



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 6530

Seduta del 20/06/2022

Presidente

**ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali

LETIZIA MORATTI *Vice Presidente*

STEFANO BOLOGNINI

DAVIDE CARLO CAPARINI

RAFFAELE CATTANEO

RICCARDO DE CORATO

MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI

PIETRO FORONI

STEFANO BRUNO GALLI

GUIDO GUIDESI

ALESSANDRA LOCATELLI

LARA MAGONI

ALESSANDRO MATTINZOLI

FABIO ROLFI

FABRIZIO SALA

MASSIMO SERTORI

CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta dell'Assessore Letizia Moratti

Oggetto:

MODELLO REGIONALE PER L'ATTUAZIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALI -  
PDTA

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Giovanni Pavesi

Il Dirigente Matteo Corradin

L'atto si compone di 105 pagine

di cui 101 pagine di allegati

parte integrante



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

**PREMESSO** che:

- l'utilizzo e l'implementazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) consente il monitoraggio di efficacia ed efficienza dei servizi offerti per specifiche categorie di bisogni o condizioni di salute migliorando la qualità delle cure e l'uniformità dell'assistenza sanitaria sul territorio;
- che i PDTA sono interventi complessi finalizzati alla condivisione di processi decisionali consequenziali standardizzati e mirati all'organizzazione dell'assistenza a gruppi specifici di pazienti, durante un periodo di tempo ben definito, da parte di un team multidisciplinare operante in differenti contesti organizzativi;

**VISTO** il Decreto Interministeriale n. 70 del 2/04/2015 "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*" nel quale all'allegato 1, prevede che in una visione integrata dell'assistenza sanitaria, l'ospedale assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera;

**VISTA** la L.R. n. 33/2009 "*Testo Unico delle leggi regionali in materia di Sanità*" e s.m.i., la quale all'art. 37 stabilisce che al fine di garantire il miglior funzionamento delle reti clinico-assistenziali, devono essere definiti i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e il loro aggiornamento in base alle evidenze scientifiche;

**RICHIAMATA** la DGR XI/6387 del 16/05/2022 "*Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022*", in cui è prevista l'elaborazione di un format regionale che supporti le strutture sanitarie e socio-sanitarie nella produzione e revisione dei PDTA;

**RICHIAMATA** la nota protocollo G1.2022.0010096 del 16/02/2022, di costituzione del gruppo di lavoro regionale multidisciplinare e multiprofessionale comprendente rappresentanti dell'area sanitaria e socio-sanitaria pubblica e privata accreditata nonché dell'area universitaria, individuato per la definizione del format regionale dei PDTA;

**CONSIDERATO** che tra i principali obiettivi dei PDTA vi è quello di incrementare il livello di sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza terapeutico-assistenziale delle cure per un numero maggiore possibile di pazienti, attraverso l'implementazione delle migliori evidenze scientifiche (raccomandazioni



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

ministeriali, linee guida, buone pratiche cliniche, etc..);

**RITENUTO** pertanto di approvare i documenti allegati quali parti integranti del presente provvedimento:

- *“Modello regionale per la compilazione, implementazione, monitoraggio e revisione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali- PDTA” con l'apposito format, nel quale predisporre il percorso di cura seguendo le indicazioni fornite dagli item operativi e compilativi in esso contenuti e l'executive summary per la pre-produzione e/o la revisione dei PDTA;*
- *“Manuale generale” inteso come documento di approfondimento da utilizzare qualora il PDTA, in base al contesto clinico-organizzativo, presenti elevati livelli di complessità come ad esempio nei PDTA a valenza regionale;*

**RITENUTO** altresì che l'adozione del presente documento da parte delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, sia in ambito ospedaliero che territoriale/distrettuale, pubbliche e private accreditate a contratto, sarà accompagnata da specifica formazione pianificata a livello regionale che vedrà il coinvolgimento delle Strutture Qualità/Rischio Clinico e delle Direzioni Strategiche, sulla base delle indicazioni che saranno fornite dalla Direzione Generale Welfare;

**DATO ATTO** che il documento dovrà trovare applicazione in primis nella revisione dei PDTA già esistenti e successivamente, in quelli di nuova produzione legati all'interfaccia ospedale-territorio e che saranno indicati con successivo atto della Direzione Generale Welfare;

**VISTA** la L.R. n. 20/2008 “Testo unico delle Leggi regionali in materia di Organizzazione e Personale”, nonché i provvedimenti organizzativi della XI legislatura;

**VALUTATE** ed assunte come proprie le determinazioni menzionate;

**A VOTI UNANIMI** espressi ai sensi di legge;

### DELIBERA

1. di approvare i documenti allegati parti integrati del presente provvedimento:
  - *“Modello regionale per la compilazione, implementazione, monitoraggio e revisione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali- PDTA” con*



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

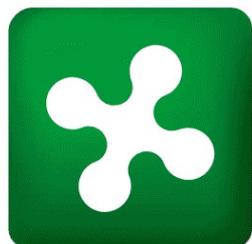
---

- l'apposito *format*, nel quale predisporre il percorso di cura seguendo le indicazioni fornite dagli item operativi e compilativi in esso contenuti e l'*executive summary* per la pre-produzione e/o la revisione dei PDTA;
- “*Manuale generale*” inteso come documento di approfondimento da utilizzare qualora il PDTA, in base al contesto clinico-organizzativo, presenti elevati livelli di complessità come ad esempio nei PDTA a valenza regionale;
2. di dare atto che i documenti in argomento consentono, attraverso un approccio integrato, multidisciplinare, multiprofessionale, trasversale di uniformare produzione, monitoraggio e revisione dei percorsi di cura presso le strutture sanitarie e sociosanitarie, sia in ambito ospedaliero che territoriale/distrettuale, pubbliche e private accreditate a contratto;
  3. di dare atto, altresì, che l'adozione del documento prevederà idonea formazione a livello regionale e troverà applicazione, in primis, nella revisione dei PDTA già esistenti ed in quelli di nuova produzione con particolare riferimento a quelli strategici e/o finalizzati a presidiare l'interfaccia ospedale-territorio/distretto che saranno indicati con successivo atto della Direzione Generale Welfare;
  4. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul sito internet di Regione Lombardia;
  5. di attestare che il presente atto non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del D.Lgs 33/2013.

IL SEGRETARIO

ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge



Regione  
Lombardia

---

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

---

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

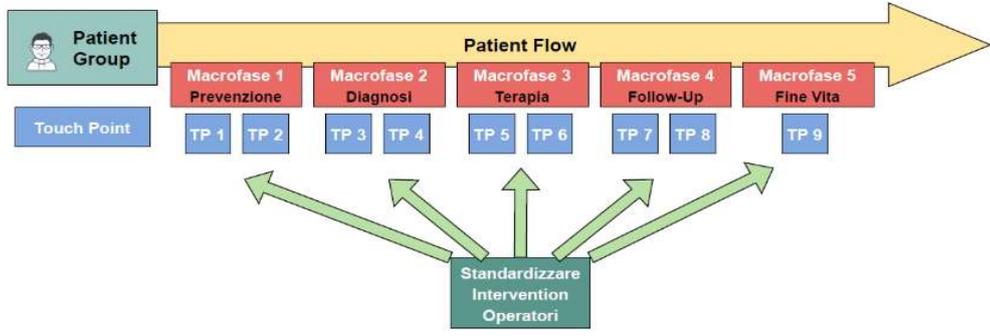
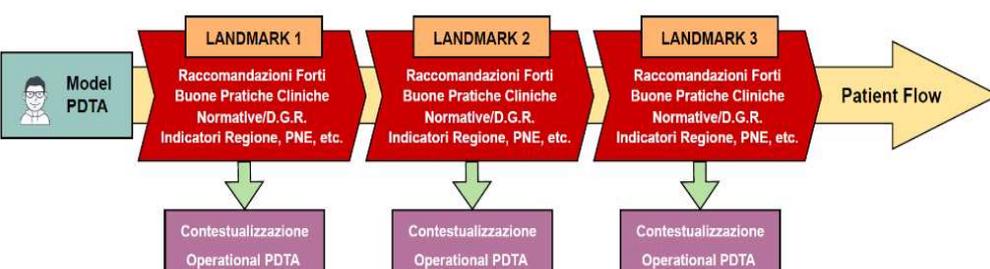
0.	STORIA DOCUMENTO	Item Documentale -> Carattere Grassetto	CRM. Codice Riferimento Manuale
		Item Procedurale -> Carattere Normale	
CRM.	PARAGRAFO	DESCRIZIONE	
01.	HIGHLIGHT DOCUMENTO	Riportare gli interventi chiave (Key Intervention) che maggiormente impattano sulla qualità del PDTA con riferimento 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><b>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).</b></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>	

<b>A.</b>	<b>SCREENING</b>	Item Documentale -> Carattere Grassetto	CRM. Codice Riferimento Manuale
		Item Procedurale -> Carattere Normale	
<b>1.</b>	<b>UNMET NEED</b> (WF. 1.)	<b>A1.</b>	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.
<b>2.</b>	<b>RILEVANZA GENERALE</b> (WF. 1.)	<b>A2.</b>	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.
<b>3.</b>	<b>MAPPATURA CONTESTO CLINICO-ORGANIZZATIVO</b> (WF. 1.)	<b>A3.</b>	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>B.</b>	<b>PROGETTAZIONE</b>	Item Documentale -> Carattere Grassetto	CRM. Codice Riferimento Manuale
		Item Procedurale -> Carattere Normale	
<b>1.</b>	<b>GRUPPO DI LAVORO (WORKING GROUP)</b> (WF. 1.)	<b>B1.</b>	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>B2.</b>	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>B3.</b>	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>B4.</b>	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.
		<b>B6.</b>	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.
<b>2.</b>	<b>TIME TASK MATRIX</b> (WF. 1.)	<b>B7.</b>	Ripartire le attività di progetto su un diagramma di Gantt/Time Task Matrix per evidenziare lo stato di avanzamento dei lavori nel tempo.
		<b>B9.</b>	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.</b>	<b>OBIETTIVI, CRITICITÀ E AZIONI CORRETTIVE</b> (WF. 2.)	<b>B10.</b>	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.
		<b>B11.</b>	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>B12.</b>	<b>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>
		<b>B13.</b>	Definire le azioni correttive per ciascuna criticità riportata dal Gruppo di Lavoro (Working Group) affinché vengano implementate nel PDTA (TO BE).
		<b>B16.</b>	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.
		<b>B17.</b>	Rendicontare alla Direzione Strategica le richieste per reperire risorse strutturali, tecnologiche, professionali, organizzative per l'attuazione delle azioni correttive previste nel PDTA.
<b>4.</b>	<b>STRATIFICAZIONE (WF. 3.)</b>	<b>B18.</b>	<b>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>
		<b>B19.</b>	<b>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>
		<b>B20.</b>	<b>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.</b>
<b>5.</b>	<b>SELEZIONE E VALUTAZIONE FONTI DOCUMENTALI (WF. 4.)</b>	<b>B23.</b>	<b>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.</b>
		<b>B26.</b>	<b>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>
		<b>B27.</b>	<b>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.).</b>
		<b>B28.</b>	<b>Inserire una tabella riportante il glossario dei termini e degli acronimi, rispettivamente.</b>

<b>C.</b>	<b>SVILUPPO</b>	<b>Item Documentale -&gt; Carattere Grassetto</b>	<b>CRM. Codice Riferimento Manuale</b>
		Item Procedurale -> Carattere Normale	
<b>1.</b>	<b>MAPPATURA PROCESSI DI CURA (WF. 5.)</b>	<b>C2.</b>	<p><b>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.</b></p>

<p><b>2.</b></p> <p><b>PROGETTAZIONE PROCESSI DI CURA</b> (WF. 5., WF. 6.)</p>	<p><b>C3.</b></p>	<p><b>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.</b></p> 
	<p><b>C4.</b></p>	<p>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.</p>
	<p><b>C7.</b></p>	<p>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).</p>
<p><b>3.</b></p> <p><b>PROGETTAZIONE WORKFLOW</b> (WF. 5.)</p>	<p><b>C9.</b></p>	<p><b>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).</b></p>
	<p><b>C10.</b></p>	<p><b>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.</b></p> 
<p><b>C11.</b></p>		<p><b>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).</b></p>
<p><b>C12.</b></p>		<p><b>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.).</b></p>
<p><b>C16.</b></p>		<p><b>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.</b></p>
<p><b>C17.</b></p>		<p>Inserire nel documento, se pertinente, procedure, protocolli e checklist dedicate ad alcune macrofasi del PDTA.</p>
<p><b>C18.</b></p>		<p>Prevedere l'attivazione di una Fast Track dedicata a pazienti che necessitano di essere avviati con urgenza al PDTA.</p>

4.	<b>RETE CONDIVISIONE SAPERI</b> (WF. 5.)	<b>C20.</b>	Programmare riunioni a cadenza settimanale (Consulta 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.
		<b>C21.</b>	<b>Definire i requisiti di attivazione visita specialistica per facilitare la condivisione integrata del processo di cura tra i diversi professionisti.</b>
		<b>C22.</b>	Prevedere, quando pertinente e/o ritenuta necessaria, l'introduzione della Visita Multidisciplinare e Multiprofessionale da implementare nelle diverse specifiche macrofasi del PDTA.
		<b>C23.</b>	<b>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.</b>
		<b>C25.</b>	Verificare che al termine della redazione del PDTA le criticità inizialmente identificate siano state risolte e gli obiettivi, generali e specifici, realmente raggiunti.
		<b>C27.</b>	<b>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.</b>
5.	<b>CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO</b> (WF. 5.)	<b>C32.</b>	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 telemonitoraggio, 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.	<b>RESPONSABILITÀ</b>	Item Documentale -> Carattere Grassetto	
		Item Procedurale -> Carattere Normale	CRM. Codice Riferimento Manuale
1.	<b>MATRICE ATTORI/ATTIVITÀ</b> (WF. 7.)	<b>D1.</b>	<b>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.).</b>
2.	<b>EXPERTISE FIGURE CHIAVE</b> (WF. 7.)	<b>D4.</b>	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.	<b>IMPLEMENTAZIONE</b>	Item Documentale -> Carattere Grassetto	
		Item Procedurale -> Carattere Normale	CRM. Codice Riferimento Manuale
1.	<b>DRAFT, PILOT, FINAL</b> (WF. 8.)	<b>E1.</b>	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.	<b>MANUTENZIONE</b> (WF. 8.)	<b>E3.</b>	Effettuare la manutenzione della versione Pilot PDTA con revisione di eventuali criticità intercettate.
3.	<b>VERIFICA, APPROVAZIONE, VALIDAZIONE</b> (WF. 8.)	<b>E5.</b>	Verifica contenuto metodologico-formale PDTA riportando le firme sul cartiglio sulla prima pagina.
		<b>E6.</b>	Approvazione contenuto diagnostico/terapeutico PDTA riportando le firme sul cartiglio sulla prima pagina..
		<b>E7.</b>	Approvazione contenuto assistenziale PDTA riportando le firme sul cartiglio sulla prima pagina..
		<b>E8.</b>	Validazione del PDTA prevedendo che il documento venga siglato sul cartiglio riportato sulla prima pagina.
4.	<b>DIFFUSIONE</b> (WF. 8.)	<b>E9.</b>	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.
		<b>E10.</b>	Diffusione esterna del PDTA (Carta dei Servizi, Internet, coinvolgimento Associazioni, etc.).
		<b>E11.</b>	Pubblicazione del PDTA su sito intranet aziendale e/o su internet sulla base alla policy aziendale.
5.	<b>FORMAZIONE E RICERCA FINALIZZATA</b> (WF. 8.)	<b>E13.</b>	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).

<b>F.</b>	<b>VALUTAZIONE</b>	Item Documentale -> Carattere Grassetto			
		Item Procedurale -> Carattere Normale	CRM. Codice riferimento manuale		
<b>1.</b>	<b>MONITORAGGIO INDICATORI</b> (WF. 9.)	<b>F1.</b>	<b>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.</b>		
			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.
				<b>F2.</b>	Centrare gli indicatori sul Datawarehouse Regionale (Portale Governo Clinico), sulle raccomandazioni forti delle <b>LLGG</b> , 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.
				<b>F4.</b>	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.).
				<b>F5.</b>	Posizionare gli Indicatori sulle Normative Nazionali e Regionali (Delibere Giunta Lombardia), laddove previsti.
				<b>F6.</b>	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.).
				<b>F7.</b>	<b>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.).</b>
				<b>F8.</b>	<b>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.</b>
				<b>F10.</b>	Condurre Audit Clinici Interni per valutare la conformità ai PDTA delle prestazioni sanitarie (Intervention) erogate e per la valutazione degli outcome.
				<b>F11.</b>	Elaborare un Piano di Miglioramento (PM) per adeguamento PDTA e/o Ridefinizione Indicatori da riportare sul PDTA almeno ogni 12 mesi.
		<b>F12.</b>	<b>Riportare nel PDTA la codifica SDO e ambulatoriale di diagnosi e procedure per facilitare l'estrazione di flussi informativi aggregati.</b>		
<b>2.</b>	<b>INCIDENT REPORTING</b> (WF. 9.)	<b>F13.</b>	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.		

<b>G.</b>	<b>FOLLOW-UP</b>	Item Documentale -> Carattere Grassetto	
		Item Procedurale -> Carattere Normale	CRM. Codice Riferimento Manuale
<b>1.</b>	<b>REPORT PERIODICI</b>	<b>G1.</b>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eventi sentinella, avversi e near miss;</li> <li>- Audit clinici interni;</li> <li>- Indicatori processo e di esito;</li> <li>- Compliance degli operatori al PDTA;</li> <li>- Grado di soddisfazione di pazienti e operatori a PDTA.</li> </ul>
ALLEGATO ALLA PRESENTE GUIDA, IL FORMAT DA COMPLETARE PER REDIGERE IL PDTA SECONDO GLI ITEM FINO A QUI DESCRITTI			

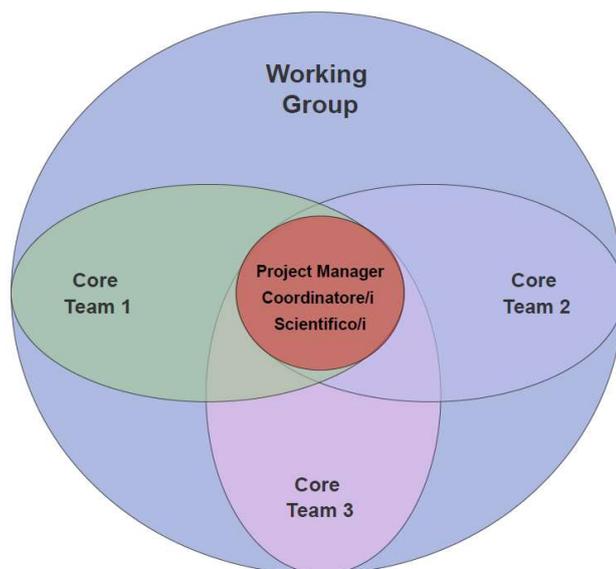


FIG. 1.

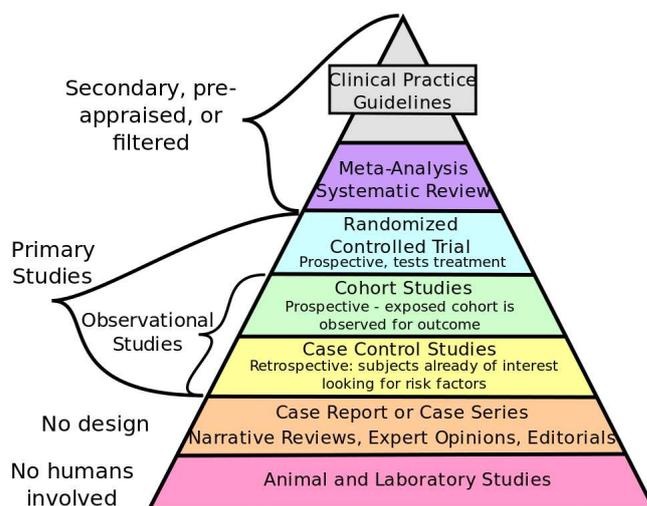


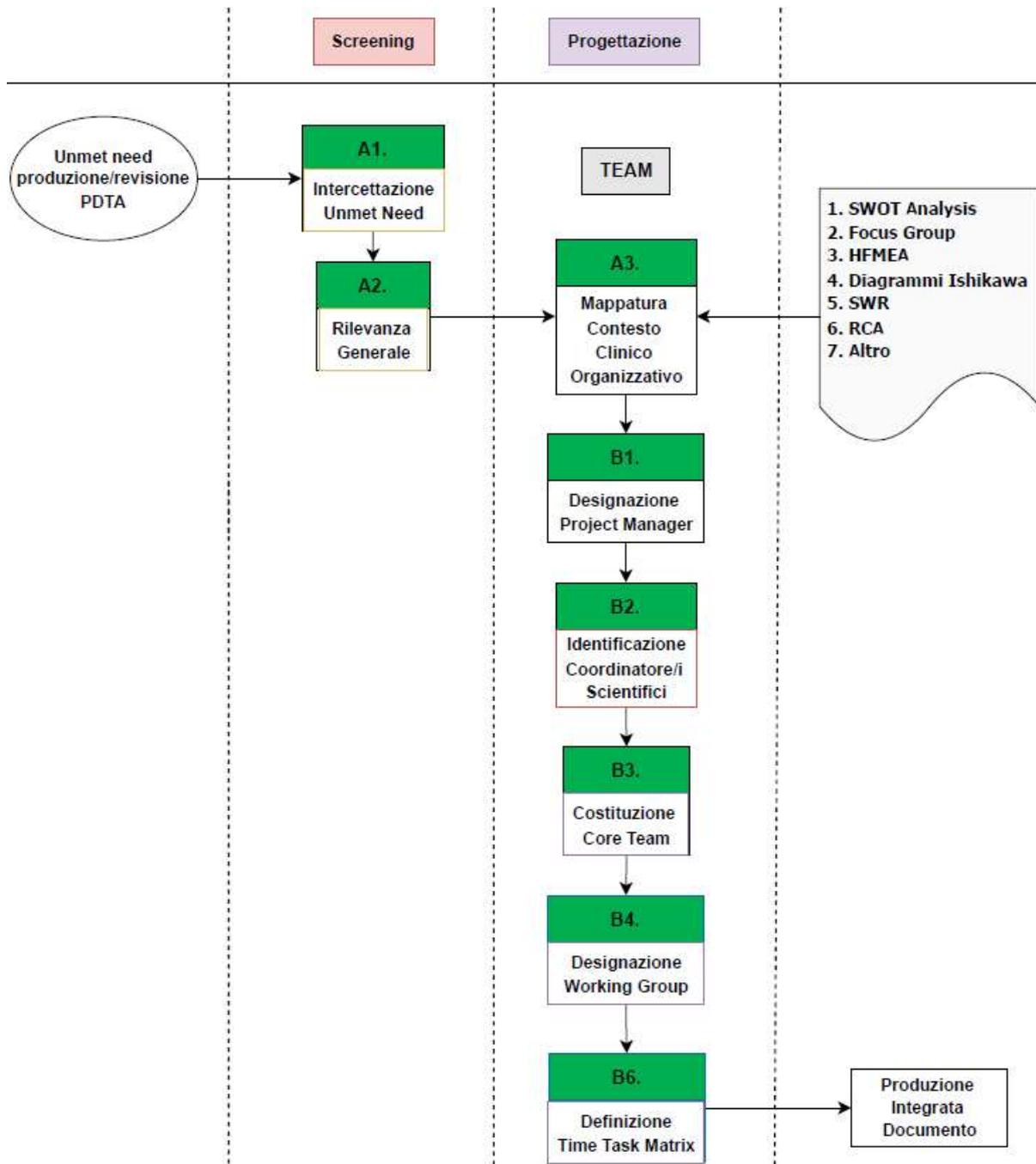
FIG. 2.

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

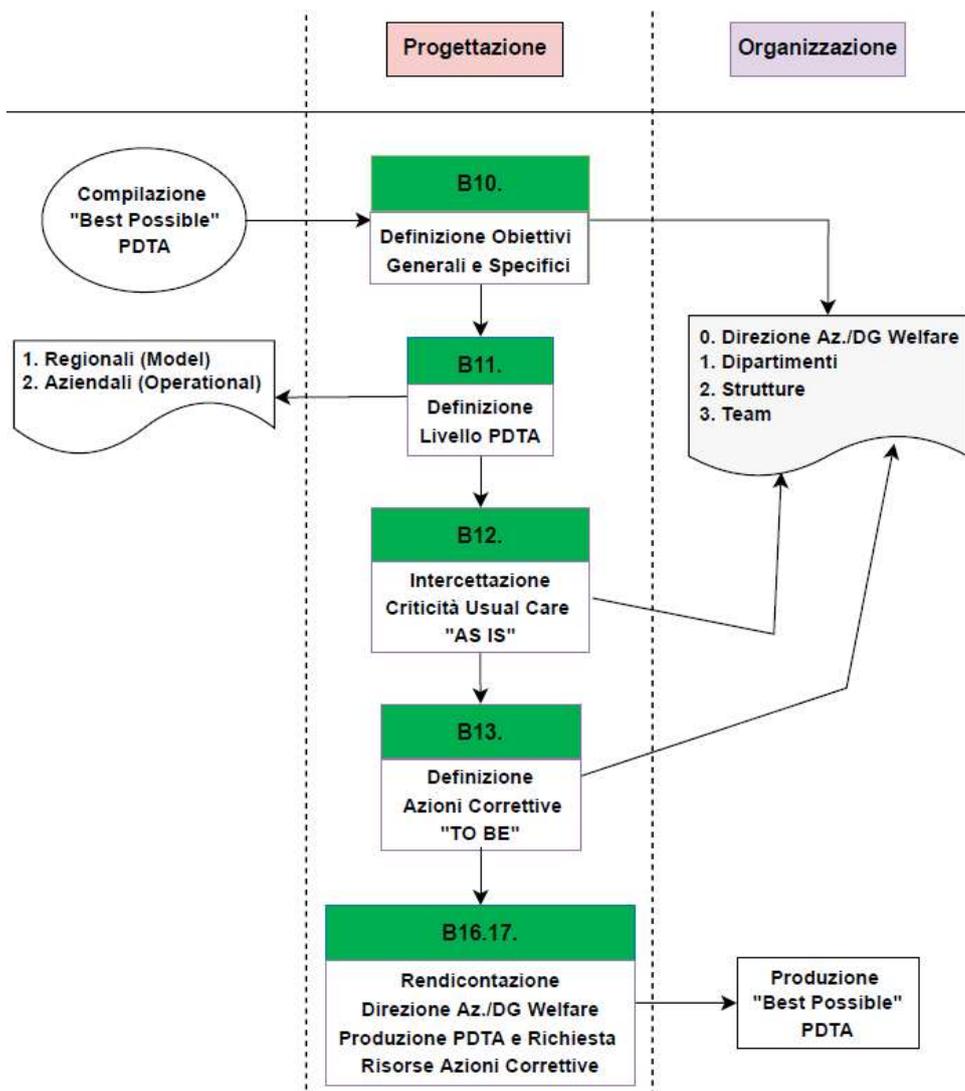
TAB. 00.

<b>NOME INDICATORE 1</b>		<b>DESCRIZIONE</b>
<b>TIPOLOGIA</b>	<b>A.</b>	<b>STRUTTURA</b> (Strutturali, Tecnologici, Organizzativi, Professionali)
	<b>B.</b>	<b>PROCESSO</b> (Appropriatezza, Coinvolgimento Stakeholder, Equità Accesso)
	<b>C.</b>	<b>ESITO</b> (Esiti, Economici, Umanistici) (Sicurezza, Efficacia, Efficienza)
<b>0.</b>	<b>CODICE PORTALE REGIONALE</b>	Es. OBJ04
<b>1.</b>	<b>RACCOMANDAZIONE</b>	Indicare la Raccomandazione su cui si basa l'Indicatore
<b>2.</b>	<b>NORMATIVA</b>	Indicare la Normativa su cui si basa l'Indicatore
<b>3.</b>	<b>NUMERATORE</b>	Criteri che soddisfano la Raccomandazione/Normativa da presidiare
<b>4.</b>	<b>DENOMINATORE</b>	Criteri che indentificano i casi/pazienti osservati
<b>5.</b>	<b>FORTE DATI</b>	Fonte dove recuperare i Dati relativi al Denominatore
<b>6.</b>	<b>TARGET</b>	Desiderabile o Accettabile (Dato di Partenza vs Dato da attendere)
<b>7.</b>	<b>RESPONSABILE RILEVAZIONE</b>	Nominativo Attore afferente alla S.C.
<b>8.</b>	<b>FREQUENZA RILEVAZIONE</b>	6, 18, 24 mesi, ...
<b>9.</b>	<b>RISORSE IMPLEMENTAZIONE</b>	Destinate alla implementazione della Raccomandazione/Normativa
<b>10.</b>	<b>NOTE</b>	Modalità della rilevazione

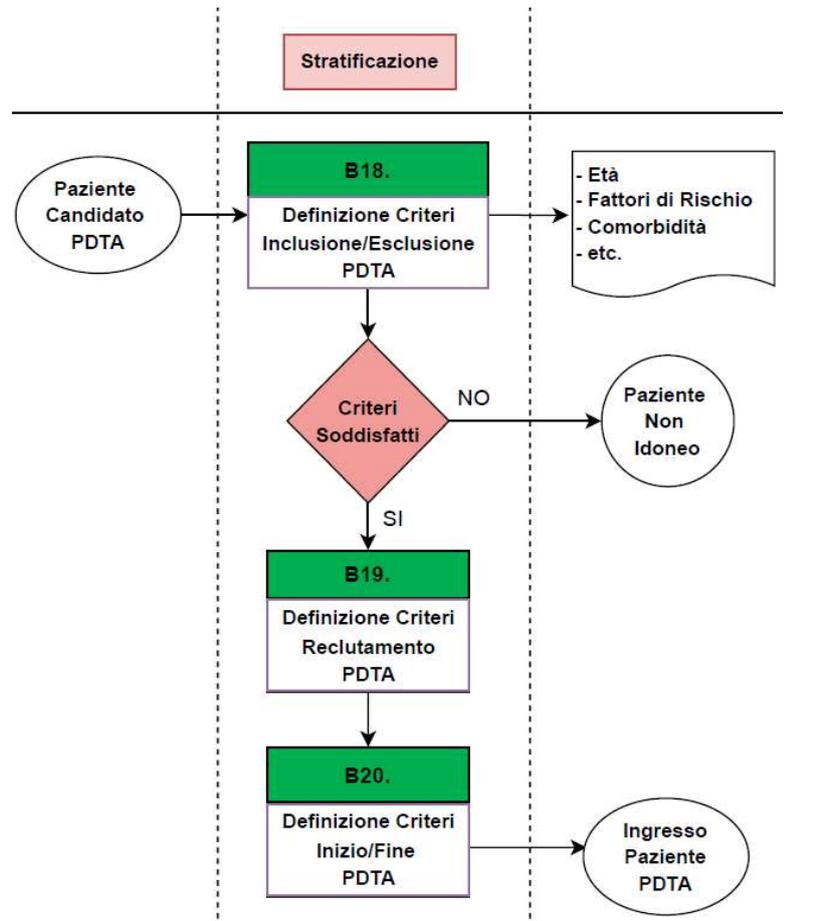
**TAB. 7.**



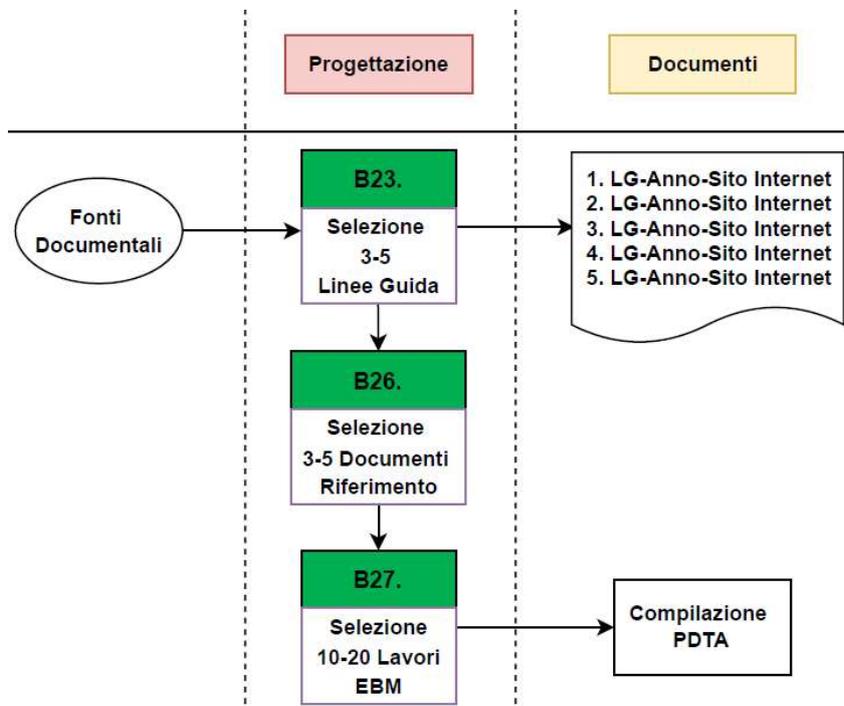
WF. 1.



