



**MODELLO REGIONALE PER LA
COMPILAZIONE, IMPLEMENTAZIONE,
MONITORAGGIO E REVISIONE DEI
PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO
ASSISTENZIALI
- PDTA -**

INDICE			
0.	STORIA DOCUMENTO	1.	PRINCIPALI CARATTERISTICHE DOCUMENTO
		2.	AZIONI CORRETTIVE
		3.	PROGRAMMA D'INTENTI
		4.	PRODUZIONE DOCUMENTO
		5.	VERIFICA DOCUMENTO
		6.	APPROVAZIONE DOCUMENTO
		7.	VALIDAZIONE DOCUMENTO
		9.	DIFFUSIONE DOCUMENTO
		10.	VALIDITÀ DOCUMENTO
		11.	FORMAZIONE AZIENDALE
		12.	REVISIONE DOCUMENTO
		13.	ASSOCIAZIONI PAZIENTI
		14.	RICERCA FINALIZZATA
		15.	LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ
A.	SCREENING	1.	UNMET NEED
		2.	RILEVANZA GENERALE
		3.	MAPPATURA CONTESTO CLINICO-ORGANIZZATIVO
B.	PROGETTAZIONE	1.	GRUPPO DI LAVORO (WORKING GROUP) (WF1.)
		2.	TIME TASK MATRIX (WF1.)
		3.	OBIETTIVI, CRITICITÀ E AZIONI CORRETTIVE (WF 2.)
		4.	STRATIFICAZIONE (WF 3.)
		5.	SELEZIONE E VALUTAZIONE FONTI DOCUMENTALI (WF 4.)
C.	SVILUPPO	1.	MAPPATURA PROCESSI DI CURA (WF 5.)
		2.	PROGETTAZIONE PROCESSI DI CURA (WF 5., WF. 6)
		3.	PROGETTAZIONE WORKFLOW (WF 5.)
		4.	RETE CONDIVISIONE SAPERI (WF 5.)
		5.	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (WF 5.)
D.	RESPONSABILITÀ	1.	MATRICE ATTORI/ ATTIVITÀ (WF 7.)
		2.	EXPERTISE FIGURE CHIAVE (WF 7.)
E.	IMPLEMENTAZIONE	1.	DRAFT, PILOT, FINAL (WF 8.)
		2.	MANUTENZIONE (WF. 8.)
		3.	VERIFICA, APPROVAZIONE, VALIDAZIONE (WF. 8.)
		4.	DIFFUSIONE (WF. 8.)
		5.	FORMAZIONE E RICERCA FINALIZZATA (WF. 8.)
F.	VALUTAZIONE	1.	MONITORAGGIO INDICATORI (WF 9.)
		2.	INCIDENT REPORTING (WF 9.)
G.	FOLLOW-UP	1.	REPORT PERIODICI

0.	STORIA DOCUMENTO	Item Documentale -> Carattere Grassetto	CRM. Codice Riferimento Manuale
		Item Procedurale -> Carattere Normale	
CRM.	PARAGRAFO	DESCRIZIONE	
01.	HIGHLIGHT 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).	
02.	AZIONI CORRETTIVE	Elencare le principali azioni correttive realmente implementate nel nuovo PDTA rispetto alla pratica assistenziale corrente (Usual Care).	
03.	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.	
04.	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).	
05.	VERIFICA DOCUMENTO	Il percorso di cura viene sottoposto a processo di verifica formale e metodologica dal Responsabile Aziendale della Struttura Qualità.	
06.	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.	
07.	VALIDAZIONE DOCUMENTO	Il percorso di cura viene sottoposto a processo di validazione dal Direttore Sanitario e/o Sociosanitario prima di essere implementato.	
09.	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.)	
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.	
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.	
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.	
13.	ASSOCIAZIONI PAZIENTI	Riportare le Associazioni di Pazienti coinvolte nella produzione del documento.	
14.	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.	
15.	LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ	<p>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).</p> <p>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.</p>	

A.	SCREENING	Item Documentale -> Carattere Grassetto		CRM. Codice Riferimento Manuale
		Item Procedurale -> Carattere Normale		
1.	UNMET NEED (WF. 1.)	A1.	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.	
2.	RILEVANZA GENERALE (WF. 1.)	A2.	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.	
3.	MAPPATURA CONTESTO CLINICO- ORGANIZZATIVO (WF. 1.)	A3.	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.	PROGETTAZIONE	Item Documentale -> Carattere Grassetto		CRM. Codice Riferimento Manuale
		Item Procedurale -> Carattere Normale		
1.	GRUPPO DI LAVORO (WORKING GROUP) (WF. 1.)	B1.	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.	
		B2.	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.	
		B3.	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.	
		B4.	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.	
		B6.	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.	
2.	TIME TASK MATRIX (WF. 1.)	B7.	Ripartire le attività di progetto su un diagramma di Gantt/Time Task Matrix per evidenziare lo stato di avanzamento dei lavori nel tempo.	
		B9.	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.	
3.	OBIETTIVI, CRITICITÀ E AZIONI CORRETTIVE (WF. 2.)	B10.	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 acclarata condizione patologica, durante un periodo di tempo definito (E-P-A) tenendo nella massima considerazione i requisiti di sicurezza, appropriatezza, efficacia ed efficienza.	
		B11.	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”.	

