

Regione Lazio

DIREZIONE SALUTE ED INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 18 dicembre 2020, n. G15691

Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA nella cronicità'.

Oggetto: Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA nella cronicità'.

IL DIRETTORE REGIONALE

Su proposta del Dirigente dell'Area Rete integrata del territorio e di concerto con il Dirigente Area Rete Ospedaliera e Specialistica della Direzione Regionale Salute e integrazione sociosanitaria;

VISTA la legge statutaria 11 novembre 2004, n.1 "Nuovo Statuto della Regione Lazio";

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale" e successive modificazioni;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n.1 concernente "l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale" e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale del 5.6.2018, n. 271, con la quale è stato conferito al Dott. Renato Botti, soggetto esterno all'amministrazione regionale, l'incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;

VISTO il decreto dirigenziale del 14 luglio 2020, n. G08246 "Delega, ai sensi degli articoli 164 e 166 del r.r. n. 1/2002, alla dott.ssa Pamela Maddaloni, dirigente dell'Area Coordinamento contenzioso, affari legali e generali, ad adottare gli atti indifferibili e urgenti del Direttore della direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria".

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00474 del 7.10.2015 "Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo";

VISTO l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul documento "Piano Nazionale della Cronicità" di cui all'articolo 5, comma 21 dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni

2014-2016. Rep. Atti n. 160/CSR del 15 settembre 2016; – Conferenza Unificata del 6 giugno 2012, rep. Atti 69;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00046 del 8.02.2018
“ “Piano Nazionale della Cronicità” di cui all'articolo 5, comma 21 dell'Intesa n. 62/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014 - 2016. Recepimento ed istituzione del Gruppo di lavoro regionale di coordinamento e monitoraggio.”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00081 del 25.6.2020, “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00103 del 22.07.2020 “Attivazione servizi di telemedicina in ambito specialistico e territoriale. Aggiornamento del Catalogo Unico Regionale (CUR).”;

VISTA la Determinazione n. G12631 del 29.10.2020, “Regolamento per l'attività dei gruppi di lavoro Area Rete Ospedaliera e Specialistica”;

CONSIDERATO che nel succitato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021" si afferma che *“allo scopo di assicurare prestazioni assistenziali e socio-sanitarie erogate in servizi diversi a pazienti, acuti o cronici, con bisogni differenti e diverso grado di complessità, appare indispensabile coordinare e integrare le attività attraverso un percorso-guida possibilmente codificato. Il Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale può rappresentare uno strumento in grado di individuare ex ante la filiera assistenziale appropriata in termini sia di prestazioni che di servizi territoriali e ospedalieri.”*;

CONSIDERATO, inoltre, che nel succitato Piano, si afferma che *“La costruzione di PDTA centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni “globali”, ma anche strumento in grado di ridurre la discontinuità tra i tre classici livelli assistenziali; può essere considerato uno strumento di governance, perché si costruisce attraverso l'individuazione e la valorizzazione di tutti i componenti della filiera assistenziale“*;

TENUTO CONTO che, nel succitato Piano si afferma, inoltre, che *“Indipendentemente dalla condizione a cui si riferiscono, Regione*

Lazio intende sviluppare una cornice metodologica volta a definire criteri di priorità per l'individuazione di PDTA ed informazioni necessarie ad assicurare omogeneità nella loro definizione. Solo i PDTA definiti nel rispetto dei criteri metodologici e dei contenuti previsti dalla Regione, saranno inseriti nel quadro organizzativo e regolamentare del SSR. Nell'ambito del quadro regolatorio, particolare attenzione sarà, altresì, rivolta a promuovere l'utilizzo e l'aderenza ai PDTA da parte dei professionisti.”;

CONSIDERATO infine che, tra le linee di intervento riguardanti la Programmazione integrata, contenute nel sopracitato Piano, è prevista specificatamente la *“Elaborazione di un documento metodologico sui criteri di costruzione di un PDTA”* e che tra i risultati attesi della suddetta linea di intervento vi è la predisposizione, da parte della Direzione Salute e integrazione sociosanitaria, di un *“Documento metodologico sui criteri di costruzione di un PDTA.”;*

TENUTO CONTO che nella Regione Lazio sono state condotte diverse sperimentazioni e sono stati attivati PDTA patologia-specifici, sia in ambito territoriale che ospedaliero, caratterizzate da specifici modelli organizzativi;

TENUTO CONTO, inoltre, dei risultati emersi dalle interviste strutturate, condotte dalla Direzione Salute e integrazione sociosanitaria con i Referenti per la Cronicità delle ASL regionali, volte ad individuare e condividere i punti di forza e le criticità incontrate dalle Aziende sanitarie nella implementazione dei PDTA regionali;

RITENUTO necessario, anche alla luce della consultazione con le Aziende sanitarie, che la Direzione Salute e integrazione sociosanitaria definisca strumenti ed indirizzi operativi per la costruzione di PDTA che, a partire dall'identificazione di snodi assistenziali, non patologia-specifici, mirino a costruire una comune cornice metodologica di riferimento, volta a definire i criteri di priorità per l'individuazione di PDTA e gli elementi necessari ad assicurare omogeneità;

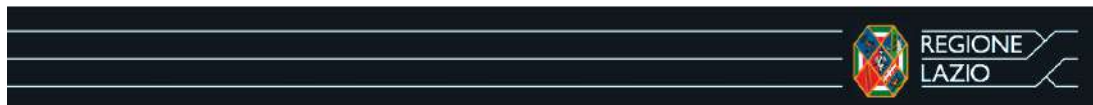
RITENUTO pertanto di definire le *“Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA nella cronicità”*, di cui all'allegato 1, parte integrante del presente provvedimento;

DETERMINA

per le motivazioni richiamate in premessa che si intendono integralmente accolte:

1. di approvare l'Allegato n. 1 - "Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA nella cronicità", parte integrante della presente determinazione;
2. di inviare il documento di cui all'allegato 1 - "Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA nella cronicità" alle Direzioni Generali aziendali, al fine di darne la più ampia diffusione.

