

# EMPOWERING LIVES THROUGH KNOWLEDGE AND IMAGINATION

MILANO | ITALY

## **PDTA e reti cliniche nei processi di trasformazione dei sistemi pubblici**

Valeria D. Tozzi  
Associate Professor of Practice in Public Management & Policy – SDA Bocconi  
[valeria.tozzi@unibocconi.it](mailto:valeria.tozzi@unibocconi.it)

21.3.2018

## **I pilastri del modello Aress sui PDTA**

1. Il rapporto reti cliniche – PDTA
2. Connessione tra livelli istituzionali
3. Dagli standard di cura alla contingenza dei singoli territori
4. Utilizzo di modelli di Population Health Management
5. Un metodo unitario di progettazione dei PDTA
6. La funzione di project management garantita dall'Aress

## I pilastri del modello Aress sui PDTA

1. Il rapporto reti cliniche – PDTA
2. Connessione tra livelli istituzionali
3. Dagli standard di cura alla contingenza dei singoli territori
4. Utilizzo di modelli di Population Health Management
5. Un metodo unitario di progettazione dei PDTA
6. La funzione di project management garantita dall'Aress

## I pilastri del modello Aress sui PDTA

### 1. Il rapporto reti cliniche PDTA

- **Il PDTA come strumento per il funzionamento delle reti cliniche:**
  - La progettazione della rete clinica è differente dalle condizioni di funzionamento
  - La rete clinica è diversa dalla rete di offerta ospedaliera sebbene di basi sul disegno di quest'ultima
- **L'Aress governa centralmente la progettazione e il funzionamento sia delle reti cliniche sia dei PDTA**
  - Tecnostruttura e strumenti Aress dedicati (edotto, bda, ecc)
  - Funzione di project management dedicata alle progettualità
  - Sistemi e misurazione delle performance dei PDTA

## La crescente necessità di reti in sanità

- La crescente complessità dei bisogni sanitari che difficilmente possono trovare risposta in una unica azienda o nel solo sistema sanitario (confini incerti tra healthcare e wellbeing)
- Aumento del potere e delle possibilità di scelta del destinatario dei servizi
- Il rafforzamento delle comunità professionali e delle relazioni tra “saperi” spingono verso la formalizzazione delle collaborazioni
- Modificazione e divaricazione nelle scale operative di molti processi tecnici (anche per via della specializzazione) che devono essere inseriti in disegni istituzionali e organizzativi differenziati
- Pressioni per il conseguimento di economia di scala e controllo aggregato dei livelli di spesa

