

MANUALE E FORMAT PER LA STESURA DEI PERCORSI ASSISTENZIALI NELLA ASL DI ORISTANO

Stato delle revisioni

Indice rev.	Data	Par.n°	Pag.n°	Sintesi della modifica	Redazione

Nome file	MANUALE PER LA STESURA DEI PERCORSI ASSISTENZIALI NELLA ASL DI ORISTANO			
		Funzione	Data	Firma
Redazione	dott.ssa Giuseppina Garau	U.O. Qualità e Rischio clinico		
Verifica	Nucleo Strategico Aziendale			
Approvazione	dott.ssa Maria Giovanna Porcu	Commissaria ASL		
Distribuzione	Il documento viene pubblicato nel sito della ASL e ne viene data informazione a tutti gli operatori interessati			

INDICE

1. PREMESSA.....	pag. 04
2. OGGETTO	pag. 05
3. SCOPO.....	pag. 05
4. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	pag. 06
6. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO.....	pag. 06
7. ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI.....	pag. 06
8. MODALITA' OPERATIVE.....	pag. 07
9. DISTRIBUZIONE DEL DOCUMENTO.....	pag.
10. ALLEGATI.....	pag.

1. PREMESSA

Cosa sono i percorsi assistenziali ?

Qualche definizione:

- I Percorsi Diagnostico Terapeutico assistenziali sono strumenti finalizzati all'implementazione delle Linee Guida nella pratica clinica
Identificano la sequenza degli atti diagnostico - terapeutici e assistenziali (microprocessi) da effettuare al fine di raggiungere obiettivi di salute, definiti a priori, con un'efficienza e un'efficacia ottimali (*Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria*)
- Piani di cura strutturati multidisciplinari utilizzati nei servizi sanitari per specificare le fasi fondamentali nella cura dei pazienti portatori di uno specifico problema clinico. Aspirano a collegare la evidenza scientifica alla pratica e ottimizzare gli esiti clinici mentre massimizzano l'efficienza clinica (*Revisione Cochrane 2010*)
- I percorsi assistenziali sono finalizzati alla implementazione delle LG

In relazione al contesto locali il PA:

- adatta le raccomandazioni delle LG
- definisce
 - procedure (how)
 - professionisti (who)
 - setting (where)
 - tempistiche (when)

In altri termini PA= Linea Guida+ Contesto Locale

Sinonimi sono: percorso (profilo)di cura, Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA), Percorso clinico-assistenziale (*GIMBE 1996-2007*)

La progettazione di percorsi assistenziali costituisce un elemento essenziale per le organizzazioni sanitarie al fine di migliorarne la pratica clinica, le prestazioni, la comunicazione tra i professionisti e il lavoro di gruppo, garantendo un miglior utilizzo delle risorse umane e materiali.

Un PDTA è:

1. strutturato come un piano di cura multidisciplinare
2. utilizzato come un canale per trasferire nella propria realtà operativa le linee guida basate sulla EBM
3. dettagliato in fasi operative di cura o piano, protocollo, algoritmo, o altre specificazioni
4. ha una cronologia o è basato su una progressione di fasi che si succedono quando i criteri sono soddisfatti
5. finalizzato a standardizzare la cura per uno specifico problema clinico, procedura o episodio sanitario in una specifica popolazione

2. OGGETTO

La presente procedura descrive le modalità per la costruzione dei PDTA (Percorsi Diagnostici- Terapeutici- Assistenziali).

3. SCOPO

Il manuale intende essere uno strumento di sviluppo e di supporto alle competenze dei professionisti nella costruzione dei PDTA secondo un modello unico aziendale, chiaro e per quanto possibile completo.

Le competenze metodologiche legate al recupero, rappresentazione e miglioramento della propria esperienza, nonché quelle legate alla scelta e all'utilizzo di strumenti specifici, risultano infatti attualmente ancora critiche.

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

Le indicazioni contenute nel presente documento possono essere utilizzate nella stesura di PDTA contenenti macro-processi di cura, con descrizione delle fasi territoriali ed ospedaliere del percorso del paziente; possono essere utilizzate anche nei percorsi esclusivamente ospedaliero o territoriale e infine per la descrizione del percorso assistenziale nell'ambito di un'unica Unità Operativa Ospedaliera o Territoriale.

5. DOCUMENTI E FONTI DI RIFERIMENTO:

- Progetto Formazione Qualità ISS, ARM, MS, Manuale I
- Casati G: La gestione dei Processi in Sanità. QA vol.13. N1, 2002
- Omero Triossi, GIMBE Education : Dalle Linee Guida ai Percorsi Assistenziali
- Piera Poletti, CEREF- Centro Ricerca e Formazione – Padova : Progettare e Implementare Percorsi Clinico- Assistenziali -Organizzativi- Corso di Formazione -Oristano- 2016
- 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) 1987.

6. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Le definizioni sono esplicitate nel **GLOSSARIO** allegato al presente documento (all. A)

PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PIC	Percorso Integrato di cura
GLAM	Gruppo di Lavoro Aziendale Multiprofessionale

7. MODALITA' OPERATIVE

8.1 Le caratteristiche grafiche (carattere Arial, grandezza 11, pagina A4) e l'intestazione dei documenti contenenti la descrizione dei PDTA sono gli stessi previsti dal documento aziendale "Stesura dei documenti". Può essere funzionale l'utilizzo dell'orientamento orizzontale delle pagine.

8.2 Stato delle Revisioni (tab A)

La prima pagina del documento deve contenere una tabella in cui viene precisato se si tratta della prima stesura o di una revisione; in quest'ultima ipotesi deve essere precisato il numero progressivo e deve essere indicato la pagina e il paragrafo oggetto di revisione e una sintesi della stessa.

