla esecuzione della attività prevista (ad esempio, come già accennato, 0 = attività non eseguita; 1 = attività eseguita in parte; 2 = attività eseguita completamente).

Va precisato che non è indispensabile che schede del genere vengano compilate quando le raccomandazioni del percorso sono applicate. E' però importante che venga segnalato quando non lo sono e quali sono i

motivi dello scostamento, se legati alle condizioni cliniche del paziente, alle sue condizioni sociali e psicologiche o ad impedimenti organizzativi.

Sempre come già accennato, la segnalazione degli scostamenti può essere considerata uno strumento di audit che può portare a modificare il percorso.

Un modulo (o una scheda) di questo tipo:

- rappresenta forse l'elemento che distingue di più l'approccio per percorsi assistenziali;
- ma d'altra parte può essere ragionevolmente proposto solo per un periodo di tempi limitato, ad esempio per i primi tre mesi dopo l'introduzione del percorso. Poi il percorso può essere governato a maglie più larghe e basta rilevare solo i dati necessari per calcolare gli indicatori principali di processo o di esito.

Sul piano tecnico, la realizzazione di un sistema informativo che permetta il monitoraggio dei percorsi assistenziali appare ormai possibile, anche se non facile, grazie ai progressi della tecnologia informatica e al superamento in corso della tradizionale separazione tra il sistema informativo amministrativo e sanitario, che fino a pochi anni fa erano spesso incapaci di comunicare.

Il sistema informativo va riorganizzato attorno al singolo paziente, che va identificato sempre con lo stesso codice (uguale a quello usato per la Scheda di Dimissione Ospedaliera) in tutte le prestazioni e le transazioni che lo riguardano. E' ormai relativamente facile farlo per le prestazioni dei servizi diagnostici (laboratorio di chimica clinica, radiologia, servizio cardiologico, anatomia patologica) ed anche, anche se con maggiore difficoltà, per i prodotti forniti da servizi come la farmacia e il centro trasfusionale.

Più difficile è la rilevazione sistematica dei dati clinici di ingresso nei percorsi e di esito intermedio e finale.

La soluzione definitiva è rappresentata dalla adozione della cartella clinica informatizzata. Molto si può ottenere però se si facilita la rilevazione di indicatori di processo con moduli come quelli descritti nella sezione 1.6, con altri moduli appositi per la segnalazione confidenziale di eventi avversi (vedi però quanto detto a proposito della confidenzialità degli indicatori professionali nel manuale 2), con la compilazione ripetuta di scale ed altri strumenti standardizzati di valutazione clinica e funzionale. Una interessante soluzione è quella costituita dall'adozione di schede in cui sia prevista la compilazione ripetuta nel tempo dei diversi *item* di tali scale, in modo da costruire una specie di grafico dell'andamento nel tempo di variabili cliniche e funzionali, analogamente a quello che succede per la temperatura e per la pressione nella cartella clinica. Un esempio di uno dei quadri di una di queste scale, la HoNOS-Roma per la valutazione dei pazienti psichiatrici, è riportato nella figura 1.5.1 (Morosini et al, 2003). Sono disponibile anche la scala Valgraf per la valutazione multidimensionale dell'anziano (Gigantesco et al, 1995), mentre una versione analoga dal scala Norton Plus per la valutazione del rischio di piaghe da decubito è qui riportata nella figura 1.5.2

Figura 1.5.1 Una pagina dello strumento di valutazione dei pazienti dei servizi di salute mentale HoNOS (Morosini et al, 2003). In ogni quadro sono previste 6 compilazioni successive, le cui date sono riportate nella prima pagina dello strumento.

5A. Problemi (organici/fisici/somatici) (nel periodo di riferimento)

Considerare i problemi fisici che limitano o impediscono i movimenti, o compromettono la vista o l'udito, o limitano in altro modo l'energia, la resistenza e la funzionalità fisiche di P (P=persona in esame). Comprende gli effetti collaterali somatici dei farmaci; gli effetti a lungo termine dell'uso di alcool e droghe; le menomazioni fisiche conseguenti ad incidenti di qualunque causa, ecc. Non considerare i problemi di memoria e di orientamento presi in esame nella scala 4.

5A

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
0						
1						
2						
3						
4						

0. Nessun problema fisico particolare nel periodo considerato.
1. Problemi fisici temporanei durante il periodo considerato (come ad esempio influenza o slogatura) o problemi sanitari organici di lunga durata che non comportano rilevanti effetti sul funzionamento ma che richiedono attenzione medica.
2. Problemi evidenti nella mobilità e/o nella funzionalità fisica e/o nell'energia fisica che però permettono al paziente di essere fisicamente autonomo, seppure con fatica e/o con l'uso di ausili.
3. Problemi nella mobilità e/o nella funzionalità fisica che rendono il paziente dipendente da altri, ma non completamente.
4. Invalidità fisica completa o quasi.

5B

1°	2°	3°	4°	5°	6°
F	F	F	F	F	F

5B. Barrare la casella se il problema è in tutto o in gran parte dovuto agli effetti collaterali dei farmaci

Monitoraggio		6A. Allucinazioni e deliri (nel periodo di riferimento)																																										
SI	NO																																											
<p>Non importa la causa. Considerare anche i comportamenti strani, bizzarri (cioè mai presenti in persone senza disturbi psichici gravi), associati a deliri ed allucinazioni, ma non i comportamenti aggressivi, distruttivi e iperattivi, che vanno valutati nella scala 2.</p>																																												
<p>6A</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>1°</td> <td>2°</td> <td>3°</td> <td>4°</td> <td>5°</td> <td>6°</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>1</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>3</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>4</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			1°	2°	3°	4°	5°	6°	0							1							2							3							4							<ol style="list-style-type: none"> 0. Nessuna evidenza di deliri o di allucinazioni nel periodo considerato. 1. Credenze lievemente eccentriche o bizzarre, al di fuori delle norme culturali del gruppo etnico in cui il paziente si riconosce. 2. Deliri ed allucinazioni sicuramente presenti (ad es. sente voci, ha visioni), ma con malessere modesto per P e manifestazioni di comportamenti bizzarri solo brevi e non clamorose. 3. Deliri ed allucinazioni accompagnati da grosso malessere o angoscia ma non per la maggior parte del tempo e/o comportamenti evidentemente bizzarri prolungati e vistosi, ma non dannosi. 4. P è assorbito per la maggior parte del tempo in deliri ed allucinazioni e/o ha comportamenti ispirati da deliri e allucinazioni che sono sicuramente dannosi per P e/o per altri (NB. Considerare non qui, ma nella scala 2 gli atti aggressivi).
	1°	2°	3°	4°	5°	6°																																						
0																																												
1																																												
2																																												
3																																												
4																																												
<p>6B</p> <table border="1"> <tr> <td>1°</td> <td>2°</td> <td>3°</td> <td>4°</td> <td>5°</td> <td>6°</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1°	2°	3°	4°	5°	6°							<p>6B. Se codice 2 o più, specificare in 6B il tipo prevalente di allucinazioni o deliri scrivendo: M=maniacoali, P=paranoidei; D=depressivi; A= altri..</p>																														
1°	2°	3°	4°	5°	6°																																							

Monitoraggio		7. Umore depresso (nel periodo di riferimento)																																										
SI	NO																																											
<p>Non considerare i comportamenti aggressivi o agitati, valutati nella scala 2. Non considerare idee e tentativi di suicidio, valutati nella scala 1. Non considerare allucinazioni e deliri, valutati nella scala 6.</p>																																												
<table border="1"> <tr> <td></td> <td>1°</td> <td>2°</td> <td>3°</td> <td>4°</td> <td>5°</td> <td>6°</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>1</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>3</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>4</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			1°	2°	3°	4°	5°	6°	0							1							2							3							4							<ol style="list-style-type: none"> 0. Assenza o presenza solo per brevi momenti di scoraggiamento e demoralizzazione. 1. Demoralizzazione, pessimismo, non solo per brevi momenti, ma non per la maggior parte del tempo; e da cui P riesce perlopiù, se si sforza, a liberarsi. 2. Episodio depressivo lieve caratterizzato da più di uno dei seguenti sintomi: tono dell'umore depresso, perdita parziale di interesse e di capacità di provare piacere, perdita parziale di autostima, fiducia in sé; sensi di inferiorità e inadeguatezza, sensi di colpa eccessivi ma che P riesce a discutere; riduzione di speranza; o variazioni rapide e marcate dell'umore. 3. Episodio depressivo marcato, con alcuni dei sintomi precedenti presenti in modo grave (ad esempio perdita completa di speranza, sensi di colpa forti e mai messi in dubbio). 4. Episodio depressivo grave, con la maggior parte dei sintomi precedenti presenti in modo grave e/o grave rallentamento motorio e/o grave perdita di appetito.
	1°	2°	3°	4°	5°	6°																																						
0																																												
1																																												
2																																												
3																																												
4																																												

Monitoraggio		8A. Altra sintomatologia psichica (nel periodo di riferimento)																																										
SI	NO																																											
<p>Prendere in esame il più grave dei disturbi psichici diversi da quelli presi in esame nelle scale 6 e 7. Se si è verificato più di un disturbo durante il periodo considerato, considerare solo il disturbo più grave. Per codificare la gravità di questo disturbo, si può ricorrere, oltre che alla scala sottostante, anche allo strumento FACE di Clifford, 2000.</p>																																												
<p>8A</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>1°</td> <td>2°</td> <td>3°</td> <td>4°</td> <td>5°</td> <td>6°</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>1</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>3</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>4</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			1°	2°	3°	4°	5°	6°	0							1							2							3							4							<ol style="list-style-type: none"> 0. Nessuna evidenza della presenza di sintomi psichici diversi da quelli considerati in 6 e 7. 1. Sintomi lievi, noti solo a chi conosce bene P. 2. Sintomi evidenti a tutti, ma non presenti per la maggior parte del tempo e che P può in parte controllare; non 4. 3. Sintomi evidenti per la maggior parte del tempo; di solito sono presenti uno o più episodi di crisi in cui P perde totalmente il controllo. 4. Stato di crisi permanente o quasi.
	1°	2°	3°	4°	5°	6°																																						
0																																												
1																																												
2																																												
3																																												
4																																												
<p>8B. Se</p> <table border="1"> <tr> <td>1°</td> <td>2°</td> <td>3°</td> <td>4°</td> <td>5°</td> <td>6°</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1°	2°	3°	4°	5°	6°							<p>ntomatologia più grave, usando le seguenti lettere: AL = sintomi da disturbi N = ansia e fobie; DI = sintomi dissociativi ("di conversione"); MA = sintomi = sintomi ossessivi compulsivi; SE = sintomi da disturbi sessuali; SO = disturbi del ipocondriaci; ST = sintomi post-traumatici da stress; AS = altri sintomi</p>																														
1°	2°	3°	4°	5°	6°																																							

Riportiamo ora alcuni esempi di tabelle di sintesi di dati rilevati durante l'applicazione di un percorso assistenziale. La prima, la 1.5.1 consente di apprezzare il grado di adesione ai criteri stabiliti per l'ingresso del paziente nel percorso relativo all'ernia inguinale trattata in *day surgery*.

Tabella 1.5.1 **Rispetto dei requisiti di ingresso nel percorso "Trattamento dell'ernia inguinale in day surgery"** in un semestre su un totale di 86 pazienti (da Casati e Vichi, 2002)

	SI	%	NO	%
Nodo decisionale 1. Si tratta di ernia inguinale?				
Anamnesi: comparsa di dolore a seguito di sforzo fisico	76	88%	10	12%
Anamnesi: comparsa di tumefazione a seguito di sforzo fisico	56	65%	30	35%
Esame obiettivo: presenza di dolore in regione inguinale	34	40%	52	60%
Esame obiettivo: presenza di tumefazione in regione inguinale che si espande con gli impulsi della tosse	85	99%	1	1%
Esame obiettivo: Percezione della trasmissione degli impulsi della tosse	84	98%	2	2%
Rispetto complessivo dei criteri d'ingresso	85	99%	1	1%
Nodo decisionale 2. E' un'urgenza?				
L'ernia non è di consistenza duro-elastica, molto dolente alla palpazione, irriducibile, non si espande con gli impulsi della tosse	82	96%	3	4%
L'ernia è di consistenza molliccia, riducibile (spontaneamente o manualmente)	82	96%	3	4%
Rispetto complessivo dei criteri di urgenza	82	96%	3	4%
Nodo decisionale 3. E' operabile in day surgery?				
Paziente autosufficiente (o può contare su sostegno familiare)	78	95%	4	5%
Residenza a < 100km dall'Ospedale	72	88%	10	12%
Condizioni abitative favorevoli (possesso di apparecchio telefonico, presenza di ascensore)	75	91%	7	9%
Paziente che accetta la procedura in DH	78	95%	4	5%
Assenza di patologie concomitanti rilevanti (che richiedono un'osservazione continuativa almeno per la notte postintervento)	79	96%	3	4%
Paziente operabile in anestesia locale o spinale	81	99%	1	1%
Rispetto complessivo dei criteri di operabilità in day surgery	68	83%	14	17%

Per la valutazione pre-post, vedi la sezione 1.8.3

E' ovviamente opportuno che il nuovo sistema informativo sia gestito da un responsabile che condivida il nuovo orientamento verso la valutazione della qualità dei processi sanitari e delle iniziative di miglioramento ed innovazione.

1.6 EBM, LINEE GUIDA E PROMEMORIA

Al centro della costruzione di percorsi assistenziali nuovi o riprogettati ci deve essere la riflessione sul grado di appropriatezza degli interventi diagnostici e terapeutici in corso. Perché questa riflessione si realizzi, è utile che:

- nell'azienda sia già stata introdotta qualche linea guida;
- nell'azienda ci sia già (idealmente in ogni unità operativa) qualcuno che sia formato nei principi della Medicina Basata sulle Evidenze e nel rintracciare la documentazione pertinente, soprattutto rassegne sistematiche e linee guida formulate da enti autorevoli (come ad esempio avviene nell'ospedale milanese di Niguarda, nel policlinico bolognese di S. Orsola, sia nell'ospedale che nella ASL di Reggio Emilia).

Vogliamo ricordare anche l'esperienza del gruppo per la Medicina Basata sulle Evidenze dell'Ospedale San Giovanni Battista di Torino, che ha portato alla redazione di un Manuale Metodologico per l'elaborazione di linee guida aziendali (gruppo EBM Molinette, 2003).

La necessità di integrazione dell'approccio EBM e di quello di valutazione e miglioramento di qualità è argomentata da Ballini e Liberati (2003), che sottolineano come occorre tenere conto:

- della qualità metodologica delle linee guida professionali;
- delle motivazioni delle resistenze al cambiamento (timore di perdere prestigio ed autorevolezza, diffidenza verso un possibile aumento del carico di lavoro non ricompensato, caratteristiche cliniche particolari dei pazienti assistiti, rigidità organizzative di orari, di ruoli, di turni);
- del fatto che notevoli miglioramenti possono derivare anche solo da cambiamenti nel rapporto medico-paziente o nell'educazione dei pazienti o da soluzioni organizzative innovative;
- della necessità di misurare l'applicazione delle raccomandazioni e dell'opportunità di valutare gli esiti.

Inoltre gli autori mettono in guardia contro il dare eccessiva enfasi ai concetti di cultura organizzativa e di leadership (date "la difficile definizione dei tratti specifici di un leader e la problematica conciliazione con i metodi di reclutamento e con i sistemi premianti oggi in vigore").

