

I percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali: luci ed ombre

Giuseppe Chesi, Sergio Maccari, Erio Scalabrini, Fabrizio Boni, Paolo Montanari

Dipartimento Internistico di Area Sud Montana, Ausl di Reggio Emilia

Riassunto. Nell'epoca della medicina basata sull'evidenza, della cronicità e del crescente spostamento di risorse dall'assistenza ospedaliera a quella territoriale, i percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali (Pdta) vengono proposti e sollecitati come i migliori strumenti per governare i processi assistenziali in ambito sanitario e socioassistenziale, passando quindi da modelli di medicina basati su approcci individualistici (medicina di base, certa parte della specialistica, etc) a modelli integrati, multidisciplinari e multiprofessionali. Ma è realmente una trasformazione vincente? O piuttosto, per la gestione di una sempre maggiore complessità, occorrerà trovare un nuovo equilibrio tra processi assistenziali e relazione di fiducia tra operatori sanitari e singoli fruitori del servizio sanitario pubblico? Gli autori cercano di rivisitare in maniera critica e partendo da cenni storici il cammino che ha portato l'ambito sanitario a tendere verso una sempre maggiore diffusione di questi modelli assistenziali, cercando di evidenziarne pregi e difetti. La relazione di fiducia medico-paziente o operatore-paziente rischia inoltre di essere snaturata all'interno di un Pdta, perdendo la componente 'empatica' che rimane, a giudizio degli autori, ancora fondamentale al fine di un pieno successo terapeutico.

Parole chiave. Organizzazione sanitaria, percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali, relazione di cura.

Summary. In the era of evidence-based medicine, disease chronicity and increasing shift of resources from the hospital care towards the territorial one, assisted diagnostic and therapeutic pathways (Pdta in Italian) are proposed and fostered as the best tools to manage care processes in the healthcare and social welfare fields, with a consequent change from medicine patterns based on individualistic approaches (general medicine, a certain amount of specialist medicine, etc) towards integrated, multidisciplinary and multi-professional patterns. But is this really a winning change? Or rather, for the management of an ever-increasing complexity, will it be necessary to find a new balance between care processes and trust relationship between healthcare professionals and individuals? Starting from historical information and in a critical way, authors are trying to review the pathway that led the healthcare system to move towards an ever-increasing use of such care patterns with the aim of highlighting their strengths and weaknesses. Moreover, the trust relationship between doctor and patient, or healthcare professional and patient, risks to be altered within a Pdta and to lose the "empathic" element which, in the authors' view, is still fundamental for the complete success of the therapy.

Key words. Assisted diagnostic and therapeutic pathways, care relationship, healthcare organization.

Introduzione

L'evoluzione della medicina e dei sistemi sanitari nei paesi più avanzati, quale il nostro, con l'introduzione di tecnologie e di trattamenti sempre più complessi e sofisticati, specie oggi nell'epoca di internet e della globalizzazione, ha fatto sì che da parte dei cittadini utenti vi sia una sempre maggiore attenzione alle risposte fornite ai loro bisogni di salute. Ed è cresciuta anche la disponibilità a spostarsi verso quei centri dove si ritiene possano essere erogate le prestazioni di più alto livello qualitativo. Insieme alla richiesta di prestazioni di elevata qualità e al miglioramento del tenore di vita della popolazione, vi è stato un aumento della speranza di vita, della età media della popolazione e, quale conseguenza, un incremento

della popolazione anziana e di patologie croniche, spesso associate tra loro, con evidenti difficoltà nella loro gestione globale e territoriale (Cricelli et al, 2003; Nardi et al, 2007). Si è così assistito, a partire dalla fine degli anni Ottanta ad oggi, ad una serie di cambiamenti in ambito organizzativo e gestionale all'interno del sistema sanitario nell'intento di fornire servizi al passo con i cambiamenti sociali e con i progressi scientifico-tecnologici. Tali cambiamenti sono stati in parte realizzati sulla spinta della comunità scientifica e in parte realizzati per la necessità di definire assetti organizzativi compatibili con il sistema e con le risorse che potevano essere ad esso dedicate.

Inizialmente, dagli ospedali generalisti previsti e normati dalla legge Mariotti del 1968, a partire dalla fine degli anni Ottanta-inizio anni Novanta vi è stata

una forte spinta verso la frammentazione dei reparti generalisti a favore di diverse unità specialistiche. Questo ha determinato lo scorporo dei vecchi reparti di medicina generale in diverse 'divisioni' (così si chiamavano allora) specialistiche, alcune delle quali dotate anche di aree intensive, quali ad esempio l'unità coronarica, che per un certo periodo si sono rivelate strategiche per l'ottenimento di risultati ottimali nella cura di patologie gravate da elevatissime mortalità, come l'infarto del miocardio.

Più recentemente questa spinta alla frammentazione specialistica si è parzialmente fermata a motivo della complessità dei nuovi pazienti che afferiscono alle strutture ospedaliere, anziani, affetti da patologie croniche e da polipatologie. Questi pazienti evidentemente necessiterebbero di un approccio più olistico che difficilmente un reparto prettamente specialistico può erogare. Da qui la sperimentazione e la realizzazione di nuovi modelli organizzativi, quali ospedali o aree di ospedali organizzati per intensità di cure, incentrati più sulla presa in carico globale del paziente che su di una determinata problematica specialistica (Chesi et al, 2012a).

Inoltre la prevalenza delle problematiche connesse alla cronicità ha fatto sì che sempre più si rendesse necessario un collegamento tra ospedale e territorio onde assicurare una continuità di cure in "va e vieni" specie per i pazienti anziani cronici (Coleman et al, 2009; Wysocki et al, 2015).

Gestire questi aspetti risulta decisamente complesso e vede la necessità della partecipazione attiva di diversi attori, medici e infermieri, operatori del sociale e del volontariato (Tappenden et al, 2012), con interventi che devono essere incentrati sul paziente e opportunamente coordinati tra loro onde ottenere i migliori risultati (Basu et al, 2016). Nell'epoca della globalizzazione, con universale accesso ai dati della letteratura, ampia disponibilità di evidenze scientifiche, filoni di pensiero ispirati all'*evidence-based medicine* (Ebm) e all'*evidence-based nursing* (Ebn), e diffusione di linee guida emanate sia da organismi regolatori della sanità che da società scientifiche, è evidente come qualsiasi percorso assistenziale debba recepirne i fondamenti e tradurli nella sua propria realtà (Campbell et al, 1998; De Bleser et al, 2006; Vanhaecht et al, 2006).

