



(Format PDTA

da completare secondo le indicazioni riportate nel modello regionale per la compilazione,
implementazione, monitoraggio e revisione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali-
PDTA)

PDTA-A

TITOLO

ISTITUZIONE

“Citazione LLGG rappresentativa contesto, Anno”

REV.	DESCRIZIONE DELLE MODIFICHE	DATA
0	PRIMA EMISSIONE	Rev. 0 del 13.06.2022
1	PRIMA REVISIONE	Rev. 1 del --.--.202-
2	SECONDA REVISIONE	Rev. 2 del --.--.202-

PROJECT MANAGER - Nominativo - Struttura/Dipartimento	- Firma per esteso
COORDINATORI SCIENTIFICI - Nominativo - Direttore Struttura/Dipartimento - Nominativo - Direttore Struttura/Dipartimento	- Firma per esteso - Firma per esteso
REDAZIONE - Gruppo di Lavoro	- Vedi testo
VERIFICA - Nominativo - Direttore Qualità e Rischio Clinico	- Firma per esteso
APPROVAZIONE - Nominativo - Direttore Struttura/Dipartimento - Nominativo - Direttore Struttura/Dipartimento - Nominativo - Direttore Struttura/Dipartimento - Nominativo - Direttore Struttura/Dipartimento - Nominativo - Direttore Struttura/Dipartimento	- Firma per esteso - Firma per esteso - Firma per esteso - Firma per esteso - Firma per esteso
VALIDAZIONE - Nominativo - Direttore Sanitario - Nominativo - Direttore Sociosanitario	- Firma per esteso - Firma per esteso

INDEX

0.0 STORIA DOCUMENTO	6
0.1 Principali Caratteristiche Documento	6
0.2 Azioni Correttive	6
0.3 Programma d'Intenti	6
0.4 Produzione Documento	6
0.5 Verifica Documento	6
0.6 Approvazione Documento	6
0.7 Validazione Documento	6
0.9 Diffusione Documento	6
0.10 Validità Documento	6
0.11 Formazione Aziendale	6
0.12 Revisione Documento	6
0.13 Associazioni Pazienti	6
0.14 Attività di Ricerca Finalizzata	7
0.15 Limitazione di Responsabilità	7
A.0 SCREENING	8
A.1 Unmet Need	8
A.2 Rilevanza Generale	8
A.2.1 Rilevanza Epidemiologica	8
A.2.2 Rilevanza Tecnologica	8
A.2.3 Rilevanza Clinica	8
A.2.4 Diagnostico-Terapeutica	8
A.2.5 Rilevanza Economica	8
A.3 Mappatura Contesto Clinico-Organizzativo	8
B.0 PROGETTAZIONE	8
B.1 Gruppo di Lavoro	8
B.1.1 Nomina Project Manager	8
B.1.2 Identificazione Coordinatore/i Scientifico/i	8
B.1.3 Costituzione Core Team	8
B.1.4 Designazione Gruppo di Lavoro	9
B.1.6 Pianificazione Incontro Insediamento	9
B.2 Time Task Matrix	10

B.2.7 Ripartizione GANTT	10
B.2.9 Richiesta Accreditamento ECM	10
B.3 Obiettivi, Criticità e Azioni Correttive	10
B.3.10 Definizione Obiettivi Generali e Specifici	10
B.3.11 Definizione PDTA Aziendale/Regionale	10
B.3.12 Analisi Contesto Interno/Esterno	10
B.3.13 Definizione Criticità/Azioni Correttive	10
B.3.16 Rendicontazione D.G. PDTA Valenza Strategica	10
B.3.17 Richiesta D.G. Risorse Attuative PDTA	10
B.4 Stratificazione	10
B.4.18 Definizione Criteri inclusione/Esclusione	10
B.4.19 Definizione Criteri Reclutamento	10
B.4.20 Definizione Criteri Inizio/Fine	10
B.5 Selezione e Valutazione Fonti Documentali	11
B.5.23 Selezione 3/5 Linee Guida SNLG	11
B.5.26 Selezione 3/5 Documenti Riferimento	11
B.5.27 Selezione 10-20 Riferimenti Bibliografici	11
C.0 SVILUPPO	11
C.1 Mappatura Processi di Cura	11
C.1.2 Mappatura Processi in Macrofasì Logico-Funzionali	11
C.2 Progettazione Processi di Cura	11
C.2.3 Standardizzazione Processi in Macrofasì Logico-Funzionali	11
C.2.4 Riferimenti Manuale RAO Agenas	11
C.2.7 Gruppi Multidisciplinari-Multiprofessionali	11
C.3 Progettazione Workflow	12
C.3.9 Disegno Flowchart	12
C.3.10 Aderenza Prestazioni a LLGG, DGR, Indicatori Regionali	12
C.3.11 Correlazione Attore/Attività	12
C.3.12 Criteri Ingresso/Uscita Setting Assistenziali	12
C.3.16 Posizionamento Snodi Decisionali su Raccomandazioni Forti, DGR, Indicatori Regionali	12
C.3.17 Produzione Checklist nel PDTA	12
C.3.18 Attivazione Fast Track	12
C.4 Rete Condivisione Saperi	12