L'argomento EBM viene trattato in modo più approfondito nel manuale 3.

Per modificare le pratiche dei professionisti sanitari si sono dimostrati molto utili schemi o promemoria che sintetizzino le raccomandazioni cliniche e organizzative concordate. Alcuni esempi sono riportati nelle tabelle 1.6.1 e 1.6.2 e nella figura 1.6.1.

Tabella 1.6.1 **Scheda di sintesi di linea guida relativa agli esami e alle viste specialistiche da prescrivere in medicina generale. Applicazione alla presa in carico di un paziente asmatico.** Sono indicati con una x gli interventi appropriati, a seconda del tipo di asma

Esami di laboratorio o strumentali	Tutti i paz.	Asma saltuario	Asma lieve persistente	Asma moderato persistente	Asma grave persistente	Asma allergico
Elettrocardiogramma	X					
Alanina aminotransferasi						
Alfa amilasi						
Aspartato aminotransferasi						
Bilirubina totale						
Calcio totale						
Cloremia						
Colesterolo HDL						
Colesterolo LDL						
Colesterolo totale	X					
Colinesterasi (pseudo-CHE)						
Creatinchinasi (CPK o CK)						
Creatinchinasi isoenzima MB (CK-MB)						
Creatininemia	X					
Gamma glutamil transpeptidasi	X					
Glucosio	X					
Lattatodeidrogenasi						
Natremia						
Potassiemia						
Proteinemia						
Sideremia						
Tireotropina (TSH)						
Trigliceridi	X					
Uricemia						
Uremia						
Urine esame microscopico						
Emocromo completo.	X					
Fibrinogeno funzionale						
Tempo di protrombina (PT)						
Tempo di tromboplastina parziale (PTT)						
Velocità di sedimentazione delle emazie	X					
Spirometria x PEF	X					
Emogas analisi					X	
Rx torace					X	
EGDS (scopia)					X	
Visita oculistica						
Visita neurologica						
Visita diabetologica						
Visita allergologica						X
Visita ortopedica						
Visita cardiologia						
Visita pneumologica				X	X	
Altri esami o visite						
Altri esami o visite						

Tabella 1.6.2. Scheda di sintesi di linea guida relativa alla terapia farmacologica in medicina generale al momento della presa in carico di un paziente asmatico. Sono indicati con una x i farmaci appropriati, a seconda del tipo di asma

Farmaci	Asma saltuario	Asma lieve persistente	Asma moderato persistente	Asma grave persistente	Asma allergico
Salbutamolo: R03AC 400 mcg B.I.D.	Al bisogno	Al bisogno	X	X	
Fluticasone: R03BA 250 mcg tris in die	X	X	X		Associazione fluticasone + salmeterolo
Salmeterolo:: R03AC 25 mcg B.I.D.	X	X	X		idem
Teofillina R03DA 400 mg B.I.D.		X	X		
Metilpredinolone: D10AA 16 mg B.I.D.			X a scalare dopo 4 gg	X a scalare dopo 4 gg	X a scalare dopo 4 gg
Beclometasone: R03BA 50 mcg B.I.D.				X	
Oxatomide: R06AE 30 mg B.I.D.				X	

* se il paziente gradisce un solo puff

Figura 1.6.1. **Modulo di prescrizione degli esami preoperatori messo punto dall'Ufficio Qualità dell'Ospedale di Niguarda.** Gli esami della prima colonna possono essere prescritti mediante un segno su una casella bianca corrispondente ad una indicazione approvata. L'esame può essere prescritto anche in assenza di indicazioni approvate se si fa un segno nell'ultima colonna a destra; in questo caso però occorre specificare sotto i motivi.

ESAMI PREOPERATORI	Neonati/Lattanti	+0 Età fertile	0 > 45 anni	+0 < 55 anni	+0 > 60 anni	Mal. Cardiovasc.	Broncopneu./fumo	Neoplasie	Epatopatia	Emo-Coagulopatie	Nefropatia	Diabete	Indigenza/Immigr.	ASA 3 - 4	Diuretici	Digitale	Cortisonici	Anticoagulanti	Immunosoppressori	Chemio-Radioterap	An. Peridur/Subar.	Esame prescritto
	ECG																					
RX Torace																						
Emogruppo																						
Emocromo																						
Screening coagulazione																						
Glicemia																						
Creatininemia																						
Elettroliti Plasmatici																						
Test di gravidanza																						
Transaminasi																						
Esami fuori griglia o altri esami	Indicare il quesito clinico																					

E' abbastanza frequente nei percorsi assistenziali che vi siano promemoria in forma di moduli da inserire nella cartella clinica per ricordare esattamente cosa fare prima della dimissione o di un trasferimento.

1.7 CONDIZIONI PER APPLICARE CON SUCCESSO LA GESTIONE PER PERCORSI PROFESSIONALI

1.7.1 Condizioni facilitanti

Non tutte le aziende sanitarie si trovano nelle condizioni di poter introdurre con successo la gestione per processi professionali.

Tra le **condizioni facilitanti** l'avvio della gestione per percorsi assistenziali vi sono:

- l'esistenza di strumenti gestionali quali il **budget e la contabilità analitica**;
- la **presenza di una cultura della EBM**, già discussa in 1.6.
- la possibilità di rilevare indicatori che permettano di valutare l'applicazione dei percorsi, come detto in 1.5
- la costituzione di un **gruppo di coordinamento aziendale** delle diverse iniziative, che auspicabilmente sia collocato presso l'Ufficio Qualità o in una struttura analoga dell'azienda.

Perché la gestione per processi professionali e percorsi assistenziali diventi diffusa e sistematica è opportuno inoltre che:

- siano disponibili **investimenti** diretti all'acquisizione di competenze nella metodologia della valutazione e miglioramento di qualità e allo sviluppo del sistema informativo;
- **sia ridisegnato il sistema delle responsabilità**. La gestione per processi presuppone l'individuazione di responsabilità rispetto ai singoli processi e a categorie omogenee degli stessi. In campo clinico, l'orientamento per percorsi assistenziali è facilitato se l'organizzazione è articolata in strutture complesse ampie con messa in comune delle risorse di spazi, personale, attrezzature tecnologiche e se ciascun percorso ha un suo coordinatore professionale che può ottenere avanzamenti di carriera di tipo professionale. E' probabilmente inopportuno che si siano gradi gerarchici manageriali intermedi tra tali coordinatori e il direttore della struttura complessa.

Consideriamo ora in dettaglio le funzioni della direzione strategica, del gruppo di coordinamento aziendale, dell'ufficio per la formazione, dei gruppi di problema.

1.7.2 Alta direzione o direzione strategica

La direzione strategica ha le funzioni di:

- promuovere l'iniziativa nella consapevolezza dell'impegno necessario sia nella fase sperimentale, sia ancor più nella fase di generalizzazione;
- costituire il gruppo di coordinamento aziendale;
- presenziare ai momenti fondamentali di divulgazione dell'iniziativa, sia all'interno che all'esterno dell'azienda e mostrare il proprio interesse per l'andamento della stessa, anche mediante incontri con i gruppi di lavoro e con i singoli professionisti coinvolti;
- dare forza istituzionale al progetto coll'inserire impegni ed obiettivi nella negoziazione del budget;

- trasformare il gruppo di coordinamento in un organismo permanente nell'ambito della stessa direzione strategica, se le prime iniziative hanno successo.

1.7.3 Gruppo di coordinamento aziendale

Il gruppo di coordinamento aziendale deve godere dell'appoggio dell'alta direzione, condividere gli scopi e la metodologia della gestione per percorsi assistenziali, assicurare l'omogeneità di approccio in tutta l'azienda, sollecitare e utilizzare pareri e suggerimenti. In altri termini dovrebbe mostrare autorevolezza, capacità, cortesia e pazienza.

Nel gruppo di coordinamento sono presenti tutte le competenze utili, in particolare:

- mediche ed infermieristiche, con priorità per quelle più coinvolte nei processi che ci si propone di affrontare (ad esempio medico generale, pediatra di libera scelta e infermiere di distretto per un gruppo di coordinamento territoriale); è opportuno che si cerchi di includere i professionisti di maggiore prestigio, quelli da cui gli altri mandano i loro familiari e amici bisognosi di cure;
- metodologiche (valutazione e miglioramento di qualità, definizione di indicatori, gestione per processi, EBM);
- informatiche.

Perché il gruppo abbia maggiore funzionalità è opportuno che:

- un membro del gruppo agisca da coordinatore, abbia la responsabilità complessiva del progetto e risponda all'azienda sanitaria dei risultati conseguiti;
- uno o più membri del gruppo vi lavorino a tempo pieno o per gran parte del tempo, possibilmente in quanto membri permanenti dell'ufficio qualità dell'azienda o li distaccati;
- il gruppo di coordinamento si occupi sia degli aspetti progettuali generali dell'approccio, quali la formazione del personale, l'inserimento delle iniziative nel budget, il reperimento e la valutazione delle linee guida, le modifiche del sistema informativo, sia degli aspetti più operativi, quali organizzazione degli incontri dei gruppi di problema, predisposizione di documenti e moduli, elaborazione dei dati. Si è visto che è opportuna, se non necessaria, la presenza di un membro del gruppo di coordinamento come facilitatore e esperto di metodologia in tutte le riunioni dei gruppi di problema.
- ad un certo punto il gruppo di coordinamento elabori un manuale operativo aziendale sui percorsi assistenziali, in modo da facilitare la continuità dell'iniziativa e la diffusione della metodologia.

Il gruppo di coordinamento avrà spesso bisogno nel periodo iniziale di consulenze esterne che lo aiutino ad acquistare le competenze necessarie. Lo si può considerare pronto ad operare autonomamente quando abbia lavorato a tre percorsi diversi. In ogni modo il o i consulenti esterni non dovrebbero essere sostitutivi ma integrativi rispetto al gruppo di coordinamento ed il loro mandato dovrebbe essere quello di facilitare l'avvio del progetto, non quello di gestirlo.

1.7.4 Formazione e divulgazione

La gestione per processi professionali comporta l'acquisizione di nozioni, linguaggio, atteggiamenti nuovi. E' opportuno perciò che l'azienda organizzi iniziative di formazione rivolte all'inizio ai componenti del gruppo di coordinamento aziendale e successivamente anche agli altri professionisti. La formazione estesa può essere realizzata anche da personale interno, ma forse all'inizio, quando il gruppo di coordinamento aziendale è ancora poco accreditato, è opportuno ricorrere a esperti esterni, ad esempio a consulenti affermati o a professionisti di altre aziende sanitarie nelle quali la gestione per processi professionali abbia già dato risultati. E' opportuno anche pianificare momenti di divulgazione, nella fase iniziale per presentare il progetto e sensibilizzare gli operatori, più avanti per comunicare lo stato di avanzamento, ad esempio quali percorsi sono stati scelti e quali sono i primi risultati del monitoraggio.

1.7.5 Gruppi di problema

La costituzione dei gruppi di problema è già stata trattata in 1.4.9. Qui sembra utile aggiungere che, per una migliore funzionalità del gruppo, è opportuno che:

- un componente del gruppo agisca da coordinatore e risponda dei risultati al gruppo di coordinamento aziendale;
- un componente del gruppo abbia la responsabilità del collegamento tra gruppo di problema e gruppo di coordinamento aziendale;
- il funzionamento del gruppo riguardi entrambi i livelli, uno più operativo, in cui si definiscono in dettaglio le varie fasi e attività del percorso e si esegue poi il monitoraggio, e uno più teorico, in cui si discutono prima le scelte degli interventi più importanti e poi il significato dei risultati osservati e la riprogettazione del percorso.

Quando il problema in esame riguarda più unità organizzative simili (per esempio due o più chirurgie generali), le differenze tra di esse possono portare alla definizione di più percorsi assistenziali per lo stesso problema. In questa situazione è qualche volta consigliabile che il gruppo si articoli in più sottogruppi, anche se coordinati tra di loro. Così pure è opportuno che vi siano più sottogruppi nel caso di progetti che coinvolgono più presidi.

Soprattutto il gruppo di coordinamento aziendale, ma anche quelli di problema possono giovare dell'inserimento di un borsista / contrattista a tempo pieno che all'inizio faccia da segretario e da organizzatore dell'aiuto metodologico.

1.7.6 Iniziative multicentriche

Il progetto può essere rafforzato dalla partecipazione ad iniziative multicentriche, meglio se a livello regionale o interregionale, partecipazione che all'inizio consente di:

- confrontare fallimenti e successi;
- utilizzare le esperienze altrui per superare gli ostacoli;

- ripartire i costi di progettazione di alcuni strumenti di supporto, ad esempio del software per il monitoraggio dei processi e/o per la produzione di resoconti (report).

Più tardi si potranno confrontare i propri risultati con quelli delle altre realtà, in una ottica di *benchmarking*.

Una Regione che intenda favorire la diffusione dell'approccio per percorsi assistenziali dovrebbe considerare l'opportunità di istituire un gruppo di coordinamento regionale che stimoli e coordini le iniziative delle aziende sanitarie.

1.7.7 Riunioni dei gruppi di lavoro

La convocazione e gestione delle riunioni dei gruppi di lavoro è tanto importante che questo manuale vi dedica una apposita trattazione, riportata nell'appendice A1.3

1.7.8 Resistenze ad aderire all'iniziativa

Durante la fase di introduzione dell'approccio per percorsi assistenziali, la cui durata può essere stimata tra i 18 e i 24 mesi, soprattutto all'inizio, ci si deve aspettare di incontrare ostacoli e resistenze e quindi occorre essere pronti a coglierne i segnali premonitori; i più evidenti e frequenti sono i ritardi nello svolgimento delle tappe del progetto e l'assenza di professionisti importanti alle presentazioni e alle discussioni dell'iniziativa o la loro mancata risposta a telefonate ed e-mail.

Per prevenire le resistenze è opportuno cercare di coinvolgere fin dall'inizio i professionisti importanti verosimilmente più contrari, come già detto in 1.4.9, in modo da recuperarli o da evitare la loro ostilità attiva, ad esempio in modo da ottenere una autoesclusione pacifica. Per farlo, è utile cercare di chiarire con cortesia e pazienza i motivi del conflitto (differenze nelle informazioni, negli obiettivi, ambizioni personali) e negoziare, il che significa sapere e potere proporre all'altro qualche vantaggio in termini di prestigio e/o di potere e/o di carriera e/o di guadagno.

Qualche volta ci si imbatte in clinici che si oppongono all'inserimento nel percorso di raccomandazioni su cui gli altri clinici e la letteratura scientifica sono d'accordo. In questo si può cercare di attenuare l'opposizione mediante la negoziazione di un periodo di prova. Ad esempio un anestesista insisteva per inserire nel percorso assistenziale per protesi d'anca un elettrocardiogramma post-intervento, perché era convinto, senza nessun sostegno da parte della letteratura, che durante l'operazione fossero frequenti gli infarti. Gli si propose di inserire l'ECG per un periodo di prova di tre mesi. Alla fine di questo periodo, dato che non si era verificato nessun infarto, l'anestesista non rinnovò la sua richiesta.

Se comunque le resistenze sono numerose e persistono, bisogna considerare se vi sono state carenze per quanto riguarda:

- a) le dimostrazioni del sostegno della direzione strategica aziendale;
- b) l'autorevolezza del gruppo di coordinamento aziendale e la sua capacità di coinvolgere gli operatori;
- c) la chiarezza della metodologia;
- d) la chiarezza dei vantaggi legati alla partecipazione all'iniziativa e/o degli svantaggi legati alla non partecipazione.

