

DELIBERAZIONE N. **1061** DEL **-6 AGO. 2018**

Struttura proponente: UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management Centro di Costo: G0DG43JD1S

Codice settore proponente: RMDG ²³ 14/2018

del 16/07/2018

Oggetto: Adozione delle Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) **"Il Provvedimento non comporta oneri di spesa"**L'estensore
(Dott. Antonio Silvestri)IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Fabrizio d'Alba**Parere del Direttore Amministrativo: Dott.ssa Francesca Milito** FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto)

Firma _____

Data

2/8/2018

Parere del Direttore Sanitario: Dott.ssa Daniela Orazi FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto)

Firma _____

Data

3/8/2018

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico aziendale.

Voce del conto Economico/Patrimoniale su cui si imputa l'importo: _____

Visto del Dirigente addetto al controllo del budget economico aziendale:

Direttore UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione - Dr.ssa Miriam Piccini

Firma _____

Data _____

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Responsabile del Procedimento (Dott. Antonio Silvestri)

Firma _____

Data

16/07/18

Il Dirigente (Dott. Antonio Silvestri)

Firma _____

Data

16/07/18

**IL DIRETTORE U.O.S.D. QUALITA', CERTIFICAZIONE
E SICUREZZA DELLE CURE - RISK MANAGEMENT****VISTI**

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421";
- la L.R. 16 giugno 1994 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni recante "Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni - istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere";
- l'intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- la deliberazione aziendale n. 404 del 14/04/2016 recante per oggetto <<Affidamento di un incarico dirigenziale di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale "UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure - Risk Management" nell'ambito della Direzione Strategica al Dott. Antonio Silvestri>>;

PREMESSO

che all'art. 5 della succitata L. 8 marzo 2017, n. 24 "Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida" viene prescritto che "Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico- scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della Salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale";

DATO ATTO

che il succitato art. 5 della L. 8 marzo 2017, n. 24 prescrive che "In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico - assistenziali";

DATO ATTO

la definizione ed implementazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) rappresenta un obiettivo LEA demandato alla responsabilità delle Regioni e quindi delle Aziende del SSR;

CONSIDERATO

che tra gli obiettivi della UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure - Risk Management rientra la definizione e la condivisione dei PDTA e l'attivazione di sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza dei percorsi di diagnosi e cura orientati alla qualità e alla sicurezza dei pazienti;

DATO ATTO

che l'obiettivo di un PDTA è incrementare la qualità delle cure attraverso un continuum dell'assistenza che consideri tutte le tappe del processo di cura, permettendo il superamento del concetto di singole prestazioni, migliorando gli outcome clinici "risk-adjusted", aumentando la soddisfazione dell'utenza e garantendo anche una corretta allocazione delle risorse;

RITENUTO

necessario delineare nel contesto dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini una Procedura di indirizzo al fine di mettere a disposizione di tutti gli operatori una definizione condivisa ed operativa di "Percorso Diagnostico

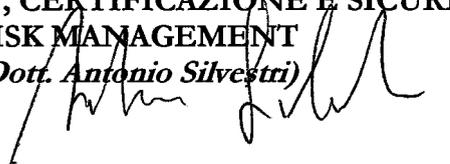
Terapeutico Assistenziale" e insieme di identificare e descrivere i requisiti minimi che devono necessariamente essere presenti se si intende attuare un percorso di cura all'interno dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini;

- CONSIDERATO** che all'interno dell'Azienda è stato attivato un Gruppo di Lavoro per la definizione di un percorso di riferimento per la costruzione dei PDTA;
- CONSIDERATO** che la suddetta proposta è stata sottoposta a verifica, con esito positivo, da parte del Responsabile Aziendale per la Qualità;
- RITENUTO** opportuno approvare l'allegato "Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali";
- RITENUTO** opportuno dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa di assicurare la massima diffusione al presente atto deliberativo e di assicurarne l'attuazione, per quanto di competenza;
- VERIFICATO** che il presente provvedimento non comporta nessuna spesa a carico dell'Azienda;
- ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

PROPONE

- di approvare l'adozione delle Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di dare mandato al Responsabile Aziendale della Qualità di inoltrare il provvedimento ai Direttori di Dipartimento e al Dipartimento delle Professioni Sanitarie;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e al Dipartimento delle Professioni Sanitarie di divulgare il provvedimento a tutti gli operatori;
- di disporre che il provvedimento sia inserito nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;
- di dare mandato alla U.O.S.D. Ufficio Relazioni con il Pubblico – Comunicazioni Istituzionali – Rapporto con le Associazioni di dare diffusione del presente provvedimento mediante l'inserimento nel Portale Aziendale nella pagina dedicata al Risk Management e Sicurezza delle Cure.

**IL DIRETTORE UOSD QUALITA', CERTIFICAZIONE E SICUREZZA DELLE CURE -
RISK MANAGEMENT
(Dott. Antonio Silvestri)**



IL DIRETTORE GENERALE

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del decreto legislativo 30.12.92 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00202 del 7 ottobre 2016 avente ad oggetto "Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini";
- VISTA** la propria ordinanza n. 1242 del 10 ottobre 2016;
- LETTA** la proposta di delibera, "Adozione delle Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali" presentata dal Direttore UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

- di approvare l'adozione delle Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di dare mandato al Responsabile Aziendale della Qualità di inoltrare il provvedimento ai Direttori di Dipartimento e al Dipartimento delle Professioni Sanitarie;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e al Dipartimento delle Professioni Sanitarie di divulgare il provvedimento a tutti gli operatori;
- di disporre che il provvedimento sia inserito nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;
- di dare mandato alla U.O.S.D. Ufficio Relazioni con il Pubblico – Comunicazioni Istituzionali – Rapporto con le Associazioni di dare diffusione del presente provvedimento mediante l'inserimento nel Portale Aziendale nella pagina dedicata al Risk Management e Sicurezza delle Cure.

La struttura complessa proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

La presente deliberazione è composta di n. 47 pagine di cui n. 42 pagine di allegati nei termini indicati.

Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale www.scamilloforlanini.rm.it per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. *Fabrizio d'Alba*)



Procedura Generale 901/PG/G0DG43/18/02	Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)	Rev. 00 del 12/07/18 Pag. 1 di 14
---	--	---

	Nome e Funzione	Firma	Data
REDAZIONE E VERIFICA	Antonio Silvestri Dirigente Medico - Direttore UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management	<i>[Firma]</i>	10/02/18
	Luca Casertano Dirigente Medico - Direttore UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti	<i>[Firma]</i>	10/07/18
	Francesco Medici Dirigente Medico - staff UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management	<i>[Firma]</i>	00/02/18
	Marco Mastrucci CPS Infermiere - staff UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management	<i>[Firma]</i>	10/11/18
	Antonella Urso CPS Infermiere - staff UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti	<i>[Firma]</i>	01/07/18
APPROVAZIONE	Dott.ssa Lucia Mitello Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie	<i>[Firma]</i>	18-07-18
	Dott.ssa Daniela Orazi Direttore Sanitario Aziendale		
VALIDAZIONE	Dott. Fabrizio d'Alba Direttore Generale	618/110	<i>[Firma]</i>

Rev.	Data	Causale della redazione e delle modifiche	Codifica
0.0	12/07/2018	Prima stesura	a cura del RAQ

Trasmesso il : 05/07/2018	Codificato il : 05/07/2018	Distribuito il :
---------------------------	----------------------------	------------------

Lista di distribuzione (I livello)	
✓ Direttore Sanitario	✓ Direttore Amministrativo
✓ Direttori di Dipartimento	✓ Direttori di U.O.C.
✓ Direttori di U.O.S.D	✓ Responsabili di U.O.S.

Procedura Generale 901/PG/G0DG43/18/02	Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)	Rev. 00 del 12/07/18 Pag. 2 di 14
---	--	---

INDICE

	INTRODUZIONE	3
1.	SCELTA DELL'OGGETTO DEL PDTA	5
2.	COSTITUZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO (GDL)	6
3.	ANALISI RETROSPETTIVA E RICOGNIZIONE DELL'ESISTENTE	7
4.	COSTRUZIONE TEORICA DEL PDTA	7
5.	COSTRUZIONE DEL PDTA DI RIFERIMENTO	7
6.	RAPPRESENTAZIONE DEL PDTA	8
7.	SPERIMENTAZIONE (fase "pilota")	8
8.	ATTUAZIONE AZIENDALE DEL PDTA	8
9.	VALUTAZIONE, VERIFICA E MONITORAGGIO DEL PDTA	9
10.	EMISSIONE, DISTRIBUZIONE E ARCHIVIAZIONE DELLA PROCEDURA	13
11.	BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA	13
	ALLEGATI	14
12.	<i>Allegato 1: Modulo di proposta di redazione di un PDTA</i> <i>Allegato 2: Istruzioni Operative per la redazione di un PDTA</i> <i>Allegato 3: Format aziendale per la redazione di un PDTA</i> <i>Allegato 4: Checklist di verifica della costruzione del PDTA</i>	

Procedura Generale 901/PG/G0DG43/18/02	Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)	Rev. 00 del 12/07/18 Pag. 3 di 14
---	--	---

INTRODUZIONE

In ambito sanitario il trattamento di un problema di salute richiede frequentemente il contributo di più attori all'interno di un sistema inter-professionale, inter-disciplinare e multi-disciplinare. La complessità di un sistema così organizzato può creare condizioni favorevoli alla variabilità, i difetti di congruità, continuità ed integrazione della cura, tutte condizioni che facilitano la possibilità di errore. L'approccio per processi, insito nella strutturazione di un "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale" (di seguito **PDTA**), permette di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento ed alle risorse disponibili, permette il confronto e la misura delle attività e degli esiti con indicatori specifici, conducendo al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza di ogni intervento.