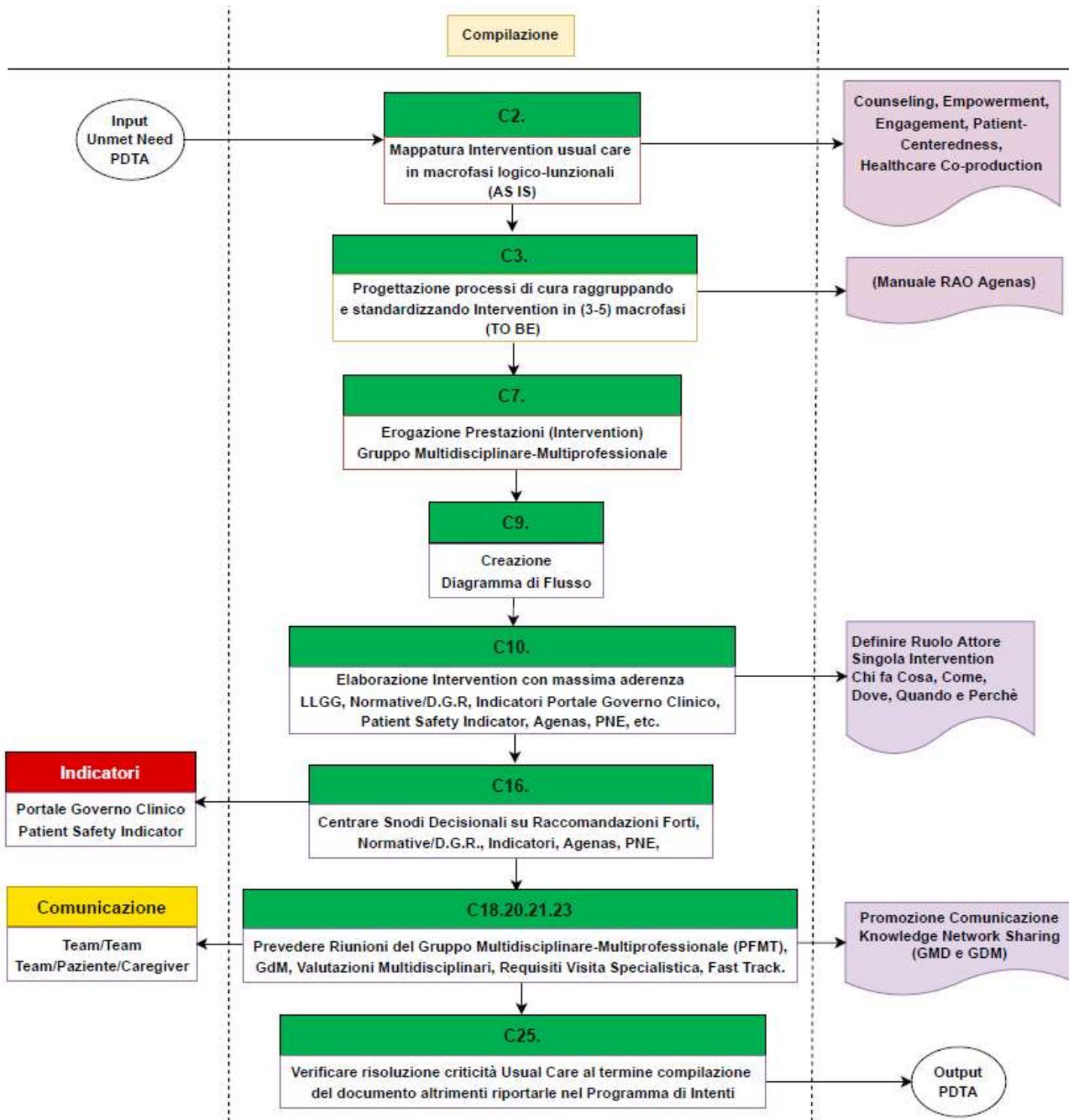
WF. 2.



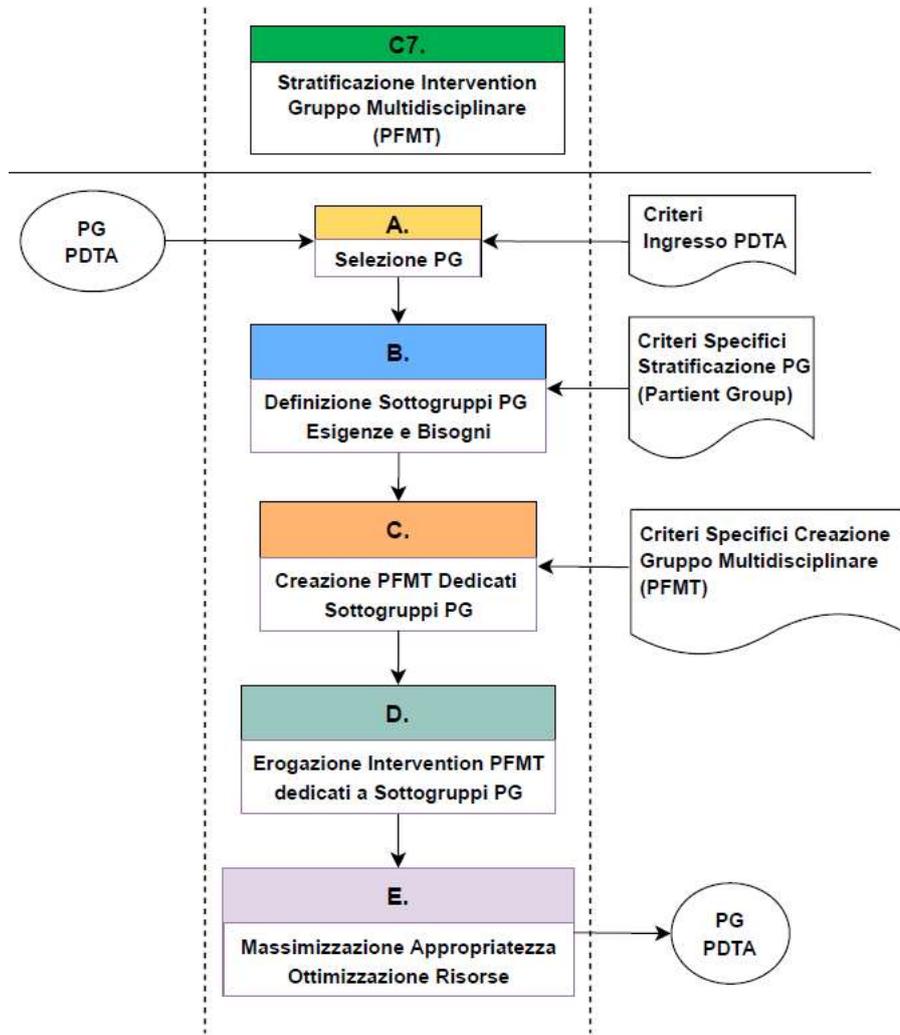
**WF 3.**



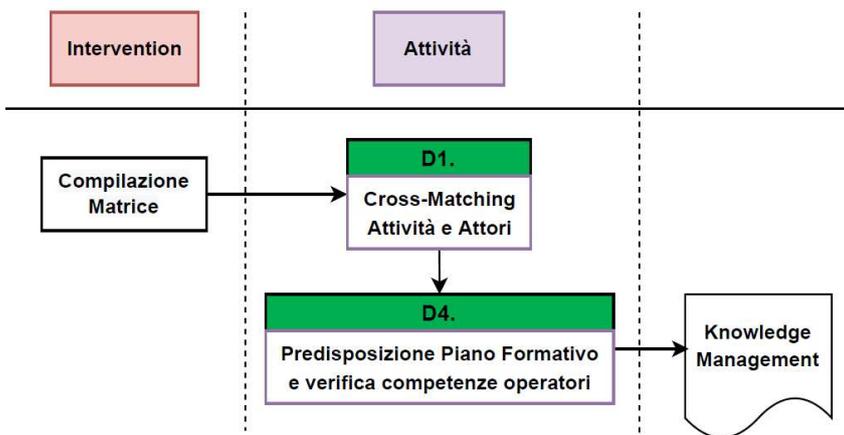
**WF 4.**



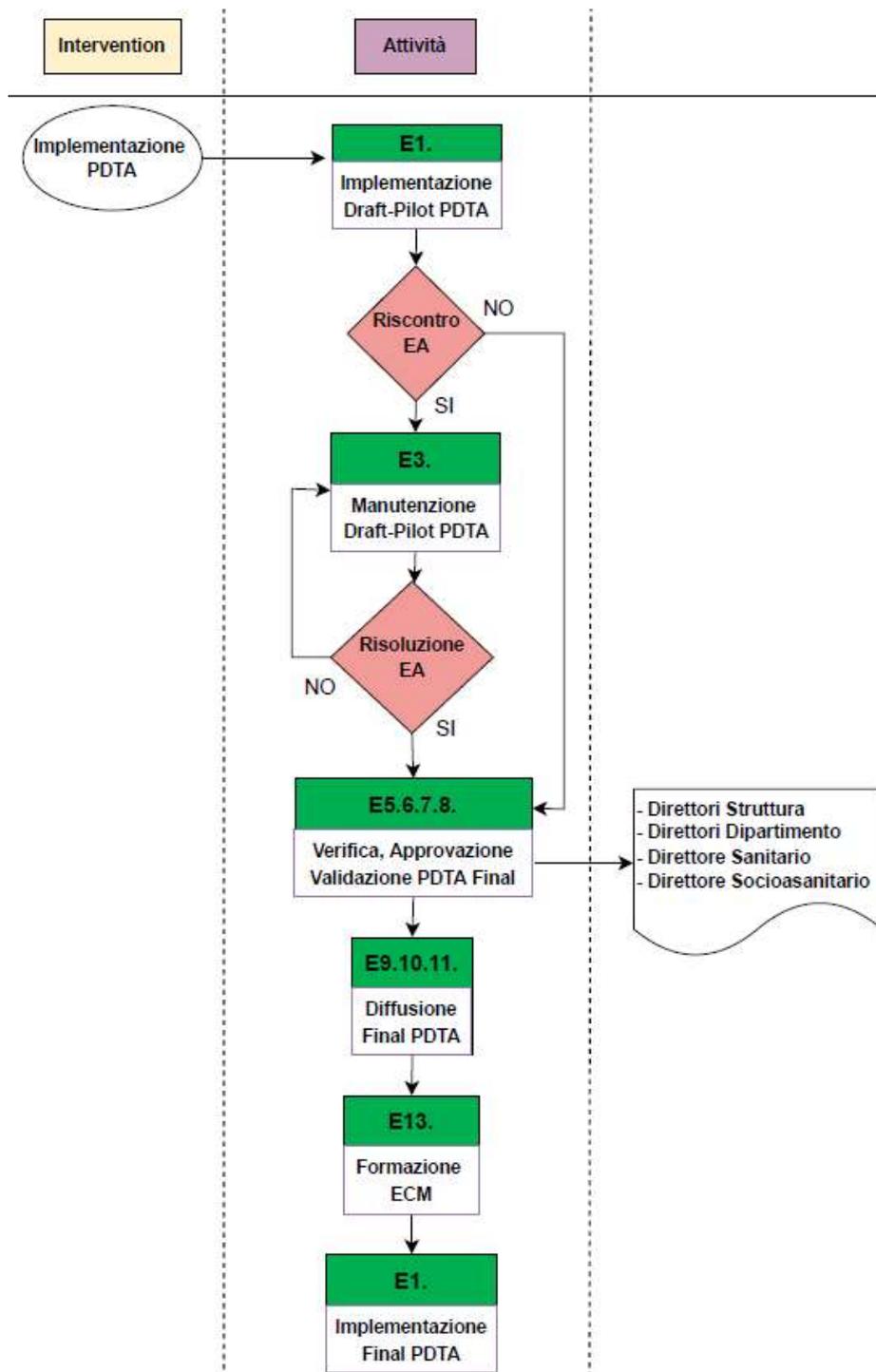
WF. 5.

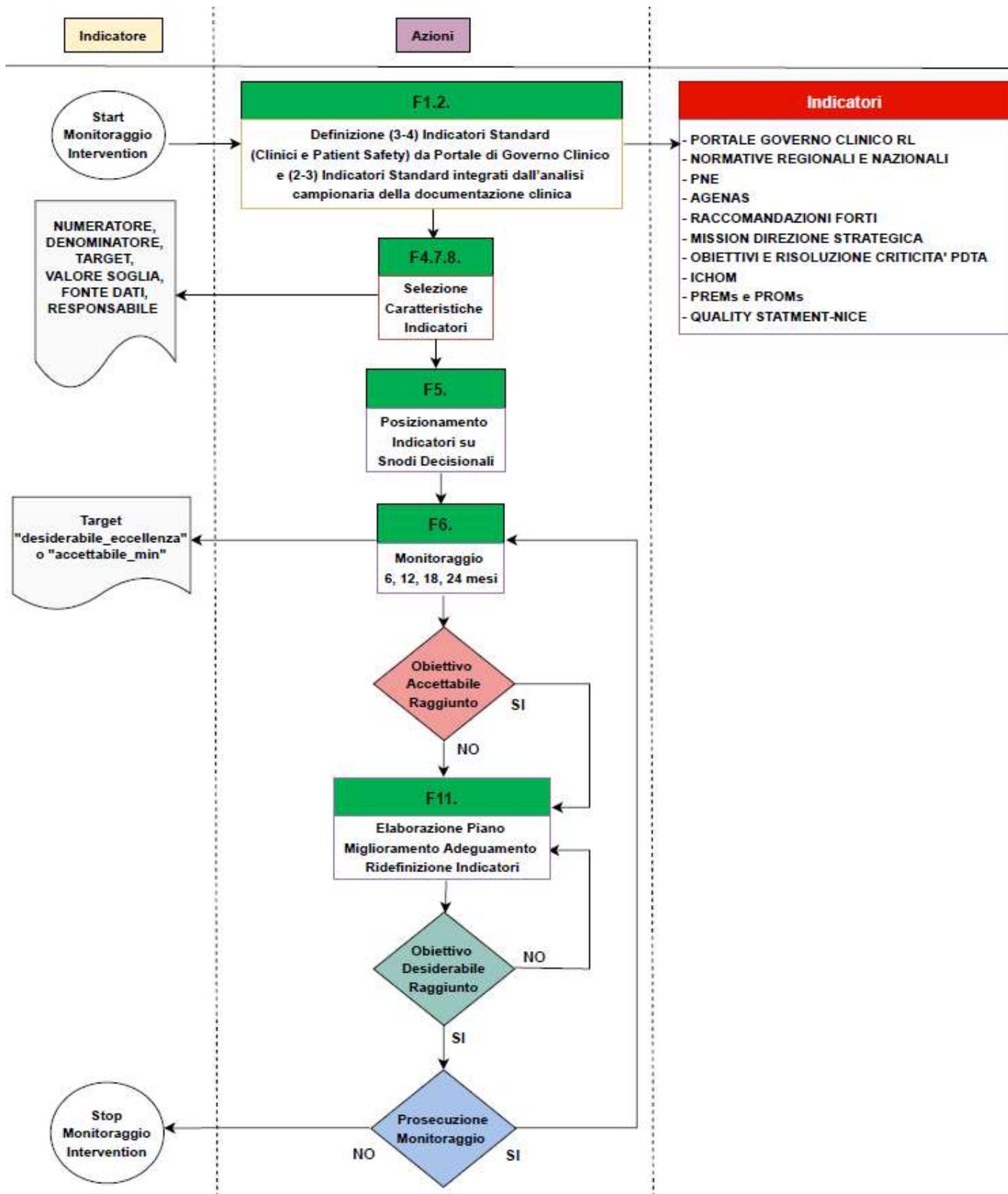


**WF. 6.**



**WF. 7.**





WF. 9.



(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-

<b>PROJECT MANAGER</b> - Nominativo - Struttura/Dipartimento	- Firma per esteso
<b>COORDINATORI SCIENTIFICI</b> - Nominativo - Direttore Struttura/Dipartimento - Nominativo - Direttore Struttura/Dipartimento	- Firma per esteso - Firma per esteso
<b>REDAZIONE</b> - Gruppo di Lavoro	- Vedi testo
<b>VERIFICA</b> - Nominativo - Direttore Qualità e Rischio Clinico	- Firma per esteso
<b>APPROVAZIONE</b> - 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
<b>VALIDAZIONE</b> - 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 Accredimento ECM	10
<b>B.3 Obiettivi, Criticità e Azioni Correttive</b>	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>B.4 Stratificazione</b>	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>B.5 Selezione e Valutazione Fonti Documentali</b>	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
<b>C.0 SVILUPPO</b>	11
<b>C.1 Mappatura Processi di Cura</b>	11
C.1.2 Mappatura Processi in Macrofasì Logico-Funzionali	11
<b>C.2 Progettazione Processi di Cura</b>	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
<b>C.3 Progettazione Workflow</b>	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
<b>C.4 Rete Condivisione Saperi</b>	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
<b>C.5 Continuità Assistenziale Ospedale-Territorio</b>	13
C.5.32 Attivazione Telemedicina	13
<b>D.0 RESPONSABILITÀ</b>	13
<b>D.1 Matrice Attori/Attività</b>	13
D.1.1 Compilazione Matrice Responsabilità	14
D.2.4 Piano Formativo Competenze	14
<b>E.0 IMPLEMENTAZIONE</b>	14
<b>E.1 Draft, Pilot, Final</b>	14
E.1.1 Procedura Implementazione Iniziale PDTA	14
<b>E.2 Manutenzione</b>	14
E.2.3 Manutenzione PDTA Draft e Pilot	14
<b>E.3 Verifica, Approvazione, Validazione</b>	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
<b>E.4 Diffusione</b>	14
E.4.9 Modalità Diffusione Interna PDTA	14
E.4.10 Modalità Diffusione Esterna PDTA	14
E.4.11 Pubblicazione PDTA	14
<b>E.5 Formazione e Ricerca Finalizzata</b>	14
E.5.13 Programmazione Formazione Operatori	14
<b>F.0 VALUTAZIONE</b>	15
<b>F.1 Monitoraggio Indicatori</b>	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
<b>F.2 Incident Reporting</b>	16
F.2.13 Monitoraggio EA/Near Miss/Eventi Sentinella PDTA	16
<b>G.0 FOLLOW-UP</b>	16
<b>G.1 Reporting</b>	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.

<b>TITOLO PDTA</b>	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.**

## **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 progressi 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.

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

## **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 acclarata 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.

## **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.

<b>1.</b>	<b>LINEA GUIDA</b>	<a href="http://sito-internet.pdf">http://sito-internet.pdf</a>
<b>2.</b>	<b>LINEA GUIDA</b>	<a href="http://sito-internet.pdf">http://sito-internet.pdf</a>
<b>3.</b>	<b>LINEA GUIDA</b>	<a href="http://sito-internet.pdf">http://sito-internet.pdf</a>

### **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 Macrofasie Logico-Funzionali**

Aggregare su una timeline composta da un numero ben definito di macrofasie 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 Macrofasie Logico-Funzionali**

Standardizzare la tipologia ed il posizionamento migliore possibile di ogni singola prestazione sanitaria (Intervention) in un numero definito di macrofasie 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 macrofasie 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).

<b>TITOLO PDTA</b>	Rev. 0 del 13.06.2022
	Pagina 11 di 16

### 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.

<b>I A</b>	<b>RACCOMANDAZIONI</b> (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 (Consulta 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.

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

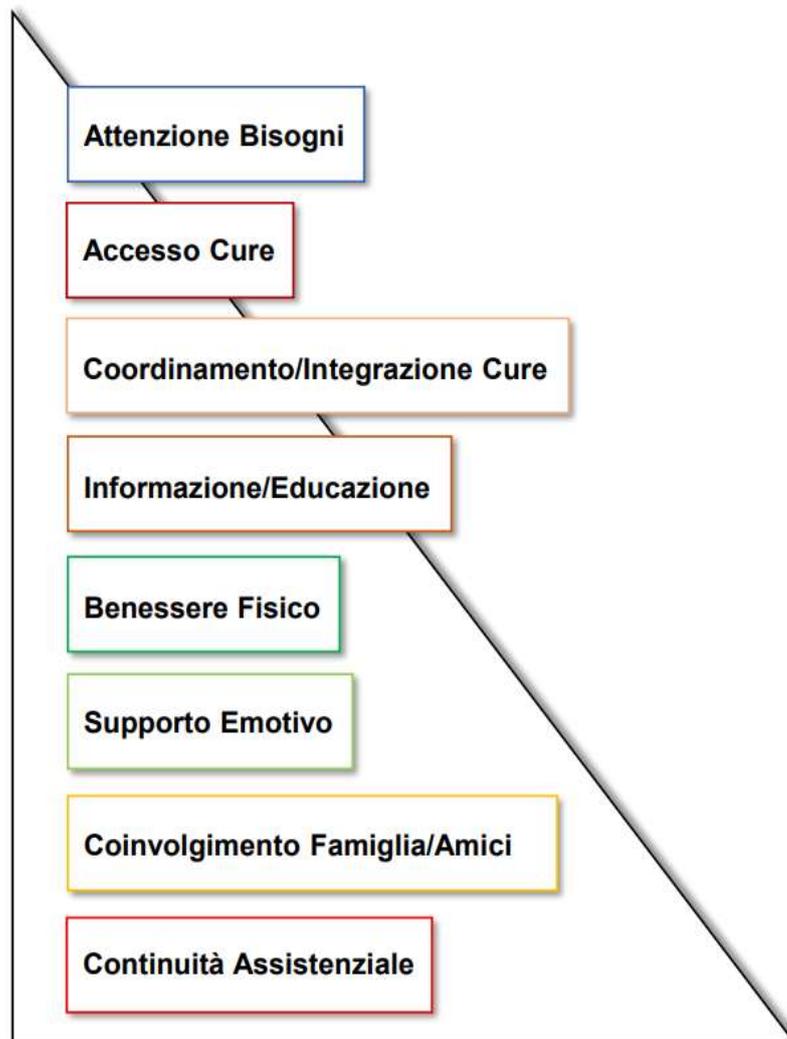
#### G.1.1 Redazione Report Periodici

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





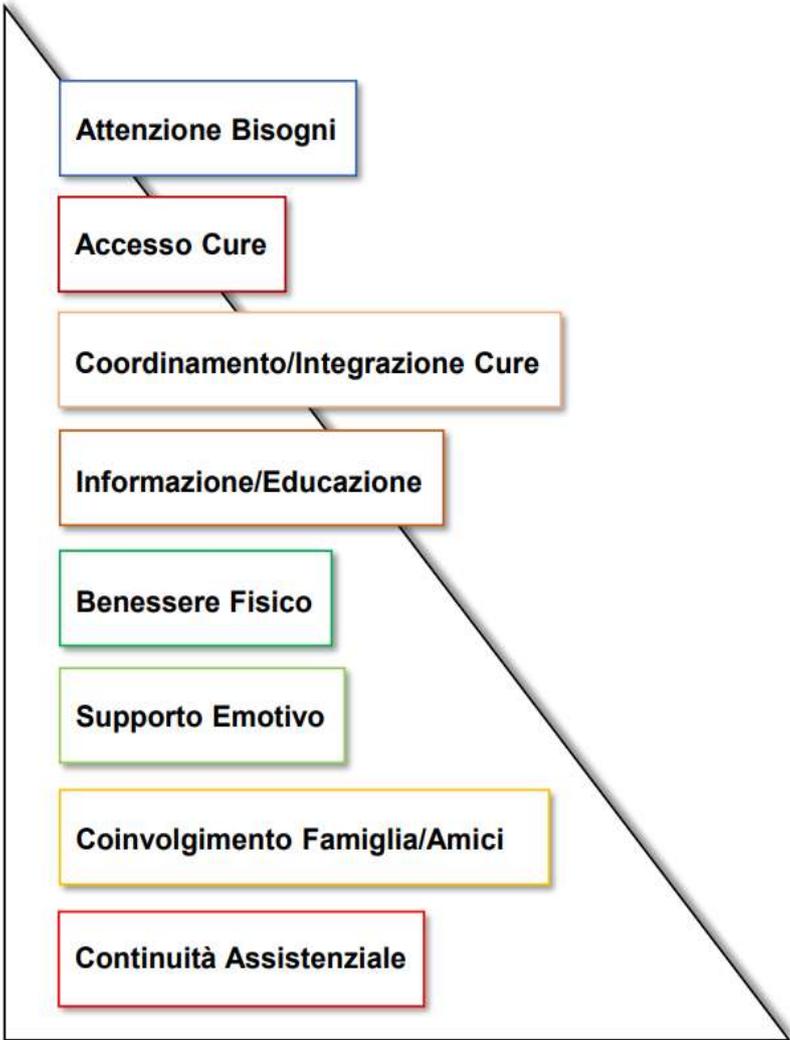
Picker's Eight Principle of Patient-Centred Care

# THE PDTA FORMAT

**FRAMEWORK PER LA PRE-PRODUZIONE E/O REVISIONE DEI  
PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALI - PDTA**

FRAMEWORK - Rev. 0

FRAMEWORK PRE-PRODUZIONE/REVISIONE PDTA		THE PDTA FORMAT
Ω.	STORIA DOCUMENTO	ACTION
<b>A. SCREENING</b>		
1.	Identificazione presenza reale bisogno, aspettativa, esigenza e/o motivazione per redigere/revisionare un PDTA.	
2.	Mappatura contesto clinico-organizzativo interno-esterno (ostacoli strutturali, organizzativi, tecnologici, professionali, normativi, socioculturali, etc.).	
<b>B. PROGETTAZIONE</b>		
3.	Identificazione <b>Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team e Working Group</b> con spiccate competenze clinico-manageriali.	
4.	Definizione obiettivi generali e specifici del PDTA declinati sulla base della mission aziendale, regionale e nazionale.	
5.	Definizione criteri inclusione/esclusione con riferimento alle caratteristiche cliniche dei pazienti da includere nel PDTA.	
6.	Selezione 3/5 Linee Guida (SNLG, Banche Dati Internazionali, etc), 3/5 Documenti di Riferimento e 10-20 Metanalisi e RCT.	
<b>C. SVILUPPO</b>		
7.	Creazione mappatura esperienziale processi di cura (Process Mapping) (AS IS).	
8.	Progettazione miglior erogazione possibile processi di cura (Process Design) aggregati in (3-5) macrofasi logico-funzionali (TO BE).	
9.	Creazione diagramma di flusso contestualmente alla progettazione percorso di cura per definire le logiche dei processi.	
10.	Nomina <b>Responsabile-PDTA</b> (PFM) e <b>Co-Responsabile-PDTA</b> (PFCoM) per la corretta gestione, monitoraggio e revisione del PDTA.	
11.	Elaborare prestazioni (Intervention) come unità elementari di adattamento locale delle Linee Guida.	
12.	Posizionamento Raccomandazioni Forti, Direttive Ministeriali-Regionali, Indicatori DG Welfare, PNE, etc. sugli snodi decisionali delle flowchart.	
13.	Definizione ruolo di ciascun Attore nello svolgimento delle singole prestazioni (chi fa cosa, come, dove, quando, come e perchè) (TO BE).	
14.	Erogazione cure attraverso Gruppi Multidisciplinari-Multiprofessionali (PFMT), trasversali ed invio casi selezionati a Consulto Multidisciplinare.	
15.	Elaborazione modalità idonee di comunicazione/relazione all'interno del Teamwork e tra Teamwork e Paziente/Parente/Caregiver.	
16.	Elaborazione strategie idonee per ridurre la frammentazione nella presa in carico a livello delle interfacce di cura (Ospedale e Distretto).	
17.	Coinvolgimento strutture e professionalità sul territorio per soddisfare i bisogni medico-socioassistenziali dei cittadini.	
<b>D. RESPONSABILITÀ</b>		
18.	Definizione competenze professionali specifiche per le attività svolte da ciascun Attore nel PDTA.	
<b>E. IMPLEMENTAZIONE</b>		
19.	Verifica contenuto metodologico-formale, diagnostico-terapeutico-assistenziale finalizzata alla validazione e diffusione del PDTA.	
20.	Revisione non oltre 3 anni dalla validazione del PDTA salvo mutamenti normativi/legislativi, variazioni organizzative o necessità modifica contenuti che comportino un aggiornamento anticipato dello stesso.	
21.	Programmazione corsi formazione-informazione-educazione ECM rivolti agli operatori sanitari/non sanitari, pazienti e caregiver.	
<b>F. VALUTAZIONE</b>		
22.	Selezione cruscotto Indicatori Portale di Governo Clinico RL, PNE, Sant'Anna di Pisa integrati dall'analisi campionaria della documentazione clinica.	
23.	Posizionamento Indicatori PDTA su Raccomandazioni Forti/Elevati Livelli di Evidenza, Direttive Ministeriali e/o Regionali e Indicatori DG Welfare RL.	
24.	Definizione target (benchmark) "desiderabile_eccellenza" o "accettabile_min" per ciascun indicatore.	
25.	Monitoraggio insorgenza e/o persistenza eventi avversi, sentinella, near miss correlati alla implementazione del PDTA.	
<b>G. FOLLOW-UP</b>		
26.	Redazione report periodici concernenti Audit Clinici Interni e indicatori indirizzati alla Direzione Strategica.	



Picker's Eight Principle of Patient-Centred Care

# THE PDTA FORMAT

---

**MANUALE GENERALE PER LA GUIDA ALLA COMPILAZIONE,  
IMPLEMENTAZIONE, MONITORAGGIO E REVISIONE DEI PERCORSI  
DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALI - PDTA**

---

OWNER'S REFERENCE MANUAL REV. 0

	<b>INDEX</b>
<b>0.</b>	<b>PDTA STRUMENTO DI CLINICAL GOVERNANCE</b>
<b>1.</b>	<b>PDTA COMPLEX INTERVENTION</b>
<b>2.</b>	<b>PDTA OBIETTIVI</b>
<b>3.</b>	<b>THE PDTA FORMAT</b>
<b>4.</b>	<b>HIGHLIGHT</b>
<b>5.</b>	<b>FIGURE CHIAVE PRODUZIONE/GESTIONE PDTA</b>
<b>6.</b>	<b>BACKGROUND</b>
<b>7.</b>	<b>MODEL PDTA VS OPERATIONAL PDTA</b>
<b>8.</b>	<b>STRUTTURA FORMAT</b>
<b>9.</b>	<b>DESTINATARI FORMAT</b>
<b>10.</b>	<b>PEER REVIEW</b>
<b>11.</b>	<b>DIFFUSIONE, FORMAZIONE, SUPPORTO E MONITORAGGIO</b>
<b>12.</b>	<b>IMPLEMENTAZIONE FORMAT AZIENDALE E REGIONALE</b>
<b>13.</b>	<b>PROGRAMMA DI INTENTI</b>
<b>14.</b>	<b>ACRONIMI</b>
<b>15.</b>	<b>GLOSSARIO</b>
<b>16.</b>	<b>FONTI DOCUMENTALI</b>
<b>16.1</b>	<b>DOCUMENTI STRUTTURALI</b>
<b>16.2</b>	<b>RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI</b>
<b>17.</b>	<b>DICHIARAZIONE DI NON RESPONSABILITÀ</b>
<b>18.</b>	<b>INDEX PDTA FORMAT</b>
<b>19.</b>	<b>THE PDTA FORMAT OWNER'S MANUAL</b>

## **0. PDTA STRUMENTO DI CLINICAL GOVERNANCE**

Le Strutture di Ricovero e Cura Pubbliche e Private Accreditate ed a Contratto con il SSR, in favore di Regione Lombardia, ai sensi della Legge 23/2015 e s.m.i., devono promuovere attività, seguendo Linee Guida Nazionali e/o Internazionali, Normative ed HTA, definendo percorsi di cura. Ciascuna Organizzazione Sanitaria è tenuta a dotarsi di una procedura che definisca costruzione, implementazione, monitoraggio e revisione dei PDTA. Al momento, non esiste un Format "Person-Centred" e "Valued-Based-Healthcare" standardizzato validato da RL in grado di supportare l'operatore sanitario in questo compito. La presente Checklist consente, attraverso un approccio integrato, multidisciplinare, multiprofessionale e trasversale di uniformare la produzione, il monitoraggio e la revisione di un percorso di cura presso le Organizzazioni Sanitarie, sia in ambito ospedaliero che distrettuale-territoriale, pur rispettandone la loro peculiarità.

