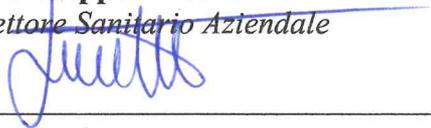


 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
		<p>Rev.: 00</p> <p>Data: 1 dicembre 2020</p>

GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI

MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE

VERIFICA	
Data.....	<p>Dr. Giuseppe Visconti <i>Direttore Sanitario Aziendale</i></p> 
APPROVAZIONE	
Data.....	<p>Dr. Giorgio Casati <i>Direttore Generale</i></p> 
DATA EMISSIONE	
Data.....	

VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale	Presidio/Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
	X			

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
---	--	---

GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE



Redatto da

Dott.ssa Susanna Busco

*Responsabile UOS Percorsi Clinico Assistenziali
UOC Programmazione Controllo e Governo Clinico*

RUOLO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Redatto da

Dott.ssa Roberta Biaggi

Direttore ff UOC professioni Sanitarie Ospedaliere

Dott.ssa Lorena di Lenola

PO Centrale di Continuità Assistenziale e PDTA

SVILUPPO PATRIMONIO PROFESSIONALE E PIANO DI FORMAZIONE CONTINUA, COMUNICAZIONE e DIFFUSIONE

Redatto da

Dott.ssa Assunta Lombardi

Direttore UOC Sviluppo organizzativo e del patrimonio professionale

Dott.ssa Marilisa Coluzzi

P.O. Formazione

Un ringraziamento alla **Dott.ssa Annalisa Sebastianelli** per il supporto nelle iniziali attività di progettazione e sviluppo dei PDTA a livello aziendale

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <hr/> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
---	--	---

Indice

PREMESSA

- 1. LA RETE PER LA GOVERNANCE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI**
 - 1.1 Modalità di definizione degli incarichi trasversali*
 - 1.2 Modalità di definizione degli incarichi verticali*
 - 1.3 Ruolo delle professioni sanitarie*
- 2. IL MODELLO AZIENDALE DI PROGETTAZIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALI (PDTA)**
- 3. VERIFICA E MONITORAGGIO**
- 4. SVILUPPO PATRIMONIO PROFESSIONALE E PIANO DI FORMAZIONE CONTINUA**
- 5. bibliografia**

Allegato 1 check list Requisiti PDTA

Allegato 2 strumenti per la rappresentazione dei PDTA

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020

PREMESSA

La complessità di gestione di alcune patologie nell'ambito di un sistema articolato come quello sanitario può determinare condizioni favorevoli i difetti di congruità, di continuità e di scarsa integrazione nei processi assistenziali contribuendo alla variabilità e alla frammentazione delle cure.

L'adozione di un modello di approccio per processi rappresenta un fondamentale strumento di coordinamento e di orientamento verso i risultati.

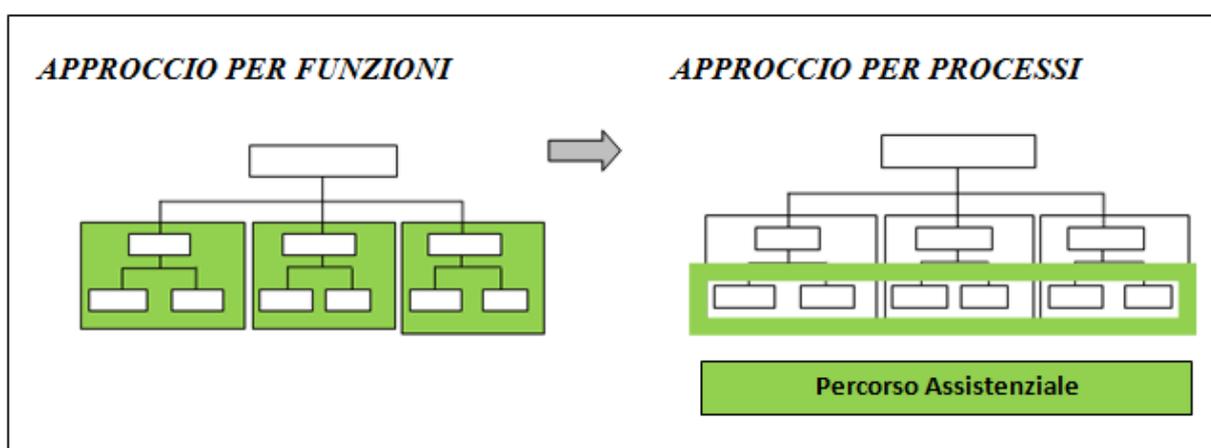


Fig.1. Approccio Trasversale del percorso assistenziale

Possiamo considerare un **percorso clinico assistenziale** per la gestione di un problema di salute, come un **macroprocesso** costituito da più episodi correlati e da più prestazioni che vedono coinvolte sia le strutture ospedaliere, sia le strutture territoriali che i servizi sociali.

Possiamo dire che l'attivazione della gestione per processi o percorsi clinici dà la possibilità:

- di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento e alle risorse disponibili;
- di instaurare un confronto tra i professionisti coinvolti;
- di misurare le attività e gli esiti con indicatori specifici;
- di definire gli obiettivi, i ruoli e gli ambiti di intervento;
- di garantire chiarezza delle informazioni all'utente e chiarezza dei compiti agli operatori;
- di migliorare la costanza, la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate;
- di prevedere e quindi ridurre l'evento straordinario, facilitando la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti;
- di facilitare la visione totale della problematica da gestire;
- di rafforzare la capacità di identificare i nodi critici dei processi clinico assistenziali per intervenire e il senso di responsabilità complessiva dell'organizzazione sui risultati;
- di agevolare a delineare il miglior percorso praticabile per la risoluzione di un problema di salute.

	GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE	 Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020
--	---	--

La ridefinizione di modelli di “presa in carico” e di “continuità assistenziale” che mettono il paziente al centro dell’assistenza, in un continuum dalla prevenzione alla diagnosi, al trattamento, al follow up e al fine vita, trova supporto nello sviluppo e nel disegno dei **Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) che prevedano anche i percorsi di Prevenzione (PPDTA)**. Il PDTA è uno strumento che riorganizzando e standardizzando i processi di cura, definendo gli obiettivi, i ruoli e le funzioni di ciascuno, i tempi e gli ambiti di azione, attraverso una condivisione ed integrazione di interventi, permette oltre ad un razionale ed efficiente utilizzo delle risorse disponibili, un miglioramento della presa in carico del paziente, pur sempre nel rispetto della sua centralità e della personalizzazione delle cure.

Il PDTA, è uno degli strumenti su si basa il programma +VITA, modello attualmente attivato a livello aziendale per la presa in carico delle persone con patologie croniche o di lunga durata

Il PDTA rappresenta infatti la base per la definizione del **Percorso Assistenziale Individuale (PAI)**, personalizzato sui bisogni assistenziali del paziente, spesso affetto da più patologie concomitanti. Il cambio di paradigma attuato a livello aziendale prende in considerazione il superamento del concetto di ‘curare la malattia’ legato al singolo PDTA, passando al concetto del ‘prendersi cura’ della persona con un problema di salute, coinvolgendo tutti gli aspetti clinici, assistenziali e sociali, che rappresenta la sintesi di più PDTA in un **unico Percorso Assistenziale Individuale**, cioè centrato sul singolo paziente

Con delibera aziendale **n.422 del 3 ottobre del 2016** è stato approvato dalla direzione strategica aziendale il progetto per la ‘Gestione per processi e percorsi clinici’ con l’obiettivo di promuovere un modello di gestione integrato delle varie componenti assistenziali in grado di cogliere il bisogno di salute, assicurando efficacia, appropriatezza ed efficienza dell’offerta di salute, garantendo continuità in tutte le fasi del percorso assistenziale

Le attività che si sono quindi sviluppate nell’ambito del progetto ha portato alla definizione di un approccio metodologico di gestione per percorsi trasformando il progetto in processo operativo, sancito con **successiva delibera aziendale n. 848 del 5 ottobre 2018**