Il presente documento, redatto dal Gruppo di Lavoro aziendale nato dalla sinergia tra le UOSD Qualità e Sicurezza delle Cure – Risk Management e Organizzazione Sanitaria e Reti, intende porsi come una guida operativa di utilità per gli operatori dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (di seguito AOSCF) impegnati nella progettazione ed attuazione di PDTA. L'obiettivo del documento è quello di mettere a disposizione una definizione condivisa ed operativa di PDTA e insieme di identificarne e descriverne i requisiti che devono necessariamente essere presenti. In tale contesto il documento può rappresentare uno strumento utile al fine di tracciare l'impegno dell'AOSCF nei confronti dell'art. 5 (*Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida*) della L. 24/2017 in materia di Qualità e Sicurezza delle Cure.

I **PDTA** sono un intervento complesso mirato alla condivisione dei processi decisionali e dell'organizzazione dell'assistenza per un gruppo specifico di pazienti in un intervallo di tempo precisato (European Pathway Association, 2005, 2008).

Le caratteristiche fondanti che definiscono i PDTA includono:

1. La definizione esplicita degli obiettivi e degli elementi chiave dell'assistenza basati su evidenze, best practice, aspettative dei pazienti e loro caratteristiche;
2. La facilitazione di comunicazione, coordinamento dei ruoli e messa in sequenza delle attività di team assistenziali multidisciplinari, pazienti e familiari;
3. Il coordinamento del processo di assistenza tramite il coordinamento dei ruoli, e l'attuazione consequenziale delle attività dei team multidisciplinari di assistenza, dei pazienti e delle loro famiglie;
4. La documentazione, il monitoraggio e la valutazione degli scostamenti e degli outcome;
5. L'identificazione delle appropriate risorse.

Procedura Generale 901/PG/G0DG43/18/02	Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)	Rev. 00 del 12/07/18 Pag. 4 di 14
---	--	---

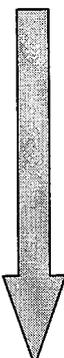
L'obiettivo di un PDTA è incrementare la qualità delle cure attraverso il continuum dell'assistenza, migliorando gli outcome clinici "risk-adjusted", promuovendo la sicurezza dei pazienti, aumentando la soddisfazione dell'utenza ed ottimizzando l'uso delle risorse. I PDTA rappresentano la contestualizzazione delle Linee Guida relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa di un'azienda sanitaria. Sono quindi modelli locali che, in relazione alle risorse disponibili, consentono un'analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata in funzione del miglioramento.

I PDTA sono pertanto strumenti che permettono a un'Azienda Sanitaria di delineare, rispetto ad una patologia o un problema clinico, il **miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione**; rappresentano, in sintesi, la risposta all'esigenza di avere una visione sistemica dell'assistenza che consideri tutte le tappe del processo di cura, permettendo il superamento dei compartimenti stagni e del concetto di singole prestazioni.

I termini stanno a definire:

PERCORSO ↓	DIAGNOSTICO ↓	TERAPEUTICO ↓	ASSISTENZIALE ↓
<ul style="list-style-type: none"> • l'iter del paziente dal primo contatto con il mondo sanitario alla diagnosi e terapia; • l'iter organizzativo che si realizza nella realtà aziendale dal momento della presa in carico del paziente. 	<ul style="list-style-type: none"> • la presa in carico totale dalla prevenzione alla riabilitazione della persona che ha un problema di salute; • gli interventi multi – professionali e multidisciplinari rivolti in diversi ambiti come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità. 		

La costruzione di un PDTA si articola nelle seguenti fasi:

- 
- 1) scelta dell'oggetto del PDTA
 - 2) costituzione del Gruppo di Lavoro (GdL)
 - 3) analisi retrospettiva e ricognizione dell'esistente (*percorso "effettivo"*)
 - 4) costruzione teorica del PDTA (*percorso "ideale"*)
 - 5) costruzione del PDTA di riferimento
 - 6) rappresentazione del PDTA (*diagramma di flusso*)
 - 7) sperimentazione del PDTA (*fase "pilota"*)
 - 8) attuazione aziendale del PDTA e sua verifica

Procedura Generale 901/PG/G0DG43/18/02	Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)	Rev. 00 del 12/07/18 Pag. 5 di 14
---	--	---

1. SCELTA DELL'OGGETTO DEL PDTA

La scelta della problematica di salute, clinico organizzativa, da affrontare per la costruzione di un PDTA deve basarsi secondo criteri di priorità e sull'analisi dei bisogni, analisi che deve essere contestualizzata in ogni realtà organizzativa.

I soggetti che insistono sulla scelta del PDTA sono rappresentati come segue:

Il promotore

Corrisponde al soggetto dal quale è derivata la decisione di attuare il PDTA. Può corrispondere alla Direzione Generale dell'AOSCF o alle strutture ad essa in staff, alla Direzione Sanitaria, al Direttore di Dipartimento o di Struttura, oppure può identificarsi in un gruppo di professionisti che promuovono un'iniziativa di miglioramento della Qualità.

Il committente

Corrisponde al soggetto che assume la responsabilità del PDTA: generalmente corrisponde alla Direzione Generale o alla Direzione Sanitaria.

Criteri di eleggibilità dell'oggetto del PDTA

I criteri di eleggibilità corrispondono alle motivazioni che sostengono la scelta della patologia o della problematica clinica su cui costruire il PDTA.

La definizione dei criteri di eleggibilità è un momento fondamentale, è soprattutto una scelta di priorità che non può prescindere da un'attenta analisi dei bisogni dell'organizzazione che ha deciso la realizzazione del PDTA e dall'impatto di reale efficacia del PDTA sull'organizzazione stessa.

Tra i criteri di priorità che possono incidere sulla scelta è possibile indicare:

- ✓ impatto sulla salute del cittadino (prevalenza, incidenza e mortalità della patologia);
- ✓ impatto sulla salute della comunità;
- ✓ impatto sulla rete familiare;
- ✓ presenza di linee-guida specifiche;
- ✓ variabilità e disomogeneità delle prestazioni;
- ✓ precisa definizione della patologia in esame;
- ✓ semplicità clinica/assistenziale;
- ✓ sostenibilità e impatto economico.

Procedura Generale 901/PG/G0DG43/18/02	Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)	Rev. 00 del 12/07/18 Pag. 6 di 14
---	--	---

2. COSTITUZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO (GdL)

È un gruppo costituito ad hoc per sviluppare il PDTA identificato, i cui membri sono competenti, ciascuno per la propria parte, rispetto al processo di diagnosi, cura e assistenza della patologia prescelta, motivati e in grado di motivare gli altri operatori (il coinvolgimento di tutte le competenze professionali è indispensabile per assicurare il consenso locale su un PDTA, rendendone possibile l'applicazione). Caratteristiche essenziali del Gruppo di Lavoro per la costruzione di un buon PDTA sono la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità: non solo le categorie di operatori sanitari, ma anche quelle amministrativo-organizzative possono essere necessarie a sviluppare uno specifico PDTA.

- ✓ Il Gruppo di Lavoro deve prevedere la presenza di uno "**Staff di coordinamento**", rappresentato dalla struttura preposta alla gestione della Qualità e Rischio Clinico, e/o dalla struttura aziendale preposta all'Organizzazione sanitaria e Reti, che assuma la responsabilità sia scientifica sia organizzativa di tutti i progetti aziendali relativi ai PDTA, e che abbia la funzione di guida, di stimolo, di supporto metodologico ed organizzativo al gruppo di lavoro specifico che svilupperà il PDTA. Lo staff di coordinamento sarà composto da un tutor di Professione Medica che, al fine di garantire la multiprofessionalità implicita nel concetto di PDTA, opererà in sinergia con un tutor di altra Professione Sanitaria anche grazie al contributo del Dipartimento delle Professioni Sanitarie;
- ✓ Il gruppo di lavoro deve prevedere un **Coordinatore clinico** che, in sinergia con lo staff di coordinamento organizzativo, identifica i componenti del gruppo, avendo cura di garantire l'aspetto multiprofessionale; comunica al Responsabile dell'Ufficio Qualità con apposito modulo (vedi **Allegato 1**) l'avvenuta costituzione del gruppo di lavoro. Il gruppo di lavoro ha facoltà di avvalersi di ulteriori risorse e competenze, quando necessarie alla progettazione ed alla verifica del percorso.
- ✓ Dovrà essere infine garantita l'opportunità di partecipazione e relativo momento di inserimento nel gruppo, di un rappresentante degli utenti o di specifiche associazioni.

L'utenza del PDTA e i criteri di inclusione

Uno dei primi compiti del gruppo di lavoro è definire le caratteristiche dei pazienti oggetto del PDTA individuando i criteri di inclusione ed esclusione in relazione alle caratteristiche assistenziali dei soggetti.

I criteri di inclusione/esclusione possono essere generici o con gradi diversi di specificità: la precisione con la quale può essere costruito un PDTA è direttamente proporzionale alla precisione con la quale sono definite le tipologie di pazienti-utenti soggetti del PDTA.

I criteri di tipo clinico, soprattutto quando molto generici, possono diventare incongruenti con alcune attività o processi definiti nel PDTA, ed è possibile pertanto che questa fase richieda numerosi aggiustamenti.



Procedura Generale 901/PG/G0DG43/18/02	Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)	Rev. 00 del 12/07/18 Pag. 7 di 14
---	--	---

È raccomandabile che i criteri di inclusione facciano riferimento a modelli di classificazione univoci (es.: ICD IX CM o DRG); ciò consente di uniformarsi ed ottenere flussi coerenti con i sistemi informativi correnti, oltre ad ottimizzare il sistema di valutazione e monitoraggio del PDTA.

3. ANALISI RETROSPETTIVA E RICOGNIZIONE DELL'ESISTENTE

La ricognizione dell'esistente consiste nel raccogliere informazioni relative a come, attualmente, sono gestite le situazioni clinico organizzative del problema sanitario oggetto del PDTA. La ricognizione dell'esistente è pertanto mirata alla descrizione ed alla rappresentazione di quanto effettivamente succede ad un "paziente tipo" nel suo percorso di diagnosi e/o di terapia e/o assistenza nella specifica organizzazione aziendale ("**percorso effettivo**").