IL DIRETTORE REGIONALE
Renato Botti



LINEE DI INDIRIZZO PER LA STESURA DEI
PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALI- PDTA NELLA CRONICITA'

INDICE

| | |
|---|----|
| Premessa | 2 |
| Il percorso di definizione | 4 |
| Interventi regolatori, organizzativi e informativo-informatici di competenza regionale | 5 |
| Stratificazione e target assistenziali | 5 |
| Armonizzazione e adozione di strumenti informatici | 6 |
| Telemedicina | 6 |
| Rapporti con le Associazioni dei pazienti/Comunità | 6 |
| Quadro regolatorio: accordo integrativo MMG, ruolo del distretto/Casa della Salute | 7 |
| Continuità Ospedale – Territorio | 7 |
| Monitoraggio | 8 |
| Elementi necessari per l’elaborazione di PDTA | 8 |
| 1. Criteri di priorità per la scelta del PDTA | 9 |
| 2. Gli elementi costitutivi del PDTA | 10 |
| 2.1. Formalizzazione del PDTA: individuazione del Promotore e del Committente | 10 |
| 2.2 La scelta del problema di salute | 10 |
| 2.3 Individuazione del gruppo multidisciplinare | 10 |
| 2.4 La scelta delle evidenze a supporto del PDTA | 11 |
| 2.5 Criteri di inclusione/esclusione dal PDTA | 11 |
| 2.6 Aspetti clinici, assistenziali ed esistenziali del PDTA | 11 |
| 2.7 La rappresentazione del PDTA | 12 |
| 2.7.1 Diagramma di flusso | 13 |
| 2.7.2 Matrice di responsabilità | 14 |
| 2.8 La definizione dei sistemi di monitoraggio: indicatori e audit | 15 |
| 2.9 L’empowerment del paziente e il ruolo delle Associazioni | 15 |
| 2.10 Il piano di diffusione, formazione e implementazione del PDTA | 15 |
| 3. Proposta di template di PDTA | 16 |

LINEE DI INDIRIZZO PER LA STESURA DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALI - PDTA NELLA CRONICITA'

Premessa

L'impatto epidemiologico della cronicità è in progressiva crescita, in relazione all'aumento dell'età media della popolazione e al miglioramento della sopravvivenza per numerose patologie ad elevato rischio di disabilità (ad esempio ictus e tumori), dei metodi di diagnosi e della qualità delle cure. La gestione della cronicità e, più ancora, della multicronicità rappresenta una sfida per la sanità pubblica volta alla realizzazione del miglior rapporto ed equilibrio sostenibile tra domanda sanitaria, livelli di spesa e soddisfazione dell'utente.

Il Piano Nazionale della Cronicità (PNC)¹ individua un disegno strategico comune volto a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato ad una migliore organizzazione dei servizi, caratterizzato da una piena responsabilizzazione di tutti gli attori coinvolti (paziente e operatori sanitari). La finalità del Piano è il miglioramento dell'assistenza per le persone affette da malattie croniche, attraverso una maggiore efficacia ed efficienza dei servizi sanitari sia in termini di prevenzione che di assistenza assicurando una uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

La gestione della cronicità comporta interventi volti ad assicurare ai pazienti il mantenimento nel tempo del controllo della malattia e a prevenire e curare complicanze, comorbidità e disabilità. Tali obiettivi, come espresso nel PNC, necessitano di un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale, multidisciplinare e multilivello in cui la persona diviene il centro del sistema di cure, portatore di bisogni globali, non solo clinici. Tale sistema assistenziale richiede un profondo ripensamento del Servizio Sanitario Regionale e alcune sue significative trasformazioni, da promuovere anche attraverso nuove regole, che assicurino:

- a) la centralità e la corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia, in quanto portatrice del sapere legato alla sua storia di "co-esistenza" con la cronicità e dunque persona esperta;
- b) la piena valorizzazione della rete, rifunzionalizzata soprattutto in una visione di continuità assistenziale, modulata per ciascun paziente in relazione allo stadio evolutivo, al grado di complessità della patologia e ai relativi bisogni socio - assistenziali;
- c) una maggiore flessibilità dei modelli organizzativi e operativi, prevedendo una forte integrazione tra cure primarie e specialistiche e tra ospedale e territorio, con servizi strutturati e organizzati, reti specialistiche multidisciplinari, team professionali dedicati e modelli di integrazione socio-sanitaria;
- d) la presa in carico pro-attiva del paziente, e dunque non solo la risposta assistenziale al bisogno emergente, attraverso un approccio integrato sin dalle fasi iniziali.

L'implementazione dei principi sopra rappresentati presuppone, dunque, una profonda trasformazione del sistema. La Regione Lazio, con un percorso avviato con il DCA 46/2018, intende realizzare un modello di risposta ai bisogni di salute che, nel rispetto delle specificità territoriali e

attraverso la propria rete di erogatori pubblici e privati (accreditati e contrattualizzati), sia orientato alla presa in carico della persona, alla semplificazione e alla velocizzazione dei passaggi attraverso i punti di erogazione delle prestazioni, e a perseguire l'integrazione delle attività erogate.

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è uno strumento di governo del percorso di cura indirizzato a migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa nella gestione di pazienti affetti da specifiche malattie, sia acute che croniche, che si costruisce attraverso l'individuazione e la valorizzazione di tutti le componenti della filiera assistenziale, indipendentemente dal loro posizionamento nel percorso, contrastando logiche di centralità di singoli servizi e professionisti, valorizzando la multicentricità ed i contributi di ognuno. È inoltre uno strumento rilevante per una gestione attiva e programmata della patologia, per definire gli standard assistenziali e verificare l'appropriatezza e l'equità dell'assistenza erogata, in un'ottica di superamento della gestione per specialità, verso un modello di trasversalità dei processi.

Allo scopo di assicurare maggiore equità, uniformità ed appropriatezza delle prestazioni assistenziali e socio-sanitarie erogate, il PDTA può rappresentare uno strumento in grado di individuare ex ante la filiera assistenziale appropriata in termini sia di prestazioni che di servizi territoriali e ospedalieri. La costruzione di PDTA centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni "globali", ma anche strumento in grado di ridurre la discontinuità tra i livelli assistenziali. Si ritiene inoltre che, per molte condizioni riferite a patologie croniche, i PDTA debbano prevedere un collegamento con gli interventi di prevenzione (in raccordo ad esempio con interventi volti ad aumentare la copertura vaccinale nei soggetti a rischio, ridurre i fattori di rischio comportamentali nei pazienti cronici, garantire iter diagnostico-terapeutico ai soggetti positivi ai test di screening).

La natura del PDTA orientata a specifiche patologie ne evidenzia, tuttavia, alcuni limiti nei pazienti multi-cronici e complessi, su cui le modalità di presa in carico devono necessariamente adattarsi al profilo e al contesto dell'assistito attraverso un Piano Assistenziale Individuale, garantendo la sua gestione continuativa possibilmente anche attraverso l'individuazione di un case manager.