Questo è sommariamente il percorso che ha portato numerose aziende sanitarie e numerose realtà sanitarie italiane, similmente a quanto accaduto in altri paesi occidentali e negli Stati Uniti, a definire come percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali (Pdta) quegli strumenti costruiti ad hoc per la gestione intraospedaliera, territoriale e coordinata tra ospedale e territorio delle principali patologie e dei principali stati di disagio afferenti alle strutture sanitarie e socioassistenziali (Tozzi et al, 2014).

Cenni storici

Definiti nella letteratura in lingua inglese *clinical pathways* oppure *care pathways* o in alternativa *integrated care pathways*, furono introdotti verso la fine degli anni Ottanta negli Stati Uniti in concomitanza con l'adozione del nuovo sistema di finanziamento basato sui Drg (*diagnosis related groups*) (Bower, 1998 e 2009). La finalità iniziale era quella dell'efficienza, ossia quella di ridurre la lunghezza delle degenze ospedaliere tagliando così costi non necessari e mantenendo nel contempo (o addirittura migliorando) la qualità delle cure. Nei primi anni Novanta i Pdta cominciarono ad essere adottati nel Regno Unito (e successivamente in molti altri paesi) con l'intento di espandere l'uso delle linee guida nella pratica quotidiana (dunque non più con finalità di efficienza ma in ambito di *clinical governance*).

In anni recenti si è sviluppato un dibattito più approfondito intorno a che cosa sia un Pdta e di conseguenza su quale ne sia la definizione più accurata.

Da parte di Kinsman et al (2010), con l'intento di giungere ad una definizione univoca di Pdta, si è fatto riferimento a tre storiche pubblicazioni scientifiche valorizzate come 'sentinella' o 'seminal' (ossia fondamentali); Kinsman e colleghi hanno raccolto e tesoro le caratteristiche peculiari dei Pdta secondo questi tre precedenti autori nel seguente modo.

- Nel lavoro di Campbell et al (1998) il Pdta presenterebbe queste connotazioni:
 1. è un piano di cura strutturato e multidisciplinare,
 2. dettaglia le tappe essenziali nella cura di pazienti con uno specifico problema clinico,
 3. facilita la traduzione di linee guida nazionali in protocolli locali,
 4. aiuta la comunicazione coi pazienti fornendo un sommario di cura scritto chiaramente.
- Nel lavoro di De Bleser et al (2006) sarebbero tratteggiate queste caratteristiche:
 1. guida la gestione clinico-assistenziale (*to care*) per un ben definito gruppo di pazienti e per un ben definito periodo di tempo,
 2. stabilisce obiettivi ed elementi-chiave di cura ed assistenza sulla base di evidenza e buona pratica,
 3. sequenzia (mette in ordine di successione) le azioni di un team multidisciplinare,
 4. consente documentazione, monitoraggio e valutazione delle non-conformità.
- Da Vanhaecht et al (2006) le peculiarità di un Pdta vengono così definite:
 1. facilita la gestione delle non-conformità,
 2. fornisce supporto nell'ambito di un trattamento multidisciplinare,

3. aiuta una pratica clinica che si basi sulle evidenze scientifiche (*evidence-based clinical practice*).

Sulla base di quanto riportato dai precedenti autori, Kinsman et al (2010) hanno cercato di sintetizzare i criteri validi ad identificare un Pdta. Il primo di tali criteri, considerato indispensabile e propedeutico anche agli altri, è il seguente: si può parlare di Pdta solamente se ci si trova di fronte ad un intervento con caratteristiche di “piano di cura clinico-assistenziale (*to care*) strutturato e multidisciplinare”. Dei successivi quattro criteri, di seguito sottoelencati, almeno tre devono essere compresenti:

1. l'intervento in oggetto ha l'intento di incanalare la traslazione di linee guida o comunque di evidenze scientifiche entro realtà sanitarie strutturate locali,
2. l'intervento in oggetto dettaglia i passaggi di un percorso di trattamento o cura, inserendoli in un piano o algoritmo o protocollo ossia – in definitiva – in un ‘inventario’ di azioni,
3. l'intervento in oggetto ha una strutturazione temporale ovvero la progressione consistente nei passaggi successivi avviene se e quando criteri predeterminati si realizzano,
4. l'intervento in oggetto ha la finalità di standardizzare l'approccio a uno specifico problema clinico o a un evento sanitario, e ciò nell'ambito di una specifica popolazione.

Ancora più recentemente Lawal et al (2016), del medesimo gruppo di lavoro, hanno cercato di effettuare una ulteriore semplificazione dei criteri atti a definire un Pdta. Hanno infatti rivisitato i precedenti criteri e li hanno ripresentati in forma di quesiti in numero di quattro (tabella 1), sottolineando la necessità che tutti e quattro vengano rispettati affinché un Pdta possa essere definito tale.

Tabella 1 - Domande alle quali un Pdta deve rispondere in maniera affermativa

1. È un piano di presa in carico clinico-assistenziale strutturato e multidisciplinare?
2. Viene utilizzato per incanalare la traslazione delle linee guida e dell'evidenza scientifica entro le strutture sanitarie di una realtà locale?
3. L'intervento comprende una tempistica o comunque una progressione basata su precisi criteri? In altri termini, dettaglia gli step nel decorso di un trattamento clinico-assistenziale andando a costituire un algoritmo o ‘inventario’ delle azioni?
4. Intende standardizzare il trattamento per uno specifico problema clinico e in una specifica popolazione?

Modificata da Lawal et al, 2016.

Potremmo quindi concludere che il termine Pdta (tabella 2) racchiude di fatto in sé la definizione. Così come chiaramente si evince dalla letteratura riportata, si tratta infatti di uno strumento atto a definire un percorso nell'ambito del quale una serie di attori predefiniti, chiamati a concorrere anche alla sua stesura (medici, infermieri, terapisti, operatori del sociale, operatori del volontariato, eccetera), definiscono ruoli, responsabilità, step diagnostici, step terapeutici e lo sviluppo del miglior regime assistenziale possibile per quel tipo di patologia o per quel tipo di condizione, secondo un principio di proporzionalità, efficacia ed efficienza. La costruzione di un Pdta è quindi un processo complesso e articolato, che deve essere condiviso tra i professionisti coinvolti e con i tecnici dell'organizzazione. La sua costruzione prevede la conoscenza delle principali linee guida ed evidenze scientifiche presenti sull'argomento e la conoscenza del contesto organizzativo, epidemiologico e sociale nel cui ambito il Pdta deve essere calato.

