

CLINICAL PATHWAYS

di Alessandra Zampieron

Con l'introduzione della riforma sanitaria le aziende devono prevedere un sistema in grado di mantenere la qualità dell'assistenza, migliorando i livelli di efficienza ed efficacia con le risorse disponibili (vincolo economico del pareggio). Lo strumento è quello dell'accreditamento istituzionale, che impone alle aziende di raggiungere una serie di requisiti *organizzativi, tecnologici e strutturali* tali da assicurare ai cittadini la qualità dell'assistenza offerta. Specialmente i requisiti *organizzativi*, ovvero quelli che dovranno essere raggiunti per primi, possono avvantaggiarsi dell'utilizzo dei Clinical Pathways.

CHE COSA SONO E A CHE COSA SERVONO

In discipline come l'ingegneria e l'economia, da decenni sono in uso degli strumenti manageriali atti a monitorare il tempo dell'evoluzione di un dato progetto [1]. Nel mondo sanitario anglosassone, sin dal 1985 si è iniziato ad importare tali strumenti sviluppandoli ed adattandoli al contesto assistenziale [2]. Lo scopo principale è stato quello di costruire dei procedimenti in grado di prevedere e descrivere in anticipo le necessità e le richieste d'assistenza dei pazienti, nell'ambito di specifiche e varie tipologie di casi. Il passo successivo prevedeva il confronto tra stato reale e quello previsto dal procedimento e quindi l'adozione del nuovo percorso. Sono nati così i Clinical Pathways, strumenti atti a definire la programmazione ottimale degli interventi eseguiti da tutte le discipline, per ogni particolare procedura assistenziale, adattabili al singolo paziente, costruiti in maniera multidisciplinare e interdisciplinare (a differenza degli standard d'assistenza che possono anche non esserlo) [1]. Proprio perchè, riescono ad implementare la pianificazione gestionale e temporale di tutti gli interventi assistenziali, ai paths è riconosciuto il merito di riuscire a migliorare il coordinamento degli interventi. In pratica i paths servono ad organizzare ed a mettere in sequenza d'azione, in un dato periodo di tempo, tutti i professionisti sanitari (analisi tempo-compito), regolando la successione degli interventi (diagnostici, terapeutici, nutrizionali, educativi, di sicurezza, di pianificazione alla dimissione, di screening di pre-ospedalizzazione, di consulenza ecc).

Un altro servizio reso dai paths è il semplificare e migliorare la raccolta dati e quindi la loro successiva elaborazione.

Il fatto veramente innovativo dei Clinical Pathways, è che essi devono essere creati e sviluppati proprio dalle varie figure professionali che in seguito li utilizzeranno.

La successiva applicazione pratica del path, permetterà di ottenere l'affinamento del path stesso, ma anche una documentazione delle prestazioni assistenziali erogate con disponibilità di raccolta immediata per molteplici parametri epidemiologici, tra cui la varianza dai propri standard (per tempi, materiali, complicanze, risorse impiegate, costi, ecc), dati assai apprezzati, attualmente, da amministratori e ricercatori: oltre che per scopi meramente scientifici e di ricerca, tali dati possono servire per ridurre le

inefficienze, per il contenimento dei costi, per migliorare il rapporto costo/efficacia, per aumentare la predittività, la qualità dell'assistenza erogata, o per formare/educare il personale e perché no, anche gli utenti.

COSTRUIRE UN PATH

Una volta che l'amministrazione si è dimostrata favorevole all'uso dei paths, gli esperti in materia [3-5] consigliano per la costruzione dei primi paths:

- la scelta di diagnosi di maggior rilevanza (per l'alto costo/volume/rischio, ecc)
- la corrispondenza ad un DRG (per la disponibilità di dati finanziari)
- una buona disponibilità di letteratura scientifica (per ridurre, dissensi e disaccordi in fase di stesura).

Quindi, diviene cruciale la selezione del team che oltre a comprendere esperti di ogni disciplina rilevante per la diagnosi scelta, dovrebbe essere presieduto da un leader idealmente rispettato da tutti i componenti. Tutti i componenti il team dovrebbero essere favorevoli all'idea dell'uso dei paths ed avvezzi all'approccio multidisciplinare: ovvero essere capaci di lavorare in gruppo, apertamente ed empaticamente stabilendo e mantenendo un'atmosfera positiva. Sono considerate essenziali la conoscenza/esperienza d'epidemiologia, statistica, clinica e project management.

A questo punto può iniziare l'esame della letteratura scientifica basata sull'evidenza (Evidence Based Medicine, Evidence Based Nursing, ecc), dei propri standard, dei dati di benchmarking, al limite dei paths già esistenti (cercando ovviamente d'evitare la semplice riproduzione di quanto già fatto). Raggiunto un accordo sugli outcomes da raggiungere per la diagnosi prescelta (riduzione della degenza, dei costi, delle complicanze, delle recidive, della mortalità, aumento della qualità dell'assistenza erogata, della soddisfazione del paziente, degli operatori, riduzione del turn-over, etc), si scelgono gli interventi necessari e si cerca l'accordo interdisciplinare sulla sequenza temporale degli interventi.

La stesura del path deve essere la più semplice possibile e quindi facilmente trasferibile su un programma computerizzato. Il path può essere organizzato sottoforma di albero decisionale o di tabella, come riportato nell'esempio in figura 1 [1].

QUALI CRITICHE?