### **1. PDTA COMPLEX INTERVENTION**

I PDTA sono "Complex intervention for the mutual decision making and organisation of care processes for a well-defined group of patients during a well-defined period (E-P-A)". Si caratterizzano per una duplice complessità in quanto operano in sistemi complessi e tendono al conseguimento di risultati multipli implementando interventi diversificati tra loro ma interagenti ed interdipendenti. Il SSR è un sistema complesso nell'ambito del quale sussistono condizioni che possono favorire la variabilità dell'assistenza in termini di continuità di cura e di presa in carico del paziente e promuovere comportamenti inappropriati e/o risultare fonte di eventi avversi.

## 2. PDTA OBIETTIVI

I PDTA prevedono (1.) la dichiarazione esplicita degli obiettivi; (2.) la cura basata sull'evidenza, sulle migliori pratiche e sulle aspettative dei pazienti e sulle loro caratteristiche; (3.) la facilitazione della comunicazione tra i membri del team e con pazienti, famiglie e caregiver; (4.) il coordinamento del processo di cura definendo ruoli e sequenza delle attività del team di cura multidisciplinare, dei pazienti e dei loro familiari/caregiver; (5.) il tracciamento della documentazione; (6.) il monitoraggio e la valutazione delle variazioni e dei risultati e (7.) l'identificazione delle risorse appropriate evitando gli sprechi (European Pathway Association).

## 3. THE PDTA FORMAT

Il presente Format è stato elaborato sulla base di alcuni principi che caratterizzano la "*Strategic Agenda*" (Michael E. Porter, Harvard Business School, VBHC Intensive Seminar Boston, MA, January 16, 2020). Aggiornamenti sono previsti alla luce dei risultati preliminari concernenti l'implementazione di questo nuovo strumento di prevenzione del rischio clinico con l'obiettivo di sviluppare le strategie più idonee a modellare il S.S.R. sui livelli di integrazione promossi dal VBC.

Il presente manuale illustra, in maniera esplicita ed esaustiva, "Item", "Attori" e "Note Pratiche Applicative" facendo uso di numerosi flowchart per una più facile fruibilità ed applicabilità dello strumento. In allegato al Manuale, la Checklist in cui sono riportati solo gli "Item" e gli "Attori" deputati ad implementare le azioni descritte.

## 4. HIGHLIGHT

L'elaborazione del PDTA Format è stata supportata dall'analisi delle esigenze e motivazioni intercettate nell'ambito di Commissioni Tecniche Regionali e Gruppi di Lavoro Aziendali per la redazione/monitoraggio/revisione dei percorsi di cura.

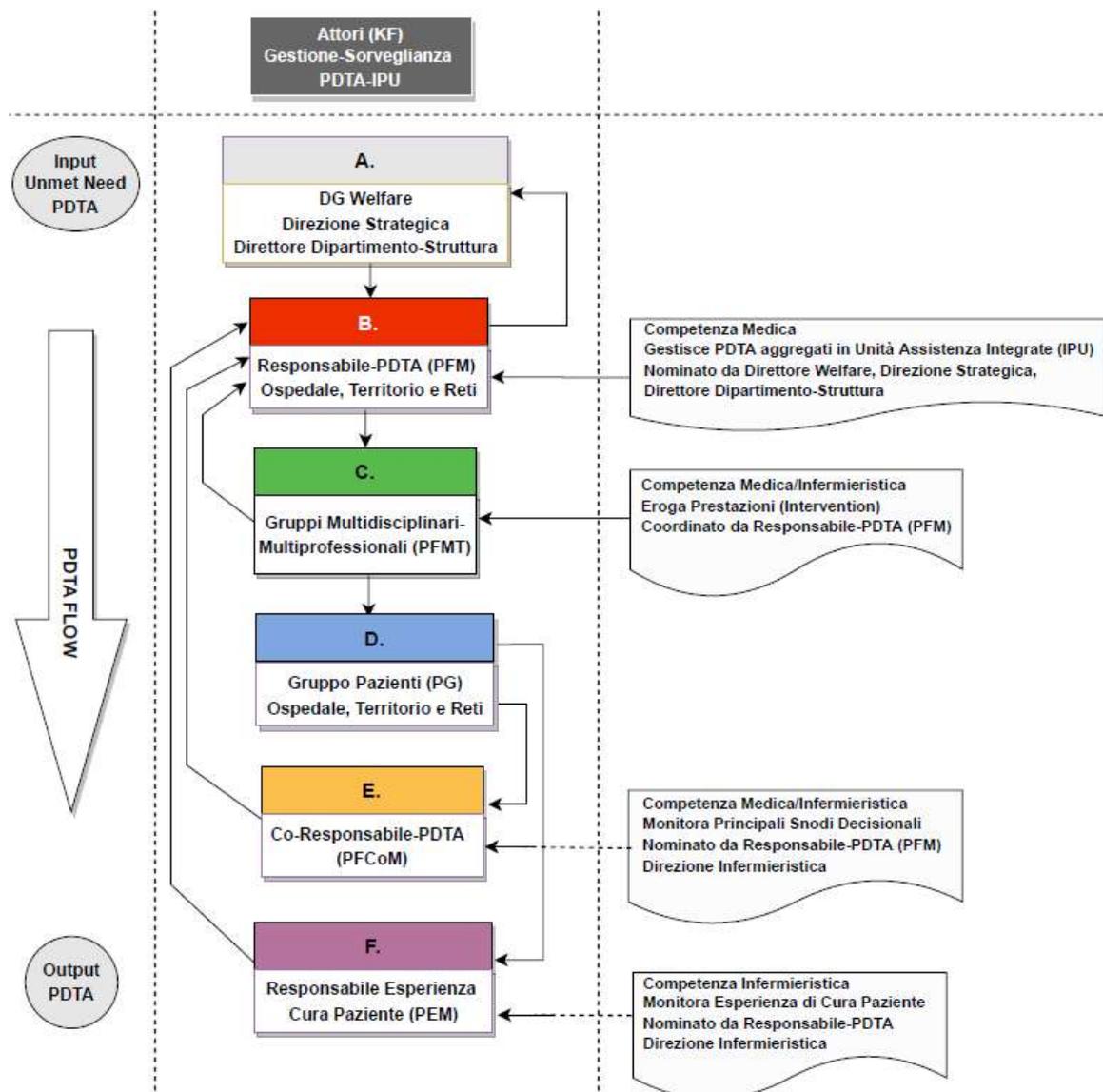
Alcune delle principali caratteristiche di questo strumento vengono di seguito annoverate.

- Orientamento alla produzione di PDTA per la soddisfazione di "unmet need" ed aspettative della persona assistita;
- Implementazione di principi e concetti promossi da "One Health", "Person-Centred" e "Value Based Healthcare";
- Compilazione di PDTA Regionali (Model-PDTA)
- Produzione di PDTA Aziendali (Operational-PDTA), dedicati sia al contesto ospedaliero che distrettuale/territoriale, progettati sui vincoli di risorse aziendali e condizionati dalle regole di sistema;
- Definizione obiettivi generali e specifici da raggiungere con il PDTA;
- Introduzione di figure chiave tra cui "Project Manager", "Core Team", Responsabile-PDTA (Patient Flow Manager), Co-Responsabile-PDTA (Patient Flow Co-Manager), Gruppi Multidisciplinari-Multiprofessionali (Patient Flow Management Team), Responsabile Esperienza di Cura Paziente (Patient Experience Manager), etc.;
- Appraisal Linee Guida per la compilazione del PDTA attraverso l'utilizzo della Checklist Agree II-GRS tradotta da GIMBE;
- Stratificazione Gruppi di Pazienti (Patient Group) in sottoclassi per ottimizzare appropriatezza clinico-organizzativa, sicurezza, efficacia ed efficienza;
- Mappatura esperienziale dei processi lungo il Percorso del Paziente (Patient Journey);
- Erogazione prestazioni (Intervention) attraverso Gruppi Multidisciplinari-Multiprofessionali (Patient Flow Management Team);
- Erogazione prestazioni (Intervention) attraverso Unità di Assistenza Integrate (Integrated Practice Units) per l'intero ciclo di cura e non per la singola patologia;
- Definizione specifica dei ruoli operatori chiamati ad implementare ciascuna singola prestazione (Intervention);
- Implementazione PDTA attraverso un collegamento con il Sistema Qualità Aziendale ed un sistema di Indicatori facilmente accessibile sviluppato secondo criteri omogenei in Regione Lombardia prioritizzati sulla base delle logiche HTA;
- Utilizzo periodico di "customer satisfaction" come fonte informativa con riferimento al ricovero ordinario da accompagnare, in condizioni cliniche selezionate dalla valutazione degli esiti con PREMs (Patient Reported Experience Measures) e PROMS (Patient Reported Outcome Measures) per misurare il punto di vista dei pazienti sul proprio stato di salute e la loro esperienza durante le cure (Tumore Mammella, Protesi Anca e Ginocchio, Insufficienza Cardiaca Cronica, etc.);

- Facilitazione comunicazione tra membri del team e tra team e paziente/parente/caregiver in ogni macrofase del PDTA;
- Ottimizzazione gestione processi attraverso l'erogazione del trattamento giusto, al momento giusto ("Asset Management", "Discharge Management" e "Bed Management");
- Ottimizzazione risorse sanitarie attraverso la misurazione di risultati e costi relativi a ciascun PDTA, ad ogni singolo paziente e per l'intero ciclo di cura (non per singolo episodio);
- Cross-matching PDTA e Reti per integrare "Hub" e "Spoke" consentendo l'accesso anche da contesti territoriali differenti;
- Creazione di "Knowledge Sharing Network" attraverso Gruppi Multidisciplinari multiprofessionali e Gruppi di Miglioramento;
- Attivazione metodiche innovative con riferimento a digitalizzazione, teleconsulto medico, teleconsulenza medico-sanitaria, teleassistenza, tele-monitoraggio, telecontrollo e tele-riabilitazione.

## 5. FIGURE CHIAVE PRODUZIONE/GESTIONE PDTA

Per migliorare il processo di produzione, implementazione, monitoraggio e revisione del percorso di cura con il "The PDTA Format" si è prevista l'introduzione di figure operative quali Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team, Responsabile-PDTA (PFM), Co-Responsabile-PDTA (PFCoM), Gruppo Multidisciplinare-Multiprofessionale (PFMT), Responsabile Esperienza di Cura Paziente (PEM), etc.



Durante questo processo il Project Manager, i Coordinatori Scientifici ed il Core Team promuovono la creazione del miglior ambiente lavorativo possibile anche attraverso l'utilizzo di strumenti di governo clinico come il "Blue Sky Thinking", "Focus Group" e "Brain Storming".

<b>FIGURE CHIAVE</b>	<b>AZIONI</b>
<b>PROJECT MANAGER</b>	<p>Figura di riferimento nella produzione/monitoraggio/revisione con particolare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aspetto metodologico e formale del PDTA</li> <li>- definizione criticità e azioni correttive da apportare al PDTA;</li> <li>- definizione obiettivi primari e secondari da raggiungere con il PDTA;</li> <li>- corretta progettazione e sviluppo del PDTA con particolare riferimento a quelli trasversali e complessi</li> <li>- supporto corretta selezione indicatori dal Portale di Governo Clinico DG Welfare, PNE, Agenas, etc.</li> <li>- supporto a Coordinatori Scientifici e Core Team e Working Group nella corretta progettazione del PDTA</li> <li>- predisposizione percorso di continuità assistenziale con MMG, PLS, Centri Multidisciplinari Erogatori di Assistenza in ambito ospedale-distretto-territorio (Centri I, II, III Livello, Centri Diurni Integrati, Centri Disabili, Centri Hub e Spoke, CDCD, Servizio Assistenza Domiciliare, etc.) per ottimizzare l'assistenza in tutte le fasi del processo di cura, includendo follow-up ambulatoriale pazienti presi in carico (anche dopo la dimissione da un Centro di III livello);</li> <li>- collaborazione con Associazioni Pazienti predisponendo interventi educativi e prevenzione primaria e secondaria</li> </ul>
<b>COORDINATORE SCIENTIFICO</b>	<p>Riferimento scientifico nel supporto a Core Team e Gruppo di Lavoro (WG) alla compilazione di un PDTA coordinandone l'attività nella selezione e validazione delle Linee Guida, nella contestualizzazione delle principali raccomandazioni, nella promozione e divulgazione, nella supervisione e supporto alla compilazione del percorso di cura, etc.</p>
<b>CORE TEAM</b>	<p>Gruppo ristretto di esperti nelle aree tematiche trattate dal PDTA in possesso di particolari competenze scientifiche e manageriali, che supportano il Project Manager ed il Coordinatore/Coordinatori Scientifici nelle seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione criticità e azioni correttive da apportare al PDTA;</li> <li>- Definizione obiettivi primari e secondari da raggiungere con il PDTA;</li> <li>- Corretta progettazione e sviluppo del PDTA con particolare riferimento a quelli trasversali e complessi</li> <li>- Coordinamento del WG.</li> </ul>
<b>GRUPPO DI LAVORO (WORKING GROUP)</b>	<p>Gruppo di Lavoro multidisciplinare e multiprofessionale costituito, per i PDTA trasversali a valenza strategica, da un pool di componenti dotati di particolare attitudine scientifica e manageriale alla compilazione di un PDTA dedicato ad una determinata area tematica.</p>
<b>RESPONSABILE-PDTA (PFM)</b>	<p>Figura di riferimento nominato con atto formale dal Direzione Strategica, Direttore Dipartimento/Struttura di una Organizzazione Sanitaria di Ricovero e Cura Pubblica o Privata Accreditata ovvero dal Coordinamento, Commissione Tecnica Regionale cui vengono affidate principalmente le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interfaccia con Direzione Strategica o DG Welfare</li> <li>- Gestione, coordinamento e monitoraggio risultati del Gruppo Multidisciplinare-Multiprofessionale (PFMT)</li> <li>- Monitoraggio Indicatori</li> <li>- Mantenimento Percorso di Cura</li> <li>- Responsabile Output ed Outcome PDTA</li> <li>- Gestione Introduzione Tecnologie (Appropriatezza prescrittiva device)</li> <li>- Formazione Operatori coinvolti nel PDTA (ospedale-distretto-territorio) per i quali è richiesta appropriata expertise</li> <li>- Attivazione fast track con i Centri ad elevata specializzazione (livello II e III) quando pertinente</li> <li>- Supervisione PDTA attraverso il tempo e luoghi di cura compreso il domicilio del paziente.</li> </ul>
<b>Co-RESPONSABILE-PDTA (PFCoM)</b>	<p>Il Co-Responsabile-PDTA (PFCoM) rendiconta al Responsabile-PDTA (PFM) le attività clinico-organizzative previste dal PDTA, con particolare riferimento ad eventuali criticità riscontrate in corrispondenza dei principali snodi decisionali governati da raccomandazioni forti e normative regionali e nazionali.</p>



<b>GRUPPO MULTIDISCIPLINARE-MULTIPROFESSIONALE (PFMT)</b>	Gruppi Multidisciplinare-Multiprofessionale, trasversali, costituiti da operatori sanitari e non, centrati sui bisogni e condizioni mediche aggregate dei PG, Responsabili risultati di salute del singolo PG e garanti del valore olistico a lungo termine ottenuto dal PG.
<b>GRUPPO DI PAZIENTI (PG)</b>	Il Gruppo di Pazienti viene stratificato sulla base di criteri clinico-organizzativi con l'obiettivo di soddisfare i bisogni assistenziali attraverso l'erogazione di prestazioni (Intervention) da parte di Gruppi Multidisciplinare Multiprofessionale (PFMT).
<b>PERCORSO PAZIENTI (PF)</b>	Il Percorso (flusso) dei Pazienti all'interno del PDTA.
<b>RESPONSABILE ESPERIENZA DI CURA PAZIENTE (PEM)</b>	Il Responsabile Esperienza di Cura Paziente (PEM ) valuta il paziente durante il percorso (Patient Journey) e promuove l'impegno degli operatori sanitari con l'obiettivo di migliorare engagement ed empowerment dell'assistito.

## 6. BACKGROUND

The PDTA Format, oggetto del presente documento prende le mosse da una Checklist, strumento a supporto della strutturazione di PDTA, già adottata e validata, sperimentata in un contesto ospedaliero locale, nel corso dell'anno 2019 (Ceccarelli G., Foglia E., Ferrario L., Nunnari P. Care Pathways Production and Review Checklist: results from an HTA evaluation. *Recenti Progressi in Medicina*, 113 (3), Marzo 2022). Nello specifico a seguito di una sua implementazione operativa, si sono andati a valutare operativamente i risultati comparando la situazione precedente l'implementazione in assenza di Checklist e quali risultati invece ha prodotto la sua introduzione. Questa Checklist aveva ottenuto un punteggio superiore, sia complessivo (0.77 vs. 0.48) che relativo a ciascuna singola dimensione, con particolare riferimento alla sicurezza (0.15 vs. 0.09) e all'efficacia (0.15 vs. 0.10) come riportato nella tabella rispetto al format utilizzato nella sperimentazione effettuata in un contesto ospedaliero locale.

Dimensioni	Senza Check List			Check List		
	Punteggio Normalizzato	Macrodimensioni	Punteggio Finalizzato	Punteggio Normalizzato	Macrodimensioni	Punteggio Finalizzato
Rilevanza generale	0,13	0,50	0,07	0,13	0,73	0,10
Sicurezza	0,20	0,46	0,09	0,20	0,75	0,15
Efficacia	0,19	0,50	0,10	0,19	0,79	0,15
Impatto economico e finanziario	0,08	0,44	0,04	0,08	0,72	0,06
Equità di accesso	0,09	0,50	0,05	0,09	0,67	0,06
Impatto sociale ed etico	0,11	0,47	0,05	0,11	0,78	0,09
Impatto legale	0,06	0,42	0,02	0,06	0,75	0,04
Impatto organizzativo	0,13	0,54	0,07	0,13	0,92	0,12
<b>TOTALE</b>			<b>0,48</b>			<b>0,77</b>

La compliance degli operatori coinvolti nella implementazione di questa Checklist è stata soddisfacente anche grazie alla identificazione di figure chiave quali Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team e Working Group. La formazione dei formatori ha consentito di estendere in maniera semplice ed efficace la disseminazione del nuovo format nell'ambito dei Working Group. L'utilizzo di questa Checklist non ha richiesto l'impegno di un tempo significativamente superiore rispetto all'utilizzo del format aziendale in vigore.

La principale criticità correlata a questo strumento è risultata correlata alla dimensione HTA relativa all'impatto organizzativo a breve termine. Questa Checklist necessitava di circa 60-90 minuti di formazione dedicata a

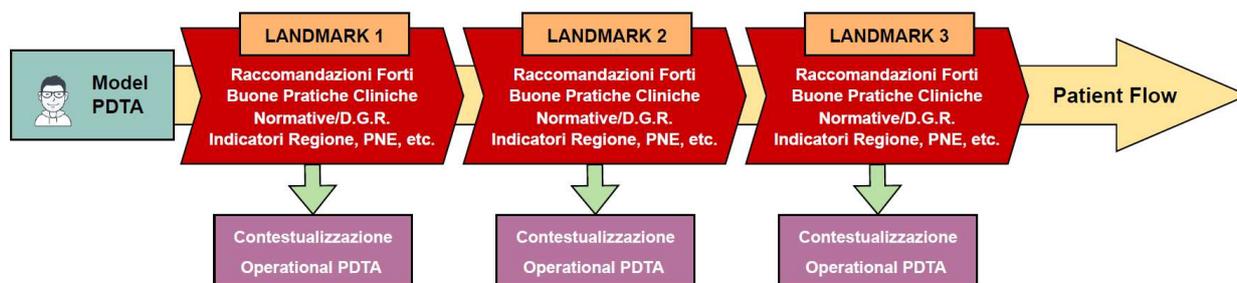
Coordinatori Scientifici e Core Team.

Ulteriori incontri formativi e supportivi venivano tenuti per completare con il supporto del Project Manager, l'“appraisal” delle Linee Guida utilizzando la Check List Agree II o GRS. Si ritiene pertanto che il medesimo approccio possa essere applicato all'interno del contesto delle altre ASST lombarde con risultati simili e senza particolari effort organizzativi da parte delle stesse.

## 7. MODEL PDTA VS OPERATIONAL PDTA

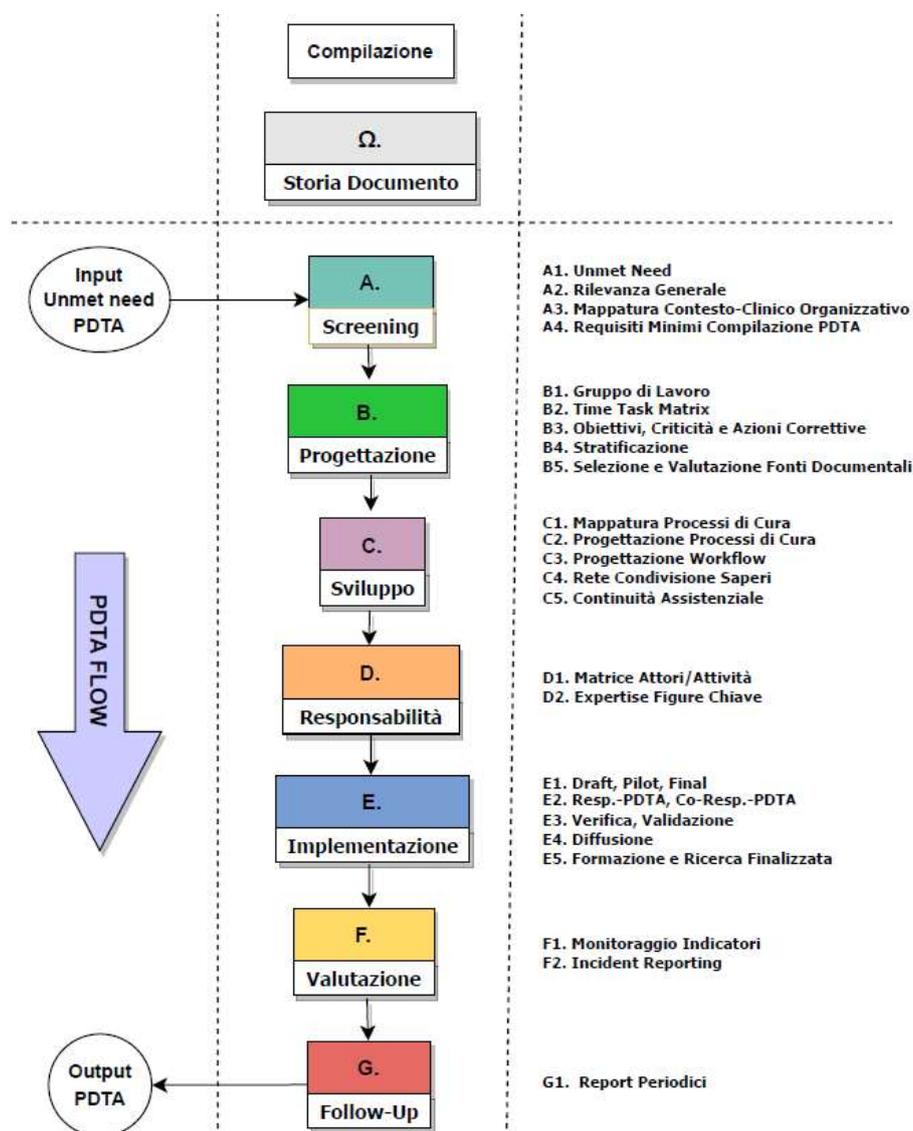
I “Model PDTA” sono percorsi di cura “organizzazione e paziente non specifici” e quindi a valenza sovra-aziendale (E-P-A). Sono prodotti da GdL i cui componenti vengono identificati nell'ambito degli Organismi di Coordinamento della Rete e delle Commissioni Tecniche promossi da DG Welfare. Questi PDTA contengono la completa rappresentazione di tutti processi diagnostico-terapeutico-assistenziali attraverso un workflow senza che venga fornita e dettagliata l'operatività organizzativa specifica delle singole Organizzazioni Sanitarie.

Questi PDTA contengono gli obiettivi generali e specifici, le criticità, le azioni correttive proposte rispetto alla “usual care”, i criteri per la stratificazione dei pazienti, la selezione e l'“appraisal” delle Linee Guida, la mappatura esperienziale dei processi, la modalità di erogazione EBM delle prestazioni (Intervention) definendo specifici “landmark” centrati sui snodi decisionali, “knowledge sharing network”, continuità assistenziale e comunicazione tra team e team con paziente e caregiver. I “Model PDTA” costituiscono l'impalcatura su cui sviluppare gli “Operational” PDTA (E-P-A), che invece sono “organizzazione specifici” e forniscono ai GdL Aziendali una base solidissima per definire gli obiettivi da raggiungere e le modalità con cui perseguirli, individuando precisi KPI regionali da integrare con quelli specifici di ciascuna organizzazione sanitaria. Il “The PDTA Format” definisce le modalità per la progettazione di entrambe le tipologie di percorsi di cura.



## 8. STRUTTURA

Il “The PDTA Format” è costituito da **7** domini (Screening, Progettazione, Sviluppo, Responsabilità, Implementazione, Valutazione e Follow-Up), ripartiti in **23** sottodomini, come riportato nel seguente diagramma, per un numero complessivo pari a **99** item supportati da flowchart in ciascuna sezione. Il Format è costituito da **48** item “Documentali” che richiedono l'Operatore descriva l'azione contenuta negli stessi, e da **51** item “Procedurali” che hanno l'obiettivo di orientare l'Operatore vs. la corretta produzione del PDTA e quindi non vengono riportati sul documento.



## 9. DESTINATARI

Il "The PDTA Format" è dedicato agli Operatori sanitari e non coinvolti nella produzione, implementazione, monitoraggio e revisione di un percorso di cura. Questo strumento è stato progettato per fornire un supporto all'attività del Direttore Struttura Qualità e Risk Management, del Risk Manager, dei Referenti Aziendali per il Rischio Clinico, delle Direzioni Strategiche, dei Direttori di Struttura/Dipartimento, dei Medici Legali, etc. afferenti alle Organizzazioni Sanitarie di Ricovero e Cura Pubbliche e Private Accreditate ed a Contratto con il SSR.

## 10. PEER REVIEW

Il "The PDTA Format" è stato elaborato da Giovanni Ceccarelli in seno alla Direzione Generale Welfare, Project Manager e Coordinatore Scientifico di un Gruppo di Lavoro multidisciplinare, multiprofessionale, trasversale con expertise sia in ambito clinico che organizzativo, comprendente rappresentanti dell'area sanitaria e sociosanitaria pubblica e privata, nonché dell'area universitaria, con il quale è stato condiviso il documento.

## 11. DIFFUSIONE, FORMAZIONE, SUPPORTO E MONITORAGGIO

La diffusione di questo strumento di governo clinico si articolerà attraverso un programma di formazione continua. DG Welfare Regione Lombardia predisporrà e gestirà attraverso la Piattaforma **Polis** la formazione ECM frontale in aula finalizzata alla produzione/implementazione/monitoraggio/revisione dei percorsi di cura con il "The PDTA Format" e le esercitazioni pratiche del Format Aziendale (Operational) e Regionale (Model) PDTA dedicata a Direttori di Struttura di Qualità e Risk Management, Referenti Rischio Aziendali, Direttori Generali, Sanitari e Sociosanitari, Amministrativi, Direttori Distretto, DMPO, Direttori Struttura Ingegneria Clinica, etc.

Inoltre, verrà istituito un **Helpdesk DG Welfare Regione Lombardia**, gestito dal Project Manager/Coordinatore Scientifico del "The PDTA Format" e sostenuto dal Core Team dedicato per supportare la produzione/implementazione/monitoraggio/revisione dei PDTA sia Aziendali (Operational) che Regionali (Model). Infine, DG Welfare si farà carico di promuovere e diffondere la cultura dei PDTA anche attraverso i **Tavoli Comunità di Pratica** presso ATS, ASST, IRCCS etc. veicolando e strutturando il messaggio tramite le Direzioni Strategiche finalizzato alla produzione dei PDTA Aziendali (Operational). L'obiettivo sarà anche quello di implementare con la massima progressione e gradualità il nuovo formato a livello aziendale DG Welfare provvederà ad indicare argomenti e volumi di produzione/implementazione/monitoraggio/revisione di PDTA a valenza strategica e gli scenari temporali entro quali dovranno essere compilati, implementati e revisionati i PDTA con il Format Aziendale (Operational) PDTA. Uno stretto monitoraggio del funzionamento di questo strumento, dei PDTA prodotti, implementati e revisionati con il "The PDTA Format" verrà effettuato con il supporto del Core Team appositamente creato. I risultati dei processi di implementazione dello strumento e degli output conseguiti attraverso l'implementazione del "The PDTA Format" verranno monitorati da Project Manager e Core Team a 6, 12, 18 e 24 mesi.

Al momento sono iniziati i lavori per la produzione supportata dal Project manager utilizzando il "The PDTA Format" (Model PDTA) di alcuni PDTA-R dedicati al Piede Diabetico, Osteoporosi, Tumore Pancreas, Disturbi Cognitivi e Demenze, Tumore Mammella, etc.

## 12. IMPLEMENTAZIONE FORMAT AZIENDALE E REGIONALE

"The PDTA Format" verrà utilizzato per produrre nuovi PDTA e/o revisionare quelli già implementati a partire, almeno inizialmente, da quelli che rivestono particolare rilevanza strategica (obiettivo direttore generale, reti clinico-organizzative, rischio sanitario elevato, etc.) sia a livello ospedaliero che distrettuale-territoriale. Le singole Strutture di Ricovero e Cura Pubbliche e Private Accreditate ed a Contratto con il SSR saranno tenute ad implementare gli item verdi del "The PDTA Format" per la produzione/revisione dei PDTA Aziendali (Operational) entro i prossimi 12 mesi, per un numero di percorsi di cura predisposto da DG Welfare Regione Lombardia. Per la produzione dei PDTA Regionali (Model) verranno implementati, sin da subito, oltre degli item verdi anche gli item blu. Ciascuna Struttura di Ricovero e Cura potrà, comunque implementare, in aggiunta agli item verde, sulla base del proprio expertise, risorse ed obiettivi della Direzione Strategica, il numero più elevato possibile di item blu, con l'obiettivo di ottimizzare le dimensioni sicurezza, efficacia ed impatto organizzativo del PDTA, migliorandone l'appropriatezza. I due item arancioni B1. e C8, dedicati rispettivamente all'individuazione ed alla implementazione delle funzioni del Project Manager e del Responsabile-PDTA (Patient Flow Manager) verranno implementati, da subito per la produzione dei PDTA Regionali (Model), anche a livello locale non appena sarà disponibile una figura professionale adeguatamente formata. Invero, l'individuazione e l'implementazione della figura chiave del Project Manager consentirà di produrre PDTA di qualità significativamente aumentata rispetto alla usual care.

### 13. PROGRAMMA DI INTENTI

Terminata la formalizzazione del documento, è stata prevista la informatizzazione del "The PDTA Format" finalizzata al miglioramento dell'interfaccia tra strumento e professionista con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza nella compilazione, monitoraggio e revisione del PDTA e risolvere una delle maggiori criticità che grava sempre maggiormente sull'operatore sanitario, il "time consuming". In una ulteriore fase successiva, verrà creato un applicativo digitale per la gestione diretta delle IPU sia in ambito ospedaliero che sul distretto-territorio.

Inoltre, l'implementazione di misure che prevedano il monitoraggio continuo, non solo dell'impatto clinico-organizzativo del PDTA, ma anche quello economico-finanziario con l'obiettivo di fronteggiare le molteplici criticità correlate al numero limitato di risorse attraverso la razionalizzazione dell'offerta, verrà considerata.