		B12.	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.
		B13.	Definire le azioni correttive per ciascuna criticità riportata dal Gruppo di Lavoro (Working Group) affinché vengano implementate nel PDTA (TO BE).
		B16.	Rendicontare alla Direzione Generale la produzione/revisione di PDTA a valenza strategica affinché la compilazione dei percorsi di cura venga inserita, previo robusto commitment, negli obiettivi di budget delle Strutture/Dipartimenti coinvolti.
		B17.	Rendicontare alla Direzione Strategica le richieste per reperire risorse strutturali, tecnologiche, professionali, organizzative per l'attuazione delle azioni correttive previste nel PDTA.
4.	STRATIFICAZIONE (WF. 3.)	B18.	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).
		B19.	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.
		B20.	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.
5.	SELEZIONE E VALUTAZIONE FONTI DOCUMENTALI (WF. 4.)	B23.	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.
		B26.	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.).
		B27.	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.).
		B28.	Inserire una tabella riportante il glossario dei termini e degli acronimi, rispettivamente.

C.	SVILUPPO	Item Documentale -> Carattere Grassetto	CRM. Codice Riferimento Manuale
		Item Procedurale -> Carattere Normale	
1.	MAPPATURA PROCESSI DI CURA (WF. 5.)	C2.	<p>Aggregare su una timeline composta da un numero ben definito di macrofasi 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.</p>

2.	PROGETTAZIONE PROCESSI DI CURA (WF. 5., WF. 6.)	C3. Standardizzare la tipologia ed il posizionamento migliore possibile di ogni singola prestazione sanitaria (Intervention) in un numero definito di macrofasi 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 macrofasi e la declinazione delle diverse competenze fare riferimento ai modelli esemplificativi di PDTA aziendali/regionali allegati.
		C4. 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.
		C7. 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).
3.	PROGETTAZIONE WORKFLOW (WF. 5.)	C9. 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).
		C10. 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.
		C11. 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).
		C12. 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.).
		C16. 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.
		C17. Inserire nel documento, se pertinente, procedure, protocolli e checklist dedicate ad alcune macrofasi del PDTA.
		C18. Prevedere l'attivazione di una Fast Track dedicata a pazienti che necessitano di essere avviati con urgenza al PDTA.

4.	RETE CONDIVISIONE SAPERI (WF. 5.)	C20.	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.
		C21.	Definire i requisiti di attivazione visita specialistica per facilitare la condivisione integrata del processo di cura tra i diversi professionisti.
		C22.	Prevedere, quando pertinente e/o ritenuta necessaria, l'introduzione della Visita Multidisciplinare e Multiprofessionale da implementare nelle diverse specifiche macrofasi del PDTA.
		C23.	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.
		C25.	Verificare che al termine della redazione del PDTA le criticità inizialmente identificate siano state risolte e gli obiettivi, generali e specifici, realmente raggiunti.
		C27.	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.
5.	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO (WF. 5.)	C32.	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.	RESPONSABILITÀ	Item Documentale -> Carattere Grassetto		CRM. Codice Riferimento Manuale
		Item Procedurale -> Carattere Normale		
1.	MATRICE ATTORI/ATTIVITÀ (WF. 7.)	D1.	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.).	
2.	EXPERTISE FIGURE CHIAVE (WF. 7.)	D4.	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.	IMPLEMENTAZIONE	Item Documentale -> Carattere Grassetto		CRM. Codice Riferimento Manuale
		Item Procedurale -> Carattere Normale		
1.	DRAFT, PILOT, FINAL (WF. 8.)	E1.	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).	
2.	MANUTENZIONE (WF. 8.)	E3.	Effettuare la manutenzione della versione Pilot PDTA con revisione di eventuali criticità intercettate.	
3.	VERIFICA, APPROVAZIONE, VALIDAZIONE (WF. 8.)	E5.	Verifica contenuto metodologico-formale PDTA riportando le firme sul cartiglio sulla prima pagina.	
		E6.	Approvazione contenuto diagnostico/terapeutico PDTA riportando le firme sul cartiglio sulla prima pagina..	
		E7.	Approvazione contenuto assistenziale PDTA riportando le firme sul cartiglio sulla prima pagina..	
		E8.	Validazione del PDTA prevedendo che il documento venga siglato sul cartiglio riportato sulla prima pagina.	
4.	DIFFUSIONE (WF. 8.)	E9.	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.	
		E10.	Diffusione esterna del PDTA (Carta dei Servizi, Internet, coinvolgimento Associazioni, etc.).	
		E11.	Pubblicazione del PDTA su sito intranet aziendale e/o su internet sulla base alla policy aziendale.	
5.	FORMAZIONE E RICERCA FINALIZZATA (WF. 8.)	E13.	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.	VALUTAZIONE	Item Documentale -> Carattere Grassetto		CRM. Codice riferimento manuale
		Item Procedurale -> Carattere Normale		
1.	MONITORAGGIO INDICATORI (WF. 9.)	F1.	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.	
			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.	
		F2.	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.	
		F4.	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.).	
		F5.	Posizionare gli Indicatori sulle Normative Nazionali e Regionali (Delibere Giunta Lombardia), laddove previsti.	
		F6.	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.).	
		F7.	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.).	
		F8.	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.	
		F10.	Condurre Audit Clinici Interni per valutare la conformità ai PDTA delle prestazioni sanitarie (Intervention) erogate e per la valutazione degli outcome.	
		F11.	Elaborare un Piano di Miglioramento (PM) per adeguamento PDTA e/o Ridefinizione Indicatori da riportare sul PDTA almeno ogni 12 mesi.	
			F12.	Riportare nel PDTA la codifica SDO e ambulatoriale di diagnosi e procedure per facilitare l’estrazione di flussi informativi aggregati.
2.	INCIDENT REPORTING (WF. 9.)	F13.	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.	FOLLOW-UP	Item Documentale -> Carattere Grassetto		CRM. Codice Riferimento Manuale
		Item Procedurale -> Carattere Normale		
1.	REPORT PERIODICI	G1.	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.	
ALLEGATO ALLA PRESENTE GUIDA, IL FORMAT DA COMPLETARE PER REDIGERE IL PDTA SECONDO GLI ITEM FINO A QUI DESCRITTI				