Nella Regione Lazio sono stati implementati 3 PDTA regionali (DCA 474/2015), riguardanti le patologie croniche a maggiore prevalenza ed impatto in termini di sanità pubblica: diabete, Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco.

A livello aziendale sono state condotte diverse sperimentazioni ed attivati ulteriori PDTA, sia in ambito territoriale che ospedaliero. Il contesto regionale, caratterizzato da Aziende sanitarie, anche di grandi dimensioni, e specificità dei singoli modelli organizzativi, richiede particolare attenzione all'emergere di disomogeneità evitabili nella garanzia dell'assistenza e nei processi di cura, il cui governo può essere supportato da specifiche azioni di sistema.

Tra queste, vi è la necessità che la Regione definisca strumenti ed indirizzi operativi per la costruzione di PDTA che, muovendo dall'identificazione di snodi assistenziali, non patologia-specifici, che li caratterizzano, mirino a costruire una comune cornice di riferimento, tenuto conto che molte patologie, al di là di differenti protocolli clinici, condividono la stessa risposta organizzativa e i medesimi passaggi tra setting assistenziali e di cura.

Nell'ambito della revisione del quadro regolatorio regionale, la Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria ha previsto, nel triennio 2019-2021, la progettazione di strumenti di governo per la formalizzazione dei PDTA, indipendentemente dalla patologia cui sono riferiti. Regione Lazio intende sviluppare una cornice metodologica volta a definire i criteri di priorità per l'individuazione di PDTA e gli elementi necessari ad assicurare omogeneità per la loro definizione e applicazione, tenuto conto degli snodi organizzativi comuni che li caratterizzano. I PDTA definiti nel rispetto di tali criteri saranno inseriti nel quadro regolatorio del SSR e particolare attenzione sarà rivolta a promuoverne l'utilizzo e l'aderenza da parte dei servizi e dei professionisti.

Il percorso di definizione

Il percorso di elaborazione degli strumenti di indirizzo sopra definiti ha preso avvio a seguito di una ricognizione, condotta a gennaio 2019, volta a formulare un quadro delle attività poste in essere dalle Aziende Sanitarie per la gestione delle cronicità. Sono stati, inoltre, condotti successivi incontri con i referenti aziendali, volti ad approfondire le modalità di implementazione dei PDTA regionali per il Diabete, la BPCO e lo scompenso cardiaco nell'ambito della propria organizzazione territoriale; questi ultimi sono stati condotti sulla base di una griglia strutturata e hanno permesso di rilevare alcuni elementi di differenziazione organizzativa, alcuni fattori facilitanti e alcuni elementi di ostacolo all'implementazione operativa di quanto previsto. I risultati di queste ricognizioni hanno condotto all'individuazione di alcuni *snodi organizzativi* comuni all'implementazione dei percorsi d'interesse, non patologia-specifici, e all'elaborazione di alcuni indirizzi metodologici per l'elaborazione di un PDTA, che individui i «contenuti necessari» per favorire la presa in carico e l'interazione tra operatori nel passaggio del paziente tra i diversi snodi.

I risultati dell'analisi degli snodi organizzativi comuni e il percorso di elaborazione degli indirizzi per lo sviluppo di PDTA si articolano nei due seguenti paragrafi: nel primo si identificano alcuni importanti interventi sull'organizzazione dell'assistenza, attraverso interventi regolatori, organizzativi e informativo-informatici di competenza regionale, il cui sviluppo favorisce le precondizioni di sistema all'omogenea garanzia di implementazione dei PDTA nei diversi territori aziendali, pur nel rispetto delle diverse specificità organizzative (Box 1); il secondo si propone di definire elementi necessari da prevedere nell'elaborazione di PDTA (Box 2). Se ne riporta a seguire una descrizione dettagliata.

Box 1. Interventi regolatori, organizzativi e informativo-informatici di competenza regionale

Stratificazione e target assistenziali
Armonizzazione e adozione strumenti informatici
Telemedicina
Coinvolgimento delle Associazioni dei pazienti
Quadro regolatorio: Accordo integrativo MMG,
ruolo del Distretto/Casa della Salute

Box 2. Elementi necessari per l'elaborazione di PDTA

Criteria di eleggibilità
Modalità di arruolamento
Identificazione matrice di ruoli e responsabilità
Proattività
Gestione appuntamenti (diagnosi, follow up)
Case manager
Condivisione delle informazioni tra i professionisti
Gestione dei passaggi di setting
Team multiprofessionale/multidisciplinare
Monitoraggio
Empowerment pazienti, operatori

Interventi regolatori, organizzativi e informativo-informatici di competenza regionale**STRATIFICAZIONE E TARGET ASSISTENZIALI**

La disponibilità di elenchi di assistiti eleggibili alla presa in carico, nell'ambito dei PDTA, è risultata essere strumento di efficace supporto per i professionisti, sia per una verifica dei bisogni di salute dei propri assistiti, che per facilitare l'ingresso nei percorsi clinico-assistenziali individuati.

Al fine di individuare specifici target assistenziali per i quali attivare proattivamente i percorsi, il Programma di riqualificazione della Regione Lazio (DCA n. 81 del 26 giugno 2020) prevede che il Dipartimento di Epidemiologia del SSR Lazio proceda alla stratificazione della popolazione assistita e alla creazione di liste di pazienti da inviare alle Aziende Sanitarie/MMG, avvalendosi degli strumenti di stratificazione della domanda di salute in uso presso la Regione Lombardia (come da D.G.R. n. X/6164/2017). La Regione si propone, infatti, di individuare sottogruppi di assistiti a maggior rischio di esiti sfavorevoli, caratterizzare gli stessi in base a profili di utilizzo di servizi e di cura, caratteristiche di vulnerabilità socio-economica, identificando così sottogruppi cui indirizzare prioritariamente interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Sarà altresì possibile descrivere la popolazione regionale differenziando i pazienti cronici in relazione allo stadio di sviluppo della malattia, intercettando il maggior numero di determinanti che ne influenzano la storia naturale ed il rischio di aggravamento associato, in particolare, alla cronicità polipatologica e alla fragilità clinica.

ARMONIZZAZIONE E ADOZIONE DI STRUMENTI INFORMATICI

L'efficacia del PDTA può essere significativamente potenziata attraverso la semplificazione e la velocizzazione dei percorsi del paziente tra le diverse discipline, professioni e unità di offerta, da realizzare costruendo strumenti informativo-informatici che integrino la filiera assistenziale e rendano disponibili, in modo tempestivo, le informazioni utili a conoscere lo stato di salute dell'individuo e a garantire la continuità delle cure e la collaborazione dei diversi attori coinvolti (operatori, familiari, caregivers,...), in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza.