La costruzione del percorso effettivo si basa sull'analisi della documentazione già esistente all'interno dell'AOSCF, integrata da interviste mirate e/o dalle risultanze di "focus group", entrambe con la partecipazione degli attori coinvolti nel processo di "care".

Compete al gruppo di lavoro l'identificazione delle informazioni da raccogliere, tenendo presenti i principi fondanti il modello di salute e il modello assistenziale che sostengono il PDTA ed in particolare la centralità del paziente e la sua presa in carico.

4. COSTRUZIONE TEORICA DEL PDTA

In parallelo alla costruzione del percorso effettivo o in ogni caso il più presto possibile, come momento propedeutico alla fase successiva, devono essere ricercate le fonti di letteratura/EBM/EBN e le Linee Guida relative al problema individuato, con lo scopo di definire le migliori pratiche professionali e gestionali e disegnare un "**percorso ideale**" che serva da riferimento e confronto per valutare incongruenze e punti critici del percorso effettivo oggetto di modifica e monitoraggio.

5. COSTRUZIONE DEL PDTA DI RIFERIMENTO

Identificati i traguardi assistenziali e gli outcomes attesi, il "**percorso di riferimento**" rappresenta, sulla base delle linee guida e EBM/EBN e del percorso ideale, la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere nel contesto di una determinata situazione organizzativa e di risorse.

Dopo focalizzato ogni singola attività sul paziente, deve essere quindi definita la successione temporo - spaziale delle azioni necessarie e realizzabili; le azioni ritenute non necessarie o ridondanti andranno eliminate in accordo con l'obiettivo di ottenere il miglior risultato (efficacia), di utilizzare la miglior pratica clinica (appropriatezza) e di ottimizzare risorse e tempi (efficienza).

Procedura Generale 901/PG/G0DG43/18/02	Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)	Rev. 00 del 12/07/18 Pag. 8 di 14
---	--	---

Il gruppo di lavoro ridefinisce dunque il processo di diagnosi e di cura per la patologia, selezionando il migliore PDTA attuabile nello specifico contesto aziendale in relazione alle indicazioni EBM/EBN ed alle risorse disponibili.

I dati della fase retrospettiva, la raccolta delle proposte di cambiamento da parte dei professionisti e l'integrazione con quanto proposto dalla letteratura, sono le basi per lo sviluppo dei cambiamenti apportati con il nuovo PDTA.

6. RAPPRESENTAZIONE DEL PDTA

Lo strumento migliore per descrivere e rappresentare un PDTA è il diagramma di flusso in quanto permette una visione globale dell'intero percorso e l'identificazione delle attività maggiormente significative che lo compongono. Attraverso il diagramma di flusso è, inoltre, possibile identificare i soggetti preposti alla gestione di ogni singola attività (vedi pag. 6 **Allegato 2** "Istruzioni operative per la redazione di un PDTA").

La scheda in **Allegato 3** riporta il format univoco aziendale da utilizzare per la redazione di un PDTA.

Al termine della redazione del PDTA occorre verificare schematicamente se sono stati previsti e rispettati i momenti fondamentali necessari per la sua costruzione. La scheda nell' **Allegato 4** è un esempio di checklist che può essere utilizzata a questo scopo.

7. SPERIMENTAZIONE (FASE "PILOTA")

La fase pilota ha l'obiettivo principale di valutare la solidità in ambito assistenziale e organizzativo dell'applicazione del percorso di riferimento aziendale, così come definito, ed eventualmente correggere le azioni che non risultino congruenti con il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Gli aggiustamenti necessari sono finalizzati a garantire la fattibilità dell'applicazione del miglior PDTA che l'AOSCF può proporre ai suoi cittadini.

Durante questa fase diventa necessario identificare le aree di criticità, come l'impossibilità ad attuare o la necessità di inserire indicazioni o azioni diversamente da quanto descritto nel PDTA di riferimento.

8. ATTUAZIONE AZIENDALE DEL PDTA

L'attuazione aziendale del PDTA è la fase successiva a quella pilota, e consiste nell'applicazione del percorso all'intera organizzazione con pianificazione dei momenti di verifica e riesame.

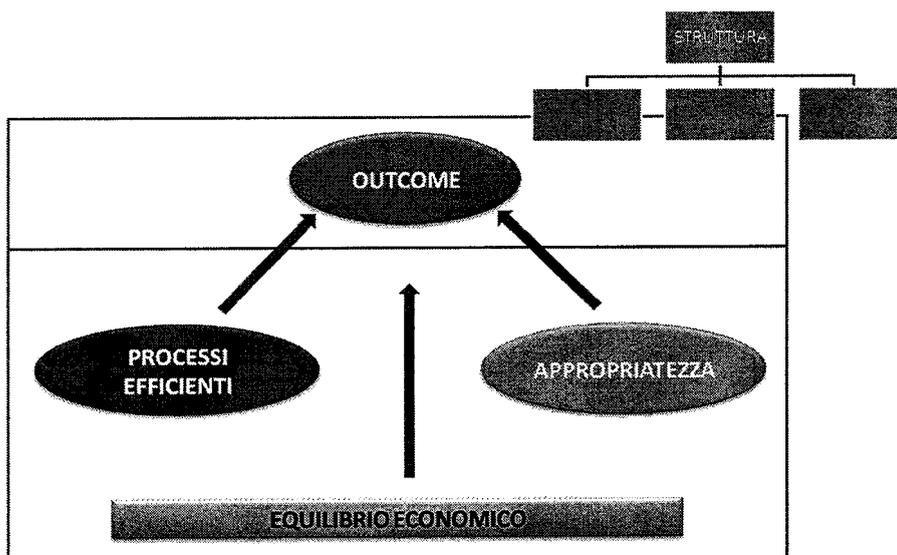
Rappresenta la fase più critica perché presuppone la pianificazione di un processo di implementazione che tenga conto di tutti gli elementi di forza e di debolezza dell'organizzazione.

Procedura Generale 901/PG/G0DG43/18/02	Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)	Rev. 00 del 12/07/18 Pag. 9 di 14
---	--	---

9. VALUTAZIONE, VERIFICA E MONITORAGGIO DEL PDTA

Vanno descritte le modalità previste per la valutazione dell'applicabilità del PDTA sia dal punto di vista clinico - organizzativo sia per quanto riguarda la valutazione dell'efficacia. Tecnicamente la valutazione è un processo attraverso cui si attribuisce un valore a qualcosa, su scale qualitative o quantitative, utilizzando tecniche e strumenti diversi e lo si confronta con un valore di riferimento esplicito, al fine di esprimere un giudizio di merito. Il modello concettuale di riferimento ai fini della costruzione di un sistema di valutazione di un PDTA prevede un approccio "struttura/processo/esito"; secondo tale modello un'azienda Sanitaria o parte di essa (struttura o processo) può essere valutata rispetto a 5 variabili:

STRUTTURA	di quali risorse dispone
PROCESSO	come funziona dal punto di vista organizzativo e dal punto di vista professionale rispetto all'aderenza alle linee guida cliniche di riferimento
OUTPUT	cosa ottiene dal punto di vista del prodotto
OUTCOME	cosa ottiene dal punto di vista della salute dei pazienti
EQUILIBRIO ECONOMICO	quante risorse economiche assorbe



Procedura Generale 901/PG/G0DG43/18/02	Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)	Rev. 00 del 12/07/18 Pag. 10 di 14
---	--	--

La valutazione passa attraverso la definizione di **criteri, indicatori e standard**.

Gli indicatori sono variabili ad alto contenuto informativo, che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi e forniscono gli elementi necessari ad orientare le decisioni. In aggiunta gli indicatori sono variabili misurabili utili per confrontare un fenomeno nel tempo (in momenti diversi) e nello spazio (tra realtà diverse) o rispetto ad un obiettivo da raggiungere o da mantenere.

Nell'ambito della progettazione e analisi dei PDTA, gli indicatori di valutazione rappresentano uno degli strumenti per verificare in modo sintetico la specifica applicazione del percorso e gli scostamenti tra il percorso di riferimento e quello effettivamente attuato nell'organizzazione. In tal senso la definizione ed applicazione degli indicatori nei percorsi rappresenta senza dubbio uno degli elementi maggiormente qualificanti, ma anche più critici.

Da un punto di vista applicativo, essa può prevedere:

- ✓ l'indicatore vero e proprio, che descrive il fenomeno che si intende misurare (di solito comprensivo di numeratore e denominatore);
- ✓ il valore "osservato", che riporta il valore numerico riferito alla misurazione dell'indicatore del percorso nella specifica realtà in studio;
- ✓ il valore "atteso", che riporta il valore numerico riferito allo standard per quello specifico indicatore;
- ✓ il tempo di riferimento, in cui viene indicato il periodo a cui si riferiscono la valutazione e i rispettivi indicatori.

Affinché un indicatore diventi un'informazione utile, cioè possa realmente essere utilizzato per prendere decisioni, è opportuno dunque che sia accompagnato da un **valore soglia** o **standard**, ossia un valore di riferimento tale che, se il valore osservato nella realtà è più alto (o più basso) l'organizzazione deve impegnarsi ad intervenire, accertando se si tratti di un fenomeno reale o se il risultato osservato sia invece dovuto al caso o ad errori di rilevazione, per eventualmente porre in atto le specifiche azioni di miglioramento.

Si distinguono soglie (standard) di allarme e soglie di intervento, quest'ultime rappresentate da valori, che se accurati, sarebbero decisamente inaccettabili e obbligherebbero a mettere tempestivamente in opera un intervento correttivo.

È importante operare una distinzione tra:

- **indicatori di struttura**, che misurano le risorse utilizzabili nell'ambito del percorso (operatori, dotazioni tecnologiche, posti letto, ecc.), ossia le caratteristiche **Strutturali**, **Tecnologiche**, **Organizzative** e **Professionali** (semplificate dall'acronimo **STOP**) delle Aziende Sanitarie, generalmente definite dai requisiti per le autorizzazioni sanitarie o dai programmi di accreditamento / certificazione.