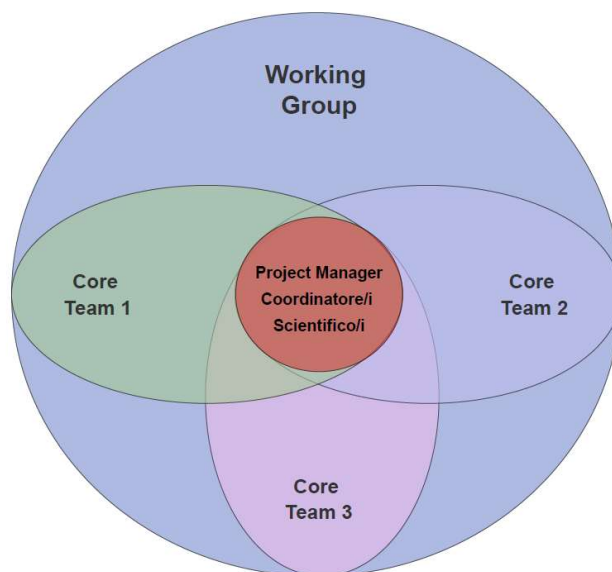


FIG. 1.

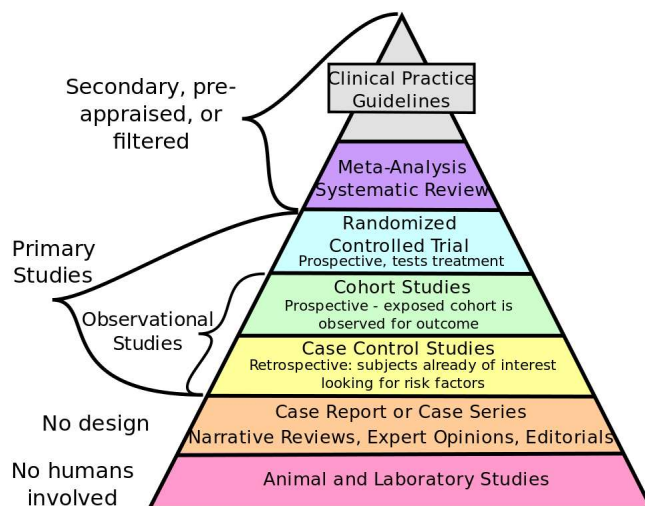


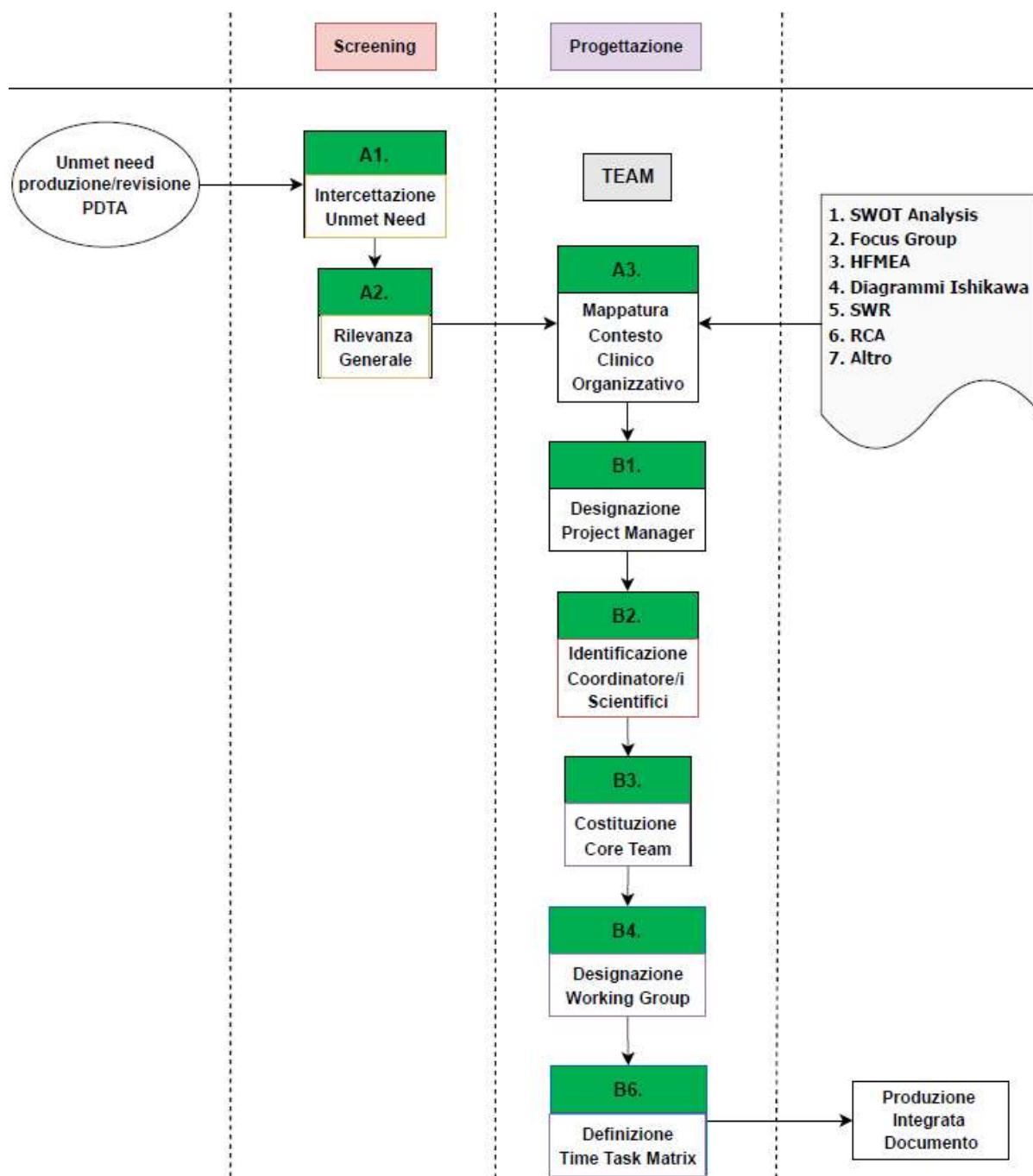
FIG. 2.