La Regione intende estendere l'innovazione tecnologica a tutti i percorsi di cura, al fine di promuovere la tempestività e l'appropriatezza delle cure, facilitare il passaggio di setting assistenziale, migliorare la presa in carico soprattutto dei pazienti cronici, per i quali monitorare, attraverso tali strumenti, l'aderenza ai trattamenti. Particolare attenzione sarà volta a garantire che, pur nel rispetto delle scelte aziendali, gli strumenti adottati garantiscano omogeneità nella garanzia di efficacia ed efficienza dei percorsi erogati.

In particolare, gli elementi da implementare per lo sviluppo dei percorsi sono i seguenti:

- Piattaforma gestionale aziendale;
- Scheda clinica informatizzata e condivisa;
- RECUP (agende dedicate, gestione richiami attivi).

TELEMEDICINA

Le tecnologie della sanità digitale sono di grande supporto nell'implementazione dei nuovi modelli di gestione della cronicità attraverso nuove modalità organizzative e di erogazione dei servizi: tra queste, la telemedicina garantisce effettivo sostegno alla presa in carico dei pazienti a distanza e al mantenimento del paziente al proprio domicilio nella gestione della propria patologia, assicurando equità di accesso alle cure anche nei territori remoti; laddove possibile, il teleconsulto può facilitare la comunicazione e l'integrazione tra operatori, figure e livelli di assistenza.

Le attività di telemedicina e teleconsulto sono state definite con la pubblicazione del DCA n. 103 del 22 luglio 2020.

RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI / COMUNITA'

Con DGR n. 736 /2019, la Regione ha definito ruolo e strumenti di partecipazione delle Associazioni di tutela dei pazienti nella programmazione e nella valutazione dei Servizi Sanitari Regionali. Il modello partecipativo prevede l'istituzione di una Cabina di regia, presieduta dall'Assessore alla Sanità e integrazione socio-sanitaria, che attiverà la consultazione delle Associazioni in relazione a iniziative regionali ritenute prioritarie, tra cui l'attivazione di tavoli dedicati a tematiche e patologie specifiche con la partecipazione di rappresentanti dei professionisti, delle Società scientifiche e di altri portatori di interesse. Il modello prevede, inoltre, la costituzione di Gruppi di partecipazione attiva cui potranno aderire liberamente le Associazioni di rappresentanza dei pazienti e che parteciperanno, ciascuno tramite un proprio rappresentante, alla Cabina di regia. Saranno dunque

definiti gli strumenti operativi per la costituzione dei suddetti organismi di rappresentanza e sarà dato avvio alla loro operatività.

Questo percorso garantirà una modalità strutturata di coinvolgimento delle Associazioni nell'ambito della programmazione regionale che riguarderà, in modo particolare, gli interventi mirati a favorire la gestione della cronicità e l'adozione dei PDTA.

QUADRO REGOLATORIO: ACCORDO INTEGRATIVO MMG, RUOLO DEL DISTRETTO/CASA DELLA SALUTE

L'ingresso nei PDTA può avvenire tramite il Medico di Medicina Generale o il Medico specialista di Azienda sanitaria. E' possibile, a tal proposito, identificare e sviluppare meccanismi anche contrattuali, anche per favorire e promuovere buone pratiche, individuabili a partire dalla disponibilità di informazioni su piani di cura, indicatori di processo e qualità ed esiti delle cure. La modalità di remunerazione può essere una leva per indurre cambiamenti di tipo organizzativo ed influenzare i comportamenti dei diversi attori del sistema sanitario. A tale fine è necessario definire il quadro regolatorio, con particolare riferimento all'Accordo integrativo con la medicina generale, al ruolo del Distretto/Casa della Salute, dando compimento al percorso avviato con i DCA 376/2014 e 565/2017, relativi alla promozione della medicina di iniziativa.

CONTINUITA' OSPEDALE – TERRITORIO

Rappresenta uno snodo di rilievo al fine di garantire continuità dell'assistenza all'interno dei percorsi, in entrambe le direzioni. A tal proposito è attualmente disponibile, all'interno del Sistema Informativo dell'Assistenza Territoriale (SIAT), uno specifico modulo informatizzato che consente, al momento, la dimissione concordata da Ospedale a domicilio mediante l'attivazione della richiesta di presa in carico da parte dei servizi di Cure domiciliari. La prospettiva è l'estensione di questa funzionalità anche ad altri setting di assistenza (RSA, Riabilitazione territoriale, Hospice).

MONITORAGGIO

Tra le azioni di sistema, da correlare anche all'attivazione degli interventi sul quadro regolatorio, la valutazione dell'aderenza ai PDTA sia da parte dei pazienti che dei professionisti sanitari, risulta fondamentale. Attualmente, a tal fine, sono disponibili dei codici traccianti che, utilizzati in fase di prescrizione, identificano le prestazioni correlate al percorso per i PDTA diabete e BPCO. E' attivo nella Regione Lazio il sistema P.Re.Val.E. - Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari, ovvero un sistema di indicatori curato dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR, relativi alla qualità delle cure erogate dalle strutture sanitarie regionali. Già da diversi anni tale sistema prevede una specifica sezione dedicata al monitoraggio dei PDTA, condotto attraverso un set di indicatori elaborati a partire dall'interconnessione delle diverse banche dati sanitarie disponibili: tale sezione include indicatori di processo (monitoraggio di prestazioni secondo tempistiche indicate da linee guida di riferimento) e di qualità delle cure per percorsi integrati

relativi ad IMA, ictus, diabete, BPCO e tumore maligno della mammella, articolabili per ASL di residenza del paziente. Alcuni di questi indicatori sono, altresì, oggetto di monitoraggio delle Regioni da parte del Ministero della Salute nell'ambito del Nuovo Sistema di garanzia per il Monitoraggio dell'Assistenza Sanitaria, di cui al D.M. 12 marzo 2019. Sarà dunque necessario prevederne la valutazione ai diversi livelli, anche da parte delle Aziende, per una verifica dell'omogeneità dei comportamenti tra i diversi distretti e/o al loro interno, eventualmente a supporto di specifiche iniziative di audit aziendale, come quelle già promosse per quanto riguarda il PDTA diabete. Infine è necessario individuare la prestazione tracciante PDTA specifica, che consenta per ciascun PDTA di risalire alle prestazioni erogate per ogni assistito inserito nel percorso.

