

Articolo su invito

L'impatto dell'utilizzo dei percorsi diagnostico, terapeutici assistenziali nelle organizzazioni sanitarie: risultati, sostenibilità e scenari di sviluppo

PANELLA M¹, VANHAECHT K².

¹ Presidente European Pathway Association, Direttore Distretto Sanitario di Vercelli, ² Segretario Generale European Pathway Association.

Abstract

Recenti studi sperimentali e revisioni sistematiche (rapidamente descritte dall'autore) hanno evidenziato un impatto positivo dei percorsi sulla qualità e sull'efficienza dell'assistenza erogata, nonché sul miglioramento della *performance* lavorativa di coloro che fanno parte del *team* che attua il percorso. Le aree di sviluppo prese in considerazione sono: l'implementazione dei percorsi *evidence-based*, investire nel *teamworking*, supportare i percorsi con un'adeguata *Information and Communication Technology* (ICT), personalizzare essi stessi in base ad ogni paziente e semplificare i percorsi valutandone le reali possibilità di impatto sull'assistenza. A distanza di più di dieci anni dagli inizi, è possibile affermare che i percorsi assistenziali tendono a diffondersi sempre più all'interno delle organizzazioni sanitarie, proprio perché rispondono in maniera soddisfacente alle esigenze delle organizzazioni e dei professionisti ed hanno al loro interno un'importante implicazione metodologica.

Parole chiave. Sostenibilità, percorsi assistenziali, organizzazione sanitaria.

INTRODUZIONE

La *European Pathway Association* (E-P-A, www.E-P-A.org) definisce i percorsi diagnostico, terapeutici assistenziali (di seguito nel testo definiti semplicemente percorsi assistenziali così come nella definizione europea) come una metodologia per prendere decisioni ed organizzare in modo condiviso l'assistenza di un ben definito gruppo di pazienti in un intervallo di tempo precisato ed include tra le caratteristiche che definiscono i percorsi: la definizione esplicita degli obiettivi e degli elementi chiave dell'assistenza basati su evidenze, *best practice* e aspettative del paziente; la facilitazione di comunicazione, coordinamento dei ruoli e messa in sequenza delle attività di *team* assistenziali multidisciplinari, pazienti e familiari; la documentazione, il monitoraggio e la valutazione degli scostamenti e degli *outcome*; l'identificazione delle appropriate risorse. Lo scopo dei percorsi è aumentare la qualità delle cure nel *continuum* dell'assistenza, migliorando gli esiti clinici *risk adjusted*, promuovendo la sicurezza, aumentando la soddisfazione dei pazienti e ottimizzando l'uso delle risorse.

I percorsi assistenziali sono, quindi, quello che si definisce un intervento sanitario complesso, cioè un intervento composito di più componenti attive (essenziali al suo funzionamento), di cui però è difficile descriverne il contributo in termini di efficacia complessiva del percorso implementato [1, 2]. Da questa connotata complessità scaturiscono le difficoltà incontrate da coloro che vogliono davvero rendere operativi i percorsi nella propria organizzazione e per coloro che cercano di valutarne scientificamente l'efficacia [3].

Recenti studi sperimentali, revisioni sistematiche e meta-analisi hanno, comunque, evidenziato un impatto positivo dei percorsi sulla qualità e sull'efficienza dell'assistenza erogata, nonché sul miglioramento della capacità di lavorare in *team* di chi implementa un percorso [4-6]. Tuttavia gli studi condotti evidenziano parimenti una certa difficoltà di mantenere nel tempo gli eventuali risultati ot-

tenuti, evidenziando come elementi di successo la capacità delle organizzazioni di coinvolgere gli operatori, l'attenzione al coordinamento del processo di cura e il continuo *follow-up* del percorso [7].

Una *survey* condotta in ventitre Paesi dall'*European Pathway Association* ha evidenziato come i percorsi siano strumenti multidisciplinari *evidence-based* prevalentemente utilizzati come strumento di comunicazione professionale per gestire e standardizzare l'assistenza in una logica *outcome-oriented*. Tuttavia i *team* di sviluppo dei percorsi non sempre sono davvero multidisciplinari (e solo alcune delle discipline/professionalità di riferimento vengono coinvolte); indicatori per misurare la qualità dell'assistenza non sono usati sistematicamente (in evidente contrapposizione alla logica *outcome-oriented*); non è sempre possibile documentare l'approccio EBM (spesso i percorsi non si basano sulle esistenti linee guida di riferimento); non esiste una univoca definizione e, di conseguenza, consolidata e condivisa metodologia di sviluppo dei percorsi; raramente il *top management* delle aziende sanitarie è parte attiva nella promozione/facilitazione dei percorsi [8]. Da qui il *gap* tra la teoria e la pratica.

