

I Percorsi Assistenziali

Prof. Francesco Di Stanislao

I percorsi assistenziali (Care Pathway)¹, sono stati introdotti negli U.S.A. tra il 1985 e il 1987 presso il New England Medical Center di Boston (USA) (Zander, 2002) per adeguare le attività ospedaliere alle tariffe introdotte col nuovo sistema di finanziamento basato sui DRG (Mayes, 2007), avviato sperimentalmente negli USA nel 1983 per il rimborso dei ricoveri ospedalieri degli utenti dei programmi federali Medicare e Medicaid, istituiti nel 1965. I percorsi assistenziali prendono spunto dai *Critical Path*, creati negli U.S.A. alla fine degli anni '50 nel mondo industriale (Kelley et al, 1959), come strumento di valutazione e (ri)progettazione delle fasi di un processo di produzione finalizzato ad individuare i percorsi critici che impattano negativamente sui tempi di completamento dei progetti.

Nel Regno Unito i percorsi assistenziali integrati (IPC) sono stati introdotti nei primi anni '90 non solo per aumentare l'efficienza del sistema, mantenendo o migliorando la qualità delle cure ma anche per promuovere lo sviluppo dell'EBM (Evidence Base Medicine) e la concreta adozione delle linee guida nella pratica quotidiana (Cambell et al, 1998).

Dalla fine degli anni 1990 ad oggi, i percorsi assistenziali si sono diffusi in tutto il mondo, ma tale diffusione non appare ancora prevalente soprattutto se si considera il fatto che l'assistenza del 60-80% dei gruppi di pazienti negli ospedali generali, potrebbe essere eleggibile per l'utilizzazione dei percorsi (Vanhaecht et al, 2006)

Cosa sono i percorsi assistenziali ?

A ormai 30 anni di sviluppo dei percorsi assistenziali non ne esiste ancora una definizione condivisa: in una ricerca bibliografica sono state trovate 84 diverse definizioni di percorsi (De Bleser et al, 2006).

Tra le tante ne riportiamo due: a) quella sviluppata presso il TriHealth Hospital di Cincinnati² che a metà degli anni '90 è stata tra le prime istituzioni ospedaliere progettare ed implementare nel proprio network ospedaliero (tra i quali il Bethesda North Hospital e Good Samaritan Hospital) i clinical pathway (Windle, 1994; Ferguson, 1993), all'interno di un progetto globale di *Continuous Quality Improvement* (Zander, 1992; Canadian Medical Association, 1995) e presa come riferimento in molte iniziative sul tema sviluppate in diverse Regioni italiane (Panella et al, 1997), b) una seconda, più recente, dell'E.P.A. (European Pathway Association).

Nell'esperienza del TriHealth Hospital i percorsi assistenziali vengono definiti come: *"Piani interdisciplinari di assistenza creati per rispondere a specifici problemi clinici o di diagnosi. Sono, "strumenti di gestione clinica" usati da chi eroga prestazioni sanitarie*

¹ Molti sono i sinonimi di questo termine in lingua inglese ed italiana. In inglese si segnalano i termini *clinical pathways, case management plans, critical pathways, care pathways, multidisciplinary pathways, collaborative care pathways, care paths, care maps, integrated care pathways (ICP)* ed in italiano, oltre la traduzione dei suddetti termini (*percorsi clinici, piani di gestione dei casi, percorsi critici, percorsi assistenziali integrati*) le espressioni: *Processi di cura o di assistenza; Profili di cura o di assistenza; Percorsi di cura o di assistenza; PIC - Profilo Integrato di Cura; PDT - Percorsi Diagnostico-Terapeutici; PDTA-Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali*

² Nel 2011, per la 14a volta negli ultimi 15 anni, il TriHealth è nella lista delle Top 100 Integrated Healthcare Networks degli U.S.A. (al 50° posto) - <http://www.trihealth.com/> (120 febbraio 2012) e <http://www.sdihealth.com/>

per definire la migliore sequenza di azioni, nel tempo ottimale, degli interventi rivolti a pazienti con particolari diagnosi e condizioni o a pazienti che possono richiedere procedure specifiche. I principi guida che devono guidare la stesura dei percorsi vengono individuati nei seguenti punti:

- *Miglioramento continuo*
- *Focalizzazione sui bisogni del cliente*
- *Riduzione delle variazioni della pratica clinica*
- *Lavoro in team*
- *Massimizzazione dell'efficienza*

L' E.P.A. - European Pathway Association offre una definizione articolata e condivisa in una consensus conference (*Vanhaecht et al, 2007*):

