



IL PUNTO DI VISTA DI TN&D

a cura di Alessandra Zampieron* e Marco Lombardi

Clinical pathways

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 di innovativi strumenti assistenziali, i *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 era quello di prevedere e descrivere in anticipo le necessità e le richieste assistenziali dei pazienti, nell'ambito di specifiche e varie tipologie di casi. Il passo successivo prevedeva il confronto tra stato reale e quello previsto dallo strumento, con l'adozione definitiva 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 (1). Proprio perché riescono a 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 ordinare le prestazioni, eseguite in un dato periodo di tempo, di 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'altra funzione dei *paths* è il semplificare e migliorare la raccolta dati e quindi la loro successiva elaborazione.

L'aspetto 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. Fra le figure fondamentali devono essere inclusi: medici (appartenenti a varie specialità coinvolte), infermieri, fisioterapisti, dietiste, logopediste, assistenti sociali, psicologi...

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 ecc.), 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 sotto forma di albero decisionale o di tabella, come riportato nell'esempio in Tabella I (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, tantoché 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, i clinical pathways sono facilmente spendibili nella pratica clinica, con poche variazioni fra i singoli pazienti, se ben costruiti. Proprio rispetto ad esse, 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 principali situazioni che gli operatori si trovano a gestire nella pratica clinica. Presentano 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.

* Alessandra Zampieron è Dirigente e Docente in Scienze Infermieristiche (DDSI) e professore a contratto al DUI e f.PaC. alla Scuola di DDSI presso l'Università degli Studi di Padova. Lavora presso l'Azienda Ospedaliera di Padova.
e-mail: zampieron@eudoramail.com

TABELLA I - BOZZA DI UN PATH PER UN PAZIENTE IN IR: IN ALCUNE CELLE È RIPORTATO GENERICAMENTE E SOMMARIAMENTE L'ITER DA SEGUIRE

Percorso temporale	Giorno 1	Giorno 1	Giorno 1	Giorno 1	Giorno 2	Giorno 3	Giorno 3	Ecc..
Unità Operativa	DEA	Radiologia	Cardiologia	Emodialisi	Nefrologia	Emodialisi	Nefrologia	Ecc..
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 ecc.	Valutazione radiologica strumentale	Valutazione cardiologica strumentale	Inserimento CVC e prima seduta dialitica	Degenza ordinaria			
Problemi Collaborativi-Complicanze Potenziali / Diagnosi Infermieristiche								
Problema Collaborativo: IR (definire tipo)	Diagnosi del tipo di IR (IRA o IRC, ecc.)	Esclusione IR ostruttiva...	Ricerca/ esclusione di problemi cardiologici (IM, pericardite...)		Programma di biopsia renale...			
Complicanza Potenziale: EPA	Prima valutazione clinica con EO...	Ricerca/ esclusione strumentale con Rx torace ecc.		Sua risoluzione con emodialisi				
Complicanza Potenziale: Aritmie								
Altre Complicanze Potenziali: es. Dolore ecc.								
Rischio di Compromissione della Mobilità								
Nutrizione Alterata								
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 paziente e delle successive manovre diagnostiche / terapeutiche...			
Ecc. ecc...								
Interventi predefiniti								
Consulenze	Nefrologica...							
Accertamenti strumentali	Monitorizzazione ecg, valutazione diuresi, ecc.	Rx torace, eco addome...	Ecocardiogramma...					
Esami/campione	Enzimi, emogas, elettroliti, urea, creatinina, glicemia, emocromo, es urine...			Controllo indici di ritenzione renale, elettroliti...	Esami di routine nefrologica			
Trattamenti	Inserimento catetere vescicale...							

segue TABELLA I

Terapia farmacologica	Primo trattamento farmacologico (diuretici, antiipertensivi, nitrati ecc.)	
Nutrizione		
Educazione		
Preparazione trasferimento		Avvertire e preparare paziente e persone significative al trasferimento in reparto...
Pianificazione della dimissione		
Ecc. ecc...		
Diagnosi Aggiuntive		
Mediche		
Collaborative		
Infermieristiche		
Altre, etc..		
IR = insufficienza renale EPA = edema polmonare acuto		

BIBLIOGRAFIA

1. Carpenito Lj. Piani di assistenza infermieristica e documentazione. Diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi. Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 2000.
2. Bower K. Managed care: Controlling costs, guaranteeing outcomes. Definition, 1988; 3: 1-3.
3. Zampieron A, Geatti S. I percorsi diagnostico-terapeutici (Clinical Pathways) 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.