Stato delle revisioni					
Indice rev.	Data	Par.n°	Pag. n°	Sintesi della modifica	Redazione

8.3 Iter di emissione (tab B)

Sempre nella prima pagina, una seconda tabella specifica chi è il promotore e il committente del PDTA

Iter di emissione				
Nome file	PDTA :			
	Nome	Funzione	Data	Firma
Promotore	risponde alle domande : <i>Da chi è partita la richiesta per l'attuazione di questo PDTA/PIC?</i> <i>In quale modo è stata esplicitata la richiesta?</i> 1. Specificare il soggetto dal quale è derivata la decisione di attuare il PDTA/PIC (può essere la Direzione Generale, la Direzione dei Presidi Ospedalieri, la direzione dei Distretti, i direttori di Dipartimento, Direttori di Struttura) 2. Specificare in quale modo è stata formalizzata la richiesta di attuazione del PDTA/PIC (verbale, delibera, budgeting, etc.....)			
Committente	risponde alla domanda: <i>Chi è il Responsabile dell'attuazione del PDTA/PIC?</i> Specificare il soggetto responsabile di attuare il PDTA/PIC (in genere corrisponde alle figure gerarchicamente più in alto nella struttura di riferimento)			
Responsabile Diffusione Applicazione Aggiornament o	risponde alla domanda: <i>Chi controlla che il percorso venga conosciuto e applicato? Chi si occupa del suo aggiornamento?</i>			

8.3 Le Tappe della costruzione di un PDTA

La costruzione di un percorso assistenziale consta delle seguenti tappe principali:

1. Scelta del problema di salute che si vuole affrontare
2. Costruzione del gruppo di lavoro aziendale multiprofessionale e multidisciplinare (GLAM)
3. Specificazione dei criteri di inclusione e di esclusione
4. I risultati di salute che si vogliono ottenere
5. Scelta della Linea Guida (identificazione delle pratiche professionali appropriate)
6. Analisi del processo in corso
7. Costruzione del nuovo PDTA
8. Tappa Implementazione dei PDTA
9. Disseminazione del PDTA
10. Valutazione dell'impatto e degli esiti del percorso

1° Tappa: Scelta del problema di salute

In questa sezione vengono descritti il tema del Percorso Assistenziale le ragioni della selezione di quel determinato problema ; per contestualizzare l'importanza del problema di salute preso in esame, è utile riportare dati statistici riguardanti i volumi, gli esiti, le criticità attuali, etc...

Le motivazioni della scelta possono essere:

- L'elevata frequenza del problema clinico
- L'elevata rischiosità
- L'elevata variabilità
- Gli alti costi

Department of Health 1994

- L'esistenza di buone evidenze scientifiche
- La multiprofessionalità e multidisciplinarietà
- L'impatto sociale

GIMBE 1996-2007

Il tema del Percorso Assistenziale può riguardare diversi ambiti (GIMBE 1996-2007):

Prevenzione

- infezioni post-chirurgia,
- screening K colon retto

Preventive care

Presentazioni Cliniche

- Dispnea acuta
- dolore toracico acuto
- sincope

Diagnostic Pathways

malattie, sindromi	<ul style="list-style-type: none">○ BPCO○ Infarto del Miocardio	Care Pathways
Indagini diagnostiche	<ul style="list-style-type: none">○ Gastroscopia○ Coronarografia	Technology assessment
Trattamenti**	<ul style="list-style-type: none">○ Inibitori della pompa protonica○ Tombolitici	Technology assessment
**inclusa riabilitazione e cure palliative		

2° Tappa : Specificazione dei criteri di inclusione e di esclusione

In questa sezione si risponde alla domanda: *Quali pazienti entrano nel percorso? Con quale patologia? Quale età? Quali condizioni socio-economiche? Quali strutture vengono interessate dal percorso descritto? Qual è il setting assistenziale di partenza?*

Si deve individuare una categoria omogenea (famiglia) di pazienti che entrano nel percorso; quanto più specificate saranno le caratteristiche dei pazienti tanto più chiaro sarà il percorso. Si distinguono

criteri di base: consentono di includere il paziente all'interno di una categoria ("famiglia") omogenea di percorsi

criteri specifici: consentono di differenziare la risposta assistenziale sulla base di specifiche condizioni del paziente e di definire percorsi differenziati o ramificazioni

corrisponde all'INPUT iniziale

Talvolta può essere necessario, per inquadrare meglio l'ambito di interesse del PDTA, definire i criteri di esclusione.

3 Tappa: Definizione dei risultati di salute

Risponde alla domanda:

Quando può considerarsi concluso il percorso?

Qual è il setting assistenziale di arrivo?

Come e quando escono dal percorso i pazienti?

In quali condizioni cliniche ?

Vengono definiti i risultati di salute attesi, per es.:

- Parametri clinici: caratteristiche cliniche e di salute
 - Segni e sintomi
 - risultati di indagini
- Livello di autonomia/indipendenza
- Coinvolgimento e competenza in autocura del suo assistente informale (informal caregiver)
- Ciò che si può osservare o misurare al termine del percorso assistenziale

Corrisponde all'OUTPUT finale

4° Tappa : costituzione del G.L.A.M. (gruppo di lavoro aziendale multiprofessionale)

Il gruppo di lavoro deve essere composto da un numero dispari di persone (9-15) e deve comprendere:

- Specialisti (sia clinici che dei servizi) coinvolti nella gestione della priorità definita
- professionisti del territorio (MMG, PLS, altri)
- professioni sanitarie non mediche
- Direzione sanitaria/assistenziale
- Componente di supporto metodologico
- opzionali; medico legale, economista, esperto in bioetica)
- rappresentante degli utenti (?)