Nel caso a), è necessario che la direzione strategica aziendale recuperi la situazione, ad esempio mediante l'effettuazione di incontri appositi, l'inserimento del progetto tra gli obiettivi del budget, la presenza degli incontri già programmati.

Altri provvedimenti sono: cambiare i componenti del gruppo di coordinamento aziendale, istituire un comitato scientifico di garanzia, stabilire compensi diretti per i professionisti coinvolti nel progetto, soprattutto se si tratta di medici di medicina generale o di pediatri di libera scelta.

Se la resistenza persiste ed è limitata a singoli professionisti o a singole unità operative, la soluzione probabilmente migliore è rinunciare all'inclusione dei loro pazienti, almeno nella fase iniziale. Saranno i risultati prodotti dal progetto che potranno poi facilitare il superamento delle resistenze. Occorre comunque ricordarsi la regola dell'interdipendenza, per cui bisogna cercare di ristabilire la relazione il più presto possibile.

1.7.9 Altre difficoltà

Si possono incontrare difficoltà nel descrivere i percorsi in atto, nel definire il percorso ottimale, nel monitorare la sua applicazione e i suoi esiti.

Quasi sempre queste difficoltà sono riconducibili a errori metodologici o a mancanza di tempo. In questo ultimo caso è opportuno considerare se possa essere utile rafforzare il gruppo di coordinamento con l'inserimento di un operatore dedicato o la diminuzione degli altri impegni dei componenti, in modo tale che abbiano più tempo da dedicare all'iniziativa.

I problemi più frequenti sono legati al mancato rispetto degli impegni relativi all'effettuazione degli incontri tra gruppo di coordinamento aziendale e gruppi di problema e nella ritardata o difettosa traduzione in strumenti operativi delle decisioni prese negli incontri.

Le difficoltà di monitoraggio sono spesso dovute a schede di rilevazione complesse, difficili da compilare o che portano via molto tempo. La disponibilità di un nomenclatore delle attività aziendali può agevolare la descrizione omogenea dei percorsi assistenziali.

1.7.10 Problemi nell'estensione dell'approccio

Le difficoltà nell'estensione dell'approccio dopo prime esperienze soddisfacenti sono per lo più legate alla diminuzione dell'impegno del gruppo di coordinamento aziendale, che spesso si manifesta con l'allontanamento dal progetto di alcuni componenti per altri impegni. In questo caso è opportuno completare il gruppo di coordinamento mediante la cooptazione di nuovi membri, che è naturale scegliere nell'ambito dei gruppi di problema.

Talvolta invece la causa è un'apparente o reale diminuzione di interesse della direzione strategica. Se il distacco è solo apparente, è sufficiente che la direzione strategica aziendale ribadisca il suo interesse per il progetto, analogamente a come detto in 1.7.7. E' invece molto più difficile superare una differenza reale di atteggiamento, che spesso è legato al cambiamento dei vertici aziendali. L'unico rimedio è preventivo: bisogna dare forte visibilità e condivisione al progetto all'interno e all'esterno dell'azienda sanitaria, in modo

da rendere più difficile la decisione di abbandonarlo. Anche per questo è bene che il gruppo di coordinamento aziendale si sforzi di divulgare l'attività svolta in convegni e pubblicazioni.

Si ricorda che il passaggio dalla fase sperimentale iniziale ad un sistema generalizzato di gestione per percorsi professionali implica di solito investimenti nel sistema informativo, che devono ovviamente essere approvati dall'alta direzione aziendale.

1.8 LA VALUTAZIONE DELLA EFFICACIA DELLE INIZIATIVE DI VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ PROFESSIONALE

1.8.1 Risultati della ricerca sui mezzi di cambiamento dei comportamenti professionali

Tre rassegne relativamente recenti hanno fatto il punto su quello che è scientificamente documentato sull'efficacia dei mezzi di cambiamento delle pratiche dei professionisti sanitari (NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1999; Bero et al, 1998; Grimshaw et al, 2001). Le conclusioni si possono così riassumere:

- La diffusione passiva delle informazioni non è efficace, anche se può sensibilizzare;
- Nessun tipo di intervento è efficace in tutte le circostanze;
- Tra gli interventi più probabilmente efficaci vi sono quelli basati sulla valutazione dei possibili ostacoli e sull'utilizzo di più strumenti per affrontarli (come si fa coi percorsi assistenziali);
- L'invio negli studi dei medici di informatori farmaceutici assunti e formati dalle aziende sanitarie o da agenzie sanitarie sembra efficace per cambiare le abitudini prescrittive;
- Sono per lo più efficaci i promemoria per i professionisti sanitari, specie se inseriti in cartelle cliniche informatizzate, ed anche i promemoria per i pazienti;
- I progetti di miglioramento continuo di qualità e di audit, con feed-back ai partecipanti, sono efficaci qualche volta, ma non sempre.

Corrispondentemente, tra gli accorgimenti utili segnalati dalle rassegne vi sono:

- Formulazione di poche raccomandazioni chiare e facili da seguire e che riguardino un problema percepito come rilevante;
- Effettuazione di corsi di formazione con didattica attiva seguiti da incontri di follow up sulle applicazioni di quanto appreso;
- Coinvolgimento nella definizione precisa delle raccomandazioni e soprattutto nelle loro modalità di applicazione dei professionisti locali, in particolare dei più influenti e prestigiosi. Non occorre il consenso a tutto il progetto, ma almeno l'adesione alle sue finalità;
- Rilevazione di indicatori di processo e di esito, con *feed-back* ai partecipanti;
- Uso di strumenti che non abbiano bisogno di grosse risorse aggiuntive;
- Presenza di incentivi finanziari e amministrativi concordati (ad esempio, inclusione nel budget) o almeno mancanza di disincentivi e di conflitti di interesse;
- Priorità a progetti corrispondenti alle attese dei pazienti e della popolazione o almeno non in contrasto con tali attese;
- Uso di promemoria elettronici o cartacei (ad esempio moduli ad hoc).

Come si vede, gran parte di questi accorgimenti sono impliciti nella teoria e nella pratica dei percorsi assistenziali.

1.8.2 Perplessità sull'efficacia dei percorsi assistenziali

Dall'applicazione dei percorsi assistenziali ci si può ragionevolmente attendere, come già accennato, una rilevante diminuzione della variabilità ingiustificata nei comportamenti dei professionisti sanitari, un aumento della produttività, specie in chirurgia, ad esempio associato all'aumento della chirurgia di giorno, ed anche un miglioramento degli esiti.

E' opportuno non perdere l'occasione di valutare se questi benefici si verificano davvero appiccio, al di sopra sia degli entusiasmi, sia dei pregiudizi (Øvretveight, 2000)

Finora è stata dimostrata la capacità dei percorsi assistenziali di migliorare l'efficienza delle prestazioni, ma è ancora dibattuta la loro capacità di migliorarne l'efficacia, cioè di migliorare gli esiti di salute. Rimangono dubbi sulle capacità dei percorsi assistenziali di proteggere dal punto di vista medico-legale il professionista che nell'applicarli elimina dalla propria pratica interventi poco efficaci.

Vi sono studi in cui i percorsi assistenziali non hanno cambiato in modo rilevante gli interventi professionali e gli esiti (De Luc, 2000; Cheah, 1998).

Una rassegna sistematica della Cochrane Collaboration sull'ictus acuto (Kwan e Sandercock, 2005) non ha trovato differenze significative tra i gruppi gestiti coi percorsi assistenziali e i gruppi di controllo in termini di mortalità o di destinazione alla dimissione. I pazienti gestiti coi percorsi erano: (a) più dipendenti alla dimissione; (b) meno affetti da infezioni delle vie urinarie; (c) molto meno frequentemente riammessi; (d) più frequentemente sottoposti ad esami di neuroimaging. Le conclusioni sono che non vi sono evidenze sufficienti per raccomandare l'introduzione di percorsi assistenziali nella gestione dell'ictus acuto.

I fallimenti possono però essere attribuiti al fatto che sviluppo ed applicazione dei percorsi sono stati diversi da quelli descritti e raccomandati in questo manuale.

In effetti la maggior parte degli studi, anche italiani, concludono che i percorsi assistenziali funzionano (Panella et al, 2003).

1.8.3 Metodologia di valutazione dei percorsi assistenziali

Il disegno della massima parte degli studi di valutazione degli interventi di valutazione e miglioramento della qualità finora è stato del tipo pre-post, con confronto tra quello che avviene prima dell'intervento migliorativo e quello che avviene dopo, come più volte suggerito nelle sezioni precedenti. Si raccomanda di solito di effettuare due verifiche post, una subito dopo la fine dell'intervento attivo ed una a distanza di tempo, per accertare se i miglioramenti persistono. Quest'ultima valutazione a distanza di tempo viene però fatta raramente.

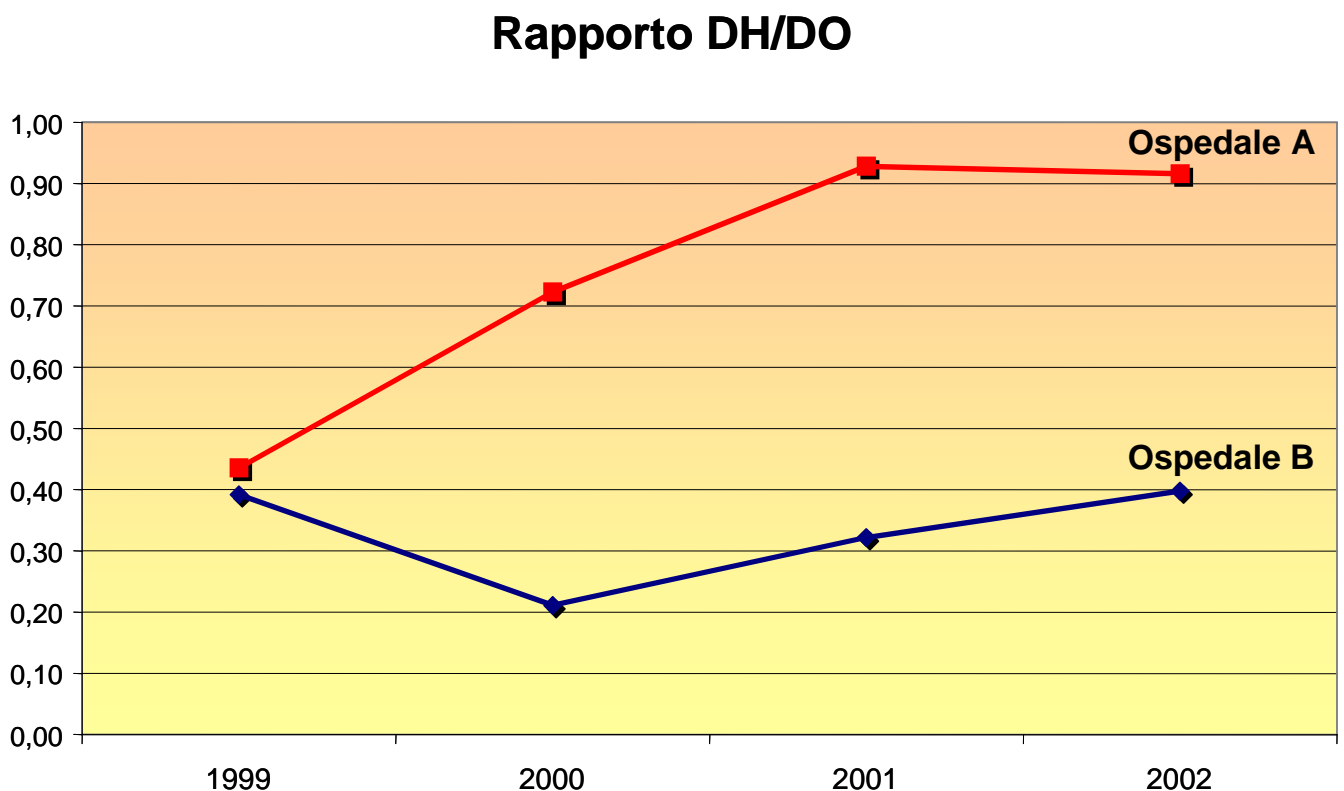
La tabella 1.8.3 fornisce un quadro d'insieme delle differenze tra il prima e il dopo per la condizione "cataratta senile". In questo confronto vengono considerati prevalentemente indicatori di efficienza; l'unico esito è rappresentato dalle complicanze.

Tabella 1.8.3. **Confronto tra il periodo successivo e precedente all'introduzione di un percorso assistenziale strutturato per la cataratta senile.** CV = Coefficiente di variazione = 100*media / deviazione standard (da Casati e Vichi, 2002)

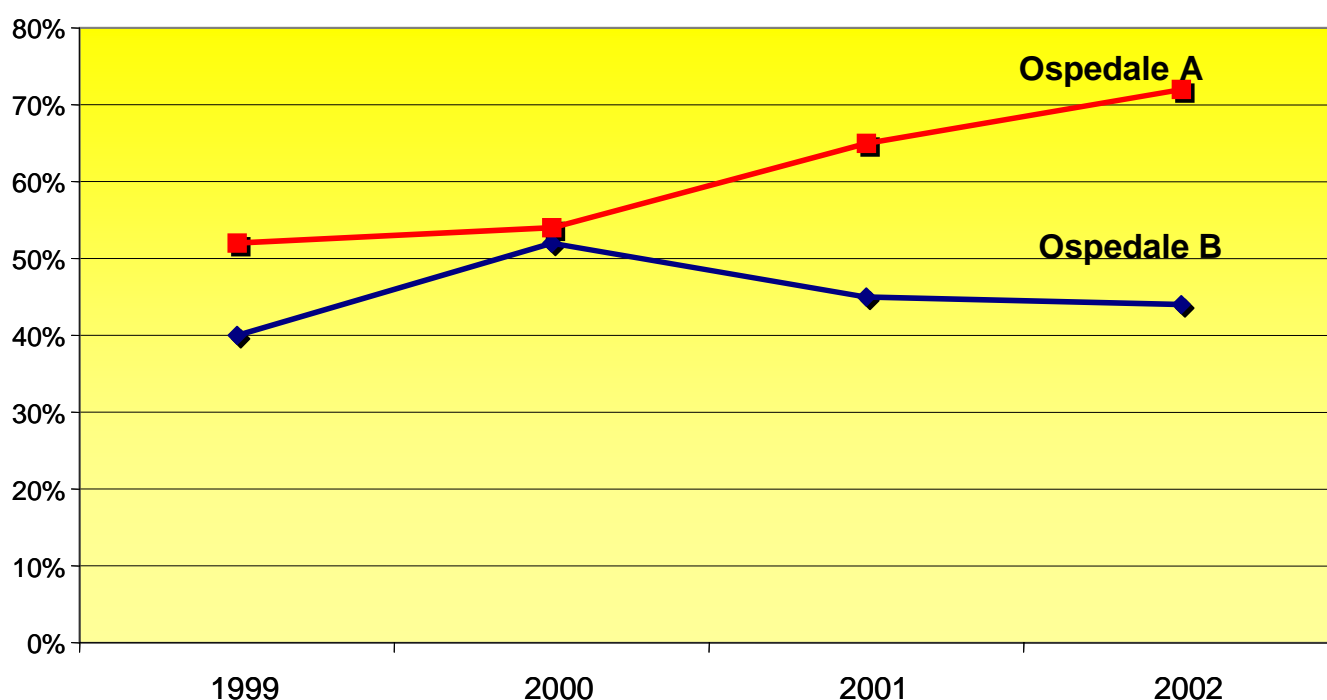
		Periodo successivo I semestre 2002		Periodo precedente II semestre 2001		Differenza post-pre
		Numero	CV	Numero	CV	
Casistica	Casi totali trattati	102		93		8,8%
	Maschi	41		37		9,8%
	Età media dei maschi	73,5		72,8		0,9%
	Femmine	60		56		6,7%
	Età media fem.	75,7		74,5		1,6%
	Sesso non noto	1		0		-
Fonte di invio	Medico generale	0		5		
	Specialista esterno	49		40		18,4%
	Presentazione diretta	0		0		
	Specialista interno	53		55		-3,8%
	Da altra U.O.:			0		0
Dimensione organizzativa	Tipo di ammissione					
	Urgente	0		0		
	Programmata					
	Day surgery					
	Media giornaliera	3,4		3,8		-11,8%
	Durata media percorso	15,2	143	18,5	162	-21,7%
	Moda durata	8,0		7,2		
	Mediana durata	12,0		14,2		
	Minimo-massimo	1-72		2-63		
	Ricovero ordinario					
	Numeri	18		15		-38,9%
	Degenza media	1,2	96	2,1	132	-75%
	Moda degenza	1		1,4		
	Mediana degenza	1		1,5		
	Minimo-massimo	1-4		1-5		
	Ricoveri 0-1 giorno	15		21		-40%
	Degenza pre	0,1	112	0,4	167	-300%
	Degenza post	1,1	80	1,7	96	-54,5%
	<i>Totale interventi</i>	101		93		
Dimensione economica	Costo farmaci (euro)	32	35	33	46	-1,6%
	Radiol. tradiz. (punti)	81	58	90	71	-11,1%
	Radiologia ad alta tecnologia (punti)	0		0		
	Lab. analisi (punti)	126		110		12,7%
	Cardiologia (punti)	45		38		15,6%
Dimensione sanitaria	Presenza di patologie secondarie	63		58		7,9%
	Effettuazione di interventi secondari	0		0		
	Complicanze	0		3		-3