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

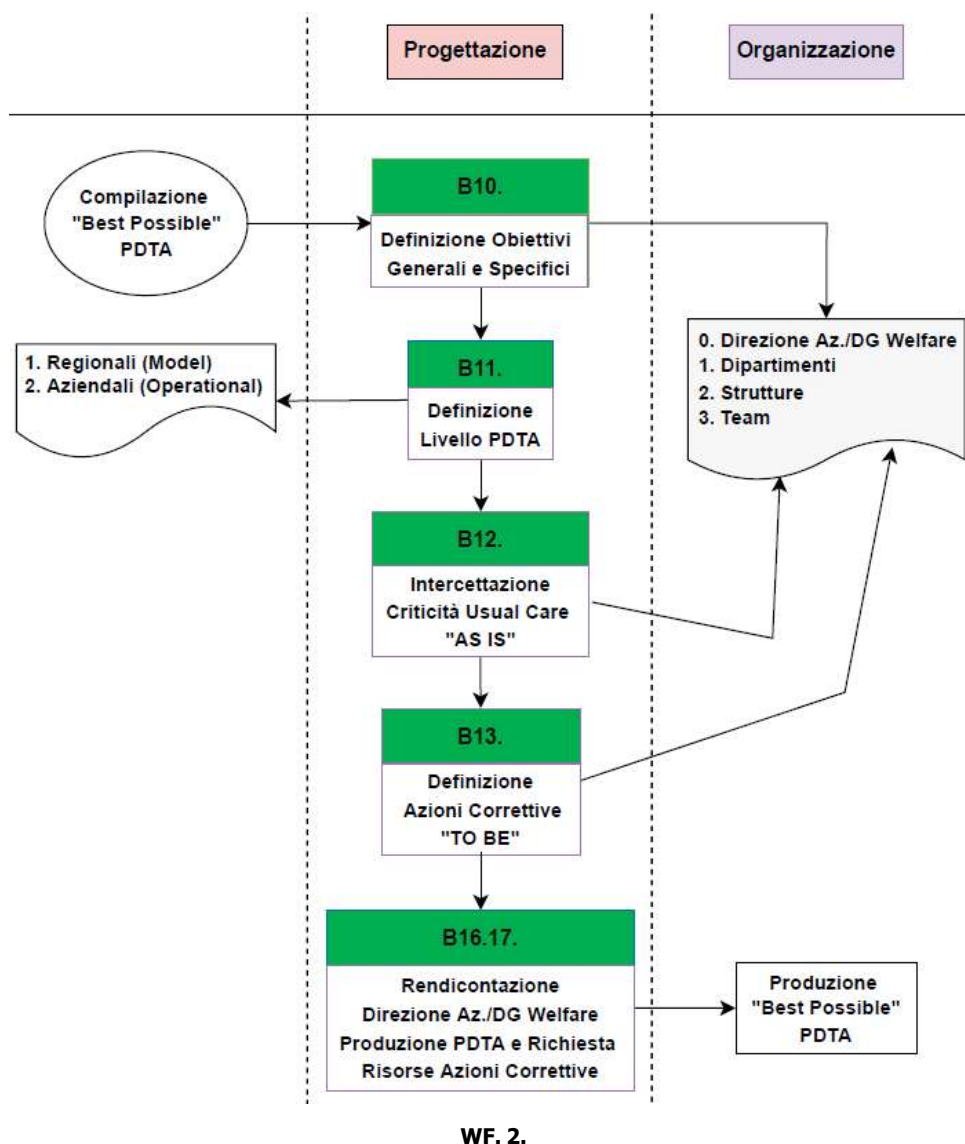
TAB. 00.