C.4.20 Riunioni Gruppi Multidisciplinari-Multiprofessionali	12
C.4.21 Requisiti Attivazione Visita Specialistica	12
C.4.22 Visita Multidisciplinare-Multiprofessionale	12
C.4.23 Definizione Comunicazione Team e Team/Paziente/Parente/Caregiver	13
C.4.25 Verifica Attuazione Azioni Correttive Previste	13
C.4.27 Executive Summary PDTA	13
C.5 Continuità Assistenziale Ospedale-Territorio	13
C.5.32 Attivazione Telemedicina	13
D.0 RESPONSABILITÀ	13
D.1 Matrice Attori/Attività	13
D.1.1 Compilazione Matrice Responsabilità	14
D.2.4 Piano Formativo Competenze	14
E.0 IMPLEMENTAZIONE	14
E.1 Draft, Pilot, Final	14
E.1.1 Procedura Implementazione Iniziale PDTA	14
E.2 Manutenzione	14
E.2.3 Manutenzione PDTA Draft e Pilot	14
E.3 Verifica, Approvazione, Validazione	14
E.3.5 Verifica Contenuto PDTA	14
E.3.6 Approvazione Contenuto Diagnostico-Terapeutico PDTA	14
E.3.7 Approvazione Contenuto Assistenziale PDTA	14
E.3.8 Validazione Contenuto PDTA	14
E.4 Diffusione	14
E.4.9 Modalità Diffusione Interna PDTA	14
E.4.10 Modalità Diffusione Esterna PDTA	14
E.4.11 Pubblicazione PDTA	14
E.5 Formazione e Ricerca Finalizzata	14
E.5.13 Programmazione Formazione Operatori	14
F.0 VALUTAZIONE	15
F.1 Monitoraggio Indicatori	15
F.1.1 Selezione Cruscotto Indicatori	15
F.1.2 Criteri Selezione Indicatori	15
F.1.4 Definizione Numeratore/Denominatore	15

F.1.5 Correlazione Indicatori Normative Regionali/Nazionali	15
F.1.6 Timing Monitoraggio Indicatori	15
F.1.7 Definizione Benchmark Indicatori	15
F.1.8 Definizione Fonte Dati Indicatori	16
F.1.10 Conduzione Audit Clinici	16
F.1.11 Elaborazione Piano Miglioramento	16
F.1.12 Codifica SDO PDTA	16
F.2 Incident Reporting	16
F.2.13 Monitoraggio EA/Near Miss/Eventi Sentinella PDTA	16
G.0 FOLLOW-UP	16
G.1 Reporting	16
G.1.1 Redazione Report Periodici	16

0.0 STORIA DOCUMENTO

0.1 Principali Caratteristiche Documento

Riportare gli interventi chiave (Key Intervention) che maggiormente impattano sulla qualità del PDTA con riferimento a livello di appropriatezza, sicurezza, efficacia, efficienza dedicati (campo di applicazione) a tutti gli stakeholder coinvolti nei processi di cura previsti dal PDTA (cosa, a chi, dove, per chi).

0.2 Azioni Correttive

Elencare le principali azioni correttive realmente implementate nel nuovo PDTA rispetto alla pratica assistenziale corrente (Usual Care).

0.3 Programma d'Intenti

Declinare le principali azioni di miglioramento, non ancora implementate nel PDTA, per le quali è stato definito un piano di implementazione condiviso con la Direzione Strategica.

0.4 Produzione Documento

Il percorso di cura viene redatto dal Gruppo di Lavoro (Working Group) seguendo la metodologia del PDTA Format (Working Group incluso Coordinatore/i Scientifico/i, Core Team, Core Team Tematici e Project Manager).

0.5 Verifica Documento

Il percorso di cura viene sottoposto a processo di verifica formale e metodologica dal Responsabile Aziendale della Struttura Qualità.

0.6 Approvazione Documento

Il percorso di cura viene sottoposto a processo di approvazione dei contenuti diagnostico-terapeutici ed assistenziali dai Direttori di Struttura/Dipartimento coinvolti nel PDTA.

0.7 Validazione Documento

Il percorso di cura viene sottoposto a processo di validazione dal Direttore Sanitario e/o Sociosanitario prima di essere implementato.

0.9 Diffusione Documento

Il documento viene diffuso in modo controllato ed è consultabile dai professionisti sul portale aziendale e/o su internet in funzione della policy interna (Project Manager, Coordinatore/i Scientifici e Core Team.)

0.10 Validità Documento

Riportare la data di scadenza (data di pubblicazione meno un giorno) ed il numero di revisione del documento. Sulla base dei requisiti organizzativi generali dell'accreditamento istituzionale, l'aggiornamento del percorso di cura è previsto entro e non oltre i 3 anni dalla sua validazione salvo mutamenti normativi/legislativi, variazioni organizzative e/o necessità di modifica dei contenuti che comporti un aggiornamento anticipato dello stesso..

0.11 Formazione Aziendale

Riportare il piano formativo al termine della compilazione del documento, articolato anche attraverso (1.) briefing/debriefing settimanali discussione casi clinici; (2.) Gruppi di Miglioramento; (3.) Corsi formazione ECM per corretta implementazione PDTA; (4.) etc.