A prima vista l'introduzione dei Clinical Pathways può suscitare qualche perplessità [3]:

- sembrano strumenti troppo standardizzati rispetto alla variabilità delle necessità individuali
- non sembrano favorire l'uso del giudizio da parte del personale sanitario, tantochè possono essere considerati *cookbook medicine*

- sembrano rafforzare le imposizioni delle istituzioni sugli operatori, magari con il fine principale di far risparmiare danaro alle aziende

In realtà anche per i Clinical Pathways vale la regola dell'80/20, ovvero solo nel 20% dei casi si incorre in variazioni più o meno complesse dal path; la stessa varianza dal path porta ad una successiva analisi ed a correzioni che non possono esulare da riflessioni, modifiche e personalizzazioni del path: azioni non certo assimilabili alla *cookbook medicine*. Inoltre la correzione e l'aggiornamento dei paths da parte degli operatori è certamente un valido strumento per affermare l'indipendenza di quest'ultimi dall'istituzione da cui dipendono.

CONCLUSIONI

I Clinical Pathways sono strumenti essenziali del *Managed Care System*: *delineano il fabbisogno di assistenza previsto e i risultati da raggiungere nell'arco di tempo prestabilito* [1].

Essi non sostituiscono il giudizio clinico ed il decision making; rendono gli operatori sempre più in grado di rispondere in modo standardizzato alle variazioni così comuni nella pratica clinica; hanno l'indubbio vantaggio di fornire uno strumento valido per ridurre i rischi legali, sempre più insiti nella professione sanitaria. Sono inoltre, una pubblica dichiarazione degli standard assistenziali adottati e garantiti ai pazienti.

Le aziende dovranno pretenderne il rispetto da parte degli operatori e garantire sia la preparazione di coloro i quali sono preposti al loro uso che la disponibilità delle risorse necessarie alla loro applicazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Carpenitto LJ. Piani di assistenza infermieristica e documentazione. Diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi. Casa Editrice Ambrosiana.
2. Bower K. Managed care: Controlling costs, guaranteeing outcomes. In *Definition* 3 (Summer 1988): 1-3.
3. Zampieron A, Geatti S. I percorsi diagnostico-terapeutici (clinical path-ways) in nefrologia: ruolo dell'infermiere nella loro costruzione e loro utilizzo. Simposio Satellite del 41° Congresso della Società Italiana di Nefrologia 'Giornata di Studio EDTNA-ERCA', Taormina, 17 Giugno 2000.
4. Zampieron A. L'evoluzione del piano di assistenza: Case Management e Clinical Pathway. Corso di Scienze Infermieristiche, Scuola per Dirigenti e Docenti in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Padova, Facoltà di Medicina e Chirurgia.
5. Wieczorek P. Developing critical pathways for the operative room. *AORN Journal* 1995; 62(6): 925-9.

Figura 1. Bozza di un path per un paziente in IR: in alcune caselle è riportato genericamente e sommariamente l'iter da seguire.

| Linea del tempo | Giorno 1 | Giorno 1 | Giorno 1 | Giorno 1 | Giorno 2 | Giorno 3 | Giorno 3 | Etc.. |
|--|--|--|---|--|--|------------|------------|-------|
| Unità Operativa | DEA | Radiologia | Cardiologia | Emodialisi | Nefrologia | Emodialisi | Nefrologia | Etc.. |
| Tempo di permanenza (ore/min) | 24 | 1h 40' | 50'' | 5h | 24h | | | |
| Principali interventi | Triage, monitoraggio parametri vitali, richiesta primi esami ematochimici, urinari, strumentali, richiesta consulenze, etc | Valutazione radiologica strumentale | Valutazione cardiologia strumentale | Inserimento CVC e prima seduta dialitica | Degenza ordinaria | | | |
| Problemi | | | | | | | | |
| Tipo di IR | Diagnosi del tipo di IR (IRA o IRC, etc) | Esclusione IR ostruttiva... | Ricerca/ esclusione di problemi cardiologici (IM, pericardite...) | | Programma di biopsia renale... | | | |
| Potenziale EPA | Prima valutazione clinica con EO... | Ricerca/ esclusione strumentale con Rx torace, etc | | Sua risoluzione con emodialisi | | | | |
| Potenziali aritmie | | | | | | | | |
| Altre complicanze, dolore, etc | | | | | | | | |
| Potenziali effetti dell'immobilizzazione | | | | | | | | |
| Alterata assunzione di alimenti | | | | | | | | |
| Risposte al paziente e famigliari | Prime spiegazioni sulla patologia in atto e preparazione ai successivi accertamenti e manovre... | | | Dettagliata spiegazione e ricerca consenso delle manovre necessarie... | Spiegazione della patologia di cui soffre il pz e delle successive manovre diagnostiche /terapeutiche... | | | |
| Etc, etc... | | | | | | | | |
| Compiti del personale | | | | | | | | |
| Consulenze | Nefrologica... | | | | | | | |
| Accertamenti strumentali | Monitorizzazione ecg, valutazione diuresi, etc | Rx torace, eco addome... | Ecocardiogramma... | | | | | |
| Esami/campioni | Enzimi, emogas, elettroliti, urea, creatinina, glicemia, emocromo es | | | Controllo indici di ritenzione renale, elettroliti... | Esami di routine nefrologica | | | |

| | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|---|--|--|--|--|
| | urine... | | | | | | | |
| Trattamenti | Inserimento catetere vescicale... | | | | | | | |
| Terapia farmacologica | Primo trattamento farmacologico (diuretici, antiipertensivi, nitrati, etc) | | | | | | | |
| Nutrizione | | | | | | | | |
| Insegnamenti | | | | | | | | |
| Preparazione trasferimento | | | | Avvertire e preparare paziente e persone significative al trasferimento in reparto... | | | | |
| Preparazione dimissione | | | | | | | | |
| Etc, etc... | | | | | | | | |
| Diagnosi Aggiuntive | | | | | | | | |
| Mediche | | | | | | | | |
| Infermieristiche | | | | | | | | |
| Altre, etc.. | | | | | | | | |

IR = insufficienza renale
EPA = edema polmonare acuto