

RACCOMANDAZIONI
PER LA COSTRUZIONE DI
PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI
ASSISTENZIALI (PDTA) E
PROFILI INTEGRATI DI CURA (PIC)
NELLE AZIENDE SANITARIE DELLA
REGIONE PIEMONTE

Il Committente

Regione Piemonte

Assessorato alla tutela della salute e sanità

Il Gruppo di Lavoro

Dr.	Martelli Sergio	AReSS	Responsabile progetto
Dr.ssa	Bono Laura	ASO S.Croce CN	
Dr.ssa	Cavallo Maria Rita	ASL 10	
Dr.ssa	D'Alfonso Alessandra	ASL 4	
Dr.	Morandi Michele	ASL 3	
Dr.	Nieddu Salvatore	ASL 4	
Dr.	Penna Angelo	ASL 12	
Dr.ssa	Poppa Giuseppina	ASO OIRM - S. Anna	
Dr.ssa	Rabacchi Grace	ASO OIRM - S. Anna	
Dr.	Ripa Franco	ASL 9	
Dr.	Tangolo Domenico	ASL 19	

Si ringraziano il Dr. R. Sivieri e il Dr. A. Scarmozzino per la collaborazione e le proposte in fase di revisione finale della stesura del presente documento.

Stesura e revisione documento

Data prima stesura 01/06/2007

Data ultima revisione 14/12/2007

Numero della revisione 2

Aress - Piemonte

Raccomandazioni per la costruzione di PDTA e PIC
nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte

INDICE

PREMESSA	pagina	1
INTRODUZIONE		2
1. Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Profili Integrati di Cura (PIC): definizione dei termini		3
2. Verso l'attuazione dei PDTA e PIC: lo staff di coordinamento		3
3. Le condizioni essenziali per la realizzazione di PDTA e PIC		4
3.1. <i>Scelta del problema di salute e ricognizione dell'esistente</i>		4
3.2. <i>Costruzione del "percorso ideale"</i>		5
3.3. <i>Costruzione del "percorso di riferimento"</i>		5
3.4. <i>Fase pilota</i>		5
3.5. <i>Attuazione del PDTA all'interno dell'azienda</i>		6
4. I "mattoni" costitutivi del PDTA/PIC		6
4.1. <i>Il promotore</i>		6
4.2. <i>Il committente</i>		6
4.3. <i>I criteri di eleggibilità dell'oggetto del PDTA/PIC</i>		7
4.4. <i>Il gruppo di lavoro</i>		7
4.5. <i>La letteratura di riferimento</i>		8
4.6. <i>l'utenza del PDTA/PIC e i criteri di inclusione</i>		8
5. Il processo di analisi e la rappresentazione		9
5.1. <i>Gli input</i>		9
5.2. <i>Le attività o fasi</i>		10
5.3. <i>Gli snodi decisionali</i>		10
5.4. <i>Le interdipendenze fra attività</i>		10
5.5. <i>L'output</i>		10
5.6. <i>Le risorse e le responsabilità (gli attori, le infrastrutture, le tecnologie)</i>		10
5.7. <i>La realizzazione del diagramma di flusso</i>		11
5.8. <i>La rappresentazione a matrice</i>		13

6. Le categorie assistenziali	14
7. Il sistema di valutazione	15
8. La diffusione aziendale e interaziendale	19
9. Verifica dell'applicazione e revisione	19
9.1. L'Audit	19
9.2. L'Audit in sanità	20
9.3. Metodologia dell'Audit	21
10. Il dossier	22
11. Valutazione e verifica del PDTA/PIC	22
Conclusioni	23
Riferimenti bibliografici	24
Allegati	25
<i>Allegato A – Matrice delle responsabilità</i>	26
<i>Allegato B- Matrice degli snodi decisionali</i>	27
<i>Allegato C – Matrice delle attività</i>	28
<i>Allegato D – Check-List di valutazione</i>	29

Premessa

Il presente documento intende porsi come una *guida operativa* di utilità per le aziende sanitarie della regione Piemonte impegnate nella progettazione e attuazione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA). Nasce dalla necessità di trovare un riferimento a livello regionale relativamente a ciò che si intende con le espressioni di "profilo assistenziale, percorso di cura, percorso diagnostico terapeutico", necessità evidenziata dal censimento regionale delle esperienze aziendali in tema di profili assistenziali, condotto nel periodo ottobre 2005 - febbraio 2006, che ha mostrato una forte disomogeneità concernente non solo le metodologie di costruzione dei percorsi, ma anche i contenuti costitutivi dei medesimi.

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

In tal senso è stata condotta un'analisi della principale letteratura di riferimento, che ha consentito di individuare, nei diversi approcci propositi, gli elementi essenziali, ricorrenti e sempre presenti quando si intende sviluppare la tematica dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali. Successivamente, nel mese di settembre 2006, è stato costituito un gruppo di esperti appartenenti ad alcune aziende sanitarie regionali e impegnati, da diversi anni e a differenti livelli, a sviluppare l'approccio di processo per la gestione dei problemi di salute.

Il documento, di seguito presentato è una prima proposta nata dal confronto interno al gruppo di lavoro regionale, non vincolante nel margine dell'autonomia aziendale ed aperta agli aggiornamenti ed alle revisioni che si renderanno necessari a seguito del recepimento e dell'adozione da parte delle aziende stesse delle raccomandazioni delineate.

Introduzione

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

L'approccio per processi, insito nella strutturazione di un "*percorso diagnostico terapeutico assistenziale*", permette di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento ed alle risorse disponibili, permette il confronto "*benchmarking*" e la misura delle attività e degli esiti con indicatori specifici, conducendo al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza di ogni intervento.