Il primo termine ‘percorso’ definisce bene il principio di presa in carico di un determinato paziente che dovrà essere accompagnato per tutto il decorso della sua malattia indipendentemente dalla locazio-

Tabella 2 - Elementi essenziali di un Pdta

- Definizione dell'ambito di patologia
- Definizione degli ospedali, delle unità operative, delle reti specialistiche coinvolte
- Definizione delle professionalità e degli operatori a vario titolo coinvolti
- Costruzione condivisa del Percorso da parte di un gruppo di lavoro ad hoc
 - Definizione dell'algoritmo diagnostico
 - Definizione dell'algoritmo terapeutico
 - Definizione degli snodi assistenziali
 - Definizione delle responsabilità
 - Definizione dei *case giver* o *case manager*
 - Definizione degli indicatori
 - > di processo
 - > di esito
- Condivisione della Bozza del Percorso con tutti gli operatori coinvolti sul campo
 - Diffusione della bozza
 - Incontri ad hoc di informazione e condivisione
- Momenti di formazione degli operatori coinvolti
- Sperimentazione sul campo in alcuni settori
- Eventuale rivisitazione e aggiustamenti dopo la prima sperimentazione
- Diffusione capillare in tutti gli ambiti nei quali il percorso dovrebbe essere applicato dopo un primo periodo predefinito di raccolta dei dati e verifica del raggiungimento dei livelli auspicati negli indicatori identificati
- Diffusione e discussione dei dati raccolti e dei risultati ottenuti in incontri ad hoc con tutti gli operatori
- Revisioni periodiche a scadenze programmate, per eventuali implementazioni o modifiche

ne nella quale esso si trovi. Un percorso di questo tipo infatti potrà essere:

1. esclusivamente ospedaliero, anche se non necessariamente erogato in regime di ricovero, potendosi prevedere anche altre forme di presa in carico ospedaliera quali ad esempio il day-hospital o il day service;
2. integrato ospedale-territorio, specie per le patologie croniche, o infine anche:
3. soltanto territoriale, quali ad esempio potrebbero essere i percorsi per le malattie neurologiche croniche ad impronta degenerativa sia a lento decorso come ad esempio il morbo di Parkinson o a decorso più accelerato come ad esempio la sclerosi laterale amiotrofica.

Il successivo termine ‘diagnostico’ definisce il secondo obiettivo che si propone il percorso. Quello cioè di tratteggiare un iter di tipo diagnostico che tenga conto sia delle linee guida che della realtà locale declinata in maniera appropriata e proporzionale. Focalizzato secondo algoritmi predefiniti che privilegino, negli step iniziali, gli esami di più semplice esecuzione, più accetti e meno invasivi per i pazienti e possibilmente di minor costo, in una logica di efficacia ed efficienza.

Con il terzo termine ‘terapeutico’ viene enfatizzato l’algoritmo dei trattamenti che, in relazione alla diagnosi posta, deve essere applicato al singolo paziente in base alle sue caratteristiche sempre in una logica di conformità alle principali linee guida esistenti, alla medicina basata sull’evidenza e al miglior rapporto costo-beneficio sia per il singolo paziente che per il sistema sanitario.

Infine nell’ultimo termine ‘assistenziale’ è racchiusa quella che potremmo definire la sintesi dei vari interventi. La presa in carico globale del paziente che entra nel percorso e che richiede un corretto approccio di tipo diagnostico, un intervento terapeutico adottato di conseguenza, ma soprattutto una presa in carico assistenziale in relazione principalmente alle fragilità sue e del suo entourage familiare e sociale. La costruzione di tutti questi passaggi e la loro applicazione, sulla carta apparentemente semplice e lineare, è tuttavia resa più difficoltosa e complicata dalla numerosità degli attori che in talune situazioni si trovano ad essere coinvolti. Infatti molti di questi percorsi coinvolgono figure professionali non soltanto diverse dal punto di vista della professionalità e delle mansioni (dirigenti medici, infermieri professionali, terapisti della riabilitazione, operatori socioassistenziali, assistenti sociali, etc), ma anche appartenenti a unità operative diverse e afferenti quindi a diverse responsabilità, a ospedali differenti e, persino, a entità molto diverse quali la realtà ospedaliera e la realtà territoriale e delle cure primarie. Tut-

to questo presuppone una meticolosa attenzione alla costruzione del percorso, il coinvolgimento fin dalle sue prime fasi di tutti gli operatori che potrebbero esserne coinvolti, ma anche la precisa identificazione di responsabilità e *caregiver* in grado di assicurare gli adeguati livelli di interfacciamento e comunicazione tra i vari professionisti coinvolti e con il paziente e il suo entourage familiare.

Dati e risultati

Il gruppo di Rotter et al (2010, 2012a e 2012c) ha condotto una corposa revisione Cochrane su 260 studi giunti a pubblicazione relativi a Pdta autonomi posti a confronto con modalità di cura usuali (*usual care*) oppure relativi a Pdta non autonomi, ma facenti parte di un intervento multidimensionale (*multifaceted*) posti anch’essi a confronto con modalità di cura usuali, selezionando alla fine 27 studi riferiti a un totale di 11.398 pazienti. Il sottogruppo in cui il confronto era fra Pdta autonomi e modalità di cura usuali era costituito da 20 studi.

La revisione Cochrane condotta su tale sottogruppo più omogeneo ha portato alle seguenti conclusioni a vantaggio dei Pdta:

1. riduzione delle complicanze intraospedaliere: odds ratio 0,58 con intervallo di confidenza al 95% posto fra 0,36 e 0,94,
2. presenza di migliore documentazione clinica: odds ratio 11,95 con intervallo di confidenza al 95% posto fra 4,72 e 30,30.

Inoltre gli autori della revisione Cochrane affermano che la maggior parte degli studi ha mostrato una riduzione delle degenze medie e una riduzione dei costi ospedalieri a favore dei Pdta, ma la notevole eterogeneità dei dati ha compromesso la possibilità di compiere una metanalisi su tali risultati. Nessuna differenza è stata osservata sul numero dei ricoveri in ospedale e sul numero delle morti in ospedale.

