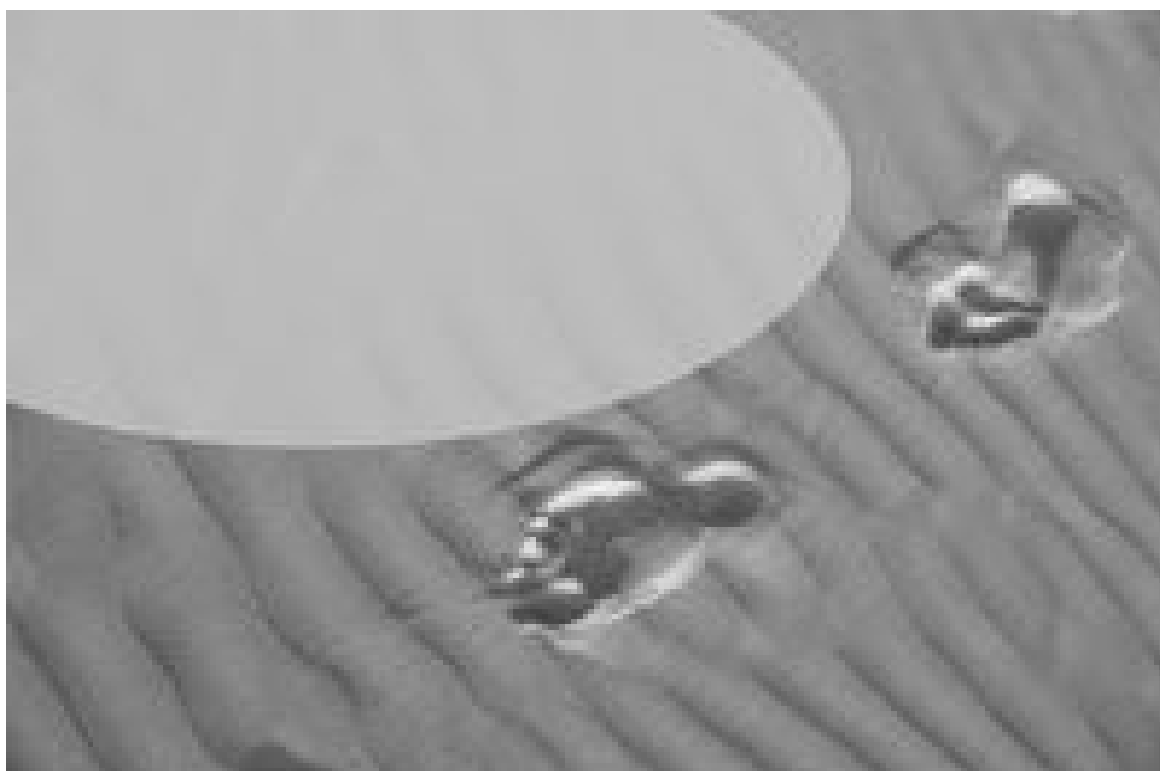


Guida per i valutatori alla verifica dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) nell'ambito delle visite di accreditamento



Gruppo di lavoro

Biagi Bruno	Maria Cecilia Hospital
Biavati Catia	AOSP Bologna
Contini Andrea	AOSP Parma
Franchini Lorena	AUSL Reggio Emilia
Santini Luca	AUSL di Rimini
Taglioni Martina	AOSP Bologna
Toschi Elisabetta	AUSL Forlì
Trevisani Barbara	AOSP Modena
Wienand Ulrich	AOSP Ferrara
Berti Elena	ASSR
De Santis Ilaria	DGSPS
La Porta Pierluigi	ASSR
Serra Vera	ASSR

Ottobre 2013

Guida per i valutatori alla verifica dei PDTA nell'ambito delle visite di accreditamento

I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono schemi clinico-assistenziali-organizzativi che utilizzano la logica di gestione per processi per ricostruire l'iter assistenziale, visto come insieme di processi, sotto processi, attività, attori, confini (input e output) e responsabilità. Il PDTA contestualizza a livello locale le Linee Guida e le migliori evidenze della letteratura in una visione sistemica che considera tutte le tappe del processo di cura e assistenza.

Come tutte le gestioni per processi, i PDTA hanno il vantaggio di favorire la continuità degli interventi e l'integrazione tra unità organizzative di interfaccia eliminando i "compartimenti stagni" e il concetto di singole prestazioni.

L'APPROCCIO METODOLOGICO

I PDTA si possono considerare strumenti di gestione clinico-organizzativa che definiscono la migliore sequenza di azioni clinico-assistenziali rivolte ai pazienti, messi a punto in accordo con i principi del Miglioramento Continuo centrando l'attenzione sulla gestione per processi sulla base delle evidenze disponibili.

Lo sviluppo, implementazione e valutazione di un PDTA è un processo continuo ben rappresentato nel **ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act)**, dove la fase di pianificazione del Percorso diventa strategica.

Le esperienze disponibili anche dalla letteratura, pur adottando approcci diversi, ci suggeriscono che gli elementi fondamentali della pianificazione sono relativi al fatto che le migliori evidenze e i concetti di gestione per processi vanno adattati e applicati alle singole realtà e condivisi con tutti i soggetti coinvolti.

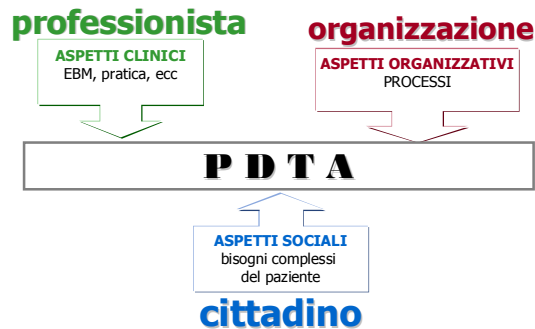
Pertanto il PDTA deve nascere per rispondere a specifiche esigenze locali e coinvolgere tutte le professionalità che in quell'organizzazione e in quel contesto operano. Se manca questo consenso è difficile assicurarne l'applicazione.