### 14. ACRONIMI

<b>AGENAS</b>	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
<b>AHRQ</b>	Agency for Healthcare Research and Quality
<b>AGREE</b>	Appraisal of Guidelines for REsearch & Evaluation
<b>AREU</b>	Agenzia Regionale Emergenza Urgenza
<b>ASST</b>	Aziende Socio-sanitarie Territoriali
<b>ATS</b>	Agenzie di Tutela della Salute
<b>CAF</b>	Common Assessment Network
<b>CDB</b>	Centro Documentazione Biomedica
<b>CDD</b>	Centri Diurni Disabili
<b>CDI</b>	Centri Diurni Integrati
<b>CMA</b>	Canadian Medical Association Infobase (Canada)
<b>CPGP</b>	Clinical Practice Guideline Portale (Australia)
<b>DAPSS</b>	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie
<b>DGR</b>	Deliberazione Giunta Regionale
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Groups
<b>DM</b>	Decreto Ministeriale
<b>ECM</b>	Educazione Continua in Medicina
<b>IRCCS</b>	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
<b>EBM</b>	Evidence Based Medicine
<b>E-P-A</b>	European Pathway Association
<b>GRADE</b>	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations
<b>GdL</b>	Gruppo di Lavoro
<b>GMD</b>	Gruppi Multidisciplinari
<b>GdM</b>	Gruppi di Miglioramento
<b>GRS</b>	Global Rating Scale
<b>HTA</b>	Health Technology Assessment
<b>IPU</b>	Integrated Practice Unit
<b>GIMBE</b>	Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze
<b>GRS</b>	Global Rating Scale
<b>HFMEA</b>	Healthcare Failure Mode and Effect Analysis
<b>HTA</b>	Health Technology Assessment
<b>ICHOM</b>	International Consortium for Health Outcomes Measurement

<b>ICM</b>	Infermiere Case Manager
<b>ISO</b>	International Organization for Standardization
<b>ISS</b>	Istituto Superiore Sanità
<b>KPI</b>	Key Performance Indicator
<b>LLGG</b>	Linee Guida
<b>MEDLINE</b>	National Library of Medicine's (NLM) Premier Bibliographic Database
<b>MMG</b>	Medico Medicina Generale
<b>NCGC</b>	National Clinical Guideline Center (UK)
<b>NHS</b>	National Health Service
<b>NICE</b>	National Institute for Health and Care Excellence (UK)
<b>NZGG</b>	New Zealand Guidelines Group (New Zealand)
<b>PEM</b>	Patient Experience Manager
<b>PFM</b>	Patient Flow Manager
<b>PFMT</b>	Patient Flow Management Team
<b>PG</b>	Patient Group
<b>PM</b>	Project Manager
<b>PNGLA</b>	Piano Nazionale Governo Liste di Attesa
<b>PDTA</b>	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
<b>PF</b>	Patient Flow
<b>PFM</b>	Patient Flow Manager
<b>PFMT</b>	Patient Flow Management Team
<b>PG</b>	Patient Group
<b>PGC</b>	Portale Governo Clinico
<b>PLS</b>	Pediatri di Libera Scelta
<b>PNE</b>	Programma Nazionale Esiti
<b>PNLG</b>	Piano Nazionale Linee Guida (Italia)
<b>POAS</b>	Piano di Organizzazione Aziendale Strategico
<b>PREMs</b>	Patient Reported Experience Measures
<b>PROMs</b>	Patient Reported Outcome Measures
<b>PSN</b>	Piano Sanitario Nazionale
<b>QoL</b>	Quality of Life
<b>RCA</b>	Root Cause Analysis
<b>RL</b>	Regione Lombardia
<b>RSA</b>	Residenze Sanitarie per Anziani
<b>SC</b>	Struttura Complessa
<b>SDO</b>	Scheda Dimissione Ospedaliera
<b>SIMG</b>	Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie
<b>SIGN</b>	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Scotlad)
<b>SNLG</b>	Sistema Nazionale Linee Guida (Italia)
<b>SS</b>	Struttura Semplice
<b>SSD</b>	Struttura Sanitari Semplice Dipartimentale

<b>SSR</b>	Servizio Sanitario Regionale
<b>SSN</b>	Servizio Sanitario Nazionale
<b>SWOT</b>	Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats
<b>SWR</b>	Safety Walkaround
<b>TDABC</b>	Timedrive Activity-Based Cost
<b>URP</b>	Ufficio Relazioni Pubblico
<b>VBH/VBHC</b>	Value Based Healthcare
<b>WF</b>	Workflow

## 15. GLOSSARIO

<b>ASSET MANAGEMENT</b>	Miglior modulazione ed organizzazione dei setting assistenziali quali sala operatoria, aree di degenza, ambulatoriali, discharge room/lounge, etc. ricercando sempre la massima efficienza e appropriatezza nell'uso delle risorse a disposizione e la loro produttività.
<b>BED MANAGEMENT</b>	Ottimizzazione dei flussi dal pronto soccorso verso i reparti e nei reparti per garantire la continuità dell'attività programmata) ricercando sempre la massima efficienza e appropriatezza nell'uso delle risorse a disposizione e la loro produttività.
<b>CASE MANAGER</b>	L'infermiere Case Manager (ICM) prende in carico il paziente e la sua famiglia attraverso percorsi assistenziali centrati sulla singola persona che viene seguita in tutte le fasi, dall'ammissione al rientro al domicilio o all'inserimento c/o strutture sanitarie di lungodegenza e/o riabilitazione.
<b>CASE MANAGEMENT</b>	Processo collaborativo di valutazione, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure, valutazione e difesa delle opzioni e dei servizi per soddisfare le esigenze sanitarie complete di un individuo e di una famiglia attraverso la comunicazione e le risorse disponibili per promuovere la sicurezza del paziente, la qualità delle cure e i costi.
<b>COUNSELING</b>	Intervento psicoterapeutico diretto al superamento di difficoltà adattive, fondato sull'instaurazione di un clima di comprensione e di agevole comunicazione tra terapeuta e paziente (o pazienti).
<b>DISCHARGE MANAGEMENT</b>	Individuazione precoce necessità di dimissioni organizzate protette, in assistenza domiciliare, verso RSA, riabilitazione, gestione operativa da un Coordinatore Sanitario Assistenziale), ricercando la massima efficienza e appropriatezza nell'uso delle risorse a disposizione e la loro produttività.
<b>IPU</b> (HARVARD BUSINESS SCHOOL)	Le Unità di Assistenza Integrate (IPU) sono team multidisciplinari, multiprofessionali trasversali, composti da personale sanitario e non sanitario, strutturate per soddisfare i bisogni, durante l'intero ciclo di cura, di gruppi ben definiti di pazienti in termini di cure primarie e preventive (es. perdita di peso, aterosclerosi, riduzione del rischio, gestione delle condizioni croniche o cessazione del fumo, etc.) o condizioni mediche simili (es. dolore lombare, diabete, etc.) piuttosto che intorno alle specialità o a un intervento particolare (chirurgia colonna vertebrale).
	Nelle Unità di Assistenza Integrate (IPU), l'eccellenza non è definita dalle prestazioni dei singoli, ma piuttosto dalla competenza, dall'integrazione e dal coordinamento di un team con clinici che possono imparare come gruppo dalle prestazioni passate e dalle migliori pratiche.
	Le Unità di Assistenza Integrate (IPU) rappresentano parte di unità organizzativa comune distinta dal loro reparto di specialità.

	<p>Man mano che le Organizzazioni sviluppano Unità di Assistenza Integrate (IPU) per gruppi crescenti di condizioni, le IPU possono essere raggruppate in più ampi macro-raggruppamenti (cluster) di IPU sorelle basati su cluster di malattie.</p> <p>Pazienti con bisogni complessi in condizioni multiple dovrebbero ricevere assistenza da IPU multiple. Il coordinamento delle cure tra Unità di Assistenza Integrate (IPU) è promosso dal Responsabile-PDTA (PFM) il cui compito è coordinare l'esperienza del paziente attraverso il continuum di cura, anche se parte della cura è in un'altra Unità di Assistenza Integrata IPU.</p>
	<p>Il team si assume la responsabilità dell'intero ciclo di cura per la condizione (comprendente cure ambulatoriali, ospedaliere e riabilitative) e dei servizi di supporto necessari per la condizione, come la nutrizione, il lavoro sociale e la salute comportamentale.</p>
	<p>Le Unità di Assistenza Integrate (IPU) si assumono anche la responsabilità di riconoscere la variazione tra i pazienti nei loro bisogni e la loro complessità clinica e nel regolare la cura di conseguenza.</p>
	<p>L'educazione del paziente, l'impegno, il monitoraggio, l'aderenza e il follow-up sono integrati nella composizione del team e nel modello di cura.</p>
	<p>Le Unità di Assistenza Integrate (IPU) hanno un'unica struttura di gestione e programmazione gestita dal Responsabile-PDTA (PFM).</p>
	<p>Il team è collocato in strutture dedicate, adatte ai processi di cura e alle esigenze tecnologiche.</p>
	<p>Il team misura i risultati dei pazienti, i processi di cura e i costi complessivi per ogni paziente utilizzando una piattaforma di misurazione comune.</p>
	<p>Il team si incontra formalmente e informalmente su base regolare per discutere di risultati, processi e tecnologia e impiega un approccio strutturato per migliorare i risultati.</p>
	<p>Il team accetta la responsabilità generale congiunta per risultati e costi.</p>
	<p><a href="https://www.isc.hbs.edu/health-care/value-based-health-care/key-concepts/Pages/organize-care-around-condition.aspx">https://www.isc.hbs.edu/health-care/value-based-health-care/key-concepts/Pages/organize-care-around-condition.aspx</a></p>
<b>PATIENT-CENTEREDNESS</b>	<p>"Fornire un'assistenza rispettosa e rispondente alle preferenze, ai bisogni e ai valori dei singoli pazienti, assicurando che i valori del paziente guidino le decisioni cliniche" (Institute of Medicine).</p>
<b>TDABC</b>	<p>La misurazione dei costi effettivi durante l'intero ciclo di cura è il complemento essenziale alla misurazione dei risultati e richiede l'uso di una contabilità dei costi basati sulle attività (TDABC, timedriven activity-based cost), una tecnica in progressiva diffusione.</p>
<b>VBHC</b>	<p>Il valore nell'assistenza sanitaria è il miglioramento misurato nei risultati di salute di un paziente rispetto al costo necessario al raggiungimento di tale miglioramento (Porter ME, Teisberg EO. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. 2006, Boston, MA: Harvard Business School Press).</p>

## 16. FONTI DOCUMENTALI

### 16.1 DOCUMENTI STRUTTURALI

1. **Balch A.** Framework for Person-Centered Care Pathways in Oncology. Journal of Clinical Pathways. January/February 2020.
2. **Ceccarelli G., Foglia E., Ferrario L., Nunnari P.** Care Pathways Production and Review Checklist: results from an HTA evaluation. Recenti Progressi in Medicina, 113 (3), Marzo 2022.
3. **Chen CP, Marcotte LM, Herner K, Liao JM.** Value-Based Management of Clinical Pathways: An Applied Framework. Journal of Clinical Pathways. May, 2019.

4. **Danared F.**, Löfgren A. Serving specialized patient segments in a diversified context. Karolinska Universitetssjukhuset, 2017.
5. **DM 70/2015, DM 71/2022.**
6. **Harvard Business Review Italia.** Le sei priorità per implementare il Value Based Healthcare in Italia, 2021.
7. **Manuale RAO Agenas.** Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Luglio, 2020.  
[https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/RAO/Manuale\\_RAO\\_13\\_gen.pdf](https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/RAO/Manuale_RAO_13_gen.pdf).
8. **Norma ISO 2001-2015.**
9. **Porter ME.** What is value in health care? N Engl J Med, 2010.
10. **Regione Emilia Romagna.** Guida per il Valutatori alla verifica dei percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) nell'ambito delle visite diaccreditamento. Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Ottobre, 2013.
11. **Rotter T.**, Kinsman L., James E., Machotta A., Willis J., Snow P., Kugler J. 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, 2012. DOI: 10.1177/0163278711407313.
12. **Vanhaecht K.**, Van Gerven E., Deneckere S., Lodewijckx C., Janssen I., van Zelm R., Boto P., Mendes R., Panella M., Biringer E., Sermeus W. The 7-phase method to design, implement and evaluate care pathways. The International Journal of Person Centered Medicine Vol 2 Issue 3 pp 341-351, 2012.

## 16.2 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

13. Black. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ* 2013; 346.
14. Bower, KA. Clinical pathways: 12 lessons learned over 25 years of experience. *International Journal of Care Pathways* 13, 78-81, 2009.
15. Castro EM., Van Regenmortel T., Vanhaecht K. Et al. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>, 2016.
16. Coulter et al. Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care. *BMJ* 2014;348:g2225.
17. Craig P. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008;337:a1655 doi: 10.1136/bmj.a1655 (Published 29 September 2008).
18. Dautremont JF., Rudmik LR. et al. Cost-effectiveness analysis of a postoperative clinical care pathway in head and neck surgery with microvascular reconstruction. *Journal of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 42:59, 2013.
19. Delibera Giunta Regionale n. 1173 del 25/07/2016 (Emilia Romagna). Adozione del piano programma 2016-2018 dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale e approvazione della relazione annuale 2015 e della relazione 2011-2015.
20. Deming, W.E. (1982). *Out of the crisis*. Melborne: Syndicate of the University of Cambridge.
21. Deneckere S. Better Interprofessional Teamwork, Higher Level of Organized Care, and Lower Risk of Burnout in Acute Health Care Teams Using Care Pathways. A Cluster Randomized Controlled Trial (*Med Care* 2013;51: 99–107).
22. Deneckere S., Euwema M, Van Herck P., Lodewijckx C, Panella M., Sermeus W., Vanhaecht K. Care pathways lead to better teamwork: Results of a systematic review. *Social Science & Medicine* 75, 264-268, 2012.
23. Deneckere, S., Robyns, N., Vanhaecht, K., Euwema, M., Panella, M., Lodewijckx, C., Leigheb, F., Sermeus, W. & EQCP Study Group. Indicators for follow-up of multidisciplinary teamwork in care processes: results of an international expert panel. *Evaluation & the Health Professional*. 34 (3) 258-277, 2011.
24. Department of Health, 1994
25. De Rosis S., Pennucci F., Lungu DA, Manca M., Nuti S. A continuous PREMs and PROMs Observatory for elective hip and knee arthroplasty: study protocol. *De Rosis S, et al. BMJ Open* 2021;11:e049826. doi:10.1136/bmjopen-2021-049826.
26. Direttiva Generale per l'Azione Amministrativa e la Gestione - Anno 2017 - Centro di responsabilità amministrativa: Direzione generale della programmazione sanitaria - Ministero della Salute.
27. Evans-Lacko, S., Jarrett, M., McCrone, P. & Thornicroft, G. (2010). Facilitators and barriers to implementing clinical care pathways. *BMC Health Services Research* 10 (1) 182.
28. Ferrè F., De Rosis., Murante AM, Gilmore KJ, Ghilli M., Mariniello D., Nuti S, Roncella M. Systematic and continuous collection of patient-reported outcomes and experience in women with cancer undergoing mastectomy and immediate breast reconstruction: a study protocol for the Tuscany Region (Italy) *BMJ Open* 2021;11: e042235. doi:10.1136/bmjopen-2020-042235.
29. Gimbe - Dalle Linee Guida ai percorsi Assistenziali. Bologna, 23-25 Ottobre, 2017.
30. Gimbe - PDTA Produzione, implementazione e monitoraggio, 5 Maggio, 2022.
31. Great Ormond Street Hospital for Children (NHS). How to produce and evaluate an integrated care pathway (ICP): information for staff.

August 2010.

32. Grilli et al. Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. Volume 355, Issue 9198, 8 January 2000, Pages 103-106.
33. Grol, R. & Buchan, H. (2006). Clinical guidelines: what can we do to increase their use? *Medical Journal of Australia* 185, (6), 301-302.
34. HIS Health Innovation Network South London. [www.hin-southlondon.org](http://www.hin-southlondon.org). What is person-centred care and why is it important?
35. Hua-qiong Wang et al. Creating hospital-specific customized clinical pathways by applying semantic reasoning to clinical data. *Journal of Biomedical Informatics* 52 (2014) 354–363.
36. Kaplan RS, Porter ME. The biggest problem with health care isn't with insurance or politics. It's that we're measuring the wrong things the wrong way. *Harvard Business Review*, 2011.
37. Lachman P., Batalden P., Vanhaecht K. A multidimensional quality model: an opportunity for patients, their kin, healthcare providers and professionals to coproduce health [version 2; peer review: 1 approved, 2 approved with reservations]. Latest published: 19 Jan 2021, 9:1140, <https://doi.org/10.12688/f1000research.26368.2>.
38. Lega F. *Economia e management sanitario. Settore, sistema, aziende, protagonisti. I manuali 143*. Prima Edizione. Egea. ISBN 978-88-238-2267-2, 2018.
39. Legge 11 Gennaio 2018, N.3 art.3 e al Piano Nazionale per l'Applicazione e la Diffusione della Medicina di Genere.
40. Lodewijckx, C., Leigheb, F., Deneckere, S., Panella, M. & EQCP Study Group. (2010). The impact of care pathways for exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: rationale and design of a cluster randomized.
41. Lodewijckx et al. Eight-step method to build the clinical content of an evidence-based care pathway: the case for COPD exacerbation. *Trials* 2012, 13:229. <http://www.trialsjournal.com/content/13/1/229>.
42. Lodewijckx, C., Sermeus, W., Vanhaecht, K., Panella, M., Deneckere, S., Leigheb, F. & Decramer, M.. In-hospital management of COPD exacerbations: a systematic review of the literature with regard to adherence to international guidelines. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 15, 1101-1110, 2009.
43. Lofberg E. Karolinska Universitetssjukhuset. Patient First. Together we create the best care, 2017.
44. Ministero della Salute - Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa (2019–2021).
45. NHS Evaluation Team - Clinical Pathway.
46. Qaseem A. for the Board of Trustees of the Guidelines International Network. Guidelines International Network: verso standard internazionali per la produzione di linee guida. Evidence | Ottobre 2012 | Volume 4 | Issue 6 | e1000022. [www.evidence.it](http://www.evidence.it).
47. Olsson LE., Hansson E., Ekman I. et al. A cost-effectiveness study of a patient-centred integrated care pathway. *Journal of Advanced Nursing* 65(8), 1626–1635, 2009. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05017.x
48. Ovreteit, J. The future of care pathways. *International Journal of Care Pathways* 14 (2) 76-78, 2010.
49. Panella, M., Marchisio, S., Di Stanislao, F. Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? *International Journal for Quality in Health Care* 15 (6) 509-521, 2003.
50. Panella, M., Vanhaecht, K. Is there still need for confusion about pathways? *International Journal of Care Pathways* 14, 1-3, 2010.
51. PDTA Net: progetto di Fondazione ReS (Ricerca e Salute).
52. Performance Excellence Program. Clinical Pathway Development. April 2011.
53. Picker Institute Europe, Suite 6, Fountain House, 1200 Parkway Court, John Smith Drive, Oxford, OX4 2JY, [info@pickereurope.ac.uk](mailto:info@pickereurope.ac.uk).
54. Porter M. and Lee T.H. The Big Idea. The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*. October 2013.
55. Porter ME, Lee TH. Harvard Business School. The Strategy That Will Fix Health Care. 2013.
56. Porter ME. Harvard Business School. VBHC Intensive Seminar Boston, MA, January 16, 2020.
57. Procedura Aziendale FMEA/FMECA, Azienda ULSS 20 di Verona, Comitato Aziendale per la Sicurezza del paziente, Rev. 03 del 01.08.13, Codice DM 034, pg. 19.
58. Progetto di Ricerca Corrente 2012. "Analisi della metodologia di aggiornamento di percorsi diagnostico-terapeutici di patologie ad elevato impatto assistenziale". Relazione finale progetto a cura del Gruppo di Studio Dott. F. Cardinale, Dott. G. Flego, Dott.ssa Paleari, Dott.ssa Sasso Tiziana.
59. Queensland Government. Queensland Health. A Toolkit for Developing a Clinical Pathway. Pathways and Processes Team Clinical Practice Improvement Centre, December 2005.
60. Requisiti Specifici Accreditamento - Regione Emilia-Romagna - D.G.R. 327/04.
61. Rotter T, Kinsman L, James EL, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs (Review). *Cochrane Library Database Syst Rev*. Mar 17; (3):CD006632, 2010. doi: 10.1002/14651858.CD006632.pub2.

62. Savitz L.A., Kaluzny A.D. & Kelly, D.L. (2000). A life cycle model of continuous clinical process innovation. *Journal of Healthcare Management* 45 (5) 307-315.
63. Seys D, Bruyneel L, Deneckere S, et al. Better organized care via care pathways: A multicenter study. *PLoS ONE* 12 (7): e0180398, 2017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180398>.
64. Seys D., Coeckelberghs E., Sermeus W. Et al. Overview on the target population and methods used in care pathway projects: A narrative review. *Int J Clin Pract.* 2021;00:e14565. [wileyonlinelibrary.com/journal/ijcp](http://wileyonlinelibrary.com/journal/ijcp). John Wiley & Sons Ltd, 2021. DOI: 10.1111/ijcp.14565.
65. Seys, D., Deneckere, S. The Care Process Self-Evaluation Tool: a valid and reliable instrument for measuring care process organization of health care teams. *BMC Health Services Research*, 19 (13) 325, 2013.
66. Seys D., Panella M., Van Zelm R., Sermeus W, Aeyels D., Bruyneel L., Coeckelberghs E., Vanhaecht K. Care pathways are complex interventions in complex systems: New European Pathway Association framework International. *Journal of Care Coordination Vol.* 22(1) 5–9, 2019. Article reuse guidelines: [sagepub.com/journals-permissions](http://sagepub.com/journals-permissions) DOI: 10.1177/2053434519839195 [journals.sagepub.com/home/icp](http://journals.sagepub.com/home/icp).
67. Spain, D.A., McIlvoy, L.H., Fix, S.E., Carrillo, E.H., Boaz, P.W., Harpring, J.E., Raque, G.H. & Miller, F.B. (1998). Effect of a clinical pathway for severe traumatic brain injury on resource utilization. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 45 (1) 101-104.
68. Team di Fondazione ReS. *Costruisci PDTA*. MaCroSCOPIO. Osservatorio sulla cronicità. A cura di Fondazione ReS. Pensiero Scientifico Editore, 2021. ISBN 978-88-490-0686-5.
69. Team di Fondazione ReS. *Organizza PDTA*. MaCroSCOPIO. Osservatorio sulla cronicità. A cura di Fondazione ReS. Pensiero Scientifico Editore, 2021. ISBN 978-88-490-0707.
70. Team di Fondazione ReS. *Stratifica PDTA*. MaCroSCOPIO. Osservatorio sulla cronicità. A cura di Fondazione ReS. Pensiero Scientifico Editore, 2021. ISBN 978-88-490-0716-9.
71. Team di Fondazione ReS. *Valuta PDTA*. MaCroSCOPIO. Osservatorio sulla cronicità. A cura di Fondazione ReS. Pensiero Scientifico Editore, 2021. ISBN 978-88-490-0713-8.
72. Vanhaecht K et al. An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways* 2010; 14: 117–123 DOI: 10.1258/ijcp.2010.010019.
73. Vanhaecht K., Panella M., van Zelm R., Sermeus W. What about care pathways? DOI: 10.1093/acprof:oso/9780199550838.003.0001.
74. Vanhaecht K., Panella M., van Zelm R. et al. An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways* 2010; 14: 117–123. DOI: 10.1258/ijcp.2010.010019. Downloaded from [icp.sagepub.com](http://icp.sagepub.com) at Harvard Libraries on June 27, 2015.
75. Vanhaecht, K., Panella, M. What would Deming, Juran and Crosby have to say about “a zero tolerance” for patient harm? A response to “NHS must adopt a culture of “zero tolerance” for patient harm, Francis report says. *British Medical Journal*, 19 (13) 325, 2013.
76. Vanhaecht K., Panella M., van Zelm R. et al. What about care pathways? Article, January, 2011. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780199550838.003.0001.
77. Vanhaecht, K., Ovretveit, J., Elliott, M.J., Sermeus, W., Ellershaw, J.E., & Panella, M. (2012). Have We Drawn the Wrong Conclusions About the Value of Care Pathways? Is a Cochrane Review Appropriate? *Evaluation and the Health Professions* 35 (1) 28-42.
78. Vanhaecht, K., Sermeus, W. The Leuven Clinical Pathway Compass. *International Journal of Care Pathways* 7, 2-7, 2003.
79. Vanhaecht, K., Van Zelm, R.T., Van Gerven, E., Sermeus, W., Bower, K.A., Panella, M. & Deneckere, S. The 3-blackboard method as consensus development exercise for building care pathways. *International Journal of Care Pathways* 15, 49-52, 2011.
80. Vanhaecht, K., De Witte, K., Depreitere, R., Van Zelm, R. T., De Bleser, L., Proost, K. & Sermeus, W.. Development and validation of a Care Process Self-Evaluation Tool (CPSET). *Health Services Management Research* 20, 189-202, 2007.
81. Vanhaecht, K., Panella, M., Van Zelm, R.T. & Sermeus, W. An overview on the concept and history of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways* 14, 117-123, 2010.
82. Vanhaecht, K., De Witte, K. & Sermeus, W. The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. Leuven: ACCO, 2007.
83. Vanhaecht, K., Sermeus, W., Van Zelm, R. T. & Panella, M. (2010). Care Pathways are defined as complex interventions. *BMC Medicine* 8, [<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/31/COMMENTS/citation>].
84. Vanhaecht, K., Sermeus, W., Peers, J., Decramer, M., Lodewijckx, C., Leigheb, F., Deneckere, S., Panella, M. & EQCP Study Group. (2010). The impact of care pathways for exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: rationale and design of a cluster randomized controlled trial. *Trials* 11, 111.

85. Van Vliet E.J. Efficacy and efficiency of a lean cataract pathway: a comparative study. Downloaded from <http://qualitysafety.bmj.com/> on June 13, 2017.
86. Van Houdt S., Sermeus W., Vanhaecht K. Et al. Focus groups to explore healthcare professionals' experiences of care coordination: towards a theoretical framework for the study of care coordination. BMC Family Practice (2014) 15:177. DOI 10.1186/s12875-014-0177-6.
87. Zhu L., Li J., Li XK. Et al. Impact of a Clinical Pathway on Hospital Costs, Length of Stay and Early Outcomes after Hepatectomy for HCC. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Vol 15, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.13.5389>.
88. Wolff et al. Using checklists and reminders in clinical pathways to improve hospital inpatient care. MJA Volume 181 Number, 18 October, 2004.

## 17. DICHIARAZIONE DI NON RESPONSABILITÀ

Questo strumento di governo clinico non è inteso a fornire indicazioni su particolari scelte sanitarie.

La pubblicazione di questo documento da parte di Regione Lombardia non riflette necessariamente il punto di vista del Project Manager/Coordinatore Scientifico e/o del Gruppo di Lavoro, né indica un impegno verso una particolare linea d'azione. Il Project Manager/Coordinatore Scientifico ed il Working Group non si assumono alcuna responsabilità legale per eventuali lesioni, perdite o danni subiti dall'uso o dall'affidamento di questo strumento.

18. INDEX PDTA FORMAT			
<b>0. STORIA DOCUMENTO</b>		1.	PRINCIPALI CARATTERISTICHE DOCUMENTO
		2.	AZIONI CORRETTIVE
		3.	PROGRAMMA D'INTENTI
		4.	PRODUZIONE DOCUMENTO
		5.	VERIFICA DOCUMENTO
		6.	APPROVAZIONE DOCUMENTO
		7.	VALIDAZIONE DOCUMENTO
		8.	PEER REVIEW
		9.	DIFFUSIONE DOCUMENTO
		10.	VALIDITÀ DOCUMENTO
		11.	FORMAZIONE AZIENDALE
		12.	REVISIONE DOCUMENTO
		13.	ASSOCIAZIONI PAZIENTI
		14.	RICERCA FINALIZZATA
		15.	LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ
<b>A. SCREENING</b>		1.	UNMET NEED
		2.	RILEVANZA GENERALE
		3.	MAPPATURA CONTESTO CLINICO-ORGANIZZATIVO
<b>B. PROGETTAZIONE</b>		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.)
		1.	MAPPATURA PROCESSI DI CURA (WF 5.)

<b>C.</b>	<b>SVILUPPO</b>	2.	<b>PROGETTAZIONE PROCESSI DI CURA (WF 5., WF. 6)</b>
		3.	<b>PROGETTAZIONE WORKFLOW (WF 5.)</b>
		4.	<b>RETE CONDIVISIONE SAPERI (WF 5.)</b>
		5.	<b>CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-DISTRETTO-TERRITORIO (WF 5.)</b>
<b>D.</b>	<b>RESPONSABILITÀ</b>	1.	<b>MATRICE ATTORI/ATTIVITÀ (WF 7.)</b>
		2.	<b>EXPERTISE FIGURE CHIAVE (WF 7.)</b>
<b>E.</b>	<b>IMPLEMENTAZIONE</b>	1.	<b>DRAFT, PILOT, FINAL (WF 8.)</b>
		2.	<b>MANUTENZIONE (WF. 8.)</b>
		3.	<b>VERIFICA, APPROVAZIONE, VALIDAZIONE (WF. 8.)</b>
		4.	<b>DIFFUSIONE (WF. 8.)</b>
		5.	<b>FORMAZIONE E RICERCA FINALIZZATA (WF. 8.)</b>
<b>F.</b>	<b>VALUTAZIONE</b>	1.	<b>MONITORAGGIO INDICATORI (WF 9.)</b>
		2.	<b>INCIDENT REPORTING (WF 9.)</b>
<b>G.</b>	<b>FOLLOW-UP</b>	1.	<b>REPORT PERIODICI</b>

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

TAB. 00.

<b>INDICE TABELLE, FIGURE E WORK FLOW</b>	
<b>TAB. 00.</b>	<b>INDICE E ACRONIMI FIGURE CHIAVE (KEY FIGURE)</b>
<b>TAB.0</b>	<b>INDICE TABELLE, FIGURE E WORK FLOW</b>
<b>TAB. 1.</b>	<b>REQUISITI MINIMI PRODUZIONE/PRIORITIZZAZIONE PDTA</b>
<b>FIG. 1.</b>	<b>COSTITUZIONE GRUPPO DI LAVORO (WG)</b>
<b>WF. 1.</b>	<b>SCREENING-PROGETTAZIONE</b>
<b>TAB. 2.</b>	<b>GRUPPO DI LAVORO (WG) PDTA REGIONALE (MODEL)</b>
<b>TAB. 3.</b>	<b>GRUPPO DI LAVORO (WG) AZIENDALE (OPERATIONAL)</b>
<b>WF. 2.</b>	<b>OBIETTIVI, CRITICITÀ E AZIONI CORRETTIVE</b>
<b>WF. 3.</b>	<b>STRATIFICAZIONE</b>

<b>WF. 4.</b>	<b>SELEZIONE E VALUTAZIONE FONTI DOCUMENTALI</b>
<b>TAB. 4.</b>	<b>CHECKLIST AGREE II</b>
<b>FIG. 4.</b>	<b>OVERALL AGREE II SCORE</b>
<b>TAB. 5.</b>	<b>CHECKLIST AGREE QRS</b>
<b>WF. 5.</b>	<b>SVILUPPO</b>
<b>WF. 6.</b>	<b>STRATIFICAZIONE SOTTOGRUPPI PAZIENTI</b>
<b>WF. 7.</b>	<b>PDTA AGGREGATI IN IPU</b>
<b>TAB. 6.</b>	<b>MATRICE ATTORI/ATTIVITÀ</b>
<b>WF. 8.</b>	<b>RESPONSABILITÀ ED EXPERTISE</b>
<b>WF. 9.</b>	<b>IMPLEMENTAZIONE, VERIFICA, APPROVAZIONE E VALIDAZIONE PDTA</b>
<b>WF. 10.</b>	<b>MONITORAGGIO INDICATORI</b>
<b>TAB. 7.</b>	<b>CARATTERISTICHE INDICATORE</b>
<b>TAB. 8.</b>	<b>INDICE E ACRONIMI FIGURE CHIAVE (KEY FIGURE)</b>
<b>TAB. 9.</b>	<b>INDICE TABELLE, FIGURE E WORK FLOW</b>

**TAB. 0.**

**19. THE PDTA FORMAT OWNER'S MANUAL**

CRM.	PARAGRAFO	DESCRIZIONE	ATTORI		
<b>0.</b>	<b>STORIA DOCUMENTO</b>	Item PDTA Aziendale		<b>LEGENDA</b>	CRM. Codice Riferimento Manuale
		Item PDTA Regionale	 	Item Documentale -> Carattere Grassetto	
		Item PDTA Qualità Aumentata	  	Item Procedurale -> Carattere Normale	
<b>01.</b>	<b>HIGHLIGHT DOCUMENTO</b>	<b>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).</b>	Project Manager, Coordinatore/i Scientifici e Core Team.		
<b>02.</b>	<b>AZIONI CORRETTIVE</b>	<b>Elencare le principali azioni correttive realmente implementate nel nuovo PDTA rispetto alla pratica assistenziale corrente (Usual Care).</b>	Project Manager, Coordinatore/i Scientifici e Core Team.		
<b>03.</b>	<b>PROGRAMMA D'INTENTI</b>	<b>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.</b>	Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team.		
<b>04.</b>	<b>PRODUZIONE DOCUMENTO</b>	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).	Working Group incluso Coordinatore Scientifico/i, Core Team e Project Manager.		
<b>05.</b>	<b>VERIFICA DOCUMENTO</b>	Il percorso di cura viene sottoposto a processo di verifica formale e metodologica dal Responsabile Aziendale della Struttura Qualità.	Responsabile Aziendale Qualità		
<b>06.</b>	<b>APPROVAZIONE DOCUMENTO</b>	Il percorso di cura viene sottoposto a processo di approvazione dei contenuti diagnostico-terapeutici ed assistenziali dai Direttori di Struttura/Dipartimento coinvolti nel PDTA.	Direttori Strutture/Dipartimenti coinvolti nel PDTA.		
<b>07.</b>	<b>VALIDAZIONE DOCUMENTO</b>	Il percorso di cura viene sottoposto a processo di validazione dal Direttore Sanitario e/o Sociosanitario prima di essere implementato.	Direttore Sanitario e/o Sociosanitario.		
<b>08.</b>	<b>PEER REVIEW</b>	Il documento viene sottoposto alla valutazione da una Commissione di Saggi, con ampia esperienza in materiale sia a livello nazionale che internazionale, esterni a DG Welfare Regione Lombardia.			
<b>09.</b>	<b>DIFFUSIONE DOCUMENTO</b>	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.)	Project Manager, Coordinatore/i Scientifici e Core Team.		
<b>10.</b>	<b>VALIDITÀ DOCUMENTO</b>	<b>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.</b>	Project Manager, Coordinatore/i Scientifici e Core Team.		