- **indicatori di processo**, che misurano il funzionamento del PDTA e gli indicatori di appropriatezza, che misurano quanto un particolare intervento sia indicato per la persona che lo riceve (appropriatezza clinica diagnostica o terapeutica); misurano inoltre il grado con cui un

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

Pagina 10 di 42

Procedura Generale 901/PG/G0DG43/18/02	Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)	Rev. 00 del 12/07/18 Pag. 11 di 14
---	--	--

intervento, che può essere più o meno appropriato dal punto di vista clinico, considerando anche il livello assistenziale, risulta essere il meno costoso e il più gradito da parte dell'utente (appropriatezza organizzativa, ad esempio al domicilio, in ambulatorio, nel day-hospital, durante il ricovero). Informano che il processo assistenziale è stato erogato o meno in maniera appropriata secondo quanto definito da standard di riferimento: linee guida EBM, percorsi assistenziali.

I vantaggi degli indicatori di processo sono rappresentati dal fatto che consentono di misurare direttamente l'appropriatezza dell'assistenza ricevuta dal paziente e di identificare precocemente le inapproprietezze, suggerendo aree di intervento. Inoltre, rispetto agli indicatori di esito, sono meno influenzati dal case mix.

Considerato che non forniscono informazioni sui risultati dell'assistenza (esiti), gli indicatori di processo vengono definiti *proxy* (sostitutivi), perché potenzialmente in grado di prevedere un miglioramento degli esiti assistenziali. Tale predittività - definita appunto "robustezza" - è strettamente correlata alla forza della raccomandazione clinica su cui viene costruito l'indicatore. In altre parole, tanto più robuste sono le evidenze che documentano l'efficacia di un intervento sanitario, più forte sarà la raccomandazione clinica e più robusto il corrispondente indicatore di processo. Ad esempio, "appropriatezza della somministrazione precoce dell'aspirina nei pazienti con infarto del miocardio acuto (IMA)" è un indicatore di processo molto robusto, perché è verosimile che la sua somministrazione a tutti i pazienti con IMA senza controindicazioni assolute contribuirà a migliorarne gli esiti assistenziali. In altri termini, la robustezza di un indicatore di processo diminuisce parallelamente alla forza della raccomandazione clinica: le raccomandazioni forti (A, B) generano indicatori molto robusti; quelle deboli (C, D) indicatori poco robusti che, in genere, non è opportuno monitorare, tranne se strettamente correlati ad ottimizzazione delle risorse e/o ad aspetti organizzativi.

Gli svantaggi degli indicatori di processo dipendono dalla difficoltà di ricavarli dai sistemi informativi aziendali, che impone la pianificazione di un audit clinico strutturato o la disponibilità di database clinici dedicati.

- **indicatori di output** che misurano ad esempio i volumi di produzione (giornate di degenza, prestazioni erogate) o la capacità produttiva come rapporto tra una dotazione strutturale (posti letto, numero personale) ed il volume di produzione.

- **indicatori di esito**, che misurano le variazioni dello stato di salute a livello del singolo individuo e della collettività; possono essere specificati sulla base di parametri clinici, fisiologici e biochimici, emozionali e cognitivi, psicosociali, o anche essere relativi alla soddisfazione dell'utente; in linea generale sono indicatori "critici", non sempre facili da applicare.

Considerato che gli esiti clinici, oltre che dalla qualità dell'assistenza, sono influenzati da numerose determinanti (patrimonio genetico, fattori ambientali, condizioni socio-economiche), il principale elemento che condiziona la loro robustezza è il tempo trascorso dall'erogazione del processo. Ad esempio, nell'assistenza ospedaliera, gli indicatori di esito sono molto robusti se

Procedura Generale 901/PG/G0DG43/18/02	Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)	Rev. 00 del 12/07/18 Pag. 12 di 14
---	--	--

misurati entro la dimissione, moderatamente robusti sino a 4 settimane: quindi si "indeboliscono" progressivamente in misura variabile, anche in relazione al numero di potenziali determinanti. Un elemento ulteriore che condiziona la loro robustezza è una documentata relazione volume-esiti, solitamente determinata da un elevato livello di *competence* tecnica e da un setting assistenziale d'eccellenza.

Gli svantaggi degli indicatori di esito sono di seguito rappresentati:

- Sono necessarie complesse tecniche statistiche (*risk adjustment*) per correggere differenze di case-mix e sociodemografiche, variazioni random, effetti di selezione.
- Richiedono lunghi periodi di osservazione (se l'esito si presenta a notevole distanza di tempo) e/o numeri considerevoli di pazienti (se la frequenza attesa dell'esito è bassa).
- La fonte principale degli indicatori di esito è la scheda di dimissione ospedaliera (SDO), uno strumento amministrativo-economico che presenta due limiti: la "deformazione quantitativa" degli esiti clinici conseguente alle codifiche opportunistiche e il *reverse reporting bias* inadeguato per stimare l'incidenza degli eventi sentinella, quasi mai codificati.
- Anche mettendo a punto strumenti e metodologie per prevenire alcuni svantaggi, è spesso difficile risalire da esiti insoddisfacenti/sfavorevoli ai processi su cui intervenire per migliorare la qualità dell'assistenza.

Ovviamente gli indicatori sono fondamentali per la creazione della specifica reportistica relativa al percorso, che deve esser essenziale nei suoi contenuti e significativa rispetto ai passaggi critici.

Vengono di seguito forniti alcuni esempi dei vari indicatori, prendendo come modello di riferimento il PDTA della gestione del paziente settico redatto dalla UGR Regione Toscana:

	Indicatore	Tipologia indicatore	Definizione indicatore	Valore standard
PDTA SEPSI	Predisposizione di protocolli di terapia antibiotica empirica per paziente settico nelle prime 6 ore dal ricovero	STRUTTURA	SI/NO	Si
	Trasferimento del paziente con sepsi grave/shock settico in Terapia Intensiva entro 24 ore	ESITO	Numero di pazienti con diagnosi di sepsi grave/shock settico trasferiti in Terapia Intensiva entro 24 ore sul totale di pazienti con sepsi grave/shock settico	80
	Formazione degli operatori di Pronto Soccorso sulla sepsi	PROCESSO	N. Totale partecipanti eventi formativi di base/n° Totale personale arruolabile (%)	70

Procedura Generale 901/PG/G0DG43/18/02	Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)	Rev. 00 del 12/07/18 Pag. 13 di 14
---	--	--

Successivamente alla costruzione degli indicatori, la valutazione del PDTA deve prevedere una specifica modalità che affianchi a momenti estemporanei ed informali un'attività di valutazione sistematica e condotta secondo uno specifico modello di lavoro, quale quello dell'**audit**.

Le esperienze sul campo segnalano come esistano diversi livelli di realizzazione dell'audit clinico assistenziale. Ad un livello di base esso consiste in un incontro o in una serie di incontri fra operatori per discutere:

- ✓ la progettazione metodologica generale del percorso;
- ✓ gli indicatori attivati e l'analisi degli scostamenti;
- ✓ i casi clinici relativi ai percorsi attivati.

10. EMISSIONE, DISTRIBUZIONE E ARCHIVIAZIONE DELLA PROCEDURA

La presente linea di indirizzo deve essere disponibile:

- in forma cartacea presso la Direzione Sanitaria e presso la UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management e la UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti.
- In formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Qualità e Sicurezza delle Cure - Risk Management.

11. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Bailey DA., Litaker DG.: Developing better critical paths in healthcare: combining best practice and the quantitative approach.
J Nurs Adm, 1998; 28(7-8): 21-6
2. Bradshaw MJ.: Clinical pathways: a tool to evaluate clinical learning.
J Soc Pediatr Nurs, 1999; 4(1): 37-40
3. Campbell H.: Integrated care pathways.
BMJ, 1998; 316: 133-7
4. Casati G. La gestione dei processi in Sanità.
QA Vol. 13. N. 1, 2002
5. Greenhalgh T.: Commercial partnerships in chronic disease management: proceeding with caution
BMJ, 2000; 320: 566-9
6. Herring L: Critical pathways: an efficient way to manage care.
Nurse Stand, 1999; 13(47): 36-7



Procedura Generale 901/PG/G0DG43/18/02	Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)	Rev. 00 del 12/07/18 Pag. 14 di 14
---	--	--

7. Lagoe RJ: Basic statistics for clinical pathway evaluation.
Nurs Econ, 1998; 16(3): 125-31

8. Morosini P. Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale.
Rapporti ISTISAN 04/29 Rev. 2004, v, 112 p.

9. Panella M., Moran N. Di Stanislao F. Una metodologia per lo sviluppo dei profili di assistenza:
l'esperienza del TriHealth
Inc. Profili assistenziali. QA, 8 (1) 1997

10. Ripa F. La valutazione di qualità attraverso indicatori di processo, esito e di rischio clinico:
l'esperienza dei presidi ospedalieri dell'ASL di Ivrea
L'Ospedale. N2/06 pp 28-33

11. Russo R. Profili di cura e profili assistenziali: obiettivi e metodologia.
Politiche sanitarie. 1:4, 2000. 182-195

12. Weingarten S.: Critical pathways: what do you do when they do not seem to work?
AJM, 2001; 110:224-5

13. Wilson J.: Integrated care management.
Br J Nurs, 1998; 7(4): 201-2

14. Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari - Regione Piemonte: Raccomandazioni per la
costruzione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) e profili integrati di cura (PIC)
nelle aziende sanitarie della Regione Piemonte

12. ALLEGATI

Allegato 1: Istruzioni Operative per la redazione di un PDTA

Allegato 2: Format aziendale per la redazione di un PDTA

Allegato 3: Modulo di proposta di redazione di un PDTA

Allegato 4: Checklist di verifica della costruzione del PDTA



Allegato 1

Modulo	PROPOSTA DI COSTITUZIONE DI GRUPPO DI LAVORO PER LA REDAZIONE DI PROCEDURA AZIENDALE	Rev. 01 del 12/02/2018
Cod. Doc.: 901/M/0.5		Pag. 1 di 1