Nell’ambito di tale progettualità sono stati sviluppati i seguenti percorsi

- ✓ Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della donna con sospetta o accertata neoplasia della mammella
- ✓ Il percorso Diagnostico Assistenziale del tumore del polmone.
- ✓ Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con sospetto o accertato tumore del colon retto
- ✓ Protocollo operativo per il percorso assistenziale del paziente con politrauma o trauma grave
- ✓ Percorso clinico organizzativo per la gestione dell’anemia carenziale in pronto soccorso

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
--	--	--

- ✓ Percorso Integrato di Cura dei pazienti con Broncopatia Cronico Ostruttiva (BPCO)
- ✓ Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Diabete Mellito
- ✓ Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Intraospedaliero del paziente con embolia polmonare
- ✓ Percorso Diagnostico terapeutico Assistenziale dei Disturbi Schizofrenici
- ✓ Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della persona con sospetta o accertata infezione da SARS CoV2

<https://www.ausl.latina.it/component/content/article/14-approfondimenti/2092-percorsi-assistenziali>

L'approccio di tipo trasversale per la gestione dei problemi di salute ha comportato per l'azienda un importante impegno per l'introduzione del cambiamento concettuale delle modalità di gestione delle persone con un problema di salute.

La gestione per processi e percorsi clinici necessita però di un modello organizzativo che sia sostenibile e diffuso in modo capillare a livello aziendale

La riprogettazione dell'assistenza sanitaria aziendale attraverso l'introduzione di percorsi clinici prevede la definizione di una metodologia definita e validata che, diffusa a livello aziendale, diventi un riferimento comune nella pianificazione, costruzione nonché rappresentazione di tutti i PDTA. La descrizione della metodologia di gestione per processi e percorsi clinici definisce anche un sistema di governance: riorganizzazione del sistema di responsabilità, meccanismi di valutazione multidimensionale della qualità assistenziale e della performance, formazione continua e valutazione della performance professionale.

Una forte integrazione tra gli staff di Direzione e i dipartimenti clinici, nell'ambito di una chiara linea di indirizzo della direzione strategica, sono elementi essenziali per la gestione del cambiamento

Il documento si propone l'obiettivo di descrivere i processi e gli strumenti per la gestione del modello per percorsi a livello aziendale

A tale scopo sono state identificate tre fondamentali linee di attività

1. Sviluppo di una **rete per la governance dei PDTA**: Lo sviluppo di un sistema di responsabilità della dirigenza medica, integrato con i coordinamenti delle professioni sanitarie che garantisca la corretta implementazione e la verifica della corretta applicazione di quanto condiviso e definito oltre che l'effettiva integrazione tra le diverse strutture e tra le diverse figure professionali coinvolte
2. Definizione di un **modello aziendale di progettazione** pianificazione elaborazione ed implementazione **dei PDTA**, utilizzando un linguaggio comune anche nella sua rappresentazione,

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
--	--	--

3. Sviluppo di un **sistema di monitoraggio e valutazione dei risultati attesi**: non solo relativamente al PPDTA progettato ed implementato ma anche sulle ricadute della gestione per processi e percorsi clinici a livello aziendale
4. Sistema di **sviluppo del patrimonio professionale** per incrementare competenze e gestire il cambiamento

Il presente documento si pone l'obiettivo di descrivere i processi e gli strumenti per la gestione del modello per percorsi nella ASL di Latina elaborati

1. LA RETE PER LA GOVERNANCE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI

La rimodulazione dell'assistenza nella Asl di Latina, di cui i PDTA sono uno degli strumenti, oltre che ad un cambiamento di tipo organizzativo necessita di un cambiamento concettuale di gestione dei problemi di salute: dal curare la malattia (to cure) al prendersi cura (to care) della persona con un problema di salute.

Il percorso clinico-assistenziale tende a trasformare la sommatoria di plurime attività diagnostico-terapeutiche e di assistenza, eseguite da un pool di professionalità (logica per prestazioni), in un processo costituito da diversi episodi clinici e organizzativi, collegati da momenti decisionali (logica di processo) ricomponendo gli episodi e gli attori in un processo unico, finalizzato a un obiettivo comune: il risultato di salute della persona.

La ristrutturazione aziendale secondo questo modello deve prevedere un sistema che ne consenta la radicazione e la governance. Si rende quindi necessario definire principi, meccanismi e regole per disciplinarne la gestione

Lo sviluppo di nuovi assetti nel sistema delle responsabilità, può rappresentare un fattore fondamentale di stimolo e accelerazione dei processi di riprogettazione organizzativa

Si è reso quindi necessario progettare un sistema di responsabilità che non fosse ancorato esclusivamente alle strutture e articolazioni organizzative, ma integrato con responsabilità di singoli processi o di gruppi omogenei di processi assistenziali, quindi di tipo trasversale

Questa ridefinizione non esclude le responsabilità di tipo strutturale ma, piuttosto, ridefinisce una integrazione delle due tipologie di responsabilità (**fig 4**)

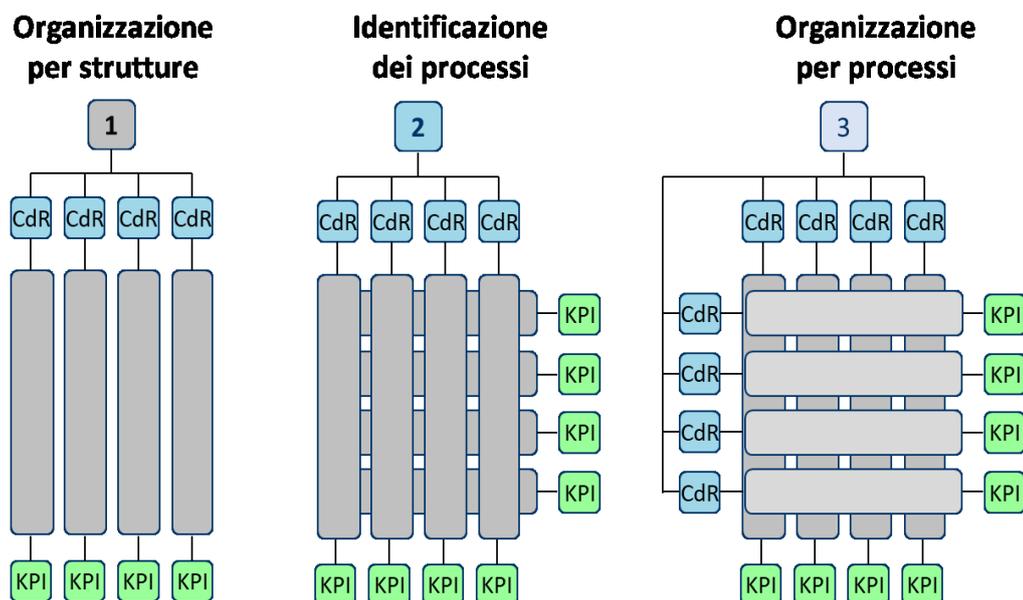


Fig 4

Legenda: CdR Centro di Responsabilità KPA Key Performance Area KPI Key Performance Indicator

Per sostenere il cambiamento è necessario passare oltre che attraverso un cambio di paradigma anche attraverso l'individuazione di risorse professionali dedicate per sostenere la riprogettazione dal punto di vista organizzativo.

L'azienda sanitaria deve infatti impegnare le relative risorse ritenute necessarie per assicurare sia la progettazione ed elaborazione dei percorsi clinico assistenziali sia la loro verifica di implementazione e monitoraggio dei risultati in termini di processi e di esiti

Affinchè si configuri un mantenimento della corretta coordinazione dei diversi professionisti e delle diverse strutture, è necessario individuare una responsabilità non più verticale ma trasversale che provveda a presidiare i processi funzionali che costituiscono l'intero percorso a livello aziendale.

