

IL PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE

Publicato sulla Rivista Scienza della Riabilitazione

Vol. 11,N 1-2 Gennaio-Giugno 2010 ISSN 1590-6647

a cura della Dott.ssa Alessandra Minardi

P.O.Percorsi Assistenziali e Risorse Umane -DITRO Servizio Riabilitativo

Azienda Ospedaliera S.Camillo Forlanini

A partire dalle necessarie premesse sul Governo clinico nella sua accezione anglosassone, “governo dei clinici”, che quindi interessa le professioni mediche e non, possiamo affrontare il tema del Percorso assistenziale definendolo come **“il macroprocesso che corrisponde alla intera gestione di un problema di salute”**.

Il Percorso assistenziale, traduzione di *clinical pathways* o *care pathways*, si può considerare un sinonimo di percorso diagnostico terapeutico, o clinico ma il termine assistenziale è ampio e comprende non solo gli aspetti più propriamente clinici ma anche l’assistenza alla persona per la cura di sé e per la gestione di eventuali disabilità e il sostegno psicologico e sociale.

Possono anche essere definiti come piani multidisciplinari ed interprofessionali relativi ad una specifica categoria di pazienti in uno specifico contesto locale e la cui attuazione è valutata attraverso indicatori misurabili di processo e di esito. Essi potrebbero essere considerati anche come linee guida clinico-organizzative. (1)

Le *care pathways* nascono negli U.S.A. in ambito industriale negli anni '50 insieme all’affermarsi della *managed care*. La *managed care* nasce negli Stati Uniti intorno agli anni trenta del secolo scorso, quando le compagnie petrolifere, le società per la realizzazione di opere pubbliche, l’industria estrattiva mineraria, ecc. cominciarono ad avvertire la necessità di contrattare con le organizzazioni sanitarie pacchetti predefiniti di prestazioni per i propri dipendenti (Fairfield et al, 1997; Robinson e Steiner, 1998). Sono state utilizzate per la prima volta in ambito clinico a Boston nel 1983 e nel 1993 usate da più del 50% degli Ospedali Statunitensi.

Dal 1990 sono utilizzate nel Regno Unito e dal 1997 fanno parte della documentazione base della legislazione del servizio sanitario Inglese.

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

Ci si è resi presto conto che i percorsi assistenziali potevano servire non solo a migliorare l'efficienza e la continuità delle cure e a ridurre la variabilità, ma anche a favorire l'applicazione delle conoscenze scientifiche sull'efficacia degli interventi, nonostante ancora esistessero esempi di opinion-based medicine.

I percorsi assistenziali hanno lo scopo di :

- eliminare il più possibile i ritardi e gli sprechi
- contenere le variazioni non necessarie nei trattamenti
- assicurare continuità e il coordinamento dell'assistenza
- ridurre al minimo i rischi per i pazienti e
- migliorare gli esiti .

Idealmente la gestione dei percorsi assistenziali dovrebbe riguardare sia la componente territoriale che quella ospedaliera in ricovero ordinario, day-hospital , ambulatorio.

La metodologia applicata è di riprogettazione migliorativa o incrementale che si basa sull'analisi del processo in esame ed è del tipo cosiddetto *bottom up*, cioè con elevato coinvolgimento di chi esegue il processo;

Il percorso viene diviso in fasi; ogni fase è un segmento clinico-organizzativo omogeneo per sede e tipo di prestazioni (ovvero il momento della presa in carico e della valutazione iniziale o il periodo del follow up dopo l'intervento attivo).

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

Più aumentano la varietà e la specializzazione dei contributi, più sono le “interfacce” tra organizzazioni, più quindi aumenta il rischio di difetti di continuità e di integrazione, più diventa utile l'approccio per processi, **ovvero una serie di attività che portano ad un risultato diverso da quello iniziale.**

L'analisi delle attività che costituiscono un processo complesso porterebbe spesso ad accertare che i risultati dipendono in gran parte dal 20% delle attività (il cosiddetto principio di Pareto del 20-80).

La maggior parte delle attività quindi avrebbe scarso valore aggiunto. (1)

Ovvero definire il percorso del paziente significa **descrivere** le modalità con le quali si sviluppano i processi di gestione dei problemi di salute dei pazienti.