Solo in tal modo il PDTA può garantire un approccio alle cure con una metodologia centrata sul paziente, coordinando e integrando i diversi interventi e le diverse risorse con gli strumenti del governo clinico come audit, formazione, EBM, gestione del rischio.

Progettazione del percorso

Il PDTA deve essere costruito considerando le esigenze dei pazienti, degli operatori e dell'organizzazione, integrando in una unica **visione sistemica** tutti i fattori organizzativi e operativi rappresentati dalle diverse dimensioni della qualità assistenziale:

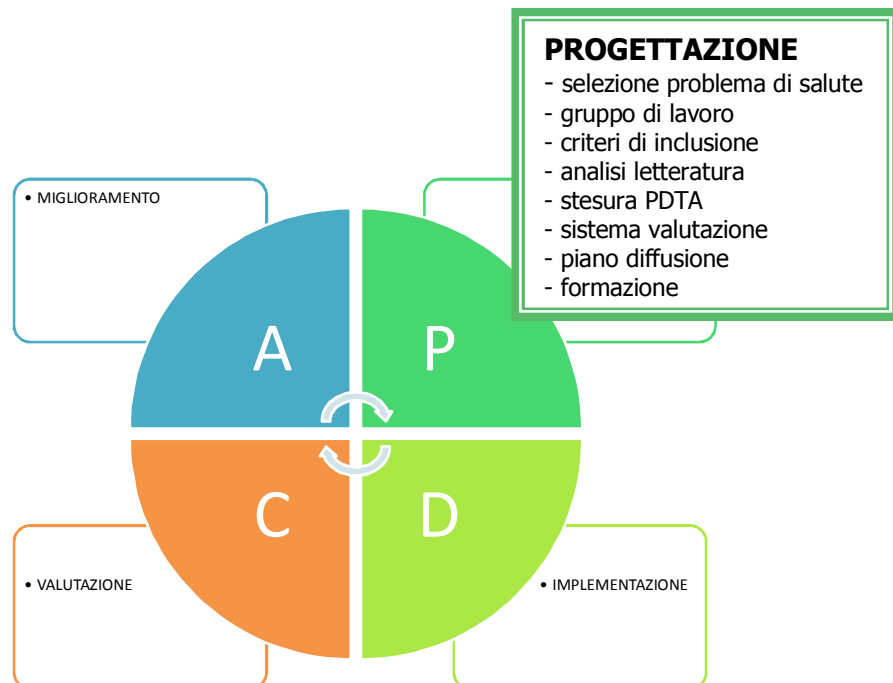
- tecnico-professionale
- percepita
- gestionale



Il PDTA descrive il “cammino” che una persona con problemi di salute compie tra una o più organizzazioni sanitarie e definisce la migliore sequenza di azioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi di salute individuati a priori.

Il PDTA consente, nella visione sistemica dell’assistenza, il superamento dei “compartimenti stagni” e del concetto di singole prestazioni.

Le tappe di creazione di un PDTA si inseriscono nella fase P del **ciclo PDCA** , la fase D prevede la sua applicazione , la fase C prevede la sua valutazione infine la fase A una standardizzazione o miglioramento.



La **fase P** di Progettazione è articolata come segue:

- 1- Selezione del problema di salute
- 2- Costituzione del gruppo di lavoro: multiprofessionale e multidisciplinare
- 3- Scelta dei criteri di inclusione ed esclusione dal PDTA
- 4- Analisi critica della letteratura scientifica
- 5- Revisione della pratica corrente
- 6- Valutazione della sostenibilità
- 7- Stesura del PDTA e sua rappresentazione grafica
- 8- Pianificazione del sistema di valutazione: indicatori di processo e di esito, audit clinico
- 9- Piano della diffusione, formazione e processo di crescita dei pazienti e degli operatori (empowerment)

Considerato che si tratta di un lavoro complesso è importante condividere, sulla base delle risorse disponibili, le attività da svolgere e i tempi, utilizzando un tempogramma / diagramma di Gantt dove riportare e dettagliare le fasi di progettazione , implementazione e valutazione.

1 LA SCELTA DEL PROBLEMA DI SALUTE, IL CONTESTO GLI OBIETTIVI

Si parte dal **problema di salute scelto**, motivando chiaramente la rilevanza della scelta, descrivendo la specifica realtà locale e indicando l'ambito di estensione: dipartimento, azienda ospedale-territorio, interaziendale, area vasta ecc.

Le motivazioni che sostengono la scelta del PDTA possono derivare da:

- variabilità dei processi in atto (per aspetti sia clinici che organizzativi)
- elevata incidenza o prevalenza della patologia
- necessità di migliorare i benefici per i pazienti (condizioni di salute , difficoltà evitate)
- necessità di integrare le diverse strutture/organizzazioni coinvolte
- necessità di migliorare l'applicazione delle LG/indicazioni regionali, nazionali ecc
- evitare sprechi e ottimizzare i tempi
- necessità di migliorare standard di sicurezza e appropriatezza;

Le motivazioni orientano e sono collegate agli **obiettivi** dichiarati, compresi obiettivi a valenza economica che possono derivare ad esempio dalla riduzione di ricoveri per complicanze, prestazioni specialistiche improprie ecc.

Fondamentale, innanzitutto, è condividere gli obiettivi tra tutti i soggetti che sono coinvolti, creando quindi il clima adeguato al loro sviluppo e implementazione.

Background e Obiettivi

Quanto sopra trova riscontro nei seguenti requisiti della Check List

- **È stata effettuata una analisi del contesto e sono state definite le motivazioni che sostengono la scelta della problematica clinica su cui costruire il PDTA**
- **Gli obiettivi sono stati chiaramente identificati e declinati in funzione della standardizzazione delle pratiche di cura con riferimento ai requisiti di sicurezza ed appropriatezza.**

In particolare il rationale deve indicare le motivazioni, i punti di innovazione dell'aspetto clinico-organizzativo rispetto alle correnti modalità di trattamento della popolazione/patologia.