11.	<b>FORMAZIONE AZIENDALE</b>	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.	Coordinatore/i Scientifici e Core Team.
12.	<b>REVISIONE DOCUMENTO</b>	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.	Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team.
13.	<b>ASSOCIAZIONI PAZIENTI</b>	Riportare le Associazioni di Pazienti coinvolte nella produzione del documento.	Project Manager, Coordinatore/i Scientifici e Core Team.
14.	<b>RICERCA FINALIZZATA</b>	La produzione di un PDTA può promuovere attività di ricerca e produrre pubblicazioni scientifiche in ambito nazionale ed internazionale da riportare nel documento.	Project Manager, Coordinatore/i Scientifici e Core Team.
15.	<b>LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ</b>	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.	Project Manager, Coordinatore/i Scientifici e Core Team.

<b>A.</b>	<b>SCREENING</b>	Item Documentale -> Carattere Grassetto	<b>CRM.</b> Codice Riferimento Manuale	
		Item Procedurale -> Carattere Normale		
<b>1.</b>	<b>UNMET NEED (A1.) (WF. 1)</b>		<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>
<b>A1.</b>	<b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b> <b>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.</b>		Proponente/Committente (ISS, Ministero Salute, Unità Organizzativa Polo Ospedaliero RL, Direzione Strategica e/o Strutture-Dipartimenti ASST-ATS, IRCCS, AREU, Operatore Socio-Sanitario, Associazione Pazienti, etc.).	Bisogni e/o motivazioni possono essere rappresentati da criticità epidemiologiche e clinico-assistenziali, segnalazioni URP, eventi avversi-sentinella, audit clinici, indicatori di RL/PNE/Agenas/ICHOM, necessità di implementare nuove attività, etc. Necessario costruire un PDTA caratterizzato da tre fattori prognostici indispensabili per la sua implementazione: (1.) evidenced-base; (2.) adattato al contesto locale e (3.) condiviso tra tutti i Professionisti. Tra i criteri di successo nella produzione/implementazione di un PDTA sono da annoverare (1.) un forte mandato decisori ed un (2.) un forte bisogno da parte del mondo professionale.
<b>2.</b>	<b>RILEVANZA GENERALE (A2.) (WF. 1)</b>		<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>
<b>A2.</b>	<b>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.</b>		Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team.	Illustrare il quadro epidemiologico nazionale ed internazionale relativo a cure primarie, preventive e/o concernenti l'intero ciclo di cura oggetto del PDTA e l'impatto che la tecnologia e le principali manifestazioni cliniche esercitano su trattamento, appropriatezza e corretto timing diagnostico-terapeutico affinché sia possibile guarire nel minor tempo disponibile il paziente prevenendone eventuali ulteriori complicanze.
<b>3.</b>	<b>MAPPATURA CONTESTO CLINICO-ORGANIZZATIVO (A3.-A4.) (WF. 1)</b>		<b>ATTORE</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>
<b>A3.</b>	<b>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>		Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team.	Effettuare con il supporto del Project Manager uno studio critico dei rapporti tra strutture interaziendali distribuite lungo il contesto ospedale-distretto-territorio, della aderenza della "usual care"/percorso di cura alle LLGG, normative regionali e nazionali, PNGLA, Piani Nazionali e della conformità a standard di sicurezza (ISO 9001-2015). Utilizzare strumenti per la gestione del rischio clinico (Questionari a Pazienti, SWOT, Analysis, Focus Group, HFMEA, Diagrammi Ishikawa, SWR, RCA, etc) per individuare la causa più probabile di un "near miss" e/o di evento avverso/sentinella.

<b>A4.</b>	<b>Estrarre i flussi informativi concernenti volumi diagnosi, trattamenti, recidive, re-interventi, re-ospedalizzazioni, LOS, complicità, etc. utilizzando i codici SDO per i ricoveri ospedalieri.</b>	Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team, S.C. Flussi informativi.	Utilizzare i codici SDO per estrarre i flussi informativi attraverso le Strutture preposte nei pazienti ricoverati.
<b>2.</b>	<b>REQUISITI MINIMI COMPILAZIONE PDTA (A5.) (WF. 1) (TAB.1.)</b>	<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>
<b>A5.</b>	Prioritizzare la compilazione dei PDTA a valenza strategica procedendo dai percorsi di cura che hanno ottenuto punteggi più elevati dopo aver sommato i valori assegnati alle singole dimensioni utilizzando la TAB. 1 (Modificato da Department of Health, 1994).	Unità Organizzativa Polo Ospedaliero RL, Rete Territoriale RL, Direzione Strategica e/o Project Manager ASST-ATS, IRCCS, AREU, etc.	Per prioritizzare i PDTA a valenza strategica risulta conveniente calcolare il punteggio complessivo ottenuto dalla somma dei punteggi parziali attribuiti a ciascuna delle sette dimensioni riportate nella matrice (TAB. 1) (Scala di Likert, 1-5). Nella valutazione verrà considerato non solo il punteggio ottenuto per ciascun PDTA, ma anche la tipologia della organizzazione sanitaria in cui viene implementato il PDTA ed il contesto storico e normativo vigente. La conduzione di un Audit Clinico può ulteriormente confermare i presupposti per la compilazione un PDTA che deve comunque sempre presidiare ciascuna delle Raccomandazioni Ministeriali. Le considerazioni che conseguono alle valutazioni di specie possono essere utilmente riportate sul documento

<b>REQUISITI MINIMI COMPILAZIONE PDTA</b>							
<b>PUNTEGGIO</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Tot.</b>
<b>1.</b>	<b>FREQUENZA ELEVATA</b>						
<b>2.</b>	<b>RISCHIO ELEVATO</b>						
<b>3.</b>	<b>ELEVATA VARIABILITÀ EROGAZIONE PROCESSI, OUTPUT E OUTCOME</b>						
<b>4.</b>	<b>COSTI ELEVATI</b>						
<b>5.</b>	<b>ELEVATA QUALITÀ EVIDENZE</b>						
<b>6.</b>	<b>GRUPPI MULTIDISCIPLINARI-MULTIPROFESSIONALI</b>						
<b>7.</b>	<b>ELEVATO IMPATTO SOCIALE</b>						
	<b>TOTALE</b>						

TAB. 1

<b>B.</b>	<b>PROGETTAZIONE</b>	Item Documentale -> Carattere Grassetto	<b>CRM.</b> Codice Riferimento Manuale	
		Item Procedurale -> Carattere Normale		
<b>1.</b>	<b>WORKING GROUP (B1.-B6.) (WF1.) (TAB. 2, TAB. 3.)</b>		<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>
<b>B1.</b>	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b> 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.		Unità Organizzativa Polo Ospedaliero RL, Rete Territoriale RL, Direzione Strategica e/o Struttura Qualità Rischio Clinico ASST- ATS, IRCSS, AREU, etc.	Il Project Manager viene individuato nell'ambito delle Strutture Qualità e Rischio Clinico, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Direzione Sanitaria, DITRA, Ingegneria Clinica, Ufficio Epidemiologico, etc.
<b>B2.</b>	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b> 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.		Project Manager.	I Coordinatori Scientifici vengono individuati all'interno delle singole Strutture Clinico-Amministrative coinvolte nella compilazione del PDTA.
<b>B3.</b>	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b> 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.		Project Manager e Coordinatore/i Scientifici.	Il Core Team è costituito dai c.d. "Champion" (i.e. operatori sanitari e non con la più elevata expertise nella materia oggetto del PDTA) e compila in maniera snella e coordinata la sezione di propria competenza coordinandosi con il Project Manager. all'interno delle singole Strutture clinico-amministrative coinvolte nella compilazione del PDTA. I Core Team possono costituire anche le cd Commissioni di Controllo durante il monitoraggio del PDTA.
<b>B4.</b>	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b> 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.		Project Manager, Core Team, Coordinatore/i Scientifico/i.	Il Working Group viene selezionato sulla base di criteri esplicitamente dichiarati nel documento e ricomprende tutte le Strutture, Professioni e Competenze coinvolte nel PDTA, incluse le Associazioni dei Pazienti (Paziente e Cittadino al Centro, Co-production), quando presenti, il Centro Documentazione Biomedica (CDB), la U.O.C. Epidemiologia ATS Città Metropolitana di Milano), etc. In dettaglio, si riportano i principali criteri per la corretta composizione di un Working Group: 1. documentata esperienza nel trattamento di una determinata condizione o complesso di condizioni mediche aggregate; 2. corretto bilanciamento tra le varie expertise coinvolte nel team multidisciplinare, multiprofessionale trasversale; 3. presenza Rappresentanti Società Mediche (es. Associazione Medici Diabetologi (AMD), Società Italiana di Medicina Generale (SIMD), Società Italiana di Cure Palliative (SICP)); 4. corretto bilanciamento tra strutture pubbliche e private accreditate; 5. Inclusione operatori sanitari che lavorano in strutture ospedaliere potenziali sedi di Centri di 2° o 3° livello, se pertinente; 6. corretta equidistribuzione geografica degli operatori sanitari inclusi nel Working group; 7. numerosità contenuta per mantenere ottimale il funzionamento del Working Group.

<b>B5.</b>	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b> <b>Prevedere la presenza dell'HTA-Specialist nel Gruppo di lavoro (WG) e/o componente Commissione Tecnologie Sanitarie, con particolare riferimento a PDTA ad elevato contenuto tecnologico o dove la tecnologia presenti particolare rilevanza epidemiologica, clinica, organizzativa ed economica.</b>	Project Manager, HTA-Specialist, Coordinatore/i Scientifici.	L'inserimento di una nuova tecnologia può esercitare un impatto significativo sulle diverse dimensioni HTA di un PDTA per cui è necessario effettuare almeno un alert prima che un device e/o farmaco vengano inseriti in un percorso di cura. Generalmente, questa valutazione viene effettuata dalla CTS aziendale e/o reperita presso da fonti attendibili, tra cui l'ECRI Intitute, una organizzazione indipendente senza scopo di lucro o la Univerity of York.
<b>B6.</b>	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.	Project Manager e Coordinatore/i Scientifici.	Il Project Manager e Coordinatore/i Scientifici conducono in modalità "focus group" o "blue sky thinking" per identificare le criticità e le azioni correttive proposte dal Working Group. L'obiettivo consiste nella definizione delle modalità con cui attuare, formalizzare e validare il progetto.
<b>2.</b>	<b>TIME TASK MATRIX, CARTELLA CONDIVISA (B7.-B9.) (WF. 1.)</b>	<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>
<b>B7.</b>	Ripartire le attività di progetto su un diagramma di Gantt/Time Task Matrix per evidenziare lo stato di avanzamento dei lavori nel tempo.	Project Manager, Coordinatore/i Scientifici.	Concordare e riportare su una Time Task Matrix (Diagramma di Gantt) il tempo e le azioni programmatiche affidate a Project manager, Coordinatori Scientifici, Core Team e Working Group.
<b>B8.</b>	Predisporre una cartella elettronica condivisa (File-Server aziendale, One drive, Google drive. etc.) sulla quale il Gruppo di lavoro (WG) compila il documento in maniera condivisa.	Coordinatore/i Scientifici.	La cartella condivisa contiene il documento "ongoing" ed i relativi "workflow", che vengono compilati contestualmente in modalità condivisa dal Working Group direttamente sul "cloud", le Linee Guida e loro "appraisal" con AGREE II o QRS, le Buone Pratiche, Normative Regionali/Nazionali, etc.
<b>B9.</b>	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.	Coordinatore/i Scientifici.	I Coordinatori Scientifici effettuano una richiesta di accreditamento dei corsi come GdM all'Ufficio Formazione tramite la Segreteria competente. La produzione di un PDTA diventa anche un momento formativo ECM certificato.

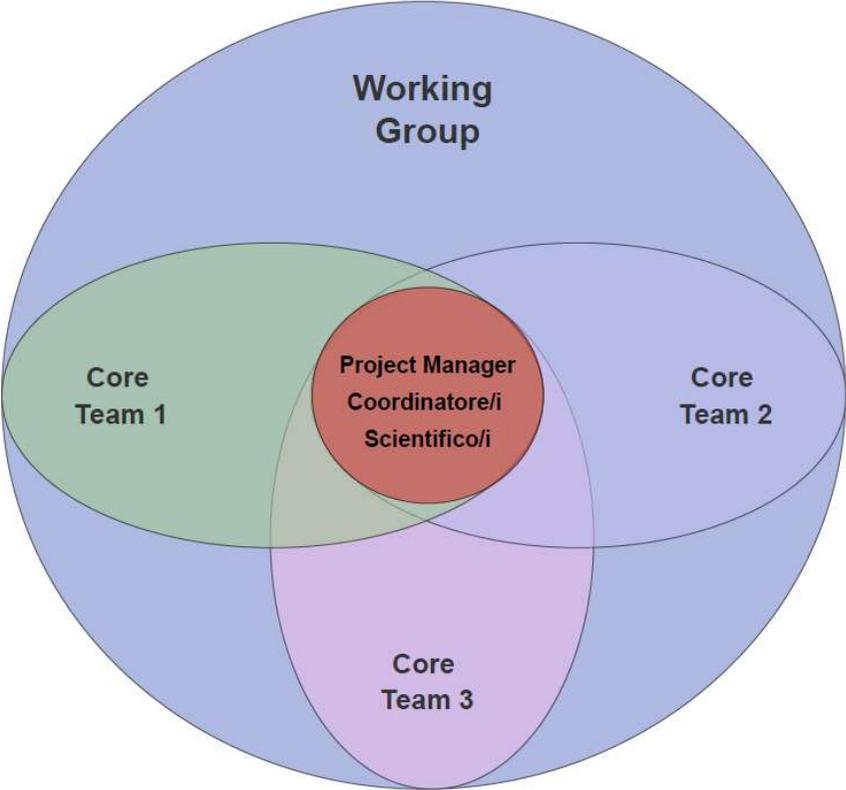
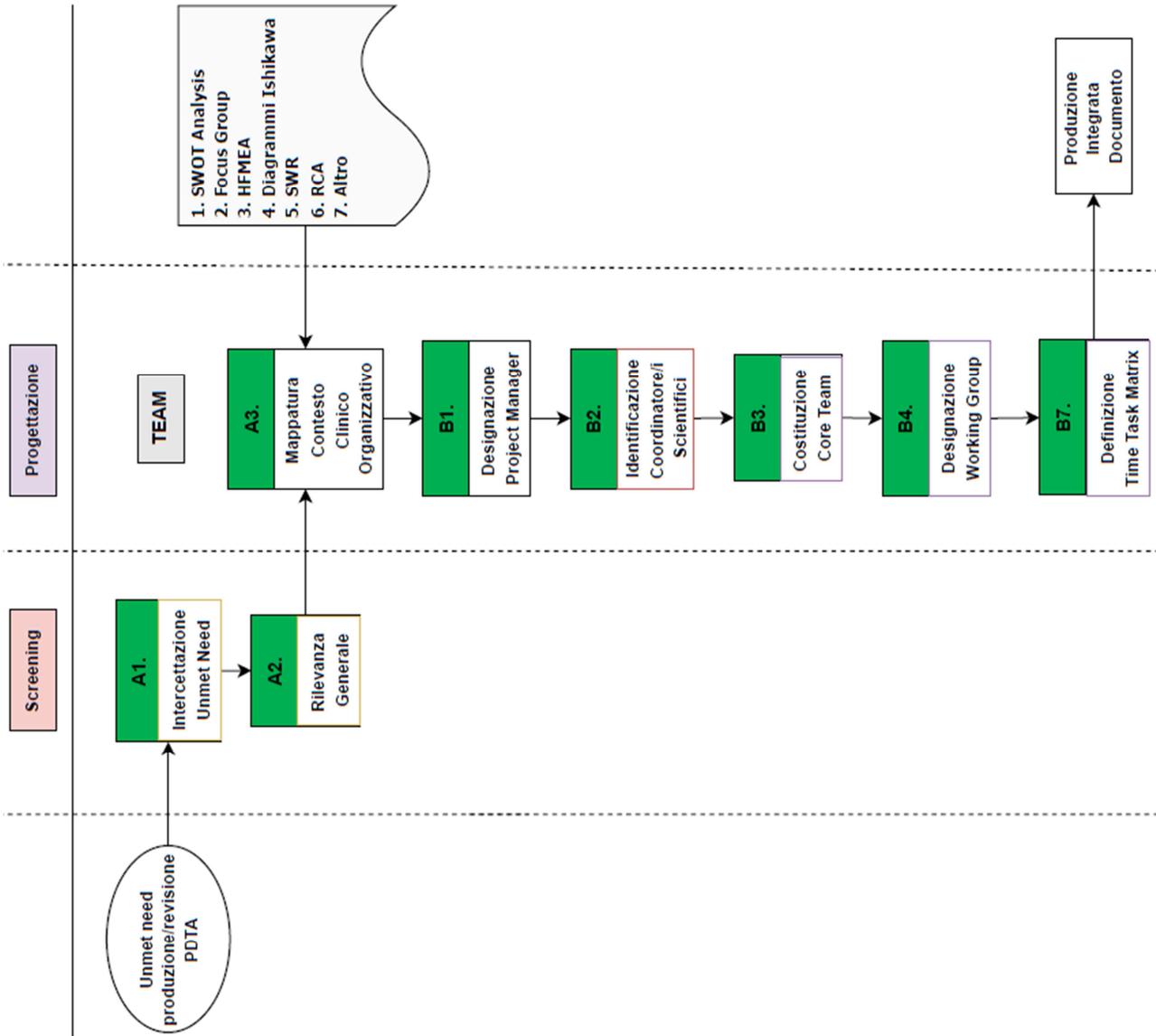


FIG 1.



WF. 1.

<b>GRUPPO DI LAVORO (WG) PDTA REGIONALE (MODEL)</b>		
1.	<b>ORGANIZZAZIONE SANITARIA/UNIVERSITÀ</b>	NOMINATIVO Qualifica Professionale Affiliazione Struttura/Dipartimento
		NOMINATIVO Qualifica Professionale Affiliazione Struttura/Dipartimento
2.	<b>ORGANIZZAZIONE SANITARIA/UNIVERSITÀ</b>	NOMINATIVO Qualifica Professionale Affiliazione Struttura/Dipartimento
3.	<b>ORGANIZZAZIONE SANITARIA/UNIVERSITÀ</b>	NOMINATIVO HTA-Specialist Affiliazione Struttura/Dipartimento
4.	<b>ORGANIZZAZIONE SANITARIA/UNIVERSITÀ</b>	NOMINATIVO HTA-Specialist Affiliazione Struttura/Dipartimento
5.	<b>CENTRO DOCUMENTAZIONE BIOMEDICA</b>	NOMINATIVO Qualifica Professionale Affiliazione Struttura/Dipartimento
6.	<b>ORGANIZZAZIONE SANITARIA/UNIVERSITÀ</b>	NOMINATIVO Project Manager Affiliazione Struttura/Dipartimento

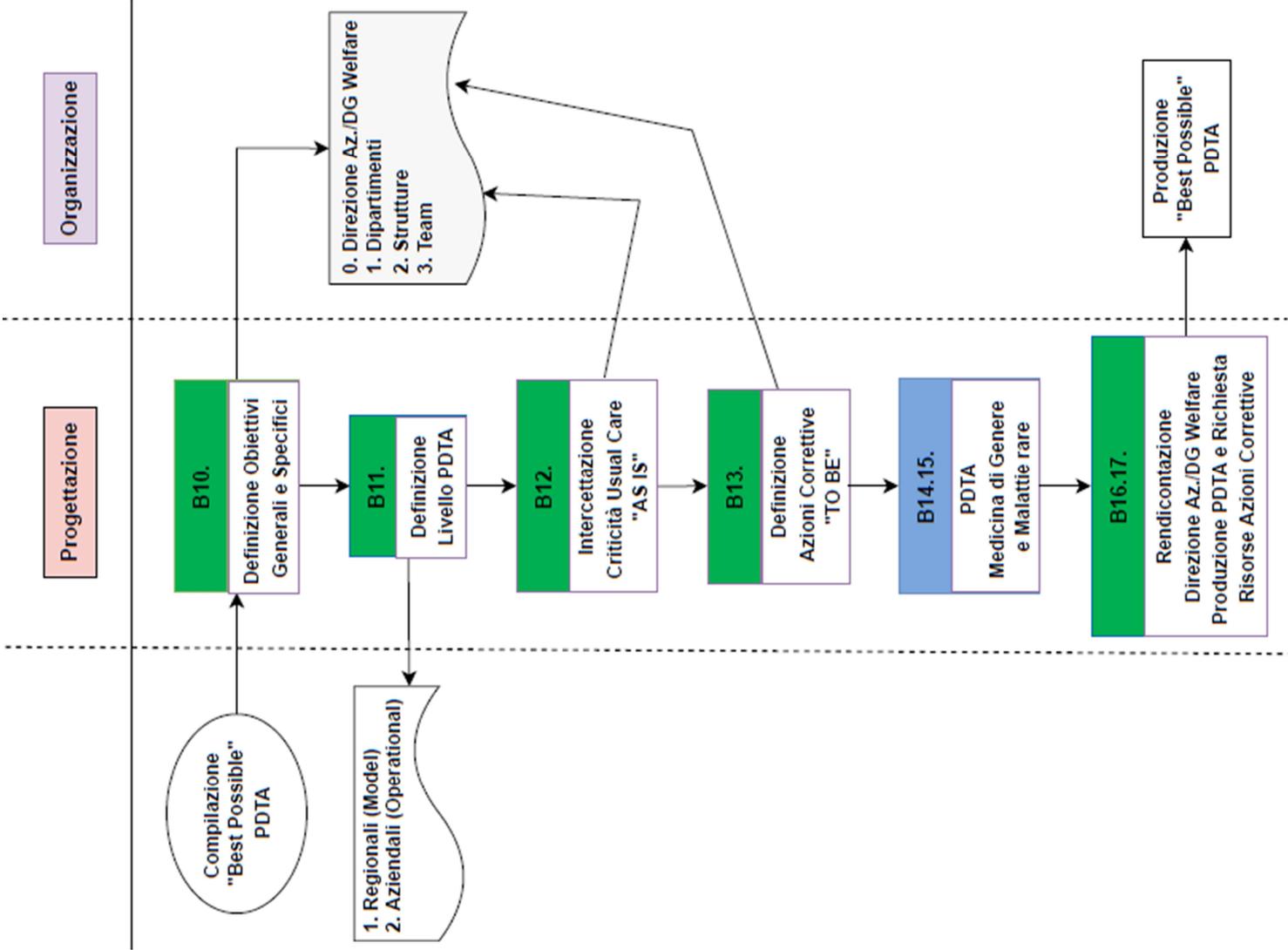
TAB. 2.

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

TAB. 3.

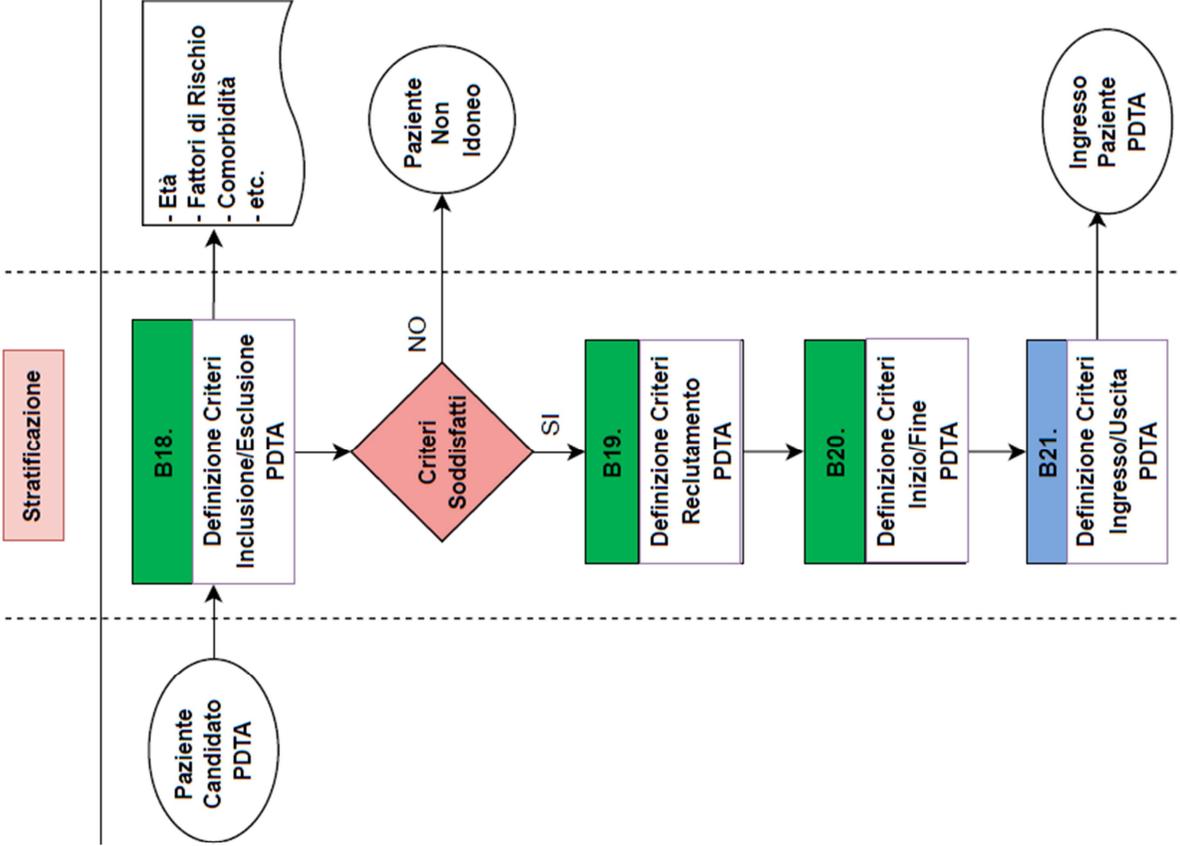
Item Procedurale -> Carattere Normale																						
<b>B.</b>	<b>PROGETTAZIONE</b>	Item Documentale -> Carattere Grassetto	CRM. Codice Riferimento Manuale																			
		Item Procedurale -> Carattere Normale																				
<b>3.</b>	<b>OBIETTIVI, CRITICITÀ E AZIONI CORRETTIVE (B10.-B17) (WF 2.)</b>	<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>																			
<b>B10.</b>	<b>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 (European Pathway Association) tenendo nella massima considerazione i requisiti di sicurezza, appropriatezza, efficacia ed efficienza.</b>	Project Manager, Coordinatore/i Scientifici e Core Team.	Gli obiettivi vengono declinati sulla base della "mission" della Direzione Strategica ed aggregati per ciascuna Struttura coinvolta (es. Dipartimento, Struttura Complessa, etc.). Viene compilato il miglior PDTA possibile ("best possibile") per condividere i processi clinico-organizzativi riferiti ad un gruppo specifico di pazienti con una sospetta e/o accertata patologia durante un periodo di tempo definito (E-P-A). Tra gli obiettivi va inclusa oltre alla soddisfazione dei pazienti anche quelle degli operatori sanitari e non per un buon funzionamento del percorso di cura.																			
<b>B11.</b>	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" (O -> Organizzazione, P > Paziente).  <b>LIVELLO AGGREGAZIONE PDTA</b>	Unità Organizzativa Polo Ospedaliero RL, Rete Territoriale RL, Direzione Strategica e/o Project Manager ASST-ATS, IRCCS, AREU, etc.	Il "Model PDTA" rappresenta il livello di aggregazione dedicato alle Regioni, l'"Operation PDTA" rappresentata una declinazione del "Model PDTA" indirizzata alle diverse Organizzazioni Sanitarie (ASST, ATS, IRCCS, etc.). L'"Assigned PDTA" viene riservato direttamente al paziente. Il "Model PDTA" non è organizzazione né paziente specifico. L'"Operational PDTA" è organizzazione specifico ma non paziente specifico. L'"Assigned PDTA" è organizzazione e paziente specifico (E-P-A). Per le tre tipologie viene considerato un orientamento prospettico. Per quanto concerne i "Model PDTA", il Working Group viene costituito a partire dalle Commissioni Tecniche, i cui componenti sono identificati nell'ambito degli Organismi del Coordinamento delle Reti (Endocrino Diabetologica, ROL, Neuroscienze, etc), e talvolta ulteriormente integrato da componenti esperti esterni appartenenti a Organizzazioni Sanitarie, Università, Associazioni Pazienti, etc.																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>N.</th> <th>PRODOTTO</th> <th>CONTESTO</th> <th>LIVELLO O/P</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">1.</td> <td rowspan="2">MODEL PDTA</td> <td rowspan="2">Internazionale, Nazionale, Regionale</td> <td>Organizzazione NON specifico</td> </tr> <tr> <td>Paziente NON specifico</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">2.</td> <td rowspan="2">OPERATIONAL PDTA</td> <td rowspan="2">Ospedale-Territorio</td> <td>Organizzazione specifico</td> </tr> <tr> <td>Paziente NON specifico</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">3.</td> <td rowspan="2">ASSIGNED PDTA</td> <td rowspan="2">Paziente-Operatore</td> <td>Organizzazione specifico</td> </tr> <tr> <td>Paziente specifico</td> </tr> </tbody> </table>	N.	PRODOTTO	CONTESTO	LIVELLO O/P	1.	MODEL PDTA	Internazionale, Nazionale, Regionale	Organizzazione NON specifico	Paziente NON specifico	2.	OPERATIONAL PDTA	Ospedale-Territorio	Organizzazione specifico	Paziente NON specifico	3.	ASSIGNED PDTA	Paziente-Operatore	Organizzazione specifico	Paziente specifico		
N.	PRODOTTO	CONTESTO	LIVELLO O/P																			
1.	MODEL PDTA	Internazionale, Nazionale, Regionale	Organizzazione NON specifico																			
			Paziente NON specifico																			
2.	OPERATIONAL PDTA	Ospedale-Territorio	Organizzazione specifico																			
			Paziente NON specifico																			
3.	ASSIGNED PDTA	Paziente-Operatore	Organizzazione specifico																			
			Paziente specifico																			
<b>B12.</b>	<b>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>	Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team, Working Group.	Le criticità vengono declinate ed aggregate per ciascuna Struttura coinvolta (Dipartimento, S.C. Complessa, etc.).																			
<b>B13.</b>	<b>Definire le azioni correttive per ciascuna criticità riportata dal Gruppo di Lavoro (Working Group) affinché vengano implementate nel PDTA (TO BE).</b>	Project Manager, Working Group.	Le azioni correttive vengono declinate ed aggregate per ciascuna Struttura coinvolta (Dipartimento, S.C. Complessa, etc.).																			

<b>B14.</b>	Riservare alla medicina di genere percorsi clinici di prevenzione, diagnosi precoce e cura che garantiscano il rispetto delle differenze di sesso e genere dei pazienti, al fine di promuovere l'appropriatezza e la personalizzazione negli ambiti di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in tutte le fasi evolutive di ciascun individuo (bambini-adolescenti, uomini, donne, anziani, pazienti fragili e disabili).	Unità Organizzativa Polo Ospedaliero RL, Rete Territoriale RL, Direzione Strategica e/o Project Manager, Coordinatore/i Scientifici.	Malattie che mostrano rilevanti differenze di sesso e genere non solo nell'incidenza, ma anche nella sintomatologia clinica, nella diagnosi, nella prognosi e nella risposta ai trattamenti farmacologici (es. infarto miocardico, tumore colon e polmone, malattie dell'osso, malattie neurologiche, patologie autoimmuni, malattie infettive, malattie metaboliche, risposte ai vaccini etc.). La medicina di genere considera, inoltre, i determinanti di salute che dipendono dagli stili di vita e dal contesto socioculturale e ambientale della persona malata o verso la quale è svolta un'attività di prevenzione.
<b>B15.</b>	Progettare PDTA dedicati a persone con malattie rare considerando che gli outcome per i pazienti afferenti ad un percorso di cura sono sempre migliori rispetto alla pratica assistenziale corrente (Usual Care).	Unità Organizzativa Polo Ospedaliero RL, Rete Territoriale RL, Direzione Strategica	Effettuare una diagnosi precoce corretta ed impostare una terapia adeguata, insieme al giusto sostegno psicologico ed educativo, risultano fondamentali per trattare al meglio ogni singolo caso.
<b>B16.</b>	<b>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>	Project Manager, Coordinatore/i Scientifici.	E' necessario rendere sempre edotta e coinvolta la Direzione Strategica prima di iniziare la compilazione di un PDTA affinché, se opportuno, venga inserito nel budget e rendicontato tra gli obiettivi della Struttura/Dipartimento.
<b>B17.</b>	<b>Rendicontare alla Direzione Strategica le richieste per reperire risorse strutturali, tecnologiche, professionali, organizzative per l'attuazione delle azioni correttive previste nel PDTA.</b>	Project Manager, Coordinatore/i Scientifici.	Per migliorare un PDTA è necessario di riorganizzare le risorse esistenti e spesso utilizzarne di nuove che vengono concordate caso per caso con la Direzione Strategica sulla base del commitment per una determinata patologia o cluster di condizioni morbose (IPU).