Le conclusioni che gli autori traggono sono che con l’applicazione dei Pdta sono state ottenute sia una riduzione delle complicanze intraospedaliere che la presenza di una migliore documentazione clinica senza impatti negativi su alcuna delle misure di outcome comunemente utilizzate. Gli stessi autori (Rotter et al, 2013) hanno anche pubblicato un protocollo di attuazione di una revisione Cochrane specificamente incentrata sulla applicazione dei Pdta nell’ambito delle cure primarie, ma i risultati di tale indagine non sono ancora disponibili.

Va subito aggiunto che la revisione Cochrane condotta a termine (Rotter et al, 2010) è stata oggetto di numerose critiche, principalmente da parte del

gruppo di Vanhaecht e Panella (Vanhaecht et al, 2012). Questi ultimi infatti ribadiscono il loro presupposto concettuale che i Pdta sono interventi complessi e multicomponenziali che includono molti “ingredienti potenzialmente attivi” e in cui l’insieme dell’intervento andrebbe considerato maggiore rispetto alla mera somma delle sue parti. Essi si chiedono se una revisione Cochrane, effettuata secondo i metodi che le sono propri, che vada a raccogliere genericamente i Pdta presenti in letteratura scientifica (intendendo dunque i Pdta come “interventi complessi e multicomponenziali” e dunque fra loro difficilmente confrontabili) sia appropriata e la loro conclusione su questo specifico aspetto della questione è negativa. E in effetti le critiche sovraespresse paiono assolutamente condivisibili, data l’eterogeneità dei pochi lavori presi in esame a conclusione del grosso lavoro di scrematura sviluppato dagli autori della revisione.

Indicazioni legislative e riferimenti normativi

Già a partire dal Piano sanitario nazionale 2006-2008 si cominciava a porre un certa enfasi sulla necessità di prevedere percorsi di diagnostica e cura che coinvolgessero diverse professionalità e discipline e questo veniva sottolineato in maniera relativamente nuova anche in relazione alle patologie croniche, in incremento esponenziale in relazione al miglioramento dell’aspettativa di vita e al generale invecchiamento della popolazione. Nei successivi piani emanati periodicamente sia a livello nazionale che regionale questi richiami, unitamente alla messa in campo di risorse sempre crescenti (spostamento di fondi dall’assistenza ospedaliera e specialistica all’assistenza territoriale) e di nuovi modelli organizzativi (medicina di gruppo, case della salute, ospedali di comunità, gestione infermieristica domiciliare, rete delle cure palliative, etc), hanno trovato sempre più spazio. E in diverse Regioni (Veneto con il Piano sociosanitario 2012-16 ed Emilia-Romagna con il Piano sociale e sanitario 2013-14, in particolare) i Pdta sono stati indicati come il modello di gestione auspicabile per diverse patologie, specialmente croniche. Tutta questa linea è stata recepita e ha trovato un esaustivo inquadramento nel Piano nazionale della cronicità emanato dal Ministero della salute in data 15 febbraio 2016. In questo documento si sottolinea come l’adozione dei Pdta si proponga come il cambiamento di un sistema e di un modo di agire che da incentrato sulla malattia viene ad essere più propriamente incentrato sulla persona. E secondariamente diventi uno strumento fondamentale per la *governance* dei processi sanitari nell’intento di evitare comportamenti autoreferenziali, rendendo più

omogenee e qualitativamente migliori e più complete le cure e l’assistenza prestata. Terzo elemento di relativa novità sottolineato dal documento è quello della misurabilità. La standardizzazione e l’omogeneizzazione dei Pdta può consentire, attraverso l’identificazione di appositi indicatori, di misurare il grado di aderenza e applicazione del percorso e, anche se con più difficoltà, gli esiti e i risultati generati dal percorso stesso. Come suggerimento finale, il documento propone che vengano realizzati su base nazionale dei prototipi di Pdta per le principali patologie croniche, atti a costituire la base di una capillare diffusione e adozione in tutte le realtà periferiche e in maniera omogenea.

La costruzione di un Pdta

Costruire un Pdta non è facile e richiede un’adeguata metodologia di lavoro. Questi concetti sono analizzati molto bene nei lavori di Vanhaecht e Panella (Vanhaecht et al, 2007, 2009 e 2010; Panella et al, 2009 e 2010), in cui si ribadisce come un Pdta sia un “intervento complesso” con una sottolineatura del concetto di ‘complessità’ i cui ingredienti sono:

1. il lavoro d’équipe di tipo multidisciplinare,
2. la conoscenza approfondita dell’organizzazione pratica delle cure,
3. l’integrazione di un insieme di interventi-chiave supportati da prove scientifiche di efficacia.

Da parte dei suddetti autori, a testimonianza di questa complessità, viene riproposta un’assai articolata e approfondita definizione di un Pdta (tabella 3).

La costruzione di un Pdta richiede un lavoro collegiale che a livello di singole realtà può essere affidato a un gruppo di lavoro costituito ad hoc. Il gruppo di lavoro istituito in maniera ufficiale con il mandato da parte della direzione generale dovrebbe esse-

Tabella 3 - *Costituenti indispensabili per la definizione e l’algoritmo di costruzione e svolgimento di un Pdta*

1. Dichiarazione esplicita degli obiettivi e dei costituenti-chiave della cura, che siano ancorati all’evidenza scientifica, alla migliore pratica clinica e alle aspettative dei pazienti
 2. Presenza di elementi facilitanti sia la comunicazione tra gli operatori sia il coordinamento dei ruoli
 3. Sequenziamento ossia ordine temporale di esecuzione delle attività del team di cura multidisciplinare (ma anche delle attività dei pazienti e dei loro congiunti)
 4. Documentazione, monitoraggio e successiva valutazione delle *variance* (ossia scostamenti, non conformità) e dei risultati ottenuti intesi come *outcome*
 5. Identificazione di risorse adatte e adeguate
-

Modificata da Vanhaecht et al, 2010.

re formato dai rappresentanti di tutte le professionalità che saranno successivamente a diverso titolo coinvolte nell'applicazione del percorso stesso (Jabour et al, 2013).