Tale sistema permette di presidiare i processi assistenziali costruiti e necessita conseguentemente lo sviluppo di un modello di valutazione della performance professionale basato sul sistema di responsabilità finalizzata alla gestione dei PDTA. A tal fine è in via di sviluppo un **sistema di valutazione della performance professionale relativa agli incarichi di tipo trasversale** al fine di trasformare il sistema di referenti di percorso in un sistema di responsabilità trasversali con indicatori di valutazione

Nell'ambito di questa riprogettazione si inserisce il nuovo sistema di responsabilità con l'individuazione di incarichi dirigenziali professionali di tipo trasversale definiti nell'ambito dei diversi percorsi pianificati a livello aziendale. Gli incarichi dirigenziali professionali e le posizioni organizzative delle

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
--	--	--

professioni sanitarie definiscono una ‘rete multiprofessionale’ in grado di presidiare i processi assistenziali nell’ambito dei percorsi nella fase di progettazione elaborazione oltre che nella fase di verifica e monitoraggio, gettando le basi per la costruzione di un modello di governance dei PDTA

Per la costruzione del modello di identificazione degli incarichi dirigenziali professionali trasversali o di PDTA si è fatto riferimento a quanto previsto dal CCN della dirigenza e delle professioni sanitarie che prevede l’attribuzione di incarico professionale a tutti i dirigenti con > di 5 anni di servizio.

La riprogettazione del sistema di responsabilità relativamente agli incarichi professionali è stata condotta attraverso la costruzione di un “modello” condiviso con i Direttori di Dipartimento e di U.O. attraverso successivi appositi incontri che ha portato alla individuazione di incarichi professionali trasversali oltre che verticali;

Poiché non è ipotizzabile attribuire nell’ambito di ogni struttura un incarico professionale per ogni percorso è necessario identificare un modello che preveda la possibilità di presidiare il maggior numero di percorsi con le risorse disponibili. Il modello deve inoltre tenere conto ed evidenziare le attività e la vocazione che le singole UO intendono sviluppare o che le caratterizzano. Per tale motivo per il modello di definizione della tipologia di incarichi professionali sono stati previsti oltre agli incarichi trasversali, ovvero riferiti ai PDTA, anche incarichi di tipo verticale, ovvero riferiti alle attività delle singole UO.

In questo modo la responsabilità si tramuta verso una tipologia di responsabilità diffusa e condivisa.

Questo sistema permette di costruire una rete in grado di presidiare sia l’intero percorso in una visione trasversale i processi che ne fanno parte, sia di mappare l’offerta delle attività rilevanti presenti nelle singole UO a livello aziendale

Poiché in rapporto al variare dell’assetto organizzativo e del numero dei dirigenti nonché dei loro requisiti è necessaria una continua evoluzione sia nelle proposte di nuovi incarichi sia nelle proposte di affidamento. **Al fine di rendere stabile il modello e trasformarlo in modalità operativa è necessario che per la proposta di nuovi incarichi, da parte delle UUOO e della direzione strategica, si tenga conto del modello e della necessità di sviluppo ed implementazione dei percorsi al fine di alimentare la rete dei referenti**

Per le modalità di affidamento e di pesatura si faccia riferimento al ‘Regolamento in materia di graduazione degli incarichi dirigenziali’ e ‘Regolamento in materia di affidamento, conferma e revoca incarichi dirigenziali’ adottato con delibera n.188 del 04/03/2019

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
--	--	--

1.1 Modalità di Definizione incarichi trasversali (o di PDTA)

Per la definizione degli incarichi di tipo trasversale sono stati effettuati i seguenti passaggi:

- a) Identificazione dei problemi di salute: oltre ai PDTA deliberati o in corso di deliberazione/chiusura sono stati identificati ulteriori problemi di salute o processi clinici in cui si prevede di sviluppare un PDTA
- b) Suddivisione in categorie
- c) Mappatura per ogni percorso identificato, di tutte le strutture coinvolte, sia in modo prevalente che secondario, dal problema di salute oggetto di PDTA e identificazione delle funzioni di ogni struttura all'interno di classi omogenee di percorso al fine di costruire possibili aggregazioni con finalità omogenee.
- d) Declinazione delle funzioni per ogni incarico

a) Identificazione dei problemi di salute

Al fine della definizione degli incarichi da individuare è stato necessario identificare i problemi di salute da gestire attraverso l'elaborazione di un PDTA aziendale

L'identificazione dei problemi di salute per lo sviluppo di un PDTA prevede una serie di valutazioni che devono tenere conto di più fattori che possono essere inseriti in tre dimensioni fondamentali

Strategicità: per l'azienda: può essere data da indicazioni ministeriali o regionali, dall'impatto epidemiologico, dall'elevato costo di gestione, dalla pressione dell'opinione pubblica rispetto alla eventuale problematica socio sanitaria della patologia o del processo per la struttura: una eventuale patologia o attività o un processo che caratterizza la UO o è di primaria importanza per l'attività svolta di quella struttura

Complessità: è data dal coinvolgimento di più strutture o da più professionisti oppure dalla complessità dei processi di presa in carico (per es. gestione complicanze diabete), alta variabilità di trattamento

Rilevanza epidemiologica/ numerosità È data dalla numerosità del campione (prevalenza, incidenza, volumi operatori etc..)

A queste dimensioni può essere considerato eventualmente anche l'elevato impatto sociale

E' evidente che poiché la gestione per percorsi nasce con l'obiettivo di ottimizzare la gestione di un problema di salute almeno una delle tre dimensioni deve essere presente

La decisione della progettazione/elaborazione di un percorso può essere data come direttiva dalla direzione strategica ma anche essere proposta da una o più strutture

Il processo organizzativo della progettazione ed elaborazione di un PDTA è diverso a seconda della complessità organizzativa ed il numero di strutture coinvolte

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE	
		Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020

La identificazione della rilevanza delle funzioni di ogni struttura nell'ambito dell'intero processo ha permesso di definire la tipologia di incarico trasversale rispetto al problema di salute da presidiare da attribuire per ogni struttura identificata dalla mappatura : di singola patologia o per aggregazioni di PDTA all'interno di classi omogenee, per categoria di PDTA

Il processo di identificazione degli incarichi ha dato luogo alla definizione della filiera delle UO per cui è presente un referente di UO o di struttura per presidiare il tratto di percorso in cui la UO è coinvolta (fig 7, 8)

TUMORE DELLA MAMMELLA	UO	DENOMINAZIONE INCARICO	
	Oncologia Aprilia	tumori della donna	
	Prevenzione Attiva	Promozione della salute e sorveglianza della popolazione	
	Screening	tumore della mammella	
	SPDC	sostegno psicologic tumore della mammella	
	Anatomia Patologica	tumori della donna	
	Medicina Nucleare	Patologie oncologiche percorso diagnostica tradizionale, chirurgia radioguidata e terapie	
	Patologia Clinica CoreLab	patologie oncoematologiche	← Categoria di PDTA
	Radiologia Diagnostica e Interventistica DEA II	tumore della mammella	
	Radiologia Diagnostica DEA I	tumori della donna e della tiroide	← Aggregazioni di PDTA
	Radioterapia	tumori della donna e trattamenti combinati RTCT	
	Patologia Clinica DEA I	patologie oncoematologiche	
	Ostetricia Ginecologia DEA II	tumore della mammella	← singola patologia
	Pronto Soccorso e OBI DEA II	patologie oncoematologiche	
	Pronto Soccorso OBI Terracina Fondi	patologie oncoematologiche	
	UTIC Emodinamica DEA II	patologie oncoematologiche	
	UTIC Emodinamica DEA I	patologie oncoematologiche	
	Breast Unit	tumore della mammella	
	Oncologia DEA II	tumori della donna	
	Riabilitazione	tumore della mammella	
Oncologia DEA I	tumori della donna		