WF. 2.

<b>B.</b>	<b>PROGETTAZIONE</b>	Item Documentale -> Carattere Grassetto	<b>CRM.</b> Codice Riferimento Manuale	
		Item Procedurale -> Carattere Normale		
<b>4.</b>	<b>STRATIFICAZIONE (B18.-B21.) (WF 3.)</b>		<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>
<b>B18.</b>	<b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b>		Coordinatore/i Scientifici, Core Team.	I criteri di inclusione fanno riferimento alle caratteristiche cliniche, agli esami strumentali e di laboratorio dei pazienti (Stratificazione).
	<b>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>			
<b>B19.</b>	<b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b>		Coordinatore/i Scientifici, Core Team.	I criteri di inizio/fine PDTA definiscono la attività che segna il punto di ingresso e di uscita dal PDTA. Le Reti Clinico Assistenziali e Organizzative possono risultare a prevalente Sviluppo Territoriale (Diabete, BPCO, Scompenso Cardiaco), Tempo Dipendenti (IMA, Stroke, trauma), ad Alta Specializzazione e Tecnologia (ROL, REL, RENE, delle Malattie Rare, Terapia del dolore, Sclerosi Multipla, SLA o a Forte Integrazione Assistenziale e Sociale (rete demenze, rete autismo), etc..
	<b>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>			
<b>B20.</b>	<b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b>		Coordinatore/i Scientifici, Core Team.	I criteri per i quali un paziente può entrare successivamente rispetto al punto di inizio e uscire prima del punto di fine dal PDTA.
	<b>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.</b>			
<b>B21.</b>	<b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b>		Coordinatore/i Scientifici, Core Team.	I criteri di reclutamento si riferiscono alle modalità organizzative di accesso al PDTA.
	<b>Definire i criteri di ingresso/uscita con riferimento alle modalità che prevedono il punto d'ingresso del paziente successivamente al punto di inizio e di uscita anticipato rispetto al termine del PDTA.</b>			



WF 3.

<b>B.</b>	<b>PROGETTAZIONE</b>	Item Documentale -> Carattere <b>Grassetto</b>	<b>CRM.</b> Codice Riferimento Manuale
		Item Procedurale -> Carattere Normale	
<b>5.</b>	<b>SELEZIONE E VALUTAZIONE FONTI DOCUMENTALI (B22.-B28.) (WF 4.) (TAB.4., TAB. 5.) (FIG. 3.)</b>	<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>
<b>B22.</b>	<b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b> Effettuare una consultazione bibliografico/documentale ampia in ambito scientifico-normativo avvalendosi del supporto del Centro Documentazione Biomedica Aziendale/SBBL.	Coordinatore/i Scientifici, Working Group.	Consultare il CDB della propria Organizzazione Sanitaria per effettuare la ricerca del materiale bibliografico necessario. Al termine della ricerca viene rilasciata una stringa da utilizzare per effettuare i successivi aggiornamenti. Tra le principali fonti bibliografiche vengono riportate LLGG, Normative di Riferimento Europee, Nazionali, Regionali, Locali e Aziendali, Piano Performance Annuale Aziendale consultando il PNE, PSN, DGR, Direttiva Generale Azione Amministrativa e Gestione, Raccomandazioni Ministeriali e Regionali, Regole Gestione Servizio Sociosanitario, Delibere Aziendali DG, Assetto Organizzativo e Funzionale Aziendale, Aggiornamento Registro Regionale Strutture Accreditate e POAS, Normative Centro di Riferimento Regionale per la Qualità dei Servizi.
<b>B23.</b>	<b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b> <b>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.</b>	Coordinatore/i Scientifici, Core Team.	Riportare i link delle Linee Guida selezionate. <i>1. LG-ANNO - SITO INTERNET/PDF.</i> <i>2. LG-ANNO - SITO INTERNET/PDF.</i> <i>3. LG-ANNO - SITO INTERNET/PDF.</i> <i>4. LG-ANNO - SITO INTERNET/PDF.</i> Le Linee Guida sono prodotte da Agenzie Governative e Società Scientifiche. Banche Dati Linee Guida (SNLG, PNLG, CMA, NCGC, SIGN, CPGP, NZGG, MEDLINE, Meta-Database-NHS Evidence-Trip Database, CNEG).
<b>B24.</b>	<b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b> <b>Effettuare la valutazione critica ("Appraisal") delle LLGG selezionate utilizzando la Checklist AGREE II o AGREE GRS ("Global Rating Scale"), evidenziando eventuali criticità correlate alle 6 dimensioni escludendo, se possibile, le LLGG datate oltre 3 anni (TAB. 4., TAB. 5.) (FIG 3.).</b>	<i>Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team.</i>	<i>Per valutare preliminarmente la qualità di una Linea Guida è possibile utilizzare preliminarmente i Criteri di Grilli che vertono ad identificare (1.) la presenza di un Gruppo Multidisciplinare-Multiprofessionale, (2.) la descrizione nella sezione metodologica del documento dei metodi utilizzati per ricercare, selezionare e sintetizzare le evidenze e (3.) la presenza di un sistema di grading.</i> <i>Per effettuare analisi critica, condivisa, strutturata ed oggettiva sul piano metodologico nella selezione di una Linea Guida viene utilizzata AGREE Reporting Checklist, un gold standard internazionale (www.g-i-n.net) per la valutazione e lo sviluppo delle linee guida. AGREE è uno standard accettato a livello internazionale per la valutazione della qualità metodologica delle linee guida per la pratica clinica. AGREE ha lo scopo di migliorare la completezza, l'eshaustività e la trasparenza della segnalazione nelle GL di pratica.</i> <i>AGREE è stato tradotto in molte lingue, approvato da diverse organizzazioni (per esempio, National Institute for Health and Clinical Excellence), e usato da molti gruppi di sviluppo (per esempio, WHO Advisory Committee on Health Research).</i> <i>1. Agree II: <a href="https://www.gimbe.org/pubblicazioni/traduzioni/agree_it.pdf">HTTPS://WWW.GIMBE.ORG/PUBBLICAZIONI/TRADUZIONI/AGREE_IT.PDF</a></i> <i>2. Agree GRS: <a href="https://www.gimbe.org/pubblicazioni/traduzioni/agree_grs_it.pdf">HTTPS://WWW.GIMBE.ORG/PUBBLICAZIONI/TRADUZIONI/AGREE_GRS_IT.PDF</a></i>

			<p><i>L'AGREE GRS (4 item) è più agile dell'AGREE II (23 item) anche se ha meno sensibilità nell'identificare le differenze di qualità tra le LG rispetto all'AGREE II. Le LG sono valutate separatamente da un panel multidisciplinare e multiprofessionale di 4 valutatori e comunque da non meno di due valutatori prima di essere utilizzate per redigere il PDTA. Sulla base del punteggio complessivo ("Overall AGREE II Score") e dei punteggi standardizzati ("Standardized Score") relativi a due domini specifici, è possibile decidere se adottare o meno una Linea Guida per la compilazione del PERCORSO DI CURA. Entrambe le Checklist, tradotte da GIMBE, sono state progettate per evidenziare eventuali criticità relative ai domini 1. Ambito e scopo, 2. Coinvolgimento degli stakeholder, 3. Rigore dello sviluppo, 4. Chiarezza della presentazione, 5. Applicabilità e 6. Indipendenza editoriale).</i></p> <table border="1" data-bbox="954 427 2136 724"> <thead> <tr> <th>Area</th> <th>Titolo</th> <th>Produttore</th> <th>Data immissione nell'SNLG</th> <th>Link a full text LG</th> <th>Valutazione LG con AGREE II</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diagnosi e terapia</td> <td>Colangiocarcinoma Intraepatico e Perilare: Linee per guida per la pratica clinica</td> <td>AISF-Associazione Italiana per lo Studio del Fegato, et al</td> <td>Febbraio 2022</td> <td>Scarica file</td> <td>La LG ha superato la valutazione con AGREE II; se ne raccomanda l'utilizzo.</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Sul SNLG è disponibile la raccomandazione all'utilizzo di un documento che ha già superato la valutazione con AGREE II.</i></p> <p><i>Le LG internazionali non sono assimilabili alle LG SNLG ai fini della L. 24/2017 in quanto non elaborate dai soggetti ex art 5 comma 1. Inoltre, pur provenendo da fonti di alto valore scientifico, tali LG possono, tuttavia, contenere raccomandazioni e consigli clinici non direttamente applicabili al contesto sanitario italiano e/o non compatibili con le disposizioni di legge, i regolamenti degli ordini professionali o i provvedimenti delle agenzie regolatorie italiane. Pertanto, i lettori sono invitati a considerare attentamente questa eventualità nel processo di adattamento delle raccomandazioni al contesto nazionale.</i></p>	Area	Titolo	Produttore	Data immissione nell'SNLG	Link a full text LG	Valutazione LG con AGREE II	Diagnosi e terapia	Colangiocarcinoma Intraepatico e Perilare: Linee per guida per la pratica clinica	AISF-Associazione Italiana per lo Studio del Fegato, et al	Febbraio 2022	Scarica file	La LG ha superato la valutazione con AGREE II; se ne raccomanda l'utilizzo.
Area	Titolo	Produttore	Data immissione nell'SNLG	Link a full text LG	Valutazione LG con AGREE II										
Diagnosi e terapia	Colangiocarcinoma Intraepatico e Perilare: Linee per guida per la pratica clinica	AISF-Associazione Italiana per lo Studio del Fegato, et al	Febbraio 2022	Scarica file	La LG ha superato la valutazione con AGREE II; se ne raccomanda l'utilizzo.										
<b>B25.</b>	<p><b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b></p> <p><b>Riportare la classificazione del livello di evidenza e della forza delle raccomandazioni AHRQ, GRADE (Very Low, Low, Moderate e High), etc. correlate con le principali prestazioni (Intervention) riportate nel PDTA (FIG 2.).</b></p>	<p>Coordinatore/i Scientifici.</p>	<p>Maggiore è la cultura dell'Evidence-Based Health Care maggiore è la possibilità si sviluppi correttamente il PDTA.</p>												
<b>B26.</b>	<p><b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b></p> <p><b>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></p>	<p>Coordinatore/i Scientifici, Working Group.</p>													

<b>B27.</b>	<b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b>	Coordinatore/i Scientifici, Core Team, Working Group.	Le Società Scientifiche o gli Organismi Istituzionali possono avvalersi di sistema di classificazione differenti (ad es. Agency for Health Care Policy and Research, GRADE, etc.) che vengono riportati in questa sezione.
	<b>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.).</b>		
<b>B28.</b>	<b>Inserire una tabella riportante il glossario dei termini e degli acronimi, rispettivamente.</b>	Core Team, Working Group.	Lo scopo del presente item consiste nell'esplicitare il significato dei termini maggiormente utilizzati nel documento che necessitano una spiegazione.

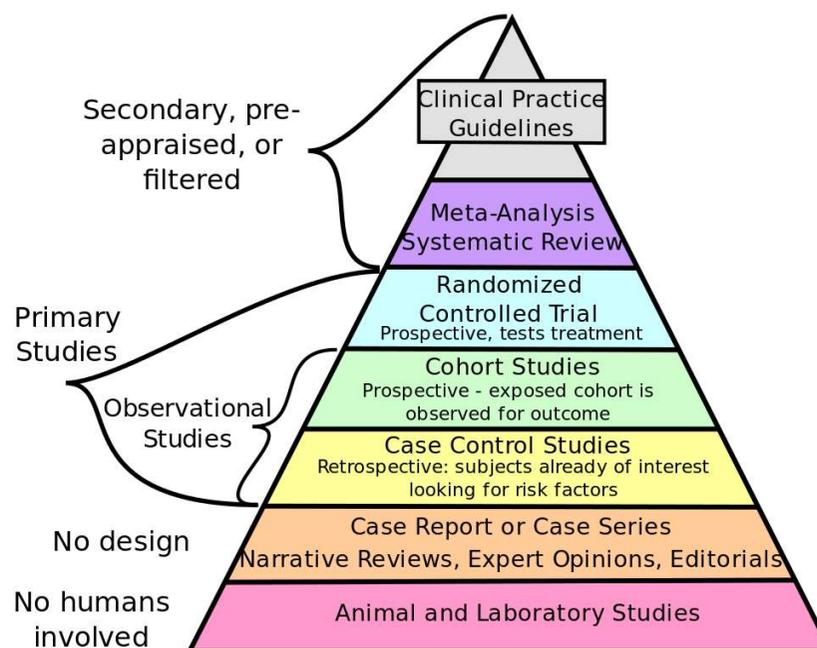
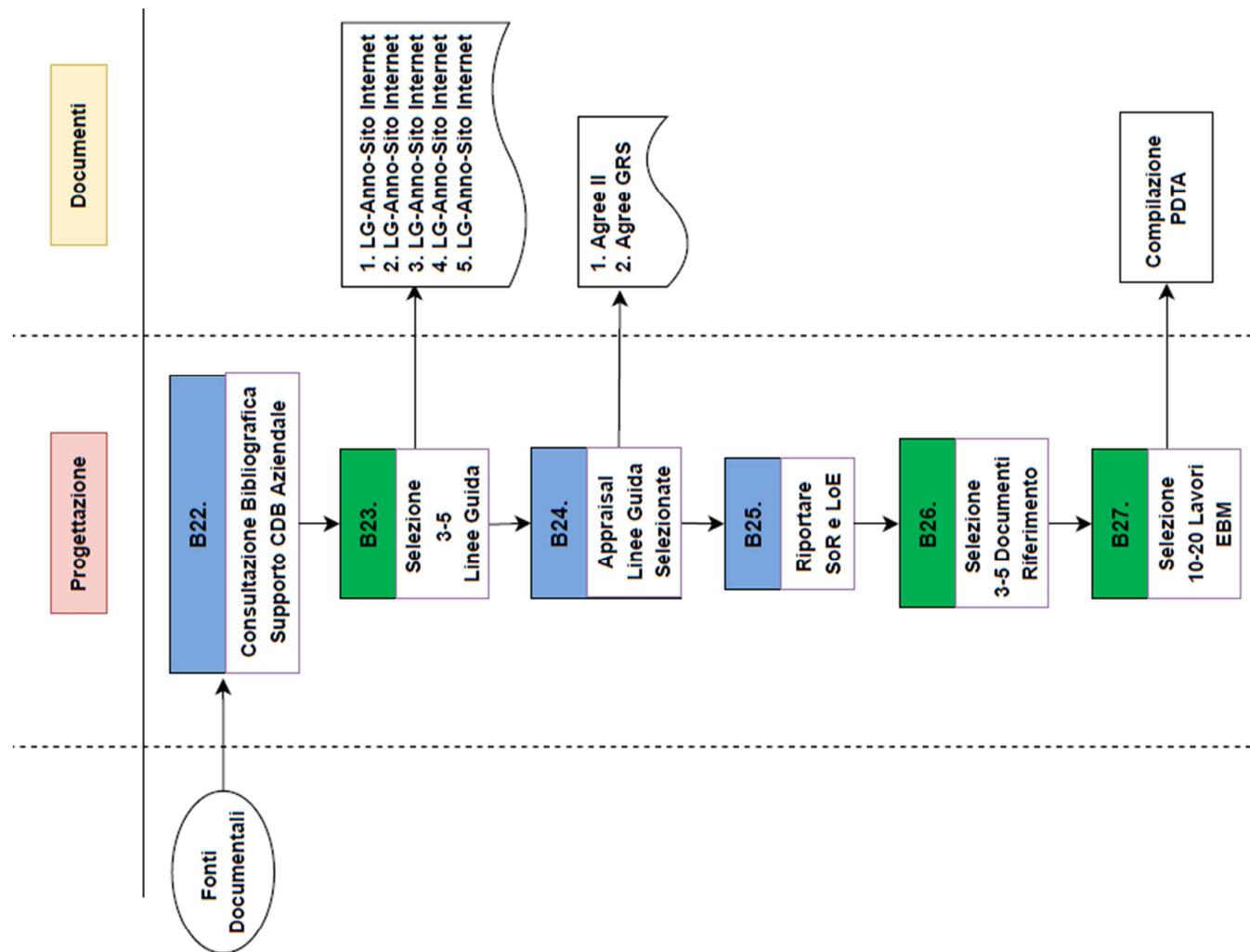


FIG. 2.



WF 4.

<b>CHECKLIST AGREE II</b>				
<b>DIMENSIONI</b>	<b>LINEE GUIDA</b>	<b>LG 1.</b>	<b>LG 2.</b>	<b>LG 3.</b>
		<b>ACRONIMO</b>	<b>ACRONIMO</b>	<b>ACRONIMO</b>
<b>1. OBIETTIVI E AMBITI APPLICAZIONE</b>		%	%	%
<b>2. COINVOLGIMENTO STAKEHOLDER</b>		%	%	%
<b>3. RIGORE METODOLOGICO</b>		%	%	%
<b>4. CHIAREZZA ESPOSITIVA</b>		%	%	%
<b>5. APPLICABILITÀ</b>		%	%	%
<b>6. INDIPENDENZA EDITORIALE</b>		%	%	%
<b>A. PUNTEGGIO PERCENTUALE MEDIO</b>		<b>x/7</b>	<b>x/7</b>	<b>x/7</b>
<b>B. QUALITÀ COMPLESSIVA LG</b>		<b>x/7</b>	<b>x/7</b>	<b>x/7</b>
<b>C. RACCOMANDAZIONE UTILIZZO LG</b>		<b>Si/No</b>	<b>Si/No</b>	<b>Si/No</b>

TAB. 4.

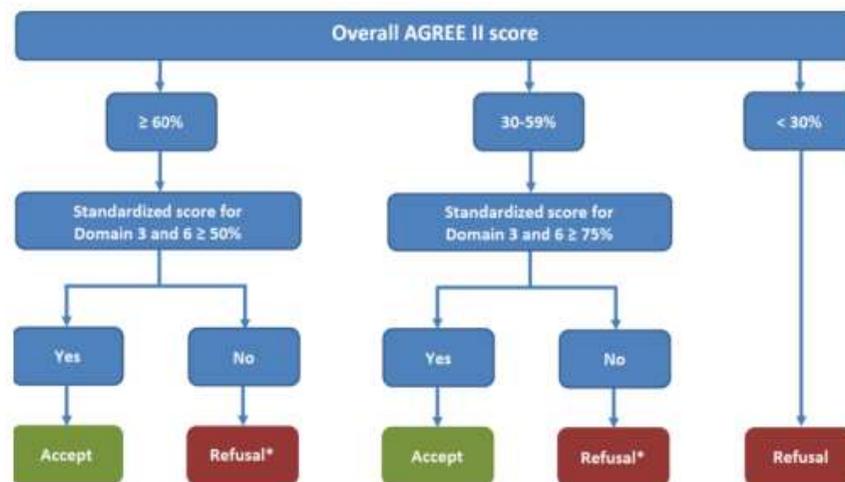
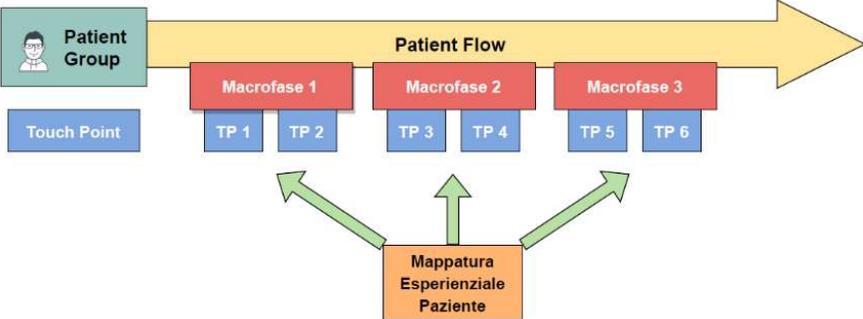
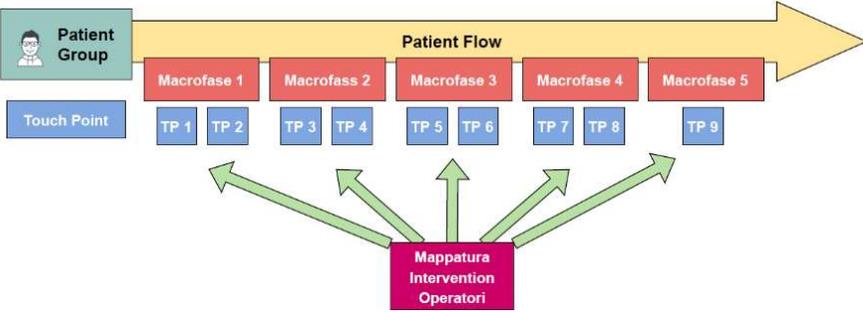
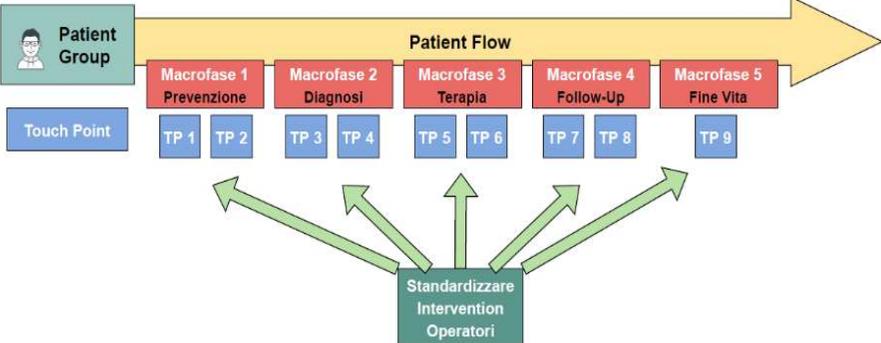


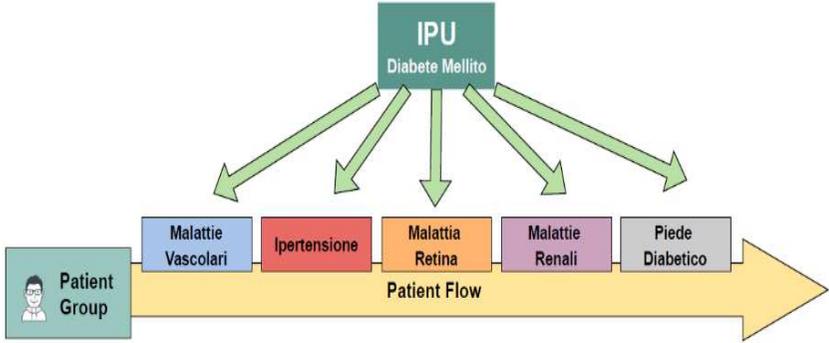
FIG. 3.

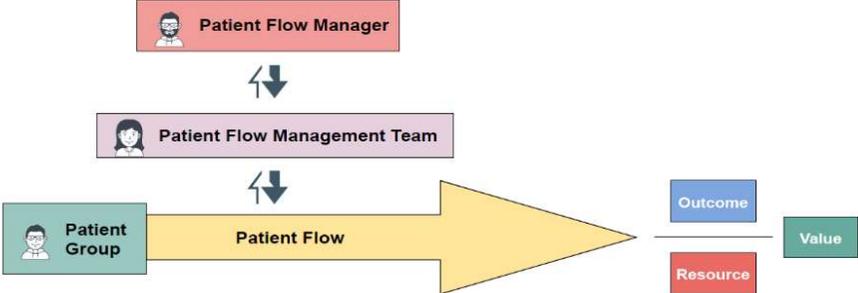
<b>CHECKLIST AGREE QRS</b>				
<b>DIMENSIONI</b>	<b>LINEE GUIDA</b>	<b>LG 1.</b>	<b>LG 2.</b>	<b>LG 3.</b>
		<b>ACRONIMO</b>	<b>ACRONIMO</b>	<b>ACRONIMO</b>
<b>1. PROCESSO SVILUPPO</b>		%	%	%
<b>2. MODALITÀ PRESENTAZIONE CONTENUTI</b>		%	%	%
<b>3. COMPLETEZZA REPORTING</b>		%	%	%
<b>4. VALIDITÀ CLINICA</b>		%	%	%
<b>A. VALUTAZIONE COMPLESSIVA</b>		<b>x/7</b>	<b>x/7</b>	<b>x/7</b>
<b>B. RACCOMANDAZIONE UTILIZZO LG</b>		<b>x/7</b>	<b>x/7</b>	<b>x/7</b>
<b>C. UTILIZZO PROFESSIONALE LG</b>		<b>x/7</b>	<b>x/7</b>	<b>x/7</b>

**TAB. 5.**

C.	SVILUPPO	Item Documentale -> Carattere Grassetto Item Procedurale -> Carattere Normale	CRM. Codice Riferimento Manuale														
1.	<b>MAPPATURA PROCESSI DI CURA (C1.-C2.) (WF 5.)</b>		<b>ATTORI</b>   <b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>														
C1.	<p><b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b></p> <p>Creare la mappatura esperienziale del percorso di cura identificando lungo il percorso del paziente (Patient Journey) i punti di accesso (Touch Point) ed i canali di comunicazione attraverso i quali vengono erogate le prestazioni (Intervention) (AS IS) valutando la presenza di eventuali criticità per emendarle dove possibile.</p> 		<p>Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team</p> <p>Verificare le criticità che il paziente incontra durante l'erogazione delle prestazioni (Intervention) nei diversi setting assistenziali. Definire la struttura del PDTA identificando le Strutture e Servizi coinvolti nell'assistenza. In dettaglio, per ogni azione si dovrà annotare: (1.) chi è il professionista che la esegue, (2.) chi la prenota, (3.) con quale strumento applicativo (informatico, agenda cartacea, etc.), (4.) come vengono registrate/traferite le informazioni, (5.) con quale tempistica, (6.) presso quale Unità Operativa, (7.) se le modalità sono coerenti con le LLGG e le Direttive Regionali, (8.) come avvengono le valutazioni in team (valutazione singola, congiunta, redazione di verbali, presenza di modelli di verbale prestabiliti, etc.), (9.) riscontro di presenza di criticità già note, etc. Dal percorso AS IS, analizzate è necessario ridisegnare il percorso di riferimento che tiene conto delle raccomandazioni e delle necessarie azioni correttive ritenute fattibili attraverso il seguente algoritmo: (1.) <b>What</b> (quali interventi), (2.) <b>Who</b> (quali professionisti coinvolti), (3.) <b>Where</b> (in quale setting assistenziale), (4.) <b>When</b> (quale tempistica) e (5.) <b>How</b> (quali procedure/modalità).</p>														
C2.	<p><b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b></p> <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> 		<p>Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team.</p> <p>Prima di ripartire il PDTA nelle differenti macrofasi è necessario analizzare la mappatura dei processi e decidere quale sia la miglior organizzazione logico-funzionale-clinico-organizzativa del percorso di cura. Il numero delle macrofasi è variabile e dipende dal contesto clinico-organizzativo interno ed esterno. Uno degli aspetti più importanti è la corretta definizione della sequenza con cui sono articolate le attività nel tempo e nello spazio, perché proprio nelle interfacce presidiate e gestite si genera valore, mentre al contrario si genera disvalore.</p> <table border="1" data-bbox="1274 1086 2074 1366"> <thead> <tr> <th>MACROFASE</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>DIAGNOSTICA</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. Radiologia</td> <td>- Descrizione contesto clinico-organizzativo (AS IS) in sintesi.</td> </tr> <tr> <td>2. Specialista Clinico</td> <td>- Idem</td> </tr> <tr> <td>3. Laboratorio</td> <td>- Idem</td> </tr> <tr> <td>4. Anatomia Patologica</td> <td>- Idem</td> </tr> <tr> <td>5. Altro</td> <td>- Idem</td> </tr> </tbody> </table>	MACROFASE		<b>DIAGNOSTICA</b>		1. Radiologia	- Descrizione contesto clinico-organizzativo (AS IS) in sintesi.	2. Specialista Clinico	- Idem	3. Laboratorio	- Idem	4. Anatomia Patologica	- Idem	5. Altro	- Idem
MACROFASE																	
<b>DIAGNOSTICA</b>																	
1. Radiologia	- Descrizione contesto clinico-organizzativo (AS IS) in sintesi.																
2. Specialista Clinico	- Idem																
3. Laboratorio	- Idem																
4. Anatomia Patologica	- Idem																
5. Altro	- Idem																

2.	PROGETTAZIONE PROCESSI DI CURA (C3.-C8.) (WF.5.-WF. 6.) (FIG. 4.)	ATTORI	NOTA PRATICA APPLICATIVA														
C3.	<b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b>	Project Manager, Core Team.	<p>L'erogazione delle prestazioni (intervention) viene cucita addosso ai bisogni del paziente in ogni fase del percorso di cura ottimizzando non solo l'efficacia e l'efficienza della prestazione erogata ma anche la percezione che il paziente ha di essa. Ripartire il PDTA in differenti macrofasi in un numero variabile e dipende dal contesto clinico-organizzativo interno ed esterno. Un criterio può essere quello di seguire ordine logico-funzionale sulla base dei livelli delle Reti Clinico Assistenziali e Organizzative, per i Model PDTA e sulla base della strutturazione dei Centri Erogatori di Assistenza. In alcuni casi, risulta possibile, se applicabile, articolare il PDTA nelle macrofasi: (1.) Prevenzione, (2.) Diagnosi, (3.) Terapia, (4.) Follow-Up e (5.) Fine-Vita.</p> <p>Una volta suddiviso il PDTA nelle diverse macrofasi (es. Diagnosi), riportare in ciascuna di esse le specifiche competenze (Radiologia, Laboratorio, etc.) che definiscono specifiche prestazioni (intervention), inserire le principali raccomandazioni specificandone la forza (SoR) ed il livello di evidenza (LoE), seguite dalla descrizione del contesto clinico-organizzativo declinato per ciascun attore, setting assistenziale, timing, etc. Ogni qualvolta si presenti tra un processo e il successivo una caduta di presa in carico (pazienti che devono organizzarsi con i propri mezzi) si crea una frammentazione dell'assistenza. E' necessario sostenere il massimo coordinamento degli Attori soprattutto in prossimità delle transizioni di cura in setting assistenziali differenti. Ad esempio, è necessario coordinare il servizio ambulatorio affinché il paziente esca dalla visita con data e ora del prossimo appuntamento. Risulta dirimente che la filiera dei processi che segue il paziente non presenti cadute attraverso un forte coordinamento.</p> <table border="1" data-bbox="1272 895 2074 1209"> <thead> <tr> <th>MACROFASE</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>DIAGNOSTICA</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>1. Radiologia</b></td> <td>- Raccomandazioni Principali (LoE, SoR) - Descrizione contesto clinico-organizzativo (<b>TO BE</b>) in dettaglio.</td> </tr> <tr> <td><b>2. Specialista Clinico</b></td> <td>- Idem</td> </tr> <tr> <td><b>3. Laboratorio</b></td> <td>- Idem</td> </tr> <tr> <td><b>4. Anatomia Patologica</b></td> <td>- Idem</td> </tr> <tr> <td><b>5. Altro</b></td> <td>- Idem</td> </tr> </tbody> </table>	MACROFASE		<b>DIAGNOSTICA</b>		<b>1. Radiologia</b>	- Raccomandazioni Principali (LoE, SoR) - Descrizione contesto clinico-organizzativo ( <b>TO BE</b> ) in dettaglio.	<b>2. Specialista Clinico</b>	- Idem	<b>3. Laboratorio</b>	- Idem	<b>4. Anatomia Patologica</b>	- Idem	<b>5. Altro</b>	- Idem
	MACROFASE																
<b>DIAGNOSTICA</b>																	
<b>1. Radiologia</b>	- Raccomandazioni Principali (LoE, SoR) - Descrizione contesto clinico-organizzativo ( <b>TO BE</b> ) in dettaglio.																
<b>2. Specialista Clinico</b>	- Idem																
<b>3. Laboratorio</b>	- Idem																
<b>4. Anatomia Patologica</b>	- Idem																
<b>5. Altro</b>	- Idem																
<p>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.</p> 																	
C4.	<p><b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b></p> <p>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.</p>	Project Manager, Core Team.	<p>Si consiglia di consultare questo manuale con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza prescrittiva che riguarda sia i MMG, sia gli specialisti ospedalieri. In questo manuale vengono differenziati i tempi di attesa per i cittadini/pazienti che accedono alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate direttamente dal SSN o per conto del SSN, in base a criteri clinici espliciti.</p> <p><a href="https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/RAO/Manuale_RAO_13_gen.pdf">https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/RAO/Manuale_RAO_13_gen.pdf</a></p>														