Per migliorare o perlomeno sostenere la qualità e l'efficienza dei percorsi e "mantenere in vita" i percorsi già implementati, sono necessari sforzi ulteriori. Gioco-forza anche questo non potrà che essere un intervento complesso, in cui però qualche elemento appare chiaramente più importante di altri: rendere i percorsi più *evidence-based*, investire nel *teamworking*, sviluppare metodologie di supporto ai percorsi, vedere i pazienti come *partner* e rendere i percorsi più semplici.

LE AREE DI SVILUPPO

01. Percorsi più *evidence-based*

Il bisogno di garanzia di appropriatezza e di trasparenza del contenuto è la principale priorità sull'agenda di sviluppo dei per-

corsi. Ovviamente, l'utilizzo delle migliori (aggiornate e consistenti) evidenze disponibili costituisce la più logica risposta a questo bisogno e, di conseguenza, i percorsi dovranno sempre contenere le fonti bibliografiche di riferimento.

Siti *web* come www.guideline.gov sono un ottimo punto di partenza. Tuttavia, chi è familiare con la costruzione dei percorsi sa che spesso non è così facile tradurre raccomandazioni in azioni pratiche (evidenze più organizzazione). In effetti, le prove di efficacia migliori per chi deve costruire un percorso sono una forma di evidenza in qualche modo già elaborata in forma di processo e focalizzata sugli interventi chiave del percorso (in inglese *key interventions*), cioè quelle azioni in grado di modificare significativamente gli *outcome* del paziente nel tempo. Di recente il *National Health Service* inglese ha reso disponibile *Map of Medicine* ai professionisti sanitari. *Map of Medicine* (www.mapofmedicine.com) contiene i percorsi ideali, *evidence-based* delle principali condizioni patologiche nel *continuum* delle cure. Un'iniziativa analoga è stata sviluppata dal *British Medical Journal Group* che fornisce gli *Action Sets* (<http://group.bmj.com/products/evidence-centre>). Verosimilmente un approccio simile dovrà essere adottato anche nel nostro Paese.

02. Investire nel *teamworking*

«I percorsi fanno lavorare in *team*» è una delle frasi più usate (ed abusate...) di convegni e articoli che trattano di questo tema. Tuttavia, se si va a fondo della questione, non ci sono solidi elementi in grado di spiegare come i percorsi possano impattare positivamente sulle capacità di *teamworking* di un'organizzazione. Di recente David Bates ha pubblicato una lista di priorità per la ricerca sulla sicurezza dei pazienti. Focalizzandosi solo sui sistemi sanitari dei Paesi sviluppati, la principale area di ricerca è rappresentata dalla mancanza di coordinamento e di comunicazione che, in quella trattazione, sono considerati gli elementi base del buon funzionamento di un processo assistenziale. Le ricadute sullo sviluppo dei percorsi sono evidenti: poiché un efficace *teamworking* riduce il rischio di problemi di comunicazione, risulta essenziale, per chi si occupa di studiare i percorsi, capire le componenti attive degli stessi (al fine di renderle replicabili) in grado, al di là delle dichiarazioni di intenti, di rendere efficace il lavoro in *team* degli operatori che gestiscono un processo assistenziale. Evidentemente, questa azione di sviluppo presuppone un significativo ripensamento delle attuali logiche e linee organizzative dei servizi, dove nella migliore delle ipotesi sono operativi in termini funzionali effettivi *team* ospedalieri e *team* territoriali e dove l'integrazione tra i livelli assistenziali assomiglia ad un processo alchemico di sintesi della pietra filosofale o ad un percorso diretto verso l'isola che non c'è...

03. Metodologie di supporto ai percorsi

Sviluppare un percorso è sicuramente un compito complesso e sfidante; tuttavia tenere in vita un percorso è un esercizio ancora più difficile, probabilmente impossibile se i professionisti sanitari, i *manager* e, perché no, i pazienti, non ricevono un continuo *feedback* sui risultati ottenuti dalle cure, basati su dati *hard* con cui condividere i processi decisionali. In questo senso utilizzare le migliori evidenze, se poi non se ne verifica l'effettiva applicazione *day-by-day* con indicatori *evidence-based*, appare un gioco interessante ma poco significativo, così come misurare gli scostamenti (legittimi o no) dal percorso affidandosi a schede cartacee appare un compito più adatto ad essere esercitato in un convento medioevale o da un fachiro... In sintesi attivare oggi e nel futuro un percorso senza dotarlo di un'adeguata *Information and Communication Technology* (ICT) sembra un'azione destinata al fallimento, peraltro, senza alcun ragionevole motivo, tenendo conto dell'enormità di dati che sono "messi a sistema" dalle nostre organizzazioni. Il punto è che si tratterà di ri-pensare, in una logica *patient (e process) oriented*, gli attuali sistemi informativi, dando maggiore enfasi alla misurazione di quegli indicatori che, al di là degli abusati e mediamente inutili "cruscotti direzionali", rendano concreto e fatti-

bile il monitoraggio dei processi assistenziali, di cui il percorso costituisce il *framework* di appropriatezza clinica ed organizzativa.