Un inconveniente dei semplici disegni pre-post è che non controllano per i cambiamenti dovuti ad altri fattori; in altri termini gli eventuali miglioramenti osservati potrebbero essere dovuti non all'introduzione del percorso ma alla tendenza, per così dire spontanea, al miglioramento. Si può però cercare di vedere se in strutture analoghe si siano prodotti o meno gli stessi cambiamenti. E' quello che è stato fatto in due ospedali piemontesi, in uno dei quali, quello A, è stato introdotto il percorso assistenziale per ernia inguinale a cui si fa riferimento nel riquadro 1.4.16 e nell'appendice A1.3, mentre nell'ospedale B, molto simile per dimensione e bacino di utenza, non si è apportato nessun cambiamento, anche se si sono rilevati gli stessi indicatori. Si osserva nella figura 1.8.3a che nell'ospedale A si sono osservati significativi miglioramenti che sono iniziati proprio in corrispondenza dell'introduzione del percorso, mentre nell'ospedale B non si è cambiato nulla.

Figura 1.8.3a. **Confronto tra due ospedali piemontesi dopo l'attuazione del percorso assistenziale per ernia inguinale nell'Ospedale A** (da Panella et al, 2003). Nella prima figura vi è il confronto tra casi trattati in day hospital (DH) e casi trattati in degenza ordinaria (DO). Nella seconda figura vi è il confronto del rapporto tra casi operati e casi ammessi (Indice operatorio)



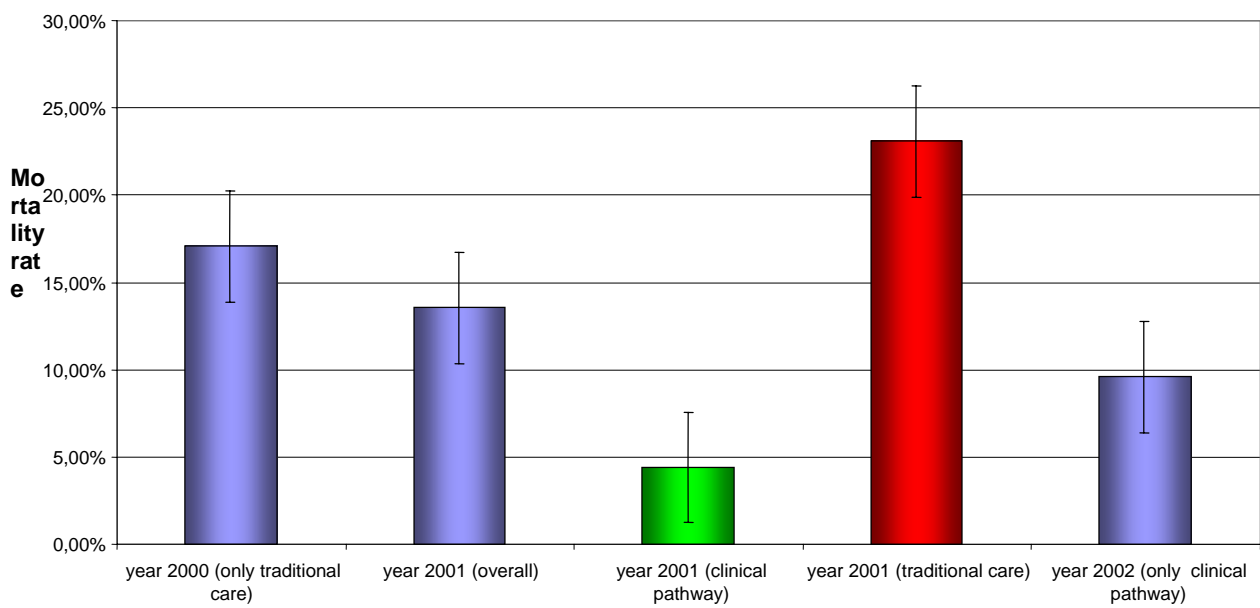
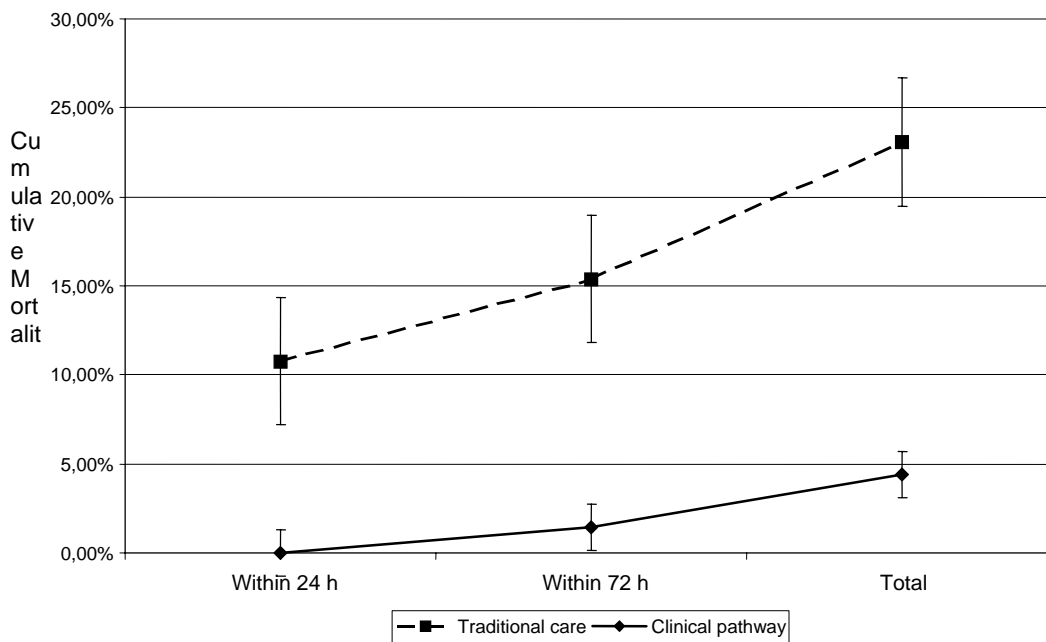
Indice operatorio



Si ricorda che il disegno di ricerca migliore per valutare l'efficacia degli interventi è lo studio controllato randomizzato, detto anche in Italia, con un inglesismo, *trial*. (Bobbio, 1996; Friedman et al, 1998; Woodward, 1999). Gli studi randomizzati controllati sono comuni nella valutazione dei farmaci, meno frequenti nella valutazione dei trattamenti riabilitativi e psicosociali, ancora più rari nella valutazione delle iniziative di formazione e di miglioramento della qualità, sconosciuti nella valutazione di diversi approcci manageriali. E' auspicabile che questa metodologia venga usata anche per valutare l'efficacia dei percorsi assistenziali.

Un studio che ricorda uno studio controllato randomizzato senza propriamente esserlo è quello che è stato possibile realizzare, senza averlo pianificato, in un ospedale delle Marche in cui è stato introdotto il percorso assistenziale per lo scompenso cardiaco. Qui è successo che solo circa la metà dei medici del pronto soccorso hanno inserito i pazienti nel percorso ed è stato quindi possibile paragonare i pazienti inseriti e quelli non inseriti. Questi due gruppi sono risultati molto simili per età, sesso, provenienza e caratteristiche cliniche. Come si osserva dalla figura 1.8.3b, i pazienti inseriti nel percorso hanno avuto una mortalità decisamente minore degli altri. La differenza si è manifestata prevalentemente nelle prime ore del ricovero, sembra cioè legata alle attività svolte nel pronto soccorso. Nel secondo anno il percorso è stato generalizzato e la mortalità complessiva è lievemente peggiorata, ma si è mantenuta a livelli significativamente inferiori ai precedenti e simili a quelli descritti nei migliori centri internazionali.

Figura 1.8.3b. **Confronto della mortalità dei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco assistiti secondo un percorso assistenziale strutturato (clinical pathway) e dei pazienti assistiti nel modo consueto (traditional care).** La prima figura riguarda il confronto nel primo anno di attuazione e distingue tra mortalità nelle prime 72 ore e mortalità complessiva. La seconda figura presenta i confronti nel primo e nel secondo anno (da Panella et al, 2003)



1.8.4 Progetti di valutazione futuri

Un disegno particolarmente interessante di studio potrebbe essere il seguente:

- si sceglie una condizione e si reclutano una ventina di centri interessati a confrontare le loro pratiche nella condizione prescelta;
- si istituisce un gruppo di lavoro con rappresentanti delle varie professionalità coinvolte che individua un insieme semplice di indicatori di processo e di esito che vengono concordati con tutti i centri;
- per almeno 6 mesi questi indicatori vengono rilevati in tutti i centri in assenza di interventi specifici,
- nel frattempo un altro gruppo di lavoro formula, sulla base delle migliori linee guida e rassegne sistematiche, un insieme di raccomandazioni basate il più possibile sulle evidenze;
- i 20 centri vengono quindi suddivisi in modo randomizzato in due gruppi: a) intervento precoce e b) intervento ritardato;
- i centri del gruppo “a” incorporano localmente le raccomandazioni in percorsi assistenziali e ne iniziano l’applicazione;
- dopo sei mesi - un anno si confrontano i valori degli indicatori sia tra il prima e il dopo nei vari centri, sia tra i centri del gruppo “a” e quelli del gruppo “b”;
- i centri del gruppo “b”, che sono stati messi, per così dire, in lista d’attesa, potranno approfittare dell’esperienza di quelli del gruppo “a” e decidere di modificare o meno l’approccio.

Questo disegno ha il vantaggio di permettere di capire non solo quanto è efficace in media l’approccio studiato, ma anche di individuare quali caratteristiche hanno i centri che se ne hanno maggiore giovamento. Sarebbe auspicabile che ogni anno in ogni disciplina venga presentato almeno un progetto di questo tipo ai bandi di ricerca finalizzata nazionale e regionali.

1.8.5. Valutazione dei processi e valutazione degli esiti

Vi è stata e vi è una vivace discussione sui meriti e i demeriti dei progetti di valutazione e miglioramento di qualità professionale incentrati sui processi nell’accezione di Donabedian (vedi scelte terminologiche all’inizio) - cioè appropriatezza e correttezza tecnica di effettuazione delle prestazioni - o sugli esiti, ossia sulle modificazioni delle condizioni di salute e sulla soddisfazione dei pazienti e dei familiari.

In genere si deve ritenere che la valutazione del miglioramento dei processi sia più facile e meno costosa, se ovviamente si ha a che fare con processi di cui è scientificamente nota l’efficacia, cioè la capacità di modificare in senso positivo gli esiti.

E’ bene infatti essere consapevoli che la valutazione dell’efficacia nella pratica (in inglese *effectiveness*) è soggetta a numerose distorsioni e confondimenti. I principali limiti sono rappresentati:

1. dalla difficoltà di disporre di dati completi, riproducibili e accurati, specie se i dati non vengono rilevati ad hoc, ma ricavati da cartelle cliniche e/o da rilevazioni amministrative, come ad esempio la scheda di dimissione ospedaliera;

2. dalla non conoscenza o dall'insufficiente misurabilità di tutti i fattori di significato prognostico, ossia di tutti i fattori che possono influire sugli esiti, e in particolare di quelli legati alla gravità della condizione e alla presenza di patologie concomitanti, fattori che in gergo epidemiologico vengono detti di "confondimento" perché rendono più difficile studiare la relazione tra interventi ed esiti (sul confondimento, vedi anche i capitoli 2 e 3). In effetti la assegnazione casuale dei soggetti ai trattamenti o randomizzazione è stata introdotta negli studi controllati detti appunto randomizzati per distribuire in modo omogeneo nei gruppi a confronto i fattori prognostici ignoti o difficilmente misurabili. Sembra che solo per la mortalità conseguente a interventi di cardiocirurgia in pazienti affetti da ischemia cardiaca si possieda la possibilità di "aggiustare" in modo soddisfacente per fattori prognostici (Tu et al, 1995) e quindi si possano confrontare senza questo tipo di confondimento gli esiti ottenuti in due reparti chirurgici o gli esiti osservati in un reparto con quelli attesi sulla base dei dati della letteratura;
3. dal fatto che molti esiti si verificano lontano nel tempo, per cui i tempi di valutazione si allungano;
4. dal fatto che spesso esiti importanti, ad esempio gravi complicazioni, sono rappresentati da eventi rari, la cui frequenza è difficile da stimare con precisione in campioni piccoli;
5. dalla frequente mancanza di standard di esito con cui confrontare gli esiti ottenuti, anche se per fortuna si diffonde la disponibilità a confrontare i propri esiti con quelli di altre organizzazioni (*benchmarking* degli esiti).