La multiprofessionalità e multidisciplinarietà del GLAM (Gruppo di Lavoro Aziendale Multiprofessionale) assicura:

- Maggiore equilibrio nelle raccomandazioni cliniche
- La valutazione multidimensionale degli ostacoli
- Condivisione di tutti gli snodi decisionali del Percorso Assistenziale
- Migliore integrazione ospedale territorio

5° Tappa. Scelta della LG di riferimento

In questa fase l'obiettivo è quello di costruire un PDTA basato sulle evidenze scientifiche, condiviso con tutte le professi/specialità coinvolte, adattato al contesto locale

5.a Ricerca delle Linee Guida utilizzando un protocollo di ricerca standardizzato, le Linee Guida vanno ricercate in diverse banche dati (BD):

- BD primarie: MEDLINE, ENBASE
- BD specialistiche: Cancerlit, Psycinfo, CINHALL, altre
- BD di Linee Guida NCG, CMA, NLH, GF, PNLG, altre
- Siti di società nazionali e agenzie scientifiche
- BD di HTA

Vengono escluse le linee guida

- datate da oltre 3-4 anni
- pubblicate da lingue diverse dall'italiano e dall'inglese

5.b Valutazione critica delle Linee Guida e scelta della linea guida di riferimento; l'obiettivo è quello di selezionare un'unica linea guida di riferimento

- Viene utilizzato AGREE II
- Utile verificare preventivamente i criteri di Grilli e coll.

5.c Integrazione delle linee guida (opzionale) si tratta di ricerche bibliografiche volte a colmare:

- Gap di contenuti : proposte del GLAM relative ad aspetti clinici non presi in considerazione dalle linee guida selezionate
- Gap temporali: integrazione della linea guida con evidenze rilevanti emerse dopo la loro pubblicazione

5.d Adattamento locale della LG e costruzione del PDTA

Per evitare che tale fase coincida con la legittimazione di pratiche locali, l'adattamento delle LG deve prevedere una metodologia rigorosa ed esplicita attraverso:

- analisi del contesto locale
- verifica della applicabilità locale delle singole raccomandazioni
- eventuale modifica delle raccomandazioni non applicabili

Ciascuna organizzazione sanitaria possiede elementi che caratterizzando il contesto locale, costituiscono potenziali ostacoli all'applicazione delle LG. Infatti ognuna di esse:

- è caratterizzata da requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi, professionali: "patrimonio STOP" :
- è ubicata in una specifica area geografica con proprie caratteristiche di viabilità
- è condizionata dal contesto socio-culturale della popolazione
- è regolamentata da normative sanitarie nazionali, regionali e locali
- può essere condizionata da specifiche politiche

La resistenza al cambiamento professionale e le pratiche locali consolidate non costituiscono ostacoli specifici che giustificano la modifica delle raccomandazioni cliniche

L'unità elementare di adattamento locale non è costituita dalla linea guida, ma dalla singola raccomandazione clinica

Metodologia

- Effettuare una ricerca sistematica delle linee guida disponibili in letteratura,
- applicare gli strumenti di valutazione critica (AGREII) e selezionare una LG di riferimento
- Riportare le raccomandazioni originali della LG selezionata in una scheda ad hoc Tab.(B)

Tabella C: Adattamento locale della LG al contesto locale

Raccomandazione originale	Ostacoli locali	testo proposto

Sull'apposita scheda (Tabella C) il GLAM:

- Riporta le raccomandazioni originali della LG
- Identifica gli ostacoli locali alla loro applicazione
- Valuta , previo feedback con la direzione aziendale la rimozione degli ostacoli
- Modifica le raccomandazioni originali, qualora non sia possibile rimuovere gli ostacoli, riportando le motivazione che hanno determinato le modifiche

E' indispensabile rilevare che la mancata modifica di raccomandazioni cliniche non applicabili a livello locale, aumenta il rischio clinico dei pazienti e quello medico legale dei professionisti e dell'organizzazione sanitaria.

1. Gli ostacoli possono essere ricondotti a diversi elementi sintetizzati nell'acronimo "**STOP**"
 - **S**trutturali: assenza di una Unità Operativa o servizio, carenze strutturali specifiche
 - **T**ecnologici: indisponibilità della tecnologia sanitaria, disponibilità parziale 24 ore, 7 giorni
 - **O**rganizzativi: numero di professionisti insufficienti, posti letto limitati, lunghezza delle liste d'attesa, procedure
 - **P**rofessionali: inadeguata competenza professionale
2. Normative nazionali/regionali/locali in contraddizione con le raccomandazioni delle LG

- contratti di lavoro
 - interventi sanitari non rimborsabili dal SSN
 - contesto socio culturale
3. Determinanti socio –cultural che condizionano le preferenze degli utenti (ad esempio testimoni di Geova, donne musulmane)
 4. Contesto geografico e viabilità
 5. Tempistiche per l'erogazione degli interventi sanitari, in particolare di emergenza-urgenza, condizionati dalla viabilità locale

GIMBE 1996-2007

5.e: Pianificare l'aggiornamento dei PDTA

Tre strategie:

- Riferimento alle LG originale(se esplicitamente dichiarato)
- Ricerche bibliografiche a scadenza definita (1-2 anni)
- sorveglianza continua della letteratura

Le caratteristiche del prodotto delineate in questa nella tappa n° 5 sono:

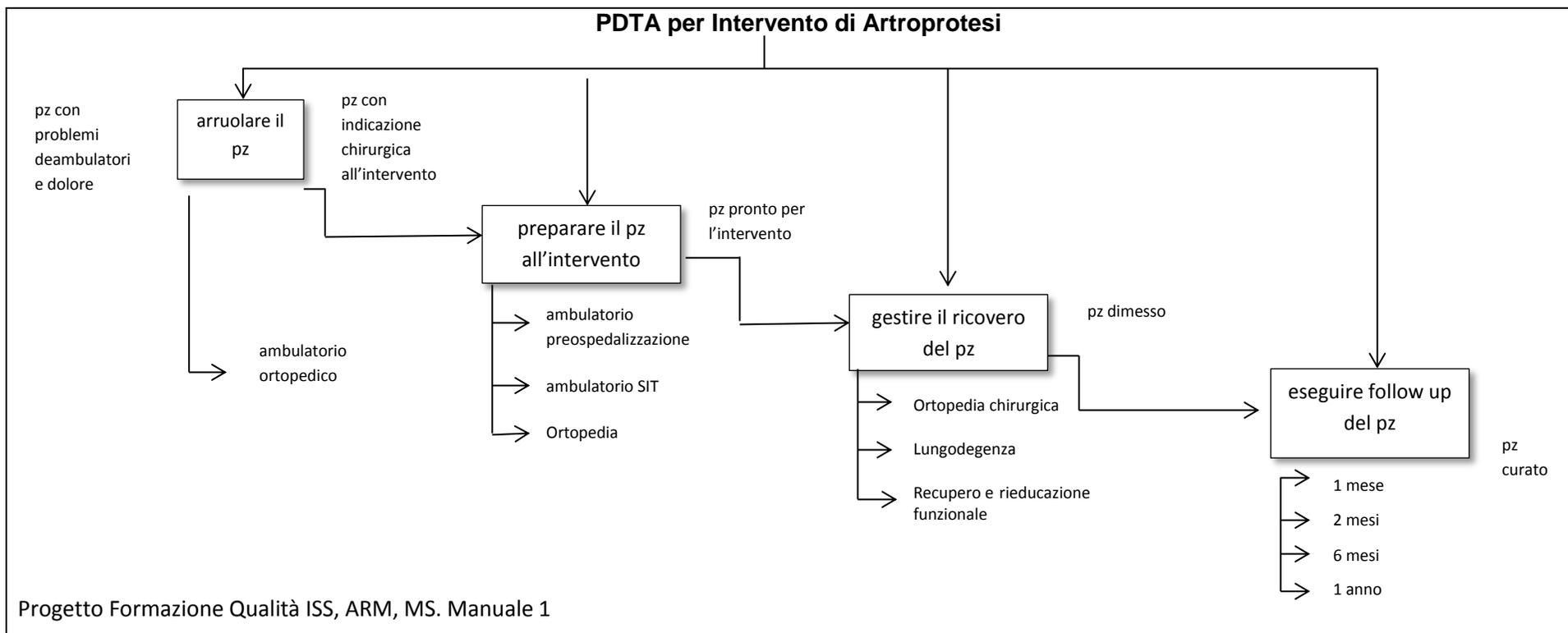
- Evidence based
- Condivisione con tutte le professioni/specialità
- Adattato al contesto locale

GIMBE 1996-2007

6° Tappa: ANALISI DEL PROCESSO IN CORSO:

Viene descritta la sequenza logico-cronologica delle fasi (episodi) che il paziente deve attraversare per risolvere il suo problema di salute che sono principalmente 4: - Valutazione e Stadiazione - Trattamento - Monitoraggio - Follow-up

Percorso di massima: esempio (Tab. D)



Il diagramma di flusso è una modalità molto efficace per descrivere il percorso di massima; permette infatti, una visione globale dell'intero processo e l'identificazione degli episodi (attività e insieme di attività) più significativi che lo compongono. (nell'allegato B vengono descritti i vari simboli utilizzati nella costruzione dei diagrammi di flusso).

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

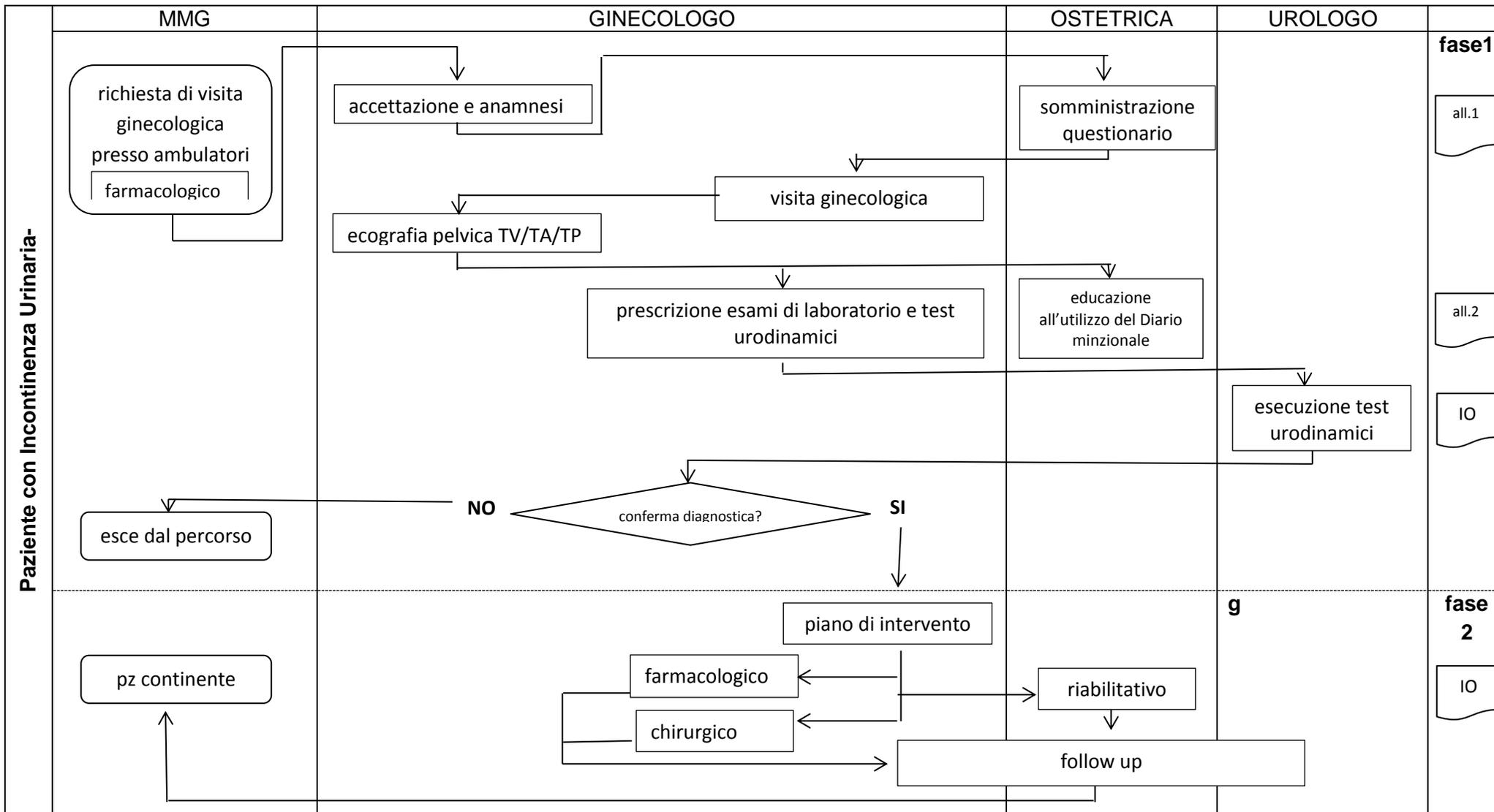
- Fasi
- Passaggi
- Unità operative/Servizi/persone
- Interdipendenze e relazioni di un percorso