L'evidenza va ricercata nella documentazione con cui la struttura esplicita il rationale clinico, epidemiologico, organizzativo e innovativo che ha portato a progettare e realizzare il percorso.

L'organizzazione deve identificare gli obiettivi che si prefigge di raggiungere in termini di sicurezza, appropriatezza ed efficacia del PDTA nel suo complesso ed in ogni singola fase ove possibile.

La valutazione in termini di sicurezza del paziente e appropriatezza della prestazione potrebbe essere ad es. la valutazione della opportunità di fare o non fare indagini potenzialmente pericolose in riferimento allo stato dell'utente o in riferimento alle tecnologie di cui si dispone.

La documentazione deve esplicitare:

- gli obiettivi, modalità e strumenti per la loro valutazione, e quando possibile, standard di riferimento

La disponibilità di evidenze, relative alla fase di progettazione, è di solito garantita per percorsi di nuova istituzione o che sono stati recentemente rivisti. Per i percorsi ormai stabilizzati da molto tempo è più complicato risalire alla fase documentale della progettazione: pertanto è sufficiente avere evidenza della formalizzazione degli obiettivi, delle motivazioni della loro scelta, del rapporto tra obiettivi e contesto in termini di epidemiologia della popolazione di riferimento per quello specifico PDTA, nonché evidenza della multidisciplinarietà, della valutazione periodica.

2 IL GRUPPO DI LAVORO

Il PDTA viene sviluppato a fronte un mandato formale (es. obiettivo di budget, ecc).

Il gruppo di lavoro, scelto per la competenza e motivazione, deve essere rappresentativo di tutte le professioni e le discipline coinvolte nel problema di salute in questione.

Le dimensioni ottimali di un gruppo sono state individuate in 8-10 componenti.

Il PDTA deve essere il frutto di una partecipazione attiva dei vari componenti, con un loro preciso impegno e responsabilità; è raccomandabile un supporto metodologico.

Un membro del gruppo deve essere incaricato come coordinatore, in modo tale da garantire la responsabilità complessiva del progetto e rispondere dei risultati.

Il gruppo di lavoro oltre a occuparsi degli aspetti progettuali del PDTA, deve elaborare la documentazione necessaria a favorire l'implementazione, la diffusione delle conoscenze e formazione del personale e l'informazione degli utenti coinvolti dal percorso stesso, ad es. un manuale operativo, schede di registrazione ecc.

Occorre prevedere infine l'opportunità di coinvolgere nel gruppo, i rappresentanti dei pazienti /associazioni specifiche, almeno in alcuni momenti (esempio nella fase di start up del PDTA e dopo una prima elaborazione condivisa dai professionisti). Ciò è importante sia per decidere gli aspetti di educazione ed empowerment sia per l'impatto sulla qualità percepita.

Gruppo di Lavoro multidisciplinare

- **Sono definite le professionalità, le discipline e le funzioni dei partecipanti al gruppo di lavoro identificato per la costruzione del PDTA**
- **È individuato il Coordinatore del gruppo di lavoro**
- **È previsto il coinvolgimento dei Rappresentanti dei pazienti, ove possibile**

Le evidenze a supporto del possesso di questi requisiti sono:

- la formalizzazione del gruppo multidisciplinare e sua costituzione, con la definizione degli obiettivi del gruppo (ad esempio legati alla progettazione e alle fasi seguenti)
- elementi che definiscono lo stato di avanzamento del progetto (tempogramma / Gantt)
- ruolo agito all'interno del gruppo del rappresentante dei pazienti (se è presente)

Il diagramma di Gantt è lo strumento grafico che rappresenta le fasi, con relative attività distribuite in un arco temporale. È utilizzato per pianificare le specifiche attività di un progetto e per evidenziarne lo stato di avanzamento



3 ANALISI CRITICA DELLA LETTERATURA

Lo scopo dell'analisi critica della letteratura è definire le migliori pratiche da contestualizzare nel PDTA.

La letteratura specifica rappresenta il punto di riferimento del percorso clinico assistenziale sia nelle fasi di costruzione che di gestione e manutenzione.

Comunemente vengono ricercate e analizzate:

- la letteratura più aggiornata e consistente
- le indicazioni regionali e nazionali
- l'esperienza di altre organizzazioni.

La ricerca delle fonti di letteratura e delle Linee Guida può prevedere il coinvolgimento di metodologi o esperti nella ricerca ed analisi della letteratura anche se non direttamente coinvolti nel gruppo di lavoro.

La letteratura basata sulle evidenze scientifiche e prove di efficacia utilizzata va riportata nel documento che descrive il PDTA in una sezione specifica "bibliografia" per dare chiarezza a tutti gli attori coinvolti delle scelte effettuate.

Per linee guida si intende "le raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo sistematico, con lo scopo di assistere professionisti e pazienti nel decidere quali siano le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche".

Nella logica della standardizzazione delle cure e del miglioramento clinico, l'implementazione di linee guida a livello locale può permettere di ridurre la variabilità nelle diverse fasi di diagnosi e cura.

La fase di adattamento delle linee guida in riferimento alle specifiche condizioni locali (struttura, tecnologia, organizzazione, professionalità, ecc.) rappresenta il punto focale dell'attività di sviluppo del PDTA stesso.

La linea guida rappresenta di norma anche lo strumento per l'individuazione di indicatori e standard ai fini della valutazione dell'appropriatezza dei processi e dell'aderenza alle raccomandazioni di buona pratica prese a riferimento.

Requisiti Letteratura di riferimento

- **Sono valutate le principali linee guida e le raccomandazioni scientifiche aggiornate**
- **È documentata la bibliografia di riferimento**

I PDTA hanno un documento di riferimento che contiene una sezione bibliografica.

Ci si può aspettare di trovare una suddivisione schematica che distingue la bibliografia in sezioni:

- **Normativa di riferimento:** la norma può essere europea, nazionale, regionale, locale, aziendale. Di solito la normativa europea è recepita in una specifica norma nazionale a sua volta richiamata in una norma regionale.