La numerosità deve essere adeguata e cioè rappresentativa, ma non eccessiva e in grado di assicurare snellezza ed efficacia nei lavori. Il gruppo di lavoro si potrà avvalere anche di consulenti esterni, qualora ritenuti utili per la loro esperienza e professionalità, per apportare idee e per migliorare la formulazione e l'articolazione del percorso. Il gruppo di lavoro deve essere affidato a un coordinatore esperto anche nella gestione di gruppi e ne deve essere pianificato e calendarizzato l'avanzamento dei lavori e le tappe di avvicinamento alla stesura definitiva (Lodewijckx et al, 2012). Dal punto di vista metodologico il coordinatore potrà affidare compiti specifici a singoli o a sottogruppi. Il primo step prevedrà una meticolosa raccolta dei dati della letteratura sull'argomento e delle principali evidenze scientifiche e linee guida presenti con particolare attenzione a quanto prodotto in conformità all'Ebm e all'Ebn. Tali supporti scientifici e le evidenze ritenute applicabili dovranno essere poi messe a confronto con quanto presente nella realtà nella quale il Pdta dovrebbe essere applicato. Il principale lavoro del gruppo sarà proprio quello di riuscire ad adattare le linee guida e le evidenze alla realtà locale consentendone realmente, e non solo sulla carta, una fattiva applicazione (Scott, 2009). Proprio per questo motivo e perché non tutto può essere fatto in tutte le realtà, ma – per contro – ogni cittadino ha diritto alle stesse garanzie di assistenza sanitaria anche se residente in zone geografiche periferiche o disagiate quanto all'organizzazione dei servizi sanitari, vi è la necessità che alcuni di questi percorsi siano prodotti e realizzati nell'ambito di reti interospedaliere secondo i principi dei collegamenti 'hub and spoke'. Tutto questo per aderire ai principi di equità, universalità e uguaglianza, che sono fondanti e costitutivi del nostro Servizio sanitario nazionale. Una volta che il Pdta sia stato definito sotto forma di bozza, la fase successiva dovrà prevedere un'ampia condivisione con tutti coloro che saranno coinvolti successivamente nella fase operativa di applicazione del percorso stesso. Seguirà la fase di sperimentazione e successivamente la fase di effettiva applicazione (Salas et al, 2012). Un'ulteriore finalità compresa nella definizione di un Pdta è poi quella di poterne monitorare l'andamento e l'applicazione tramite la definizione di opportuni indicatori (Vanhaecht et al, 2006). E questi indicatori dovranno essere semplici, ben misurabili e suddivisi tra indicatori di processo, dedicati a misurare il grado di adesione all'applicazione del percorso stesso, e indicatori di risultato. Questi ultimi in maniera più ambiziosa dovrebbero

andare a misurare i risultati in termini di efficacia in merito alla presa in carico assistenziale e alla cura della patologia considerata nello specifico Pdta (Rotter et al, 2012b). Infine va precisato come un Pdta non deve essere considerato come qualcosa di statico in quanto, come è ben noto, in ambito sanitario le conoscenze scientifiche evolvono e mutano nel corso degli anni, per cui ciò che poteva essere attuale oggi potrebbe non esserlo più domani. È necessario quindi che per ogni Pdta si pianifichino delle periodiche revisioni e aggiornamenti che lo mantengano al passo con i cambiamenti sociali, epidemiologici, scientifici e strutturali occorsi in un determinato periodo temporale. Essenziale, al fine di un'effettiva ed efficace applicazione di un Pdta, è la corretta e precisa definizione delle responsabilità e dei livelli di responsabilità decisionali, specie negli snodi più delicati. Quelli cioè che riguardano il coinvolgimento diretto del paziente e della sua famiglia, che dovranno essere adeguatamente aggiornati ed informati in merito alle opzioni che vengono loro proposte, con successiva condivisione e piena e consapevole adesione a quanto previsto all'interno del percorso nel quale il paziente è arruolato.

I punti di forza

Indubbiamente i Pdta hanno determinato un progresso nella evoluzione dell'approccio alle principali patologie e sono caratterizzati da numerosi punti di forza che cercheremo brevemente di elencare e di sottolineare (tabella 4). Il primo è sicuramente rappresentato dalla standardizzazione di interventi e procedure di tipo diagnostico, terapeutico e assistenziale nell'intento di uniformare, secondo le migliori pratiche, l'approccio alle patologie di più comune riscontro. Il secondo aspetto è costituito dalla standardizzazione di una metodologia di lavoro d'équipe (Deneckere et al, 2012a), nel cui ambito il concorso di più specialisti, più figure professionali e più competenze può essere vincente al fine di una presa in carico globale del problema di un singolo paziente.

Tabella 4 - Pdta: i punti di forza

- Applicazione standardizzata di procedure diagnostiche e terapeutiche secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili
- Minore possibilità di variazioni rispetto allo standard da parte dei singoli operatori coinvolti
- Approccio al paziente in équipe con disponibilità di plurime competenze specialistiche e professionali
- Misurabilità dei risultati sia in termini di processo che di esito
- Possibilità di audit clinici per la revisione e il miglioramento dell'attività
- Strumento di difesa in caso di contenziosi di natura medico-legale

Esso raramente è monospecialistico e il più delle volte comprende aspetti di tipo polipatologico, relazionale, assistenziale (Deneckere et al, 2012b). Il terzo punto di forza è costituito dalla possibilità di misurare quanto viene fatto sia dal punto di vista dell'adesione al percorso sia dei risultati ottenuti tramite la definizione di indicatori che siano facilmente ricavabili e soprattutto rilevabili. In particolare per gli indicatori di risultato è determinante la possibilità di avere a disposizione adeguati strumenti per il recupero e la gestione dei dati che occorrono. Oggi questo approccio può essere facilitato, così come la stessa applicazione sul campo di un percorso, dalla costruzione di strumenti informatici ad hoc (cartelle cliniche, schede di valutazione e rilevazione, etc) da cui si può facilmente ricavare tutto ciò che serve per il monitoraggio e la costruzione di un audit clinico dedicato ad ogni singolo percorso (Chesi et al, 2012b). Altro punto di forza da considerare, vista la temperie attuale di contenzioso e rivendicazione in ambito sanitario, è la funzione del Pdta quale strumento di difesa da parte degli operatori sanitari coinvolti in un eventuale contenzioso. La presenza di un Pdta e l'adesione documentata degli operatori sanitari ad esso potrebbe svolgere una funzione difensiva abbastanza importante, come viene anche sottolineato nella bozza del disegno di legge sulla responsabilità sanitaria attualmente all'esame del Parlamento italiano (Atto Camera 2016 n. 1769).

I limiti e i punti di debolezza

I Pdta presentano anche limiti ed alcuni punti di debolezza che devono essere ben conosciuti per cercare di superarli ed evitarli (tabella 5).