La rappresentazione a matrice consiste in una tabella che incrocia le attività (tempi e fasi) con le risorse/responsabilità (strutture, operatori, ecc.).

Queste le tappe per la costruzione di un diagramma di flusso :

1. Definire il processo che si vuole analizzare, fissandone i limiti, indicando con chiarezza la prima e l'ultima attività, senza preoccuparsi, in questa fase, di quanto sta nel mezzo. Non sottovalutare questo primo passo: è importante capire che cosa si intende analizzare.
2. Elencare le singole attività e le modalità
3. Rappresentare in sequenza le attività utilizzando i simboli base
4. Chiedersi se prima di un compito/attività deve essere assunta una decisione
5. Chiedersi se deve essere fatto qualche cosa d'altro prima dell'attività
6. Verificare con il gruppo se la rappresentazione corrisponde alla realtà
7. In relazione all'obiettivo del flow, aggiungere informazioni alle singole attività: tempo, costi, documentazione, spazi, ecc

La tabella E mostra il diagramma di flusso per la gestione della paziente con incontinenza urinaria



Generalmente per facilitarne la descrizione, occorre suddividere il percorso in fasi, ognuna delle quali deve essere ulteriormente approfondita con la descrizione delle attività.

La distinzione in fasi può nascere anche dall'esigenza di distinguere cosa viene fatto nei vari setting assistenziali, in ospedale da ciò che viene fatto sul territorio, o in caso di ricovero del paziente ricoverato dal 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"**.

In ciascuna delle fasi sono presenti **diverse categorie principali di attività/funzioni**:

1. valutazione clinico- sociale diretta
2. accertamenti di laboratorio e strumentali
3. documentazione
4. richieste di consulenza
5. trattamenti (farmacologici, chirurgici, psicoterapici o di sostegno psicologico, riabilitativi, sociali)
6. nutrizione
7. educazione del paziente e della famiglia
8. la pianificazione della dimissione
9. attività del paziente
10. sicurezza del paziente
11. monitoraggio del decorso

Per ogni fase dovrebbero essere specificate , oltre alle diverse categorie di attività che vi sono svolte, le condizioni del pz all'ingresso e all'uscita dalla fase e i modi per valutare tali condizioni, per poter misurare l'appropriatezza sia dell'ingresso che dell'uscita.

6.2 Descrizione analitica attività, soggetti coinvolti, risorse, tempi, per ogni fase

Il percorso viene suddiviso in fasi che a loro volta possono essere scomposte in attività (abbiamo visto più sopra quali sono le categorie principali delle attività)

Devono essere descritti, utilizzando lo schema più sotto:

1. Fasi (episodi)
2. La definizione sintetica della fase
3. L'output o risultato intermedio della fase
4. Le attività attraverso le quali si articola il percorso
5. Unità operative/soggetti coinvolti e/o risorse materiali impiegati
6. Snodi decisionali di collegamento e criteri di gestione delle decisioni

Fase 1...2...3...4	Definizione sintetica			Output della fase risultato intermedio
ATTIVITA'	UU.OO. /Soggetti coinvolti	Risorse materiali impiegate	Tempi	snodi decisionali di collegamento e criteri di gestione della scelta

Lo schema precedente deve essere utilizzato nella descrizione di ciascuna delle fasi individuate

Legenda:

Cella 1: descrivere la fase che si vuole analizzare, es:

- *valutazione e stadiazione*
- *trattamento*
- *monitoraggio*
- *follow up*

Cella 2: si definisce in maniera sintetica cosa si intende descrivere in quella fase

Cella 3: *deve essere descritto l'output della fase descritta.*

Vengono stabiliti:

- *quando, come e a quali condizioni il pz può uscire da una fase per entrare nella successiva*
- *il criterio può essere rappresentato da un insieme di parametri che rappresentano un traguardo di salute intermedio generato da quello specifico episodio*
- *il criterio può essere rappresentato da parametri prevalentemente di tipo clinico e/o legati allo stato di salute e autonomia*

Cella 4: analizzare le attività/ funzioni di ogni fase , es:

- *valutazione clinica-sociale diretta*
- *accertamenti di laboratorio e strumentali*
- *documentazione*
- *richiesta di consulenza*
- *trattamenti*
- *nutrizione*
- *educazione del pz e del caregiver*
- *attività del pz sicurezza del pz*
- *monitoraggio del percorso*