D'altra parte le misure di esito anche dei vantaggi:

1. si possono usare anche quando i professionisti sanitari non sono d'accordo sull'appropriatezza degli interventi;
2. permettono di capire quanto l'efficacia nella pratica (*effectiveness*), valutata nei propri pazienti coi propri colleghi e con le risorse di cui si dispone, differisca da quella teorica o sperimentale (*efficacy*) determinata in studi controllati randomizzati; si ricorda che questi ultimi sono condotti quasi sempre su gruppi di soggetti selezionati, in istituzioni di eccellenza e con operatori particolarmente motivati e/o incentivati;
3. se rilevate in ampi studi multicentrici, permettono di stimare anche la frequenza di eventi rari, ad esempio di complicazioni rare;
4. esiti intermedi (vedi il manuale 2) come valori della pressione arteriosa in ipertesi, valori dell'emoglobina glicata nei diabetici, riconoscimento dei segni precoci di crisi da parte degli schizofrenici e processi-esiti, come ricoveri ripetuti non pianificati entro 30 o 45 giorni con la stessa diagnosi, ritorno non pianificato in sala operatoria, sono più facili da rilevare e sono anch'essi importanti;
5. dovrebbero essere psicologicamente inevitabili e rappresentare quasi un dovere deontologico. Come è possibile che non interessi sapere come stanno in media i pazienti trattati nella propria unità organizzativa?

Va anche detto che la valutazione degli esiti è da sempre fondamentale nella valutazione della qualità organizzativa dell'European Foundation for Quality Management (EFQM) (Venero et al, 2002) e viene ora

considerata anche dalle agenzie di accreditamento - certificazione ISO, che fino alla entrata in vigore della cosiddetta Vision 2000 si basavano quasi esclusivamente sulla valutazione dei processi (Baraghini et al, 2002).

Va anche notato che il problema dell'aggiustamento per fattori di confondimento (vedi sopra al punto 2) ha importanza fondamentale quando si voglia pubblicare un confronto tra centri diversi, tanto più se i centri vengono identificati. Ne ha molto meno in progetti di valutazione e miglioramento di qualità, in cui comunque si può ragionevolmente chiedere ai centri con esiti insoddisfacenti o peggiori della media di interrogarsi sulle possibili cause di questa situazione.

In conclusione, i migliori progetti di valutazione e miglioramento di qualità sono probabilmente quelli in cui si fanno contemporaneamente valutazione di processo e di esito, come dovrebbe avvenire nei percorsi assistenziali.

Per una trattazione specifica degli indicatori di processo e di esito si rimanda al manuale 2. Qui ci sembra utile affermare la necessità di disporre di indicatori relativi sia alla dimensione organizzativa (ad esempio la durata della degenza), sia a quella di appropriatezza professionale (relativa ad esempio alla prescrizione di farmaci o di esami diagnostici, ecc.), sia a quella di esito. E' ovvio che è meglio ricorrere ad indicatori validati a livello internazionale o nazionale, se disponibili.

1.8.6. Analisi statistica

L'analisi dei risultati si deve proporre innanzitutto di mettere in luce gli scostamenti dal percorso assistenziale ottimale, distinti per tipo di attività e per figura professionale. Si tratta di una analisi importante anche dal punto di vista educativo, perché facilita la discussione critica, l'*audit*, del percorso assistenziale da parte del gruppo di lavoro.

Se si sono confrontati più gruppi, si farà ricorso ai test di significatività statistica (Armitage e Berry, 1994); i più semplici e utili per il confronto tra due gruppi sono sintetizzati nella tabella 1.8.5.

Tabella 1.8.5. Test di significatività statistica per il confronto tra due gruppi

TIPO DI VARIABILE	CAMPIONI	DISTRIBUZIONE	TEST
Variabile quantitativa	<i>Indipendenti</i>	Normale	t di Student per campioni indipendenti
		Asimmetrica	U di Mann-Whitney
	<i>Appaiati</i>	Normale	t di Student per campioni appaiati
		Asimmetrica	Wilcoxon per campioni appaiati
Conte o frequenze	<i>Indipendenti</i>	≥5 osservazioni per cella	Chi quadrato
		<5 osservazioni per cella	Esatto di Fisher
	<i>Appaiati</i>	≥5 osservazioni per cella	McNemar
		<5 osservazioni per cella	Probabilità binomiale esatta

Nel caso in cui vengano messi a confronto più di due gruppi si ricorre all'analisi della varianza o ad un suo equivalente non parametrico.

Spesso inoltre sarà opportuno ricorrere a modelli di analisi multivariata.

Gli aspetti statistici sono trattati in questo corso nell'ambito dell'introduzione al software statistico Epiinfo. Come per il confondimento, la significatività statistica è meno importante nelle iniziative di valutazione e miglioramento di qualità che nei lavori scientifici diretti a produrre nuove conoscenze.

1.9 ESEMPI DI APPLICAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

L'importanza dei percorsi assistenziali è ormai riconosciuta ampiamente. Ad esempio nel sito ufficiale della Regione Lombardia (www.sanita.regione.lombardia.it/ptd/pdt01.htm, marzo 2004) si invitano le organizzazioni sanitarie a sviluppare percorsi diagnostico- terapeutici per finalità identiche a quelle indicate qui:

- migliorare le informazioni ai pazienti e familiari;
- migliorare l'efficienza operativa, cercare la migliore combinazione costi e ricavi;
- migliorare l'efficacia, soprattutto mediante l'adattamento di buone linee guida;
- migliorare l'integrazione ospedale e territorio.

Nel documento si sottolinea che tra i caratteri distintivi dei percorsi diagnostico terapeutici vi sono:

- la precisazione dei criteri di inclusione ed esclusione e di uscita;
- la precisazione delle eventuali altre patologie concomitanti e delle complicanze da prendere in considerazione;
- l'esplicitazione degli esiti di salute attesi;
- la definizione dei criteri e delle variabili di monitoraggio e del tipo di resoconti (*report*).

Si accenna anche alla utilità di:

- introdurre meccanismi di audit per discutere e migliorare i percorsi;
- predisporre moduli informativi per i pazienti e i familiari.

Nel 2002 uno dei premi del Forum qualità è stato vinto da una iniziativa piemontese, coordinata da Angelo Penna della Azienda sanitaria di Biella, sull'introduzione di percorsi assistenziali per ictus e tumori del colon retto in 4 aziende sanitarie piemontesi. Nella iniziativa si è cercato con successo di generalizzare l'applicazione di raccomandazioni essenziali prese dalle linee guida migliori, 8 per l'ictus e 15 per il colon retto. Le raccomandazioni principali per l'ictus sono riportate nel riquadro 1.9.1.

Riquadro 1.9.1. **Raccomandazioni principali per la gestione dell'ictus.** Tra parentesi la forza della raccomandazione (da A, le più sicure, a B e C)

- TAC entro 48 ore dall'episodio acuto insorto a domicilio e entro 24 ore dall'accesso in ospedale, allo scopo di discriminare un'eventuale emorragia cerebrale (A)
- Tutti i pazienti con ictus dovrebbero essere trattati con ASA alla dose di 160-300 mg/die entro 48 ore dall'esordio dei sintomi, dopo che la TAC abbia escluso una causa emorragica (A)
- Nei pazienti con ictus non dovrebbero essere usati la nimodipina e i corticosteroidi (A)
- Nei pazienti con ictus l'uso dell'eparina deve essere motivato e non va considerato pratica routinaria (A) (eccezione: fibrillazione atriale, lesioni TAC piccole o medie e non emorragiche, e altre condizioni specificate nella linea guida)
- Nei pazienti con ictus l'uso dei diuretici osmotici deve essere motivato e non va considerata pratica routinaria (A)
- Nei pazienti ipertesi con ictus ischemico acuto e valori di pressione arteriosa superiori alla norma è indicato rimandare l'inizio del trattamento antiipertensivo di circa 2 settimane (C)
- Lo stato di coscienza va valutato al momento della ammissione entro 40 ore dalla ripresa dello stato di coscienza mediante la Glasgow Coma scale (C)
- Prima della somministrazione di bevande e alimenti tutti i pazienti dovrebbero essere valutati per un'eventuale disfagia (test della deglutizione) (C)
- Va valutato e trattato prontamente un eventuale stato depressivo (C)
- Va valutato al momento dell'ammissione e periodicamente il rischio di lesioni da decubito mediante la scala di Norton (C)
- Tutti i pazienti dovrebbero ricevere una valutazione fisiatrica entro 7 giorni dall'ingresso
- Tutti i pazienti con problemi di comunicazione conseguenti all'ictus dovrebbero essere visitati in modo mirato entro 10 giorni dal ricovero e si dovrebbe iniziare una terapia logopedica intensiva appena le condizioni del paziente sono stabili (A).
- Nel caso di TIA il ricovero immediato è indicato solo quando i sintomi sono ricorrenti o di durata superiore a 1 ora o quando sia nota una possibile fonte embolica arteriosa o cardiaca (A).

Altre raccomandazioni essenziali, pietre miliari per eventuali percorsi assistenziali, sono state approvate e distribuite nell'ASL di Biella (Penna, 2001) per mal di schiena; broncopneumopatia cronica ostruttiva; accesso alle visite oculistiche per retinopatia ipertensiva e diabetica, cataratta, glaucoma; politrauma e trauma cranico minore.

Il progetto ha evidenziato l'utilità, specie per le aziende piccole, di lavorare in progetti policentrici,

Nel 2004 la Regione Emilia Romagna ha diffuso il documento “Linee guida clinico-organizzative per il management del diabete mellito” (reperibile al sito www.regione.emilia-romagna.it/sanita/specialistica) nella cui elaborazione è stata seguita la metodologia dei percorsi assistenziali.

Come si è già accennato, gli autori di questo manuale hanno partecipato attivamente alla applicazione dell’approccio dei percorsi assistenziali nelle aziende sanitarie di Livorno, di Novara e delle Marche (Panella et al, 2003).

I percorsi assistenziali applicati o in corso di applicazione nella regione Marche tra i circa 88 proposti sono 11 (alla fine del 2004). I più avanzati sono quelli relativi a diabete mellito di tipo 2, frattura del femore, gastroenterite in età pediatrica, ictus, infarto miocardico, insufficienza renale cronica, scompenso cardiaco.

Vi sono due sperimentazioni nazionali multicentriche sui percorsi di cui è capofila l’Agenzia Sanitaria della Regione Marche.

La prima è denominata “Studio sperimentale prospettico di efficacia dell’adozione di profili assistenziali in ambito ospedaliero” (2001-2003). Sono coinvolte 4 Regioni e 9 aziende ospedaliere dove sono appena terminati o stanno per terminare studi controllati sull’efficacia dell’introduzione dei percorsi assistenziali per le seguenti condizioni: scompenso cardiaco (473 pazienti), ernia (296 pazienti), colecistectomia (60 pazienti), criptorchidismo (84 pazienti), tiroidectomia (92 pazienti). Si sono riscontrati notevoli miglioramenti nella documentazione clinica, nella appropriatezza delle giornate di degenza, nell’appropriatezza professionale, nella soddisfazione dei pazienti. Si è osservata anche una riduzione dei costi.

Il secondo progetto denominato “Diffusione dei profili di cura per l’applicazione nella pratica di procedure efficaci ed appropriate -2003-2005” coinvolge 11 regioni e più di 40 aziende sanitarie. La principale attività è uno studio controllato randomizzato di tipo cluster sull’ictus (una parte delle unità interessate a partecipare sono assegnate a caso al trattamento “percorso assistenziale”, le altre restano come controlli). Lo studio pilota ha mostrato un’estrema variabilità delle pratiche descritte mediante ben 40 indicatori di processo clinico e 15 di esito.

Inoltre il gruppo che fa capo a Giorgio Casati (www.samaco.it) coordina un progetto di confronto tra le attività svolte per gruppi omogenei di pazienti in 20 aziende sanitarie, con lo scopo di individuare le pratiche migliori. Sono stati descritti più di 100 percorsi ed alcuni sono già stati riprogettati. Vi è anche un progetto di benchmarking che permette a 45 organizzazioni sanitarie di confrontare i valori dei loro indicatori per una ventina di percorsi.

Un altro centro attivo nel promuovere iniziative di valutazione e miglioramento simili ai percorsi assistenziali è il CeVEAS di Modena (www.ceveas.it) che nel progetto TRiPPS II sulla applicazione di linee guida segue una metodologia molto simile a quella dei percorsi assistenziali. Il progetto piemontese citato sopra faceva parzialmente parte del TRiPPS II. Le condizioni prescelte, in vari stadi di avanzamento, sono: dolore toracico acuto; scompenso cardiaco; carcinoma coloretale; trauma cranico minore; infezioni delle vie

urinarie da catetere vescicale; diagnosi di sospetta epatopatia; screening mammografico; ictus; profilassi della trombosi venosa profonda e della tromboembolia polmonare (Ballini e Liberati, 2004).

Chi avesse introdotto percorsi assistenziali di cui questo gruppo di lavoro non è a conoscenza è pregato di farlo presente alla Agenzia Sanitaria della Regione Marche, a questo indirizzo e-mail:
distanislao@regione.marche.it

1.10 IL QUADRO EUROPEO

L'introduzione dei percorsi assistenziali è in corso in numerosi paesi europei. Nel settembre 2004 si è costituita a Jesi la European Pathway Association (www.E-P-A.ORG). Nel convegno fondativo sono state tenute numerose relazioni, consultabili al sito dell'associazione, che illustrano le attività in corso nei vari paesi europei.

In Belgio e in Olanda (vedi www.nkp.be) si è costituito un centro che aiuta le organizzazioni sanitarie a sviluppare e a introdurre i percorsi utilizzando un *database* di 300 percorsi con i le relative “bussole” di indicatori; finora i percorsi hanno riguardato preferibilmente la riabilitazione fisiatrica.

In Inghilterra la sezione Pathways della National Electronic Library for Health (sito <http://libraries.nelh.nhs.uk/pathways>), aperta nel 2002, contiene più di 230 percorsi assistenziali applicati e molti altri solo progettati. Le condizioni più frequenti sono (in ordine alfabetico con l'indicazione del numero di percorsi): asma (54); cataratta (31); diabete (80); dolore toracico (34); frattura femore (95); ictus (111); infarto miocardico (55); protesi d'anca (75); protesi di ginocchio (59);TURP (41). L'11% delle aziende sanitarie (*trust*) attuano il 50% dei PA. Il 50% delle aziende sanitarie hanno messo in organico un posto di “facilitatore” dei percorsi assistenziali. Molti percorsi assistenziali sono ineriti nelle cartelle cliniche. Anche in Scozia sono stati introdotti numerosi percorsi assistenziali, alcuni dei quali, ad esempio quello della schizofrenia, sono richiesti per l'accreditamento. Il sito da consultare è www.icpus.org.uk.

Grossi successi sono stati ottenuti in Russia, in una situazione caratterizzata da gravi mancanza di coordinamento tra servizi: ad esempio il percorso per l'ipertensione in gravidanza ha portato a una diminuzione dei ricoveri dell'80%; della mortalità perinatale del 20%; dei parti indotti a causa dell'ipertensione di due terzi, con una riduzione dei costi sanitari complessivi del 23%.

In Germania si stanno formando dei “case manager clinici” per lo sviluppo e la gestione dei percorsi assistenziali, che sono visti anche come uno strumento per assicurare che la durata di degenza rimanga nei tempi per i quali il ricovero è remunerativo. Solo il 2% circa dei pazienti sono trattati secondo un percorso assistenziale. I principali percorsi riguardano ernia, colecistectomia, cancro della mammella, protesi d'anca e di ginocchio, ictus, infarto miocardico, parto, TIA.

1.11 CONSIDERAZIONI FINALI.

PERCORSI ASSISTENZIALI E GOVERNO CLINICO

Siamo convinti che la metodologia dei percorsi assistenziali possa influire positivamente su aspetti di economicità, appropriatezza, efficacia, soddisfazione degli utenti, anche se vorremmo, come detto in 1.8, che ci fossero più evidenze scientifiche a sostegno di queste convinzioni.