Al Responsabile Aziendale per la Qualità
 Dott. Antonio Silvestri
 email: a.silvestri@scf.gov.it – FAX 06/58705575

Tipo di documento: (specificare)	Documento a valenza GENERALE (P. Generale)	<input type="checkbox"/> PG	<input type="checkbox"/> PDTA
	Documento a valenza SPECIFICA (P. Interdipartimentale/Dipartimentale/di UO)	<input type="checkbox"/> PDD	<input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> PUO

Causale:	<input type="checkbox"/> prima stesura	<input type="checkbox"/> Aggiornamento/revisione
-----------------	--	--

Oggetto:

Scopo del documento:

INDIVIDUAZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO

Coordinatore Clinico

Cognome e nome	Funzione

Componenti

Cognome e nome	Funzione	Cognome e nome	Funzione

Data: ___/___/___

Il soggetto proponente

RISERVATO AL RAQ

Tutors:		
---------	--	--

Proposta n.: ___/2018	Approvata in data: ___/___/___	Comunicata al Direttore Sanitario in data: ___/___/___
-----------------------	--------------------------------	--



Allegato 2 901/PG/G0DG43/18/02	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA REDAZIONE DI UN PDTA	Rev. 00 del 12/07/18
		Pag. 1 di 15

Per la stesura di un PDTA, come per tutta la Documentazione Sanitaria aziendale, (Delib. 0560 del 18 aprile 2017: Adozione della Procedura Aziendale "Guida alla preparazione della Documentazione Sanitaria a valenza Organizzativa/Operativa secondo il Sistema di Gestione della Qualità" - Pag. 16 e successive), vanno seguiti i criteri generali di intestazione del documento appresso descritti.

	Gruppo di lavoro Aziendale	Disciplina	Ruolo	Data	Firma
REDAZIONE	Staff di coordinamento				
	Coordinatore:				
	Componenti:				

VERIFICA	Dott. Antonio Silvestri Responsabile Aziendale per la Qualità (RAQ)		
APPROVAZIONE	Dott.ssa Lucia Mitello Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie Dott.ssa Daniela Orazi Direttore Sanitario Aziendale		
VALIDAZIONE	Dott. Fabrizio d'Alba Direttore Generale		

Allegato 2 901/PG/G0DG43/18/02	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA REDAZIONE DI UN PDTA	Rev. 00 del 12/07/18
		Pag. 2 di 15

1. Il formato delle pagine dei documenti corrisponde al formato A4; il margine sinistro deve essere non inferiore a 2 cm, per consentirne la catalogazione in appositi inserti raccoglitori. La tipologia di carattere da utilizzare per la stesura del documento è **"Verdana 10"**.
2. Nel box "REDAZIONE" vanno indicati, in successione:
 - i componenti dello staff di coordinamento (un Dirigente Medico e un rappresentante delle Professioni Sanitarie in staff alla UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management, o alla UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti, con funzioni di supporto metodologico nella stesura del PDTA);
 - il Coordinatore Clinico del PDTA;
 - i componenti del Gruppo di Lavoro (in ordine alfabetico), con indicazione in chiaro della funzione ricoperta all'interno dell'Azienda.

L'INDICE DOVRA' RIPORTARE: (*)

1.	PREMESSA	
2.	SCOPO	
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE	
4.	CRITERI DI ACCESSO	
5.	DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI	
6.	DIAGRAMMA DI FLUSSO	
7.	RESPONSABILITA'	
8.	AZIONI	
9.	SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI	
10.	VALUTAZIONE, VERIFICA E MONITORAGGIO DEL PDTA	
11.	EMISSIONE, DISTRIBUZIONE ED ARCHIVIAZIONE	
12.	REVISIONE E AGGIORNAMENTO	
13.	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	
14.	ALLEGATI	

Allegato 2 901/PG/G0DG43/18/02	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA REDAZIONE DI UN PDTA	Rev. 00 del 12/07/18
		Pag. 3 di 15

(*) All'indice possono essere aggiunte ulteriori voci ritenute utili alla facile lettura del documento.

CONTRIBUTI ()**

Hanno contribuito alla stesura del PDTA:

() XXXXXXXX U.O.C. XXXXX ...** (vanno citati tutti i professionisti che, anche se non compresi nel Gruppo di Lavoro, hanno fornito il loro contributo alla stesura del documento).

1. PREMESSA

In premessa, oltre all'enunciazione delle motivazioni e dei principi che hanno reso necessaria la costruzione del PDTA, vanno rappresentati i dati di attività (la richiesta dati va indirizzata al Responsabile SIO).

Esempio:

PRESTAZIONI E NUMERO PAZ. TRATTATI (DATI SIO)								
ANNO	2015		2016		2017		TOTALE PRESTAZ.	TOTALE PAZ.
	DESCRIZIONE	PRESTAZIONI	N.PAZ	PRESTAZIONI	N.PAZ	PRESTAZIONI		

2. SCOPO

Descrizione sintetica dell'oggetto e della finalità.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

In questa sezione vanno rappresentati il setting assistenziale e le strutture coinvolte nel PDTA.

A titolo meramente esemplificativo viene di seguito indicato quanto è stato riportato per il già deliberato PDTA delle neoplasie della mammella.

"Il presente PDTA è di tipo interdipartimentale, coinvolgendo 7 Dipartimenti e le seguenti UUOO e strutture:

Allegato 2

901/PG/G0DG43/18/02

**ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA
 REDAZIONE DI UN PDTA**

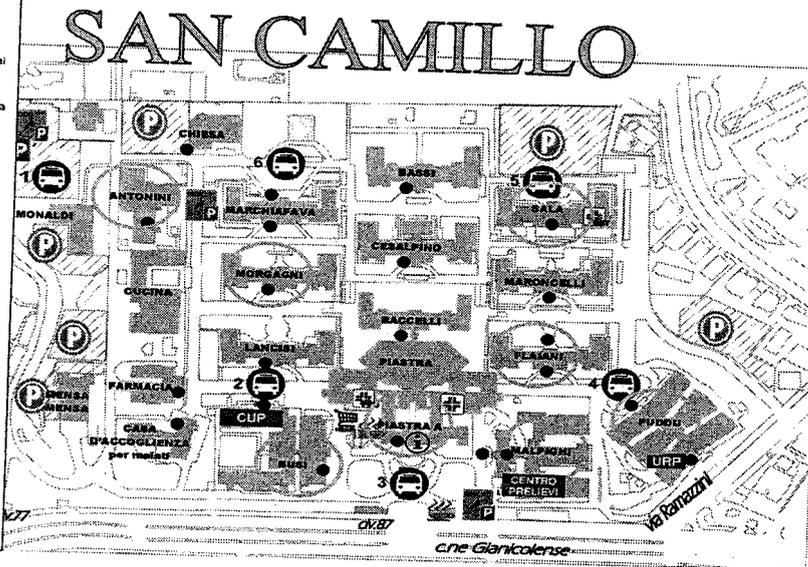
Rev. 00 del
 12/07/18

Pag. 4 di 15

- *DIPRO*
- *Direzione Sanitaria*
- *U.O.C. Anatomia ed Istologia Patologica*
- *U.O.C. Chirurgia Generale e Trapianti d'organo*
- *U.O.C. Chirurgia Generale e d'Urgenza*
- *U.O.C. Chirurgia Plastica e ricostruttiva*
- *Servizio di Psicologia"*

Può risultare particolarmente utile identificare, nella mappa dell'Azienda, le strutture interessate.

- BUSI**
seminterrato
 - UOC Radioterapia
Piano terra
 - UOC Chirurgia plastica e ricostruttiva
primo piano
 - UOSD Diagnostica per immagini in serologia
 - UOSD Oncologia della mammella
 - UOSD Chirurgia oncologica della mammella
 - Servizio di Psicologia
- MALPIGHI**
primo piano
 - UOC Anatomia ed istologia patologica
- MORGAGNI**
Piano terra
 UOC Laboratorio di Genetica medica
- SALA e PUDDU**
 Dipende e sala operatoria chirurgia serologica e plastica
- PIASTRA**
seminterrato
 - UOC Diagnostica per Immagini
 Elezione
 - Sala operatoria BOE
- PIZZI**
piano terra
 - UOSD Servizi Cardiologici
 Integrità
primo piano
 UOSD
 Terapia del dolore
secondo piano
 - UOSD Angiologia
- ANTONINI**
primo piano
 - UOSD Riabilitazione intensiva
quinto piano
 - UOSD Dietologia e nutrizione
- ELIANI**
piano terra
 - UOSD Reumatologia



4. CRITERI DI ACCESSO

I criteri di ingresso (accesso) assieme ai criteri di uscita delimitano i confini del PDTA all'interno dei quali si sviluppano le attività dei singoli processi/fasi e, ove indicato, si riportano tempi e setting assistenziali appropriati.

Per i criteri di ingresso oltre alla diagnosi (al fine di una corretta identificazione dei pazienti da includere nel processo è utile riportare i codici ICD CM relativi sia alla patologia oggetto del PDTA sia alle relative procedure diagnostiche e terapeutiche), si tiene conto della gravità della condizione patologica e particolari fattori di rischio, considerando anche le condizioni psicologiche e socio-economiche.

Non va trascurato infine di indicare in termini operativi i criteri di uscita dal percorso (ad esempio definire "paziente guarito", "paziente stabilizzato" etc.).

Allegato 2 901/PG/G0DGG43/18/02	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA REDAZIONE DI UN PDTA	Rev. 00 del 12/07/18
		Pag. 5 di 15

Sempre considerando l'esempio del PDTA delle neoplasie della mammella:

"Alla luce del DCA Regione Lazio U00/89/2017 e del DCA U00191/2015 accedono ai nostri servizi di Screening (Vedi allegato x) le donne secondo lo schema riportato nella seguente tabella (Tabella x)"

4.1 Codici ICD CM

Sempre considerando l'esempio del PDTA delle neoplasie della mammella:

Codice ICD CM	Descrizione
174.0	TUMORI MALIGNI DI CAPEZZOLO E AREOLA DELLA MAMMELLA DELLA DONNA
174.1	TUMORI MALIGNI DELLA PARTE CENTRALE DELLA MAMMELLA DELLA DONNA

Codice Procedure	Descrizione
85.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA
85.3	MAMMOPLASTICA RIDUTTIVA E MAMMECTOMIA SOTTOCUTANEA

5. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

Spiegazione dei principali termini adottati e legenda delle sigle utilizzate più volte (se necessario).