## Alcune evidenze sullo sviluppo delle reti

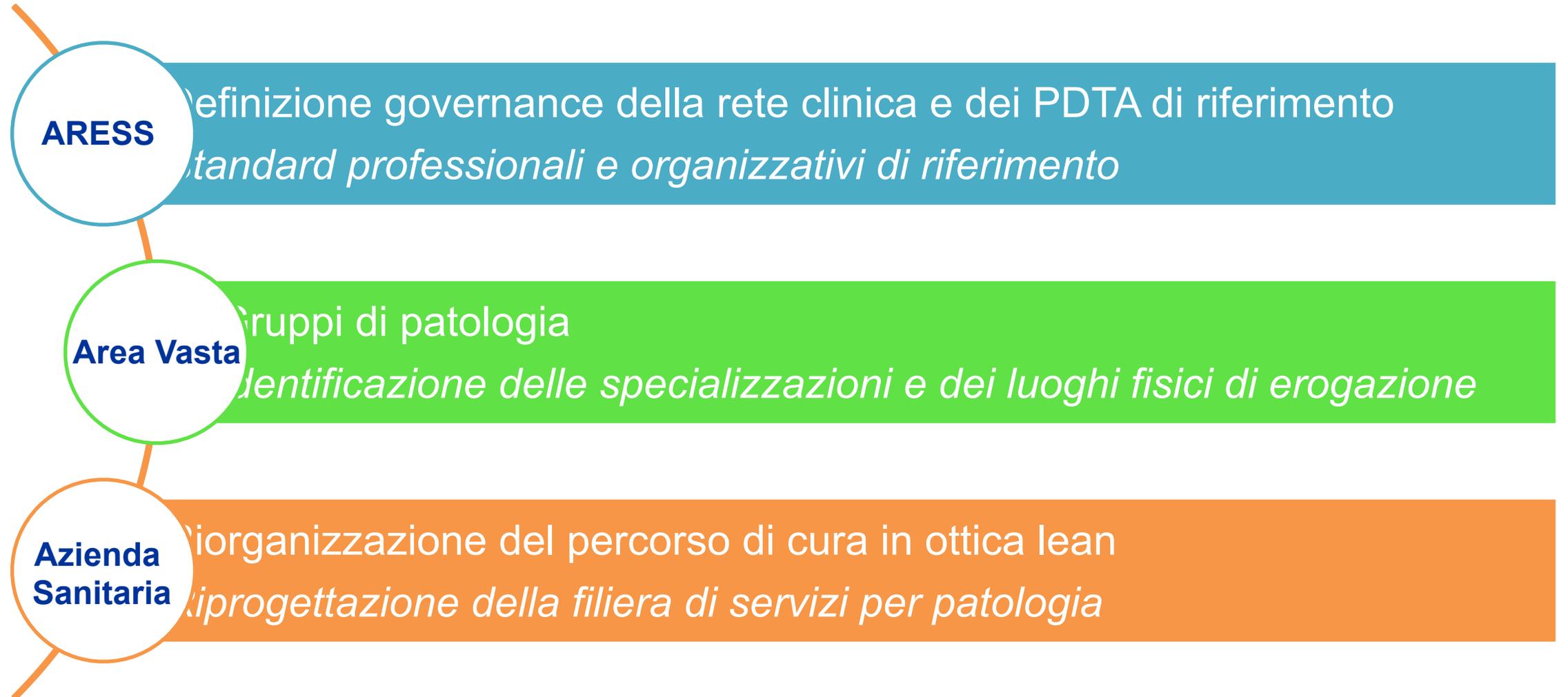
- Le reti nascono quando i sistemi si riempiono di **connessioni** per costruire razionalità di ordine superiore alle convenienze dei singoli nodi della rete
- Esse funzionano se le **spinte collaborative** bilanciano quelle competitive ed esiste un codice più o meno formalizzato di partecipazione alla rete
- I nodi della rete accettano le **condizioni del “gioco di rete”** rinunciando ai vantaggi delle convenienze individuali e beneficiando di quelle collettive
- Le reti complesse devono essere **managed**: solo quando sono squisitamente professionali possono reggersi sulla spinta individuale. Nelle oirme più complesse richiedono assetti organizzativi e manageriali definiti

## I pilastri del modello Aress sui PDTA

1. Il rapporto reti cliniche – PDTA
2. Connessione tra livelli istituzionali
3. Dagli standard di cura alla contingenza dei singoli territori
4. Utilizzo di modelli di Population Health Management
5. Un metodo unitario di progettazione dei PDTA
6. La funzione di project management garantita dall'Aress

## I pilastri del modello Aress sui PDTA

### 2. Connessione tra livelli istituzionali



## I pilastri del modello Aress sui PDTA

1. Il rapporto reti cliniche – PDTA
2. Connessione tra livelli istituzionali
3. Dagli standard di cura alla contingenza dei singoli territori
4. Utilizzo di modelli di Population Health Management
5. Un metodo unitario di progettazione dei PDTA
6. La funzione di project management garantita dall'Aress