Tale operazione è complessa dal punto di vista tecnico a causa della rilevante e fisiologica variabilità del paziente e del sistema di cura utilizzato per lui, ma anche in relazione al processo che progressivamente porta alla individuazione, descrizione, e gestione dei processi descritti. La progettazione del percorso non può che essere realizzata attraverso un processo prevalente Bottom-up, ossia mediante il diretto coinvolgimento degli operatori coinvolti nella gestione dei problemi di salute dei pazienti. Ciascun percorso deve essere ritagliato specificatamente sul raggruppamento di pazienti interessato, sui medici e sul personale sanitario responsabili del medesimo, sulla tecnologia effettivamente a disposizione e più in generale sulle condizioni operative complessive nell'ambito delle quali viene gestito il paziente. Pertanto non esiste un percorso unico regionale, ma neppure un percorso unico aziendale, ma una metodologia comune di analisi, costruzione e aggiornamento dei percorsi. (2)

Un semplice esempio di processo in un ospedale è il seguente: il clinico di una unità organizzativa clinica è il cliente interno che richiede un'indagine ematochimica; il laboratorio è il fornitore interno e, a sua volta, è il cliente interno della farmacia o del servizio di approvvigionamento, i quali sono, a loro volta, fornitori interni del laboratorio e clienti di fornitori esterni che li riforniscono di reagenti, farmaci, vetrerie, ecc.

Il clinico è il cliente interno che riceve il referto con il risultato, referto che per questo processo limitato (la sola esecuzione di un'indagine ematochimica) è il risultato finale.

Per progettare un percorso è necessario riferirsi all'alternarsi di processi professionali, quelli in cui sono preminenti le azioni dei professionisti sanitari.

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

1. Che benefici riceve il cliente finale dall'intero processo in termini di salute?
2. Ci sono disomogeneità nel modo di attuare il processo tra i professionisti all'interno delle U.O. e tra le U.O. della stessa azienda? Se ci sono, ci si può proporre di descrivere bene la sequenza di attività per poi generalizzarla.
3. Che valore aggiunto hanno le singole attività? Sono veramente indispensabili? Il primo problema da considerare per le prestazioni professionali riguarda la loro appropriatezza specifica, ossia la loro potenziale efficacia. Ci si deve anche chiedere se ci sono altre attività, ad esempio altri accertamenti diagnostici, che sono meno costose a parità di efficacia o per efficacia solo di poco inferiore.
4. Si possono ridurre i tempi?
5. Sono disponibili informazioni su quello che fanno le migliori organizzazioni simili? Se sì, vale la pena di imitarle?

A riguardo delle modalità di progettazione è necessario definire :

- i criteri d'accesso , ovvero le caratteristiche patologiche che il paziente deve avere per accedere al percorso
- lo sviluppo operativo del percorso come sequenza ordinata di azioni sanitarie ed assistenziali da effettuare al fine di gestire adeguatamente lo specifico problema di salute
- la definizione dei risultati di salute (2) attraverso scale di valutazione e un sistema di indicatori di processo e di esito.

Per un buon percorso assistenziale è necessario che:

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

Rispetto ad altre forme di gestione per processi, i percorsi assistenziali hanno il vantaggio di :

- favorire la continuità degli interventi
- l'integrazione tra le unità organizzative e talvolta anche tra organizzazioni diverse
- di diminuire gli inconvenienti per i pazienti alle interfacce
- di dare importanza fondamentale ai criteri di appropriatezza professionale degli interventi e agli esiti di salute
- e quindi di richiamare l'attenzione sul fatto che il vero prodotto di una organizzazione sanitaria non sono le prestazioni (i prodotti o *output*), ma gli esiti (gli *outcome*).

In effetti la diffusione dei percorsi assistenziali è stata favorita dall'”ondata della EBM” che ha reso più disponibili e più accettabili rassegne sistematiche e linee guida che tengono conto delle evidenze scientifiche.

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

1 . Il più importante è che, a differenza di quando avviene nelle linee guida, la metodologia dei percorsi coinvolge nel loro sviluppo i professionisti che li dovranno applicare, il che favorisce la loro adesione .

