



## La metodologia nella progettazione di un PDTA: la sinergia multiprofessionale nel percorso delle gravidanze a rischio in Azienda USL Toscana Nord Ovest

### Description

**Maria Chiara Dell'Amico**, dirigente biologa genetista Sistema Qualità e Accreditamento staff DG, Massa

**Giulia Fantoni**, incarico complessità organizzativa ostetrica, Pisa

**Alessia Praticò**, dirigente medico Governo Clinico staff DS Pisa

**Barbara Quirici**, dirigente medico ginecologa, Versilia

**Cinzia Luzi**, direttrice Unità Operativa complessa Assistenza ostetrica Pisa

**Roberto Marrai**, direttore Area Ostetricia e Ginecologia Massa

**Gemma Picciarelli**, dirigente medico ginecologa Azienda USL Toscana Nord Ovest

Introduzione: I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono schemi clinico-assistenziali-organizzativi che utilizzano la logica di gestione per processi per ricostruire l'iter assistenziale, visto come insieme di processi, sotto processi, attività, attori, confini (*input e output*) e responsabilità. Il PDTA contestualizza a livello locale le Linee Guida e le migliori evidenze della letteratura in una visione sistemica che considera tutte le tappe del processo di cura e assistenza. Come tutte le gestioni per processi, i PDTA hanno il vantaggio di favorire la continuità degli interventi e l'integrazione tra unità organizzative di interfaccia eliminando i "compartimenti stagni" e il concetto di singole prestazioni. L'attivazione del PDTA può corrispondere alla Direzione Generale dell'Azienda, alla Direzione di Presidio o Direzione di Distretto, al Direttore di Dipartimento o di Struttura, oppure può identificarsi in un gruppo di professionisti che promuovono un'iniziativa di miglioramento della qualità. I PDTA sono nati a metà degli anni Ottanta a Boston, nel *New England Medical Center*, e da lì si sono diffusi a ondate successive prima in Nord America (in Canada come *CareMaps*), poi nel mondo anglosassone e del *Commonwealth*, quindi in Europa e Giappone e infine dopo il 2000 anche in aree sudamericane e del sud-est asiatico. Tuttavia, come ricorda il sito di EPA (*European Pathways Association*), ancora oggi vi sono molteplicità di termini e incertezze di contenuto. In Italia, si tende a enfatizzare l'ambito di estensione del PDTA, qualificandolo come ospedaliero e/o territoriale. Quando un PDTA descrive il processo, concernente uno specifico problema di salute, nella sua gestione sia territoriale sia ospedaliera si parla di Profilo Integrato di Cura (PIC).

Stato dell'arte: Il territorio dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest (ATNO) comprende 8 Punti Nascita, 1 Area Nascita Integrata con Fondazione Toscana Gabriele Monasterio (FTGM), 55 sedi consultoriali per un totale di circa 5500 parti/anno. La riduzione della morbosità/mortalità materna e neonatale passa attraverso l'individuazione precoce dei fattori di rischio in gravidanza. Questo costituisce un aspetto di cruciale importanza nella pratica ostetrica e rappresenta una priorità di salute

pubblica. La presenza su tutto il territorio ATNO della gestione del Basso Rischio Ostetrico (BRO) con gestione esclusivamente ostetrica, ha evidenziato la necessità di organizzare il percorso assistenziale per la gestione della gravidanza ad alto rischio, definendo le modalità di collaborazione tra le *équipe* gravidanza ad alto rischio consultoriali e ospedaliere, ed i centri *Hub*. Il ruolo degli *stakeholders* è stato definito sulla base del loro coinvolgimento nel processo di cura. La patologia gravidica è multidisciplinare ed è essenziale la presenza di un *Team Care Manager* (ginecologo ed ostetrica) che gestisca il processo di cura (*care*), evitando così la presa in carico frammentata (*handover* lineari e razionali). Le azioni del *team* sono rivolte alla cura globale della condizione della donna, sia per gli aspetti clinici che per quelli socio-familiari. I *Case Manager* sono i professionisti che erogano la prestazione senza la gestione della presa in carico globale della gravidanza: ad esempio, il ginecologo che esegue ecografie standard di *screening*, ecografie di riferimento e procedure invasive; oppure consulenti specialistici come diabetologi, anestesisti, cardiologi, etc.