04. I pazienti come *partner*

Il nuovo paradigma sarà che, se è vero che ogni paziente è unico, è tuttavia evidente che i percorsi sono delle "regole" utili da seguire e, comunque, professionisti ed utenti possono differire dal percorso ogni volta che è necessario. Pertanto, se i percorsi sono delle regole utili, devono necessariamente essere sviluppati in modo "robusto". Questo non significa solo che i percorsi debbano essere basati sulle ultime evidenze disponibili (ovviamente!) ma che debbano anche essere personalizzati, perché se l'evidenza alla base della cura è generale, l'organizzazione della cura è specifica per ogni individuo. La domanda chiave da porsi non è tanto «quali sono le migliori prove di efficacia?» quanto «il percorso si focalizza su quello che è davvero importante?». Sarà quindi necessario "proteggere" i percorsi dall'eccessivo rischio di standardizzazione, il che vorrà dire costruire davvero un'assistenza centrata sul paziente... È chiaro che questo non sarà possibile se i pazienti non diventano forti *partner* del processo di sviluppo dei percorsi. Infatti, se gli utenti sono una risorsa, vanno inclusi! In questo senso tutti noi medici, operatori sanitari, *manager*, ecc. dovremo cambiare il nostro approccio nei confronti di pazienti e familiari, affinché, per dirla con Don Berwick, i pazienti non si sentano ospiti del nostro sistema, ma noi professionisti ospiti delle loro vite.

05. Percorsi più semplici

Esemplificare i percorsi vuol dire, innanzitutto, valutarne realisticamente le possibilità di impatto sull'assistenza nel proprio contesto, e su questo basare l'impalcatura organizzativa che si va a costruire. In questo senso dovranno essere sviluppati percorsi più snelli, il che non vuol dire rinunciare alla complessità (reale) dell'assistenza. Al contrario i nuovi percorsi dovranno in primo luogo garantire quanto di buono già raggiunto dalle *best practice* locali (che, quindi, saranno le fondamenta del percorso) che poi verrà pian piano costruito mettendo a sistema dei mattoncini delle evidenze, incominciando dai punti chiave in grado di condizionare la qualità della prestazione lungo il *continuum* assistenziale. Ecco, quindi, che dovranno scaturire percorsi pragmatici, flessibili, sostenibili, in cui anche la scelta delle evidenze da implementare non potrà essere un adeguamento immediato ma sarà necessariamente collegata con il livello di evoluzione e maturazione dell'organizzazione e dei suoi professionisti e, ovviamente, dei sistemi informativi connessi. La già citata ICT risolverà quindi il problema? Ci consentirà di gestire in modo semplice i percorsi? Forse sì, ma solo quando sapremo porre le domande giuste... altrimenti le compagnie informatiche non risolveranno i nostri problemi e proseguiranno approcci locali, parcellari e continueranno a "vendere" banali piattaforme di contenuto e non di governo dei percorsi, più o meno avulse e/o disallineate dai sistemi informativi correnti di cui si nutre l'organizzazione. Che fare, quindi? Di nuovo è raccomandabile un approccio pragmatico, incominciando da una reale condivisione delle tecnologie per *e-pathway* che andranno integrate nei sistemi informativi correnti (come già ricordato, ovviamente da rivedere e ri-allineare in una logica di governo dei processi) con uno sviluppo *step-by-step* di strumenti ragionevoli.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