Un percorso assistenziale è un intervento complesso, decisionale ed organizzativo, dei processi di assistenza di un gruppo di pazienti ben definito, nel corso di un periodo ben definito
Le **caratteristiche** che definiscono i percorsi assistenziali sono:

- *Una dichiarazione esplicita degli obiettivi e degli interventi fondamentali di assistenza basati sulle evidenze scientifiche, sulle migliori pratiche e sulle aspettative e caratteristiche dei pazienti;*
- *La facilitazione della comunicazione tra i membri del team e con i pazienti e le famiglie;*
- *Il coordinamento del processo di cura attraverso il coordinamento dei ruoli e lo sviluppo delle sequenze delle attività del team di cura multidisciplinare, compresi i pazienti e i loro familiari;*
- *La documentazione, monitoraggio e valutazione degli scostamenti e dei risultati,*
- *L'identificazione delle risorse adeguate.*

L'**obiettivo** di un percorso assistenziale è quello di:

- *migliorare la qualità delle cure attraverso un continuum assistenziale, finalizzato al miglioramento degli esiti aggiustati sul rischio specifico dei pazienti,*
- *promuovere la sicurezza dei pazienti;*
- *aumentare la soddisfazione dei pazienti;*
- *ottimizzare l'utilizzo delle risorse.*

Da tali definizioni emerge il **core** delle caratteristiche dei percorsi assistenziali (Box 1) che contraddistinguono i percorsi assistenziali da altri "strumenti", che talvolta vengono a loro assimilati: linee guida e PDT protocolli diagnostici/terapeutici (Tabella 1). I percorsi assistenziali si "nutrono" di linee guida e PDT, che formano il sostegno di evidenze per lo sviluppo degli interventi previsti nel profilo.

BOX 1 - Il Core dei Percorsi Assistenziali

La sequenzialità delle azioni e la continuità assistenziale
Gli interventi basati sulle evidenze scientifiche e le buone pratiche
La messa a punto del percorso sulla base delle risorse (umane, tecnologiche, organizzative, ecc) dell'organizzazione.
La taratura degli interventi sulle aspettative e caratteristiche dei pazienti
Il lavoro multidisciplinare
Il coinvolgimento dei familiari o care-giver
Gli "audit" sugli scostamenti dal percorso e sugli esiti

Tabella 1 – Linee guida, PDT, Percorsi Assistenziali: sinossi comparativa.

	Linee guida	Protocolli diagnostico-terapeutici	Percorsi Assistenziali
Da cosa nascono	EBM	EBM	EBM
Chi li produce	Esperti	Esperti	Team multidisciplinari
A che livello	Internazionale e/o nazionale	Internazionale e/o nazionale	Locale
Come agiscono	Raccomandazioni	Prescrizione	Azioni pratiche
Attenzione agli aspetti organizzativi	Media	Nulla	Forte
Attenzione agli aspetti clinici	Molto forte	Molto forte	Molto forte
Attenzione agli aspetti assistenziali	Media	Scarsa	Molto forte
Attenzione agli aspetti economici	Scarsa/nulla	Scarsa/nulla	Consistente
Parti dei processi interessati	Le più rilevanti clinicamente	Specifiche problematiche diagn.-terap.	Da processi in singole U.O. a processi ospedale/territorioi

L' E.P.A. definisce il percorso assistenziale come **intervento complesso**. E' importante una breve riflessione su tale concetto per le ricadute che ha sullo studio delle evidenze e sul trasferimento delle esperienze dei percorsi assistenziali (cfr. di seguito).

Il Medical Research Council (2000) afferma che *"gli interventi complessi sono costituiti da un numero di componenti che possono agire sia in forma indipendente che inter-dipendente"*. Di tali componenti non è nota la singola specifica efficacia e la risultante della relazione tra di essi (additiva, moltiplicativa, inibitiva, ecc..). I componenti di solito includono: prestazioni professionali, parametri delle prestazioni (es.: frequenza, timing), metodi di organizzazione ed erogazione delle prestazioni (es.: professionista, setting operativo e localizzazione), ecc. Non è facile definire con precisione quali sono le "componenti attive" di un intervento complesso. Per esempio, anche se la ricerca suggerisce che le stroke unit funzionano, quali sono le "componenti attive" che la fanno funzionare? Il mix degli operatori di assistenza? Le competenze degli operatori? L'organizzazione fisica? Le tecnologie disponibili? Le modalità organizzative?

I percorsi assistenziali sono inquadrabili tra gli interventi complessi?