La normativa nazionale di riferimento in tema di linee guida è reperibile sul sito del Ministero della Salute¹.

- **Linee guida:** alcuni temi di interesse nazionale sono indicati dal Ministero della Salute². Per promuovere le linee guida come uno degli strumenti del governo clinico e dell'organizzazione del SSN è stato attivato il **Sistema Nazionale Linee Guida**³, che coordina a livello centrale le istituzioni interessate nella elaborazione, aggiornamento e verifica di linee guida, in coerenza con i vigenti livelli essenziali di assistenza.

È poi disponibile da parte di AGENAS il **Programma Linee Guida**⁴. L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali ha avviato da tempo, in collaborazione con l'ISS, la FISM e le Società Scientifiche di volta in volta interessate, un programma finalizzato alla elaborazione di importanti linee guida ed alla produzione di documentazione metodologica relativa alla loro implementazione. Nel sito **del Ministero della Salute** possiamo trovare altre linee guida⁵ nell'ambito del governo clinico e della sicurezza dei pazienti, esterne al Sistema nazionale linee guida e al Programma linee guida dell'Agenas.

A livello regionale nel sito Saluter (Salute Emilia-Romagna), nella sezione "contributi" sono riportati alcuni recenti protocolli elaborati da gruppi di lavoro regionali, accessibili a partire dalla pagina <http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/contributi>

A livello internazionale le principali banche dati di linee guida sono riferibili a:

Le fonti disponibili sul web possono essere suddivise in due categorie: articoli originali pubblicati sulle riviste ed informazioni sintetiche disponibili sotto forma di revisioni sistematiche, sinossi o sistemi di supporto decisionale.

Laddove non fossero disponibili linee guida ed evidenze, occorre ricercare le migliori prassi; i comportamenti clinici, da implementare, potranno essere definiti attraverso il confronto con altre realtà operative (benchmarking, consensus conference), analizzando la pratica in corso attraverso

¹ <http://www.salute.gov.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=278&menu=guida> (accesso il 01/02/2013)

² <http://www.salute.gov.it/qualita/paginaMenuQualita.jsp?menu=guida&lingua=italiano> (accesso il 01/02/2013)

³ <http://www.salute.gov.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=254&menu=guida><http://www.salute.gov.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=254&menu=guida> (accesso il 01/02/2013)

⁴ http://www.agenas.it/linee_guida.html (accesso il 01/02/2013)

⁵ <http://www.salute.gov.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=1059&menu=guida> (accesso il 01/02/2013)

la revisione della documentazione clinica e/o intervistando altri professionisti ed inoltre con attività di ricerca (osservazione, raccolta dati e valutazioni di risultato).

L'analisi della pratica corrente a fronte dei comportamenti attesi permette inoltre di rilevare gli scostamenti e valutarne le cause, predisponendo le azioni utili al superamento dei problemi rilevati o di definire le migliori pratiche possibili nel contesto specifico e con la popolazione di riferimento.

4 CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

In base alla problematica clinica scelta, il gruppo di lavoro deve definire la tipologia dei pazienti oggetto del PDTA e quindi individuare i criteri di inclusione ed esclusione in relazione alle caratteristiche clinico/assistenziali dei soggetti.

I criteri di inclusione descrivono le caratteristiche che la popolazione cui è dedicato il percorso deve possedere e possono fare riferimento a fattori demografici (età, sesso, razza ecc), clinici (tipo e stadio della malattia, comorbidità, ecc.), geografici (residenza, area di reclutamento) e temporali.

I criteri di esclusione servono invece a delimitare ulteriormente la tipologia di pazienti che può accedere al percorso, escludendo coloro per i quali il percorso non è appropriato.

I criteri di inclusione e/o esclusione, con particolare riguardo ai criteri clinici devono essere il più accurati e precisi possibili e possono fare riferimento a classificazioni esistenti es. ICD-IX-CM e DRG utilizzati anche dai sistemi informativi aziendali ed utili anche ai fini del monitoraggio e valutazione del percorso.

Più sono ampi e aspecifici i criteri di inclusione maggiore sarà la necessità di individuare all'interno del percorso processi specifici per ciascuna sotto-categoria di pazienti o ramificazioni del percorso.

I criteri di ingresso/uscita

I criteri di ingresso (accesso) assieme ai criteri di uscita delimitano i confini del PDTA all'interno dei quali si sviluppano le attività dei singoli processi/fasi e dove indicato si riportano tempi e setting assistenziali appropriati.

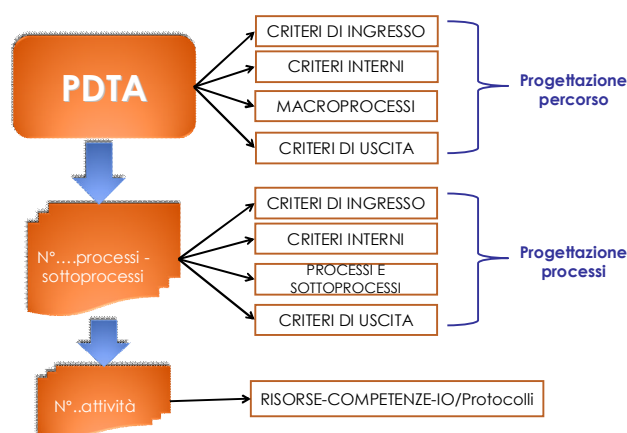
Per i criteri di ingresso oltre alla diagnosi, si tiene conto della gravità della condizione patologica e particolari fattori di rischio, considerando anche le condizioni psicologiche e socio-economiche.

Non va dimenticato infine di indicare in termini operativi i criteri di uscita dal percorso (ad esempio definire "paziente guarito" "paziente stabilizzato" ecc)

5 REALIZZAZIONE E RAPPRESENTAZIONE DEL PDTA

Alla luce di quanto osservato nella pratica e dal confronto con le evidenze scientifiche, il gruppo di lavoro ridefinisce il processo/processi per la gestione del problema di salute individuato, ordinando le tappe e focalizzandole sul paziente.