AOSCF	Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
-------	---

Allegato 2 901/PG/G0DG43/18/02	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA REDAZIONE DI UN PDTA	Rev. 00 del 12/07/18
		Pag. 6 di 15

6. DIAGRAMMA DI FLUSSO (RAPPRESENTAZIONE DEL PDTA)

Un PDTA può essere rappresentato attraverso due modalità:

A. Diagramma di flusso semplice (flowchart)

B. Diagramma di flusso funzionale (rappresentazione a matrice)

Il diagramma di flusso è la rappresentazione grafica di un processo inteso come una sequenza di attività e snodi decisionali, realizzato secondo modalità standard in modo da rendere più semplice e immediata la comunicazione e la comprensione del processo a tutte le persone coinvolte. Con un diagramma di flusso si è in grado di rappresentare schematicamente i componenti di una struttura, i passaggi di una procedura o una cronologia.

L'utilizzo delle due tipologie dipende molto dal processo da descrivere. In una fase iniziale si consiglia di definire processi ed attività per ogni singola risorsa/responsabilità utilizzando la flowchart. In una fase successiva le flowchart potranno essere collegate in una rappresentazione a matrice.

A. Diagramma di flusso semplice (flowchart): rappresenta lo strumento migliore per descrivere e rappresentare un PDTA, in quanto permette una visione globale dell'intero percorso e l'identificazione di episodi (attività o insieme di attività) maggiormente significativi che lo compongono. Attraverso una flowchart è, inoltre, possibile identificare i soggetti preposti alla gestione di ogni singolo episodio o attività.

Gli elementi che concorrono all'identificazione e alla descrizione di un processo aziendale e che devono essere rappresentati nel diagramma di flusso sono sei:

- a. gli input
- b. le attività o fasi
- c. gli snodi decisionali
- d. le interdipendenze tra attività
- e. l'output
- f. le risorse e le responsabilità (gli attori, le infrastrutture, le tecnologie)

Di seguito ciascuno di questi elementi viene presentato singolarmente. Nella rappresentazione grafica del diagramma di flusso è utilizzata una simbologia costituita da forme geometriche, alcune delle quali, nella pratica comune, sono utilizzate indifferentemente per identificare identici momenti di un processo o percorso.

Allegato 2 901/PG/G0DG43/18/02	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA REDAZIONE DI UN PDTA	Rev. 00 del 12/07/18
		Pag. 7 di 15

a) Gli input

Gli input, rappresentati nel diagramma di flusso come ellissi, sono il punto di inizio del processo, nella maggior parte dei casi in sanità corrispondono ai bisogni, ai problemi di salute ed alle richieste di intervento, si definiscono come fattori fisici e informativi acquistati all'esterno o derivanti da altri processi.



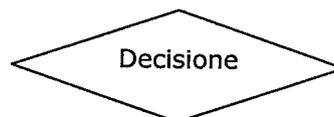
b) Le attività o fasi

Le attività o fasi, rappresentate in genere da rettangoli, corrispondono all'insieme, alla sequenza ed all'interazione delle azioni e decisioni che, a partire da uno o più input, consentono la realizzazione dell'output. Nella descrizione delle attività o fasi occorre definire puntualmente tutte le operazioni individuate in termini di quantità, tempistica di attuazione, consegna e sviluppo oltre che in termini di costi.



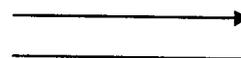
c) Gli snodi decisionali

Gli snodi decisionali, rappresentati in genere con rombi, spesso non sufficientemente evidenziati, sono momenti fondamentali nel processo che orientano il percorso e che pertanto dovrebbero essere, nell'ambito del possibile, condivisi con il cittadino/paziente. Gli snodi decisionali rappresentano in genere punti di maggiore interesse clinico e scelte diagnostico-terapeutiche, spesso riferibili a raccomandazioni EBM, in altri casi possono corrispondere a momenti decisionali di tipo organizzativo o socio-assistenziali. Anche in questo caso l'utilizzo del diagramma a matrice aiuta le riflessioni ed esplicita meglio gli indirizzi decisionali.



d) Le interdipendenze tra attività

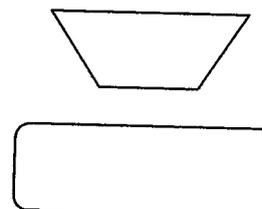
Le interdipendenze tra le attività, rappresentabili con la successione delle attività collegate da linee di congiunzione o frecce, sono i legami logici e di precedenza che esistono tra le fasi di un processo ed, eventualmente, con altri processi.



Allegato 2 901/PG/G0DG43/18/02	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA REDAZIONE DI UN PDTA	Rev. 00 del 12/07/18
		Pag. 8 di 15

e) L'output

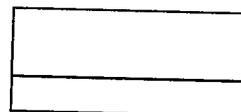
L'output, rappresentato normalmente dal trapezio ma anche come ellisse, è il punto di arrivo del processo, corrisponde ai traguardi ed agli outcomes definiti. Un output può diventare o essere un input per un processo successivo in questo caso è meglio rappresentato come ellisse.



f) Le risorse e le responsabilità (gli attori, le infrastrutture, le tecnologie)

Le risorse/risponsabilità corrispondono all'insieme di denaro, capacità umane, infrastrutture e tecnologie necessarie per svolgere le attività e prendere decisioni in modo efficace ed efficiente. L'identificazione delle risorse è fondamentale per contestualizzare le raccomandazioni delle evidenze scientifiche (percorso ideale) nel percorso di riferimento. Nel caso delle risorse umane, non è sufficiente identificare i professionisti coinvolti, occorre anche definire i ruoli ed il potere decisionale dei singoli attori.

È possibile rappresentare le risorse/risponsabilità, relative alle singole attività, utilizzando un particolare simbolo, quello del rettangolo doppio, indicando nella parte inferiore la risorsa/risponsabilità. Tuttavia l'uso del diagramma di flusso funzionale o a matrice, come quello proposto in seguito, rende più chiara ed esplicita la rappresentazione delle attività/risorse/risponsabilità.



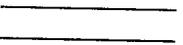
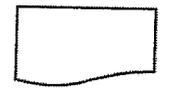
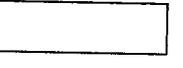
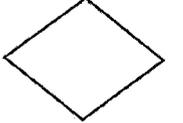
La rappresentazione funzionale nel suo complesso consente di:

- ✓ superare i confini della singola articolazione organizzativa dell'azienda sanitaria;
- ✓ concretizzare il principio di continuità delle cure;
- ✓ focalizzare l'attenzione sul processo e sui risultati da esso prodotti nei confronti del paziente.

Per facilitare il confronto nella costruzione di un diagramma di flusso è importante definire il significato e le regole univoche di rappresentazione della simbologia specifica adottata. Il presente documento propone di utilizzare la simbologia della tabella 1.

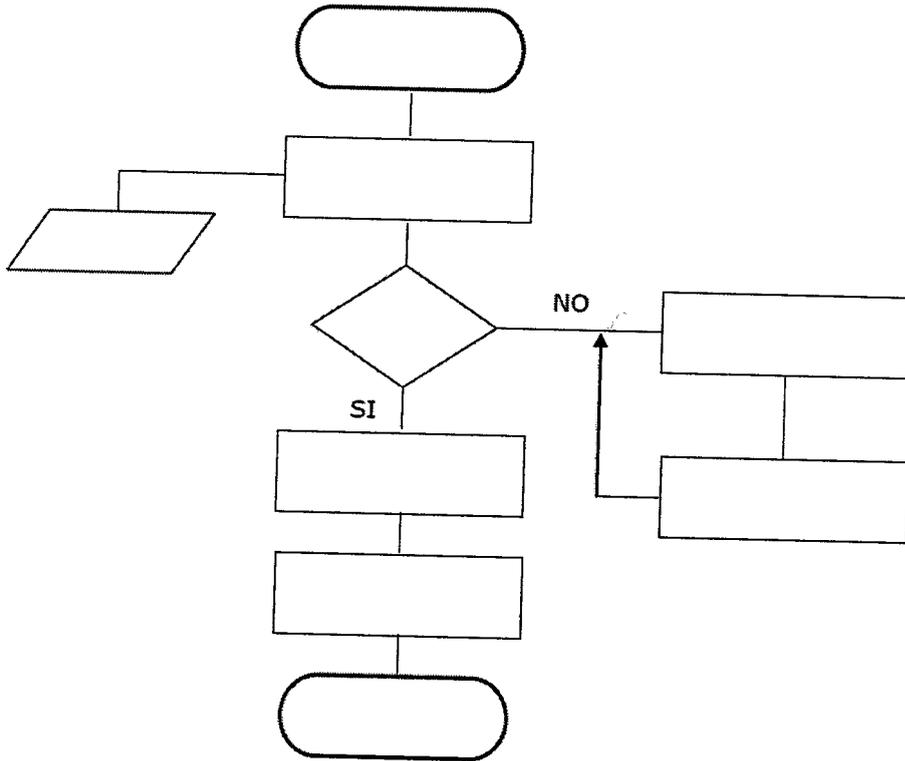
Allegato 2 901/PG/G0DG43/18/02	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA REDAZIONE DI UN PDTA	Rev. 00 del 12/07/18
		Pag. 9 di 15

Tabella 1: Simbologia e suo significato nei diagrammi di flusso

La linea rappresenta la direzione del ciclo processo	
La doppia linea che unisce due rettangoli indica la possibilità che due attività o processi possano svolgersi in parallelo	
La freccia indica il senso verso cui procede il lavoro	
L'ellisse può rappresentare: > l'input, ciò che entra nel processo produttivo per essere lavorato o impiegato > l'output del processo medesimo	
La pergamena rappresenta un documento allegato	
Il rettangolo indica l'attività o l'insieme di attività se doppio rappresenta l'attività ed il suo attore	
Il rombo si utilizza quando c'è una decisione da assumere o una scelta da fare	

