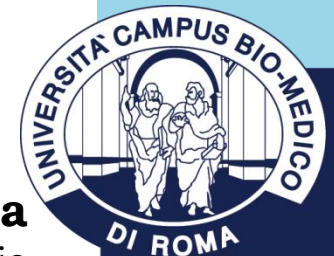




Dati e Indicatori hospitalwide, di dipartimento e individuali
29 Marzo 2019 – *Policlinico Universitario Campus Bio-Medico (Roma)*

PDTA e indicatori: come misurare la reale implementazione dei percorsi assistenziali

L.Sommella
Direttore Sanitario
Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma



**POLICLINICO
UNIVERSITARIO**

POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIO-MEDICO

Via Álvaro del Portillo, 200 - 00128 Roma - Italia

www.policlinicocampusbiomedico.it

PDTA

«una sequenza predefinita, articolata e coordinata, di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti, oltre il paziente stesso, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate»



(Ricerca FIASO, 2014)

Fasi della costruzione di un PDTA

Definizione Priorità



Costituzione G.L.A.M (o DMT, o TMD)



Mappatura del Percorso



Ricerca, valutazione e sintesi LG

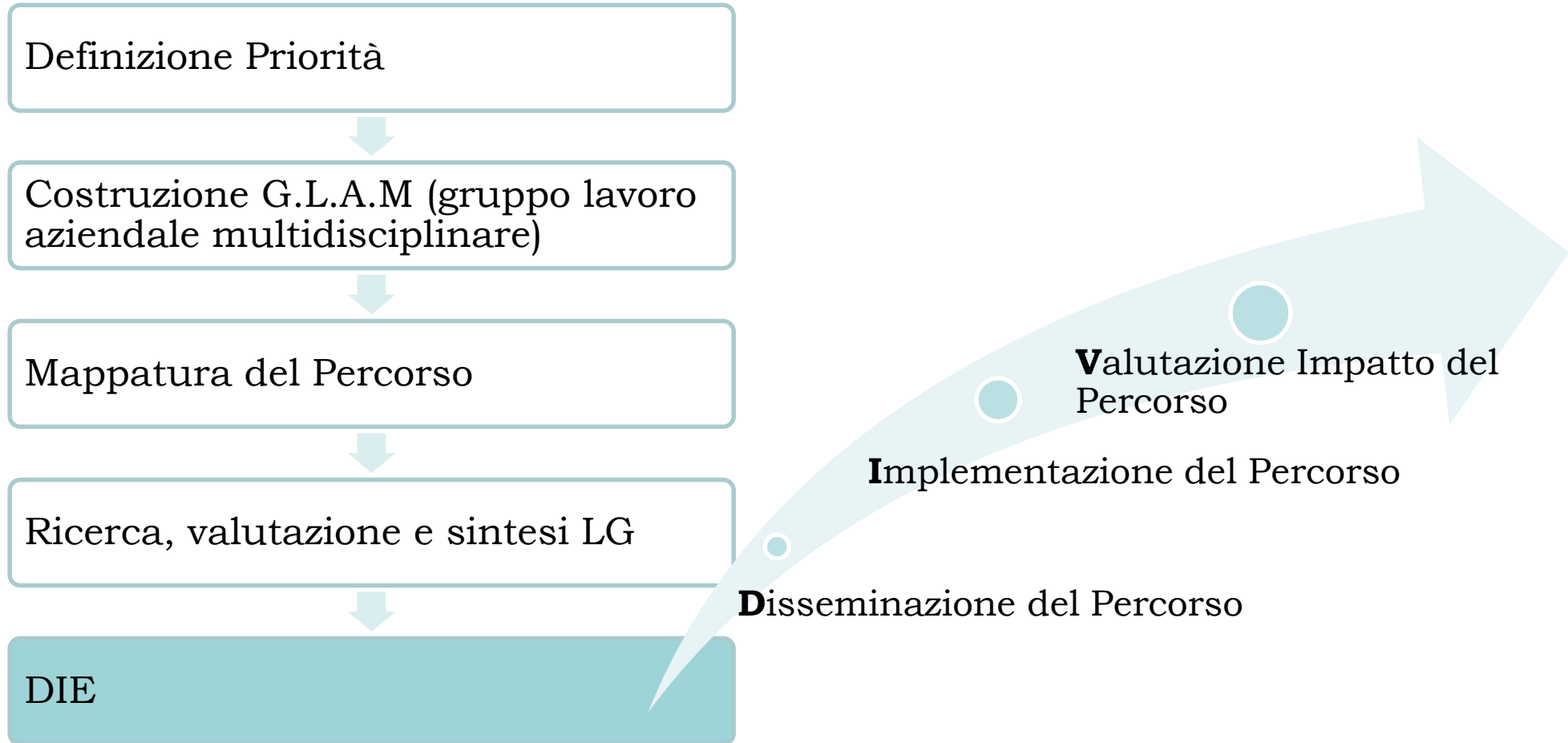


DIE



Fonte Gimbe

Fasi della costruzione di un PDTA



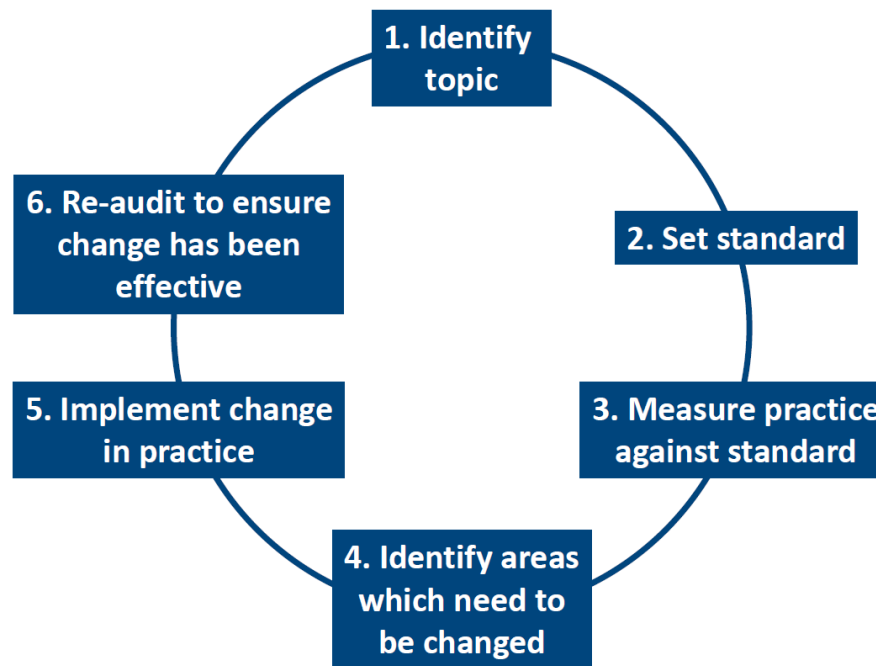
Fonte Gimbe

D - Disseminating

I - Implementing

E - Evaluating: Valutare l'impatto del percorso assistenziale

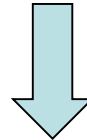
- Definire un set di indicatori di processo e di esito robusti e misurabili
- Pianificare e condurre l'audit clinico



Cosa raccomanda JCI*?

Standard ACC.3