Fig 7 di mappatura dei percorsi per tipologia di incarichi tumore della mammella

	UO	DENOMINAZIONE INCARICO	
DIABETE	Assistenza Medica e Specialistica NE	Diabete, malattie del fegato	
	Assistenza Medica e Specialistica SO	Diabete, malattie del fegato	
	Prevenzione Attiva	Promozione della salute e sorveglianza della popolazione	
	Salute Mentale NE	patologie oncoematologiche e croniche	
	Patologia Clinica CoreLab	Diabete e MRC	
	Radiologia Diagnostica DEA I	Patologie Croniche	← Categoria di PDTA
	Patologia Clinica DEA I	Diabete e MRC	
	Ostetricia Ginecologia DEA II	Diabete in Gravidanza	
	Ostetricia Ginecologia DEA I	Diabete in Gravidanza	
	Ostetricia Ginecologia Fondi	Diabete in Gravidanza	
	Pediatria DEA II	Obesità e diabete in età pediatrica	
	Pediatria DEA I	Malattie croniche pediatriche	
	Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza DEA I	Diabete Mellito e Complicanze in urgenza	
	Medicina d'Urgenza e UTN	Gestione riaccutizzazione e complicanze paz con pat cron	
	Chirurgia Vascolare	Chirurgia del Piede Diabetico	
	Oculistica DEA II	Diabete e altre MaLattie Croniche	
	Oculistica Terracina	Diabete e altre MaLattie Croniche	
	Medicina Generale DEA I	Diabete e Malattie del Fegato	
	Medicina Generale Terracina Fondi	Diabete e Malattie del Fegato	← Aggregazioni di PDTA
	Medicina Generale DEA II	Diabete	← singola patologia
	Nefrologia e Dialisi DEA II	Nefropatia Diabetica	
	Geriatrica	polipatologie croniche	
	Diabetologia 1	tecnologia per diagnosi e cura del diabete	
		diagnosi e cura delle complicanze del diabete e diabete sec	
	Nefrologia e Dialisi DEA I	Diabete e Malattie Renali Croniche	
	Nefrologia e Dialisi Terracina Priverno	Diabete e Malattie Renali Croniche	
	Diabetologia 2	Diabete	
		Diabete in gravidanza ed età pediatrica	

Figura 8 esempio di mappatura dei percorsi per tipologia di incarichi Diabete mellito

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
--	--	--

d) Identificazione tipologia di incarico e Declinazione delle funzioni

Il coinvolgimento di una figura professionale sanitaria coinvolta direttamente nel percorso è una condizione importante in quanto è necessario sperimentare quanto prodotto nella pratica quotidiana dell'organizzazione per valutarne l'efficacia

Nell'ambito della definizione egli incarichi trasversali sono stati identificati tre tipologie a seconda del ruolo:

- I. Referente di struttura
- II. Referente di aggregazione/ integrazione ospedale territorio, ove presente un numero \geq di 10 incarichi di struttura; funge da raccordo tra referenti di aggregazioni di strutture e referente di percorso
- III. Referente di percorso, a valenza aziendale,

I. **Referente di struttura:** Poiché il percorso assistenziale a livello aziendale è il concatenamento di più processi è necessario individuare nell'ambito di ogni struttura una figura dirigenziale in grado di presidiare i processi condivisi con le altre strutture che fanno parte di quel dato percorso con i seguenti obiettivi:

- Partecipare alla costruzione del PDTA e condividere le scelte adottate nell'ambito della struttura di appartenenza;
- Fungere da riferimento, con le altre strutture coinvolte nel PDTA che si relazionano con la struttura, nella gestione delle criticità derivanti dall'esigenza di operare in modo integrato;
- Partecipare alla identificazione e costruzione degli indicatori in particolare nell'ambito della attività relativa al percorso svolta dalla struttura di appartenenza
- Monitorare e valutare i PDTA, in relazione al contributo fornito dalla struttura di appartenenza allo scopo di migliorare le performance e proporre interventi di aggiornamento del medesimo, migliorare i processi i coordinamento con gli altri referenti di struttura
- Eventuali ulteriori obiettivi specifici indicati dal direttore di UO relativamente al PDTA

II. **Referenti di aggregazione di UO o integrazione ospedale territorio** In caso di percorsi particolarmente complessi e con il coinvolgimento di più strutture è prevista una ulteriore tipologia di incarico che funga da riferimento intermedio tra il referente di percorso e i referenti di struttura con i seguenti obiettivi:

- Collaborare con il referente di percorso alla progettazione del PDTA
- Collaborare con il referente di percorso al coordinamento della elaborazione curando gli aspetti di integrazione ospedale territorio
- Fungere da raccordo tra referente di percorso e aggregazioni di UO in base alle funzioni rispetto al percorso (es. PDTA diabete : coordinamento delle UUOO coinvolte nella gestione delle

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
--	--	--

complicanze maggiori in integrazione tra ospedale e territorio). Le aggregazioni vanno definite in accordo tra referente di percorso e referente di aggregazione, in condivisione con il Governo Clinico

- Verificare e monitorare gli snodi di passaggio tra ospedale e territorio o tra aggregazioni di UO
- Eventuali ulteriori obiettivi specifici indicati dal direttore di UO relativamente al PDTA

Referente di percorso: Il coordinatore non deve essere un responsabile di struttura, ma un dirigente con adeguate capacità di tipo organizzativo, gestionale, relazionale oltre che di leadership. Il ruolo del referente di percorso permette la valutazione della efficacia delle procedure messe in atto durante l'elaborazione del PDTA volte a creare coordinamento ed integrazione tra le varie attività svolte dai diversi professionisti che permettono il raggiungimento dei traguardi intermedi e finali.

Questa figura ha il compito di fungere da riferimento per gli altri referenti, nonché da raccordo tra i vari referenti di struttura e la direzione clinica del percorso assistenziale aziendale (in caso di diversa figura) e il referente dei Percorsi Assistenziali all'interno del Governo Clinico

Gli obiettivi di questa figura sono:

- promuovere la progettazione di percorsi e coordinarne l'elaborazione secondo la metodologia aziendale
 - perseguire l'obiettivo del 'radicamento' del percorso clinico, raccordandosi con i referenti di struttura e i referenti delle professioni sanitarie
 - pianificare e coordinare l'effettuazione delle attività necessarie per la verifica ed il monitoraggio con particolare riferimento alla gestione dei nodi decisionali che determinano il passaggio in carico del paziente tra strutture differenti
 - Provvedere alla effettuazione del Monitoraggio e valutazione dei PDTA in ottica aziendale
 - Promuovere, attraverso il coinvolgimento dei referenti di struttura, l'audit e la revisione periodica del PDTA;
 - Raccordarsi periodicamente con il governo Clinico al fine di condividere i risultati degli audit di PDTA per l'identificazione delle possibili linee di azione finalizzate ad assicurare il rispetto di quanto definito nel documento o proporre azioni di miglioramento in caso di evidenti criticità emerse
 - Eventuali ulteriori obiettivi specifici indicati dal direttore di UO relativamente al PDTA

Il referente di percorso deve avere la capacità di incrociare lo sviluppo per fasi cliniche del processo assistenziale con la dimensioni organizzative, identificando le attività ed i processi che compongono il PDTA, individuando quali sono i fenomeni critici per la corretta implementazione.

Facendo parte del sistema, deve essere in grado di cogliere il possibile ostacolo ed identificare possibili soluzioni. Il professionista coinvolto deve avere la capacità di comprendere l'origine degli ostacoli che

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
--	--	--

possono essere di natura clinica, non corretta identificazione, organizzativa, non corretto utilizzo dello strumento, errato timing etc. La visione di insieme di tutto il percorso permette di identificare e presidiare le possibili criticità che si dovessero presentare durante la fase di implementazione oltre che di natura organizzativa anche legate a situazioni determinanti per la soddisfazione del paziente/utente.

Il ruolo del referente di percorso oltre alla valutazione della efficacia delle procedure messe in atto durante l'elaborazione del PDTA deve avere un ruolo di stimolo e supporto per il gruppo di lavoro volto a creare clima di collaborazione, facilitando il coordinamento ed integrazione delle varie attività svolte dai diversi professionisti per il raggiungimento dei traguardi intermedi e finali.