Se utilizziamo il punto di vista della "persona" si possono esemplificare (Vanhaecht et al., 2012) livelli crescenti di complessità a livello di:

- **singolo paziente** (es.: una nuova forma di terapia cognitivo-comportamentale);

- **gruppi di pazienti** (es.: interventi basati su linee guida, protocolli di trattamento, ecc)
- **livello di popolazione** (es.: campagne di promozione della salute)

parimenti se utilizziamo il punto di vista della "organizzazione":

- **singoli servizi/unità di assistenza sanitaria** (es: introduzione di un fisioterapista/infermiere specializzato nella malattia di Parkinson nei servizi di cure primarie)
- **specifiche discipline/aree di assistenza sanitaria** (es.: reti assistenziali di emergenza-urgenza; rete cardiologica - rete oncologica, ecc.)
- **area dell'assistenza integrata socio-sanitaria** (es.: sviluppo dei servizi nella logica del Chronic Care Model e Disease Management (*Wagner et al, 1996; Von Korff et al, 1997*).

Se assumiamo il **core** dei percorsi assistenziali come "componenti attive" dell'intervento complesso è indubbio che i percorsi rappresentano interventi di complessità medio-alta destinati: a gruppi di pazienti, specifiche discipline/aree di assistenza sanitaria e anche nell'area dell'assistenza socio-sanitaria.

Quali sono le evidenze di efficacia dei Percorsi assistenziali ?

Nelle review degli studi di efficacia di percorsi assistenziali considerati nel loro insieme (non per specifiche patologie) si erano già evidenziati effetti positivi (*Rotter et al, 2008*) su complicanze, durata della degenza e adesione alle buone pratiche. La più recente revisione Cochrane sui percorsi assistenziali (*Rotter et al., 2010*) (sempre considerati nel loro insieme) ha concluso che i percorsi sono associati ad una riduzione delle complicanze intraospedaliere e ad un miglioramento della documentazione, senza impattare negativamente sulla durata della degenza e sui costi ospedalieri.

Su questi risultati si è aperto un dibattito - (*Vanhaecht et al, 2011*) e (*Rotter et al, 2012*) - relativamente ai possibili bias di inclusione/esclusione di studi nella review, dovuti al fatto che essendo i percorsi interventi complessi e le pubblicazioni analizzate nella review non descrivono in modo sufficientemente dettagliato l'intervento o il contesto, risulta "improprio" confrontare i risultati di studi e trials diversi. Gli stessi autori richiamano l'attenzione che una più compiuta descrizione delle componenti dell'intervento e del contesto è un problema generale delle pubblicazioni sugli interventi complessi e il miglioramento di tali descrizioni rappresenta una delle indicazioni delle linee guida SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) per migliorare la qualità delle pubblicazioni (*Davidoff et al, 2008*) e di conseguenza facilitare la trasferibilità delle buone pratiche nelle diverse realtà operative.

I trial e le review sui percorsi assistenziali di specifiche patologie (es.: sindrome coronarica acuta, stroke, chirurgia gastrointestinale, scompenso cardiaco, artroplastica dell'anca o ginocchio, ecc.) (*Cannon et al, 2002; Kim et al, 2003; Panella et al., 2003; Kwan et al, 2004; Lemmens et al., 2008; Neuman et al., 2009; Barbieri et al., 2009; Panella et al., 2009; Van Herck et al., 2010*). evidenziano che, se adeguatamente sviluppati e attuati, i percorsi assistenziali sono in grado di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria (es.: diminuzione delle complicanze ospedaliere e/o della durata della degenza e/o dei costi ospedalieri e/o maggiore adesione nell'applicazione di linee

guida e protocolli diagnostico-terapeutico – assistenziali e/o maggior soddisfazione degli utenti).

Come si costruisce un percorso assistenziale ?

La costruzione di un percorso assistenziale segue lo schema generale dei progetti MCQ - Miglioramento Continuo di Qualità (*Donabedian, 1980; Deming, 1982, Berwick, 1998*).

Di seguito vengono riportati i vari step del programma di cui ne verranno descritti, per esigenze di spazio, solo alcuni rimandando i necessari approfondimenti alla bibliografia (*Panella et al, 2000; Morosini et al., 2005*).