Si ribadisce che è indispensabile tenere conto dei principi della Medicina (o meglio dell'Assistenza Sanitaria) Basata sulle Evidenze nell'individuare gli interventi da raccomandare nei percorsi assistenziali, anche se ci sarà comunque sempre bisogno di ricorrere all'esperienza di chi ha trattato i pazienti affetti dalle condizioni in esame.

Ci piace chiudere con un elenco dei benefici dell'applicazione sperimentale di percorsi assistenziali mirati ad aumentare le pratiche basate sulle evidenze scientifiche secondo il Royal Australasian College of Physicians (Australia e Nuova Zelanda) (www.racp.edu.au/bp/). I percorsi assistenziali sono stati introdotti per queste condizioni: ictus acuto, cancro coloretale, scompenso cardiaco, dolore toracico, polmonite, otite media. I vantaggi secondo Royal Australasian College of Physicians sono stati:

- istituzione di gruppi di lavoro che sono riusciti a superare rigidi confini organizzativi e di disciplina;
- aumento delle comunicazioni tra ed entro le unità organizzative e tra ed entro i gruppi professionali;
- sviluppo di strumenti per orientare la pratica basati sulle evidenze;
- aumento sia delle conoscenze, sia delle abilità di molti clinici;
- modificazione dell'atteggiamento dei clinici verso le linee guida basate sulle evidenze e nei confronti del coinvolgimento degli utenti;
- miglioramento del morale del personale e del suo senso di controllo;
- generazione di migliori informazioni per gli utenti;
- aumento della possibilità per gli utenti di contribuire utilmente alle discussioni sull'erogazione dell'assistenza;
- generazione di indicatori di feedback per i clinici;
- in qualche caso, chiari risultati di miglioramento documentati da indicatori di processo e di esito;
- in qualche caso, cambiamento nell'uso di risorse verso una maggiore efficienza.

Si è sostenuto che i percorsi assistenziali “ingessano l'arte della medicina”. Non ci sembra vero. I percorsi sono certamente fortemente orientativi, ma il clinico può discostarsi dalle raccomandazioni del percorso se non le condivide o se le ritiene inappropriate per le particolari condizioni cliniche o sociali. E' tenuto però a segnalare gli scostamenti, per contribuire a modifiche sostanziali e una maggiore articolazione del percorso.

Ci sembra anche doveroso richiamare l'attenzione su quanto la partecipazione alla definizione e all'auditing di percorsi assistenziali possa essere un forte strumento di formazione continua. Per fortuna la partecipazione ai gruppi di valutazione e miglioramento di qualità, come quelli rappresentati dalla definizione ed attuazione dei percorsi assistenziali, viene ora accettata come valida ai fini ECM.

In conclusione, ci sembra veramente opportuno proseguire nell'attuazione dei percorsi assistenziali ed accertare quanto sono davvero capaci di realizzare le loro grandi promesse.

Ci sentiamo anche di affermare che l'attivazione dei percorsi assistenziali, secondo le metodologie suggerite in questo manuale, è probabilmente il modo migliore di mettere in pratica la *clinical governance* o “governo della clinica”.

Appendice A1.1

CICLO DEI PROGETTI DI VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DI QUALITÀ E CICLO PDCA DI DEMING

A cura di Pierluigi Morosini

Si tratta di iniziative di miglioramento le cui tappe possono essere distinte in vari modi ma che partono sempre dalla identificazione di un problema e arrivano all'accertamento dei miglioramenti ottenuti.

Nel modo più dettagliato si possono distinguere le seguenti tappe:

1. identificazione dei possibili problemi da affrontare;
2. scelta del problema prioritario;
3. definizione di criteri, indicatori e soglie di buona qualità (e quindi precisazione degli obiettivi che si vogliono ottenere);
4. progettazione dello studio di individuazione delle possibili cause del problema e dell'accertamento dell'entità del problema;
5. effettuazione ed analisi dello studio;
6. progettazione dell'intervento migliorativo (chi fa che cosa quando e chi ricorda a chi si è preso un impegno se lo ha svolto);
7. effettuazione dell'intervento migliorativo;
8. valutazione dell'impatto a breve termine, cioè alla fine dell'intervento,
9. valutazione dell'impatto a medio-lungo termine (6 mesi - 1 anno dopo la fine dell'intervento; si è infatti constatato che i miglioramenti ottenuti possono non mantenersi nel tempo);
10. comunicazione dei risultati (che può avvenire anche prima);
11. estensione della iniziativa, fino alla sua generalizzazione, a tutte le unità organizzative e/o i pazienti che potrebbero beneficiarne. E' questa una tappa in cui è ancora più importante il sostegno della direzione, ad esempio per cambiare la distribuzione di alcune risorse o per rimuovere ostacoli che impediscono l'integrazione tra unità organizzative della stessa azienda o di aziende diverse.

La suddetta classificazione delle tappe di un progetto di miglioramento ha uno scopo di chiarificazione, ma nella realtà le cose non sempre vanno così: ad esempio talvolta è indispensabile fare un piccolo studio preliminare, della letteratura e della realtà in esame, prima di definire esattamente il problema e/o i criteri e gli indicatori e le soglie; talvolta al contrario si può procedere immediatamente alla fase di intervento perché sono note le cause e ci sono già dati a disposizione che consentono di stimare l'entità del problema.

Nel PDCA (acronimo di Plan, Do, Check, Act), che è il ciclo o ruota della qualità proposto dal padre della qualità totale Edward Deming:

- **Plan** corrisponde alle tappe di scelta del problema, definizione di criteri, di indicatori e di obiettivi di miglioramento, progettazione ed effettuazione dello studio, analisi della cause;
- **Do** corrisponde a un primo intervento limitato;

- **Check** corrisponde alla verifica dei risultati di questo primo intervento;
- **Act** corrisponde alla estensione e alla generalizzazione dell'intervento, se l'applicazione limitata ha avuto successo.

PDCA corrisponde nel modello EFQM all'acronimo **RADAR**.

Si parla anche di **ciclo** o **spirale** del PDCA o del MCQ perché, se non si ottengono i risultati attesi, si cambiano i criteri e gli indicatori e/o gli interventi fino a avere risultati soddisfacenti e poi non ci si ferma ma si passa ad un altro problema.

Secondo il grande teorico del miglioramento di qualità Juran "Tutti i miglioramenti avvengono progetto per progetto (e quindi con l'approccio PDCA, NdAA) e in nessun altro modo".

E' stata proposta l'applicazione del PDCA non solo a singoli progetti ma anche a intere organizzazioni. La tappa Plan corrisponderebbe alla definizione dei piani attuativi sulla base del piano strategico, Do alla esecuzione che dura tutto l'anno o frazioni di questo, Check alla verifica dei risultati raggiunti rispetto a quelli programmati, Act alla valutazione delle azioni correttive per colmare gli scostamenti maggiori e più preoccupanti (Conti, 1999).

Vale la pena di sottolineare che il termine più utilizzato attualmente per indicare una iniziativa in cui in professionisti sanitari esaminano la propria attività e gli esiti ottenuti alla luce di criteri e standard espliciti è attualmente quello di *audit*.

Un possibile acronimo italiano per un ciclo di miglioramento di qualità è PISTA VAI:

Prioritizzare – Scegliere il problema dalla soluzione verosimilmente più facile e/o più fruttuosa

Individuare Indicatori (e soglie) di buona qualità (gli obiettivi che si vogliono ottenere)

Studiare la situazione (Accertare l'entità degli scostamenti dal voluto e le loro cause)

Trovare la soluzione – pianificare l'intervento (Scegliere gli interventi più utili, specificare chi fa che cosa, come e quando e chi e quando verifica)

Applicare la soluzione

Valutare i risultati a breve termine (verificare l'impatto dell'intervento, dopo aver rilevato di nuovo gli indicatori) e, se sono favorevoli, generalizzare l'intervento

Accertare il mantenimento dei risultati a distanza (dopo 6 mesi.- 1 anno)

Informare – Comunicare i risultati ai colleghi e ad altri

Appendice A1.2

ESEMPIO DI RESOCONTO FINALE DI UN PERCORSO ASSISTENZIALE DI ERNIA INGUINALE A cura di Massimiliano Panella

Unità organizzativa. Chirurgia generale, Ospedale San Rocco di Galliate, ASL 13 di Novara.

Periodo di sperimentazione. Primo semestre 2000.

Disegno dello studio. Confronto pre-post.

Descrizione del campione. 126 pazienti, 71 dei quali inseriti nel percorso in day surgery con ricovero solo diurno (56% del totale) e 55 in quello in degenza ordinaria di 3 giorni e 2 notti di ricovero (44% del totale), per un totale di complessive 206 giornate di degenza utilizzate. Tutti i pazienti durante il periodo di sperimentazione sono stati trattati come indicato nel percorso.

Risultati. I risultati si riferiscono al confronto con il primo semestre 1999. Si è osservato un significativo incremento della percentuale di interventi eseguiti in day surgery, dal 39% del 1999 al 56% ($p<0,05$). Si è osservata anche una forte diminuzione della degenza media, da 3,3 a 1,6 giorni ($p<0,01$), con riduzioni anche della variabilità, come attestato dalla diminuzione della deviazione standard delle durate di degenza. Si sono confrontati pre-post quattro processi professionali critici: la routine diagnostica pre-intervento, la profilassi delle infezioni chirurgiche, la tricotomia e la compilazione della cartella clinica in day surgery. L'applicazione del percorso ha portato dei benefici evidenti, accompagnati da una marcata riduzione della variabilità delle prestazioni: la routine diagnostica è passata da una media di 22 esami (*range* 18-46) ad una di 7. L'esame del torace non è più stato eseguito indiscriminatamente, ma solo in presenza di specifiche indicazioni, ad esempio in pazienti affetti da malattie polmonari acute e croniche o in condizioni di immunodepressione, negli immigrati e negli indigenti, ecc. La profilassi antibiotica e.v. con claritromicina 500 mg in infusione, che veniva eseguita nel 78% dei casi benché non sia raccomandata in letteratura, non è più stata somministrata. L'esecuzione corretta della tricotomia, quale risulta sulla cartella infermieristica, è stata effettuata nel 1999 nell'82% dei casi e nel 100% del 2000 ($p<0,05$). Infine l'assenza di compilazione della cartella clinica per i ricoveri in day surgery è scesa dal 38% dei casi al 4% ($p<0,01$). Per quanto riguarda gli esiti, sono stati segnalate 4 conversioni da day surgery a degenza ordinaria, dovute a dolore post-operatorio molto intenso o a sopraggiunte difficoltà organizzative al domicilio del paziente. Non vi sono state differenze pre-post in termini di condizioni cliniche dei pazienti, ad esempio nei tassi di complicanze locali o precoci (si sono osservati nel 2000 solo 3 casi di suppurazioni sovralfasciali, 1 caso di ematoma scrotale con orchiepididimite ed 1 caso di recidiva precoce). Ci potrebbe anche essere stato un miglioramento, dato che sicuramente nel periodo precedente all'introduzione del percorso assistenziale c'era stata una minore attenzione alla registrazione delle complicanze.

Analisi degli scostamenti. L'analisi degli scostamenti dal percorso ha permesso di chiarire alcuni problemi organizzativi. Il principale scostamento, o almeno il più frequente, è stato la mancata compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera in alcuni pazienti; questo difetto è stato però dovuto a cause esterne, con precisione all'arrivo della scheda in reparto a dimissione già avvenuta. Vi sono stati anche alcuni casi di

mancata compilazione del consenso informato, specie per gli interventi in day hospital, il che è stato dovuto invece a mancanza di abitudine e a scarso impegno da parte del personale, oltre che al poco tempo disponibile. Gli altri scostamenti più numerosi hanno avuto luogo nella documentazione clinica, sia nella compilazione di nuovi moduli ad hoc e nella specificazione delle motivazioni degli scostamenti dai percorsi, sia nella documentazione tradizionale, come la cartella clinica e la lettera di dimissione.

Opinioni degli operatori. È stato somministrato un semplice questionario anonimo sulle opinioni del personale rispetto alla introduzione dei percorsi assistenziali. Il personale coinvolto ha dichiarato che i percorsi sono utili per tener sotto controllo la durata della degenza e i tempi di attesa, per standardizzare le pratiche e per accertare gli esiti, per migliorare l'integrazione tra operatorie servizi e come strumento di formazione. Il principale aspetto negativo lamentato è stato l'aumento del carico di lavoro. Va però detto che si sono spesso avute difficoltà anche nel ridurre o abolire pratiche poco utili, anche se per continuare a farle gli operatori dovevano lavorare di più.

Considerazioni. Si vuole sottolineare come si sia cercato sempre di dare peso alle evidenze scientifiche. Ad esempio nella definizione degli esami diagnostici pre-intervento non si è cercato tanto di ridurre il numero di esami (risultato peraltro raggiunto), quanto di rivedere sulla base delle evidenze scientifiche sull'utilità singoli esami la pratica in atto, spesso frutto di abitudini, di timori medico-legali e di vincoli organizzativi. Per convincere anche i professionisti che non avevano partecipato alla stesura del percorso a cambiare si è spesso fatto ricorso all'illustrazione dei risultati di studi clinici controllati, ad esempio nel campo della profilassi antibiotica, della cateterizzazione indiscriminata dei pazienti ricoverati o della validità di alcuni esami (la radiografia del torace, l'ECG). Si è riusciti così ad eliminare quasi del tutto alcuni comportamenti inutili o addirittura dannosi che prima erano radicati nella pratica.

I numerosi scostamenti nella compilazione della documentazione sono in ultima analisi da attribuire ad una generale carenza di attenzione per la raccolta di informazioni. Va sottolineato che la mancata compilazione dei documenti danneggia il coordinamento e l'integrazione delle attività ed anche può render più difficile la comunicazione al paziente di informazioni importanti.

Aggiornamento del percorso. Dopo la fase di sperimentazione il percorso assistenziale è stato adottato e rivisto tre volte (nel 2001, 2002 e 2003).

Impatto sull'organizzazione. A seguito del successo della sperimentazione del percorso per l'ernia inguinale, sono stati definiti ed attuati nel periodo 2001-2003 altri percorsi per colecistectomia laparoscopica, emorroidi, varici degli arti inferiori, fino ad interessare il 57% dell'attività del reparto. Si è osservato un generale incremento dell'efficienza del reparto. Sono aumentati significativamente il numero di interventi per anno, da 980 a 1962 interventi ($p < 0,04$), l'indice operatorio, da 54% a 72% ($p < 0,02$) e l'utilizzo della day surgery, da 18% a 52% ($p < 0,01$). Di conseguenza la degenza media è stata ridotta da 7,7 a 5,1 giorni, con un significativo abbattimento della degenza preoperatoria, da 2,5 a 1,4 giorni ($p < 0,05$). Da un punto di vista clinico si è osservato un case-mix differente. Nell'anno 2001 le cinque diagnosi più frequenti erano state tre chirurgiche (DRG162 ernia inguinale, DRG198 colecistectomia, DRG158 interventi su ano e stomie) e due mediche (DRG183 gastroenteriti, DRG189 altre diagnosi gastroenterologiche), mentre nel 2003 erano

presenti solo diagnosi chirurgiche (DRG162, DRG 158, DRG 198, DRG119 varici arti inferiori and DRG 149 chirurgia maggiore del colon). Questi risultati hanno incrementato il peso del case mix in degenza ordinaria da 0,61 a 0,99 ($p < 0,05$). L'applicazione dei percorsi ha portato anche altri benefici. È stato realizzato un sistema di indicatori clinici ed è stato riorganizzato il processo assistenziale per rendere "sostenibile" l'applicazione continuata dei percorsi: I posti letto sono stati ridotti da 42 a 28 (19 letti di chirurgia a ciclo breve su 5 giorni and 9 letti attivi 7 giorni) mentre si sono aumentate le ore di utilizzo della sala operatoria, da 30 a 40 ore settimanali.