Deve porsi come riferimento del gruppo di lavoro, motivandolo e indirizzandolo dal punto di vista metodologico, fungendo da facilitatore dei processi, suggerendo possibili azioni per migliorare la collaborazione e il team work

1.2 Modalità di individuazione degli Incarichi professionali di tipo verticale

I criteri utilizzati per la individuazione degli incarichi verticali sono stati i seguenti:

1. Linee di attività clinica (vocazione clinica) : identificano lo specifico settore clinico in cui la UO sia specializzata o fornisca specifiche prestazioni clinico assistenziali nell'ambito di linee di attività specializzate
2. Linee di attività legata allo sviluppo di metodologie o tecnologie diagnostiche o terapeutiche avanzate o innovative
3. Pianificazione e attuazione delle attività pertinenti alla UO ma distanti dai punti di vista geografico per i luoghi di erogazione

Nella definizione degli incarichi di tipo verticale e per la loro pesatura di deve tener conto delle risorse disponibili all'interno della UO nonché del grado di competenza e specializzazione rispetto alla attività prevista. Tali proposte definiscono di fatto la mappatura delle attività di rilevanza specialistica che caratterizzano le UO a livello aziendale

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <hr/> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
--	--	--

1.3 Ruolo delle professioni sanitarie

L'approccio multidisciplinare, richiesto dalla logica dei PDTA, rende necessario un coordinamento tra le varie funzioni anche nel contesto professionale assistenziale e tecnico, per la costituzione di una rete di referenti che vedano coinvolte in un unico modello anche le unità operative che si occupano della supervisione delle attività nell'ambito PDTA, identificando ruoli e ambiti favorendo l'integrazione operativa tra i diversi attori coinvolti al fine di costruire una rete integrata e multidisciplinare.

Per la costruzione della rete della governance dei PDTA sono state identificate alcune funzioni relativamente alla posizioni organizzative previste a livello aziendale nell'ambito delle professioni sanitarie:

- a) Referente per tutti i PDTA aziendali per il dipartimento delle Professioni Sanitarie
- b) Referente Tecnico Assistenziale di Percorso per specifici percorsi
 - a) il Responsabile di Area Omogenee di Organizzazione (ArOA) Centrale di Continuità Assistenziale e PDTA è referente per il Dipartimento delle Professioni Sanitarie per i PDTA aziendali con funzione di diffondere la cultura dei percorsi, di sviluppare l'integrazione multi professionale e di fungere da raccordo per tutti i Referente Tecnico Assistenziale di Percorso con le seguenti funzioni:
 - individua il referente tecnico assistenziale di percorso competente sul tema trattato e con lui collabora nella stesura della parte del PDTA che interessa le professioni sanitarie e la parte assistenziale.
 - Funge da riferimento per il proprio ambito, individuando le funzioni e le competenze che il personale interessato dal PDTA deve svolgere, in collaborazione con le altre strutture e professionalità coinvolte nel PDTA;
 - Contribuisce al superamento delle criticità relative all'integrazione multi professionale;
 - partecipa al monitoraggio e alla valutazione dei PDTA, collaborando con i referenti clinici ed organizzativi alla valutazione degli indicatori di processo,
 - valuta i bisogni formativi e propone corsi di formazione e/o convegni tematici;
 - b) il Referente Tecnico Assistenziale di Percorso coincide con i responsabili di posizioni organizzative in rapporto all'ambito di attività
 - responsabile ArOP qualità e sicurezza delle cure, appropriatezza clinico assistenziale, buone pratiche e procedure, standard assistenziali, è coinvolto per i propri ambiti di competenza in tutti i PDTA
 - responsabile ArOP processo assistenziale chirurgico pre-ospedalizzazione e processo assistenziale intra-operatorio è coinvolto per le fasi di trattamento chirurgico, in particolare per patologie oncologiche

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
---	--	---

- responsabile ArOP processo di prevenzione e controllo infezioni correlate all'assistenza è coinvolto nei percorsi in questo ambito e in particolare nella sepsi
- responsabile ArOP processo di standardizzazione delle pratiche radiologiche tele radiologia e sistemi informativi ris-pacs è coinvolto in tutti percorsi .
- responsabile ArOP lean management è coinvolto in tutti percorsi
- responsabile ArOP percorsi riabilitativi integrati , è coinvolto in tutti quei percorsi in cui sia ricompresa la fase di riabilitazione
- Responsabile ArOP Percorso nascita è coinvolto nello specifico percorso
- Responsabile ArOP Integrazione ed interventi socio sanitari è coinvolto in tutti i percorsi per questo ambito
- Responsabile ArOP aggiornamento e sviluppo professionale è coinvolte per la parte di competenza in tutti i percorsi
- I responsabili di AROA ospedalieri e territoriali verranno coinvolti soprattutto in merito alla rilevazione dei fabbisogni e alla giusta dislocazione delle risorse umane in funzione delle competenze professionali.

Il Referente Tecnico Assistenziale di Percorso contribuisce alla crescita culturale degli operatori in merito all'importanza dell'introduzione dei PDTA, facilitando l'integrazione multi professionale sul campo con le seguenti funzioni:

- collaborare alla definizione dei processi per la elaborazione del percorso e degli indicatori di processo necessari per il monitoraggio di tutto il percorso;
- collaborare al monitoraggio e valutazione dei PDTA in ottica aziendale con particolare riferimento alla gestione dei nodi decisionali che determinano il passaggio in carico del paziente tra strutture differenti;
- collaborare nelle attività di audit ed alla revisione periodica del PDTA;
- partecipare alle riunioni periodiche con il referente/i di percorso ed il Governo Clinico al fine di condividere i risultati degli audit di PDTA per l'identificazione delle possibili linee di azione finalizzate ad assicurare il rispetto di quanto definito nel documento o proporre azioni di miglioramento in caso di evidenti criticità emerse.

2. MODELLO AZIENDALE DI PROGETTAZIONE DEI PDTA

Il PDTA, pur contestualizzato in ogni realtà assistenziale, deve rispondere a requisiti ben definiti per permettere un confronto oggettivo tra le organizzazioni. I diversi bisogni di salute ovviamente comportano diversi processi assistenziali, con il coinvolgimento di discipline e professionalità diverse che spesso hanno linguaggi diversi. **(Fig 2)**

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
---	--	---

Il documento rappresenta uno strumento di riferimento per la stesura di tutti i percorsi assistenziali a livello aziendale, con la funzione di guida operativa per tutte le strutture impegnate nella progettazione e attuazione dei percorsi clinici – organizzativi.

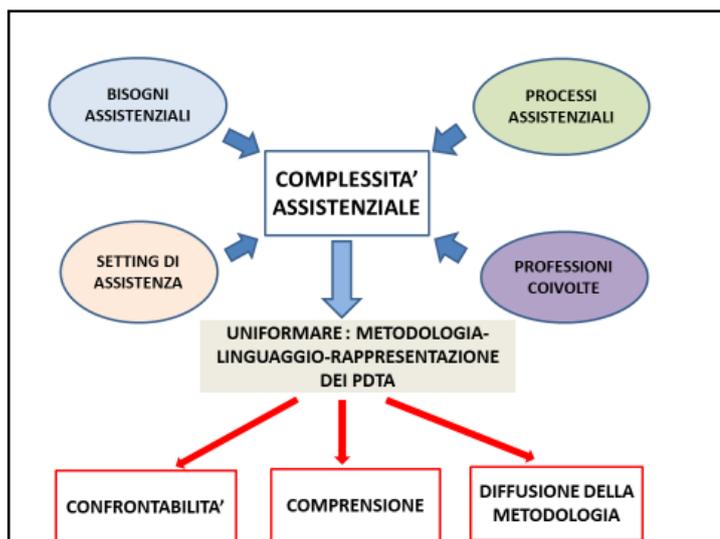


Fig 2

Nasce pertanto la necessità di utilizzare una metodologia uniforme che ponga le basi per un modello di pianificazione, sviluppo e rappresentazione attraverso un linguaggio comune che renda omogenea la chiave di lettura facilitandone quindi comprensione e diffusione. Tale approccio, oltre alla possibilità di migliorare il confronto, supporta la crescita culturale nello sviluppo ed elaborazione dei PDTA promuovendone la diffusione a livello aziendale