Le varie tappe si possono così sintetizzare:

- A. scelta del problema;
- B. costituzione dei gruppi di lavoro per il problema prescelto;
- C. analisi del processo in corso;
- D. stesura del nuovo percorso assistenziale;
- E. applicazione sperimentale del percorso modificato;
- F. valutazione dell'applicazione e degli esiti del percorso;
- G. miglioramento del percorso assistenziale;
- H. revisione sistematica dell'applicazione del percorso;

Scelta del problema (Tappa A)

La prima tappa operativa è ovviamente rappresentata dalla selezione del problema su cui costruire il percorso assistenziale. A parte i criteri di scelta che possono essere numerosi e tra i quali non vanno dimenticati:

- frequenza (incidenza e prevalenza);
- gravità dei casi
- variabilità dei processi in atto (comportamenti sia professionali che organizzativi);
- disponibilità di evidenze scientifiche sull'esistenza di interventi efficaci;
- entità dei possibili benefici per i pazienti derivanti dal miglioramento del processo
- fattibilità degli interventi di miglioramento
- entità dei possibili risparmi (riduzioni dei tempi di lavoro, eliminazione di sprechi);

è importante precisare il livello "istituzionale" in cui tale scelta viene effettuata: nella realtà italiana livelli regionali o aziendali (*Noto e Di Stanislao, 2003*).

Se la scelta viene effettuata a livello regionale dovranno essere costituiti:

- i. **Comitato Scientifico Regionale** (uno per ciascuna delle patologie individuate, generalmente nei piani sanitari regionali, in riferimento alle indicazioni dei Piani sanitari nazionali)
- ii. **Gruppi di Lavoro (GdL) Operativi Aziendali** per lo sviluppo dei Percorsi assistenziali a livello delle Aziende

se la scelta viene effettuata a livello aziendale dovranno essere costituiti parimenti costituiti **GdL Aziendali di progetto** (cfr punto i) e **GdL Operativi Dipartimentali** (cfr. punto ii)

Costituzione di un gruppo di lavoro (Tappa B)

I **Comitati Scientifici Regionali** e i (**GdL) Operativi Aziendali** sono GdL multidisciplinari, multiprofessionali e multisettoriali (in caso di coinvolgimento dei servizi sociali) costituiti da esperti e/o rappresentati società scientifiche delle patologie oggetto del profilo. Le funzioni di questi gruppi sono:

- sistematizzare/sintetizzare le linee guida³ (*Institute of Medicine, 1992*) della letteratura internazionale e nazionale;
- esplicitare la qualità delle informazioni utilizzate (*livello di evidenza*), l'importanza/rilevanza/fattibilità/priorità della loro implementazione (*forza delle raccomandazioni*) e l'entità delle conseguenze (*rilevanza delle decisioni*) (*Istituto Superiore di Sanità, 2004*)⁴;
- esplicitare gli indicatori di monitoraggio e di outcome;
- produrre i report per la fase di valutazione dei GdL operativi
- aggiornare con regolarità le Raccomandazioni prodotte

I **GdL Operativi Aziendali o Dipartimentali** per lo sviluppo dei percorsi assistenziali (anch'essi multidisciplinari, multiprofessionali e multisettoriali) sono composti da tutti gli operatori coinvolti sul campo nel trattamento della condizione in questione, nei diversi setting operativi (ospedali, residenzialità, assistenza domiciliare, ecc.). Dovrebbero essere coinvolti anche operatori tecnici non sanitari (es. informatici), operatori amministrativi e non da ultimo rappresentanti degli utenti, per avere le loro opinioni per quanto riguarda gli aspetti di educazione sanitaria e sull'impatto delle decisioni sulla qualità percepita.

La funzione di questi gruppi di lavoro è quello di adattare le Raccomandazioni per la pratica clinica alle caratteristiche della specifica realtà organizzativa (risorse umane, tecnologiche, organizzative, economiche).

Il lavoro da sviluppare è quello relativo alle tappe (c)-(h) precedentemente elencate.

Stesura del nuovo percorso assistenziale (Tappa D).

Il gruppo di lavoro ridefinisce gli interventi delle varie fasi del processo (ad esempio primi giorni di ricovero, giorni intermedi, giorni finali, follow up) in accordo con gli obiettivi di utilizzare la pratica clinica migliore, massimizzare la qualità, ridurre il consumo di risorse, ottimizzare i tempi e quindi il nuovo processo viene schematizzato in una flow-chart. Alla luce di quanto osservato nella letteratura e nella pratica clinica il team identifica l'outcome atteso (fase del "patient focus") per ogni giornata/periodo di assistenza.