Appendice A1.3

LA GESTIONE DELLE RIUNIONI

A cura di Maria Cristina Vichi

INTRODUZIONE

Una riunione è una situazione, formale o informale, caratterizzata dal fatto che più persone discutono assieme per il raggiungimento di uno scopo comune (questa definizione non vale per le riunioni solo informative, del tipo conferenza, dette anche “a una via”).

E' opinione diffusa che molte riunioni siano una perdita di tempo, perché lente, inefficienti e capaci più di rimandare i problemi che di risolverli. Va detto inoltre che alcune riunioni sono convocate per obblighi burocratici o per affermare il potere di qualcuno o per danneggiare qualcun altro.

Se convocate per lo scopo dichiarato e opportunamente preparate e gestite, le riunioni però possono permettere di raggiungere decisioni migliori, più adatte alla situazione ed anche più creative, grazie all'interazione reciproca, all'interscambio di informazioni e alla discussione critica.

Le riunioni sono importanti soprattutto nelle situazioni che richiedono cambiamenti (di convinzioni, preferenze, abitudini), dato che:

- il grado di coinvolgimento emotivo facilita l'attenzione;
- le persone cambiano più facilmente le proprie convinzioni e le proprie abitudini se vedono che esse cambiano anche negli altri membri del proprio gruppo.

Durante lo sviluppo dei percorsi assistenziali si tengono inevitabilmente molte riunioni di lavoro ed è quindi importante programmarle e condurle bene.

Quali riunioni convocare

Bisognerebbe indire solo le riunioni utili. Per decidere se una riunione è utile, è opportuno riflettere sui seguenti tre quesiti:

1. Per raggiungere lo stesso obiettivo esistono altri modi più semplici o rapidi?
2. Le persone che si intende convocare sono davvero interessate al tema da affrontare?
3. Le persone che si intende convocare sono indispensabili o utili per il successo del lavoro?

PREPARAZIONE DELLE RIUNIONI

Nel preparare una riunione sono importanti:

- la definizione degli obiettivi; prima di indire una riunione è fondamentale chiarire l'obiettivo da raggiungere, perché è l'obiettivo che dovrebbe determinare il contenuto della riunione e le sue modalità di svolgimento;
- la scelta del numero e del tipo di partecipanti;
- la convocazione e l'ordine del giorno;
- la predisposizione della stesura del verbale.

Numero di partecipanti

Il numero dei partecipanti influisce sui risultati di una riunione poiché al crescere del numero dei partecipanti succede che:

- il grado di partecipazione attiva tende a decrescere finché si raggiungono i 25 partecipanti circa, poi si stabilizza su valori bassi;
- il tempo necessario per lo svolgimento della riunione, a parità di ordine del giorno, cresce decisamente coll'aumentare dei presenti fino a circa 15 persone, perché tutti tendono a intervenire e a voler esporre il loro punto di vista, poi si stabilizza;
- l'efficacia delle soluzioni adottate è massima se sono presenti 6-8, qualche volta 10 persone, perché c'è un arricchimento reciproco in termini sia di esame del problema, sia di originalità delle soluzioni proposte, e la difficoltà nel prendere le decisioni non aumenta troppo. Se vi sono più di 10 persone, le comunicazioni tendono a farsi caotiche, le singole persone contribuiscono meno, la dinamica delle relazioni di gruppo diviene sempre più complessa e difficile da governare.

La convocazione e l'ordine del giorno

La convocazione scritta, che è necessaria nelle riunioni ufficiali, dovrebbe contenere le seguenti informazioni generali:

- a) data e luogo;
- b) orario di inizio e di chiusura. Precisare la durata della riunione consente di regolare meglio la lunghezza degli interventi e delle discussioni;
- c) persone invitate a partecipare;
- d) argomenti da trattare. Vanno indicati i temi sui quali ci si aspetta che i convenuti si presentino preparati.

FUNZIONAMENTO DELLA RIUNIONE

Si richiama l'attenzione sulla gestione dei tempi, sulla fase iniziale e sul verbale.

Si sottolinea che per gestire bene una riunione occorrono capacità di ascolto attivo, flessibilità, mentalità negoziale, che non sono presenti naturalmente e non si acquistano facilmente.

La gestione del tempo

Tutti i partecipanti dovrebbero sentirsi responsabili della buona gestione del tempo, proprio e altrui, ma la responsabilità principale è del coordinatore. La si realizza se:

- si fanno rispettare i tempi di inizio e di intervento;
- si bloccano le digressioni "fuori tema" e gli interventi troppo lunghi, ad esempio con espressioni del tipo: "Ciò che dice è interessante, ma ne dovremmo parlare dopo" oppure "Grazie, vorrei ora dare anche agli altri la possibilità di esprimere il loro parere";

- si rispetta l'ora di chiusura, con eventuale aggiornamento dell'incontro sugli argomenti non ancora completati.

Per quanto riguarda il rispetto degli orari, è importante rispettare la concezione locale di puntualità perché altrimenti i partecipanti arrivati in perfetto orario potrebbero provare disappunto o anche risentimento. Va detto che ciò che viene considerato ritardo imperdonabile a Stoccolma o a Londra può essere visto come ritardo accettabile a Milano e puntualità a Napoli o come frutto di un eccesso di ansia in Arabia. Soprattutto in caso di riunioni periodiche è importante non tollerare ritardi nelle prime riunioni, perché i ritardi potrebbero diventare abituali e compromettere il funzionamento delle riunioni successive. Inoltre:

- è consigliabile trattare l'argomento più importante all'inizio. L'abitudine di trattare all'inizio della riunione i punti che si ritiene di poter esaurire in breve tempo, in modo da concentrarsi poi sui punti critici, porta di solito a perdere tempo su argomenti di scarso rilievo. Inoltre le persone all'inizio sono fresche e, poiché non avvertono ancora la pressione del tempo, tendono a discutere meglio e in modo più approfondito;
- la durata di una riunione non dovrebbe superare le due ore, due ore e mezza, perché poi cominciano stanchezza e disinteresse.

La fase iniziale

La fase iniziale di una riunione è critica perché dà ai convenuti un'idea di quale sarà lo stile del conduttore ed indirizza il funzionamento della riunione.

Per questo il responsabile della riunione deve, per così dire, "memorizzare" un'apertura efficace. In essa dovrà specificare:

- gli scopi della riunione;
- gli argomenti all'ordine del giorno, tra cui distinguerà quelli in cui un relatore farà una presentazione, quelli su cui scambiarsi informazioni, quelli per cui si aspetta contributi di idee e proposte e tra questi, quelli su cui occorre prendere decisioni;
- i tempi assegnati alla discussione di ogni argomento;
- se non già assimilate dal gruppo, le regole di conduzione.

La chiarezza iniziale sui temi e le regole spinge i partecipanti ad una sorta di autoregolazione dei comportamenti e comunque rende meno difficile il coordinamento; il conduttore riuscirà con più facilità a togliere la parola a chi divaga o esce fuori tema, a frenare chi interrompe o fa polemiche. Ciò è particolarmente importante quando chi coordina è gerarchicamente inferiore ad altri partecipanti, come avviene di solito nelle riunioni dei gruppi di progetto.

Il verbale della riunione

Di tutte le riunioni in cui si prendono decisioni o si contribuisce a decisioni future si dovrebbe tenere un resoconto finale, da distribuire ai partecipanti ed alle altre persone interessate. Il verbale dovrebbe essere chiaro e sintetico e contenere essenzialmente:

- la descrizione delle decisioni prese;
- gli impegni presi dai vari partecipanti con i relativi tempi;
- la data della eventuale futura riunione.

Di volta in volta chi scrive il verbale deciderà, in accordo col coordinatore, se menzionare eventuali diversi punti di vista ed eventuali contrasti.

Il verbale deve essere scritto dal segretario del gruppo, se esiste, oppure da un partecipante incaricato dal coordinatore della riunione oppure, a rotazione, da tutti i partecipanti, nel caso di riunioni periodiche.

TIPI DI RIUNIONE

Le riunioni di scambio di informazioni

La caratteristica di queste riunioni è di non dovere necessariamente portare a prendere decisioni. Si può trattare di:

- riunioni periodiche con l'obiettivo di aggiornamento reciproco su quanto si è fatto; ognuno dei presenti illustra ai colleghi le sue attività, le novità del periodo e le sue previsioni;
- riunioni di consultazione durante le quali viene presentato un problema o una proposta per sentire inizialmente il parere dei convenuti.

Gli interventi si possono svolgere o no con ordine prefissato per ruoli, ad esempio prima il medico clinico, poi l'infermiere, poi il laboratorista, ecc. Con questa modalità di solito il ritmo è più lento, perché i partecipanti sono più attenti a rispettare in chi parla il ruolo che svolge.

Comunque al termine di ogni giro di tavolo il coordinatore può sintetizzare le informazioni fornite ed eventualmente proporre approfondimenti su aspetti risultati importanti e di interesse diffuso.

Le riunioni di soluzione dei problemi o decisionali

Sono riunioni durante le quali si dibattono problemi che richiedono una decisione. A volte la decisione è rinviata, ma anche il non decidere diventa una decisione.

Spesso la parte decisionale non occupa tutta la riunione; una parte del tempo può essere dedicata ad altri scopi, per esempio ad informarsi reciprocamente sull'andamento delle attività.

Sono le riunioni più complesse dal punto di vista delle dinamiche interpersonali coinvolte e le più difficili da condurre.

Gli obiettivi non sempre sono dichiarati. Chi organizza la riunione si può anche proporre di impegnare i partecipanti nella applicazione delle decisioni o di far approvare una decisione in effetti già presa.

Occorre vigilare perché la discussione non degeneri in aggressioni personali. A questo scopo, nelle riunioni "genuine" può essere utile ribadire lo scopo della riunione, e cioè arrivare ad una decisione il più possibile condivisa.

Una riunione di soluzione di problemi si può svolgere lo stesso anche se non c'è nel gruppo una persona che abbia l'autorità per approvare la decisione e renderla operante. Le conclusioni del gruppo verranno presentate come proposta a chi ha il potere di decidere.

Se il superiore gerarchico di tutti i partecipanti o di alcuni di loro è presente alla riunione, dovrà prestare particolare attenzione a non ostacolare la libera espressione delle opinioni.

Le riunioni “a una via”, informative

Chiudiamo con qualche cenno sulle riunioni informative, non tanto alle conferenze, quanto alle presentazioni che hanno luogo in molte riunioni del tipo precedente.

Una presentazione si articola sostanzialmente in 3 parti distinte:

- a) l'introduzione, di breve durata, durante la quale il relatore illustra gli scopi, il contenuto e la durata della presentazione;
- b) la presentazione vera e propria;
- c) la fase delle domande e del dibattito, che dovrebbe occupare una parte rilevante del tempo complessivo, almeno il 20%.

Soprattutto quando si vogliono presentare concetti non noti ai presenti e/o quando i presenti sono numerosi è bene dare molta attenzione ai sussidi visivi. I suggerimenti più importanti sono:

- limitare il numero dei lucidi o delle diapositive, in genere non più di una ogni due minuti;
- riportare su lucidi e diapositive solo le sintesi dei concetti, senza scrivere troppo;
- preferire i grafici (istogrammi, torte, diagrammi) alle tabelle.

Per quanto riguarda il dibattito, è il relatore che dovrebbe scegliere se accettare domande anche durante la relazione o solo alla fine. Ammettere le domande durante la presentazione porta ad un clima più partecipativo e permette di chiarire subito dubbi e fraintendimenti.

Gli svantaggi sono che:

- le interruzioni, se frequenti, possono ostacolare l'ordine e la completezza della presentazione;
- se vi sono interventi pesantemente critici o contrari, si può produrre un clima di tensione o di disagio;
- l'autorevolezza del relatore può essere compromessa dalle domande critiche di persone con ruoli gerarchici elevati.

Le domande alla fine della relazione hanno d'altra parte i seguenti svantaggi:

- il clima rimane più freddo e distaccato;
- qualche ascoltatore può perdere il filo logico e innervosirsi o distrarsi, fino a divenire critico verso il contenuto della presentazione solo per reazione.

Quando il numero dei partecipanti è superiore a 15-20, è importante ricordare che il clima sarà inizialmente “freddo” (non partecipazione, distanza, scarsa empatia da parte del gruppo). Sarà opportuno curare particolarmente l'impianto logico e la chiarezza della presentazione e lasciare le domande alla fine.

Chiudiamo con una griglia di valutazione di una riunione di lavoro tratta da Morosini, 2000, in gran parte ispirata da un seminario di Sergio Tonelli.

Per ciascuna domande dare una valutazione su una scala a 5 punti: 0= per niente, 1 = in modo insufficiente, 2 = discretamente, in modo sufficiente, 3 = bene, 4 = in modo eccellente. Commentare brevemente i motivi del giudizio.

DOMANDE

PUNTEGGIO E COMMENTI

A. PROGETTAZIONE

1. E' stata convocata con sufficiente anticipo?

Le riunioni ordinarie dovrebbero essere convocate molto in anticipo, ad esempio all'inizio dell'anno per tutto l'anno a date e ore fisse, per esempio ogni primo mercoledì del mese dalle 11.30 alle 12.30. Nel caso di riunioni straordinarie convocate con breve preavviso, dovrebbe essere fatto un giro di telefonate per accertare in quale giorno il minor numero di persone hanno già altri impegni.

2. Era chiaro il mandato?

Se il tema della riunione cambia di volta in volta, è necessario inviare e/o esporre in luogo facilmente accessibile l'ordine del giorno.

3. Sono stati inviati con sufficiente anticipo i documenti da leggere per potere contribuire in modo informato alle decisioni?

Almeno una settimana prima copia cartacea o elettronica, ad esempio di convenzioni o progetto da discutere.

4. Sono stati definiti il tempo di inizio e la durata della riunione?

5. Sono note le regole della partecipazione alla riunione a tutti i partecipanti?

Prima dell'inizio della riunione tutti i partecipanti dovrebbero conoscere le regole fondamentali, o per esperienze precedenti o per lettura di una procedura specifica. Tra le regole fondamentali: parlare uno per volta, prenotare gli interventi, rispettare i tempi degli interventi, non divagare e uscire di tema, non lasciare le riunioni se non per impegni annunciati prima, conoscere il tipo di verbale che verrà scritto (dettaglio degli interventi dei partecipanti o solo decisioni).

6. Sono note le regole per il presidente/conduttore della riunione?

Sollecitare la partecipazione di tutti, non parlare più degli altri (nessuno gli può togliere al parola), far rispettare le regole di cui al punto precedente, in particolare richiamare chi parla troppo a lungo o va fuori tema e ad esempio suggerire di rimandare a più tardi la discussione sul nuovo tema.

7. Sono note le regole per il segretario?

Rilevazione delle presenze e dell'ora di arrivo e di eventuale allontanamento, livello di dettaglio e stile del verbale da tenere, tempi di consegna del verbale.