Il PDCA (Plan-Do-Check-Act), o ciclo di Deming o Deming Cycle ideato da W. Edwards Deming in Giappone negli anni '50 è un modello studiato per il miglioramento continuo della qualità che pur avendo un impatto forte nel breve periodo ha il suo pieno sviluppo nel medio- lungo periodo. Serve per promuovere una cultura della qualità che è tesa al miglioramento continuo dei processi e all'utilizzo ottimale delle risorse. Il modello ha lo scopo di condividere all'interno di un'organizzazione le modalità per ottimizzare i processi, migliorare l'efficienza interna con un uso razionale delle risorse attraverso l'adozione di prassi strutturate e ripetibili. I PDTA sono strumenti di gestione clinico-organizzativa che definiscono la migliore sequenza di azioni clinico-assistenziali rivolte ai pazienti, messi a punto in accordo con i principi del Miglioramento Continuo, centrando l'attenzione sulla gestione per processi sulla base delle evidenze e delle risorse disponibili. I PDTA di fatto rappresentano un modello di standardizzazione delle buone prassi e l'applicazione del ciclo di Deming nella gestione assistenziale del paziente in grado di promuovere una cultura della qualità tesa al miglioramento continuo dei processi assistenziali (**fig3**)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020

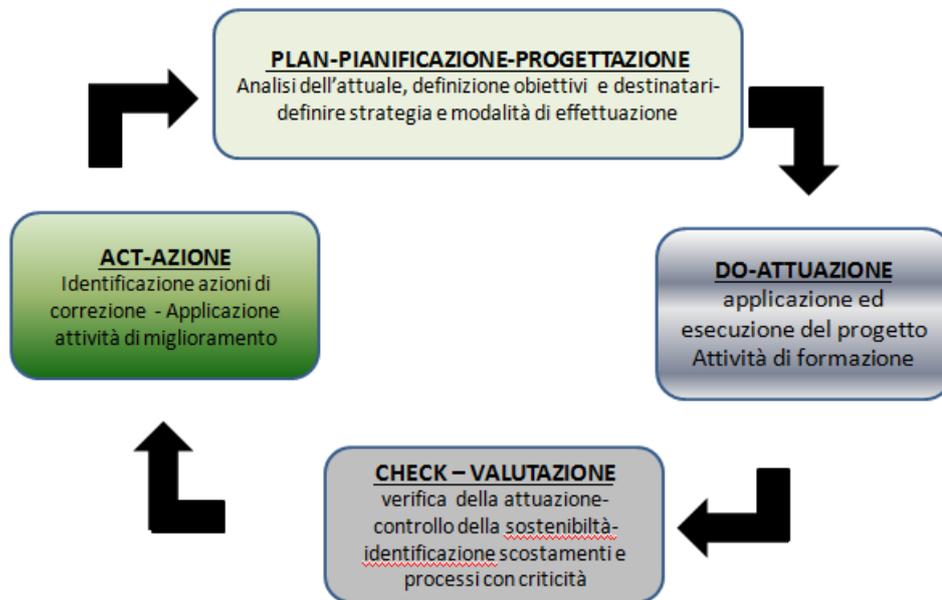


Fig 3 ciclo di Deming

La fase di pianificazione (PLAN) del Percorso è strategica per la riuscita del progetto. Uno degli elementi fondamentali della pianificazione è assicurare omogeneità e condivisione fin dall'inizio, fra i soggetti coinvolti, delle attività da svolgere secondo criteri di appropriatezza ed efficacia.

La concettualizzazione della costruzione dei percorsi clinico-organizzativi in base al metodo PDCA può essere effettuata declinando le azioni da intraprendere nelle 4 fasi del ciclo, come illustrato nella **tab 1**

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020

FASI DEL CICLO	ATTIVITA'
PLAN	- Identificazione problema di salute
	- Descrizione epidemiologica /definizione fabbisogno
	- Definizione delle fasi del percorso
	- Definizione gruppi di lavoro
	- Definizione obiettivi
	- Descrizione contesto assistenziale
	- Revisione della Normativa Nazionale e Regionale, LG e riferimenti bibliogr.
	- Definizione Ragionamento Clinico (<i>percorso ideale</i>)
	- Analisi dei processi (<i>percorso effettivo</i>)
	- Ripianificazione /correzione dei processi (<i>percorso di riferimento</i>)
	- Costruzione degli indicatori-
	- Elaborazione approvazione del documento dal gruppo di lavoro
DO	- Condivisione con associazioni di volontariato
	- Approvazione dalla direzione strategica
	- Diffusione
	- Attuazione
	- Formazione del personale
	- Implementazione

FASI DEL CICLO	ATTIVITA'
CHECK	- Verifica della effettiva attuazione delle attività previste
	- Verifica dei risultati delle azioni intraprese
	- Valutazione scostamenti tra dati ottenuti /attesi
	- Analisi delle criticità
ACT	- Condivisione dei risultati e proposte di miglioramento (audit)
	- Attuazione delle azioni correttive
	- Standardizzazione e consolidamento delle azioni
	- Attività di formazione
	- Verifica dell'attuazione

Tabella 1: concettualizzazione del ciclo di Deming per la costruzione dei PDTA

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
--	--	--

La stesura di un PDTA è un lavoro complesso per cui è importante condividere, sulla base delle risorse disponibili ed evidenziando eventuali ulteriori necessità, le attività da svolgere ed i tempi da dedicare, attraverso un **cronoprogramma** (utilizzando per es. un diagramma di Gantt) dove riportare e dettagliare le fasi di progettazione, disseminazione, implementazione, valutazione e revisione, condiviso con la struttura competente nell'ambito della UOC Programmazione Controllo e Governo clinico (UOS Percorsi Clinico Assistenziali) che presidia il processi di progettazione e stesura del PDTA fungendo da controllo e supporto metodologico

1. Definizione del problema di salute

La scelta del problema di salute per la costruzione di un PDTA aziendale è stato affrontato nel cap 1.1

La decisione su quale problema di salute o processo affrontare per la stesura di un PDTA aziendale è generalmente di pertinenza della direzione strategica. Ma le proposte possono essere avanzate dai responsabili delle strutture, motivandone la richiesta alla direzione strategica, al Governo Clinico, L'elaborazione di PDTA a valenza di struttura o di presidio possono permettere una migliore gestione dei processi assistenziali, vanno comunque condivisi a livello aziendale attraverso una comunicazione oltre che alla direzione di presidio o dipartimento anche al Governo Clinico

Per la progettazione dei PDTA aziendali o complessi o comunque derivati dalle indicazioni della direzione strategica, l'avvio delle attività avviene attraverso l'iniziale coordinamento del Governo Clinico che provvede a convocare la prima riunione di avvio attività con i referenti identificati o dalla attribuzione dell'incarico professionale o di coordinamento relativo oppure identificati dai responsabili della strutture coinvolte con l'obiettivo di condividere la metodologia

2. Descrizione epidemiologica

La **descrizione epidemiologica** del problema di salute, permette di definire l'impatto in termini di incidenza e prevalenza della malattia, presupposto fondamentale per la rilevazione dei bisogni assistenziali per la pianificazione del percorso. La valutazione della mortalità e della sopravvivenza può dare indicazioni sulla letalità della malattia (ripercussioni a livello assistenziale) e per la valutazione dell'esito di salute nel lungo periodo.