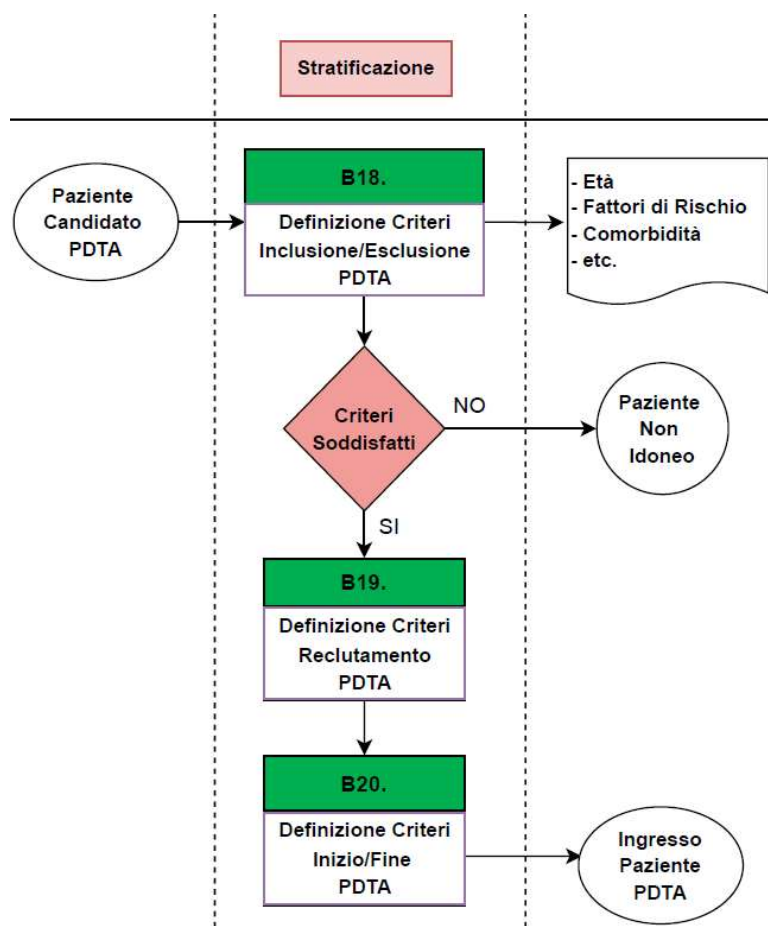
NOME INDICATORE 1		DESCRIZIONE
TIPOLOGIA	A.	STRUTTURA (Strutturali, Tecnologici, Organizzativi, Professionali)
	B.	PROCESSO (Appropriatezza, Coinvolgimento Stakeholder, Equità Accesso)
	C.	ESITO (Esiti, Economici, Umanistici) (Sicurezza, Efficacia, Efficienza)
0.	CODICE PORTALE REGIONALE	Es. OBJ04
1.	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.	FORTE 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

TAB. 7.

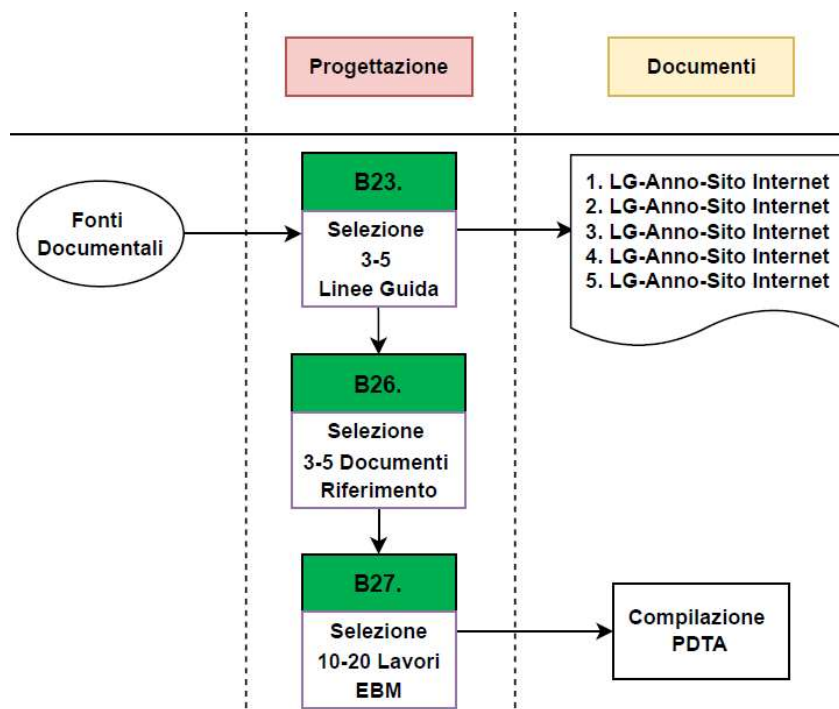


WF. 1.