La costruzione di un processo tecnico-gestionale, nel senso compiuto di "percorso", definisce gli obiettivi, i ruoli e gli ambiti di intervento, garantisce chiarezza delle informazioni all'utente e chiarezza dei compiti agli operatori, aiuta a migliorare la costanza, la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate e, nel contempo, aiuta a prevedere e quindi ridurre l'evento straordinario, facilitando la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti.

Il valore aggiunto dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali è insito nella valorizzazione dell'esito "*outcome*" come obiettivo e non tanto come prodotto, nel coinvolgimento multidisciplinare, che consente lo scambio di informazioni e la comprensione dei ruoli.

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

1. Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Profili Integrati di Cura (PIC): definizione dei termini

La scelta di utilizzare l'espressione di "*percorso diagnostico terapeutico assistenziale*" per definire la tematica in esame è stata orientata da due fondamentali motivazioni:

- 1) il termine "percorso", più di altri termini, rende ragione sia dell'esperienza del cittadino/paziente, sia dell'impatto organizzativo che lo strumento dei PDTA può avere nella realtà aziendale che lo utilizza.
- 2) i termini "diagnostico", "terapeutico" e "assistenziale" consentono di affermare la prospettiva della presa in carico attiva e totale - dalla prevenzione alla riabilitazione - della persona che ha un problema di salute, per la gestione del quale, spesso, diventano necessari interventi multi professionali e multidisciplinari rivolti in diversi ambiti come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità.

In tal senso i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali rappresentano la contestualizzazione di Linee Guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa di un'azienda sanitaria, tenute presenti le risorse ivi disponibili.

I PDTA sono quindi modelli locali che, sulla base delle linee guida ed in relazione alle risorse disponibili, consentono un'analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata in funzione del miglioramento della qualità. I PDTA sono, in pratica, strumenti che permettono all'azienda sanitaria di delineare, rispetto ad una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione.

Quando si costruisce un PDTA risulta fondamentale indicare il suo ambito di estensione, qualificandolo come PDTA ospedaliero e/o PDTA territoriale. Quando un PDTA descrive il processo relativo a un problema di salute nella sua gestione sia territoriale sia ospedaliera è possibile parlare di Profilo Integrato di Cura (PIC), percorso orientato alla continuità, all'integrazione e alla completezza della presa in carico.

2. Verso l'attuazione dei PDTA e PIC: lo staff di coordinamento

Il PSSR 2007 - 2010 relativamente alle attività sanitarie prevede, tra le linee di tendenza, lo sviluppo dell'organizzazione per processi per tutte le principali attività, anche attraverso l'attuazione di percorsi assistenziali condivisi, allo scopo di "*superare la frammentazione territoriale*" e potenziare "*le forme di aggregazione e integrazione*".

Affinché all'interno e tra le aziende sanitarie della regione possano essere attuati PDTA e PIC, è necessario, in primo luogo, che in ciascuna di esse sia identificato e formalizzato dalla uno **staff di coordinamento**, che, in stretta collaborazione con le Direzioni Sanitarie di Presidio o Direzioni dei Distretti, assuma la responsabilità complessiva - sia scientifica sia organizzativa - di tutti i progetti aziendali relativi ai PDTA e PIC, e che abbia la funzione di guida, di stimolo, di

supporto metodologico ed organizzativo al gruppo di lavoro specifico che svilupperà il PDTA/PIC. In particolare lo staff di coordinamento è costituito da operatori con competenze metodologiche e organizzative a differenti livelli: dalla gestione per processi alla valutazione e miglioramento per la qualità, dal coordinamento di gruppi di lavoro al coinvolgimento dei professionisti impegnati in azienda, dalla programmazione e controllo di gestione alla formazione.

I compiti specifici dello staff di coordinamento fanno riferimento agli aspetti progettuali generali dell'approccio per processi: la facilitazione dell'avvio del progetto e la sua gestione, il reperimento e la valutazione delle Linee Guida, l'organizzazione degli incontri del gruppo di lavoro, la predisposizione di documenti e moduli, l'elaborazione dei dati, la produzione dei reports e la loro diffusione, la tenuta del dossier di riferimento.

Per lo staff di coordinamento, così come per i gruppi di lavoro (vedi paragrafo 4.4) è raccomandabile prevedere strutture snelle, composte da pochi soggetti con mandati precisi e formalizzati, che possono avvalersi di altre risorse quando necessario. Per evitare la proliferazione di strutture di "staff" i compiti di coordinamento e guida potrebbero essere assunti (come già avviene in diverse realtà) dall'Ufficio Qualità o strutture preposte alla gestione del rischio clinico, già presenti.

3. Le condizioni essenziali per la realizzazione di PDTA e PIC

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

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

La scelta della problematica di salute, clinico organizzativa, da affrontare per la costruzione di un PDTA/PIC deve basarsi, secondo criteri di priorità, sull'analisi dei bisogni, analisi che deve essere contestualizzata in ogni realtà organizzativa (vedi § 4.3). La ricognizione dell'esistente consiste nel raccogliere informazioni relative a come, attualmente, sono gestite le situazioni clinico organizzative del problema sanitario oggetto del PDTA/PIC. La ricognizione dell'esistente è pertanto mirata alla descrizione ed alla rappresentazione di quanto effettivamente succede ad un "paziente tipo" nel suo percorso di diagnosi e/o di terapia e/o assistenza nella specifica organizzazione aziendale e/o del SSR ("**percorso effettivo**"). La costruzione del percorso effettivo si basa sull'analisi della documentazione già esistente all'interno dell'azienda (l'informatizzazione della documentazione clinica facilita notevolmente il lavoro) integrata da interviste mirate e/o dalle risultanze di "focus group" entrambe con la partecipazione degli attori coinvolti nel processo di "care". La tecnica dei "focus group", in particolare, si avvale di una metodologia di ricerca anglosassone il cui fine è quello di focalizzare un argomento e far emergere le problematiche, le aspettative, le opinioni e le progettualità rispetto

all'oggetto di discussione, consiste in gruppi di lavoro guidati da un animatore-moderatore, che conduce la discussione, e da un osservatore che esamina le dinamiche di relazione del gruppo.