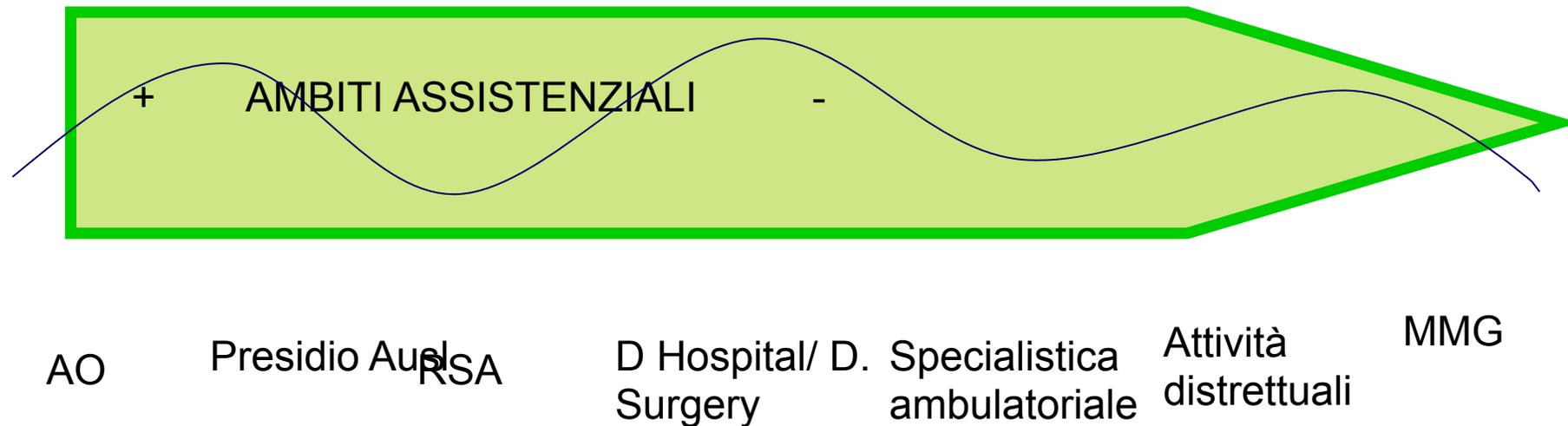
## I pilastri del modello Aress sui PDTA

### 3. Dagli standard di cura alla contingenza dei singoli territori

- A livello Aress viene definito il **PDTA di riferimento** che rappresenta l'intesa relativamente alle indicazioni di ortodossia professionale da adottare nelle scelte diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali in accordo con le più recenti evidenze e alle competenze e risorse presenti nel territorio regionale
- Il PDTA di riferimento è **lo «scheletro» dell'organizzazione dei servizi e gli standards of care da garantire a tutti i cittadini che entrano in un PDTA**
- Il PDTA di riferimento verrà **contestualizzato nelle Aree Vaste** in cui si ripartisce la rete clinica e **nelle singole aziende sanitarie**
- Un'ampia comunità di professionisti coinvolta nella progettazione e implementazione del PDTA

## II PDTA di Area Vasta

- Rappresenta l'adattamento contingente del PDTA di riferimento regionale alle reti di offerta e al sistema di competenze previste a livello locale
- L'Area Vasta è intesa come:
  - partizione territoriale all'interno della quale il cittadino può trovare le principali risposte clinico assistenziali nelle diverse fasi del suo percorso dalla diagnosi al follow up
  - Luogo di raccordo delle competenze professionali territoriali attraverso il tavolo tecnico di Area Vasta
  - Centro di responsabilità «virtuale» delle performance della presa in carico su bacino territoriale