B. ASPETTI LOGISTICI E ATTREZZATURE

8. La riunione si è svolta in un ambiente confortevole?

Comodo da raggiungere, temperatura confortevole, disponibilità per tutti i partecipanti di posti a sedere e di possibilità di appoggio per scrivere.

9. Vi erano a disposizione attrezzature per brevi presentazioni?

Lavagna luminosa, lavagna a fogli mobili, eventuale proiettore.

C. CONDUZIONE

10. Sono stati nominati, o confermati, prima dell'inizio della riunione il presidente e il segretario?

11. La riunione è cominciata in orario?

Punteggio 2 se entro 15 minuti dall'orario previsto. Cominciare in ritardo per aspettare chi non è ancora arrivato penalizza chi è arrivato puntuale e incoraggia chi è arrivato in ritardo a continuare così o a ritardare ancora di più.

12. Le regole di cui al punto 5 sono state rispettate?

13. Il conduttore ha dato la parola a tutti quelli che l'hanno chiesta e ha rispettato l'ordine di prenotazione?

14. Il conduttore ha saputo gestire i tempi?

In modo da affrontare tutti i punti all'ordine del giorno nel tempo previsto.

15. Sono state date tutte le informazioni sulla vita aziendale a conoscenza dei partecipanti (e in particolare del conduttore) che potevano riguardare gli altri partecipanti?

16. All'inizio della riunione, sono state chieste e date sinteticamente informazioni sullo stato di avanzamento dei compiti assegnati nelle riunioni precedenti?

17. Vi è stata ampia partecipazione?

Hanno preso la parola tutti quelli che avevano qualcosa da dire

18. Tutti quelli che hanno parlato hanno avuto l'impressione di essere ascoltati?

19. Chi ha parlato è stato aiutato a chiarire il suo contributo?

Ad esempio ha ricevuto domande di chiarimento o è stato invitato a fare degli esempi. Vedi ascolto attivo nella griglia sulle abilità di comunicazione interpersonali.

20. Le eventuali critiche hanno riguardato le proposte e i comportamenti, non le persone o le loro motivazioni?

Vedi in questo libro la griglia sulle abilità di comunicazione interpersonale.

21. Il conduttore ha valorizzato i diversi contributi?

Ha detto qualcosa di positivo anche alle persone con le quali non era d'accordo.

22. Ha riassunto gli interventi senza falsarli?

23. Gli eventuali conflitti sono stati gestiti bene?

In particolare si chiariscono gli pseudoconflitti, ossia i conflitti non legati alla diversità e inconciliabilità degli obiettivi, ma a scarsa chiarezza o a problemi nelle relazioni interpersonali. Si consideri anche se il conduttore è riuscito a far passare una soluzione accettabile da entrambe le parti e favorevole all'organizzazione.

24. Vi è la sicurezza che il verbale verrà fatto circolare tempestivamente per eventuali proposte di correzione o integrazione?

Per dare punteggio 2, entro una settimana.

25. Vi è la sicurezza che il verbale definito sarà facilmente accessibile?

D. RISULTATI

26. La riunione è finita in orario?

Punteggio 2 se entro 15 minuti dalla fine prevista.

27. Nel complesso l'atmosfera è stata piacevole, stimolante, di riconoscimento reciproco?

Anche qualche battuta e qualche apprezzamento sincero per gli altri e per il lavoro fatto e da fare.

28. I partecipanti non hanno avuto l'impressione di aver buttato via il tempo?

Punteggio 2 se meno del 20%.

29. La riunione ha raggiunto i suoi obiettivi?

Per dare punteggio 2, per almeno la metà dei punti all'ordine del giorno è stato deciso di non rimandare la soluzione a una prossima riunione o a un sottogruppo.

30. Sono stati definiti le responsabilità e i compiti rispetto alle decisioni prese?

Si è deciso chi deve fare che cosa e quando.

31. Sono state ricordate data e orario della prossima riunione?

32. Vi è l'abitudine di ricordare prima della riunione successiva gli impegni a chi li ha presi?

Qualcuno dovrebbe essere incaricato di chiedere a circa metà dell'intervallo a che punto sono i lavori.

33. PUNTEGGIO TOTALE

|_|_|

Sommare i singoli punteggi senza contare gli eventuali 8 e 9. In questo modo si dà la stessa importanza a tutti i criteri/domande, il che non è soddisfacente; bisognerebbe dare più peso ai criteri più importanti, e in particolare a quelli relativi ai risultati.

Il punteggio massimo possibile è 128. Calcolare l'indice complessivo rappresentato dal rapporto tra la somma dei punteggi ottenuti e il prodotto ottenuto se si moltiplica il numero di domande pertinenti per il punteggio massimo di ciascuna domanda (in questo caso 4).

BIBLIOGRAFIA CITATA NEL TESTO

1. Airoldi G., Brunetti G., Coda V (1994). *Economia aziendale*. Bologna, Il Mulino
2. Anthony R. D., Young D. W (1984). *Management Control in Nonprofit Organizations*, Homewood, IL: Irwin, 3a ed. (trad. it. *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*, Milano: McGraw Hill, 1992)
3. Armitage P, Berry G (1994). *Statistical Methods in Medical Research*. Oxford, Blackwell Scientific Publication Limited
4. Auder AM, Greenfield S, Field M (1990). Medical practice guidelines: current activities and future directions. *Ann Internal Med* 113 (5): 709-714.
5. Ballini L, Liberati A (2003). *Governo clinico superstar*. 24 ore Sanità e Management, luglio-agosto: 4-11
6. Ballini L, Liberati A (2004). *Linee guida per la pratica clinica. Metodologia per l'implementazione*. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore
7. Baraldi S (2001). Budget: è l'ora dell'addio? *Sanità e management* agosto/settembre, 21-24,
8. Baraghini G, Trevisani B, Roli L (2001). *Le ISO 9000 in Sanità/la Vision*. Per governare bisogni e richieste. Milano, Franco Angeli
9. Bero AL, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 317:465-468
10. Bevilacqua L, Minella C (2001). *Manuale per la formazione dei rilevatori PRUO*. Cagliari, AV
11. Biroli M (1992). *Process Analysis o Process Management*, in *Sistemi & Impresa*, n° 9
12. Bobbio M (1996). *Trial clinici: come interpretare ed applicare i risultati di una ricerca scientifica*. Torino, Centro Scientifico Editore
13. Bradshaw MJ (1999). Clinical pathways: a tool to evaluate clinical learning. *J Soc Pediatr Nurs* 4 (1): 37-40
14. Canadian Medical Association (1995). *Care Maps and Continuous Quality Improvement*. Ottawa
15. Casati G., Mastrobuono I. (1998). *Il processo di aziendalizzazione: indagine sullo stato di sviluppo del sistema di programmazione budgettaria nelle aziende sanitarie nel 1997*, ASI n. 13, Roma
16. Casati G. (a cura di) (2000). *Il percorso del paziente*. Milano, EGEA
17. Casati G. (a cura di) (2001). *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*. Milano, McGraw Hill
18. Casati G. (2002). *La gestione per processi in sanità*, QA Vol 13. Nr.1
19. Casati G, Vichi MC (2002). *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, Milano, McGrawHill
20. Cheah TS (1998). The impact of clinical guidelines and clinical pathways on medical practice: effectiveness and medico- legal aspects. *Annals of Academy of Medicine* 27:533-539
21. Chiaia E, Marchisio S, Menichincheri R, Panella M (2002). Sviluppo di linee guida locali e profilo di cura per il trattamento della schizofrenia in un Dipartimento di Salute Mentale. *QA* 13(2):87-94
22. Cochrane A (1999). *Efficienza ed efficacia. Riflessioni sui servizi sanitari*. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore
23. Conti T (1999). Quali possibili strumenti per legare le strategie alle azioni. *FORUM* 9.3 (suppl. 5):24-33
24. De Luc K (2000). Care pathways – an evaluation of how effective they are? *Journal of Advanced Nursing* 32:485-95
25. Del Vecchio M (2000). *Contabilità e controllo di gestione della aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere*, Mecosan, 6:93-97
26. Di Stanislao F, Noto G (1999). Sviluppo organizzativo quality-oriented. Un quadro concettuale ed una ipotesi di lavoro per le aziende Sanitarie. *MECOSAN*, 31: 23-36
27. Di Stanislao F (2001). Evidence Based Medicine e profili di assistenza strumenti di integrazione e di innovazione organizzativa, di miglioramento dell'efficacia e di razionalizzazione della spesa. *Aress I*, n.3, 22-24
28. Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D (2004). Can the NHS learn from US managed care organisations? *BMJ* 328:223-225
29. Donabedian A (1990). *La qualità dell'assistenza sanitaria: primo volume*. Firenze, NIS
30. Ellis J, Mulligan I, Rowe J, Sackett DL (1995). Inpatient general medicine is evidence based. *Lancet* 346:407-10

31. Ellrodt G, Cook D, Lee J, Cho M, Hunt D, Weingarten S (1997). Evidence-Based Disease Management. *JAMA*, 278, 20: 1687-1692
32. Every NR, Hochman J, Becker R, Lopecky S, Cannon CP (2000). Critical Pathways. A Review. *Circulation* 101: 461-465
33. Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Rosleff F (1997). Managed care. Origins, principles, and evolution. *BMJ* 314: 1823-6
34. Fellin G, Apolone G, Tampieri A, Bevilacqua L, Meregalli G, Minella C, Liberati A (1995). Appropriateness of hospital use: an overview of Italian studies. *Int J Qual Health Care*. 7(3): 219-25
35. Friedman LM, Furberg CD, DeMets DL (1998). *Fundamentals of clinical trials*. New York, Springer.
36. Gigantesco A., Morosini P., Alunno Pergentini S., Minardi A., Cavagnaro P. (1995). Validazione di un semplice strumento per la valutazione funzionale dell'anziano: il VALGRAF. *Giornale di Gerontologia*, 43: 379-385
37. Grilli R., Penna L., Liberati S (1995). *Migliorare la pratica clinica: come promuovere le linee guida*. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore
38. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, Grilli R, Harvey E, Oxman A, O'Brien MA (2001). Changing provider behaviour: an overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care* 39 (8 suppl2) II2-45
39. Gruppo EBM Molinette, 2003. *Manuale per l'elaborazione di linee guida aziendali*. Reperibile al sito www.molinette.piemonte.it
40. Hunter D, Fearfield G (1995). Managers' checklist: disease management. *Health Serv J* 106: 11-12.
41. Inglese SA (2003). Una presa in carico globale e non frammentata è garanzia di maggiori tutele per il cittadino. *Quaderni de Il Sole 35 Ore Sanità* 3/5:13-16
42. Institute of Medicine (1992) *Guidelines for clinical practice: from development to use*. Washington D.C. National Academic Press 1992
43. Institute of Medicine (1999). *To err is human: building a safer health system*. Washington, National Academic Press
44. Institute of Medicine (2001). *The quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, National Academic Press
45. Kaplan RS e Murdock L (1991). Il ridisegno del core process, in *Sistemi & Impresa*, n°4
46. Kesteloot K, Defever M (1998). Disease management: the silver bullet for innovative health care management. *Eurohealth* 4:28-30
47. Kitchiner D, Bundred PE (1999). Clinical pathways. A practical tool for specifying, evaluating and improving the quality of clinical practice. *MJA* 170: 54-55
48. Kwan J, Sandercock P (2005). In-hospital care pathways for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1
49. Montaguti U (2003). Per raggiungere l'appropriatezza degli interventi serve una metodologia di gestione dei quadri clinici. *Quaderni de Il Sole 35 Ore Sanità* 3/5:7-12
50. Morosini P. (2000). *Griglie di valutazione in Sanità: Miglioramento continuo di qualità, valutazione di efficacia degli interventi e gestione aziendale*. Torino, Centro Scientifico Editore.
51. Morosini P., Perraro F (2001). *Enciclopedia della gestione di qualità in sanità*. Torino, Centro Scientifico Editore, II edizione
52. Morosini P., Gigantesco A., Mazzarda A., Gibaldi L. (2003). HoNOS-Roma. una versione ampliata, personalizzabile e che facilita la compilazione ripetuta nel tempo dello strumento HoNOS. – *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 12:53-62
53. Morosini P, Palumbo G (a cura di) (2004). *Variabilità nei servizi sanitari*. Torino, Centro Scientifico Editore
54. NHS Centre for Reviews and Dissemination. *Getting evidence into practice* (1999). *Effective Health Care Bulletin* 5:1. *Effective Health Care* è tradotto in italiano a cura della agenzia Zadig. Questo lavoro si trova sul numero 4 del volume 3
55. Øvretveight J. *Valutazione degli interventi in Sanità*. Torino, 2000. Centro Scientifico Editore.
56. Panella M., Moran N., Di Stanislao F (1997). Una metodologia per lo sviluppo di profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth Inc. *QA*, 8(1):1-16
57. Panella M, Marchisio S, Kozel D, Ongari M, Bazzoni C, Fasolini G, Sguazzini C, Minola M, Gardini A, Di Stanislao F (2000) *La costruzione, la sperimentazione e l'implementazione dei profili di assistenza: istruzioni per l'uso*. *QA* Dicembre 11, 4: 251-262

58. Panella M, Marchisio S, Di Stanislao F (2003). Reducing clinical variation. Do clinical pathways work? *Int J of Quality in Healthcare* 15:509-521
59. Pearson SD, Goulart-Fisher D, Lee TH (1995). Critical pathways as a strategy for improving care: problems and potential. *Ann Intern Med* 123 (12): 941-948
60. Penna A e Gruppi di lavoro Linee guida e Protocolli di valutazione assistenza (2001). ASL 12 di Biella.
61. Perkin K. (1996). *Clinical Pathway Development*. St.Joseph's Health Centre London, Ontario
62. Robinson R, Steiner A (1998). *Managed health care*. Buckingham: Open University Press
63. Venero S, Leone G, Peano L, Tringali M, Venturella E (2002). *Un sistema per la qualità per la qualità del sistema*. Torino, Centro Scientifico Editore.
64. Wagner ED (2004). Editorial: Chronic disease care. *BMJ* 328:177-178
65. Wall DE, Proyect MM (1998). *Critical pathway development guide*. "A team-oriented approach for developing critical pathways. Chicago, Precept Press
66. Weiland DE (1997). Why Use Clinical Pathways Rather than Practice Guidelines? *Am J Surg* 174: 592-594
67. Wennberg JE, Freeman JL, Culp WS (1987). Are hospital services rationed in New Haven or over-utilised in Boston? *Lancet* 1(8543):1185-1189
68. Wilson CRM (1992). *QA/CQI - Strategies in Health Care Quality*, Toronto, Saunders
69. Whittle CL, McDonald PS, Dunn L, de Luc K (2004). Developing the Integrated Care Pathways Appraisal Tool (IPCAT): a pilot study. *Journal of Integrated Care Pathways* 8:77-81
70. Woodward M (1999). *Epidemiology. Study Design and data analysis*. London, Chapman & Hall/CRC.
71. Woolf SH (1990). Practice guidelines: a new reality in medicine. I. Recent developments. *Arch Intern Med* 9, 1811-1818.
72. Zangrandi A (2003). Il Disease management come modalità organizzativa per il coordinamento e la gestione delle risorse. *Quaderni de Il Sole 35 Ore Sanità* 3/5:22-23

Ricordiamo qui il sito della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria – VRQ o SIQuAS-VRQ www.sivrq.com, dove, se si clicca su *link*, si arriva ad alcuni siti fondamentali per la valutazione e miglioramento della qualità sanitaria.