Elementi necessari per l'elaborazione di PDTA

(tratto da *Costruisci PDTA. Fondazione Ricerca e Salute - ReS*)²

Alcuni criteri chiave consentono di identificare le caratteristiche distintive di un PDTA³; essi possono essere riassunti in:

1. multidisciplinarietà;
2. traslazione delle Linee Guida e delle evidenze a livello locale;
3. indicazione nel dettaglio dei diversi passaggi spazio-temporali del piano di cura, mediante specifici algoritmi, protocollo o altri strumenti idonei allo scopo;
4. strutturazione in accordo alla progressione temporale della condizione clinica;
5. standardizzazione del percorso di cura di un dato problema clinico.

Inoltre, secondo l'*European Pathway Association*⁴ le caratteristiche fondanti dei PDTA includono:

- una chiara esplicitazione degli obiettivi e degli elementi chiave dell'assistenza basata su evidenze scientifiche, *best practice*, aspettative dei pazienti e loro caratteristiche;
- la facilitazione delle comunicazioni tra i membri del team e i pazienti e le loro famiglie;
- 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;
- la documentazione, il monitoraggio e la valutazione delle varianze e degli *outcome*;
- l'identificazione delle risorse appropriate.

Nel Piano Nazionale Cronicità, il PDTA è inteso come uno **strumento di governance**, progettato in modo da assicurare la presa in carico, l'appropriatezza delle cure (la procedura corretta sul paziente giusto al momento opportuno e dal professionista giusto), la continuità assistenziale (intesa come integrazione di cure, di professionisti e di strutture) e la "standardizzazione" dei costi.

Il PDTA dovrà essere “personalizzato”, in relazione ai bisogni di cura e assistenziali dei pazienti (con particolare attenzione alla gestione “territoriale”) in una logica di “salute globale” che presti attenzione anche alla “malattia vissuta” e ai bisogni non-clinici.

Inoltre il PDTA dovrà essere “modulato” in rapporto alla stadiazione (con particolare attenzione alle comorbidità, alle cronicità complesse e all’utilizzo di tecnologie ad alto costo), gestito attraverso lo strumento del follow up attivo (medicina d’iniziativa, assistenza pro-attiva), concordato con il paziente (Patto di cura), applicato e dinamicamente monitorato (attraverso indicatori di processi e di esito) per alimentare la verifica delle performance³.

1. Criteri di priorità per la scelta del PDTA

Nella scelta della patologia oggetto del PDTA, secondo criteri di priorità, è necessario verificare la effettiva rispondenza ai criteri sintetizzati nella tabella 1. La scelta del problema di salute prende avvio dall’analisi dei bisogni, in coerenza con i criteri di eleggibilità².

Tabella 1. Criteri di eleggibilità dell’oggetto del PDTA (tratto da *Costruisci PDTA. Fondazione Ricerca e Salute - ReS*)

| | Caratteristica del problema clinico | Obiettivo da raggiungere con il PDTA |
|----|--|---|
| 1. | Elevato impatto sulla salute del cittadino | Governare l’elevata incidenza o prevalenza di una data patologia |
| 2. | Elevato impatto sulla salute della comunità e sulla rete familiare | Migliorare i benefici per i pazienti in termini di condizioni di salute e di difficoltà evitate |
| 3. | Presenza di linee-guida specifiche | Migliorare l’applicazione delle linee guida a livello locale |
| 4. | Presenza di variabilità e disomogeneità delle prestazioni | Ridurre la variabilità dei processi in atto per aspetti sia clinici che organizzativi |
| 5. | Presenza di complessità clinico assistenziali | Integrare le diverse strutture/organizzazioni coinvolte |
| 6. | Elevato impatto economico. | Evitare sprechi e ottimizzare i tempi |

E’ opportuno inoltre esplicitare un *razionale* del PDTA che indichi:

- Le motivazioni della scelta;
- Gli obiettivi che si intendono raggiungere attraverso l’implementazione del PDTA;
- I punti di innovazione dell’aspetto clinico organizzativo rispetto alle modalità di gestione correnti.

2. Gli elementi costitutivi del PDTA

2.1 Formalizzazione del PDTA: individuazione del Promotore e del Committente

Il Promotore è il soggetto dal quale deriva la decisione di attuare il PDTA (Regione, Direzione Generale Aziendale, Direzione Sanitaria di Presidio o Direzione di Distretto, Direttore di Dipartimento o di Struttura).

Il committente è il soggetto che assume la responsabilità e definisce la modalità con cui intende recepire il PDTA da attuare. Tale soggetto può coincidere o meno con il promotore stesso.

Si esplicita quindi il livello di formalizzazione del PDTA, individuando la tipologia di atto normativo di approvazione (decreto, delibera, determina, ...).

2.2 La scelta del problema di salute

La scelta del problema di salute, come indicato nella sezione relativa ai criteri di priorità per la scelta del PDTA, parte dall'analisi dei bisogni contestualizzata nella specifica realtà organizzativa, in accordo con i criteri di eleggibilità indicati nella tabella 1.

2.3 Individuazione del gruppo multidisciplinare

Nell'individuazione del gruppo di lavoro la caratteristica fondamentale è la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità, che si esplica nel coinvolgimento delle diverse categorie di operatori sanitari e di tecnici amministrativi coinvolte nella formalizzazione e nell'implementazione del percorso. Nel corso dei lavori devono essere coinvolte anche le Associazioni dei pazienti.

Il coinvolgimento di tutti gli attori, oltre ad assicurare il consenso, facilita la successiva applicazione.

All'interno del gruppo, che dovrebbe essere composto da un numero non eccessivo di componenti (8-10 membri) con la possibilità di avvalersi di ulteriori risorse per la progettazione e la verifica del percorso, viene individuato un coordinatore delle attività.

Tabella 2. Criteri per la costituzione del Gruppo di lavoro multidisciplinare

| Criteri per la costituzione del Gruppo di lavoro multidisciplinare |
|--|
| Garantire la multidisciplinarietà, al fine garantire la rappresentatività di tutti gli attori del percorso |
| Individuare membri competenti, motivati e in grado di motivare i colleghi |
| Designare il coordinatore del gruppo di lavoro |
| Prevedere il coinvolgimento dei rappresentanti dei pazienti |

2.4 La scelta delle evidenze a supporto del PDTA

Sarà necessario esplicitare l'identificazione delle fonti per la definizione degli standard di riferimento clinico-assistenziali e organizzativi. Al riguardo, se disponibili, la scelta si baserà su Linee guida nazionali, da implementare a livello locale per ridurre la variabilità, da reperire sul Nuovo Sistema Nazionale delle Linee Guida (SNLG) dell'Istituto Superiore di Sanità. Il PDTA, infatti, deriva dalla contestualizzazione delle Linee Guida alla realtà locale, con le sue caratteristiche organizzative e gestionali, proponendosi come strumento per un passaggio culturale dalla gestione per specialità ad un più ampio processo di trasversalità delle cure.