Scopo: Gli scopi del PDTA gravidanza ad alto rischio/gravidanza ad alto rischio avanzato (GAR/GARA) proposto da ATNO sono: valorizzare ed uniformare il lavoro in *équipe* multidisciplinare tra gli operatori afferenti ai presidi ospedalieri e quelli afferenti al territorio ATNO, nella gestione delle gravidanze ad alto rischio (GAR), nel recepimento dei criteri riportati nel DGRT n. 737 del 15-06-2020; definire i ruoli e le collaborazioni tra i professionisti coinvolti, per la presa in carico della madre e del nascituro; integrare i servizi territoriali con quelli ospedalieri; descrivere le modalità di interfaccia con le strutture sanitarie presenti nell'Area Nord Ovest dedicate al *management* delle gravidanze ad alto rischio avanzato (GARA); descrivere indicatori di processo e di esito per la valutazione del processo e delle cure.

Materiali: Ai fini documentali, il PDTA, come *format*, possiede intrinsecamente l'impianto logico strutturale adatto alla standardizzazione dei comportamenti di tutti gli operatori per ciascuna professione, in funzione del singolo processo e/o della rete di processi. Adottando la classificazione dei criteri della delibera della Regione Toscana per l'alto rischio in gravidanza, sono state definite le modalità della gestione delle patologie nei GAR consultoriali e nei GAR ospedalieri. La modalità di comunicazione codificata, standardizzata, tracciata e tracciabile tra i professionisti, è rappresentata dalla scheda ISBARR (*Identificaty, Situation, Background, Assessment, Recommendation, Reply*).

Metodologia: In ATNO, la redazione di un PDTA non è né "libera", né "spontanea". Non è libera: i professionisti devono attenersi ad un *format* ufficiale, messo a disposizione dal Sistema Qualità e Accreditamento, presso la Intranet Aziendale Igea (accessibile a tutti i dipendenti mediante credenziali personali). Non è spontanea: occorre fare richiesta scritta alla Direzione Aziendale, tramite apposito modulo (sempre disponibile su Igea), corredata da opportuno *dossier* esplicativo sull'argomento da trattare, comprensivo di proposta di un gruppo di lavoro; tutti i *format* documentali sono stati reperiti dai professionisti del gruppo di lavoro, consultando la sezione documentale presente su Igea. La Unità Operativa Complessa Sistema Qualità ed Accreditamento (SQ&A) ha progettato, in sinergia con medici ed ostetriche, le fasi dei processi e gli indicatori. Lo stesso SQ&A ha coordinato tutte le operazioni necessarie dalla progettazione, alla stesura e al confronto tra i professionisti di tutto il dipartimento materno infantile (DMI), garantendo ad ogni incontro: modifiche sostanziali e formali sincrone, con relativa e puntuale restituzione del testo revisionato ai redattori; incontri sistematici e sistemici a garanzia di un allineamento nei confronti di tutte le professioni (e relative gerarchie) circa lo stato di avanzamento del documento in redazione. L'aspetto comunicativo è stato, e sarà anche in futuro, centrale in tutte le fasi di "esistenza" del PDTA GAR/GARA.