È il gruppo di lavoro che deve accordarsi circa le informazioni da raccogliere, tenendo presenti i principi fondanti il modello di salute e il modello assistenziale che sostengono i PDTA/PIC ed in particolare la centralità del paziente e la "presa in carico" olistica dei suoi bisogni.

3.2. Costruzione del "percorso ideale"

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

3.3. Costruzione del "percorso di riferimento"

Identificati i traguardi assistenziali e gli outcomes attesi il "**percorso di riferimento**" rappresenta, sulla base delle linee guida e EBM/EBN e del percorso ideale, la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere nel contesto di una determinata situazione organizzativa e di risorse.

Dopo aver identificato i traguardi assistenziali e gli outcomes attesi ed aver focalizzato ogni singola attività sul paziente, deve essere definita la successione temporo-spaziale delle azioni necessarie e realizzabili, le azioni ritenute non necessarie o ridondanti, saranno eliminate in accordo con l'obiettivo di ottenere il miglior risultato (efficacia), di utilizzare la miglior pratica clinica (appropriatezza) e di ottimizzare risorse e tempi (efficienza). Il gruppo di lavoro ridefinisce dunque il processo di diagnosi e di cura per la patologia, selezionando il migliore PDTA/PIC attuabile nello specifico contesto aziendale e/o del SSR in relazione alle indicazioni EBM/EBN ed alle risorse disponibili.

I dati della fase retrospettiva, la raccolta delle proposte di cambiamento da parte dei professionisti e l'integrazione con quanto proposto dalla letteratura, sono le basi per lo sviluppo dei cambiamenti apportati con il nuovo PDTA/PIC.

3.4. Fase pilota.

La fase pilota ha l'obiettivo principale di valutare la solidità in ambito assistenziale e organizzativo dell'applicazione del percorso di riferimento aziendale, così come definito, ed eventualmente correggere le azioni che non risultino congruenti con il raggiungimento

degli obiettivi prefissati. Gli aggiustamenti necessari sono finalizzati a garantire la fattibilità dell'applicazione del miglior PDTA/PIC che l'azienda può proporre ai suoi cittadini.

Durante questa fase diventa necessario identificare le aree di criticità, come l'impossibilità ad attuare o la necessità di inserire indicazioni o azioni diversamente da quanto descritto nel PDTA/PIC di riferimento.

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

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

4. I "mattoni" costitutivi dei PDTA/PIC

Per ciascun PDTA e PIC che si intende attuare è necessario indicare:

4.1. Il promotore

Il promotore corrisponde al soggetto dal quale è derivata la decisione di attuare il PDTA/PIC. Può corrispondere alla Direzione Generale d'Azienda, alla Direzione di Presidio o Direzione di Distretto, al Direttore di Dipartimento o di Struttura, oppure può identificarsi in un gruppo di professionisti che promuovono un'iniziativa di miglioramento della qualità.

Quando si definisce il promotore è necessario anche indicare il livello di formalizzazione del progetto (comunicazione interna, delibera ecc.).

4.2. Il committente

Il committente è il soggetto che assume la responsabilità e definisce la modalità con cui intende recepire il PDTA/PIC da attuare, in linea generale dovrebbe coincidere con la massima funzione gestionale. Può corrispondere alla Regione, alla Direzione Generale Aziendale, alla Direzione Sanitaria di Presidio o Direzione di Distretto, ecc.

4.3. I criteri di eleggibilità dell'oggetto del PDTA/PIC

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

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

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

4.4. Il gruppo di lavoro

È un gruppo costituito ad hoc per sviluppare il PDTA o PIC identificato. È un gruppo i cui membri sono competenti, ciascuno per la propria parte, rispetto al processo di diagnosi, cura e assistenza della patologia prescelta, motivati e in grado di motivare gli altri operatori (il coinvolgimento di tutte le competenze professionali è indispensabile per assicurare il consenso locale su un PDTA, rendendone possibile l'applicazione). Caratteristiche essenziali del gruppo di lavoro per la costruzione di un buon PDTA o PIC sono la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità: non solo le categorie di operatori sanitari, ma anche quelle amministrativo-organizzative possono essere necessarie a sviluppare uno specifico PDTA/PIC.

Al gruppo di lavoro deve far parte un rappresentante dello staff di coordinamento (vedi paragrafo 2) ed al fine di una maggiore operatività è raccomandabile sia composto da un numero piccolo di componenti che abbiano la facoltà e l'obbligo di avvalersi di ulteriori risorse, quando necessarie alla progettazione ed alla verifica del percorso.

Deve essere anche verificata l'opportunità di partecipazione e relativo momento di inserimento nel gruppo, di un rappresentante degli utenti o di specifiche associazioni.

4.5. La letteratura di riferimento

Nella costruzione di un PDTA/PIC è necessario specificare quali sono le linee guida (intese come *"raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo sistematico, con lo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche"* Institute of Medicine. *Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use. Washington DC: National Academy Press, 1992*), alle quali si fa riferimento per la costruzione del PDTA/PIC e per la valutazione della bontà e dell'efficacia di ogni prestazione. Diverse sono le banche dati in cui è possibile reperire Linee Guida, le principali sono: Medline (generico database elettronico in cui sono indicizzati articoli scientifici, Review e Linee Guida) e National Guideline Clearinghouse (una risorse pubblica per Linee Guida cliniche, creata per iniziativa della Agenzia statunitense per la Ricerca e la Qualità in Sanità - AHRQ e il Dipartimento per la Salute degli USA). A tale proposito è importante ricordare anche il Programma Nazionale per le Linee Guida (PSN. 1998-2000) e la Cochrane Library, che, pur non essendo propriamente un database di Linee Guida, rimane comunque una fonte irrinunciabile di raccomandazioni e loro livelli di evidenza.