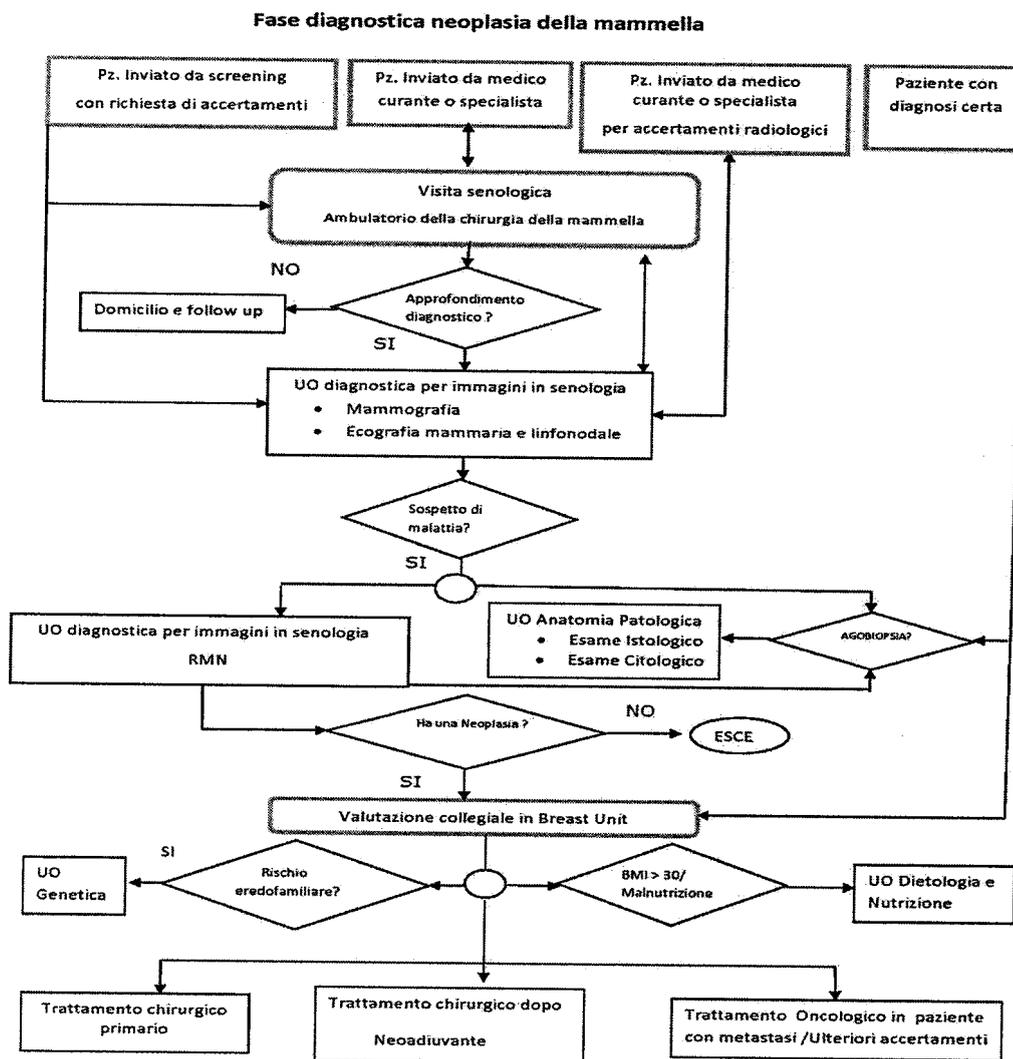
Allegato 2 901/PG/G0DG43/18/02	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA REDAZIONE DI UN PDTA	Rev. 00 del 12/07/18
		Pag. 10 di 15

Esempio di Diagramma di flusso semplice (flowchart)



Allegato 2 901/PG/G0DG43/18/02	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA REDAZIONE DI UN PDTA	Rev. 00 del 12/07/18
		Pag. 11 di 15

Sempre considerando l'esempio del PDTA delle neoplasie della mammella:



Allegato 2 901/PG/G0DG43/18/02	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA REDAZIONE DI UN PDTA	Rev. 00 del 12/07/18
		Pag. 12 di 15

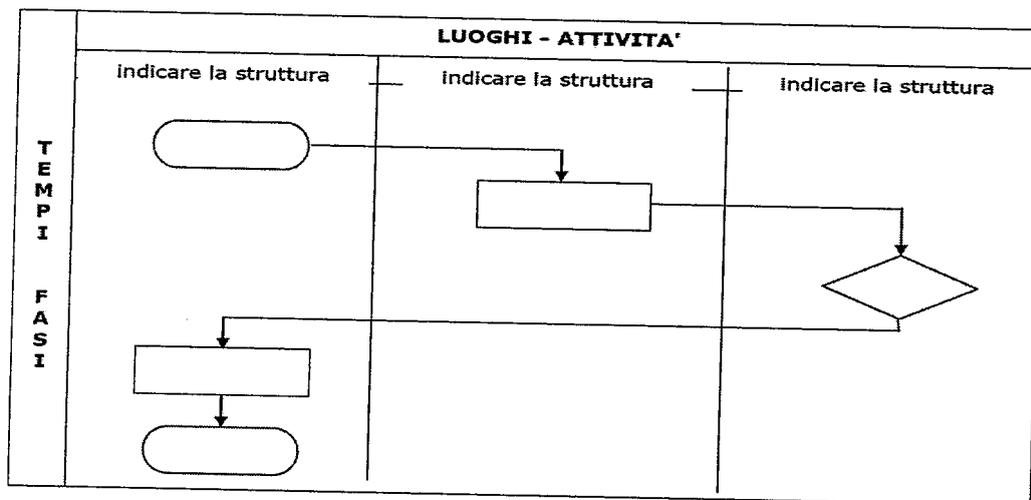
B. Diagramma di flusso funzionale (rappresentazione a matrice): è uno strumento utilizzato per descrivere in modo conciso e pratico le attività (identificate nel diagramma di flusso con il rettangolo) e, nel contempo, definire in modo chiaro ed immediato le risorse/responsabilità coinvolte nel processo.

La rappresentazione a matrice consiste in una tabella che incrocia le attività (tempi e fasi) con le risorse/responsabilità (strutture, operatori, ecc.). Nella descrizione delle attività, siano esse relative al percorso effettivo, al percorso ideale o al percorso di riferimento, devono essere considerate sia la dimensione di tipo organizzativo sia la dimensione di tipo professionale. Nella dimensione professionale o clinica si identificano i momenti del percorso attraverso i quali il paziente ottiene risultati significativi sul piano sanitario e/o assistenziale. Nella dimensione organizzativa sono individuate le modalità operativo-gestionali e i luoghi in cui si sviluppa un determinato episodio/evento all'interno di un'azienda sanitaria, evidenziando soprattutto le interconnessioni tra le diverse strutture e i professionisti coinvolti.

Per ognuna delle attività che caratterizzano il percorso è bene analizzare:

- le modalità specifiche di lavoro: chi fa che cosa, dove, quando, perché, come;
- le tecnologie utilizzate rispetto alla loro adeguatezza e sicurezza;
- i livelli di adeguatezza riconoscibili e misurabili con indicatori e standard;
- le possibili modalità di errori e le possibili modalità di prevenzione;
- le necessità di documentazioni descrittive (procedure, istruzioni, schede tecniche) e di registrazioni;
- le conoscenze e competenze necessarie per un adeguato svolgimento.

Esempio di Rappresentazione a matrice (diagramma funzionale)





Allegato 2 901/PG/G0DG43/18/02	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA REDAZIONE DI UN PDTA	Rev. 00 del 12/07/18
		Pag. 13 di 15

7. RESPONSABILITA'

Individuazione delle responsabilità delle figure professionali coinvolte e dei relativi compiti per ogni fase di trattamento.

Attività	Operatore	Operatore 1	Operatore 2	Operatore 3	Operatore 4

R= RESPONSABILE C= COINVOLTO I= INFORMATO

(Per ogni rigo può essere presente **solo un Responsabile**)

8. AZIONI

In questa sezione vanno indicate tutte le azioni attraverso le quali si articola il PDTA.

A titolo esemplificativo si illustra una delle azioni messe in atto per il PDTA delle neoplasie della mammella

CONDIZIONE	PROCEDURE	MODALITA' DI ACCESSO	TEMPI PREVISTI DI ACCESSO
Sospetto o diagnosi di carcinoma della mammella	Mammografia con tomosintesi/Ecografia mammaria (in fase di diagnosi)	U.O. Diagnostica per immagini in Senologia - Impegnativa interna o del Medico di Medicina Generale - Prenotazione da parte di altro Specialista	1 settimana
	Es. citologico	U.O. Anatomia Patologica - Impegnativa interna o del MMG	24-48 ore
	Es. istologico da Agobiopsie ecoguidate	- Prenotazione da parte di altro Specialista	24-48 ore
	Es. istologico da biopsia Stereotassica/Tomoguidata		48 -72 ore

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

Allegato 2 901/PG/G0DG43/18/02	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA REDAZIONE DI UN PDTA	Rev. 00 del 12/07/18
		Pag. 14 di 15

9. SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI

I requisiti, gli standard e gli impegni presi nel redigere il PDTA rispettano le indicazioni della legislazione e la normativa vigente nazionale e regionale senza scostamenti od eccezioni, coerentemente alle linee guida.

Ciò nonostante si possono creare condizioni che vanno identificate, e a causa delle quali non è possibile applicare alcune "azioni" del PDTA ad alcuni pazienti.

Gli scostamenti possono essere determinati da problemi tecnologici (es. assenza di un determinato apparecchio o avaria dello stesso) o di organizzazione (es. ritardo dei trasporti, o di mancanza di personale presente nei giorni feriali e non festivi, sempre che tali carenze non pregiudichino il buon esito del percorso di cura.