Questo si concretizza in una successione di azioni per le quali identificare il "chi fa che cosa" ai fini di raggiungere il risultato atteso (out put) ed eventualmente l'out come. La metodologia utilizzata prevede la scomposizione del PDTA in processi e successivamente ogni processo in sotto processi fino alle singole attività.



- **Sono definite le responsabilità a partire dalla identificazione del responsabile della gestione complessiva del percorso**
- **È identificato chi facilita l'applicazione del percorso (case management)**
- **È definito chi verifica l'applicazione e la manutenzione del percorso**
- **Laddove si verificano scostamenti rispetto ai risultati e/o comportamenti attesi, sono avviate opportune azioni correttive**
- **È stato previsto l'aggiornamento del percorso**

Nei documenti che descrivono il percorso occorre cercare i seguenti elementi:

- descrizione delle attività dei partecipanti al percorso stesso
 - sotto forma di matrice di responsabilità, organigramma,
- identificazione
 - del responsabile della gestione complessiva del percorso (cioè chi ne è garante e ne riferisce all'Alta Direzione) e, a cascata,
 - di chi facilita il percorso (eventualmente più persone incaricate del case management) e
 - di chi si occupa della verifica e manutenzione ed eventuale aggiornamento del percorso.

- dovrebbe essere previsto un sistema di reporting che permetta di evidenziare gli eventuali scostamenti ed un gruppo di lavoro ad hoc per analizzarli, raggrupparli per tipologia e soprattutto per capire se gli scostamenti rilevati originano dalla normale variabilità clinica dei pazienti oppure da errori/carenze della progettazione del percorso stesso che dovrebbero essere migliorati.

La descrizione del PDTA

Il gruppo di lavoro traduce le raccomandazioni di riferimento in processi o attività sostenibili nella propria realtà organizzativa arricchendo il documento di connotati operativi.

Nella descrizione delle attività relative ai processi che compongono il PDTA devono essere considerate sia la dimensione organizzativa, e quindi le modalità operativo - gestionali e i luoghi in cui si realizzano i diversi eventi, sia la dimensione di tipo professionale, cioè i momenti del percorso attraverso i quali si ottengono risultati significativi sul piano sanitario e clinico – assistenziale per il paziente.

Per descrivere un PDTA possono essere utilizzate diverse modalità, fra queste oltre alla modalità narrativa, il diagramma di flusso è lo strumento più immediato per la sua comprensione e visualizzazione.

Il diagramma di flusso complessivo del PDTA deve rifarsi a precise regole che consentano una facile e sintetica lettura permettendo una visione globale dei passaggi più significativi nella gestione del problema oggetto del PDTA.

A partire da un diagramma di flusso, in ognuno dei processi del PDTA si devono evidenziare in dettaglio le attività (chi fa che cosa, dove, quando, come perché), le responsabilità, le figure coinvolte, gli snodi decisionali, le interfacce tra le diverse strutture; tutto questo in una logica processuale che porta alla migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere, sulla base delle conoscenze scientifiche aggiornate, delle risorse organizzative tecnologiche e professionali disponibili.

Visione processuale

- > **WHAT** (quali interventi)
- > **WHO** (professionisti responsabili o coinvolti)
- > **WHERE** (il setting assistenziale)
- > **WHEN** (le tempistiche cliniche e organizzative)
- > **HOW** (le procedure operative)

. Gimbe

Gli elementi che concorrono alla descrizione di un processo e che devono essere rappresentati nel diagramma di flusso sono:

- a. l'input, o ingresso/inizio del percorso, per lo più caratteristiche o condizioni cliniche
- b. le fasi e le attività
- c. le responsabilità e le interfacce
- d. gli snodi decisionali
- e. i documenti prodotti o utilizzati
- f. i documenti di riferimento
- g. l'output o uscita dal percorso/ *fine del percorso*

Nei processi, a volte indicati anche come fasi o episodi di cura, si possono distinguere ad esempio:



Nel costruire il PDTA può essere utile distinguere le categorie assistenziali comuni a tutte le unità organizzative cliniche, dette anche trasversali, ad esempio uso del sangue e gestione del dolore e tenere presenti anche alcune categorie assistenziali come ad esempio quelle descritte da Wilson. Nel PDTA così costruito, validato dal gruppo di lavoro, vanno identificati gli elementi critici del percorso da tenere sotto controllo, per trarre dati e informazioni in modo da evitare eventi indesiderati e orientare il percorso nella giusta direzione.

È importante strutturare una Scheda (esempio *in allegato*), che accompagna il paziente lungo il percorso e sulla base delle principali fasi del PDTA consente di registrare eventuali scostamenti da

quanto pianificato dal percorso stesso e le relative motivazioni. La scheda potrebbe essere utilizzata per l'effettuazione di **audit (VEDI CAP 6 Valutazione)**.

Di seguito sono riportati due esempi di possibile descrizione del percorso :

DESCRIZIONE DEL PERCORSO CON LO STRUMENTO NARRATIVO

... La paziente accede all'ambulatorio di Oncologia Medica per essere sottoposta a vista ambulatoriale per l'esecuzione di eventuale triplo test. In questa fase, una volta verificata l'esistenza del sospetto diagnostico, l'ICM attiva il percorso ambulatoriale ASI e inserisce la paziente nel percorso. Nel caso in cui il sospetto diagnostico non venga confermato la paziente seguirà altri percorsi assistenziali.

Successivamente viene eseguita una valutazione congiunta multidisciplinare per la valutazione e la scelta del programma terapeutico ...