4.6. l'utenza del PDTA/PIC e i criteri di inclusione

Uno dei primi compiti del gruppo di lavoro è definire le caratteristiche dei pazienti oggetto del PDTA/PIC individuando i criteri di inclusione ed esclusione in relazione alle caratteristiche assistenziali dei soggetti. I criteri di inclusione/esclusione possono essere generici o con gradi diversi di specificità, la precisione con la quale può essere costruito un PDTA/PIC è direttamente proporzionale alla precisione con la quale sono definite le tipologie di pazienti-utenti soggetti del PDTA/PIC. I criteri di tipo clinico, soprattutto quando molto generici, possono diventare incongruenti con alcune attività o processi definiti nel PDTA/PIC, è possibile pertanto che questa fase richieda numerosi aggiustamenti.

E' raccomandabile che i criteri di inclusione facciano riferimento a modelli di classificazione univoci come quello ICD IX CM o DRG, ciò consente di uniformarsi ed ottenere flussi coerenti dai sistemi informativi correnti oltre ad ottimizzare il sistema di valutazione.

5. Il processo di analisi e la rappresentazione

Dall'esperienza di molti si evince che lo strumento migliore per descrivere e rappresentare un PDTA/PIC è il **diagramma di flusso** in quanto permette una visione globale dell'intero percorso e l'identificazione di episodi (attività o insieme di attività) maggiormente significativi che lo compongono. Attraverso il diagramma di flusso è, inoltre, possibile identificare i soggetti preposti alla gestione di ogni singolo episodio o attività.

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

Con un diagramma di flusso si è in grado di rappresentare schematicamente i componenti di una struttura, i passaggi di una procedura o una cronologia.

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

- a. gli input
- b. le attività o fasi
- c. gli snodi decisionali
- d. le interdipendenze tra attività
- e. l'output
- f. le risorse (gli attori, le infrastrutture, le tecnologie)
- g. le responsabilità (gli attori, gli ambienti)

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

5.1. Gli input

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



5.2. Le attività o fasi

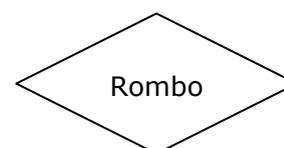
Le attività o fasi, rappresentate in genere da rettangoli, corrispondono all'insieme, alla sequenza ed all'interazione delle azioni e decisioni che, a partire da uno o più input, consentono la realizzazione dell'output.



Nella descrizione delle attività o fasi occorre definire puntualmente tutte le operazioni individuate in termini di quantità, tempistica di attuazione, consegna e sviluppo oltre che in termini di costi.

5.3. Gli snodi decisionali

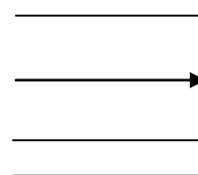
Gli snodi decisionali, rappresentati in genere con rombi, spesso non sufficientemente evidenziati, sono momenti fondamentali nel processo che orientano il percorso e che pertanto dovrebbero essere, nell'ambito del possibile, condivisi con il cittadino/paziente.



Gli snodi decisionali rappresentano in genere punti di maggiore interesse clinico e scelte diagnostico-terapeutiche, spesso riferibili a raccomandazioni EBM, in altri casi possono corrispondere a momenti decisionali di tipo organizzativo o socio-assistenziali. Anche in questo caso l'utilizzo del diagramma a matrice aiuta le riflessioni ed esplicita meglio gli indirizzi decisionali.

5.4. Le interdipendenze tra attività

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



5.5. L'output

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



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

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

modo efficace ed efficiente. L'identificazione delle risorse è fondamentale per contestualizzare le raccomandazioni delle evidenze scientifiche (percorso ideale) nel percorso di riferimento. Nel caso delle risorse umane, non è sufficiente identificare i professionisti coinvolti, occorre anche definire i ruoli ed il potere decisionale dei singoli attori.

E' possibile rappresentare le risorse/responsabilità, relative alle singole attività, utilizzando un particolare simbolo, quello del rettangolo doppio, indicando nella parte inferiore la risorsa/responsabilità.



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

5.7. Realizzazione del diagramma di flusso

Per realizzare un diagramma sono sufficienti carta, matita e gomma, eventualmente si possono utilizzare software dedicati presenti in commercio ma non molto diffusi (es. Microsoft VISIO), oppure utilizzare alcune routine di WORD ed EXCEL anche se, soprattutto queste ultime, non sono di facile approccio.

I diagrammi possono essere semplici (Fig. 1) o funzionali (Fig. 2) che corrispondono alla rappresentazione a matrice (Vedi paragrafo 5.8). L'utilizzo delle due tipologie dipende molto dal processo da descrivere. In una fase iniziale si consiglia di definire processi ed attività per ogni singola risorsa/responsabilità utilizzando il diagramma semplice. In una fase successiva i diagrammi semplici potranno essere collegati in un diagramma funzionale.

La descrizione analitica dell'insieme delle attività e la simbologia possono essere successivamente ed ulteriormente ed indifferentemente sviluppate attraverso:

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

La rappresentazione funzionale nel suo complesso consente di:

- superare i confini della singola articolazione organizzativa dell'azienda sanitaria,
- concretizzare il principio di continuità delle cure,
- focalizzare l'attenzione sul processo e sui risultati da esso prodotti nei confronti del paziente.

Per facilitare il confronto nella costruzione di un diagramma di flusso è importante definire il significato e le regole univoche di rappresentazione della simbologia specifica adottata. Il presente documento propone di utilizzare la simbologia della tabella 1.