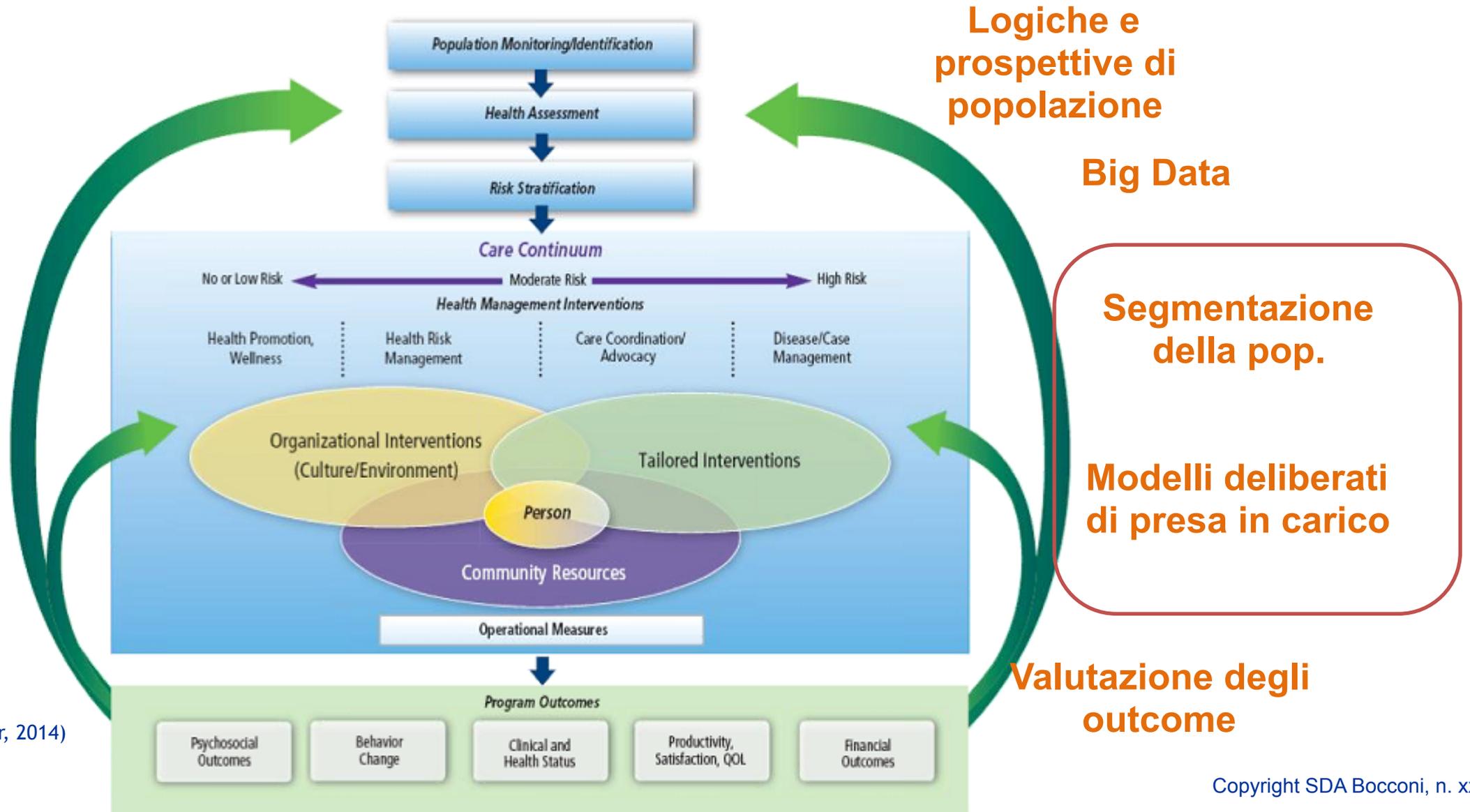


## I pilastri del modello Aress sui PDTA

1. Il rapporto reti cliniche – PDTA
2. Connessione tra livelli istituzionali
3. Dagli standard di cura alla contingenza dei singoli territori
4. Utilizzo di modelli di Population Health Management
5. Un metodo unitario di progettazione dei PDTA
6. La funzione di project management garantita dall'Aress

I pilastri del modello Aress sui PDTA

4. Utilizzo di modelli di Population Health Management



(Fonte: Dutch Monitor, 2014)

# Esperienze di Population Health Management in Italia



Adattamento da Valentijn et al. (2013)

## I pilastri del modello Aress sui PDTA

1. Il rapporto reti cliniche – PDTA
2. Connessione tra livelli istituzionali
3. Dagli standard di cura alla contingenza dei singoli territori
4. Utilizzo di modelli di Population Health Management
5. Un metodo unitario di progettazione dei PDTA
6. La funzione di project management garantita dall'Aress