The leaders of the departments and services work together to design and to implement the processes of care coordination and continuity. These processes may be supported with the use of tools such as guidelines, clinical pathways, care plans, referral forms, checklists, and the like. The hospital identifies individuals responsible for coordinating services. These individuals may coordinate all patient care (for example, between departments) or may be responsible for coordinating the care of individual patients (for example, case manager). This care coordination is best accomplished by using established criteria or policies that determine the appropriateness of transfers within the hospital. (*Also see* IP SG.2.2; ACC.2.3; ACC.2.3.1; COP.8.3; COP.9.3, ME 2; ASC.7.2; and MOI.1)



Continuity of Care

ACC.3 The hospital designs and carries out processes to provide continuity of patient care services in the hospital and coordination among health care practitioners. (P)

ACC.3.1 During all phases of inpatient care, there is a qualified individual identified as responsible for the patient's care. (P)

ACC.3.2 Information related to the patient's care is transferred with the patient.

*Manuale JCI: V edizione

Cosa raccomanda JCI*?

Standard COP.1

Care Delivery for All Patients

COP.1 Uniform care of all patients is provided and follows applicable laws and regulations. (P)

COP.2 There is a process to integrate and to coordinate the care provided to each patient.

COP.2.1 An individualized plan of care is developed and documented for each patient.

COP.2.2 The hospital develops and implements a uniform process for prescribing patient orders. (P)

COP.2.3 Clinical and diagnostic procedures and treatments are carried out and documented as ordered, and the results or outcomes, are recorded in the patient's medical record.