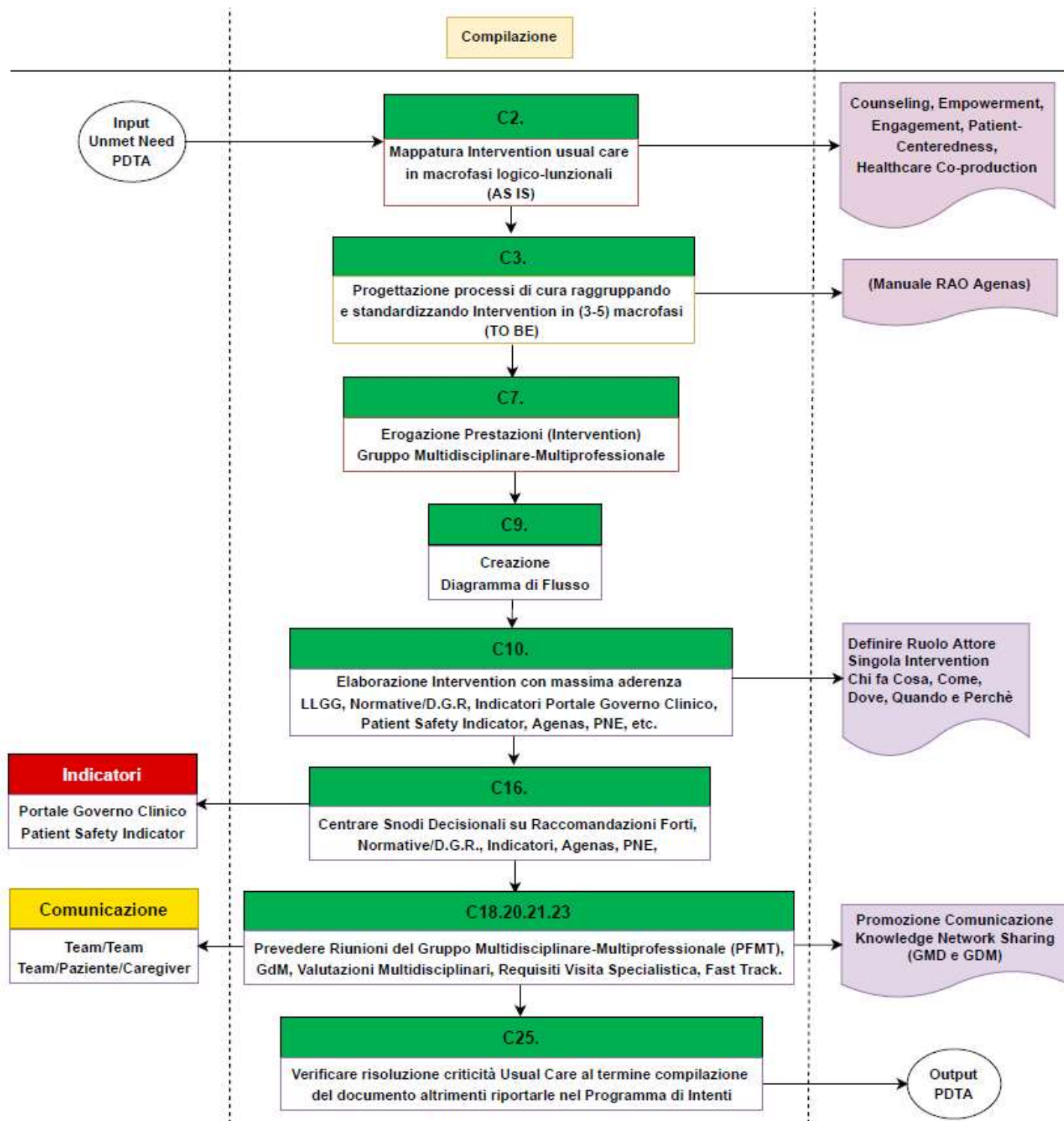




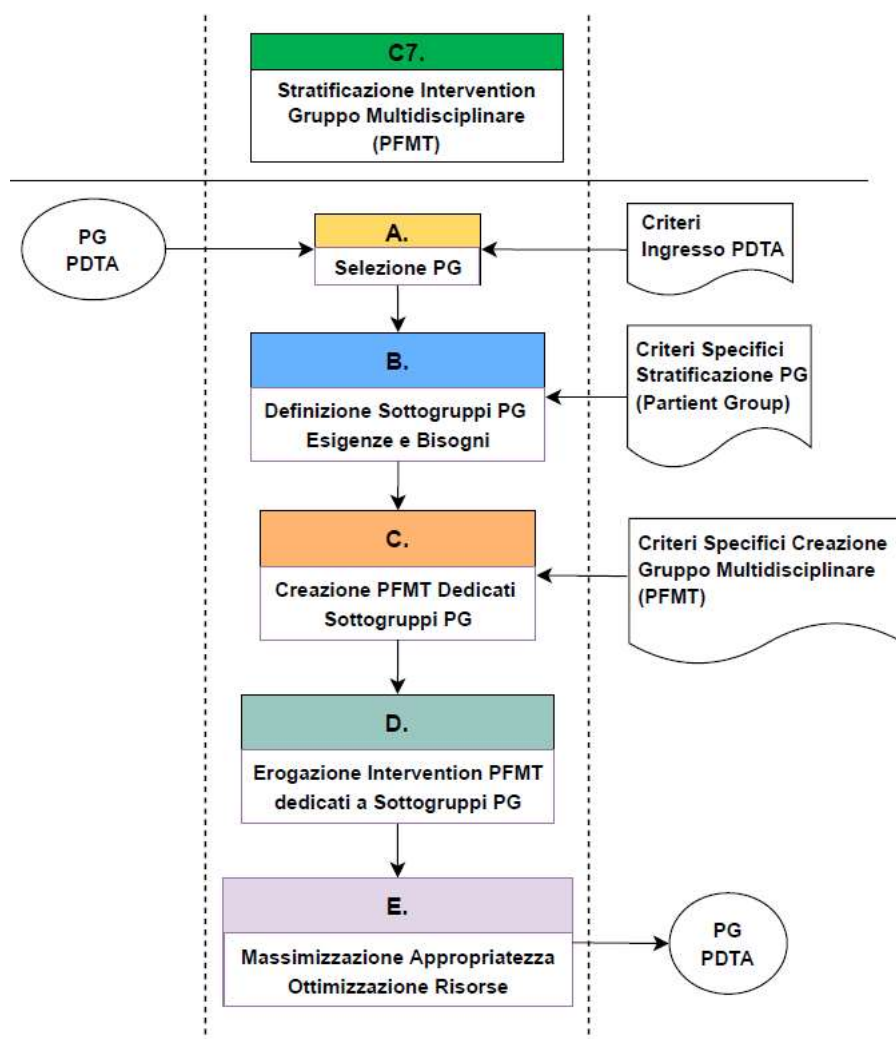
WF 3.