Per i percorsi assistenziali di "breve periodo" all'interno di uno stesso setting assistenziale (es. ospedale) le attività da sviluppare per gestire il paziente possono essere inquadrare all'interno di una delle "categorie dell'assistenza" (*Wilson, 1992; Panella et al, 2000*) che sono una sorta di "etichetta" per identificare la valenza principale di ciascuna attività:

1. **valutazione del paziente:** raccolta dati del paziente (anamnesi; esame obiettivo, ecc.)
2. **educazione del paziente e/o della famiglia:** istruzioni di routine date al paziente e/o ai familiari riguardo la cura di sé (es.: posizione di busto e arti, precauzioni e limitazioni nelle attività, esercizi, l'uso degli strumenti, l'automedicazione, ecc.);
3. **pianificazione della continuità assistenziale:** include tutte le azioni e collaborazioni necessarie a garantire la continuità dell'assistenza e a promuovere l'indipendenza del paziente dopo la dimissione (es.: trasferimento in una residenza, supporto alla famiglia, supporto al reinserimento nella comunità, fornitura di apparecchiature mediche, fornitura assistenza domiciliare, ecc.);

³ "Raccomandazioni di comportamento clinico elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni degli esperti, con lo scopo di aiutare i medici ed i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche"

⁴ **Revisione sistematica** : "Una valutazione delle conoscenze disponibili su un determinato argomento, nella quale tutti gli studi rilevanti sono identificati e valutati criticamente". Qualora la natura del quesito e la qualità dei dati lo consentano, ad una revisione sistematica si può associare una metanalisi, ovvero una sintesi quantitativa dell'effetto dell'intervento, utilizzando tecniche statistiche appropriate a quantificare il contributo dei singoli studi senza annullare l'unicità delle caratteristiche di ciascuno".

Livello di prova, si riferisce alla probabilità che un certo numero di conoscenze sia derivato da studi pianificati e condotti in modo tale da produrre informazioni valide e prive di errori sistematici.

Forza della raccomandazione, si riferisce invece alla probabilità che l'applicazione nella pratica di una raccomandazione determini un miglioramento dello stato di salute della popolazione, obiettivo cui la raccomandazione è rivolta.

Rilevanza delle decisioni, si riferisce infine a un indicatore che misura l'entità delle conseguenze prevedibili.

4. **esami diagnostici:** (esami di laboratorio, esami strumentali invasivi e non; ecc.)
5. **farmaci:** questa sezione è quella relativa a tutti i trattamenti farmacologici
6. **interventi/procedure:** tutti i trattamenti e procedure che potenzialmente soddisfano i bisogni del paziente, (ad esclusione dei farmaci);
7. **consulenze:** tutti i consulti interdisciplinari di tipo medico specialistico, dietologico, fisioterapico, sociale, ecc.;
8. **nutrizione:** (es.: stato nutrizionale del paziente, presenza di nutrizione parenterale, particolari necessità nutrizionali, ecc.);
9. **attività del paziente:** pianificazione dell'attività giornaliera del paziente, es: mobilitazione attiva e passiva, progressione del paziente (dal letto alla poltrona, uso del bagno, deambulazione con o senza assistenza) ecc.
10. **sicurezza del paziente:** le misure precauzionali per garantire la sicurezza del paziente (protocolli di prevenzione delle cadute, limitazioni, protocolli antidecubito, ecc.).

Per ogni attività va specificato **chi fa, cosa e quando** e riportato a quale linea guida o protocollo si fa riferimento e come si effettua la verifica che sia stata attuata. Si arriva così a realizzare il diagramma di flusso e la matrice di responsabilità definitiva, che diventano la mappa per l'esecuzione del percorso.

Nei casi in cui il percorso assistenziale si sviluppa su un arco temporale prolungato (settimane/mesi), coinvolgendo più setting assistenziali (es.: ospedale, residenzialità, domiciliarità) e allargandosi al coinvolgimento dei servizi sociali e della comunità (es. volontariato) è chiaramente improponibile (e insostenibile) una progettazione puntuale "giorno per giorno".

Andranno quindi individuati i principali "snodi critici del percorso" (es.: l'esecuzione – tempi e modi - degli interventi a più forte evidenza di efficacia; il passaggio da un regime assistenziale all'altro; ecc.) e i risultati di salute attesi per definiti periodi del processo assistenziale, punti questi che andranno sottoposti a monitoraggio continuo per adattare in itinere il percorso ai bisogni del paziente.

Permane, naturalmente, la libertà dei professionisti di discostarsi dagli interventi previsti nel percorso (che si ricorda essere il prodotto condiviso di un processo multidisciplinare e multiprofessionale di traduzione dell'EBM in azioni pratiche sul paziente che tiene conto della realtà organizzativa in cui si trovano gli operatori). Si richiede solo che i professionisti motivino tali scostamenti e ne lascino traccia sulla documentazione (cartella clinica) del paziente.