DESCRIZIONE DEL PERCORSO CON LO STRUMENTO

LOGIGRAMMA/DIAGRAMMA DI FLUSSO

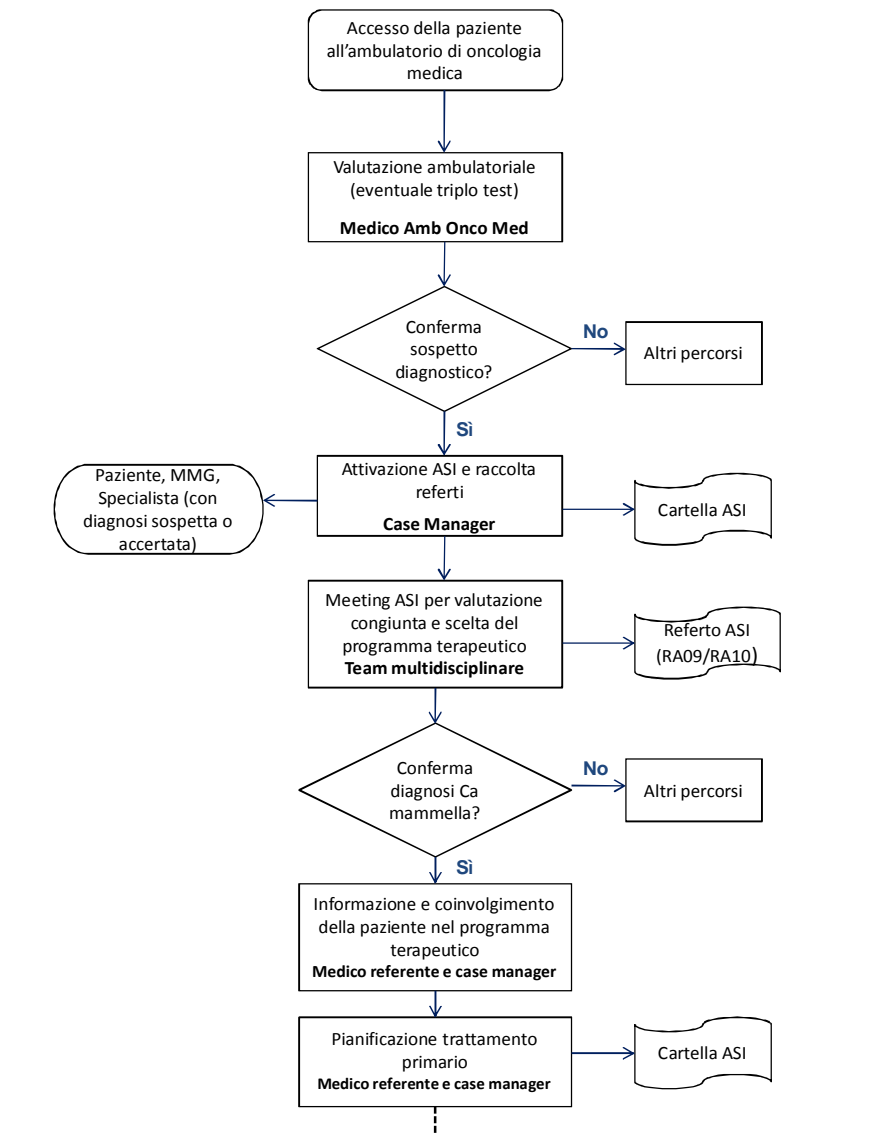






Tabella 1: simbologia utilizzata nei diagrammi di flusso

FIGURE GEOMETRICHE		significato
ELISSE		input ed output del processo
RETTANGOLO		attività svolte e relativa responsabilità (azione e attore)
ROMBO		decisione da assumere o scelta da fare
PERGAMENA O BANDIERINA		documento di registrazione utilizzato, documento compilato, documento prodotto a seguito dello svolgimento dell' attività
Sul lato destro del diagramma di flusso vanno riportati i documenti che vengono utilizzati come riferimento per svolgere le attività (protocolli, procedure, istruzioni, ecc....)		

Tutti gli elementi costitutivi e di garanzia del PDTA (comportamenti da tenere, tempi di presa in carico, prestazioni selezionate, ecc.) e le principali informazioni relative alla progettazione (obiettivi prefissati, motivazioni che hanno portato alla scelta della problematica clinica oggetto del PDTA, dati epidemiologici, riferimenti bibliografici e/o atti normativi e documentali, ...) sono raccolti in uno specifico **documento/documenti**, cartaceo o informatizzato, allo scopo di costituire un riferimento per gli operatori coinvolti nel percorso e per eventuali osservatori/valutatori esterni. Inoltre, il documento che descrive il PDTA deve riportare gli elementi minimi per l'identificazione e la gestione documentale del sistema qualità, ad esempio:

- ☆ Denominazione dell'Azienda, Dipartimento o dell'Unità Operativa (se necessario)
- ☆ Titolo del documento
- ☆ Numero di revisione
- ☆ N. pag./tot. pag.
- ☆ Gruppo di lavoro: nome e cognome dei professionisti che hanno partecipato alla strutturazione del percorso e alla redazione del documento
- ☆ Data e firma di approvazione da parte della funzione che ha più alta responsabilità nell'applicazione del contenuto

Versione per pazienti: va predisposta una versione semplificata del documento che illustra il PDTA per i pazienti, allo scopo di migliorare il grado di informazione e facilitare la "condivisione della cura" del paziente e/o dei suoi familiari/caregiver.

6 VALUTAZIONE DELL'IMPATTO E MIGLIORAMENTO

Sarebbe utile una fase pilota per valutare l'applicabilità del PDTA ed apportare gli aggiustamenti necessari nelle aree di criticità riscontrate.

Ad ogni modo, a partire dalla sua applicazione, il PDTA deve essere sottoposto a sistematico monitoraggio tramite opportuni indicatori di processo e di outcome /esito . Per gli indicatori di processo particolare attenzione va posta agli aspetti di appropriatezza clinica e organizzativa.

La valutazione degli outcome deve comprendere anche la valutazione di gradimento dei pazienti attraverso indagini di qualità percepita o incontri con i rappresentanti dei pazienti, associazioni, analisi dei reclami ecc.

Inoltre, considerato che valutare vuol dire attribuire un valore e confrontarlo con un valore di riferimento, accanto agli indicatori vanno riportati i relativi standard, desunti dove disponibili dalla letteratura o dal livello normativo regionale/nazionale o individuati a livello locale attraverso monitoraggio sperimentale.