0.12 Revisione Documento

Riportare le motivazioni che hanno condotto alla revisione del documento, quali sono state le corrispettive azioni correttive intraprese e quali risorse aggiuntive sono state stanziare per raggiungere i nuovi obiettivi.

0.13 Associazioni Pazienti

Riportare le Associazioni di Pazienti coinvolte nella produzione del documento.

TITOLO PDTA	Rev. 0 del 13.06.2022
	Pagina 6 di 16

0.14 Attività di Ricerca Finalizzata

La produzione di un PDTA può promuovere attività di ricerca e produrre pubblicazioni scientifiche in ambito nazionale ed internazionale da riportare nel documento.

0.15 Limitazione di Responsabilità

Il presente percorso di cura fornisce informazioni ed indicazioni che riflettono lo stato dell'arte al momento della pubblicazione del documento per la gestione del paziente nel processo di prevenzione e/o gestione di una condizione patologica sospetta o acclarata. I professionisti coinvolti nella implementazione del presente PDTA, una volta preso in carico il paziente, dovranno comunque intraprendere decisioni correlate ad aspetti organizzativi, clinici, etici, sociali, economici e legali secondo il principio del "RISPETTO COMPETENTE" delle evidenze scientifiche che deve rappresentare sempre l'impianto di ogni condotta socioassistenziale virtuosa. La sola aderenza alle evidenze permetterà di risultare esenti da responsabilità nei casi in cui venga riconosciuta colposa la condotta del professionista per morte o lesioni personali dovute a imperizia (Legge Gelli-Bianco 24/2017). L'implementazione di questo percorso di cura dovrà essere effettuata dai professionisti della salute in modo appropriato osservando comportamenti sulla base di fatti e circostanze di ogni singolo caso e sulla disponibilità di risorse e competenze. Questo percorso non ha come finalità quella di sopprimere la valutazione del medico rispetto a particolari pazienti o situazioni cliniche né quella di sostituire la consultazione medico-paziente. Pertanto, la applicazione da parte dell'operatore sanitario del percorso di cura deve risultare volontaria e completamente fondata sulla base della sua responsabilità alla luce delle caratteristiche individuali di ciascun paziente.

TITOLO PDTA	Rev. 0 del 13.06.2022
	Pagina 7 di 16

A.0 SCREENING

A.1 Unmet Need

Identificare la presenza di un reale bisogno (Unmet Need), aspettativa, esigenza e/o motivazione per redigere o revisionare un PDTA sulla base di criticità epidemiologiche, clinico-assistenziali, organizzative, tecnologiche, strutturali, impiantistiche, autorizzative, etc.

A.2 Rilevanza Generale

Riportare la rilevanza epidemiologica (nazionale e internazionale), tecnologica (impatto tecnologia sulla cura), clinica (principali manifestazioni cliniche), diagnostico-terapeutica (appropriatezza e corretto timing diagnostico-terapeutico) ed economica (impatto economico-finanziario delle cure sul SSR), correlata ad una determinata patologia sospetta o acclarata nell'ambito del percorso di cura.

A.2.1 Rilevanza Epidemiologica

Riportare la rilevanza epidemiologica (nazionale e internazionale).

A.2.2 Rilevanza Tecnologica

Riportare la rilevanza tecnologica (impatto tecnologia sulla cura).

A.2.3 Rilevanza Clinica

Riportare la rilevanza diagnostico-terapeutica (appropriatezza e corretto timing diagnostico-terapeutico).

A.2.4 Diagnostico-Terapeutica

Riportare la rilevanza diagnostico-terapeutica (appropriatezza e corretto timing diagnostico-terapeutico).

A.2.5 Rilevanza Economica

Riportare la rilevanza economica (impatto economico-finanziario delle cure sul SSR).

A.3 Mappatura Contesto Clinico-Organizzativo

Analizzare il contesto clinico-organizzativo interno ed esterno aziendale, con il supporto del Risk Manager, impiegando uno degli strumenti normalmente utilizzati per la gestione del rischio clinico (Focus Group, Blue Sky Thinking, SWOT Analysis, HFMEA, Diagrammi Ishikawa, SWR, RCA, etc.), intercettando eventuali pregressi eventi avversi (sentinella/near miss), segnalazioni URP, componenti deboli della organizzazione, sprechi, necessità di ottimizzazione risorse, l'assenza di un determinato PDTA, dopo aver eseguito, se pertinente, audit clinici e indicatori di Governo Clinico di Regione Lombardia/PNE/Agenas/ICHOM, etc.

B.0 PROGETTAZIONE

B.1 Gruppo di Lavoro

B.1.1 Nomina Project Manager

Prevedere la nomina di un Project Manager (FIG 1.), identificato nella figura del Responsabile Qualità aziendale o suo delegato, qualora disponibile una figura professionale adeguatamente formata, responsabile del contenuto formale-metodologico del PDTA, in possesso di competenze di project team management, dedicato a percorsi di cura di particolare valenza strategica, che prevedano la erogazione di prestazioni sanitarie (Intervention) attraverso gruppi multidisciplinari, multiprofessionali trasversali.