Valutazione dell'applicazione e degli esiti del percorso (Tappa F) e miglioramento del percorso assistenziale (Tappa G) ;

Per questa tappa va predisposto un report con l'analisi degli indicatori (di processo e di esito), l'analisi degli scostamenti descritti dai professionisti, gli eventuali risultati delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari. Il report va discusso con tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso. A questa fase segue quella di individuazione e implementazione delle attività per il miglioramento del percorso assistenziale, fase senza la quale, l'Audit clinico non assume un valore innovativo.

A tale fine è utile ricordare alcune pubblicazioni dell' Healthcare Quality Improvement Partnership⁵ in merito ai criteri di qualità degli audit clinici (*HQIP, 2009*), allo sviluppo delle conseguenti azioni di cambiamento (*HQIP, 2011*) e ai modalità e strumenti di esecuzione degli Audit per i Percorsi Assistenziali (*Pearce, 2011*).

Esistono esperienze in Italia sui percorsi assistenziali?

Digitando su Google (febbraio 2012) "percorso di assistenza" venivano riportati ca.11 milioni (mil.) di risultati, a metà strada tra quelli reperibili per i termini **ospedali**

⁵ HQIP è un consorzio dell'Academy of Medical Royal Colleges e del Royal College of Nursing and National Voices convenzionato con il Department of Health in U.K. per promuovere la qualità del servizio sanitario e in particolare per incrementare la diffusione e l'impatto dei Clinical Audit

(39 mil.) e per **aspirina** (5.5 mil.), **infarto** (4 mil.) e vicino a "pronto soccorso" (8 mil.). Si può ritenere questo un "segnale" della rilevanza del tema e della discussione sullo stesso ("governo monti" raccoglieva appena 5 mil. di risultati!).

E' evidente la difficoltà di descrivere e confrontare in un paragrafo le esperienze che si sono realizzate nelle regioni italiane, descrizioni in termini di: modelli teorici di riferimento; oggetti dei percorsi; modalità di realizzazione; modalità di monitoraggio; risultati, costi, ecc.

Al lettore si può consigliare di analizzare le esperienze delle regioni che hanno da più anni inserito il tema dei percorsi assistenziali (nelle svariate terminologie riportate) nei piani sanitari regionali (es. Emilia-Romagna, Lombardia, Marche, Piemonte, Toscana, Friuli Venezia Giulia) e segnalare i temi dei percorsi assistenziali su cui converge l'attenzione di quasi tutte le Regioni (*Di Stanislao et al., 2009*)

- Percorso assistenziale emergenza-urgenza-grandi traumi
- Percorso assistenziale Infarto Miocardico Acuto
- Percorso assistenziale Ictus
- Percorso assistenziale paziente oncologico
- Percorso assistenziale uremico cronico
- Percorso assistenziale paziente ortopedico (artroprotesi anca/ginocchio)

Considerazioni

I concetti di integrazione, reti, processi rappresentano obiettivi ormai ineludibili delle innovazioni attuate in tutte le organizzazioni di produzione di beni e servizi. Nel settore sanitario l'obiettivo è quello di ridurre la frammentazione nell'erogazione dell'assistenza attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte nell'assistenza dei pazienti con problemi complessi (*Ovretveit, 1998; Lloyd e Wait, 2006; Di Stanislao et al., 2011*).

Lo stato attuale delle conoscenze indica la potenziale utilità dell'applicazione dei percorsi assistenziali nei riguardi di molte patologie, anche se sono necessari ancora studi di vasta portata (cRTC multicentrici) prima di poter giungere a conclusioni definitive ed alla individuazione dei "componenti attivi" di tali interventi. Occorrerà sempre più condividere i risultati della ricerca e delle migliori pratiche tra le singole realtà aziendali e regionali e tra i diversi paesi.

Occorre comunque porre attenzione alla generalizzazione dei risultati (anche nel caso di risultati su specifiche patologie). Se le strategie di implementazione vengono traslate sic et simpliciter da un'organizzazione all'altra, in contesti e quindi con risorse (umane, tecnologiche, organizzative) diverse, l'organizzazione del processo di assistenza sarebbe quasi sicuramente inappropriato.

Le politiche di sviluppo dei percorsi devono essere adattati alle realtà locali e rappresentano sfide importanti a livello politico, organizzativo e di erogazione dei servizi.

Per contrastare le disuguaglianze di accesso/utilizzo ai servizi e alle prestazioni sanitarie (WHO, 2007), i percorsi assistenziali possono infine rappresentare una delle più concrete azioni degli operatori della sanità.