Per la definizione dei **dati di incidenza, prevalenza e mortalità** di tutte le diverse patologie oncologiche esiste ad oggi nella Provincia di Latina un "*registro tumori di popolazione*"; (<https://www.ausl.latina.it/malattie/oncologiche>). E' disponibile inoltre la possibilità di rilevare i dati dello stato di salute con un ordine di dettaglio anche comunale attraverso il sistema elaborato dal dipartimento di Epidemiologia della regione Lazio (<https://www.opensalutelazio.it/salute/>) In caso di non disponibilità di informazioni possono essere utilizzati i dati di letteratura su incidenza e prevalenza applicati alla popolazione di assistiti residente

Per la definizione della **gravità di malattia**, allo stato attuale non sono disponibili nei sistemi informativi dati clinici utilizzabili a tale scopo; il dato può essere desunto attraverso l'applicazione dei dati di letteratura alla popolazione oppure attraverso algoritmi che mettono in correlazione aspetti determinati in alcune patologie croniche (età, tipo di trattamento, ricoveri per complicanze, ricoveri ripetuti etc).

3. Definizione delle fasi del percorso

La scomposizione in fasi clinico assistenziali permette una descrizione di come le attività siano concatenate tra loro, la loro sequenzialità, identificando tutte le unità operative coinvolte rispetto ai tempi e i luoghi di erogazione. I **percorsi oncologici e i percorsi tempo dipendenti** sono caratterizzati da una fase di diagnosi, una 'fase acuta', in cui vengono effettuati i trattamenti necessari a risolvere il problema di salute, e una fase di risoluzione della malattia a cui può corrispondere una guarigione. A seguito della guarigione può essere necessaria una fase di follow up, oppure lì dove permangano degli esiti, come ad esempio la disabilità (es. ictus, frattura di femore, politraumi) si rende necessaria una riabilitazione.

Pertanto seppure i percorsi oncologici e i percorsi tempo dipendenti abbiano una prevalente gestione ospedaliera nella fase del trattamento acuto, spesso sono coinvolti nella fase post acuzie strutture territoriali

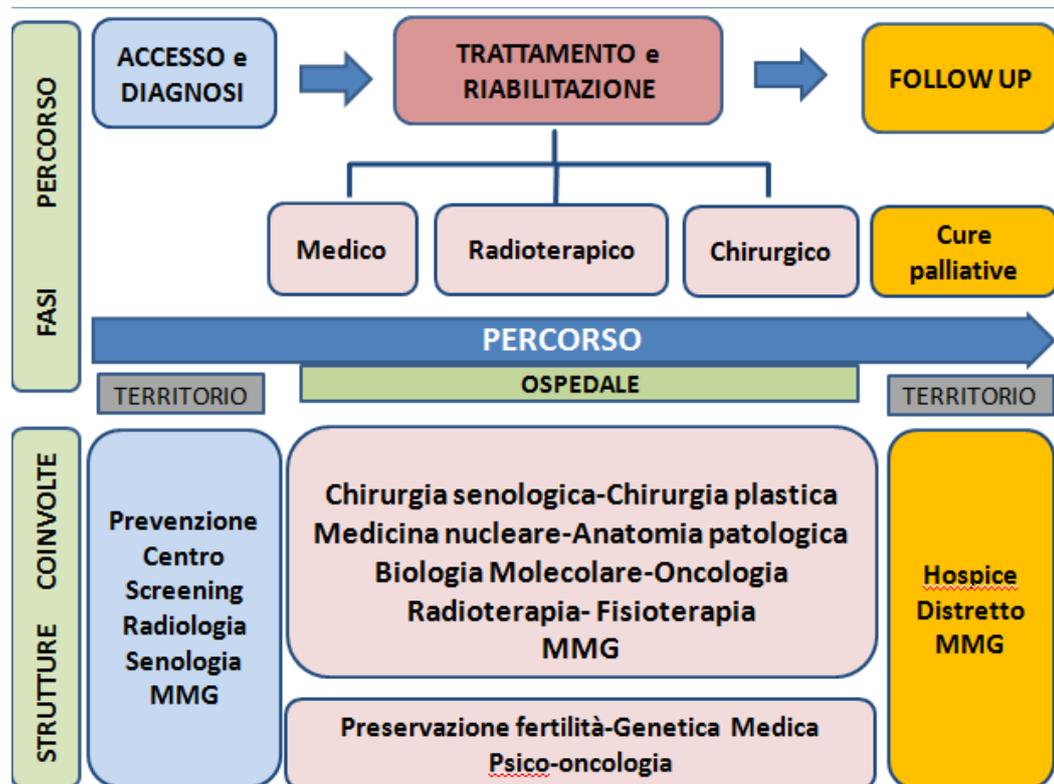


fig1 Esempio di scomposizioni in fasi del percorso diagnostico terapeutico del tumore della mammella

La **malattia cronica** si caratterizza dal fatto che non ha un inizio ed una fine di un episodio di malattia. Ad una fase di diagnosi, poichè non sono suscettibili di guarigione, le fasi seguenti di trattamento corrispondono alla fase di follow up/ monitoraggio e spesso di riabilitazione. Nelle patologie croniche è utile suddividere le fasi per gravità della malattia (o stadio) in quanto essa condiziona l'intensità di cura nel tempo. (Fig.2,3)

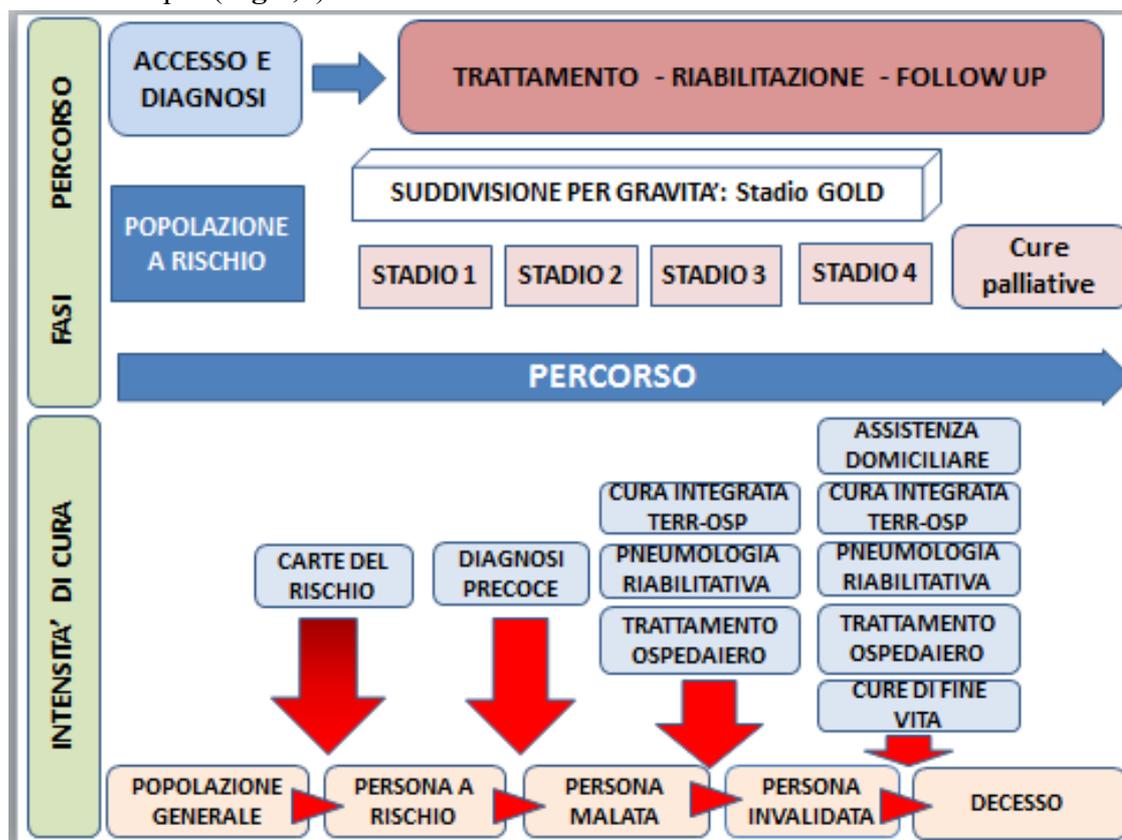


Fig 2 Suddivisione per fasi di gravità ed intensità di cura delle patologia croniche: esempio della BPCO (riadattata da 'La gestione clinica integrata della BPCO 2011' "AIMAR, AIPO, SIMER, SIMG, Ministero della Salute, AGENAS)