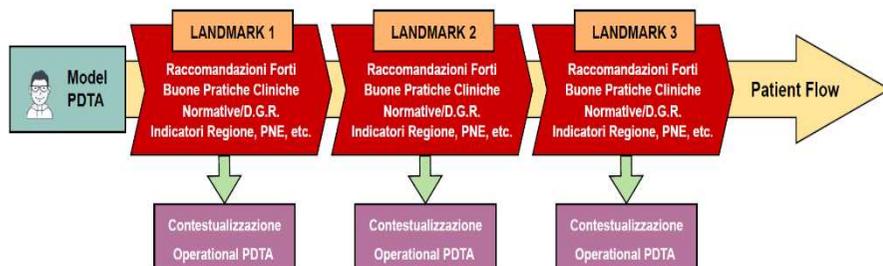
<p><b>C5.</b></p>	<p><b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b></p> <p>Gestire l'intero ciclo di cura e non la singola patologia (es. diabete mellito, low back pain, etc.) con PDTA aggregati in Unità di Assistenza Integrate (IPUs); per le cure primarie e preventive le Unità di Assistenza Integrate (IPUs) servono distinti segmenti di Gruppi di Pazienti (PG) (es. perdita di peso, riduzione rischio aterosclerosi, gestione condizioni croniche, cessazione fumo, etc.) (WF. 5.) (FIG. 4.).</p>	<p>Project Manager, Core Team.</p>	<p>Le IPU possiedono le competenze, la formazione e la tecnologia necessaria per soddisfare la maggior parte dei bisogni della maggior parte dei pazienti del loro segmento. Per affrontare casi eccezionali, il team delle Unità di Assistenza Integrate (IPU) costruisce relazioni di lavoro con specialisti che possono affrontare i bisogni meno comuni nella cura della condizione.</p> 
<p><b>C6.</b></p>	<p><b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b></p> <p>Gestire l'intero ciclo di cura e non la singola patologia (es. diabete mellito, low back pain, etc.) con PDTA aggregati in Unità di Assistenza Integrate (IPUs); per le cure primarie e preventive le Unità di Assistenza Integrate (IPUs) servono distinti segmenti di Gruppi di Pazienti (PG) (es. perdita di peso, riduzione rischio aterosclerosi, gestione condizioni croniche, cessazione fumo, etc.) (WF. 5.) (FIG. 4.).</p> 	<p>Project Manager, Core Team.</p>	<p>Le Unità di Assistenza Integrate (IPU) sono un team dedicato che coinvolge personale clinico e non clinico organizzate intorno ai bisogni di una popolazione di pazienti con simili condizioni mediche (ad es. dolore lombare) o condizioni strettamente correlate (comorbidità o fattori di rischio,) lungo l'intero ciclo di cura (Patient Journey) piuttosto che intorno alle singole specialità o finalizzate all'esecuzione di procedure specifiche (ad es. la chirurgia vertebrale). Questo significa che una funzione chiave delle IPU è quella di essere attrezzate per affrontare problemi comuni co-occorrenti, in modo che la cura complessiva per ogni paziente possa essere personalizzata. Le Unità di Assistenza Integrate (IPU) risolvono le criticità incontrate dal paziente durante l'erogazione delle prestazioni (Intervention) promuovendo un rapporto di fiducia con il malato, parenti e caregiver, umanizzando l'assistenza, garantendo la cura integrata della persona e la continuità assistenziale lungo il percorso del paziente (Patient Journey). Per raggiungere elevati livelli di efficienza, le Unità di Assistenza Integrate (IPU) prevedono la dislocazione degli interventi meno complessi dai presidi ospedalieri di secondo livello a quelli di primo livello o livello base e/o ai centri ambulatoriali anche affiliandosi con siti di fornitura per migliorare il valore evitando duplicazioni dei servizi tra siti/strutture. I PDTA afferenti ad un IPU sulla base di una logica di cura olistica vengono riportati in dettaglio così come i loro cross-matching.</p>
<p><b>C7.</b></p>	<p><b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b></p> <p>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).</p>	<p>Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team.</p>	<p>Il percorso del paziente viene identificato come un percorso di pazienti (Patient Flow) nell'ambito del quale vengono scontornate ulteriori sottoclassi di pazienti a cui vengono erogate prestazioni (Intervention) da corrispettivi Gruppi Multidisciplinari-Multiprofessionali (PFMT) sulla base dei bisogni e delle condizioni mediche aggregate per ciascun Gruppo di Pazienti (PG). Non si parla più di "Medical Specialties" ma di Gruppi di Pazienti (PG). Questo consente di costruire Gruppi Multidisciplinari-Multiprofessionali (PFMT) costruiti ad hoc sulla base delle specifiche caratteristiche clinico-organizzative di ciascun sottogruppo di PF in modo da ottimizzare le risorse. Ad esempio, se per una sottoclasse di pazienti nella visita multidisciplinare sono necessari solo tre dei cinque specialisti previsti, prevedere un PFMT costituito solo da tre specialisti e non da cinque. Gli altri professionisti potranno essere in maniera proficua impiegati su altri processi con riduzione liste d'attesa e ottimizzazione del percorso.</p>

<b>C8.</b>	<p><b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b></p> <p><b>Prevedere la nomina di un Responsabile-PDTA (PFM) con atto aziendale, qualora fosse disponibile una figura professionale adeguatamente formata, che gestisca il Gruppo Multidisciplinare-Multiprofessionale (PFMT) durante l'erogazione delle prestazioni (Intervention) a Gruppi di Pazienti (Patient Group) lungo l'intero ciclo di cura, effettui la manutenzione ed il monitoraggio degli output ed outcome del PDTA, verifichi l'introduzione di nuove tecnologie, valuti la formazione degli operatori coinvolti nel PDTA lungo il contesto ospedale-distretto-territorio, predisponga percorsi formativi/aggiornamento e si relazioni con la Direzione Strategica o DG Welfare (WF. 5.).</b></p> 	Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team.	<p>Il Responsabile-PDTA (PFM), i Co-Responsabili-PDTA (PFCoM) ed i Gruppi Multidisciplinari-Multiprofessionali (PFMT) risultano responsabili dei risultati di salute dei Gruppi di Pazienti presi in carico (PG). Il Responsabile-PDTA (PFM) governa supportato, sul piano assistenziale ed organizzativo nella progettazione, l'implementazione ed il monitoraggio del PDTA, da Gruppi Multidisciplinari-Multiprofessionali (PFMT) e da un Responsabile Esperienza di Cura Paziente (PEM) (Bisogni-PDTA aggregati). Il Responsabile-PDTA (PFM) è responsabile dei Gruppi Multidisciplinare-Multiprofessionale (PFMT) e del Responsabile Esperienza di Cura Paziente (PEM), appartiene al middle management, afferisce a strutture e dipartimenti e aggrega funzionalmente condizioni mediche per macro-PDTA. Il focus non verte più su un processo o sul budget ma sul valore del paziente. Il nuovo modello organizzativo non è più centrato sulla professione ma sulla competenza. Non sussiste più collaborazione tra specialità mediche ma tra gruppi multidisciplinari e multiprofessionali trasversali. Non vi è più una singola struttura ma le strutture fungono da risorse comuni.</p>
<b>3.</b>	<p><b>PROGETTAZIONE WORKFLOW (C9.-C18.) (WF 5.)</b></p>	<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>
<b>C9.</b>	<p><b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b></p> <p><b>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).</b></p>	Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team, Working Group	<p>La compilazione del flow-chart rappresenta la prima fase assoluta nello sviluppo del PDTA. In particolare, viene condotta e condivisa prima di iniziare a redigere qualsivoglia sezione operativa del documento. La precoce compilazione del flowchart supporta il Working Group nell'individuare le interazioni causali e sequenziali che interconnettono le micro e macrofasi. I processi sono di norma correlati ad attività svolte da più Attori, in luoghi diversi, con competenze e background distinti. Ogni Attore non è coinvolto in un unico processo. La definizione dell'origine delle criticità è piuttosto complessa. Le attività che compongono il processo hanno impatto su altri processi e sono difficili da isolare. Per disegnare il workflow si consiglia di avvalersi dell'applicativo open-source draw.io utilizzando simboli standard predefiniti: ellisse per l'inizio/fine del processo, il cerchio per l'uscita dal percorso, il rettangolo per il processo, il rombo per lo snodo decisionale, la linea per il flusso operativo, ...</p>

Simbolo	Denominazione	Descrizione
	Inizio	Avvio del processo
	Fine	Fine del processo
	Attività	Singola attività di cui si compone il processo
	Decisione	Momento decisionale nell'ambito di un processo. Da esso derivano diversi percorsi alternativi
	Linee di flusso	Connette le attività fra di loro e rappresenta un flusso di informazioni
	Connettore di attività congiunte	Attività correlate che devono essere eseguite da più attori congiuntamente
	Connessione a processo diverso	Processo correlato per cui si rimanda a altro documento
	Documento di input/output	Indica un documento specifico che funge da input/output al processo in oggetto
	Archivio	Indica un documento archiviato elettronicamente

### C10. VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA

**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.**

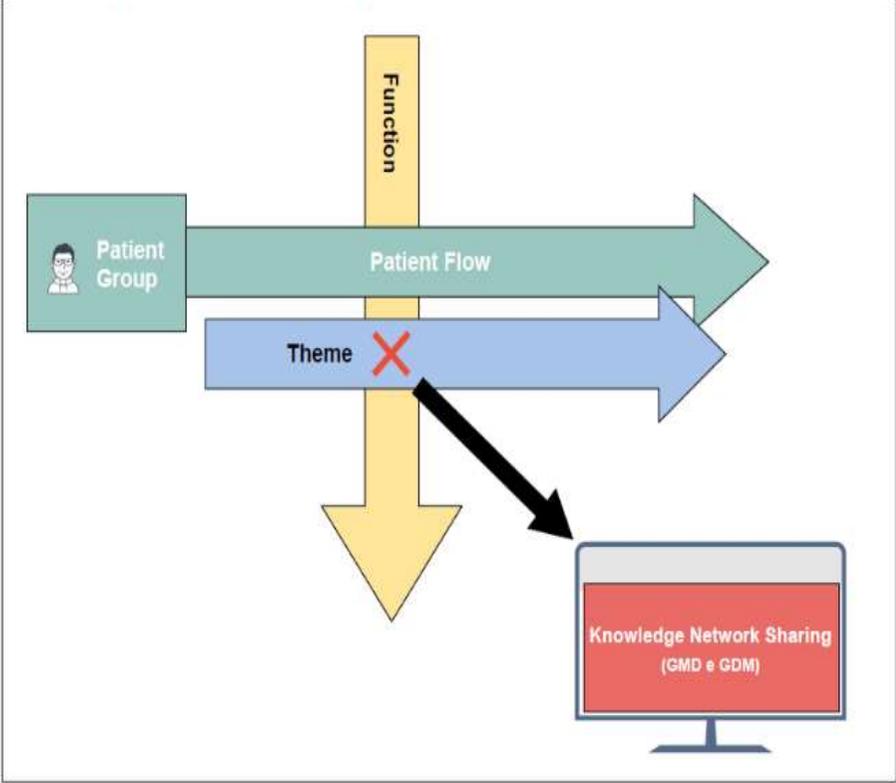
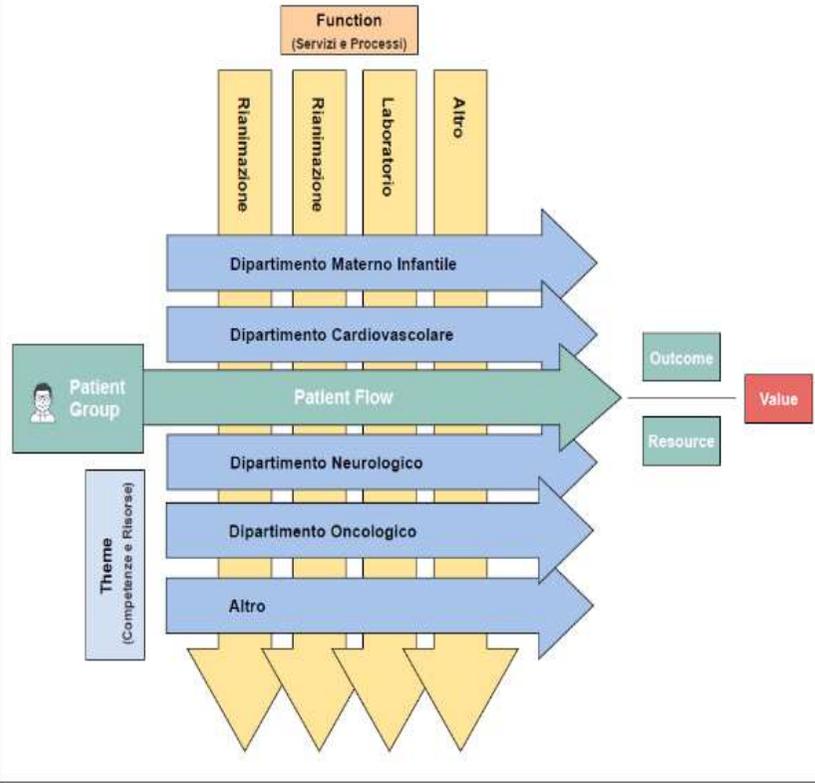


Coordinatore/i Scientifici, Core Team, Working Group.

Prima di procedere con la compilazione del PDTA, è fortemente consigliato identificare e selezionare le principali raccomandazioni forti/elevato livello di evidenza, le normative/ D.G.R., gli Indicatori Portale di Governo Regionale, di Agenas, etc. su cui centrare i principali snodi decisionali del percorso di cura in funzione delle diverse risorse e caratteristiche di ciascuna Organizzazione Sanitaria. Particolarmente impattanti sui "Model PDTA" sono i Documenti delle Commissioni Tecniche che riportano **Requisiti clinici, organizzativi, strutturali, tecnologici, impiantistici, autorizzativi dei Centri Multidisciplinari Erogatori di Assistenza e Livelli di Riferimento delle Reti Clinico Assistenziali, etc...**. In dettaglio i livelli delle Reti definiscono i requisiti minimi che devono essere soddisfatti da un Centro affinché possa afferire ad un determinato livello della Rete. In caso non sussistano le condizioni necessarie e sufficienti per procedere all'implementazione dei requisiti soprariportati è necessario prevedere l'uscita del paziente ed il rientro nel PDTA una volta effettuata presso altra struttura sanitaria la prestazione (Intervention) necessaria programmata. Risulta fortemente raccomandato considerare quale sia l'insieme dei fattori che condizionano l'applicazione delle Linee Guida: (1) Strutturali, (2.) Tecnologici, (3.) Organizzativi e (4.) professionali. Nell'adattamento locale delle raccomandazioni contenute nelle LLGG è necessario implementare una metodologia rigorosa ed esplicita per evitare che questa fase coincida con la legittimazione di pratiche locali evitando derive interpretative. In questo processo risulta sempre, inoltre, necessario considerare che ciascuna organizzazione sanitaria: (1.) dispone di requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali, (2.) è ubicata in una specifica area geografica con proprio caratteristiche orografiche e di viabilità, (3.) è condizionata dal contesto socioculturale della popolazione, (4.) è soggetta a normative nazionali e regionali ed (5.) è condizionata da politiche locali. Numerosi elementi di contesto locale ostacolano l'applicazione delle raccomandazioni cliniche.

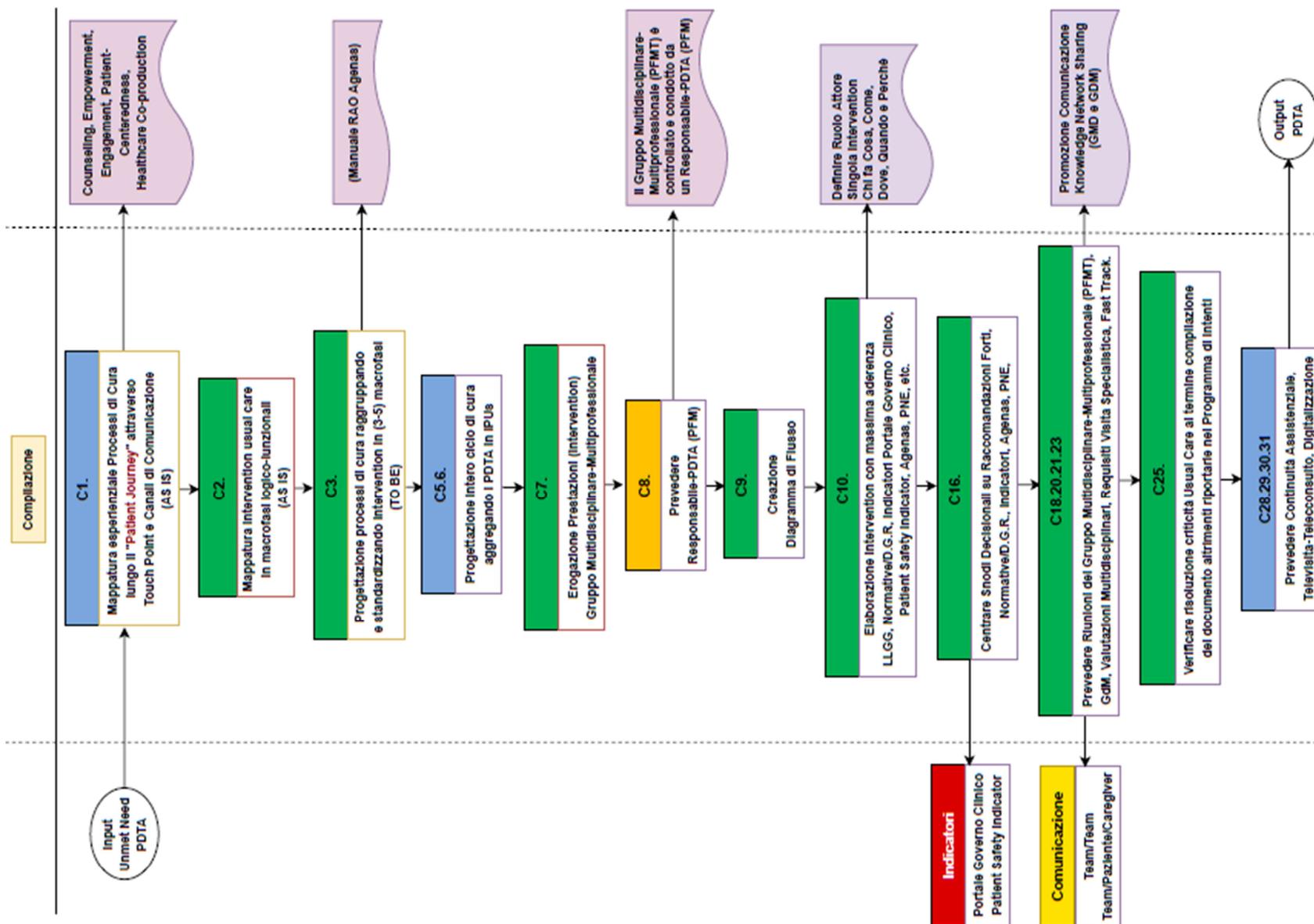
			Il Gruppo di Lavoro (Working Group) adatta (Adapting) le raccomandazioni se le gli ostacoli non possono essere rimossi attivando, ad esempio un servizio di reperibilità dal venerdì pomeriggio alla domenica. La resistenza al cambiamento professionale e le pratiche locali consolidate non giustificano la modifica delle raccomandazioni cliniche. Gli ostacoli possono risultare di natura (1.) organizzativa (numero di professionisti insufficiente, indisponibilità di posti letto, lunghezza liste di attesa), (2.) Professionali (inadeguata competenza professionale), (3.) normative sanitarie (normative nazionali/regionali in contraddizione con le raccomandazioni delle Linee guida, contratti di lavoro, mancata copertura/rimborso) SSR, (4.) contesto socioculturale (determinati contesti socio-culturali condizionano preferenze ed aspettative dei cittadini e pazienti (Testimoni di Geova, Donne Mussulmane), (5.) orografia e viabilità (accesso al servizio da parte dei cittadini, rete emergenza), etc.
<b>C11.</b>	<b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b> 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).	Coordinatore/i Scientifici, Core Team, Working Group.	Nella mappatura dei processi è essenziale definire di chi fa cosa, dove, come, quando ed in che sequenza temporale. Durante questo percorso viene analizzata la qualità della prestazione, la modalità in cui viene erogata e soprattutto la qualità percepita dal paziente ed il potenziale rischio ad essa associato.
<b>C12.</b>	<b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b> 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.).	Coordinatore/i Scientifici, Core Team.	Definire quali siano i criteri per i quali un paziente venga preso in carico presso strutture con diversa intensità di cura risulta fondamentale per un miglior utilizzo delle risorse disponibili e soprattutto per la miglior gestione possibile del paziente sulla base dei bisogni. In dettaglio, la assegnazione di un determinato setting assistenziale deve essere attuata sulla base della intensità di impegno per identificare i bisogni del paziente e della quantità di lavoro dell'operatore per fornire una risposta adeguata ai bisogni rilevati.
<b>C13.</b>	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b> Predisporre l'erogazione delle corrette prestazioni (Intervention) nelle sedi giuste in base al livello di acuità allineandole ai requisiti autorizzativi in linea con la normativa regionale e nazionale.	Core Team.	L'obiettivo è produrre un PDTA efficace e centrato sui bisogni del paziente e fondato su algoritmi decisionali evidence-based cercando di eliminare attività che non producono valore.
<b>C14.</b>	<b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b> Ottimizzare i setting assistenziali ricollocando staff e tecnologie in prossimità delle aree di maggior utilizzo (Touch Point) ottimizzando tempi di attesa e riducendo al minimo gli spostamenti dei pazienti.	Project Manager, Core Team.	I pazienti devono spostarsi il meno possibile durante il "patient journey" mentre, per quanto possibile, i diversi "touch point" devono essere posizionati pensando di ridurre al massimo gli spostamenti del paziente (Asset Management).
<b>C15.</b>	<b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b> Ottimizzare le funzioni clinico-organizzative concernenti l'"Asset Management", "Discharge Management", "Bed Management" ricercando la massima efficienza e appropriatezza nell'uso delle risorse a disposizione e la loro produttività.	Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team.	Ottimizzare le funzioni clinico-organizzative concernenti l'"asset management" (miglior modulazione e organizzazione setting assistenziali quali sala operatoria, aree di degenza, ambulatoriali, discharge room/lounge, etc.), "discharge management" (individuazione della precoce necessità di dimissioni organizzate protette, in assistenza domiciliare, verso RSA, riabilitazione, gestione operativa da un Coordinatore Sanitario Assistenziale), "bed management" (ottimizzazione flussi dal P.S. verso i reparti per garantire la continuità dell'attività programmata) ricercando sempre la massima efficienza e appropriatezza nell'uso delle risorse a disposizione e la loro produttività.

C16.	<b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b>	Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team.	Bisogna aver sempre ben presente da quale raccomandazione o normativa siano governati i principali snodi decisionali del flowchart e quali siano gli indicatori deputati al monitoraggio dell'implementazione di quella determinata prestazione (Intervention).
	Inserire nel flowchart snodi decisionali centrati su raccomandazione forti, elevati livelli di evidenza o normative (criteri e requisiti specifici) ed indicatori Portale di Governo Regionale, PNE, etc. da monitorare.		
C17.	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b>	Coordinatore/i Scientifici, Core Team.	Spesso i PDTA contengono checklist che definiscono e supportano l'operatore nell'implementare una serie di processi in maniera dettagliata e sequenziale rispettando modi e tempi definiti dal protocollo senza alcuna possibilità di deviazione dalla procedura standard.
	Inserire nel documento, se pertinente, procedure, protocolli e checklist dedicate ad alcune macrofasi del PDTA.		
C18.	<b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b>	Coordinatore/i Scientifici, Core Team.	Definire le modalità operative clinico-organizzative con l'attivazione di percorsi paralleli e slot necessari nei casi in cui i tempi standard, previsti dal PDTA per l'implementazione delle prestazioni (Intervention), non risultino compatibili con l'urgenza di soddisfare i bisogni del paziente.
	Prevedere l'attivazione di una Fast Track dedicata a pazienti che necessitano di essere avviati con urgenza al PDTA.		
<b>4.</b>	<b>KNOWLEDGE SHARING NETWORK (C19.-C27.) (WF. 5.)</b>	<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>
C19.	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b>	Project Manager, Coordinatori Scientifici, Core Team, Working Group.	Gli operatori condividono conoscenze nei Theme (Competenze e Risorse) integrate orizzontalmente condividono conoscenze nei Theme e nelle Function (servizi e processi) erogati verticalmente interazioni tra operatori sanitari e tra questi e i pazienti; PFMT diventano parte network conoscenza in cui tutti contribuiscono al valore a lungo termine nel PF (Value Creation in the Network).
	Promuovere la creazione di una rete per la condivisione dei saperi (Knowledge Sharing Network) incrociando competenze/risorse con servizi/processi con l'obiettivo di favorire la massima interazione tra gli operatori (MMG, PLS, Medici Specialisti, Infermieri Ospedalieri, Infermieri di Famiglia e Comunità, Terapisti Occupazionali, Fisioterapisti, Responsabile-PDTA (PFM), Gruppo Multidisciplinare-Multiprofessionale (PFMT), Rappresentanti di Associazioni Pazienti, Personale di Supporto amministrativo, tecnico e sanitario, etc.).		

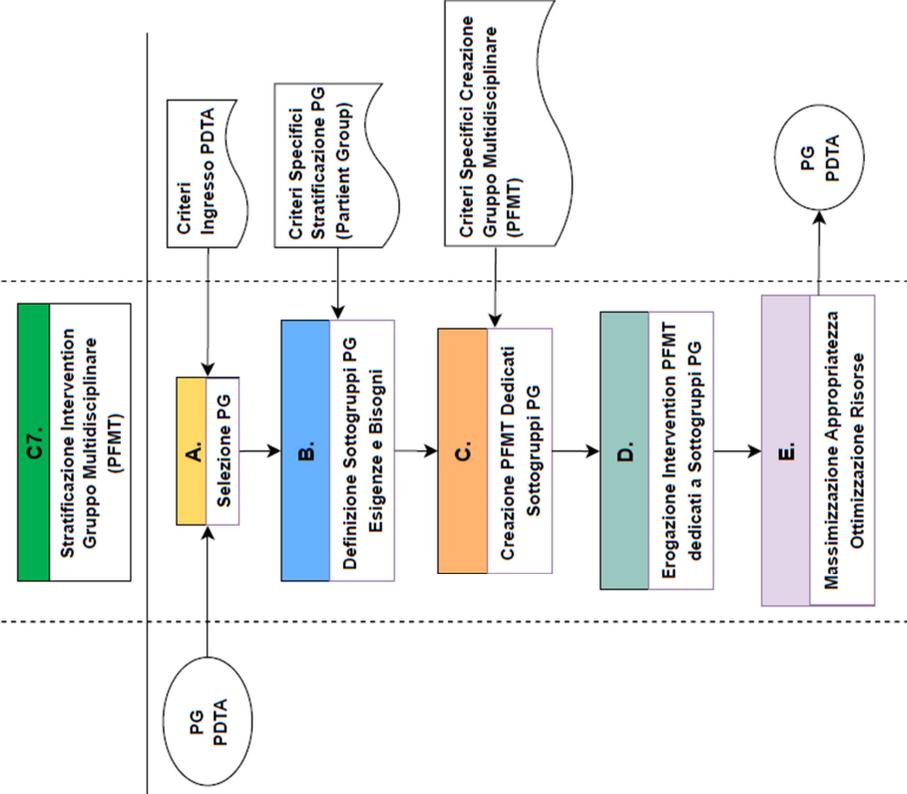
	<h3>Knowledge Network Sharing</h3> 		<h3>Theme &amp; Function</h3> 
C20.	<p>Programmare riunioni a cadenza settimanale (Consulto Multidisciplinare) tra professionisti per la valutazione di casi selezionati, selezionati sulla base di precisi requisiti clinico-organizzativi, che prevedano l'erogazione 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.</p>	<p>Coordinatore/i Scientifici, Core Team.</p>	<p>Il Gruppo Multidisciplinare-Multiprofessionale costituisce un criterio di accreditamento per Regione Lombardia.</p>
C21.	<p><b>Definire i requisiti di attivazione visita specialistica per facilitare la condivisione integrata del processo di cura tra i diversi professionisti.</b></p>	<p>Coordinatore/i Scientifici, Core Team.</p>	<p>Identificare criteri di attivazione ed in quale microfase del PDTA effettuare una visita specialistica sulla base dei requisiti di appropriatezza evitando richieste eccessive e/o inappropriate e/o in difetto (mancanza coinvolgimento specialista nei casi selezionati).</p>
C22.	<p>Prevedere, quando pertinente e/o ritenuta necessaria, l'introduzione della Visita Multidisciplinare e Multiprofessionale da implementare nelle diverse specifiche macrofasi del PDTA.</p>	<p>Core Team.</p>	<p>Ad esempio, prevedere che la consegna del referto istologico avvenga in presenza degli Specialisti (Chirurgo, Radiologo, Anatomopatologo, etc.).</p>

C23.	<b>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.</b>	Coordinatore/i Scientifici, Core Team.	La comunicazione rappresenta un momento fondamentale nel processo di cura sia all'interno del teamwork che tra operatore e paziente/parente caregiver. Indispensabile per offrire informazioni semplici in merito al PDTA al paziente che riceve il materiale informativo nelle sedi opportune.
C24.	Potenziare le attività di supporto, ingaggio, consolidamento rivolte a garantire la centralità del paziente nel percorso di cura, la sua partecipazione e soprattutto la co-produzione e co-creazione in base ai bisogni dei soggetti che hanno particolari esigenze sanitarie.	Core Team, Working Group.	Il paziente deve essere al centro e le prestazioni (Intervention) devono essere orientate verso la produzione di valore ed il soddisfacimento dei bisogni procedendo con la massima efficienza possibile.
C25.	Verificare che al termine della redazione del PDTA le criticità inizialmente identificate siano state risolte e gli obiettivi, generali e specifici, realmente raggiunti.	Core Team, Working Group.	Questo passaggio consente di comprendere quali siano in realtà gli obiettivi raggiunti, le criticità emendate e quelle ancora da risolvere.
C26.	<b>Le criticità non emendate vengono riportate come Story Board nel Programma di Intenti nella sezione "0. STORIA DEL DOCUMENTO".</b>	Project Manager, Core Team.	
C27.	<b>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.</b>	Core Team.	Avere a disposizione tutte le principali prestazioni (Intervention) riportate nel PDTA e facilmente accessibili per implementare velocemente il percorso di cura nei diversi contesti operativi.
<b>5.</b>	<b>CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-DISTRETTO-TERRITORIO (C28.-C32.) (WF. 5.)</b>	<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>
C28.	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b> Definire ed implementare azioni volte alla riduzione delle criticità a livello delle interfacce di cura ospedale, distretto-territorio con l'obiettivo di soddisfare i bisogni del paziente.	Coordinatori Scientifici, Core Team.	Le interfacce ospedale-distretto-territorio sono i momenti in cui è più facile riscontrare inapproprietezze in difetto e/o in eccesso nell'erogazione delle prestazioni (Intervention), come le transizioni di cura nella riconciliazione terapeutica o nel parto per un neonato.
C29.	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b> Proporre la presa in carico del paziente cronico, se non già in carico, attraverso la sottoscrizione del Patto di Cura, la definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) ed il follow-up proattivo attraverso le funzioni di un Case Manager e di un Centro Servizi.	Coordinatori Scientifici, Core Team.	Attivare il collegamento con il soggetto gestore della cronicità nel caso in cui il paziente sia già stato preso in carico (e quindi abbia già un PAI e sottoscritto un patto di cura) e quindi con il relativo Clinical Manager. Nel caso in cui invece il paziente non fosse già all'interno del sistema regionale della presa in carico PIC, questo passaggio è l'occasione per proporre il reclutamento del paziente cronico direttamente come ASST ovvero rinviandolo al suo MMG se ha aderito alla PIC (aderendo a cooperativa o anche in forma singola).
C30.	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b> Prevedere la massima integrazione del PDTA con le Reti Clinico Assistenziali e Organizzative per raggiungere la massima integrazione tra strutture "hub" e "spoke", sanitarie e sociosanitarie, consentendo l'accesso alle Unità di Assistenza Integrate (IPUs) di pazienti provenienti anche da contesti territoriali differenti ottimizzando le risorse e migliorando il profilo di appropriatezza, sicurezza ed efficacia delle prestazioni sanitarie erogate.	Coordinatori Scientifici, Core Team.	Definire le modalità di dimissione o trasferimento sulla base del quadro clinico del paziente e delle sue condizioni socioeconomico-sanitarie. Programmazione continuità assistenziale attraverso la rete territoriale CSM/CSA (ASST Niguarda vs "Progetto Milano"), per le attività di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), RSA (Residenze Sanitarie per Anziani) / CDD (Centri Diurni Disabili)/CDI (Centri Diurni Integrati), Terzo Settore.