Tabella 1: Simbologia e suo significato nei diagrammi di flusso

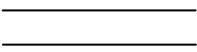
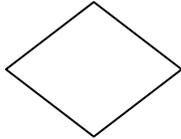
La linea rappresenta la direzione del ciclo processo	
La doppia linea che unisce due rettangoli indica la possibilità che due attività o processi possano svolgersi in parallelo	
La freccia indica il senso verso cui procede il lavoro	
L'ellisse può rappresentare: <ul style="list-style-type: none"> ➤ l'input,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

Figura 1: Diagramma semplice

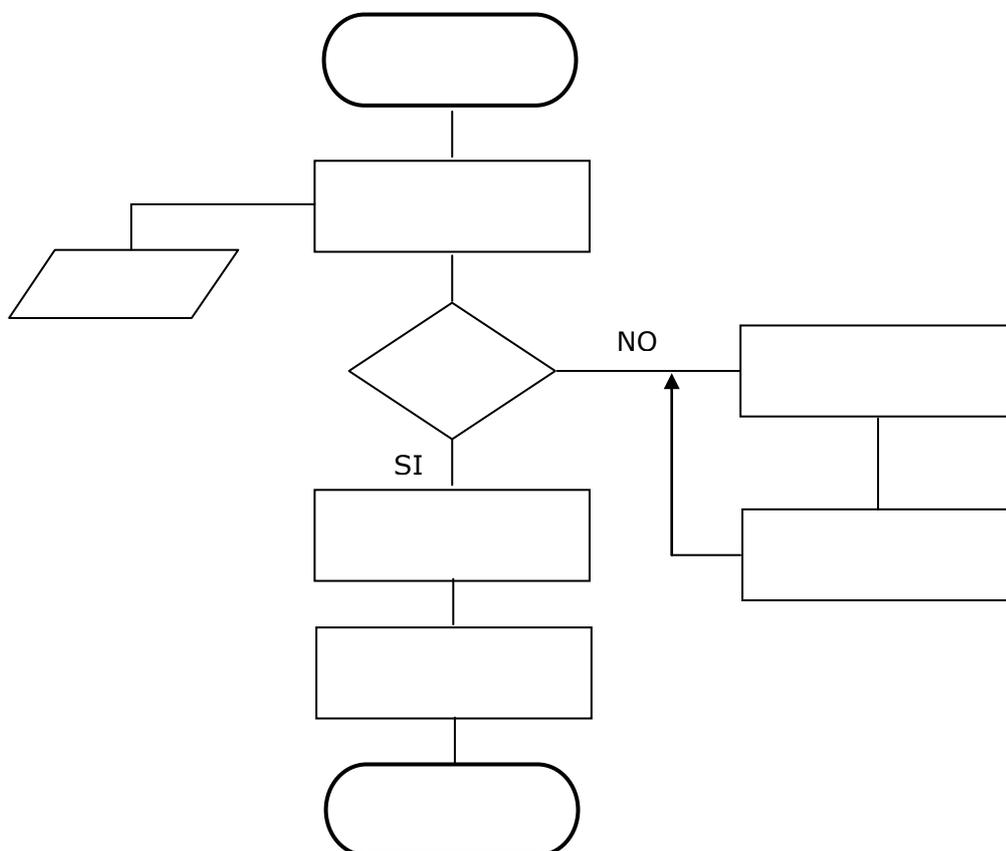
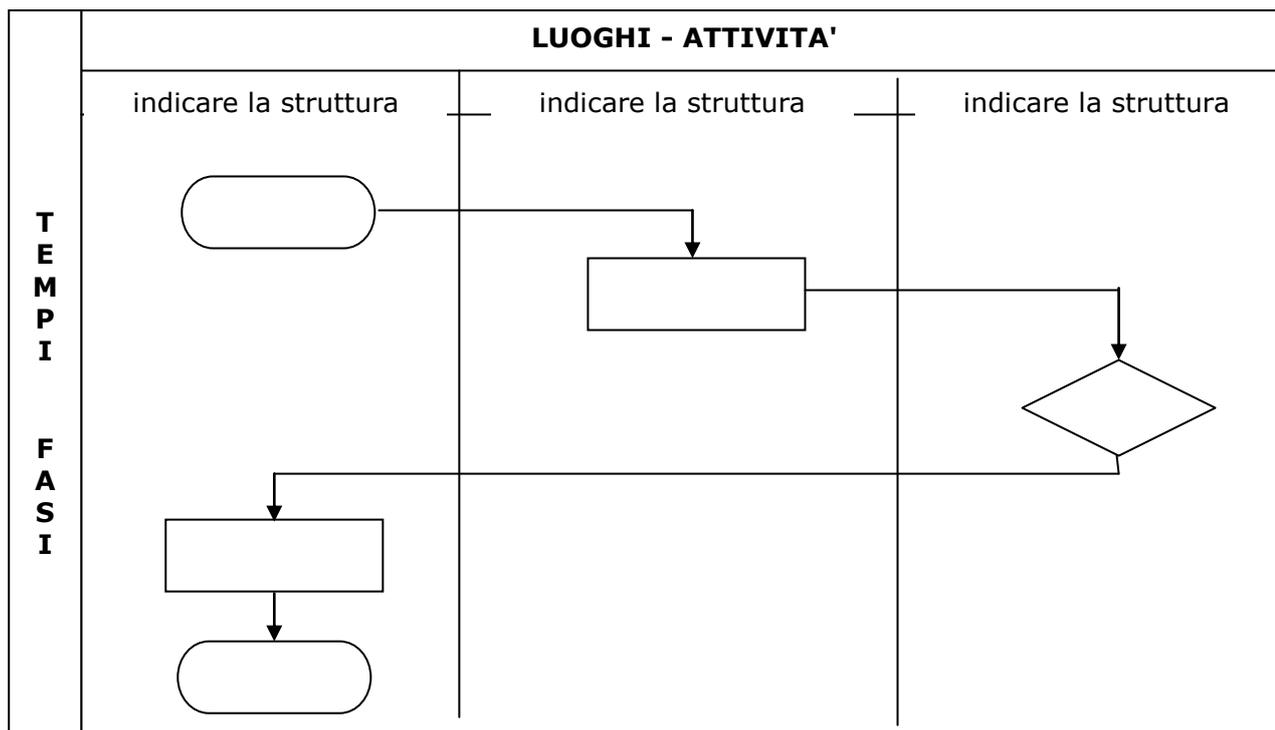