Un primo limite può dipendere dall'inadeguatezza della sua costruzione. Se infatti i punti nei quali si articola il percorso presentano elevati gradi di complessità e risultano non perfettamente collegati alla realtà di riferimento si corre il rischio di una impossibilità pratica di applicazione a priori o di un'applicazione non corretta e parziale. Non è raro infatti osservare Pdta disegnati sulla carta in maniera perfetta e rigorosa che tuttavia, in relazione alle forze e alle dinamiche disponibili in quella determinata realtà, sono difficilmente rispettabili. È necessario quindi che nella fase di elaborazione il gruppo preposto comprenda effettivamente un numero adeguato di operatori realmente interessati alla successiva applicazione per evitare che la costruzione risulti troppo teorica e poco applicabile.

Un secondo limite può essere costituito dalla difficoltà di costruire in relazione al percorso un audit clinico strutturato. Questo può dipendere principalmente dal non avere definito con chiarezza gli ele-

Tabella 5 - Pdta: limiti e potenziali punti di debolezza

- Distanza tra costruzione teorica e fattibilità: elaborazione ineccepibile dal punto di vista formale e della completezza, ma inapplicabilità in considerazione delle logistica e delle risorse disponibili
 - Scarsa rappresentanza di 'attori reali' nei gruppi deputati alla sua costruzione
 - Mancanza di un adeguato percorso di formazione e di sperimentazione
 - Non precisa definizione delle responsabilità e degli snodi decisionali
 - Mancanza di adeguati strumenti di supporto per la sua attuazione pratica
- Scelta di indicatori difficili da misurare e da raggiungere
 - Eccessivo entusiasmo 'a tavolino'
 - Non coinvolgimento delle strutture deputate alla raccolta dati (centro elaborazione dati, servizi informatici)
- Applicazione eccessivamente rigida e scarsamente rispettosa delle condizioni globali del paziente (sanitarie, sociali, assistenziali)
 - Considerazione eccessiva della patologia oggetto del percorso senza considerare in maniera adeguata le comorbilità, presenti spesso in maniera non trascurabile
 - Scarsa considerazione delle condizioni sociali ed assistenziali del paziente e della sua reale capacità di aderire in maniera adeguata a quanto previsto dal percorso.
- Relazione diretta operatori-paziente poco efficace
 - Operatori molto coinvolti nelle fasi 'a tavolino' quali la discussione del caso, la pianificazione del percorso, le valutazioni a posteriori, ma poco coinvolti nella relazione diretta
 - Mancata definizione delle figure deputate in maniera prioritaria e continuativa alla comunicazione e alla relazione (*care giver* o *case manager*) con il paziente e i suoi familiari
 - Scarsa condivisione delle decisioni e comprensione delle stesse da parte di pazienti e familiari

menti da monitorare, dall'aver definito a priori degli indicatori poco ricavabili o poco praticabili o dal non avere gli strumenti per ricavare in maniera semplice i dati per la misurazione degli indicatori preidentificati. In questo ambito è estremamente importante che il percorso venga sottoposto all'attenzione dei servizi informatici e di elaborazione dati, in quanto ad essi dovrà essere deputata la raccolta dei dati da utilizzare per la misurazione degli indicatori scelti (Larsen, 2012). Il rischio più grosso e il punto di debolezza maggiormente identificabile rimangono, a nostro giudizio, quello di applicare il percorso senza considerare in maniera adeguata le condizioni, il vissuto e l'entourage familiare di ogni singolo paziente. Molti dei pazienti che afferiscono ai nostri ospedali, ma anche diversi pazienti affetti da patologie croniche osservabili sul territorio, sono molto anziani e presentano numerose comorbilità e fragilità assistenziali e sociali. Questo li rende molto differenti dai pazienti 'ideali' arruolati negli studi dai quali vengono ricavati i dati di cui noi disponiamo e dai quali derivano le principali evidenze scientifiche

(Karin, 2003). Applicare un Pdta senza considerare la situazione globale di ogni singolo paziente, specie se anziano, potrebbe essere non solo inefficace, ma paradossalmente potenzialmente dannoso. A questo proposito va rilevato come anche il Ministero della salute, inteso come il livello normativo più elevato presente nel nostro Paese in riferimento alle problematiche della sanità, descriva e adotti ormai nei suoi documenti il metodo dei Pdta come “metodo analitico e innovativo dell’assistenza”; ci si riferisce qui in particolare al recente Piano nazionale della cronicità, prodotto dal Ministero della salute e approvato a settembre 2016 dalla Conferenza Stato-Regioni, in cui è dedicato ampio spazio alla trattazione dei Pdta come ‘strumento-cardine’ per la traduzione del Piano stesso in prassi quotidiane. Tuttavia, a conferma delle suddette nostre considerazioni, secondo tale documento l’impiego dei Pdta nelle patologie croniche pone la necessità che i Pdta stessi in quell’ambito di applicazione (costituito appunto dalle ‘cronicità’) godano di alcuni requisiti specifici e in particolare che essi vengano sottoposti a un processo di ‘personalizzazione’, fino alla produzione di veri e propri “Piani di cura personalizzati”, così definiti in quanto adattati alle problematiche specifiche, non solo cliniche, di ogni singolo paziente, giungendo ad integrare un percorso classicamente ‘assistenziale’ con un percorso ‘esistenziale’ che tenga anche in considerazione i bisogni, le aspettative e i desideri del paziente, ponendolo come l’attore fondamentale della propria cura.

Altro limite o errore possibile è quello di non considerare la necessità di un’adeguata comunicazione e condivisione con il paziente e con i suoi familiari, ritenendo il Pdta come un valore assoluto di per sé e non passibile di compromessi o mediazioni (Kul et al, 2012). Vi sono non poche situazioni nelle quali questi limiti possono essere particolarmente evidenti. Uno dei settori più frequentemente coinvolti è quello della terapia anticoagulante. Ad esempio, nelle situazioni di fibrillazione atriale permanente, considerando uno score quale il CHADS2-VASC come unico elemento discriminante per applicare una terapia anticoagulante orale in cronico, si rischia di incappare in pesanti errori se non si considera anche la *compliance* del paziente, il suo stato mentale, il rischio di cadute, le terapie associate, etc (Huisman, 2015). O ancora, nell’ambito di un Pdta oncologico, se il caso di un paziente viene discusso esclusivamente a tavolino da parte di specialisti diversi, certamente estremamente competenti, ma senza la conoscenza diretta del paziente e delle sue condizioni. Modo di operare che rende molto difficoltoso, per non dire impossibile il ritagliare su quel singolo paziente quanto le migliori linee guida prevedono. Ma gli esempi in questo senso potrebbero es-

sere molti. Quale conseguenza ulteriore di questi limiti vi può essere anche il rischio concreto di un difetto di relazione e comunicazione se nell’ambito degli attori coinvolti nel percorso non viene chiaramente identificato un *casegiver* (o *case manager*, a seconda di come lo si voglia definire), che si relazioni in maniera privilegiata col paziente e con i suoi familiari traducendo nella maniera più opportuna quanto condiviso all’interno del gruppo che opera nel Pdta specifico di quel paziente.