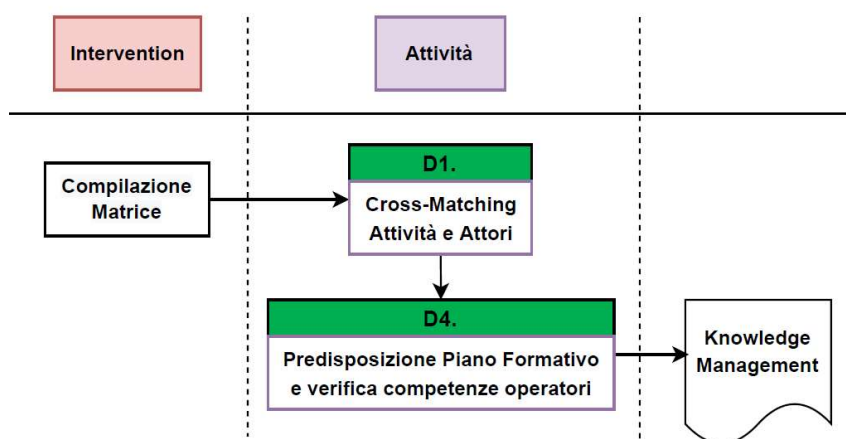
WF 4.



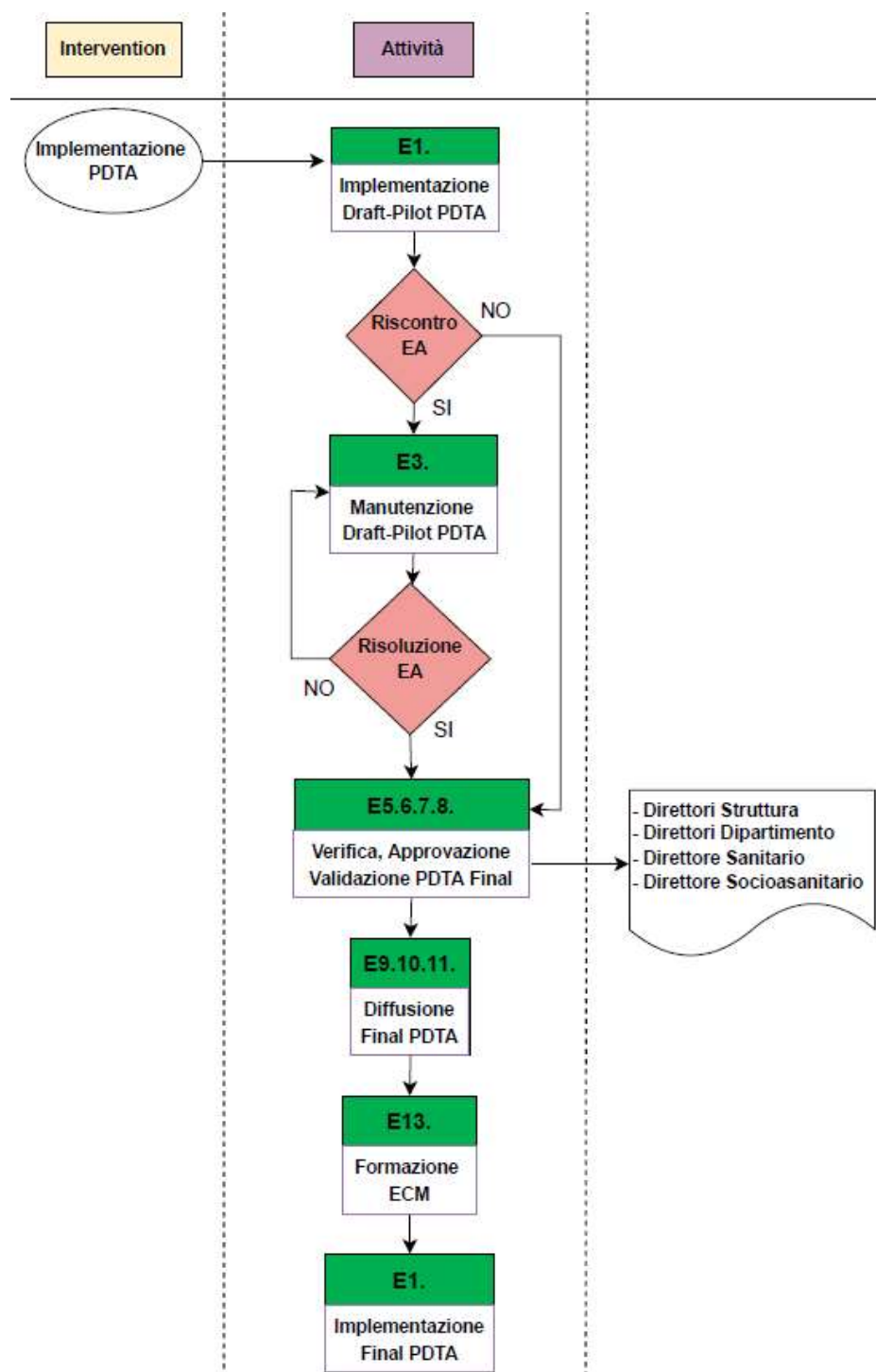
WF. 5.