## I pilastri del modello Aress sui PDTA

### 5. Un metodo unitario di progettazione dei PDTA: le fasi



## I pilastri del modello Aress sui PDTA

### 5. Un metodo unitario di progettazione dei PDTA: gli strumenti- la mappa degli episodi

#### Il PDTA si articola in episodi clinici:

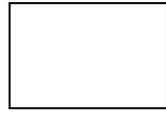
- gli episodi sono segmenti del percorso del paziente e riguardano la prevenzione- diagnosi-terapia e follow up.
- Hanno declinazioni organizzative in termini di servizi da attivare all'interno dei nodi della rete di offerta e di competenze cliniche e assistenziali da attivare.
- La rappresentazione avviene attraverso un diagramma di flusso inserito in **una matrice che si rifà alla catena del valore di M. Porter** in cui:
  - sull'asse verticale vengono individuate le unità organizzative/i luoghi/le competenze
  - sull'asse orizzontale gli episodi clinici

# Analisi – Mappa degli episodi

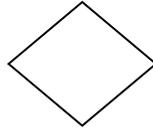
## UNITA' ORGANIZZATIVE

		Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	Neurologia 2 (2)	Radiodiagnostica	MMG o altri specialisti
EPISODI	Inizio	Valutazione e diagnosi			
	Valutazione e stadiazione				
	Terapia	Terapia e stabilizzazione			
	Follow-up	Follow up			