In assenza di specifiche linee guida nazionali o internazionali (da ricercare nelle banche dati internazionali....) ci si potrà basare sulle evidenze pubblicate in letteratura.

Fig. 1 Le evidenze a supporto dei PDTA



Si può prevedere un'apposita sezione in cui riportare le fonti, distinguendo tra "linee guida", "evidenze della letteratura scientifica", "normative nazionali o regionali" e documenti basati sull'esperienza in altri contesti.

2.5 Criteri di inclusione/esclusione dal PDTA

La tipologia di pazienti a cui rivolgere il PDTA è legata al problema clinico e all'analisi delle evidenze cliniche di efficacia degli interventi proposti. Si individuano i criteri di inclusione e di esclusione in relazione alle caratteristiche cliniche ed alle necessità assistenziali dei pazienti. I criteri di inclusione/esclusione dovrebbero far riferimento a classificazioni esistenti (es. ICD IX CM, DRG, ATC, ecc...) e rilevabili nei Sistemi Informativi aziendali, al fine di valutarne l'implementazione ai diversi livelli. E' opportuno definire i criteri di ingresso/uscita dal percorso.

2.6 Aspetti clinici, assistenziali ed esistenziali del PDTA

Nel PDTA deve essere prevista la possibilità di personalizzazione dell'assistenza e delle cure in relazione alle caratteristiche e ai bisogni del paziente, tenendo in considerazione le seguenti categorie assistenziali^{5,6}:

- valutazione dei pazienti: quali informazioni è utile rilevare e come acquisirle;

- educazione del paziente e/o della famiglia: intendendo sia le informazioni da fornire, sia le attività specifiche di educazione terapeutica;
- pianificazione del percorso ed eventualmente della dimissione: il diagramma di flusso dello specifico percorso è una sequenza pianificata di attività, che ottimizza tempi e risorse non solo dell'organizzazione, ma soprattutto del paziente, considerando i suoi bisogni sanitari e sociali;
- esami diagnostici: indicazione di tutti gli esami di diagnostica strumentale, di laboratorio e di immagine che, sulla base delle raccomandazioni di provata efficacia, risultano indispensabili per la valutazione ed il monitoraggio (con particolare attenzione alle problematiche di appropriatezza);
- interventi, procedure: occorre indicare quali interventi sanitari e non solo risultino necessari e, se il gruppo lo ritiene utile, quali istruzioni o procedure sia importante redigere;
- consulenze: occorre indicare quali consulenze specialistiche è opportuno richiedere per migliorare l'esito finale dell'intervento o della prestazione (o di qualsiasi altra attività);
- terapia;
- nutrizione: eventuale formalizzazione dell'aspetto nutrizionale, qualora ritenuto importante nella gestione della patologia;
- attività e sicurezza del paziente: bisogna indicare tutto ciò che è necessario predisporre affinché venga garantita la sicurezza del paziente.

Inoltre, nel Piano Nazionale Cronicità, vengono presi in considerazione aspetti quali la comunicazione della diagnosi, le azioni volte a favorire l'aderenza alla terapia, l'empowerment del paziente, che dovranno essere inseriti nella stesura del PDTA. Come evidenziato in precedenza, Regione Lazio promuove il coinvolgimento delle Associazioni dei pazienti e dei familiari nella programmazione dei servizi socio assistenziali.

2.7 La rappresentazione del PDTA

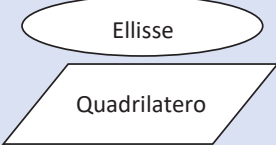


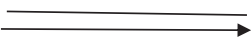

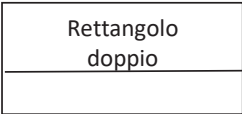
In considerazione del fatto che il PDTA è la contestualizzazione di una linea guida in un preciso contesto aziendale, il documento, per essere un reale strumento operativo di governance, deve essere corredato di un diagramma che riporti, per ciascuna attività (COSA), chi ne è responsabile (CHI), il setting e l'indicazione esplicita dei Centri in cui espletarla (DOVE), nonché la tempistica con cui eseguire le diverse prestazioni (QUANDO).

Riportare l'elenco di tutte le strutture coinvolte, i recapiti telefonici e gli indirizzi.

2.7.1 Diagramma di flusso

Il diagramma di flusso è la rappresentazione grafica che descrive e rappresenta un PDTA che, fornendo una visione del globale del percorso, identifica i punti significativi in una sequenza di attività e snodi decisionali. Nella tabella 2 si riportano gli elementi del diagramma di flusso, indicati dalla forma geometrica che li distingue.

Tabella 3. Gli elementi del diagramma di flusso (tratto da *Costruisci PDTA. Fondazione Ricerca e Salute - ReS*)

| Elemento | Descrizione | Forma geometrica |
|-------------------------------------|---|---|
| Input | Rappresentano il punto di inizio del processo, Nel caso dei PDTA corrispondono ai bisogni, ai problemi di salute e si definiscono come fattori fisici e informativi. |  |
| Attività o Fasi | Corrispondono all'insieme, alla sequenza ed all'interazione delle azioni e decisioni che 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. |  |
| Snodi decisionali | Rappresentano i momenti fondamentali nel processo che orientano il percorso e dovrebbero essere, condivisi sia tra i professionisti coinvolti sia con il cittadino/paziente. Essi evidenziano sia i criteri clinici e le scelte diagnostico-terapeutiche, sia i momenti decisionali di tipo organizzativo. |  |
| Interdipendenze tra attività | Sono i legami logici e di precedenza che esistono tra le fasi di un processo ed, eventualmente, con altri processi. |  |
| Output | È il punto di arrivo del processo, e corrisponde ai traguardi ed agli outcomes definiti nella presa in carico. L'output è intermedio quando rappresenta l'esito di un episodio clinico-organizzativo, diventando un input per un processo successivo. |  |
| Risorse e Responsabilità | Corrispondono all'insieme di risorse economiche, professionisti, 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 nel PDTA. Nel caso delle risorse umane, non è sufficiente identificare i professionisti coinvolti, occorre anche definire i ruoli ed il potere decisionale dei singoli attori (responsabilità). Queste ultime vanno chiaramente riportate nella parte sottostante della figura geometrica. |  |

2.7.2 Matrice delle responsabilità

La matrice delle responsabilità consente di descrivere le attività e le responsabilità attraverso una tabella che incrocia le attività (tempi e fasi) con le risorse/risponsabilità (intese come operatori /strutture).