C31.	<p><b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b></p> <p>Coinvolgere il Sistema di Cure Primarie (MMG, PLS, Specialisti, Infermieri e Ostetriche di Famiglia e Comunità, Terapisti Occupazionali, Fisioterapisti, Responsabile-PDTA (PFM), Co-Responsabile-PDTA (PFCoM), Rappresentanti Associazioni Pazienti, Personale di Supporto amministrativo, tecnico e sanitario, Educatore Professionale, etc.) per promuovere la salute a supporto delle esigenze medico-socioassistenziali dei cittadini, con particolare attenzione per i non autosufficienti.</p>	<p>Coordinatori Scientifici, Core Team.</p>	
C32.	<p><b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b></p> <p>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 ospedale-distretto-territorio.</p>	<p>Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team.</p>	



WF. 5.



WF. 6.

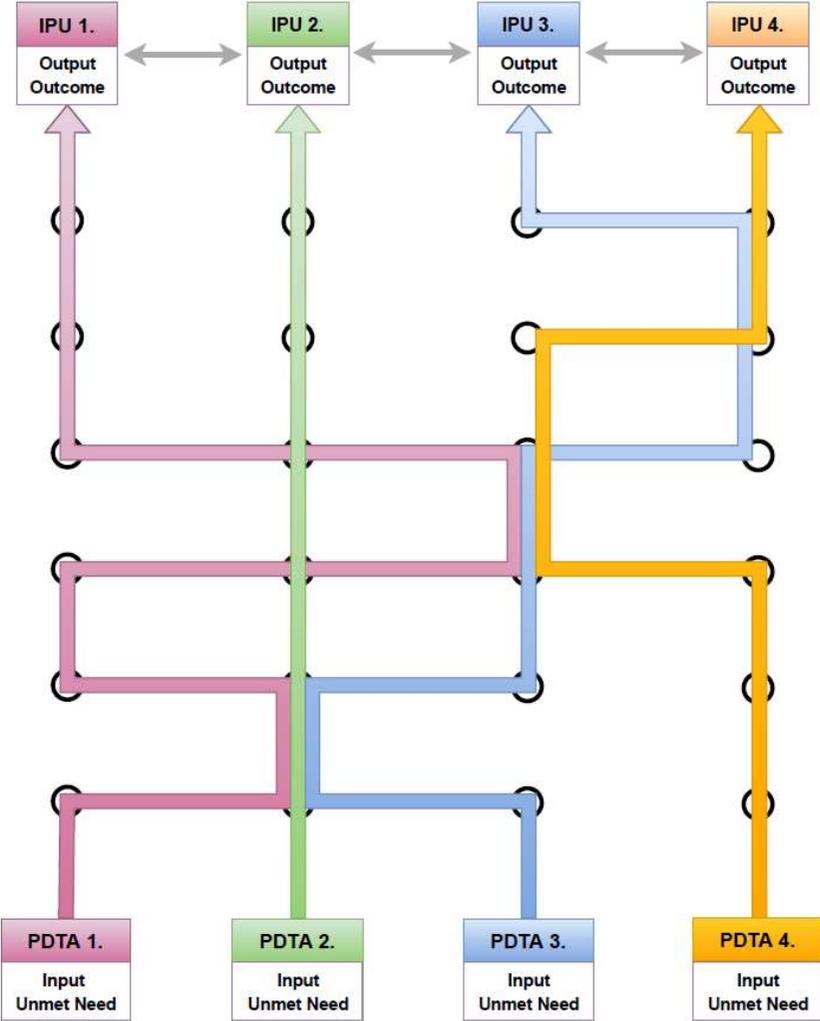
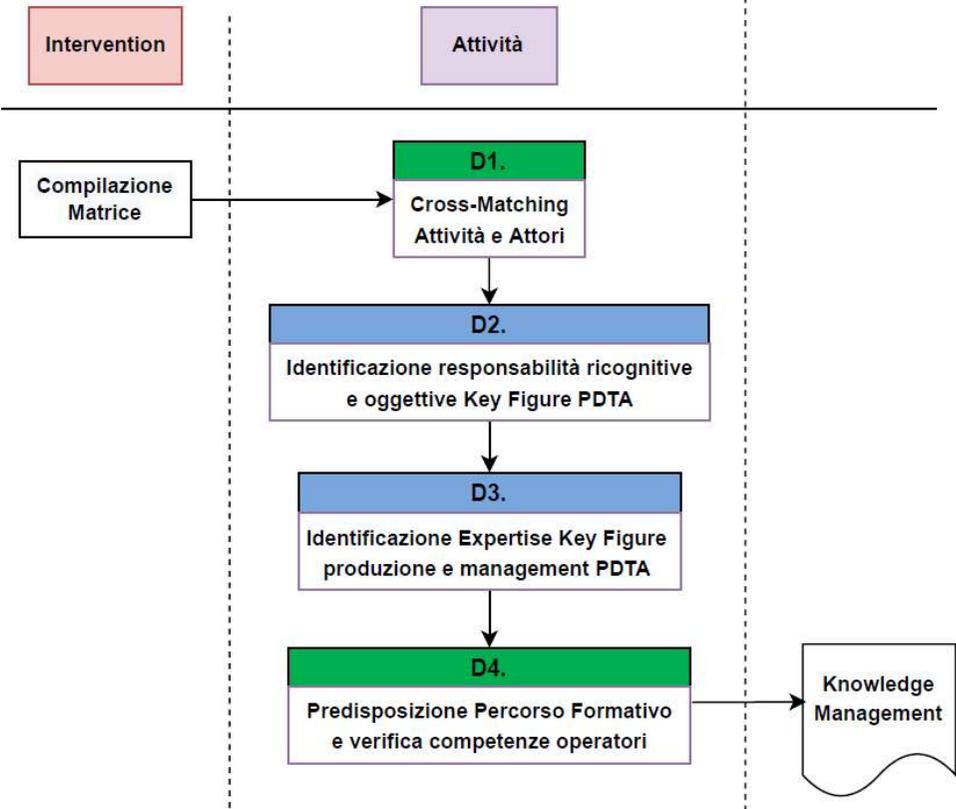


FIG. 4.

<b>D.</b>	<b>RESPONSABILITÀ</b>	Item Documentale -> Carattere Grassetto	<b>CRM.</b> Codice Riferimento Manuale	
		Item Procedurale -> Carattere Normale		
<b>1.</b>	<b>MATRICE ATTORI/ATTIVITÀ (D1.-D2.) (WF 7.) (TAB.5.)</b>		<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>
<b>D1.</b>	<p><b>PERSON-CENTERED PATHWAY DESIGN</b></p> <p>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.).</p>		Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team, Working Group.	Elaborare la matrice di responsabilità effettuando un dettagliato cross-matching tra le attività previste nel PDTA e gli Operatori. Le attività sono codificate con il simbolo "R" (Responsabile), "C" (Coinvolto) e "I" (Informato). La lettera "R" indica che un solo operatore effettua una determinata singola attività e ne risulta direttamente responsabile. La lettera "C" viene utilizzata per designare una attività a cui si prende parte ma non si risulta direttamente responsabili. La "I" identifica un operatore che viene solo informato in merito ad un determinato processo nel quale non svolge un ruolo attivo. Nei casi in cui una attività venga svolta da due Operatori differenti (Medico ed Infermiere), il processo viene splittato differenziando in dettaglio quale degli Attori sia il responsabile e quale il coinvolto. Nei rimanenti casi in cui non sia possibile splittare l'attività si utilizzerà il simbolo "R/C" (la rilevazione del dolore in P.S. viene effettuata dall'Infermiere mentre in ambulatorio dal Medico).
<b>D2.</b>	<p><b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b></p> <p>Identificare le principali responsabilità ricognitive e oggettive del Responsabile-PDTA (PFM) (Medico), Co-Responsabile-PDTA (PFCoM) (Medico-Infermiere) e Responsabile Esperienza di Cura Paziente (PEM-Patient Experience Manager) (DAPSS) (Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie) con l'obiettivo di facilitare l'attuazione, la manutenzione e la sorveglianza del PDTA nell'ambito della segnalazione di eventuali eventi avversi, near miss ed eventi sentinella oltre al consueto incident reporting (Percorso Qualità).</p>		Project Manager, Direttore Struttura e/o Dipartimento.	Il Responsabile-PDTA (PFM) è responsabile del buon funzionamento del percorso di cura coadiuvato dal Co-Responsabile-PDTA (PFCoM) e dal Responsabile Esperienza di Cura Paziente (PEM).
<b>2.</b>	<b>EXPERTISE FIGURE CHIAVE E (D3.-D4.) (WF 7.)</b>		<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>
<b>D3.</b>	Riportare sul documento le "expertise" di Project Manager, Responsabile-PDTA, Co-Responsabile-PDTA, Responsabile Esperienza di Cura Paziente (PEM-Patient Experience Manager), Coordinatore/i Scientifici, Core Team e di quei componenti del Gruppo di Lavoro (WG) con particolari competenze e prestazioni clinico-manageriali.		Project Manager, Coordinatore/i Scientifici.	Le skills del Working Group e degli Operatori coinvolti nella implementazione del PDTA risultano particolarmente importanti sia per il buon funzionamento del percorso che in caso di contenziosi medico-legali tutelando la sicurezza dei pazienti e promuovendo la qualità dei servizi sanitari erogati.
<b>D4.</b>	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).		Direttore di Struttura/Dipartimento.	Il Direttore di Struttura/Dipartimento deve prevedere un piano formativo annuale per ogni operatore coinvolto nella implementazione del PDTA. In caso di failure deve essere previsto un re-training con learning curve adeguata all'operatore; in caso di insuccesso deve essere prevista la possibilità di avviare l'operatore ad un task idoneo differente.

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

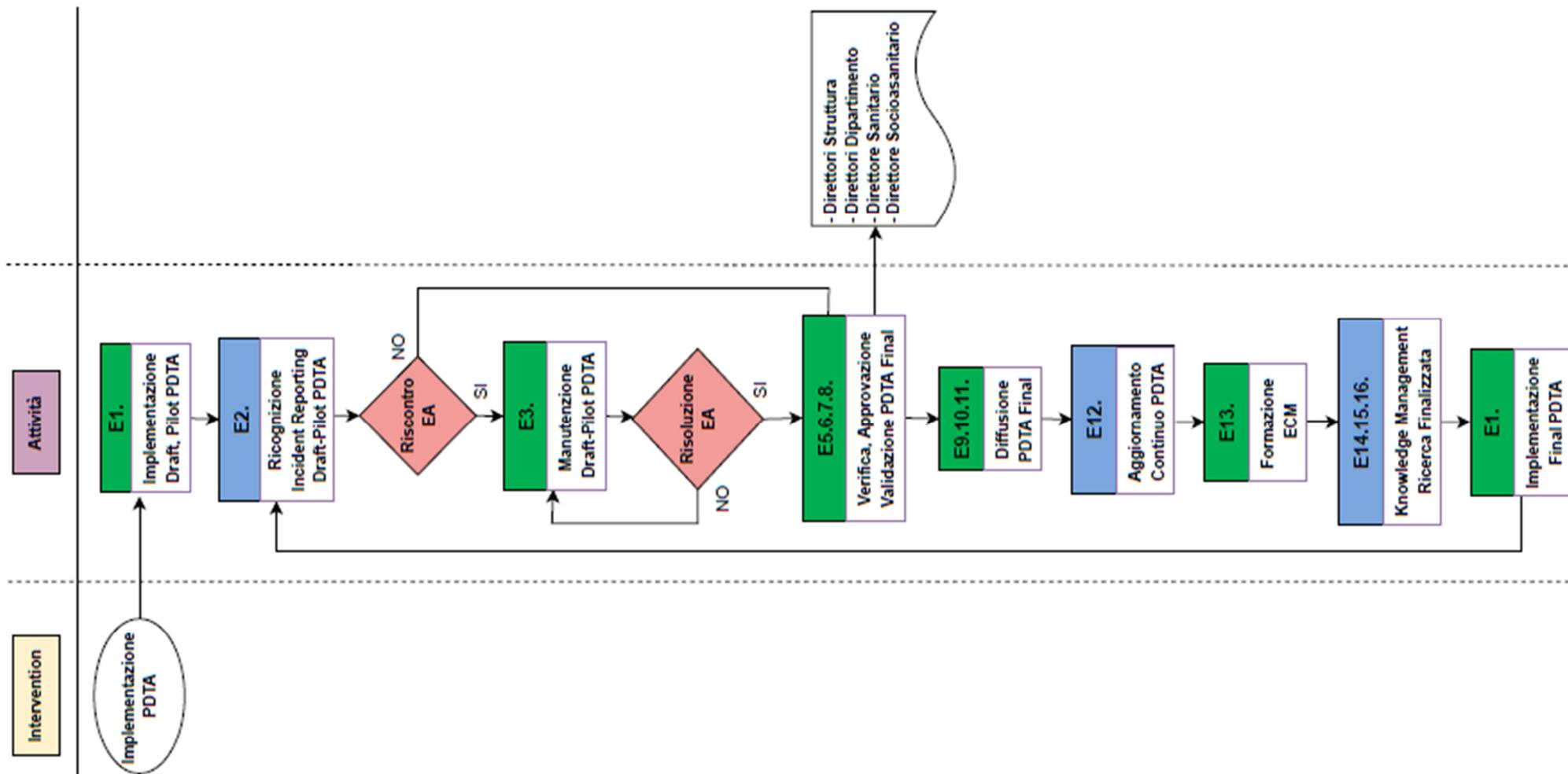
TAB. 6.



WF. 7.

<b>E.</b>	<b>IMPLEMENTAZIONE</b>	Item Documentale -> Carattere Grassetto	<b>CRM. Codice Riferimento Manuale</b>	
		Item Procedurale -> Carattere Normale		
<b>1.</b>	<b>DRAFT, PILOT, FINAL (E1.) (WF 8.)</b>		<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>
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).		Working Group e Operatori Sanitari coinvolti nell'implementazione PDTA.	L'implementazione del PDTA inizia già durante le fasi conclusive della produzione.
<b>2.</b>	<b>MANUTENZIONE PDTA (E2.-E3.) (WF 8.)</b>		<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>
E2.	Effettuare una ricognizione in riferimento alle criticità occorse durante le prime fasi (Draft e Pilot) di implementazione per effettuare gli opportuni aggiustamenti prima della validazione definitiva del documento.		Patient Flow Manager, Patient Flow Co-Manager (s), Patient Experience manager, Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team, Working Group.	Responsabile-PDTA (PFM, Co-Responsabile-PDFTA (PFCoM) e Responsabile Esperienza di Cura Paziente (PEM) comunicano ai Coordinatori ed al Project Manager le eventuali criticità riscontrate a seguito delle quali verranno effettuati aggiustamenti prima di validare il PDTA definitivo.
E3.	Effettuare la manutenzione della versione Pilot PDTA con revisione di eventuali criticità intercettate.		Patient Flow Manager, Patient Flow Co-Manager (s), Patient Experience manager, Project Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team, Working Group.	Responsabile-PDTA (PFM, Co-Responsabile-PDFTA (PFCoM) e Responsabile Esperienza di Cura Paziente (PEM) comunicano ai Coordinatori ed al Project Manager le eventuali criticità riscontrate a seguito delle quali verranno effettuati aggiustamenti prima di validare il PDTA definitivo.
<b>3.</b>	<b>VERIFICA, APPROVAZIONE, VALIDAZIONE (E4.-E8.) (WF 8.) (TAB. 6., TAB. 7.)</b>		<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>
E4.	Effettuare una "peer review" per valutare gli aspetti clinici ed organizzativi del PDTA con partners esterni con volumi e caratteristiche di pazienti sovrapponibili e riportare la restituzione dei feedback restituiti.		Project Manager, Coordinatore/i Scientifici.	Consuetudine molto apprezzata confrontare la propria esperienza con altri Ospedali con medesimi volumi e tipologia predisposta dal PDTA.
E5.	Verifica contenuto metodologico-formale PDTA riportando le firme sul cartiglio sulla prima pagina.		Direttore/Responsabile Qualità Aziendale.	Viene verificato il contenuto formale e metodologico dal Responsabile.
E6.	Approvazione contenuto diagnostico/terapeutico PDTA riportando le firme sul cartiglio sulla prima pagina.		Direttori Dipartimento/Strutture.	Viene approvato il contenuto diagnostico e terapeutico da parte di Direttori di Struttura e di Dipartimento.
E7.	Approvazione contenuto assistenziale PDTA riportando le firme sul cartiglio sulla prima pagina.		Direttore Professioni Sanitarie.	Viene approvato il contenuto assistenziale.
E8.	Validazione del PDTA prevedendo che il documento venga siglato sul cartiglio riportato sulla prima pagina.		Direttore Sanitario, Socio-Sanitario.	Il PDTA dopo la validazione viene implementato e monitorato.
<b>4.</b>	<b>DIFFUSIONE (E9.-E12.) (WF 8.)</b>		<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>
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.		Coordinatore/i Scientifici.	La versione validata del PDTA viene disseminata tramite mail aziendale a tutti gli operatori coinvolti nella implementazione del percorso di cura.
E10.	Diffusione esterna del PDTA (Carta dei Servizi, Internet, coinvolgimento Associazioni, etc.).		URP	

E11.	Pubblicazione del PDTA su sito intranet aziendale e/o su internet sulla base alla policy aziendale.	URP	La pubblicazione del PDTA su intranet viene effettuata dall'URP.
E12.	Prevedere l'aggiornamento continuo sulla intranet aziendale da parte di Responsabile-PDTA (PFM), Project Manager e Core Team, previa comunicazione delle variazioni a Verificatori, Direttore Sanitario e Sociosanitario, con esito favorevole per rendere più snello l'aggiornamento del documento.	Project Manager, Patient Flow Manager, Coordinatore/i Scientifici, Core Team.	Il PDTA è un documento vivo che deve essere aggiornato ogni qualvolta vi fosse la necessità di inserire una azione correttiva, una modifica delle raccomandazioni/normative, nuovi indicatori, etc.
<b>5.</b>	<b>FORMAZIONE E RICERCA FINALIZZATA (E13.-E16.) (WF 8.)</b>	<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>
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).	Coordinatore/i Scientifici.	I Coordinatori prendendo contatto con l'Ufficio Formazione aziendale predispongono corsi ECM dedicati.
E14.	<b>Prevedere all'interno del percorso formativo di poter discutere dei casi clinici anche attraverso la creazione di GdM (Gruppi di Miglioramento) con certificazione ECM finalizzata alla formazione continua ed alla condivisione di conoscenza tra gli operatori.</b>	Coordinatori Scientifici attraverso la Segreteria di competenza.	Coordinatori Scientifici attraverso la Segreteria di competenza effettuano una richiesta di accreditamento degli incontri all'Ufficio Formazione. La produzione di un PDTA diventa anche un momento formativo certificato in cui i GMD consentono di discutere in dettaglio casi clinici e fare formazioni allo stesso tempo promuovendo la diffusione della cultura.
E15.	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b> Promuovere scelte strategiche orientate allo sviluppo dei saperi, delle specializzazioni e delle competenze professionali degli operatori (Knowledge Management) coinvolti nella produzione, implementazione, monitoraggio e revisione dei PDTA con l'obiettivo di garantire la capacità di risposta alla domanda di salute dei pazienti ed il mantenimento nel tempo di crescita, attrattività, competitività e tenuta di mercato.	Direzione Strategica, Direttori Struttura-Dipartimento.	
E16.	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b> Favorire e stimolare la ricerca finalizzata attraverso programmi di sperimentazioni cliniche correlate a progetti afferenti all'area biomedica e clinico assistenziale nell'ambito dei PDTA, il cui obiettivo ultimo è rappresentato dalla centralità della persona ed i bisogni di salute dei cittadini (ricerca transazionale).	SSN, Direzione Strategica, Direttori Struttura-Dipartimento, Project manager, Coordinatori Scientifici, etc.	Contenuti del PDTA possono costituire materiale e/o risultare riportate su pubblicazioni scientifiche.

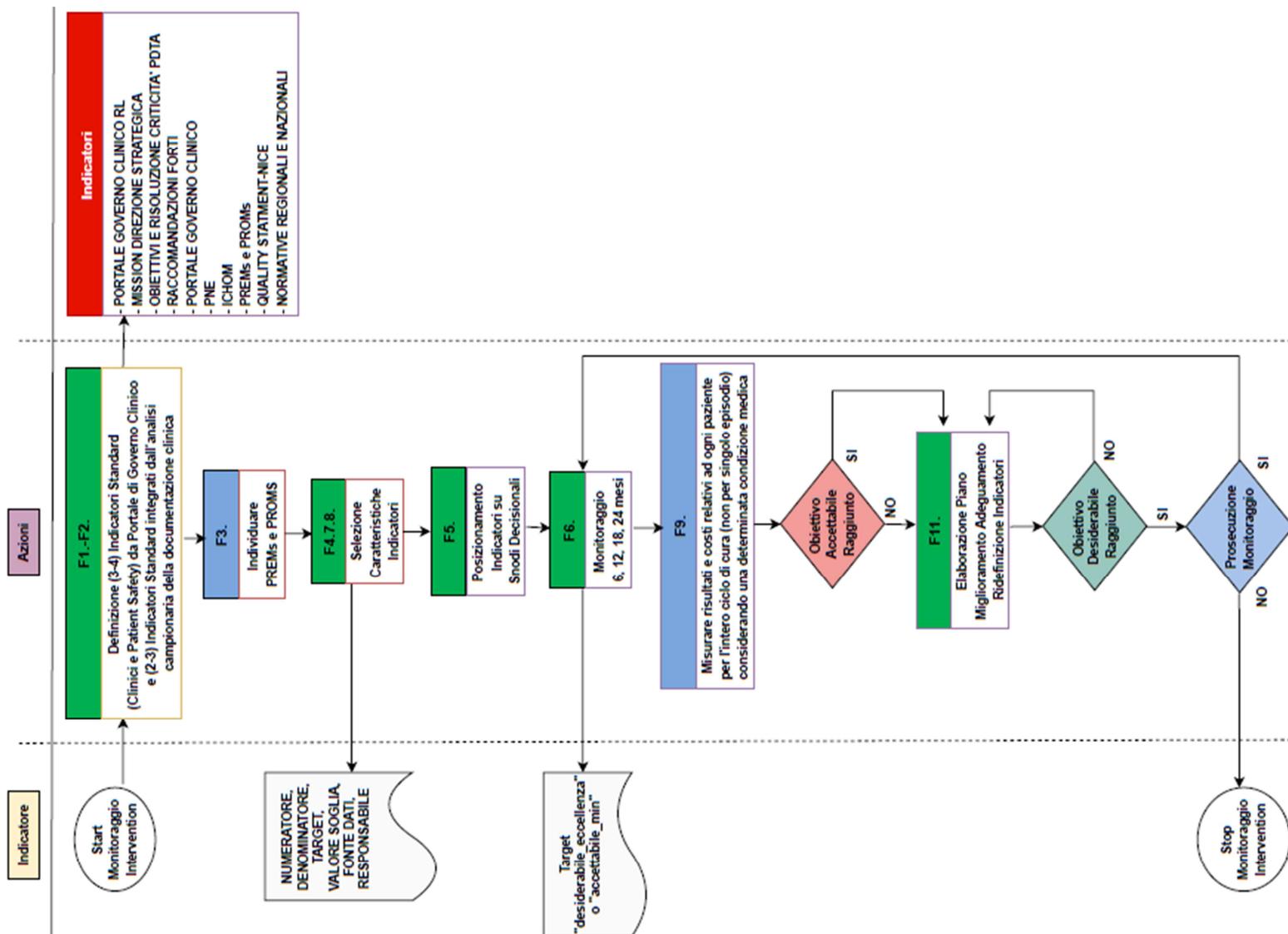


WF. 8.

<b>F.</b>	<b>VALUTAZIONE</b>	Item Documentale -> Carattere Grassetto	<b>CRM.</b> Codice Riferimento Manuale	
		Item Procedurale -> Carattere Normale		
<b>1.</b>	<b>MONITORAGGIO INDICATORI (F1.-F.13) (WF 9.) (TAB. 8.)</b>	<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>	
<b>F1.</b>	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b>	Patient Flow Manager, Project Manager, Core Team, Struttura Flussi Aziendale, ATS.	Individuare 3-4 KPI standard nell'ambito di quelli presenti sul Portale di Governo Clinico e 2-3 KPI custom sulla base delle criticità individuate in ciascuna organizzazione sanitaria. Gli indicatori vengono individuati sulla base di obiettivi aziendali di appropriatezza, efficacia e sicurezza, le LG, il PNE, il Datawarehouse Regionale (Portale di Governo Clinico), le Normative Nazionali e Regionali, i Quality Statment (NICE). (Gli indicatori di processo misurano l'appropriatezza professionale ed organizzativa attraverso la valutazione della aderenza del processo assistenziale agli standard di riferimento della miglior pratica clinica basata sulla evidenza; la robustezza degli indicatori di proc esso si correlata strettamente alla forza della raccomandazione; talvolta gli indicatori di proc esso vengono definiti proxy o precoci di impatto in quanto possono sostituire gli indicatori di esito che misurano l'efficacia in termini di mortalità, morbosità e ospedalizzazioni; la robustezza degli indicatori di processo, suddivisi in clinici, economici ed umanistici, si correla al timing di insorgenza nella storia naturale della malattia, al tempo trascorso dalla erogazione del proc esso, alla documentata relazione volume-esiti ed al case mix. Di particolare rilevanza risulta conoscere quali siano stati gli ingredienti che hanno funzionato nell'implementazione di un PDTA consentendo di ottenere i volumi di output ed i valori di outcome fissati come benchmark.	
	<b>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.</b>			
	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.			
<b>F2.</b>	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b>	Patient Flow Manager, Project Manager, Core Team.	Il Responsabile-PDPA (PFM) e Core Team definiscono quali siano i flussi da estrarre e fanno esplicita richiesta alla Struttura in oggetto.	
	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 PDPA, sulle priorità definite dal Gruppo di Lavoro (Working Group), sui Quality Statment-NICE, etc.			
<b>F3.</b>	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b>	Patient Flow Manager, Project Manager, Core Team.	Outcome Funzionale (Portale di Governo Clinico, PNE, Agenas, ICHOM-International Consortium for Health Outcome Measurement, Società Scientifiche); PROMS (Patient Reported Outcome Measure): misurano la percezione che il paziente ha del suo stato di salute; PREMS (Patient Reported Experience Measures) misurano la percezione che i pazienti hanno rispetto alla loro esperienza di cura.  Valutazione qualità percepita dal paziente anche attraverso la somministrazione periodica di questionari per valutare la qualità delle cure fornendo un feedback diretto finalizzato al miglioramento servizi. PROMS e PREMS rappresentano potenti strumenti per la personalizzazione delle cure mediche. Mentre i PREM vengono sempre più utilizzati come strumento per migliorare la qualità delle cure <sup>1</sup> , i PROM sono generalmente utilizzati per migliorare lo stato di salute dei pazienti <sup>2</sup> . L'integrazione delle cure ha un impatto rilevante sia sulla qualità delle cure che sullo stato di salute dei pazienti <sup>3</sup> . PROMS e PREMS dovrebbero essere raccolti in modo integrato, per comprendere la relazione esperienza-risultato lungo il percorso di cura, fornendo una visione completa della qualità e dell'integrazione delle cure dalla prospettiva del paziente.	
	Utilizzare indicatori di esito per valutare la percentuale di pazienti in cui un intervento chiave si è correlato con un determinato outcome (ICHOM, PNE, etc.); valutare PROM (PROMS - Patient Reported Outcome Measures) e PREMS (Patient Reported Experience Measures) quando vi sia un impatto sulla qualità di vita (QoL) considerevole (TAB 7.).			

F4.	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b>	Patient Flow Manager, Project Manager, Core Team.	
	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.	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b>	Patient Flow Manager, Project Manager, Core Team.	
	Posizionare gli Indicatori sulle Normative Nazionali e Regionali (Delibere Giunta Lombardia), laddove previsti.		
F6.	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b>	Patient Flow Manager, Project Manager, Core Team.	I risultati del monitoraggio vanno riportati come allegati nel documento ed utilizzati per instaurare eventuali azioni correttive da implementare nella sua revisione.
	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.	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b>	Patient Flow Manager, Project Manager, Core Team.	Considerare eventuali deviazioni e specificare le criticità responsabili di un percorso differente.
	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.	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b>	Project Manager, Patient Flow manager, Struttura Flussi informativi.	
	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.		
F9.	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b>	Patient Flow Manager, Project Manager, Core Team.	Il valore non si misura in termini di numero o volumi di servizi generati e/o processi di cura erogati. Costo cumulativo assistenza per l'intero ciclo di cura può essere ridotto spendendo di più su alcuni servizi ad alto valore non minimizzando costo singoli servizi. Condizioni mediche multiple valore misurato longitudinalmente per ogni condizione medica, non singolo specialista/intervento; Costi e risultati aggiustati preesistenze e aderenza cura.
	Misurare per ciascun PDTA risultati e costi relativi ad ogni singolo paziente e per l'intero ciclo di cura (non per singolo episodio) considerando, se possibile, una determinata condizione medica come bundle (Diabete mellito: iperglicemia, malattie vascolari, ipertensione, malattie retina, malattie renali, piede diabetico, etc.) o popolazione di pazienti con bisogni simili (cure primarie e preventive).		
F10.	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b>	Patient Flow Manager, Project Manager, PEM Manager, Core Team, Core Team.	La valutazione dei risultati viene effettuata attraverso audit interni e indicatori di processo e di esito. Questo approccio metodologico deve essere effettuato all'interno di ciascuna Struttura consentendo la autovalutazione risultati
	Condurre Audit Clinici Interni per valutare la conformità ai PDTA delle prestazioni sanitarie (Intervention) erogate e per la valutazione degli outcome.		

F11.	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL - THE VALUE AGENDA</b>	Patient Flow Manager, Project Manager, Patient Experience Manager, Core Team.	I Piano di Miglioramento viene redatto dai Coordinatori ed integrato nella Revisione del PDTA e riportato sul documento.
	Elaborare un Piano di Miglioramento (PM) per adeguamento PDTA e/o Ridefinizione Indicatori da riportare sul PDTA almeno ogni 12 mesi.		
F12.	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL – THE VALUE AGENDA</b>	Coordinatore/i Scientifici.	Codici utilizzati per calcolo indicatori.
	Riportare nel PDTA la codifica SDO e ambulatoriale di diagnosi e procedure per facilitare l'estrazione di flussi informativi aggregati.		
<b>2.</b>	<b>INCIDENT REPORTING (F14.-F15.) (WF 9.)</b>	<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>
F13.	<b>VALUE-BASED MANAGEMENT CLINICAL – THE VALUE AGENDA</b>	Patient Flow Manager, Project Manager, Patient Experience Manager, Core Team.	
	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.		



WF 9.

<b>NOME INDICATORE 1</b>		<b>DESCRIZIONE</b>
<b>TIPOLOGIA</b>		<b>A. STRUTTURA</b> (Strutturali, Tecnologici, Organizzativi, Professionali)
		<b>B. PROCESSO</b> (Appropriatezza, Coinvolgimento Stakeholder, Equità Accesso)
		<b>C. ESITO</b> (Esiti, Economici, Umanistici) (Sicurezza, Efficacia, Efficienza)
<b>1. RACCOMANDAZIONE</b>	Indicare la Raccomandazione su cui si basa l'Indicatore	
<b>2. NORMATIVA</b>	Indicare la Normativa su cui si basa l'Indicatore	
<b>3. NUMERATORE</b>	Criteri che soddisfano la Raccomandazione/Normativa da presidiare	
<b>4. DENOMINATORE</b>	Criteri che indentificano i casi/pazienti osservati	
<b>5. FONTE DATI</b>	Fonte dove recuperare i Dati relativi al Denominatore	
<b>6. TARGET</b>	Desiderabile o Accettabile (Dato di Partenza vs Dato da attendere)	
<b>7. RESPONSABILE RILEVAZIONE</b>	Nominativo Attore afferente alla S.C.	
<b>8. FREQUENZA RILEVAZIONE</b>	6, 12, 18, 24 mesi, ...	
<b>9. RISORSE IMPLEMENTAZIONE</b>	Destinate alla implementazione della Raccomandazione/Normativa	
<b>10. NOTE</b>	Modalità della rilevazione	

TAB. 7.

<b>G.</b>	<b>FOLLOW-UP</b>	<b>Item Documentale -&gt; Carattere Grassetto</b>	<b>CRM. Codice Riferimento Manuale</b>	
		Item Procedurale -> Carattere Normale		
<b>1.</b>	<b>REPORT</b>		<b>ATTORI</b>	<b>NOTA PRATICA APPLICATIVA</b>
<b>G1.</b>	<p><b>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:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eventi sentinella, avversi e near miss;</li> <li>- Audit clinici interni;</li> <li>- Indicatori processo e di esito;</li> <li>- Compliance degli operatori al PDTA;</li> <li>- Grado di soddisfazione di pazienti e operatori a PDTA.</li> </ul>		Patient Flow Manager, Project Manager, Patient Experience Manager.	