Cella 5/6: descrivere

- *l'U.O./soggetti coinvolti nell'attività descritta*
- *le risorse materiali impiegate*
- *Produzione di un risultato a fronte delle risorse impiegate*

Cella 7: descrivere i tempi occorrenti

Cella 8: *devono essere descritti momenti/situazioni che collegano tra loro le tappe del percorso.*

Gli snodi decisionali consentono di gestire le possibili diverse condizioni di accesso al percorso (criteri specifici) e ai singoli eventi, le criticità e le alternative possibili

6.3 Rappresentazione grafica di ciascuna attività che compone le varie fasi del percorso, mediante l'utilizzo della matrice fondamentale disegnata più sotto, nella quale sono presenti

- Operatori
- Modalità di esecuzione
- Tempi e luoghi
- Modalità di integrazione

FASE 1:						
ATTIVITÀ	CHI FA	COME	QUANDO	DOVE	INTEGRANDOSI	
					CON CHI	COME

6.4 Analisi della documentazione disponibile

In questa sezione vanno esaminati i documenti, moduli, istruzioni operative, procedure che devono essere utilizzate nel percorso; si valuta se sono già esistenti, se sono ancora validi, se è necessario revisionarli o crearne di nuovi. Si può utilizzare il seguente schema:

Fase del percorso	Strumenti informativi		Linee guida	Protocolli Istruzioni operative	Annotazioni
	Denominazione strumenti	Variabili da togliere, modificare, aggiungere			

6.5 Identificazione e descrizione degli aspetti positivi - clinici e organizzativi- che contraddistinguono il percorso attuale

6.6 Identificare e descrivere le criticità/problemi attualmente esistenti nella gestione di quel determinato percorso:

- analisi quali/quantitativa di un problema
- specificazione delle cause
- identificazione delle priorità tra criticità/problemi
- VARIABILITA'

Come identificare un problema (Situazione insoddisfacente in cerca di soluzione):

Identificare e descrivere le manifestazioni:

- Segni/indicatori che rivelano la presenza del problema

Individuarne le cause:

- Motivi/situazioni che hanno prodotto il problema
- Classi di fenomeni che possono determinare il problema
 - cause di primo livello
 - cause di secondo livello
 - cause di terzo livello

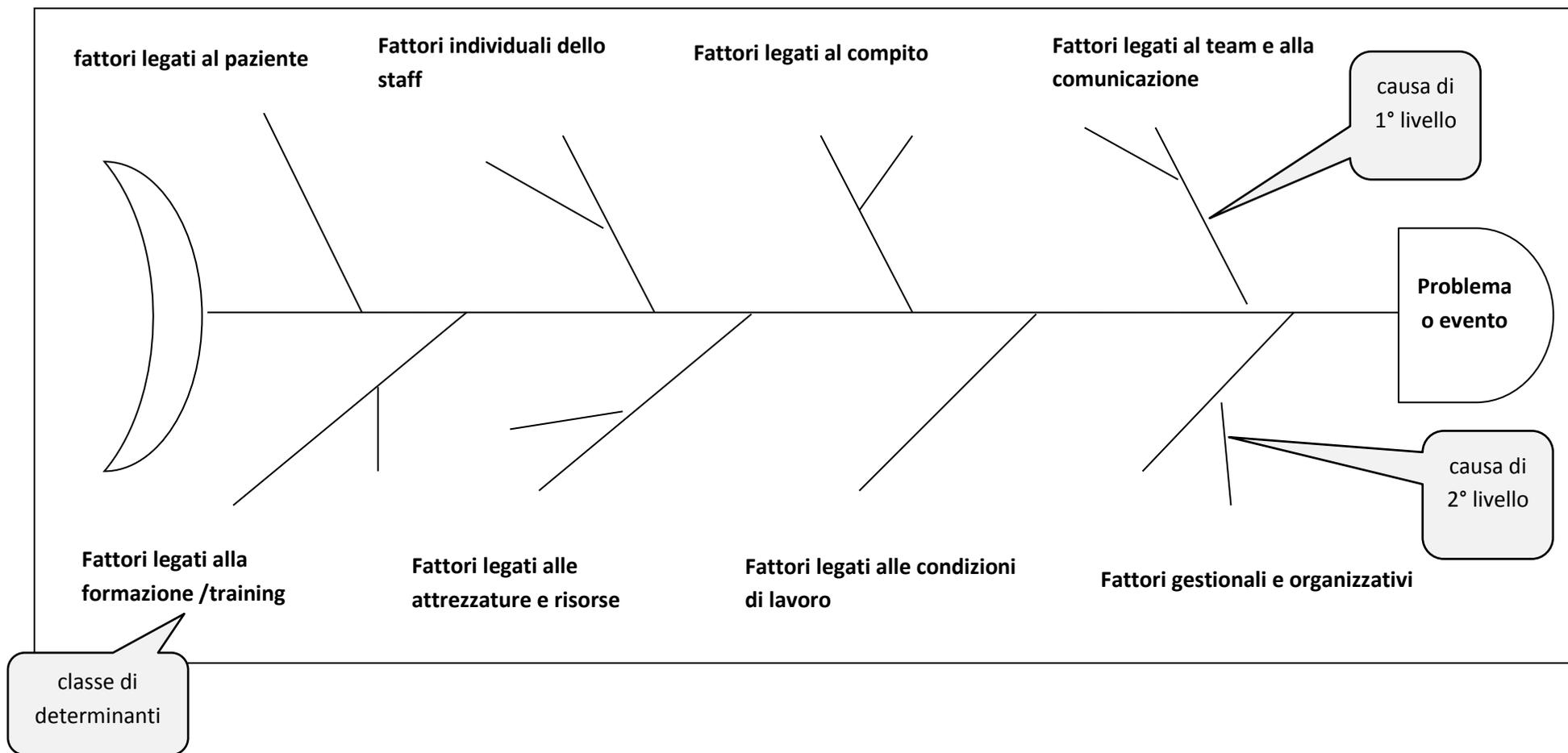
Il Diagramma di causa-effetto di Ishikawa può essere utilizzato per analizzare un problema

Esso permette di classificare e rappresentare graficamente le cause di un problema/disfunzione

Nell'utilizzo di questo strumento bisogna rispettare le seguenti fasi:

- Elencare le disfunzioni/problemi
- Individuare le priorità tra disfunzioni/problemi

- Rispetto ad una disfunzione individuare ambiti di possibili cause
- Ordinare le cause, segnandole rispetto alle diramazioni
- Selezionare le cause più importanti.