2 . Un altro motivo è la multidisciplinarietà dei gruppi di lavoro che comprendono rappresentanti di tutte le professionalità (assistenziali e non) che sono implicate nel trattamento della condizione in questione. Lo scambio di informazioni e di punti di vista tra i partecipanti porta ad una maggiore comprensione dei ruoli e delle responsabilità di ciascuno nel processo assistenziale, oltre a dare occasioni di apprendimento (Bradshaw, 1999). Inoltre la partecipazione integrata di personale medico, infermieristico, amministrativo/organizzativo, sociale, ecc. protegge dal rischio che la stesura del percorso assistenziale possa essere manipolata in modo corporativo da un unico gruppo professionale (Weiland, 1997).

3 . Il terzo motivo è l'orientamento multiassiale, che tiene presenti contemporaneamente esigenze di appropriatezza, efficacia, efficienza, continuità, tempestività, equità, integrazione, soddisfazione degli utenti (per una illustrazione approfondita dei termini, vedi Morosini e Perraro, 2001).

I percorsi assistenziali favoriscono anche lo sviluppo di sistemi informativi verso la rilevazione di indicatori scientificamente validi relativi non solo ai volumi di attività e ai costi, ma anche ai processi professionali e agli esiti.

I percorsi assistenziali possono facilitare il **benchmarking** , (cioè il coinvolgimento dei portatori d'interesse , dal paziente ai fornitori) se gli indicatori di processo e di esito sono comunicati ad una sede di coordinamento che mette a disposizione le loro distribuzioni.

Ci sono **vantaggi anche medico legali**: medici assolti da accuse di imperizia e negligenza perché sono stati in grado di dimostrare di avere seguito un percorso assistenziale.

I percorsi sono un documento che descrive un processo e che permette di registrare le differenze tra le azioni programmate e quelle effettivamente messe in atto (varianza).

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

- I percorsi assistenziali rendono più facile che i professionisti sanitari diano agli utenti le stesse informazioni sull'iter che li aspetta, senza le differenze o addirittura le contraddizioni che in loro assenza non sono infrequenti.
- E' possibile sviluppare versioni dei percorsi assistenziali per i pazienti che consentono loro di sapere in dettaglio il contenuto e i tempi degli interventi (ad esempio cominciare la fisioterapia in seconda giornata dopo l'operazione; alzarsi in terza giornata) ed anche di

essere consapevoli degli esiti che si possono aspettare. Le versioni per gli utenti dei percorsi assistenziali rappresentano uno strumento di attuazione della parola “informato” e dell'affascinante ma vaga parola “trasparenza”. Le versioni per i pazienti potrebbero contenere la sintesi del percorso; il nome dei professionisti referenti (case manager) e il questionario finale di soddisfazione.

- Va detto inoltre che i pazienti possono essere loro stessi una fonte importante di informazioni della misura in cui il percorso viene davvero applicato. (1)

In sintesi le tappe per la presa in carico completa del paziente attraverso la stesura del

Percorso Assistenziale sono :

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

Alcuni dei risultati attesi dall'applicazione dei percorsi sono:

- la possibilità di applicare le linee guida
- miglioramento delle relazioni professionali
- miglioramento della comunicazione
- miglioramento dell'esito
- gestione del rischio clinico
- migliore gestione delle risorse

Il problema principale del percorso è quello di coordinare l'intervento di ognuno affinché:

le persone giuste facciano le cose giuste

nella sequenza giusta nel tempo giusto

nel posto giusto con il giusto esito .

nel rispetto dell'esperienza del paziente e in modo da poter confrontare le azioni pianificate con quelle realmente intraprese nell'ottica del miglioramento continuo della qualità.

1)Morosini. P. (2005) Qualità professionale e percorsi assistenziali Istituto Superiore di Sanità,Agenzia regionale Marche, Ministero della Salute

2) Casati G. Le modalità di definizione dei percorsi . Copyright SDA Bocconi

Titolo: Il Percorso clinico assistenziale

**Autore : Dott.ssa Alessandra Minardi Fisioterapista P.O. Percorsi Assistenziali
Azienda S.Camillo Forlanini Di Roma**

Via Edoardo Bassini 15 00151 Roma 339/2038788