Le criticità emerse durante l'analisi del processo rappresentano situazioni che necessitano l'avvio immediato di azioni di miglioramento.

Dopo aver individuato le aree di crisi e gli ambiti di responsabilità per loro gestione, sarà necessario raccogliere ed analizzare le informazioni a supporto e condividere le azioni di miglioramento prioritarie da avviare, ed in particolare:

1. analizzare il problema individuandone le cause;
2. identificare le soluzioni;
3. pianificare le soluzioni (Piani d'Azione);
4. individuare gli indicatori per il monitoraggio della loro applicazione e il raggiungimento del risultato.

Le azioni di miglioramento richiedono di essere gestite come veri e propri progetti in cui il "cuore" è rappresentato dalla pianificazione delle attività. Le soluzioni individuate andranno trasmesse dal coordinatore clinico per opportuna valutazione alle funzioni aziendali competenti.

10. VALUTAZIONE, VERIFICA E MONITORAGGIO DEL PDTA

Vedi Cap. 9 della Procedura Generale " Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDTA)".

Allegato 2 901/PG/G0DG43/18/02	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA REDAZIONE DI UN PDTA	Rev. 00 del 12/07/18
		Pag. 15 di 15

11. EMISSIONE, DISTRIBUZIONE ED ARCHIVIAZIONE

- Il PDTA deve essere disponibile in forma cartacea presso la Direzione Sanitaria e presso la UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management e la UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti;
- In formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Qualità e Sicurezza delle Cure - Risk Management;
- Presso tutte le UU.OO. / strutture coinvolte nel PDTA;
- In relazione agli ambiti di applicazione dello specifico PDTA, andranno indicati volta per volta ulteriori destinatari (es.: Medici di MG, Ambulatori Specialistici, Associazioni di Cittadini etc.).

12. REVISIONE E AGGIORNAMENTO

Per ciascun PDTA andrà indicata una data di revisione/aggiornamento da parte del Gruppo di Lavoro incaricato della sua redazione, eventualmente integrato da altre figure professionali. Il processo di revisione/aggiornamento non dovrà in ogni caso essere superiore ai tre anni.

13. BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

I riferimenti biblio/sitografici del PDTA dovranno riportare le Linee Guida nazionali e internazionali dotate di maggiore evidenza scientifica, e solo la letteratura scientifica di maggiore impatto.

14. ALLEGATI

Allegato 3

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/--/--	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE ---	Rev. 00 del --/--/--
		Pag. 1 di 11

	Gruppo di lavoro Aziendale	Disciplina	Ruolo	Data	Firma
REDAZIONE	Staff di coordinamento				
	Coordinatore:				
	Componenti:				

VERIFICA	Dott. Antonio Silvestri Responsabile Aziendale per la Qualità (RAQ)		
APPROVAZIONE	Dott.ssa Lucia Mitello Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie Dott.ssa Daniela Orazi Direttore Sanitario Aziendale		
VALIDAZIONE	Dott. Fabrizio d'Alba Direttore Generale		



Allegato 3

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/--/--	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE ---	Rev. 00 del --/--/--
		Pag. 2 di 11

Rev.	Data	Causale delle modifiche	Codifica
0.0		Prima stesura/Aggiornamento/Revisione	a cura del RAQ

TRASMESSO IL:	CODIFICATO IL:	DISTRIBUITO IL:
---------------	----------------	-----------------

LISTA DI DISTRIBUZIONE (I livello)	
✓ Direttore Sanitario	✓ Direttore Amministrativo
✓ Direttori di Dipartimento	✓ Direttori di U.O.C.
✓ Direttori di U.O.S.D	✓ Responsabili di U.O.S.

**Allegato 3**

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/--/--	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE ---	Rev. 00 del --/--/--
		Pag. 3 di 11

INDICE

1.	PREMESSA	
2.	SCOPO	
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE	
4.	CRITERI DI ACCESSO	
5.	DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI	
6.	DIAGRAMMA DI FLUSSO	
7.	RESPONSABILITA'	
8.	AZIONI	
9.	SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI	
10.	VALUTAZIONE, VERIFICA E MONITORAGGIO DEL PDTA	
11.	EMISSIONE, DISTRIBUZIONE ED ARCHIVIAZIONE	
12.	REVISIONE E AGGIORNAMENTO	
13.	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	
14.	ALLEGATI	

CONTRIBUTI

Hanno contribuito alla stesura del PDTA:



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI



REGIONE
LAZIO

Allegato 3

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/--/--	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE ---	Rev. 00 del --/--/--
		Pag. 4 di 11

1. PREMESSA

**Allegato 3**

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/--/--	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE ---	Rev. 00 del --/--/-- Pag. 5 di 11
---	---	---

2. SCOPO**3. CAMPO DI APPLICAZIONE**

Allegato 3

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/--/--	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE ---	Rev. 00 del --/--/--
		Pag. 6 di 11

4. CRITERI DI ACCESSO

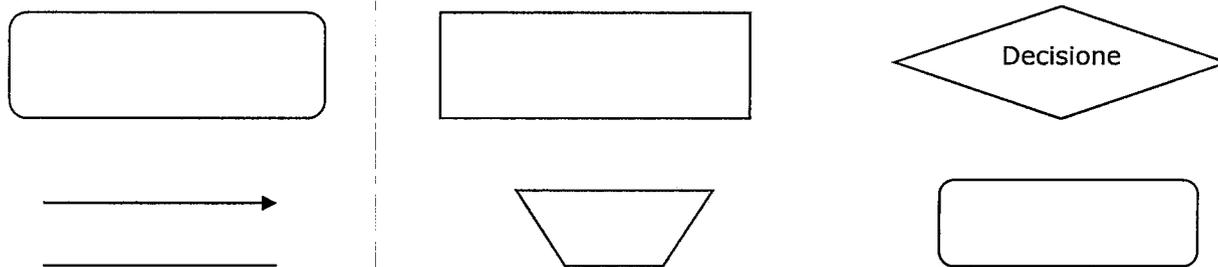
Codici ICD CM

Diagnostiche	Descrizione

Procedure	Descrizione

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/--/--	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE ---	Rev. 00 del --/--/--
		Pag. 8 di 11

6. DIAGRAMMA DI FLUSSO



Allegato 3

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/--/--	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE ---	Rev. 00 del --/--/--
		Pag. 9 di 11

7. RESPONSABILITA'

Attività Operatore	Operatore 1	Operatore 2	Operatore 3	Operatore 4

R= RESPONSABILE C= COINVOLTO I= INFORMATO

(Per ogni rigo può essere presente **solo un Responsabile**)

8. AZIONI

Allegato 3

PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE ---	Rev. 00 del --/--/--
Cod. Doc.: 901/PDTA/--/--		Pag. 10 di 11

9. SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI

10. VALUTAZIONE, VERIFICA E MONITORAGGIO DEL PDTA

11. EMISSIONE, DISTRIBUZIONE ED ARCHIVIAZIONE

- Il PDTA deve essere disponibile in forma cartacea presso la Direzione Sanitaria e presso la UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management e la UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti;
- In formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Qualità e Sicurezza delle Cure - Risk Management;
- Presso tutte le UU.OO. / strutture coinvolte nel PDTA;

12. REVISIONE E AGGIORNAMENTO

13. BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

**Allegato 3**

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/--/--	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE ---	Rev. 00 del --/--/--
		Pag. 11 di 11

14. ALLEGATI



Allegato 4 901/PG/G0DG43/18/02	Linee di indirizzo per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDTA)	Rev. 00 del 12/07/18 Pag. 1 di 1
--	--	--

CHECK LIST DI VALUTAZIONE

Promotore	E' stato identificato il soggetto dal quale è derivata la decisione di attuare il PDTA	
Committente	E' stato identificato il soggetto che assume la responsabilità e definisce la modalità con cui intende recepire il PDTA da attuare	
Criteri di eleggibilità	Sono state definite le motivazioni che sostengono la scelta della patologia o della problematica clinica su cui costruire il PDTA secondo specifiche priorità	
Gruppo di lavoro	Sono state definite le professionalità, disciplina e ruoli dei partecipanti al gruppo di lavoro identificato per la costruzione del PDTA	
Letteratura di riferimento/L. Guida	E' stata definita la principale bibliografia di riferimento e le linee guida di riferimento	
Criteri di inclusione	Sono stati definiti i criteri di inclusione ed esclusione adottati e modalità di classificazione	
Approccio al profilo	Sono state definite le modalità di approccio al PDTA (es. progettazione completa, riorganizzazione, introduzione di nuove fasi o figure professionali, etc...)	
Analisi e rappresentazione	Sono state definite le modalità di rappresentazione grafica in relazione alle attività, snodi decisionali e responsabilità	
Categorie assistenziali	Sono state definite le categorie assistenziali prese in considerazione nella costruzione del PDTA	
Valutazioni del profilo	Sono stati definiti gli indicatori di struttura, processo, esito, equilibrio economico, ecc. Effettuazione di audit	
Modalità di diffusione interna	Sono state definite le modalità di diffusione in Azienda (es. invio a tutte le S.C., riunioni di presentazione, consegna a tutto il personale, ecc.)	
Modalità di diffusione esterna	Sono state definite le modalità di diffusione all'esterno dell'Azienda (es. Carta dei Servizi, Internet, coinvolgimento associazioni, ecc.)	
Governo del profilo	E' stato definito il soggetto che mantiene sotto controllo l'applicazione e manutenzione del PDTA. Se SI indicare la/le figura/e professionale/i	
Manutenzione del profilo	E' stata definita la fase di manutenzione/aggiornamento del PDTA. Se SI ogni quanto tempo espresso in mesi/anno	
Livello di implementazione	Stato dei lavori (es. progettazione, definizione operativa, già applicato, etc...)	
Data di stesura e revisione	E' indicata la data della stesura definitiva del documento, la data dell'ultima revisione ed il numero delle eventuali revisioni	