B.1.2 Identificazione Coordinatore/i Scientifico/i

Identificare un Coordinatore/i Scientifico/i (FIG 1.), con specifiche competenze clinico-manageriali, affinché possa interagire nel modo migliore con il Gruppo di Lavoro (Working Group) per compilare il miglior PDTA possibile.

B.1.3 Costituzione Core Team

Costituire un Core Team Principale (FIG 1.), composto da professionisti con spiccate competenze clinico-manageriali, nei casi in cui il Gruppo di Lavoro (Working Group) risulti particolarmente numeroso, multidisciplinare, multiprofessionale e trasversale, valutando collateralmente la opportunità di creare Core Team Tematici disegnati sulla ripartizione in macrofasi del PDTA.

B.1.4 Designazione Gruppo di Lavoro

Designare un Gruppo di Lavoro (Working Group) multidisciplinare, multiprofessionale, trasversale individuando i professionisti in seno alla propria Organizzazione Sanitaria indicando Strutture e Dipartimento/i di appartenenza.

GRUPPO DI LAVORO (WG) PDTA AZIENDALE (OPERATIONAL)		
1.	S.C. Dipartimento	NOMINATIVO Direttore Struttura Semplice/Complessa
		NOMINATIVO Dirigente Medico
		NOMINATIVO Infermiere/TSRM/Tecnico Biologia etc
2.	S.C. Dipartimento	NOMINATIVO Dirigente Medico
		NOMINATIVO Infermiere/TSRM/Tecnico Biologia etc
3.	S.C. Dipartimento	NOMINATIVO Dirigente Medico
		NOMINATIVO Amministrativo/ICT etc.
4.	S.C. Dipartimento	NOMINATIVO Dirigente Medico
		NOMINATIVO Dirigente Medico
5.	S.C. Dipartimento	NOMINATIVO Dirigente Medico
		NOMINATIVO Dirigente Medico
6.	S.C. DAPSS Dipartimento	NOMINATIVO Coordinatrice Sanitario
7.	CENTRO DOCUMENTAZIONE BIOMEDICA Dipartimento	NOMINATIVO Referente
8.	S.C. QUALITÀ RISCHIO CLINICO Dipartimento	NOMINATIVO Project Manager

B.1.6 Pianificazione Incontro Insediamento

Pianificare l'incontro di insediamento cui prendono parte Project Manager, Coordinatore/i Scientifico/i, Core Team e Gruppo di Lavoro (Working Group) per definire le modalità con cui attuare, formalizzare e validare il progetto. Il Project Manager viene individuato nell'ambito della Struttura Qualità e Risk Management.

TITOLO PDTA	Rev. 0 del 13.06.2022
	Pagina 9 di 16

B.2 Time Task Matrix

B.2.7 Ripartizione GANTT

Ripartire le attività di progetto su un diagramma di Gantt/Time Task Matrix per evidenziare lo stato di avanzamento dei lavori nel tempo.

B.2.9 Richiesta Accredimento ECM

Effettuare una richiesta di accreditamento ECM, come Gruppo di Miglioramento, presso l'Ufficio Formazione, specificando da subito il numero e la durata degli incontri necessari ed il nominativo di tutti i componenti del Gruppo di Lavoro (Working Group) selezionati per la compilazione del PDTA quale momento formativo certificato.

B.3 Obiettivi, Criticità e Azioni Correttive

B.3.10 Definizione Obiettivi Generali e Specifici

Definire gli obiettivi generali e specifici del PDTA declinati sulla base della mission aziendale, regionale e ministeriale (DM 70/2015 e DM 71/2022) per standardizzare i processi clinico-organizzativi riferiti ad un gruppo specifico di soggetti con bisogni simili (cure primarie e preventive) o di pazienti con una sospetta e/o accertata condizione patologica, durante un periodo di tempo definito (European Pathway Association) tenendo nella massima considerazione i requisiti di sicurezza, appropriatezza, efficacia ed efficienza.

B.3.11 Definizione PDTA Aziendale/Regionale

Definire il livello di aggregazione del PDTA in funzione del contesto operativo e del livello organizzativo per il quale è stato progettato predisponendo un percorso di cura facilmente adattabile alle diverse organizzazioni sanitarie attraverso il posizionamento di specifici "landmarks".

B.3.12 Analisi Contesto Interno/Esterno

Analizzare le criticità concernenti l'erogazione della pratica assistenziale corrente (Usual Care) (AS IS) declinate e aggregate per ciascuna Struttura/Dipartimento coinvolti nel processo di cura.

B.3.13 Definizione Criticità/Azioni Correttive

Definire le azioni correttive per ciascuna criticità riportata dal Gruppo di Lavoro (Working Group) affinché vengano implementate nel PDTA (TO BE).

B.3.16 Rendicontazione D.G. PDTA Valenza Strategica

Rendicontare alla Direzione Generale la produzione/revisione di PDTA a valenza strategica affinché la compilazione dei percorsi di cura vanga inserita, previo robusto commitment, negli obiettivi di budget delle Strutture/Dipartimenti coinvolti.