Per ogni indicatore scelto oltre agli standard occorre precisare: modalità e tempi di raccolta, fonti informative, responsabilità di raccolta e informazione ai livelli decisionali al fine di promuovere le azioni correttive e di miglioramento.

Ottimale sarebbe la costruzione di un sistema informativo ad hoc, o riorganizzato sul PDTA allo scopo di avere dati degli indicatori da un flusso dedicato.

L'audit clinico è sicuramente lo strumento consigliabile per la valutazione di un PDTA.

Se come auspicabile è stata predisposta una scheda che accompagna il paziente lungo il percorso e che, sulla base delle principali fasi del PDTA, consente di evidenziare gli scostamenti da quanto pianificato e le relative motivazioni, bisogna prevedere anche le attività di revisione delle schede paziente con cadenza regolare in modo da eseguire la sintonizzazione fine del percorso stesso valutando lo stato di avanzamento, ad esempio sui primi risultati del monitoraggio e organizzare eventuali attività di formazione per il personale delle strutture coinvolte.

7 PIANO DI DIFFUSIONE FORMAZIONE IMPLEMENTAZIONE

Deve essere prevista una strategia di diffusione che veda l'intervento della direzione in incontri mirati a conferire importanza , condivisione e visibilità al processo di cambiamento/innovazione introdotto dal PDTA sia all'interno sia all'esterno.

La diffusione alle strutture coinvolte, agli operatori, ai pazienti, associazioni e ad altri stakeholder può avvenire attraverso modalità di comunicazione con i canali tradizionali che con modalità

diverse (sito web, piani formativi, incontri ad hoc) che possono prevedere anche “Interventi di informazione e di educazione alla salute” rivolte alla popolazione, ai pazienti, loro associazioni e familiari, in modo tale che il paziente sia informato sulle opportunità offerte dal PDTA.

La formazione dei case manager e di tutti gli operatori coinvolti rappresenta un passaggio chiave da valutare in rapporto al contesto.

Bibliografia

- DGR 1066/2009 Regione Emilia Romagna, *“La ricerca come attività istituzionale del SSR. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende sanitarie, in attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2008/2010.”*
- Brunetti M., Cicchetti A. (a cura di), *Innovazione e Organizzazione nel sistema sanitario*. Il Pensiero Scientifico Editore, 2009, Roma.
- Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari della Regione Piemonte, *Raccomandazioni per la costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) e profili integrati di cura (PIC) nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte*, 2007

CHECK LIST PDTA "CA POLMONE"

Nome e Cognome	Età	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
-----------------------	------------	---

1° Fase di valutazione, stadiazione e pianificazione:		
<i>Attività</i>	<i>Data</i>	<i>Esito / Note</i>
1° visita		
1° accesso <input type="checkbox"/> Routine pneumologica		
2° accesso <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Scinti		
3° accesso <input type="checkbox"/> Bronco		- accuratezza - appropriatezza - tempo x istologia - complicanze
Istologia <input type="checkbox"/> Bronco <input type="checkbox"/> BTT (Biopsia transtoracica)		<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> dubbia <input type="checkbox"/> Neg
Pet <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Riunione di prima valutazione Team <input type="checkbox"/> Stadio clinico (cTNM) <input type="checkbox"/> Istologia <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/> Sede malattia		<input type="checkbox"/> Chirurgico <input type="checkbox"/> Neoadiuvante <input type="checkbox"/> Oncologico non chirurgico <input type="checkbox"/> BSC
Colloquio con pz per accettazione piano terapeutico		

Fase Chemioterapica Neoadiuvante (3 bis):		
<i>Attività</i>	<i>Data</i>	<i>Esito / Note</i>
Accesso per valutazione idoneità alla chemioterapia e prescrizione del trattamento		
Accessi per prima somministrazione CT		
Accessi per ultima somministrazione CT		
Accesso per rivalutazione <input type="checkbox"/> TC		
Accesso per colloquio di rivalutazione stato di malattia al termine del programma		
Reinvio alla valutazione del team per trattamento preoperatorio		pTNM

2° Fase chirurgica:		
<i>Attività</i>	<i>Data</i>	<i>Esito / Note</i>
Visita anestesiologicala preoperatoria		
Intervento chirurgico <input type="checkbox"/> Esplorativo <input type="checkbox"/> Radicale		
Dimissione		
Controllo ambulatoriale		
Riunione di rivalutazione Team		
Colloquio col pz per illustrazione programma di trattamento		

3° Fase Chemioterapica:		
<i>Attività</i>	<i>Data</i>	<i>Esito / Note</i>
Accesso per valutazione idoneità alla chemioterapia e prescrizione del trattamento		
Accessi per prima somministrazione CT		
Accessi per ultima somministrazione CT		
Accesso per rivalutazione <input type="checkbox"/> TC		
Accesso per colloquio di rivalutazione stato di malattia al termine del programma di CT		
Reinvio alla valutazione del team per trattamento preoperatorio		pTNM

4° Fase Radioterapica:		
<i>Attività</i>	<i>Data</i>	<i>Esito / Note</i>
Accesso per inquadramento e pianificazione del trattamento di RT <input type="checkbox"/> Neoadiuvante <input type="checkbox"/> Adiuvante		
Accesso per Esecuzione TC di centraggio		
Accesso per pianificazione della terapia		
Inizio trattamento		
Fine trattamento		
Accesso di fine cura per colloquio di rivalutazione stato di malattia al termine del programma		

5° Fase Palliativa:		
<i>Attività</i>	<i>Data</i>	<i>Esito / Note</i>
Accesso di valutazione per affidamento cure domiciliari e/o hospice		
Eventuale accesso per rivalutazione del paziente e del setting assistenziale appropriato		

<i>Uscita PDTA</i>	<i>Data</i>
<input type="checkbox"/> Diagnosi non oncologica <input type="checkbox"/> Rifiuto del paziente al PDTA <input type="checkbox"/> BSC <input type="checkbox"/> Follow up	

<i>Stato del paziente ad 1 anno dalla diagnosi</i>	<i>Data</i>
<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Deceduto	