*Manuale JCI: V edizione



PDTA PCBM	Direzione coinvolta	Planning Work	Presentati
PDTA sarcomi	DS - DC	Novembre 2018	ok
PDTA polmone (revisione)	DS - DAPS	Gennaio 2019	ok
PDTA tumori cutanei	DS - DAPS	Marzo 2019	ok
PDTA mammella (revisione)	DS - DAPS	Febbraio 2019	
PDTA tumori coloretali	DS - DC- DAPS	Marzo 2019	
PDTA prostata (revisione)	DS - DAPS	Aprile 2019	
PDTA anemia (revisione)	DS - DC -DAPS	Maggio 2019	
PDTA sindrome respiratoria	DS - DAPS	Giugno 2019	
PDTA bypass aortocoronarico	DS - DAPS	Luglio 2019	

DS: Direzione Sanitaria

DC: Direzione Clinica

DAPS: Direzione Assistenziale del Professioni Sanitarie



PDTA Polmone

	Informazione	Misura	Indicatore	Standard
1	Aderenza dei pazienti al PA	% drop out*	(N pazienti drop out* / N pazienti in carico**) x100	<10%
2	Inefficienza del continuum assistenziale	% di riammissione entro 30 gg dall'intervento	(N ricoveri a 30 giorni dei pazienti operati/ N° pazienti operati) x100	< 5%
3	Capacità del percorso di rispondere tempestivamente al bisogno assistenziale	Tempo di attesa per la fase diagnostica	(N pz con tempo di attesa per la fase diagnostica § ≤30gg / totale dei pazienti°) x100	>90%
4	Capacità del percorso di rispondere tempestivamente al bisogno assistenziale	Tempo di attesa per la fase terapeutica	(N pz con tempo di attesa per la fase terapeutica# di 31-90gg / totale dei pazienti°) x100	>90%
5	Capacità del PA di rispondere tempestivamente al bisogno assistenziale	Tempo massimo di attesa per l'esecuzione di una TC torace/total body	N pazienti che effettuano TC torace/total body entro 7 gg. dalla richiesta / N pazienti sottoposti a TC torace/total body	>95%
6	Capacità del percorso di rispondere tempestivamente al bisogno assistenziale	Tempo massimo di attesa per l'esecuzione di una PET/TC presso altra struttura	N pazienti che effettuano PET/TC presso altra struttura entro 10 gg. dalla richiesta / N pazienti sottoposti a PET/TC	90%
7	Capacità del PA di rispondere tempestivamente al bisogno assistenziale	% di referti istologici emessi entro 15 giorni dall'intervento chirurgico	(N referti istologici emessi entro 15 giorni dall'intervento chirurgico / N tot referti istologici) x 100	>95%
* I pazienti vengono definiti "drop-out" per convenzione se restano silenti per più di 6 mesi, cioè non si presentano ai previsti controlli di follow-up (ad esclusione di pazienti deceduti o che hanno cambiato residenza)				
** I pazienti in carico sono i pazienti a cui è stato consegnato un piano di trattamento. Si distinguono in 3 categorie: pazienti che effettuano nuovo accesso in ambulatorio con ritorno al primo follow-up; pazienti già noti in ambulatorio; pazienti dopo primo ricovero al Campus.				
§ Tempo di attesa per la fase diagnostica: differenza tra data di erogazione della prestazione tracciante di fine della fase diagnostica e data di erogazione della prestazione tracciante di avvio della fase diagnostica				
° Totale dei pazienti: pazienti individuati secondo le Linee Guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi del Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012				
#Tempo di attesa per la fase terapeutica: differenza tra data di ammissione al ricovero e data di prenotazione del ricovero				

PDTA Tumori Cutanei

Indicatore	Fonte Dati	Responsabile	Standard
Numero di pz con NMSC riferiti al GIC	Database	Coordinatore GIC	≥ 90%
Percentuale di NMSC incompletamente escissi sottoposti entro 60 gg ad ampliamento	Database	Referente Anatomia patologica	≥ 90%
Numero di pz con MSC riferiti al GIC	Database	Coordinatore GIC	≥ 90%
Percentuale di MSC a rischio sottoposti entro 45 gg a SLND	Database	Coordinatore GIC	≥ 90%
Numero di pz affetti da NMSC riferiti al GIC che non hanno seguito il PDTA	Database	Coordinatore GIC	≤ 10%
Numero di pz affetti da MSC riferiti al GIC che non hanno seguito il PDTA	Database	Coordinatore GIC	≤ 10%
Percentuale di pz affetti da recidive o progressioni di malattie riferiti al GIC	Database	Coordinatore GIC	≥ 90%

MSC: Tumore cutaneo melanocitario

NMSC: Tumore cutaneo non melanocitario

GIC: Gruppo Interdisciplinare Cure

«Take home message»

- ✓ Privilegiare l'implementazione di PDTA per patologie ad elevato impatto assistenziale (per frequenza, per gravità), con forte multidisciplinarietà, che propongono scelte diagnostico-terapeutiche controverse o disomogenee
- ✓ Individuare chiaramente ruoli e responsabilità nella redazione del PDTA e nella gestione del Team
- ✓ Porre massima attenzione alla tempistica
- ✓ Dotarsi delle figure professionali necessarie (case manager, data manager)
- ✓ Monitorare gli indicatori, privilegiando quelli informatizzati (nella Ricerca FIASO, solo il 16% dei PDTA si avvale di supporti informatici)

Armarsi di molta tenacia e di molta pazienza