B.3.17 Richiesta D.G. Risorse Attuative PDTA

Rendicontare alla Direzione Strategica le richieste per reperire risorse strutturali, tecnologiche, professionali, organizzative per l'attuazione delle azioni correttive previste nel PDTA.

B.4 Stratificazione

B.4.18 Definizione Criteri inclusione/Esclusione

Definire i criteri clinici di inclusione/esclusione per definire i Gruppi di Pazienti (Patient Group) da includere nel percorso di cura e prendere in carico da parte dei Gruppi Multidisciplinari-Multiprofessionali (Patient Flow Management Team).

B.4.19 Definizione Criteri Reclutamento

Definire le modalità di reclutamento sulla base delle afferenze logistiche del paziente al PDTA indicando quando inviato dal MMG/PLS, Medico Specialista, Organizzazione Sanitaria, Centri di I, II e III livello, con particolare rilevanza quando si tratti di un PDTA a prevalente sviluppo distrettuale-territoriale.

B.4.20 Definizione Criteri Inizio/Fine

Definire i criteri di inizio (input) e fine (output) con riferimento alle attività che caratterizzano il punto di ingresso e di uscita del paziente dal PDTA.

TITOLO PDTA	Rev. 0 del 13.06.2022
	Pagina 10 di 16

B.5 Selezione e Valutazione Fonti Documentali

B.5.23 Selezione 3/5 Linee Guida SNLG

Selezionare 3/5 Linee Guida nell'ambito del SNLG e/o riportate nei PDTA Regionali (Model-PDTA), riportando link e anno di pubblicazione, con l'obiettivo di strutturare il documento in base alla pluralità di tutte le competenze presenti; ulteriori LLGG possono essere reperite in un Core di Banche Dati (PNLG, CMA, NCGC, SIGN, CPGP, NZGG, MEDLINE, Meta-Database-NHS, CNEG), escludendo, se possibile, quelle datate oltre 3 anni e pubblicate in lingue differenti dall'italiano e dall'inglese.

1.	LINEA GUIDA	http://sito-internet.pdf
2.	LINEA GUIDA	http://sito-internet.pdf
3.	LINEA GUIDA	http://sito-internet.pdf

B.5.26 Selezione 3/5 Documenti Riferimento

Selezionare un numero congruo (3/5) Documenti di Riferimento (Linee di Indirizzo, Buone Pratiche Cliniche, Normative, etc.) caratterizzati da peculiare rilevanza clinico-organizzativa e normativa includendo PDTA regionali reperibili sulla piattaforma "web PDTA Net" ("PDTA Net: progetto di Fondazione ReS, Ricerca e Salute") dopo aver effettuato il login (FIG 2.).

B.5.27 Selezione 10-20 Riferimenti Bibliografici

Selezionare un numero congruo (10/20) di riferimenti bibliografici Evidenced Based Medicine privilegiando i lavori basati sul più elevato livello di evidenza (Metanalisi, RCT, Cohort studies, case control studies, case report o case series, narrative reviews, expert opinions, editorials) declinati in paragrafi per ciascuna competenza presente nel PDTA (FIG 2.).

C.0 SVILUPPO

C.1 Mappatura Processi di Cura

C.1.2 Mappatura Processi in Macrofasì Logico-Funzionali

Aggregare su una timeline composta da un numero ben definito di macrofasì logico-funzionali (3-5) (es. prevenzione, diagnosi, terapia, follow-up e fine vita) le prestazioni sanitarie (Intervention) erogate a livello dei diversi touch point attraverso la pratica assistenziale corrente (Usual Care) (AS IS), come riportato, a titolo esemplificativo, nei modelli di PDTA aziendali/regionali allegati.

C.2 Progettazione Processi di Cura

C.2.3 Standardizzazione Processi in Macrofasì Logico-Funzionali

Standardizzare la tipologia ed il posizionamento migliore possibile di ogni singola prestazione sanitaria (Intervention) in un numero definito di macrofasì logico-funzionali (3-5) lungo il percorso del paziente (Patient Journey) (TO BE) con l'obiettivo di migliorare l'esperienza del paziente durante il percorso di cura, accorpando Gruppi di Pazienti (Patient Group) con simili bisogni, condizioni mediche, comorbidità e complicazioni in un numero limitato di sedi (TO BE); per la suddivisione in macrofasì e la declinazione delle diverse competenze fare riferimento ai modelli esemplificativi di PDTA aziendali/regionali allegati

C.2.4 Riferimenti Manuale RAO Agenas

Fare riferimento al Manuale RAO Agenas per ottimizzare l'appropriatezza prescrittiva relativa ai tempi di attesa per i cittadini/pazienti che accedono alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (Intervention) erogate direttamente dal SSN o per conto del SSN, in base a criteri clinici espliciti.

C.2.7 Gruppi Multidisciplinari-Multiprofessionali

Predisporre l'erogazione di prestazioni sanitarie (Intervention) attraverso Gruppi Multidisciplinari-Multiprofessionali (PFMT) trasversali nei PDTA in cui siano coinvolti professionisti con competenze differenti, suddividendo, se pertinente, i Gruppi di Pazienti (Patient Group) in sottogruppi con esigenze e bisogni specifici (WF. 6).