Risultati: Tutti i percorsi di patologia materna e fetale sono stati organizzati con questo modello organizzativo sotto forma di allegati "*topic dedicati*" (i cui *format* sono reperibili nella intranet aziendale Igea, nella sezione dedicata al SQ&A), per favorire una fruibilità più *friendly* agli *stakeholders*. Con questa logica, sono state definite le seguenti fasi: accesso al percorso nascita con primo colloquio, consegna/attivazione del Libretto della gravidanza in Consultorio (App hAPPyMamma RT) e valutazione del bilancio di salute e appropriatezza del percorso tra BRO e GAR; prima valutazione del rischio con visita congiunta ostetrica/ginecologo consultoriale ed avvio del percorso appropriato; seconda valutazione del rischio con *screening* ecografico del I trimestre e conferma/modifica percorso; gestione della gravidanza a rischio mediante proseguimento di presa in carico e periodiche rivalutazioni del rischio; accesso al punto nascita appropriato per il parto sulla base della valutazione del rischio e delle indicazioni cliniche e scelta materna; *follow-up* materno (controllo in puerperio). La patologia materna o fetale può avere gestione GAR territoriale nelle fasi di stabilità con interventi di prevenzione, diagnosi e gestione di base, nonché di integrazione con GAR ospedaliera, in caso di gravità della patologia o scompenso della stessa o presenza di multiple patologie. Sono stati individuati i seguenti indicatori di processo: 1) riunioni *équipe* GAR zonale (consultori ed ospedale locale) n. verbali/n. riunioni = 1 (valore atteso del rapporto); 2) *audit* o M&M n. verbali/n. Riunioni = 1 (come sopra). Sono stati individuati i seguenti indicatori di esito: 1) appropriatezza della presa in carico GAR (scheda di valutazione del rischio positiva/Appropriatezza dell'indicazione secondo i criteri GAR stabiliti); 2) adesione al percorso GAR pubblico (schede ISBARR inviate ai GAR/totale parti GAR). Il gruppo di lavoro dei professionisti e il SQ&A hanno

collaborato e stanno ancora collaborando, non solo in ambito documentale circa gli allegati specialistici per patologia *in progress* (come quello del diabete) e in progettazione (per esempio, quello relativo ai disturbi neurologici), ma anche in ambito informativo-formativo (per garantire l'allineamento professionale continuo, e per rendere il PDTA GAR/GARA sempre più centralizzato sulla diade "dinamica" madre-feto/bambino e più rispondente alle attese e alle esigenze degli operatori coinvolti che se ne prendono cura.

**Discussione e Conclusioni:** Questo PDTA propone un modello organizzativo applicabile in tutte le realtà territoriali ed ospedaliere per il percorso della gravidanza a rischio, e, come tale, rappresenta una garanzia di alto standard di cura e di prevenzione delle sindromi ostetriche e della morbosità/mortalità materna e fetale. La comunicazione strutturata tramite i moduli ISBARR semplifica e assicura una corretta trasmissione delle informazioni tra gli *stakeholders* nel percorso. Gli indicatori individuati assicurano il monitoraggio della comunicazione tra gli *stakeholders*, rilevano appropriatezza dell'accesso in GAR e assicurano la discussione degli eventi avversi eventualmente verificatisi. Il tavolo di formazione permanente assicura l'esistenza di un sistema di sorveglianza che si alimenta con un approccio di miglioramento continuo (come suggerito dagli strumenti PDCA cycle e Kaizen, presi in prestito dalla metodologia del *Lean Thinking* applicata in sanità). In ATNO, si sta costituendo un comitato scientifico aziendale dedicato esclusivamente ai PDTA e quindi anche all'aggiornamento del relativo *format* che dalla versione 0 (storicamente la prima, pubblicata a novembre 2020), passerà alla versione 1 (al momento attuale, il SQ&A sta avviando la prassi interna prevista per la pubblicazione del documento *consensus* nella intranet aziendale Igea). Il supporto del SQ&A risulta maggiormente efficace se chiesto piuttosto precocemente rispetto alla redazione del documento, e cioè subito dopo l'autorizzazione a procedere con la redazione del documento, così da ottenere i migliori risultati nel minor tempo possibile. Progettare insieme un qualsiasi documento, rende meno faticosa la compilazione di un *format*, facilita il *team working* e spinge al miglioramento reciproco.

[mcdellamico@gmail.com](mailto:mcdellamico@gmail.com)

## CATEGORY

1. Scienza e professione

## POST TAG

1. Politiche sanitarie

## Category

1. Scienza e professione

## Tags

1. Politiche sanitarie

## Date Created

Maggio 2024

## Author

redazione-toscana-medica

## Meta Fields

**Views :** 10534

**Nome E Cognome Autore 2 :** Giulia Fantoni, Alessia Praticò, Barbara Quirici, Cinzia Luzi, Roberto Marrai, Gemma Picciarelli

**Nome E Cognome Autore 1 :** Maria Chiara Dell'Amico