6.7 Individuare gli ambiti di miglioramento

1. Identificazione di possibili modifiche di tipo clinico e/o organizzativo da apportare al percorso sulla base di obiettivi di

- Risoluzione/contenimento di criticità e problemi evidenziati
- Miglioramento di outcome intermedi (di fase) e finali (di percorso)

Aspetti da considerare che possono essere oggetto di modifiche

- Criteri di ingresso del paziente
- UO in cui si svolge il percorso
- Criteri che governano le decisioni (snodi decisionali)
- Criteri di uscita dal percorso

2. Aspetti da considerare che possono essere oggetto di modifiche

- Attività di tipo clinico e/o organizzativo da introdurre/eliminare o modificare rispetto a:
 - Modalità di esecuzione
 - Tempi e luoghi
 - Modalità di integrazione
 - Soggetti che le compiono

Scelta di strategie, per ciascun obiettivo posto, a sostegno del cambiamento ipotizzato

1. Identificazione di possibili azioni che consentono di introdurre le modifiche del percorso
2. Analisi di risorse ed ostacoli

7° Tappa : Costruzione del nuovo PDTA

- Riscrivere il processo con gli aspetti di miglioramento individuati;
- Definire le situazioni in cui vi potrebbero essere delle deviazioni dal percorso
- Per la costruzione del nuovo Percorso Assistenziale si utilizzano le stesse modalità e gli stessi strumenti utilizzati per il Percorso già esistente (in allegato C il format per rendere più agevole la costruzione del PDTA)

8° Tappa: Disseminazione del PDTA

- Presentazione ufficiale del PDTA
- Distribuzione del PDTA in formato cartaceo/elettronico
- Versione integrale
- Riferimenti brevi
- Versione per i pazienti
- Comunicazione nel sito aziendale

9° Tappa Implementazione dei PDTA

La semplice diffusione dei PDTA è insufficiente per garantire l'applicazione

Le strategie d'implementazione hanno l'obiettivo di modificare i comportamenti dei professionisti

il GLAM deve definire il piano di implementazione tenendo conto di:

- Ostacoli locali
- Efficacia delle strategie
- Priorità

VALUTAZIONE DELL'ADESIONE/ANDAMENTO PDTA

CRUSCOTTO di VALUTAZIONE PDTA	Grado di Adesione PDTA %	OUTPUT					OUTCOME
		Motivi di scostamento negativo rispetto al 100% dell'adozione/implementazione			Grado di Successo (scala 1/100)		
		Logistici	Risorse Umane	Formazione	Esito	Processo	

COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI E TRASVERSALI OCCORRENTI

professionista/operatore			
ATTIVITÀ/AZIONE	sapere	saper fare	saper essere

7. ALLEGATI

Allegato A: GLOSSARIO

Allegato B: Principali simboli del diagramma di flusso

Allegato C: Format per la stesura di un PDTA

ALLEGATO A: GLOSSARIO (da Progetto Formazione Qualità ISS, ARM, MS. Manuale 1)

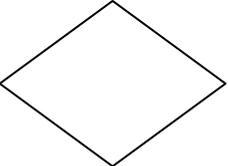
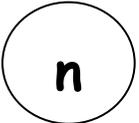
- **Appropriatezza:** Si distingue tra appropriatezza professionale, intesa come erogazione di una prestazione efficace e indicata, ed appropriatezza organizzativa, che riguarda la sede di erogazione (ad esempio day hospital anziché ricovero ordinario; una giornata di ricovero viene considerata appropriata se in essa vengono eseguite prestazioni che sarebbe difficile eseguire altrove). Una prestazione appropriata dal punto di vista organizzativo potrebbe non essere appropriata da quello professionale.
- **Attività:** Insieme di azioni elementari finalizzate alla produzione di un risultato intermedio specifico (output), normalmente rappresentato da una prestazione elementare che, combinandosi con i risultati di altre attività, concorre al raggiungimento del risultato complessivo finale.
- **Audit clinico.** In questo manuale è considerato sinonimo di Progetto di Valutazione e Miglioramento di qualità professionale. .
- **Categorie assistenziali principali.** Si usa questo termine in questo testo per indicare insiemi di attività omogenee importanti per la gestione clinico-sociale di un paziente. Altrove sono dette anche funzioni assistenziali principali. Di solito si distinguono: valutazione clinico-sociale diretta; accertamenti di laboratorio e strumentali; documentazione; richieste di consulenza; trattamenti, distinti in sottocategorie: farmacologici, chirurgici, psicoterapici o di sostegno psicologico, riabilitativi, sociali; nutrizione; educazione ed informazione del paziente e della famiglia; pianificazione del percorso, in particolare preparazione della dimissione; attività del paziente; sicurezza del paziente; monitoraggio del decorso.
 - Clinical governance. Si è tradotta questa espressione con “governo della clinica”
- **Criticità** Termine abusato, che in questo testo è usato con parsimonia. Spesso gli si è preferito il termine problema o problema importante.
- **Efficienza.** Questo termine ha due significati, perché se inteso come “efficienza economica” indica il rapporto tra costi ed esiti (tra costi ed efficacia) e se inteso come “efficienza operativa” il rapporto tra costi e volume di prestazioni. Per lo più in questo testo viene usato in quest’ultima e più comune accezione
- **Episodio** Vedi fase.
- **Esito** Con esito in questo testo si sono intese solo le modificazioni delle condizioni di salute dei pazienti e della popolazione e talvolta la soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari.