C.3 Progettazione Workflow

C.3.9 Disegno Flowchart

Creare un diagramma lineare di flusso standard o un diagramma di flusso funzionale (rappresentazione schematica delle logiche dei processi declinate nelle diverse macrofasi del PDTA effettuando, se pertinente, un cross-matching tra processi vs fasi/attori, processi vs fasi/allocazioni, etc.) da completare contestualmente alla mappatura dei processi di cura (Process Mapping) e progettazione dei processi di cura (Process Design).

C.3.10 Aderenza Prestazioni a LLGG, DGR, Indicatori Regionali

Elaborare prestazioni sanitarie (Intervention) come unità elementari di adattamento delle Linee Guida garantendo la massima aderenza alle Raccomandazioni Forti, alle Buone Pratiche Cliniche, alle Normative/D.G.R., agli Indicatori di Portale di Governo Regionale, del PNE e di Agenas, utilizzando il PDTA Regionale come modello, contestualizzando i "Landmarks" (snodi decisionali) nelle singole realtà locali sulla base delle specifiche risorse strutturali, tecnologiche, organizzative e professionali.

I A	RACCOMANDAZIONI (GoR, LoE)
"Riportare la raccomandazione contenuta nella Linee Guida".	

C.3.11 Correlazione Attore/Attività

Definire in dettaglio il ruolo di ogni Attore nello svolgimento delle singole prestazioni sanitarie (Intervention) (chi fa cosa, come, dove, quando e perché per ogni fase del PDTA lungo il Percorso del Paziente (Patient Journey) (TO BE).

C.3.12 Criteri Ingresso/Uscita Setting Assistenziali

Definire con precisione i criteri di ingresso e uscita dei pazienti dai diversi setting assistenziali sulla base dell'instabilità clinica (livello di severità) e della complessità assistenziale (grado di autosufficienza fisica del paziente, status cognitivo, necessità terapeutiche e di medicazione, complessità dell'iter diagnostico, etc.).

C.3.16 Posizionamento Snodi Decisionali su Raccomandazioni Forti, DGR, Indicatori Regionali

Posizionare nel flowchart gli snodi decisionali su raccomandazione forti, elevati livelli di evidenza o normative (criteri e requisiti specifici) ed indicatori Portale di Governo Regionale, PNE, Agenas, integrati dall'analisi campionaria della documentazione clinica aziendale.

C.3.17 Produzione Checklist nel PDTA

Inserire nel documento, se pertinente, procedure, protocolli e checklist dedicate ad alcune macrofasi del PDTA.

C.3.18 Attivazione Fast Track

Prevedere l'attivazione di una Fast Track dedicata a pazienti che necessitano di essere avviati con urgenza al PDTA..

C.4 Rete Condivisione Saperi

C.4.20 Riunioni Gruppi Multidisciplinari-Multiprofessionali

Programmare riunioni a cadenza settimanale (Consulto Multidisciplinare) tra professionisti per la valutazione di casi selezionati, selezionati sulla base di precisi requisiti clinico-organizzativi, che prevedano l'erogazione di prestazioni (Intervention) attraverso Gruppi Multidisciplinari-Multiprofessionali trasversali per promuovere una visione sistemica e puntuale di casi complessi predisponendo che la refertazione venga posizionata su portale clinico..

C.4.21 Requisiti Attivazione Visita Specialistica

Definire i requisiti di attivazione visita specialistica per facilitare la condivisione integrata del processo di cura tra i diversi professionisti.

C.4.22 Visita Multidisciplinare-Multiprofessionale

Prevedere, quando pertinente e/o ritenuta necessaria, l'introduzione della Visita Multidisciplinare e Multiprofessionale da implementare nelle diverse specifiche macrofasi del PDTA.

TITOLO PDTA	Rev. 0 del 13.06.2022
	Pagina 12 di 16

C.4.23 Definizione Comunicazione Team e Team/Paziente/Parente/Caregiver

Prevedere in dettaglio le modalità di attuazione della comunicazione/relazione all'interno del Gruppo Multidisciplinare-Multiprofessionale (PFMT) e tra Team e Paziente/Parente/Caregiver per condividere gli obiettivi di cura ed assicurare la continuità assistenziale in ciascuna macrofase del PDTA.

C.4.25 Verifica Attuazione Azioni Correttive Previste

Verificare che al termine della redazione del PDTA le criticità inizialmente identificate siano state risolte e gli obiettivi, generali e specifici, realmente raggiunti.

C.4.27 Executive Summary PDTA

Produrre una breve sintesi operativa (Executive Summary) del PDTA (costituita da un paio di pagine descrittive con le flowchart di riferimento), dedicata agli operatori ed allegata al percorso di cura.

C.5 Continuità Assistenziale Ospedale-Territorio

C.5.32 Attivazione Telemedicina

Prevedere ogni qualvolta ritenuto opportuno e fattibile, l'attuazione, con particolare riferimento all'assistenza domiciliare, di metodiche digitali innovative come il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico-sanitaria, la teleassistenza, il tele-monitoraggio, il telecontrollo e la tele-riabilitazione, prevedendo, sin dalla costituzione del Gruppo di Lavoro (Working Group), la presenza di Strutture Sistemi Informativi Aziendali/Information Communication Technology e di professionisti operanti nel contesto operativo distretto-territorio.