A distanza di più di dieci anni dagli inizi, è possibile affermare che i percorsi assistenziali, che rappresentano l'ossatura fondamentale del "governo clinico", tendono ad affermarsi in modo sempre più diffuso all'interno delle organizzazioni sanitarie, e ciò appare legato al fatto che essi rispondono in modo abbastanza soddisfacente alle esigenze delle organizzazioni e dei professionisti ed hanno al loro interno un'importante impalcatura metodologica che può verosimilmente proteggerli da fenomeni di "rigetto" da parte delle organizzazioni [9]. Tuttavia si sa molto poco circa la

reale qualità dei contenuti tecnici dei percorsi usati negli studi appena presentati e ancora meno riguardo le modalità di implementazione nelle diverse organizzazioni. Inoltre è facile dimenticare che la maggior parte degli studi che valutano l'impatto dei percorsi non sono *trial* randomizzati controllati. Pertanto, allo stato attuale non si può ancora concludere che l'utilizzo dei percorsi sia un processo costo-efficace, perché non sono mai stati analizzati i costi di sviluppo ed implementazione dei percorsi. Questo è un elemento di criticità grave per i percorsi che non si dimostrano efficaci nel migliorare l'assistenza. E poi, come dovrebbero reagire le organizzazioni quando i percorsi non funzionano? Queste considerazioni ed interrogativi, lungi dal frenarci, dovrebbero dare impulso al mondo dei percorsi, e un po' di sano e pragmatico scetticismo non dovrebbe costituire un alibi per bloccare la ricerca di chi prova a capire se i percorsi sono in grado di tradurre in realtà l'EBM, di ridurre la variabilità non necessaria (e non giustificabile) e di incrementare l'utilizzo di cure efficaci. Sicuramente, cercare di risolvere tutti i problemi insieme ben che vada rallenterà il nostro lavoro. In questo senso è strategico focalizzarsi su pezzi chiave del puzzle percorsi assistenziali, tenendo comunque presente che organizzare bene la cura dei pazienti è complesso e si rischia che ne manchi sempre un pezzo.

In conclusione quelle presentate sono alcune delle innumerevoli sfide che dovremmo affrontare per dare forza a questi percorsi, che nel bene e nel male (più nel bene, spero...) hanno caratterizzato gli ultimi dieci anni della Sanità italiana, rimandando i Lettori per approfondimenti alle esperienze pubblicate da colleghi di tutto il mondo sull'*International Journal of Care Pathways* (www.ijcp.rsmjournals.com) [10]. Tuttavia anche quando (se...) tutto il supporto tecnico sarà disponibile, ogni pubblicazione sarà disponibile al letto del paziente, ogni indicatore sarà costruito e valutato, tutta l'assistenza sarà centrata sui pazienti e i *team* multidisciplinari garantiranno la migliore cura al paziente giusto e al momento giusto, la qualità dei percorsi (e dell'assistenza scaturita!) dipenderà sempre e comunque da tutti noi operatori che al momento della verità, come suggerisce Berwick: «Se vogliamo davvero curare ... mettere

al centro il paziente, non è la rotta per l'approdo... è l'approdo!».

BIBLIOGRAFIA

01. Medical Research Council. A Framework for Development and Evaluation of RCTs for Complex Interventions to Improve Health. Medical Research Council, 2000
02. Campbell NC, Murray E, Darbyshire J et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ* 2007;334:455-9
03. Panella M, Brambilla R, Marchisio S, Di Stanislao F. Reducing stroke in-hospital mortality: organized care is a complex intervention. *Stroke* 2008;39:186
04. 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 randomised controlled trial. *Qual Saf Health Care* 2009;18:369-73
05. Barbieri A, Vanhaecht K, Van HP et al. Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis. *BMC Med*. 2009;7:32
06. Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J et al. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Mar 17;3:CD006632. Review.
07. Vanhaecht K, De Witte K, Panella M, Sermeus W. Do pathways lead to better organized care processes? *J Eval Clin Pract*. 2009;15:782-8
08. Vanhaecht K, Bollmann M, Bower K et al. Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries – an international survey by the European Pathway Association E-P-A.org. *J Integr Care Pathways*. 2006;10:28-34
09. Panella M, Vanhaecht K. Care pathways and organizational systems: the basis for a successful connection. *Int J Care Pathways* 2010;14:45-6
10. Vanhaecht K, Panella M, Van Zelm R, Sermeus W. Is there a future for pathways? Five pieces of the puzzle. *Int J Care Pathways* 2009;13:82-6

The impact of implementation of diagnostic and therapeutic clinical pathways in the health system: results, sustainability and developing perspectives

Recent experimental studies and systematic reviews (briefly described by the author) have showed a positive impact by clinical pathways on the quality and efficiency of delivered care as well as on the professional performance of operator involved in the pathway.

Developing areas taken into account in the paper are: implementation of evidence-based pathways, team-working projecting, sustaining the pathways with an adequate Information and Communication Technology (ICT), to personalize the pathways to each specific patient, to simplify the pathways and to evaluate its real chance to have an impact on delivered care.

Since ten years from beginning, it is possible to claim that clinical pathways have a trend to spread ever more within the health organizations: actually they satisfy the need of organizations and operators and have a solid methodological basis.

Keywords. Sustainability, clinical pathways, health system.