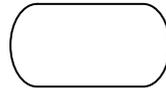
## Mappa degli episodi



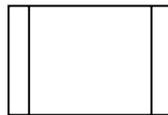
attività



snodo decisionale



inizio/fine del processo erogativo

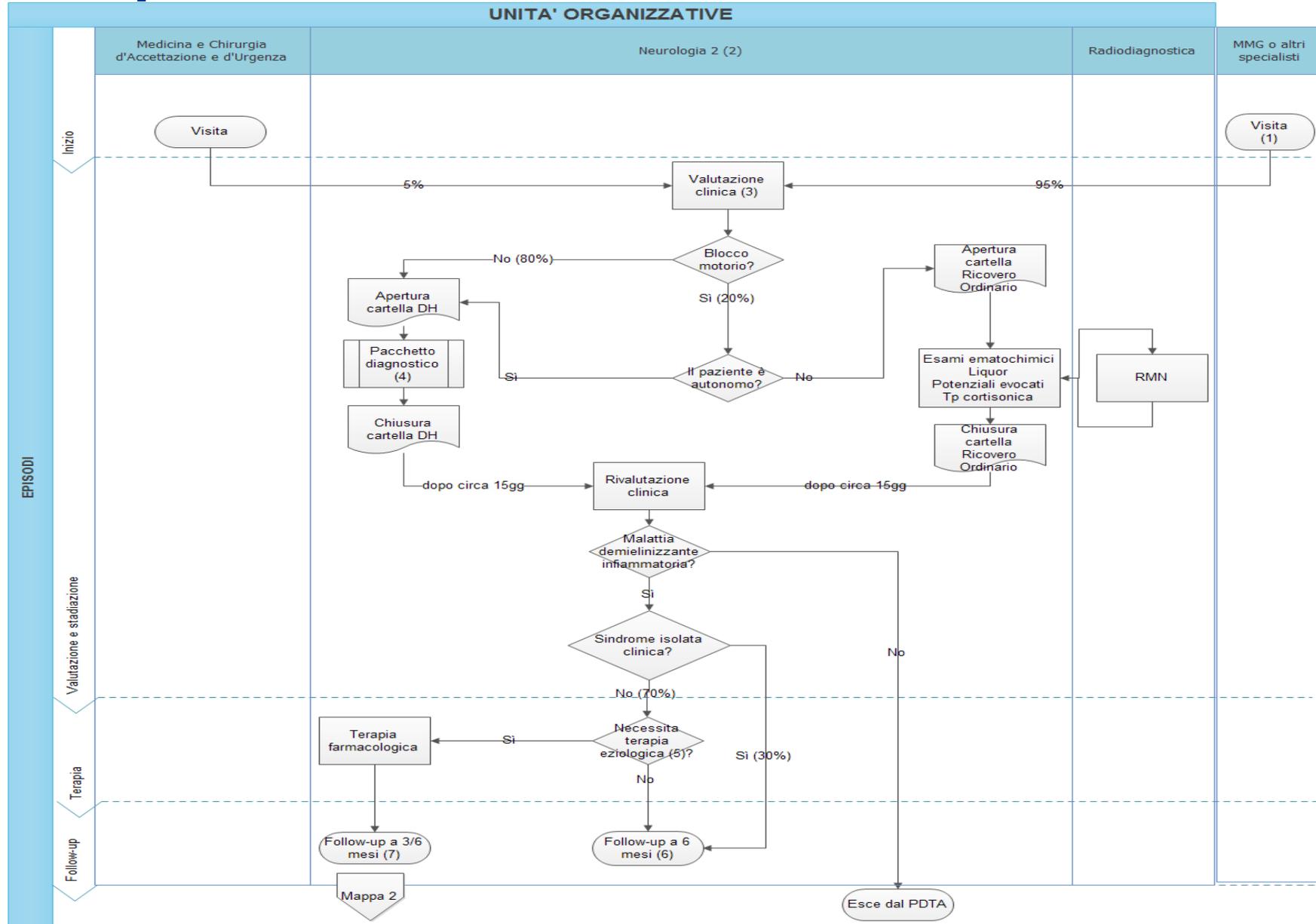


routine organizzativa



utilizzo di un documento rilevante (es.  
apertura cartella clinica per ricovero)

# Un esempio



**I pilastri del modello Aress sui PDTA****5. Un metodo unitario di progettazione dei PDTA: gli strumenti- gli indicatori di monitoraggio**

- Gli indicatori vengono definiti contestualmente alla progettazione del PDTA
- Sono dettagliati per episodio clinico
- Devono essere «operazionalizzabili» utilizzando i database amministrativi delle aziende sanitarie e regionali
- Verranno comparate i livelli di *concordance* al PDTA nelle diverse Aree Vaste

## Un esempio

Indicatore	N pazienti	Mediana	Benchmark
1a – Tempo tra la prima visita pneumologica e la prima visita oncologica (stadio I-IIIa), giorni	29	84	56-84 (B)
1b - Tempo tra la prima visita pneumologica e la prima visita oncologica (stadio IIIB-IV), giorni	85	28	28-42 (B)
2 – Tempo tra PET e intervento chirurgico, days	25	23	14-28 (B)
3 – Tempo tra la prima procedura invasiva diagnostica e l'esito dell'anatomia patologica, giorni	131	5	7 (B)
4 - Tempo tra la prima visita pneumologica e la diagnosi anatomopatologica ,giorni	116	16	15-20 (A)

Journal of Thoracic Oncology:Fasola et al (2012), Adopting integrated care pathways in non-small-cell lung cancer

## I pilastri del modello Aress sui PDTA

1. Il rapporto reti cliniche – PDTA
2. Connessione tra livelli istituzionali
3. Dagli standard di cura alla contingenza dei singoli territori
4. Utilizzo di modelli di Population Health Management
5. Un metodo unitario di progettazione dei PDTA
6. La funzione di project management garantita dall'Aress

## I pilastri del modello Aress sui PDTA

### 6. La funzione di project management dell'Aress

- L'Aress prevede lo sviluppo di un team dedicato alla progettualità dei PDTA all'interno delle reti cliniche.
- La funzione si esprimerà nella:
  - Gestione delle dinamiche relazionali all'interno del tavolo tecnico regionale
  - Convocazione dei soggetti coinvolti
  - Gestione del flusso di comunicazione
  - Realizzazione degli output finali e intermedi del tavolo tecnico
  - La predisposizione delle informazioni da BDA ed edotto per la gestione della fase di analisi