Figura 2: Diagramma funzionale



5.8. La rappresentazione a matrice

La rappresentazione a matrice, corrispondente al diagramma di flusso funzionale, è uno strumento utilizzato per descrivere in modo conciso e pratico le attività (identificate nel diagramma di flusso con il rettangolo) e, nel contempo, definire in modo chiaro ed immediato le risorse/responsabilità coinvolte nel processo. La rappresentazione a matrice consiste in una tabella che incrocia le attività (tempi e fasi) con le risorse/responsabilità (strutture, operatori, ecc.). L'Allegato A mostra come sia possibile descrivere le responsabilità connesse con ogni attività del percorso.

Nella descrizione delle attività, siano esse relative al percorso effettivo, al percorso ideale o al percorso di riferimento, devono essere considerate sia la dimensione di tipo organizzativo sia la dimensione di tipo professionale.

Nella dimensione professionale o clinica si identificano i momenti del percorso attraverso i quali il paziente ottiene risultati significativi sul piano sanitario e/o assistenziale (Allegato B: Matrice degli snodi decisionali).

Nella dimensione organizzativa sono individuate le modalità operativo-gestionali e i luoghi in cui si sviluppa un determinato episodio/evento all'interno di un'azienda sanitaria, evidenziando soprattutto le interconnessioni tra le diverse strutture e i professionisti coinvolti.

Per ognuna delle attività che caratterizzano il percorso è bene analizzare:

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

6. Le categorie assistenziali

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

Queste categorie, in tutto sono nove:

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

7. *Il sistema di valutazione*

Tecnicamente la valutazione è un processo attraverso cui si attribuisce un valore a qualcosa, su scale qualitative o quantitative, utilizzando tecniche e strumenti diversi e lo si confronta con un valore di riferimento esplicito, al fine di esprimere un giudizio di merito.

La valutazione passa attraverso la definizione di criteri, indicatori e standard.

Gli **indicatori** sono variabili ad alto contenuto informativo, che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi e forniscono gli elementi necessari ad orientare le decisioni. In aggiunta gli indicatori sono variabili misurabili utili per confrontare un fenomeno nel tempo (in momenti diversi) e nello spazio (tra realtà diverse) o rispetto ad un obiettivo da raggiungere o da mantenere.

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

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

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

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

locali (soglia "interna"): ad esempio può corrispondere al valore dell'indicatore osservato l'anno precedente o in altri contesti simili.

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

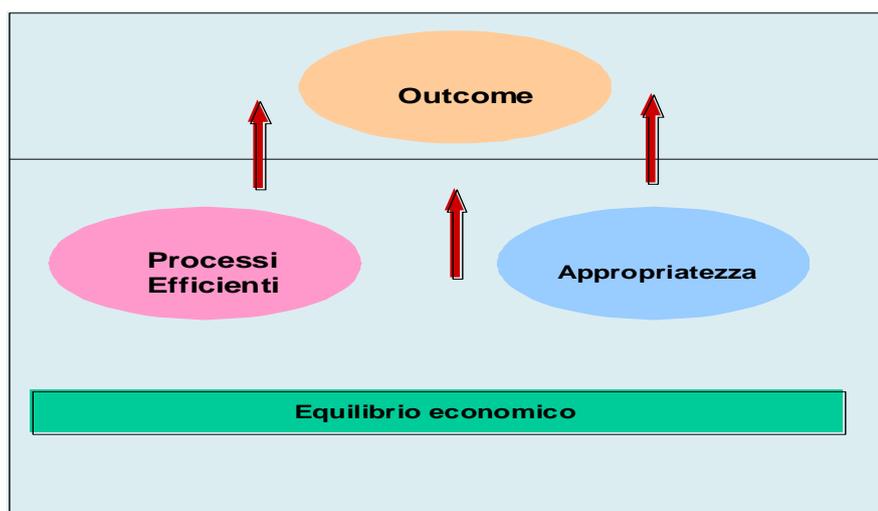
Nelle fasi iniziali, quando si comincia a rilevare sistematicamente un indicatore, può essere più semplice non avere ancora una soglia, ma questa andrà definita quanto prima, non appena saranno più chiari gli specifici riferimenti.

Un modello concettuale cui fare riferimento per la costruzione di un sistema di valutazione dei PDTA/PIC può essere quello dell'approccio struttura/processo/esito o quello del balanced scorecard modificato (Fig. 3).

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

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

Figura 3



È importante operare una distinzione tra:

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

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

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

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

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

- indicatori di equilibrio economico, che misurano l'impatto economico del PDTA/PIC. Questo può essere rilevato a diversi livelli:

- a livello globale come costo delle risorse impiegate nell'erogazione del percorso (ad es. 300.000 euro per anno). La rilevazione globale può dare indicazioni dell'investimento fatto dall'azienda per quel percorso ed è significativo se confrontato nel tempo all'interno dell'azienda;
- a livello parziale come costo di singole fasi del PDTA/PIC (parte ospedaliera, territoriale, ambulatoriale).