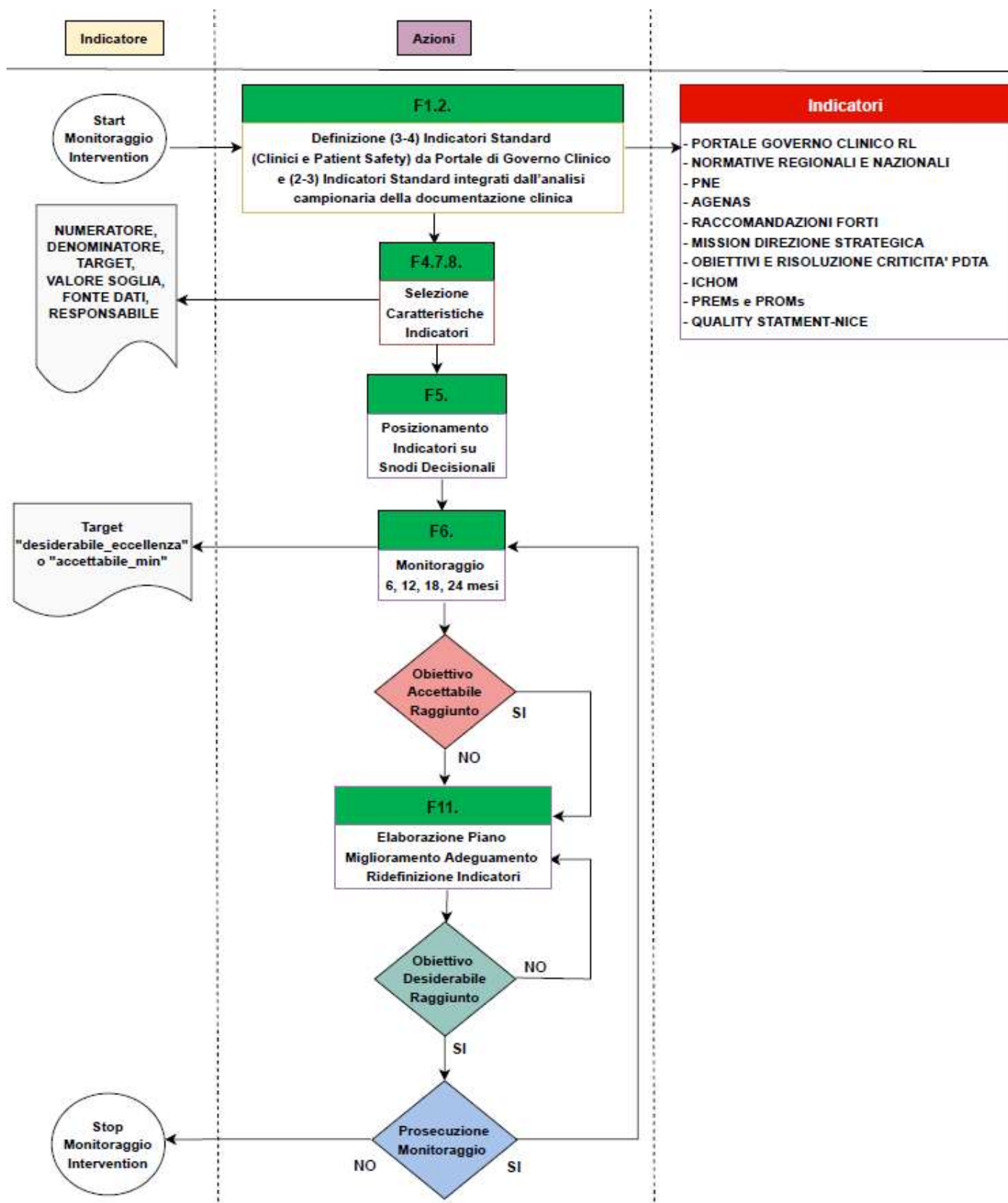
WF. 6.



WF. 7.



WF. 8.



WF. 9.