Le prospettive e l’implementazione

Certamente il modello organizzativo-gestionale basato sull’utilizzo dei Pdta va considerato come uno dei modelli che meglio potranno servire al miglioramento dei processi assistenziali in sanità negli anni a venire. Come per ogni modello, il tempo e l’esperienza sul campo ci potranno servire per apportare i dovuti miglioramenti nella sua costruzione e applicazione. Contestualmente dovranno essere elaborati e prodotti strumenti in grado di favorirne e facilitarne l’uso e il monitoraggio, con la prospettiva anche di trasformare l’audit clinico in ordinario strumento di verifica e controllo delle attività che vengono svolte. Questo metodo di lavoro non dovrà essere considerato antitetico o sostitutivo della tradizionale relazione medico-paziente o operatore-paziente, che rimane comunque fondamentale e insostituibile in un ambito delicato qual è quello sanitario. Occorre quindi fare ogni sforzo affinché le dimensioni del percorso e della sua validazione scientifica si sposino in maniera adeguata ed efficace alla relazione di cura, che è fatta di persone, di parole, di gesti e di incontri concreti e non virtuali.

In questa prospettiva riteniamo che gli elementi per un miglioramento e per una più ampia e adeguata applicazione di questa metodologia di lavoro possano essere così sintetizzati:

- a. più ampia partecipazione all’interno dei gruppi di lavoro deputati alla costruzione dei Pdta di operatori direttamente impegnati nell’assistenza diretta e nella cura di quel tipo di patologia,
- b. semplificazione estrema delle fasi dei percorsi, con precisa definizione del chi fa che cosa e dei livelli di responsabilità conseguenti,
- c. costruzione e realizzazione di supporti preferibilmente di tipo informatico per la gestione del percorso da parte degli operatori coinvolti,
- d. adeguato supporto da parte del servizio deputato al controllo di gestione e dei servizi informativi per la realizzazione e la diffusione di audit inerenti l’applicazione del percorso e ai suoi risultati che saranno da discutere periodicamente insieme agli operatori,

- e. revisione periodica dei percorsi stessi con l'adeguamento ai progressi tecnicospirituali e alle mutazioni epidemiologiche e socioassistenziali presenti nel contesto in cui si opera.

Conclusioni

L'evoluzione della medicina moderna e i progressi diagnostico-terapeutici, nonché le mutate condizioni sociali ed epidemiologiche all'interno del nostro Paese hanno fatto sì che in ambito sanitario vi siano stati cambiamenti epocali negli ultimi due o tre decenni. A questi cambiamenti non sempre il sistema sanitario è stato in grado di fornire risposte appropriate in tempi adeguati. Oltre a modifiche di tipo organizzativo e gestionale sia all'interno degli ospedali che nell'ambito delle cure primarie e territoriali, si sono andati affermando e affinando negli ultimi anni, e in particolare nell'ultimo decennio, alcuni metodi di lavoro condiviso più in linea con i progressi raggiunti nell'ambito della medicina. In particolare un metodo di lavoro che si sta rivelando strumento prezioso ed efficace è quello imperniato proprio sulla costruzione dei Pdta. Costruiti da appositi gruppi di lavoro, i Pdta si stanno rivelando come strumenti efficaci per la gestione integrata e condivisa tra diverse professionalità e figure sanitarie delle principali patologie che oggi incontriamo nelle nostre realtà. Questi percorsi, se da un lato presentano innegabili vantaggi in termini di uniformità delle cure erogate dalle diverse strutture e dai diversi operatori e di aderenza alle principali evidenze scientifiche, devono tuttavia migliorare la loro capacità di adeguarsi e modellarsi alle caratteristiche individuali di ogni singolo paziente. E questo è elemento fondamentale, in quanto la maggior parte dei pazienti che afferiscono alle nostre strutture sono diversi da quelli dei grandi trial su cui sono state costruite le principali linee guida ed evidenze scientifiche oggi disponibili. La grande sfida che ci attende nei prossimi anni sarà proprio quella di riuscire a coniugare il rigore scientifico dei Pdta con la loro applicabilità ad ogni singolo paziente che giunga all'osservazione delle strutture sanitarie. Parallelamente, in linea con un futuro che dovrà vedere sempre meno carta viaggiare, sarà indispensabile che vengano realizzati e resi disponibili tutti quegli strumenti di tipo informatico in grado di rendere più agevole sia la corretta applicazione di ogni singolo percorso, che successivamente la raccolta dei dati necessari al monitoraggio e a eventuali correzioni.

Bibliografia

Basu S, Phillips RS, Song Z et al (2016), Effects of new funding models for patient-centered medical homes on primary care