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

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

Almeno nelle caratteristiche essenziali possono essere monitorati:

- lo sviluppo temporale del percorso complessivo (es. giornate di degenza, distanza in giorni tra prima visita per intervento e ultimo controllo ambulatoriale previsto post intervento), per singole fasi (ore trascorse in pronto soccorso, giornate in terapia intensiva, giornate in degenza ordinaria, tempi di attesa per il ricovero), per specifiche attività (ore trascorse o giorni trascorsi dall'ingresso in ospedale per l'esecuzione di una indagine strumentale, per la somministrazione di una terapia);
- l'appropriatezza per quanto riguarda l'aderenza a specifiche linee guida cliniche ed organizzative; il rispetto di alcuni criteri individuati in corrispondenza di una decisione importante lungo il processo, ad esempio il ricovero o la dimissione del paziente, l'avvio ad un intervento chirurgico, il trasferimento dalla Rianimazione; l'effettivo svolgimento di determinate attività (esempio la somministrazione di un determinato farmaco, l'esecuzione di un determinato test, la stesura e la verifica del rispetto di un piano per determinate necessità assistenziali del paziente); l'esito per quanto concerne il raggiungimento di un determinato traguardo per quanto riguarda l'evoluzione delle condizioni di salute del paziente
- i costi relativi alle risorse economiche assorbite, i volumi di produzione, le tariffe delle prestazioni erogate nei percorsi, il confronto tra tariffe e costi sostenuti.

Nella definizione degli indicatori dei PDTA/PIC è comunque utile procedere per gradi, a partire da quelli più semplici e facili da reperire nei flussi informativi correnti, per poi eventualmente allargare la ricerca a quelli più complessi. Allo stesso tempo non è necessario identificare molti indicatori, piuttosto è opportuno individuare pochi indicatori realmente strategici per lo specifico percorso in quella organizzazione in grado di esser correlati al processo decisionale.

Ovviamente gli indicatori sono fondamentali per la creazione della specifica reportistica relativa al percorso, che deve esser essenziale nei suoi contenuti e significativa rispetto ai passaggi critici.

8. La diffusione aziendale e interaziendale

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

Il target per la diffusione deve essere preventivamente individuato a livello del gruppo di lavoro PDTA/PIC, anche sulla base delle indicazioni rappresentate dal livello regionale.

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

Particolare cura deve essere dedicata alla redazione finale dei documenti, da distribuire utilizzando il canale sia informatico sia cartaceo e in termini formali.

Deve essere prevista una strategia di diffusione che veda l'intervento della Direzione Aziendale in incontri e riunioni mirati a conferire importanza e visibilità al processo di cambiamento, che con l'applicazione del PDTA/PIC si intende perseguire.

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

Il confronto inter aziendale e l'eventuale condivisione dei PDTA/PIC dovranno essere guidati e monitorizzati da strutture regionali precedentemente individuate.

9. Verifica dell'applicazione e revisione

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

9.1. L'Audit

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

Il termine, trasferito nel vocabolario inglese, ha assunto come primo significato quello di: "esame della contabilità e di altre registrazioni attinenti al denaro o alla proprietà, realizzato da funzionari competenti o altre persone incaricate, al fine di verificarne la correttezza"; da tempo è anche utilizzato in altri contesti (es. ISO 9000) con il significato di "esame sistematico e indipendente, all'interno del Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ), volto a determinare se le attività svolte ed i risultati ottenuti sono in accordo con

quanto pianificato e se quanto stabilito venga attuato efficacemente e mantenuto aggiornato”.

L’Audit, nella sua accezione più larga e generica, significa “**verificare**” ed affinché la verifica sia possibile e corretta occorre definirne gli ambiti, gli obiettivi specifici e gli attori strumento, l’Audit diventerà così uno strumento utile alla revisione sistematica e continuativa delle attività realizzate da parte dei professionisti. Molteplici possono essere gli ambiti della verifica: interna ed esterna, professionale o “laica”, organizzativa o clinico/assistenziale.

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

9.2. L’Audit in sanità

Il modello dell’Audit in sanità consiste nella “analisi critica e sistematica della qualità dell’assistenza medica (o sanitaria) che valuta le procedure clinico/organizzative utilizzate per la diagnosi e il trattamento, l’uso delle risorse, gli outcome risultanti e la qualità di vita per i pazienti”. L’audit si concretizza in una “iniziativa condotta da professionisti che cerca di migliorare la qualità e gli outcome dell’assistenza attraverso una revisione strutturata tra pari, per mezzo della quale i professionisti stessi esaminano la propria attività ed i propri risultati, in confronto a standard espliciti, e la modificano se necessario”.

L’analisi professionale della qualità dell’assistenza, oltre ad un valore “condizionato” per il miglioramento della qualità dell’assistenza, possiede un valore formativo per il professionista, in particolare educa ad un atteggiamento di auto valutazione, facilita l’individuazione dei fattori chiave che condizionano la buona pratica clinica, incoraggia l’aggiornamento ed il miglioramento della pratica, obbliga a misurare ed allena a confrontare ed interpretare i dati, è pertanto uno strumento utile per la diffusione e la verifica dell’aderenza dei professionisti alla cultura della “buona pratica clinica”.

L’efficacia dell’Audit si sviluppa lentamente nel tempo, man mano che il metodo si integra nel modus operandi. L’Audit professionale richiede pertanto un esercizio non occasionale e soprattutto che l’oggetto delle verifiche sia sempre focalizzato su aspetti non marginale, bensì di reale importanza rispetto a temi di interesse professionale, di

programmazione e gestione della sanità, siano essi considerati critici, prioritari o di impatto per i professionisti stessi o per altri soggetti interessati (stakeholder).

9.3. Metodologia dell'Audit

Da un punto di vista metodologico, l'audit clinico/assistenziale/organizzativo consiste in un tipico "ciclo della verifica e revisione della qualità". Definiti criteri, indicatori e standard concordati e misurabili, viene valutata la pratica clinica ed assistenziale in termini soprattutto di processo o esito per quanto riguarda la situazione attesa e quella osservata e vengono elaborate proposte di miglioramento, se necessarie, queste vengono applicate e il ciclo può ricominciare.