I soggetti più vulnerabili della società (poveri, anziani non autosufficienti, disabili, soggetti con problemi di salute mentale, immigrati, ecc.) hanno enormi difficoltà, se non quasi impossibilità, a conoscere e muoversi all'interno della complessità del sistema sanitario e nei confini tra le diverse articolazioni dei servizi (ospedale-territorio).

Lo strumento dei percorsi assistenziali mirato alla gestione integrata e coordinata delle patologie da parte di tutti gli attori del sistema e dei diversi regimi assistenziali (domiciliare, ambulatoriale, residenziale, ospedaliero), mediante la presa in carico dei bisogni del paziente, nelle diverse fasi di evoluzione della storia naturale della malattia, rappresenta uno strumento concreto e praticabile di tutela e promozione dei soggetti fragili.

Bibliografia

- Barbieri A, Vanhaecht K, Van Herck P, Sermeus W, Faggiano F, Marchisio S, Panella M: Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis BMC Med. 2009; 7: 32. Published online 2009 July 1. doi: 10.1186/1741-7015-7-32
- Berwick DM. Crossing the boundary: changing mental models in the service of improvement. Int J Qual Health Care Oct 1998; 10(5): 435-441
- Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. BMJ 1998;316:133-7.
- Canadian Medical Association. Care Maps and Continuous Quality Improvement. Ottawa 1995
- Cannon, C. P., Hand, M. H., Bahr, R., Boden, W. E., Christenson, R., Gibler, W. B., Eagle, K., Lambrew, C. T., Lee, T. H., MacLeod, B., Ornato, J. P., Selker, H. P., Steele, P., and Zalenski, R. J. Critical Pathways for Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: an Assessment by the National Heart Attack Alert Program. Am.Heart J. 2002;143(5):777-89
- Davidoff F, Batalden PB, Stevens DP, Ogrinc GS, Mooney SE. Publication guidelines for quality improvement in health care: evolution of the SQUIRE project. Qual Saf Health Care 2008;17:i3-i9 doi:10.1136/qshc.2008.029066
- De Bleser L, Depreitere R, Waele KD, Vanhaecht K, Vlayen J, Sermeus W. Defining pathways. J Nurs Manag 2006 Oct;14(7):553-63.
- Deming WE. Out of the crisis. Syndicate of the University of Cambridge; Melbourne 1982.
- Di Stanislao F, Visca M., Caracci G., Moirano F.: Integrated systems and continuity in health care: a navigation through the concepts and models. International Journal of Care Pathways 2011; 15: 82–89 (DOI: 10.1258/jicp.2011.011008)
- Di Stanislao F., Angeli G., Rosetti A. - Le reti cliniche, i processi assistenziali e i programmi/attività di formazione e ricerca a loro supporto nei piani sanitari regionali - (Report tecnico Convegno - Reti ospedaliere - Strumenti e modelli per la programmazione – Agenas Roma, 5 novembre 2009)
- Donabedian Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. I: The definition of quality and approaches in its assessment. Ann Arbor, Mich: Health Admin Press, 1980
- Ferguson L.E. Steps to Developing a Critical Pathway. 58-62 Nursing Administration Quarterly Spring 1993.
- Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP): Transforming Clinical Audit Data into Quality Improvements. Healthcare Quality Quest Ltd, 2011
- Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP): Transforming Criteria and indicators of best practice in clinical audit. Healthcare Quality Quest Ltd, 2009
- Institute of Medicine – Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington DC: National Academy Press, 1992
- ISS- Istituto Superiore di Sanità e ASSR- Agenzia per I Servizi Sanitari Regionali – Programma nazionale per le linee guida - Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica – Manuale Metodologico. Roma, maggio 2002, aggiornamento maggio 2004
- Kelley, James; Walker, Morgan. Critical-Path Planning and Scheduling. 1959 Proceedings of the Eastern Joint Computer Conference.
- Kim S, Losina E, Solomon DH, Wright J, Katz JN. Effectiveness of clinical pathways for total knee and total hip arthroplasty: literature review. Journal of Arthroplasty 2003; 18(1):69-74
- Kwan J, Sandercock P. In-hospital care pathways for stroke. Cochrane Database Syst Rev 2004;(4)