Uno stesso percorso può essere rappresentato con diverse matrici che riportino chiaramente se il professionista interessato assume, di volta in volta, nel percorso il ruolo di responsabile delle attività (da indicare con R), o di collaboratore (da indicare con C) o se deve solo esserne informato (da indicare con I).

Tabella 4. Matrice delle responsabilità (tratto da *Costruisci PDTA. Fondazione Ricerca e Salute - ReS*)

| FASE DI PERCORSO: | | | | | |
|-------------------|--------|------------|-------------|-------|-------------------------|
| ATTIVITÀ/AZIONE | MEDICO | INFERMIERE | OTA/OSS/AUS | ALTRI | Necessità di competenze |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Inoltre, il percorso può riportare anche una matrice delle attività che riporti le modalità specifiche di lavoro, indicando chi svolge le attività, come le svolge, dove, quando, perché.

Tabella 5. Matrice delle responsabilità (tratto da *Costruisci PDTA. Fondazione Ricerca e Salute - ReS*)

| DESCRIZIONE ATTIVITÀ | | | | | | |
|----------------------|-------------------------|------|--------|------|--------|-------------------------|
| ATTIVITÀ | CHI FA e RESPONSABILITÀ | COME | QUANDO | DOVE | PERCHÈ | Documenti/registrazioni |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

2.8 La definizione dei sistemi di monitoraggio: indicatori e audit

Per una corretta implementazione e per il monitoraggio di un PDTA è fondamentale che esso preveda al suo interno:

- l'identificazione di un set di indicatori di aderenza al percorso (indicatori di processo);
- la definizione di una serie di indicatori di esito intermedio;
- la predisposizione di questionari di gradimento da somministrare alla popolazione target prima e dopo i cambiamenti;
- la costruzione di cruscotti aziendali in grado di monitorare gli interventi.

Alcuni indicatori di processo ed esito di percorsi integrati di cura sono oggetto di monitoraggio delle regioni da parte del Ministero della Salute, nell'ambito del Nuovo Sistema di garanzia per il Monitoraggio dell'Assistenza Sanitaria, di cui al DM 12 marzo 2019. Nell'effettuare la scelta degli indicatori da includere in un PDTA sarà opportuno verificare la coerenza degli stessi con quelli oggetto di monitoraggio nazionale.

2.9 L'empowerment del paziente e il ruolo delle Associazioni

Il PDTA nasce dall'esigenza di assicurare una presa in carico globale del paziente che riveste il ruolo di attore attivo e principale del processo. In tale contesto, il supporto delle Associazioni di pazienti e familiari risulta rilevante, sia nei programmi di formazione e informazione verso gli operatori e la comunità, in particolare nelle relazioni di pazienti e familiari, sia nella definizione stessa del PDTA, che può prevedere una loro partecipazione attiva e formalizzata all'interno del gruppo di lavoro multidisciplinare.

Come riportato nel PNC, il contributo delle Associazioni e del volontariato attivo si esplica, inoltre, nel supporto allo sviluppo dell'*empowerment*, *l'ability to cope*, ed il *self-care* del paziente, nel presupposto che pazienti consapevoli ed esperti siano in grado di gestire la propria qualità di vita al massimo delle loro potenzialità.¹ Tali abilità rappresentano delle leve fondamentali per l'efficacia e l'efficienza del sistema, da sviluppare e sostenere attraverso programmi di educazione documentabili e monitorabili.

2.10 Il piano di diffusione, formazione e implementazione del PDTA

Le Aziende sanitarie devono provvedere alla diffusione del PDTA proposto, in accordo e con il supporto della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, anche avvalendosi di strutture con competenza specifica nella comunicazione. Gli incontri di presentazione ed implementazione dovrebbero coinvolgere gli operatori sanitari e il personale delle strutture coinvolte nel percorso e altri stakeholder. Inoltre, occorre prevedere momenti di informazione e di educazione alla salute rivolte alla popolazione, ai pazienti, alle loro Associazioni e ai familiari, in modo tale che il paziente sia informato sulle opportunità offerte dal PDTA. I canali di comunicazione

del PDTA possono essere i più diversi: da quelli tradizionali cartacei a quelli digitali (es. sito web, app, ecc.).

3. Proposta di template di PDTA

Il template di seguito proposto, elaborato dal Gruppo di lavoro Costruisci PDTA della Fondazione ReS e realizzato adattando precedenti esperienze regionali e aziendali⁷, è da intendersi quale suggerimento metodologico e pratico: sarà possibile per le Aziende sanitarie modificarne e adattarne le diverse parti per rispondere alle esigenze organizzative e alle direttive regionali.

| Logo dell'istituzione sanitaria -Struttura emittente | TITOLO DEL PDTA | | Rev. n. gg /mm/aaaa |
|--|-----------------|-----------|------------------------|
| Redatto | Verificato | Approvato | |
| | | | |

Gruppo di lavoro multidisciplinare composto da:

-
-

| | |
|--|-------------------------|
| Luogo e modalità di conservazione: | Firma del Responsabile |
| Revisione senza modifiche <input type="checkbox"/> | Motivo della revisione: |

Strutture organizzative alle quali deve essere diffusa

- | | |
|---------|---------|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

Di seguito vengono riportati gli indici dei documenti PDTA regionale e aziendale, prevedendo che, a partire dal documento regionale, ciascuna Azienda sanitaria declini il percorso secondo le caratteristiche organizzative peculiari del proprio contesto operativo e territoriale.