D.0 RESPONSABILITÀ

D.1 Matrice Attori/Attività

			ATTORI							
			ATTORE 1.	ATTORE 2.	ATTORE 3.	ATTORE 4.	ATTORE 5.	ATTORE 6.	ATTORE 7.	ATTORE 8.
MACROFASE 1. ALLOCAZIONE 1.	1.									
	2.									
	3.									
	4.									
MACROFASE 2. ALLOCAZIONE 2.	1.									
	2.									
	3.									
	4.									
	5.									
MACROFASE 3. ALLOCAZIONE 3.	1.									
	2.									
	3.									
	4.									
	5.									

D.1.1 Compilazione Matrice Responsabilità

Compilare la matrice di responsabilità (Attività/Attori) annotando nelle attività le prestazioni sanitarie (Intervention) previste dal PDTA aggregate sulla base di una logica di successione spazio-temporale e/o di allocazione/macrofase e nelle colonne i diversi Attori, deputati alla ad una specifica e singola azione con un ruolo specifico e definito (Responsabile, Coinvolto ed informato) (TAB 6.).

D.2.4 Piano Formativo Competenze

Prevedere un percorso formativo per lo sviluppo delle competenze organizzative e professionali degli operatori coinvolti nell'implementazione del PDTA (Knowledge Management con specializzazione e gestione delle competenze).

E.0 IMPLEMENTAZIONE

E.1 Draft, Pilot, Final

E.1.1 Procedura Implementazione Iniziale PDTA

Implementare il PDTA (Draft) in fase pilota (Pilot) per un periodo di tempo limitato e su un campione ristretto di pazienti prima venga validata la versione definitiva (Final).

E.2 Manutenzione

E.2.3 Manutenzione PDTA Draft e Pilot

Effettuare la manutenzione della versione Pilot PDTA con revisione di eventuali criticità intercettate.

E.3 Verifica, Approvazione, Validazione

E.3.5 Verifica Contenuto PDTA

Verifica contenuto metodologico-formale PDTA riportando le firme sul cartiglio sulla prima pagina.

E.3.6 Approvazione Contenuto Diagnostico-Terapeutico PDTA

Approvazione contenuto diagnostico/terapeutico PDTA riportando le firme sul cartiglio sulla prima pagina.

E.3.7 Approvazione Contenuto Assistenziale PDTA

Approvazione contenuto assistenziale PDTA riportando le firme sul cartiglio sulla prima pagina.

E.3.8 Validazione Contenuto PDTA

Validazione del PDTA prevedendo che il documento venga siglato sul cartiglio riportato sulla prima pagina.

E.4 Diffusione

E.4.9 Modalità Diffusione Interna PDTA

Diffusione interna del PDTA attraverso l'invio da parte della Segreteria a cui afferisce il Coordinatore/i Scientifico/i a tutte le S.C., S.S.D e S.S coinvolte nella implementazione del PDTA.

E.4.10 Modalità Diffusione Esterna PDTA

Diffusione esterna del PDTA (Carta dei Servizi, Internet, coinvolgimento Associazioni, etc.).

E.4.11 Pubblicazione PDTA

Pubblicazione del PDTA su sito intranet aziendale e/o su internet sulla base alla policy aziendale.

E.5 Formazione e Ricerca Finalizzata

E.5.13 Programmazione Formazione Operatori

Programmare di corsi di formazione ECM rivolti agli operatori sanitari e non, pazienti e caregiver centrati sulle principali innovazioni e modifiche rispetto alla pratica assistenziale corrente (Usual Care).

F.0 VALUTAZIONE

F.1 Monitoraggio Indicatori

F.1.1 Selezione Cruscotto Indicatori

Selezionare un cruscotto di Indicatori Clinici o di Patient Safety (Sicurezza del Paziente) ad alto contenuto informativo privilegiando quelli già presenti sul Portale di Governo Clinico di RL, PNE, Sant'Anna di Pisa, integrati dall'analisi campionaria della documentazione clinica; per ogni PDTA devono essere individuati, se pertinente, indicatori di processo e di esito, stratificati per sesso e genere.

A. Indicatori di Struttura: strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali.

B. Indicatori di Processo: appropriatezza, coinvolgimento stakeholder, equità di accesso.

C. Indicatori di Esito: clinici, economici, umanistici, sicurezza, efficacia, sicurezza.

F.1.2 Criteri Selezione Indicatori

Centrare gli indicatori sul Datawarehouse Regionale (Portale Governo Clinico), sulle raccomandazioni forti delle LLGG, sul DM 70/2015-DM 71/2022, sul PNE, su AGENAS, sulla mission della Direzione Strategica, sulle criticità della pratica assistenziale corrente (Usual Care), sugli obiettivi del PDTA, sulle priorità definite dal Gruppo di Lavoro (Working Group), sui Quality Statment-NICE, etc.

F.1.4 Definizione Numeratore/Denominatore

Definire per ciascun indicatore il numeratore (N) (criteri che soddisfano la raccomandazione da presidiare) ed il denominatore (D) (criteri che identificano i casi/pazienti osservati) (TAB 7.).