- Lemmens L , Van Zelm R., Vanhaecht K., Kerckamp H.: Systematic review: indicators to evaluate effectiveness of clinical pathways for gastrointestinal surgery DOI: 10.1111/j.1365-2753.2008.01079.x
- Lloyd J. and Wait S.: Integrated Care. A Guide for Policymakers. Alliance for Health and the Future 2006
- Mayes R.: The Origins, Development, and Passage of Medicare's Revolutionary Prospective Payment System *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* (Oxford University Press). 2007 (January).62 (1): pp. 21–55
- Medical Research Council . A framework for development and evaluation of RCTs for complex interventions to improve health . Medical Research Council ; London 2000
- Morosini P – Di Stanislao F. – Casati G., Panella M. - QUALITÀ E PERCORSI ASSISTENZIALI - Manuali di formazione per la valutazione e il miglioramento della qualità professionale. Quarta edizione, Roma-Ancona maggio 2005 in <http://www.epicentro.iss.it/focus/ocse/intro-qualita.asp>
- Neuman MD, Archan S, Karlawish JH, Schwartz JS, Fleisher LA. The relationship between short-term mortality and quality of care for hip fracture: a meta-analysis of clinical pathways for hip fracture. *J Am Geriatr Soc.* 2009 Nov;57(11):2046-54. Epub 2009 Sep 28.
- Noto G., Di Stanislao F.: Dai profili di assistenza alla Clinical Governance: l'esperienza della Regione Marche. *Mecosan XII* (47): 135-148; 2003.
- Ovretveit, J. (1998) *Evaluating Health Interventions*. Open University Press, Buckingham.
- Panella M, Moran N, Di Stanislao F. Una metodologia per lo sviluppo dei profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth Inc. *QA volume 8, n°1*. Marzo 1997 (1-16).
- Panella M, Marchisio S, Kozel D, Ongari M, Bazzoni C, Fasolini G, Sguazzini C, Minola M, Gardini A, Di Stanislao F. La costruzione, la sperimentazione e l'implementazione dei profili di assistenza: istruzioni per l'uso. *QA volume 11, n° 4*. Dicembre 2000 (251-262).
- Panella M Marchisio S, Demarchi ML, Manzoli L, Di Stanislao F.: Reduced in-hospital mortality for heart failure with clinical pathways: the results of a cluster randomized controlled trial. *Qual Saf Health Care* 2009;18:369-373
- Panella M, Marchisio S, Di Stanislao F. Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? *Int J Qual Health Care* 2003; 15(6):509-521
- Pearce M. Guide to Carrying Out Clinical Audits on the Implementation of Care Pathways. Healthcare Quality Improvement Partnership. November 2011
- Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Mar 17;3:CD006632.
- Rotter T., Kugler J., Koch R., Gothe H., Tworck S., van Oostrum J.M., Steyerberg E.W: A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes *BMC Health Services Research* 2008, 8:265
- Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. Have We Drawn the Wrong Conclusions About the Value of Care Pathways? Is a Cochrane Review Appropriate? Response to the Commentary Article Published by Kris Vanhaecht et al. *Eval Health Prof* March 2012 35: 43-46,
- Van Herck P, Vanhaecht K, Deneckere S, Bellemans J, Panella M, Barbieri A, Sermeus W. Key interventions and outcomes in joint arthroplasty clinical pathways: a systematic review. *J Eval Clin Pract.* 2010 Feb;16(1):39-49.
- Vanhaecht K , Bollmann M , Bower K , Gallagher C , Gardini A , Guezo J , et al . Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries - an international survey by the European Pathway Association E-P-A.org . *J Integrated Care Pathways* 2006 ; 10 : 28 – 34 .
- Vanhaecht K , De Witte K , Sermeus W. The impact of clinical pathways on the organization of care processes . Leuven : ACCO ; 2007
- Vanhaecht K., Ovretveit J., Elliott, M.J., Sermeus W., Ellershaw J., Panella M. Have we drawn the wrong conclusions about the value of care pathways? Is a Cochrane review appropriate?. *Eval Health Prof* June 27, 2011
- Vanhaecht K., Panella M., Van Zelm R. , Sermeus W.: What about care pathways? In corso di stampa su 2012
- Von Korff M., Gruman J., Schaefer J.K., Curry S.J. and Wagner E.H., Collaborative management of chronic illness, *Annals of Internal Medicine* 127 (1997): 1097-1102.
- Wagner E.H., Austin B.T. and Von Korff M.: Organizing care for patients with chronic illness, *Milbank Quarterly* 74 (1996): 511-544
- WHO, CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Wilson CRM - Strategies in Health Care Quality, Toronto, Saunders (1992).

Windle P.E. Critical pathways: an integrated documentation tool. I25, 9 : 80f-80p. Nursing Management September 1994.

Zander K. Critical Pathways da: Total Quality Management: The Health Care Pioneers. American Hospital Publishing, 305-314, Inc 1992.

Zander K. Integrated Care Pathways: eleven international trends . J Integrated Care Pathways 2002 ; 6 : 101 – 7 .