- **Evidence-Based Medicine (EBM)** Si è preferito usare l'espressione Medicina basata sulle evidenze, anziché Medicina basata sulle prove di efficacia, in quanto le evidenze scientifiche non riguardano solo l'efficacia dei trattamenti. Si noti il plurale "evidenze". La traduzione con il singolare "evidenza" ignora che in inglese evidence, come information, non ha plurale.
- **Fase di un processo assistenziale** Si usa qui questo termine per indicare un segmento clinico organizzativo del percorso assistenziale relativamente omogeneo per sede e tipo di prestazioni, ad esempio il periodo passato in pronto soccorso o il momento della presa in carico e della valutazione iniziale o il periodo di follow-up dopo l'intervento attivo. Talvolta altrove si usano i termini episodio o tappa.
- **Linee guida** Le linee guida professionali sono procedure relative a comportamenti professionali che possono essere considerate come un ponte tra le evidenze scientifiche fornite dalla ricerca, l'esperienza dei professionisti e la pratica. Vanno viste come aiuto alle decisioni professionali e non come qualcosa di vincolante e di eccessivamente limitante la libertà del professionista. In altri termini si riconosce che la variabilità delle condizioni cliniche e delle situazioni psicologiche e sociali degli utenti è tale che può essere lecito o addirittura doveroso scostarsi da quanto suggerito dalla linea guida professionale; in questo caso però bisognerebbe specificare i motivi di tale scostamento.
- **Matrice** Niente in contrario all'uso di questo termine in economia aziendale (ad esempio matrice delle responsabilità), purché ci si renda conto che vuol dire semplicemente tabella.
- **Outcome** E' stato tradotto quasi sempre con "esito" (vedi).
- **Procedura** Il termine è qui usato solo per descrivere una procedura organizzativa, ossia un insieme di istruzioni e raccomandazioni su come eseguire una attività o un processo. Si noti che le procedure ad elevato contenuto sanitario, che contengono raccomandazioni relative alla diagnosi, alla terapia, ecc., vengono qui dette percorsi assistenziali. Nell'uso normale in sanità per procedure, secondo il significato in inglese, si intendono anche le prestazioni di tipo diagnostico ed anche operazioni chirurgiche. Per questo significato, si è preferito usare "intervento" o "prestazione".
- **Processo** E' uno dei tre assi della qualità secondo Donabedian (1990) ed indica ciò che fanno gli operatori sanitari. Gli altri assi sono struttura, che indica le risorse disponibili e le modalità organizzative, ed esito (nel significato usato in questo testo). In questo testo per processo si intende anche, secondo l'accezione comune in economia aziendale, un insieme di attività collegate che dà luogo a determinati prodotti o

risultati. Ogni attività genera un output che a sua volta può rappresentare l'input necessario per una attività successiva. Il concetto di processo così inteso 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. In economia aziendale l'insieme dei processi così intesi è detta gestione.

- **Profilo** Vedi percorso assistenziale.
- **Protocollo** Termine non usato in questo testo se non per indicare un documento di accordo tra diverse organizzazioni, nella accezione di "protocollo di intesa". Si noti che nell'ambito della Cochrane Collaboration), il termine protocollo viene usato per indicare un progetto dettagliato.
- **Report** Il termine, tipico del linguaggio della economia aziendale, è stato spesso tradotto con "resoconto" o "relazione"
- **Risultato** Vedi esito
- **Ruolo** Vedi Funzione
- **Soglia** I termini soglia o livello soglia, applicati ad un indicatore, vengono usati come sinonimi di "valore di riferimento", per esprimere cioè il valore o l'ambito di valore che l'indicatore deve avere perché sia accettabile la qualità del fenomeno cui l'indicatore si riferisce.
- **Trial** E' l'abbreviazione di randomised clinical trial o RCT. In questo testo si usa l'espressione "studio clinico controllato randomizzato".
- **Standard.** Termine anch'esso con diversi significati (indicatore più valore di riferimento o soglia; soglia o valore di riferimento; requisito di accreditamento o insieme di obiettivi generali). Qui è usato talvolta per indicare il valore di riferimento di un indicatore, più spesso per indicare l'insieme di indicatore e valore di riferimento. Lo standard così inteso rappresenta un obiettivo specifico, misurabile, e non è necessariamente uguale per tutte le aziende e neppure per tutte le unità operative che svolgono le stesse attività; il suo valore può dipendere infatti dalle risorse esistenti.

ALLEGATO B: Principali simboli del diagramma di flusso

Simbolo	denominazione	Descrizione
	Inizio e fine	Rappresenta l'evento di avvio e fine del processo
	attività	Rappresenta la singola attività di cui si compone il processo
	decisione	Rappresenta il momento decisionale nell'ambito del processo. A seconda dei possibili esiti, da esso derivano percorsi alternativi
	Linee di flusso	Connette le attività fra di loro e rappresenta un flusso di informazioni
	Connettore di attività congiunte	Connette attività che devono essere eseguite da più attori congiuntamente e delle quali una sia di supporto all'altra
	Connettore di pagina	Indica il proseguimento del flusso in un'altra pagina

(1)	Rimando di nota	Indica un riferimento ad eventuali note allegate. Può essere associato a qualsiasi altro simbolo
	documento	Elaborazione o esistenza di un documento
	documenti	Rimando a documenti