STRUTTURA DEL DOCUMENTO LIVELLO REGIONALE

INDICE

PREMESSA E SCOPO

I criteri per la scelta del problema di salute

La valutazione del bisogno assistenziale

CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

I Centri e le Strutture coinvolte (descrizione generale)

Professionisti coinvolti (descrizione generale)

RIFERIMENTI NORMATIVI

EVIDENZE SCIENTIFICHE A SUPPORTO

LE MODALITÀ OPERATIVE DEL PDTA

I criteri di inclusione/esclusione

Gli aspetti clinici, assistenziali ed esistenziali del PDTA

I SISTEMI INFORMATIZZATI

IL MONITORAGGIO DEL PDTA

Indicatori e audit (*template successivo*)

GLOSSARIO E ACRONIMI

ALLEGATI

STRUTTURA DEL DOCUMENTO LIVELLO AZIENDALE

INDICE

PREMESSA E SCOPO

- I criteri per la scelta del problema di salute
- La valutazione del bisogno assistenziale
- La valutazione delle risorse e degli obiettivi di budget

CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

- I Centri e le Strutture coinvolte
- Gli attori del gruppo multidisciplinare

RIFERIMENTI NORMATIVI

EVIDENZE SCIENTIFICHE A SUPPORTO

LE MODALITÀ OPERATIVE DEL PDTA

- I criteri di inclusione/esclusione
- Gli aspetti clinici, assistenziali ed esistenziali del PDTA
- Matrice di responsabilità
- L'elenco (e i recapiti) dei Centri e delle Strutture coinvolte
- La rappresentazione del PDTA (*template successivi*)

I SISTEMI INFORMATIZZATI

IL MONITORAGGIO DEL PDTA

- Indicatori e audit (*template successivo*)

GLOSSARIO E ACRONIMI

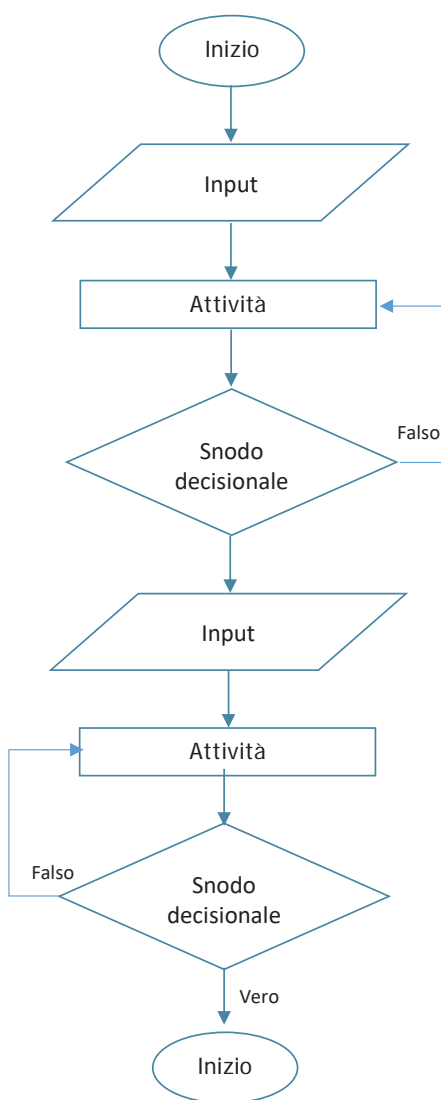
ALLEGATI

LA RAPPRESENTAZIONE DEL PDTA

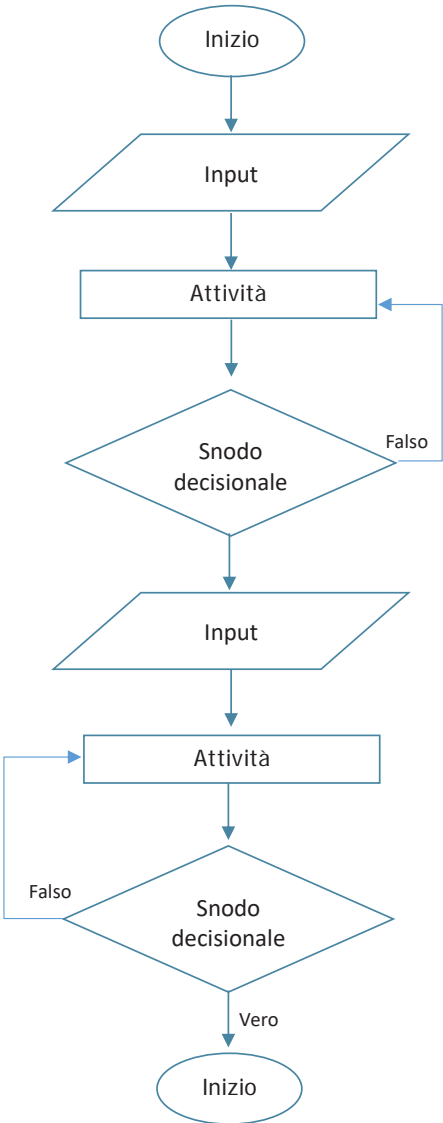
Matrice delle responsabilità

| Professionisti /Attività | Attore 1 | Attore 2 | Attore 3 | Attore 4 | Attore 5 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1 Applicazione della procedura (se diverso dal Responsabile di struttura) | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

Diagramma di flusso



Combinazione Matrice delle responsabilità e Diagramma di flusso

| Azioni | Responsabile | Documentazione in Ingresso o in Uscita | Note |
|---|--------------|--|------|
|  <pre>graph TD; Start1([Inizio]) --> Input1[/Input/]; Input1 --> Attivita1[Attività]; Attivita1 --> Snodo1{Snodo decisionale}; Snodo1 -- Falso --> Attivita1; Snodo1 -- Vero --> Input2[/Input/]; Input2 --> Attivita2[Attività]; Attivita2 --> Snodo2{Snodo decisionale}; Snodo2 -- Falso --> Attivita2; Snodo2 -- Vero --> End1([Inizio]);</pre> | | | |

IL MONITORAGGIO DEL PDTA

Struttura per gli indicatori

| | |
|---------------------------|--|
| Raccomandazione | |
| Indicatore | |
| Numeratore e Denominatore | |
| Fonte dati | |
| Criteri di selezione | |
| Target | |
| Tempo di riferimento | |
| Frequenza rilevazione | |

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Piano Nazionale Cronicità, 2016.
2. Fondazione Ricerca e Salute – ReS. COSTRUISCI PDTA. Il Pensiero Scientifico Editore, 2020.
3. Kinsman L, Rotter T, James E, Snow P, Willis J. What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. BMC medicine. 2010;8:31.
4. EPA (European Pathway Association). [Available from: <http://e-p-a.org/>].
5. The Joint Commission [Available from: <https://jointcommission.org>]
6. TriHealth [Available from: <https://www.trihealth.com>]
7. ASL Toscana Sud Est. Format PDTA della ASL Toscana Sud Est con esempi di PDTA. Deliberazione del direttore generale n.974/2017.