NOME INDICATORE 1		DESCRIZIONE
TIPOLOGIA	A.	STRUTTURA (Strutturali, Tecnologici, Organizzativi, Professionali)
	B.	PROCESSO (Appropriatezza, Coinvolgimento Stakeholder, Equità Accesso)
	C.	ESITO (Esiti, Economici, Umanistici) (Sicurezza, Efficacia, Efficienza)
1.	RACCOMANDAZIONE	Indicare la Raccomandazione su cui si basa l'Indicatore
2.	NORMATIVA	Indicare la Normativa su cui si basa l'Indicatore
3.	NUMERATORE	Criteri che soddisfano la Raccomandazione/Normativa da presidiare
4.	DENOMINATORE	Criteri che indentificano i casi/pazienti osservati
5.	FONTE DATI	Fonte dove recuperare i Dati relativi al Denominatore
6.	TARGET	Desiderabile o Accettabile (Dato di Partenza vs Dato da attendere)
7.	RESPONSABILE RILEVAZIONE	Nominativo Attore afferente alla S.C.
8.	FREQUENZA RILEVAZIONE	6, 18, 24 mesi, ...
9.	RISORSE IMPLEMENTAZIONE	Destinate alla implementazione della Raccomandazione/Normativa
10.	NOTE	Modalità della rilevazione

F.1.5 Correlazione Indicatori Normative Regionali/Nazionali

Posizionare gli Indicatori sulle Normative Nazionali e Regionali (Delibere Giunta Lombardia), laddove previsti.

F.1.6 Timing Monitoraggio Indicatori

Monitorare gli indicatori almeno ogni 6, 12, 24, 36 mesi per apportare eventuali revisioni al PDTA, salvo riscontro eventi avversi e/o emanazione nuove normative Stato-Regione (TAB 7.).

F.1.7 Definizione Benchmark Indicatori

Definire per ciascun indicatore un target (benchmark) “desiderabile_eccellenza” (la soglia a cui si tende, il livello più alto) o “accettabile_min” (la soglia al di sotto della quale non è possibile scendere) anche in funzione di un precedente dato di partenza se disponibile (TAB 7.).

TITOLO PDTA	Rev. 0 del 13.06.2022
	Pagina 15 di 16

F.1.8 Definizione Fonte Dati Indicatori

Definire per ciascun indicatore la fonte dei dati, il responsabile della rilevazione, la frequenza e le modalità della rilevazione (TAB 7.) concordando le modalità di estrazione dei flussi aggregati con l'Ufficio preposto.

F.1.10 Conduzione Audit Clinici

Condurre Audit Clinici Interni per valutare la conformità ai PDTA delle prestazioni sanitarie (Intervention) erogate e per la valutazione degli outcome.

F.1.11 Elaborazione Piano Miglioramento

Elaborare un Piano di Miglioramento (PM) per adeguamento PDTA e/o Ridefinizione Indicatori da riportare sul PDTA almeno ogni 12 mesi.

F.1.12 Codifica SDO PDTA

Riportare nel PDTA la codifica SDO e ambulatoriale di diagnosi e procedure per facilitare l'estrazione di flussi informativi aggregati

F.2 Incident Reporting

F.2.13 Monitoraggio EA/Near Miss/Eventi Sentinella PDTA

Monitorare l'insorgenza e/o persistenza di eventi avversi, sentinella, near miss correlati alla implementazione del PDTA da conservare a cura del Risk Manager e da utilizzare per eventuali modifiche del PDTA.

G.0 FOLLOW-UP

G.1 Reporting

G.1.1 Redazione Report Periodici

Redazione di report periodici da riportare in allegato separato dal PDTA che sia temporalmente correlato alle esigenze ed alla specificità del PDTA anche con il supporto del Project Manager, il Responsabile-PDTA (Patient Flow Manager) e Co-Responsabile-PDTA (Patient Flow CoManager) concernenti:

- Eventi sentinella, avversi e near miss;
- Audit clinici interni;
- Indicatori processo e di esito;
- Compliance degli operatori al PDTA;
- Grado di soddisfazione di pazienti e operatori a PDTA.

TAB. 00.	INDICE E ACRONIMI FIGURE CHIAVE (KEY FIGURE)	
PFM	PATIENT FLOW MANAGER	RESPONSABILE-PDTA
PFCOM	PATIENT FLOW-CO-MANAGER	CO-RESPONSABILE-PDTA
PFMT	PATIENT FLOW MANAGEMENT TEAM	GRUPPI MULTIDISCIPLINARE-MULTIPROFESSIONALE
PEM	PATIENT EXPERTIENCE MANAGER	RESPONSABILE ESPERIENZA DI CURA PAZIENTE
PG	PATIENT GROUP	GRUPPO DI PAZIENTI
PF	PATIENT FLOW	FLUSSO PAZIENTI
PJ	PATIENT JOURNEY	PERCORSO PAZIENTE
KF	KEY FIGURE	FIGURE CHIAVE
WG	WORKING GROUP	GRUPPO DI LAVORO
IPU	INTEGRATED PRACTICE UNIT	UNITÀ DI ASSISTENZA INTEGRATE