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

Le esperienze sul campo segnalano come esistano diversi livelli di realizzazione dell'audit clinico assistenziale. Ad un livello di base esso consiste in un incontro o in una serie di incontri fra operatori per discutere:

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

I casi vengono selezionati casualmente o più frequentemente vengono scelti per accordo raggiunto fra i membri del team interessato. Volendo verificare l'attuazione generale del percorso tipo si possono analizzare tutti i casi incidenti più frequentemente, oppure i casi conclusi con esito inatteso oppure ancora i casi con outcome insoddisfacente. L'analisi, di solito retrospettiva, viene effettuata sulla base di dati amministrativi o mediante l'esame delle cartelle cliniche o di altra documentazione sanitaria.

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

10. Il dossier

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

11. Valutazione e verifica del PDTA/PIC

Nel valutare un PDTA/PIC occorre verificare schematicamente se sono stati previsti e rispettati i momenti fondamentali necessari per la sua costruzione. La scheda nell'allegato D è un esempio di check list che può essere utilizzata a questo scopo.

E' importante, inoltre, che sia identificato il soggetto, nel senso ampio del termine, che ha il compito di rendere operativa l'attività di verifica, aggiornamento e manutenzione del percorso.

Conclusioni

Il documento è frutto dell'impegno di un gruppo multidisciplinare al quale hanno partecipato rappresentanti di più Aziende Sanitarie Regionali.

Il mandato e l'obiettivo del gruppo di lavoro è stato quello di individuare criteri chiari, semplici, univoci ed il più possibile sintetici per la definizione e la costruzione di un PDTA o PIC.

L'intento è che le raccomandazioni contenute in questo documento siano un modello di indirizzo per i tavoli di lavoro che in Assessorato e in AReSS sono o saranno impegnati nella definizione di percorsi di cura con l'obiettivo di rendere sempre più appropriata, uniforme e semplice l'erogazione delle prestazioni sanitarie al cittadino.

I contenuti del documento potranno essere utilizzati come punto di partenza e traccia per la costruzione di un sistema informativo centralizzato all'interno del progetto ICT.

L'aspettativa, inoltre, è che i suggerimenti contenuti in questa guida pratica, pur nella completa autonomia gestionale, siano modello e supporto alle ASR ed agli operatori delle ASR che intendono affrontare, con criteri appropriati ed uniformi, la costruzione e l'implementazione dei PDTA/PIC nella singole realtà clinico-organizzativa della propria attività.

Riferimenti bibliografici

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

ALLEGATO A: MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

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

ALLEGATO B: MATRICE DEGLI SNODI DECISIONALI

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

ALLEGATO C: MATRICE DELLE ATTIVITA'

DESCRIZIONE ATTIVITÀ						
ATTIVITÀ	CHI FA e RESPONSABILITA'	COME	QUANDO	DOVE	PERCHÈ	Documenti/registrazioni

ALLEGATO D: CHECK LIST DI VALUTAZIONE

Promotore	E' stato identificato il soggetto dal quale è derivata la decisione di attuare il PDTA/PIC (Direzione Generale d'Azienda, Direzione Sanitaria di Presidio o Direzione di Distretto, ecc.). E' necessario indicare il livello di formalizzazione del progetto (comunicazione interna, delibera ecc.).
Committente	E' stato identificato il soggetto che assume la responsabilità e definisce la modalità con cui intende recepire il PDTA/PIC da attuare
Criteri di eleggibilità	Sono state definite le motivazioni che sostengono la scelta della patologia o della problematica clinica su cui costruire il PDTA o PIC secondo specifiche priorità
Gruppo di lavoro	Sono state definite le professionalità, disciplina e ruoli dei partecipanti al gruppo di lavoro identificato per la costruzione del PDTA/PIC
Letteratura di riferimento e linee guida	E' stata definita la principale bibliografia di riferimento e le linee guida di riferimento
Criteri di inclusione	Sono stati definiti i criteri di inclusione ed esclusione adottati e modalità di classificazione
Approccio al profilo	Sono state definite le modalità di approccio al profilo (es. progettazione completa, riorganizzazione, introduzione di nuove fasi o figure professionali, etc....)
Analisi e rappresentazione	Sono state definite le modalità di rappresentazione grafica in relazione alle attività snodi decisionali e responsabilità
Categorie assistenziali	Sono state definite le categorie assistenziali prese in considerazione nella costruzione del profilo
Valutazioni del profilo	Sono stati definiti gli indicatori di struttura, processo, esito, equilibrio economico, ecc. Effettuazione di audit.
Modalità di diffusione interna	Sono state definite le modalità di diffusione in azienda (es. invio a tutte le S.C., riunioni di presentazione, consegna a tutto il personale, MMG, ecc.)
Modalità di diffusione esterna	Sono state definite le modalità di diffusione all'esterno dell'azienda (es. Carta dei Servizi, Internet, coinvolgimento associazioni, ecc.). N.B. la diffusione ai medici di base non va considerata diffusione esterna
Governo del profilo	E' stato definito il soggetto che mantiene sotto controllo l'applicazione e manutenzione del profilo. Se SI indicare la/le figura/e professionale/i
Manutenzione del profilo	E' stata definita la fase di manutenzione/aggiornamento del profilo. Se SI ogni quanto tempo espresso in mesi/anno
Livello di implementazione	Stato dei lavori (es. progettazione, definizione operativa, già applicato, etc....)
Data di stesura e revisione	E' indicata la data della stesura definitiva del documento, la data dell'ultima revisione ed il numero delle eventuali revisioni

Aress
Agenzia Regionale
per i Servizi Sanitari



Ente strumentale della Regione Piemonte
istituito con L.R. n. 10 del 16.03.1998