Allegato Check List

Regione Emilia-Romagna - Requisiti specifici Accreditemento D.G.R. 327/04

Struttura: PDTA (Str. Sanitarie)

Data Inizio:

Indirizzo: estrazione per disciplina

08/10/2013

Disciplina: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale 01

Data Fine:

08/10/2013

Firma Responsabile Struttura _____

Firma Team Leader _____

Note del Valutatore

	SI	si	no	NO	N.A.
<p>13519 Background e obiettivi</p> <p>E' stata effettuata un'analisi del contesto e sono state definite le motivazioni che sostengono la scelta della problematica clinica su cui costruire il PDTA</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>13520 Background e obiettivi</p> <p>Gli obiettivi sono chiaramente identificati e declinati in funzione della standardizzazione delle pratiche di cura con riferimento a requisiti di sicurezza e appropriatezza</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>13521 Progettazione del percorso</p> <p>E' definito il tempogramma con le diverse fasi di progettazione, le modalit� di implementazione del percorso e i momenti di valutazione dell'impatto</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>13522 Progettazione del percorso</p> <p>E' stata prevista la predisposizione di una scheda (check-list) cartacea o informatizzata che accompagna il paziente lungo il percorso per registrarne le fasi</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>13523 Gruppo di lavoro multidisciplinare</p> <p>Sono definite le professionalit�, le discipline e le funzioni dei partecipanti al gruppo di lavoro identificato per la costruzione del PDTA</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>13524 Gruppo di lavoro multidisciplinare</p> <p>E' individuato il Coordinatore del gruppo di lavoro</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>13525 Gruppo di lavoro multidisciplinare</p> <p>E' previsto il coinvolgimento dei Rappresentanti dei pazienti, ove possibile</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>13526 Letteratura di riferimento</p> <p>Sono valutate le principali linee guida e le raccomandazioni scientifiche aggiornate</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>13527 Letteratura di riferimento</p> <p>E' documentata la bibliografia di riferimento</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13528 Criteri di eleggibilità E' individuata la tipologia di pazienti oggetto del PDTA?	SI	si	no	NO	N.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13529 Criteri di eleggibilità Sono definiti criteri di inclusione/esclusione dei pazienti	SI	si	no	NO	N.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14128 Descrizione del percorso Sono descritte le interfacce	SI	si	no	NO	N.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14129 Descrizione del percorso È descritta la sequenza delle attività	SI	si	no	NO	N.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14130 Descrizione del percorso È descritta la tempistica	SI	si	no	NO	N.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14131 Descrizione del percorso Sono descritte le responsabilità	SI	si	no	NO	N.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14132 Descrizione del percorso Sono descritti gli snodi decisionali	SI	si	no	NO	N.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14133 Descrizione del percorso Esistono modalità di rappresentazione grafica del percorso (es. flow chart o matrice)	SI	si	no	NO	N.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14134 Descrizione del percorso E' disponibile una versione per il paziente	SI	si	no	NO	N.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14135 Valutazione dell'impatto Sono stati definiti gli indicatori di processo	SI	si	no	NO	N.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14136 Valutazione dell'impatto Sono definiti gli indicatori di esito del percorso	SI	si	no	NO	N.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14137 Valutazione dell'impatto Sono previste modalità di indagine della qualità percepita	SI	si	no	NO	N.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14138	Valutazione dell'impatto	SI	si	no	NO	N.A.
	Sono definite le modalità di raccolta dati (flussi routinari o reportistica specifica) per il monitoraggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14139	Valutazione dell'impatto	SI	si	no	NO	N.A.
	E' prevista la valutazione sistematica dell'adesione e dei risultati rispetto alle attese (es. audit clinico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14140	Modalità di diffusione e implementazione	SI	si	no	NO	N.A.
	Sono definite le modalità di diffusione in azienda (invio alle U.O., riunioni di presentazione, pubblicazione in intranet, formazione ecc.) e, se del caso, all'esterno dell'azienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14141	Modalità di diffusione e implementazione	SI	si	no	NO	N.A.
	Sono stati previste attività formative e di educazione rivolte a: -staff -pazienti -care giver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14142	Governo del percorso	SI	si	no	NO	N.A.
	Sono definite le responsabilità a partire dalla identificazione del responsabile della gestione complessiva del percorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14143	Governo del percorso	SI	si	no	NO	N.A.
	E' identificato chi facilita l'applicazione del percorso (case management)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14144	Governo del percorso	SI	si	no	NO	N.A.
	E' definito chi verifica l'applicazione e la manutenzione del percorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14145	Governo del percorso	SI	si	no	NO	N.A.
	E' prevista la costituzione di un team multidisciplinare per la valutazione del paziente, ove appropriato (es. ictus, percorsi oncologici, dipendenze patologiche...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14146	Miglioramento continuo	SI	si	no	NO	N.A.
	Laddove si verificano scostamenti rispetto ai risultati e/o comportamenti attesi, sono avviate opportune azioni correttive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14147	Aggiornamento	SI	si	no	NO	N.A.
	E' stato previsto l'aggiornamento del percorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indice

Guida per i valutatori alla verifica dei PDTA nell'ambito delle visite di accreditamento.....	3
L'APPROCCIO METODOLOGICO.....	3
Progettazione del percorso	3
1 LA SCELTA DEL PROBLEMA DI SALUTE, IL CONTESTO GLI OBIETTIVI	5
Background e Obiettivi.....	6
2 IL GRUPPO DI LAVORO.....	6
3 ANALISI CRITICA DELLA LETTERATURA	8
4 CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE	10
I criteri di ingresso/uscita.....	10
5 REALIZZAZIONE E RAPPRESENTAZIONE DEL PDTA	11
La descrizione del PDTA	12
6 VALUTAZIONE DELL'IMPATTO E MIGLIORAMENTO	16
7 PIANO DI DIFFUSIONE FORMAZIONE IMPLEMENTAZIONE	16
Bibliografia	18
Allegato Esempio di scheda di percorso	19
Allegato Check List.....	23