- practice finance and services: results of a microsimulation model, *Ann Fam Med*, 14 (5): 404-414.
- Bower KA (1988), Managed care: controlling costs, guaranteeing outcomes, *Definition*, 3 (3): 1-3.
- Bower KA (2009), Clinical pathways: 12 lessons learned over 25 years of experience, *Int J Care Pathways*, 13: 78-81.
- Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N et al (1998), Integrated care pathways, *BMJ*, 316: 133-137.
- Chesi G, Boni F (2012a), Ospedali e modelli organizzativi per intensità di cure: il punto di vista dell'internista, *Italian J Med*, 6: 63-71.
- Chesi G, Maccari S, Ligabue R et al (2012b), Cartella clinica informatizzata per un dipartimento di area internistica organizzata per intensità di cure: strumento per migliorare l'appropriatezza e la qualità delle cure sanitarie, *Politiche sanitarie*, 13: 109-123.
- Coleman K, Austin BT, Brach C et al (2009), Evidence on the chronic care model in the new millennium, *Health Aff (Millwood)*, 28: 75-85.
- Cricelli C, Mazzaglia G, Samani F et al (2003), Prevalence estimates for chronic diseases in Italy: exploring the differences between self-report and primary care database, *J Public Health Med*, 25 (3): 254-257.
- De Bleser L, Depreitere R, De Waele K et al. (2006), Defining pathways, *J Nurs Manag*, 14: 553-563.
- Deneckere S, Euwema M, Van Herck P et al (2012a), Care pathways lead to better team work: Results of a systematic review", *Soc Sci Med*, 75: 264-268.
- Deneckere S, Euwema M, Lodewijckx et al (2012b), The European quality of care pathways (EQCP) study on the impact of care pathways on interprofessional team work in an acute hospital setting: study protocol: for a cluster randomised controlled trial and evaluation of implementation processes, *Implement Sci*, 7: 47-59.
- Huisman MV (2015), Patients with atrial fibrillation and a CHADS2-VASC score of 1: are they at low or high stroke risk?, *J Am Coll Cardiol*, 65 (14): 1395-1397.
- Jabbour M, Curran J, Scott S D et al (2013), Best strategies to implement clinical pathways in an emergency department setting: study protocol for a cluster randomized controlled trial, *Implement Sci*, 8: 55-66.
- Karin M, Begaud B, Latry P et al (2003), Differences between clinical trials and postmarketing use, *Br J Clin Pharmacol*, 57 (1): 86-92.
- Kinsman L, Rotter T, James E et al (2010), What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate, *BMC Medicine*, 8: 31-33.
- Kul S, Barbieri A, Milan E et al (2012), Effects of care pathways on the in-hospital treatment of heart failure: a systematic review, *BMC Cardiovasc Disord*, 12: 81-90.
- Lawal A K, Rotter T, Kinsman L et al (2016), What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathways studies for a Cochrane systematic review, *BMC Medicine*, 14: 35-40.
- Larsen T (2012), Guest editorial note on integrated care pathways: a basic tool for Triple aim improvement of healthcare by collaborative local action, *Int J Integr Care 2012; Special Edition Integrated Care Pathways*, URN:NBN:NL:UI:10-1-114007, Volume 12, 18 December 2012.
- Lodewijckx C, Decramer M, Sermeus W et al (2012), Eight-step method to build the clinical content of an evidence-based care pathway: the case for COPD exacerbation, *Trials*, 13: 229-241.
- Nardi R, Scanelli G, Borioni D et al (2007), The assessment of complexity in Internal Medicine patients. The FADOI Medicomplex Study, *Eur J Intern Med*, 18: 283-287.
- Panella M, Vanhaecht K, Sermeus W (2009), Care pathways: from clinical pathways to care innovation, *Int J Care Pathways*, 13: 49-50.

- Panella M, Vanhaecht K (2010), Is there still need for confusion about pathways?, *Int J Care Pathways*, 14: 1-3.
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.
- Piano Socio Sanitario Regionale del Veneto (PSSR 2012-2016).
- Piano Sociale e Sanitario Regione Emilia Romagna 2103-2014
- Piano nazionale della cronicità (2016), disponibile in: www.salute.gov.it/portale [Home>Temi e professioni>Piani, finanziamenti e monitoraggio del SSN>Programmazione sanitaria e LEA>Piano nazionale della cronicità] Repubblica Italiana (XVII Legislatura 2016), Atto Camera n.1769
- Rotter T, Kugler J, Koch R et al (2008), 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*, 8: 265-280.
- Rotter T, Kinsman L, James E et al (2010), Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 3, Art. No. CD006632, datato 2010 Mar 17. doi 10.1002/14651858.CD006632.pub2
- Rotter T, Kinsman L, James E et al (2012a), 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*, 35 (1): 43-46.
- Rotter T, Kinsman L, James E et al (2012b), The quality of the evidence base for clinical pathway effectiveness: Room for improvement in the design of the evaluation trials, *BMC Med Res Meth*, 12: 80-88.
- Rotter T, Kinsman L, James E et al (2012c), The effects of clinical pathways on professional practice, patient outcomes, length of stay, and hospital costs: Cochrane systematic review and meta-analysis, *Eval Health Prof*, 35(1): 3-27.
- Rotter T, Kinsman L, Machotta A et al (2013), Clinical pathways for primary care: effects on professional practice, patients outcomes, and costs, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Art. datato 2013 August 14. doi 10.1002/14651858.CD010706.
- Salas E, King H B, Rosen MA (2012), Improving team work and safety: toward a practical systems approach, a commentary on Deneckere et al, *Soc Sci Med*, 75: 986-989.
- Scott I (2009), What are the most effective strategies for improving quality and safety of health care?, *Intern Med J*, 39: 389-400.
- Tappenden P, Campbell F, Rawdin A et al (2012), The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review, *Health Technol Assess*, 16 (20): 1-72.
- Tozzi VD, Longo F, Pacileo G et al (2014), I Pdta standard per le patologie croniche, in Cergas Fiaso Egea (a cura di), *II ASL a confronto nella gestione dei servizi per BPCO, tumore polmonare, ictus, scompenso cardiaco ed artrite reumatoide*. Disponibile online al seguente indirizzo: <http://www.fiaso.it/Pubblicazioni/Pdta-standard-per-le-patologie-croniche>.
- Vanhaecht K, De Witte K, Depreitere R et al (2006), Clinical pathway audit tools: a systemic review, *J Nurs Manag*, 14: 529-537.
- Vanhaecht K, De Witte K, Sermeus W (2007), The care process organization triangle: a frame work to better understand how clinical pathways work, *J Integrated Care Pathways*, 11: 54-61.
- Vanhaecht K, De Witte K, Panella M et al (2009), Do pathways lead to better organized care processes ? *J Evaluat Clin Pract*, 15: 782-788.
- Vanhaecht K, Panella M, van Zelm R et al (2010), An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions, *Int J Care pathways*, 14: 117-123.
- Vanhaecht K, Ovreteit J, Elliott M J et al (2012), Have we drawn the wrong conclusions about the value of care pathways? Is a Cochrane review appropriate?, *Evaluation Health Professions*, 35 (1): 28-42.
- Wysocki A, Bultler M, Kane RL at al. (2015), Long-term services and supports for older adults: a review of home and community-based services versus institutional care, *J Aging Soc Policy*, 27 (3): 255-279.

Conflitto di interessi Nessuno

Autore per la corrispondenza

Giuseppe Chesi, chesig@ausl.re.it

Ricevuto 26 settembre 2016; accettato 10 novembre 2016.