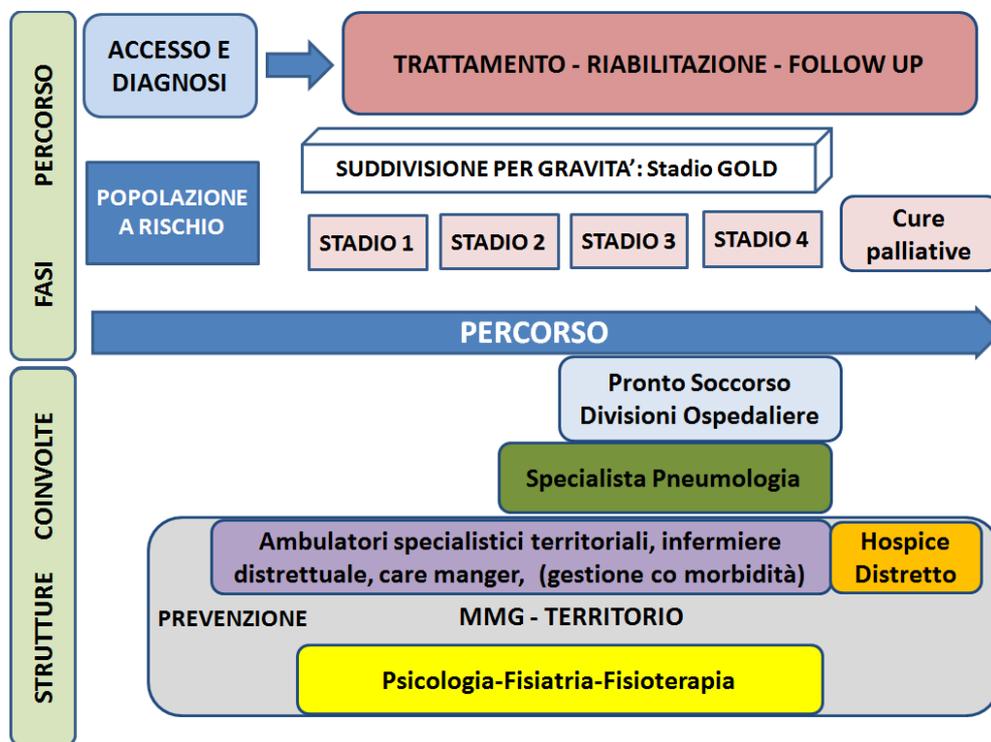


Fig.3 Suddivisione per fasi e strutture coinvolte delle patologia croniche: esempio della BPCO

La suddivisione in fasi è importante nella fase di progettazione ai fini della definizione degli episodi di cura, dei processi e delle strutture coinvolte.

Questo passaggio è di fondamentale importanza anche per la pianificazione dei gruppi di lavoro. E' importante infatti pianificare le riunioni per fase di percorso coinvolgendo le figure interessate per la discussione dei processi pertinenti a quella fase.

Seppure non è possibile categorizzare tutte le condizioni cliniche è sempre opportuna la definizione delle fasi

4. Definizione dei gruppi di lavoro

Il **Gruppo di lavoro** è un **gruppo multidisciplinare**. I gruppi di lavoro saranno formati dai dirigenti con incarico professionale relativo al percorso in via di sviluppo (di singola patologia, di aggregazione di PDTA o di classe di PDTA), identificato come **referente di struttura** e ove non presente dalle figure professionali identificate dal direttore della UO coinvolta, e dai **coordinatori delle professioni sanitarie** coinvolte o da loro delegato nonché dai referenti delle **cure primarie (MMG/PLS)**.

Il coinvolgimento - a diversi livelli - di tutte le competenze professionali interessate in fase di avvio della progettazione è indispensabile per assicurare il consenso e la reale applicazione del percorso (bottom up). A tal fine è opportuno prevedere in alcune fasi di progettazione ed elaborazione il coinvolgimento dei **referenti della farmacia** (ospedaliera e/o territoriale), **dei sistemi informativi**, e

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
--	--	--

dei referenti CUP, delle lista di attesa e accessibilità se necessario per la definizione della parte organizzativa, del Rischio Clinico.

Il referente di percorso insieme al referente di aggregazione, quando presente, provvede alla organizzazione dei gruppi di lavoro finalizzati alla elaborazione del PDTA. In rapporto alla complessità del percorso e alla numerosità di strutture coinvolte può essere opportuno costituire uno o più **Gruppi di Lavoro di Patologia ristretto (GLP)**, formato da massimo 3-5 professionisti per fase di percorso ed un **Gruppo di Lavoro di Patologia Allargato (GLPA)** che coinvolge tutte le professionalità.

I primi si occuperanno di definire, in base alle fasi del percorso, il diagramma di flusso del ragionamento clinico e di coordinare l'analisi dei processi nella fase di definizione del percorso effettivo. Il gruppo di lavoro di Patologia allargato, composto da tutte le professionalità, partecipa alle riunioni, alla condivisione della discussione di quanto elaborato dai gruppi di lavoro ristretti analizzando i criteri clinici di ingresso, degli snodi decisionali e dei criteri organizzativi per la definizione del percorso di riferimento.

Il referente di percorso, insieme al referente di aggregazione provvederà a definire un **crono programma** (diagramma di Gantt) identificando le attività e i responsabili delle attività, che verrà trasmesso alla struttura del Governo Clinico. Il referente di percorso si rapporterà con il responsabile dei percorsi clinico assistenziali del Governo Clinico per comunicare lo stato di avanzamento dei lavori secondo le scadenze concordate e per l'eventuale supporto metodologico.

Il gruppo di lavoro non si limita alla sola progettazione del PDTA, ma si occupa anche dell'elaborazione della documentazione necessaria a favorirne e garantirne l'implementazione alla diffusione delle conoscenze, e a favorire l'informazione agli utenti coinvolti dal percorso;

5. Definizione degli obiettivi

Gli obiettivi devono essere ben definiti e chiaramente indicati nel documento. Generalmente l'obiettivo è riferito all'esito di salute e alla appropriatezza professionale, ma sulla base del problema di salute che si vuole affrontare possono essere anche di tipo organizzativo o economico o di sicurezza.

6. Descrizione del contesto assistenziale

Al fine della riorganizzazione dei processi assistenziali è necessario provvedere alla ricognizione dell'offerta necessaria attraverso l'analisi del contesto assistenziale che prevede:

- ✓ definizione dei luoghi di erogazione delle prestazioni necessarie alla gestione del problema di salute;
- ✓ censimento delle strutture territoriali per le visite specialistiche necessarie: eventuali ambulatori dedicati esistenti, luoghi di erogazione prestazioni previste, valutazione della dislocazione geografica degli ambulatori specialistici, territoriali o ospedalieri, case della salute, riabilitazione

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
--	--	--

- ✓ Strutture ospedaliere di assistenza, (per es. Unità di terapia intensiva, medicina d'urgenza riabilitazione etc.. presenti nella nostra ASL nei tre Presidi Nord, Sud e Centro, strutture accreditate)
- ✓ Dislocazione delle strutture nell'ambito de Servizi (Laboratori, Radioterapia, Medicina Nucleare etc.) coinvolte nel percorso
- ✓ Personale (medici specialisti e professioni sanitarie coinvolte) al fine di tracciare le risorse disponibili.
- ✓ Disponibilità della tecnologia necessaria (apparecchiature e attrezzature diagnostiche, tipologia, disponibilità di presidi farmaceutici)

Effettuare analisi sui ricoveri, accessi al PS anche per luogo di effettuazione per tale patologia può dare informazioni su eventuali criticità di presa in carico o gestione del problema di salute (eccesso di ricoveri o di accessi al PS, ricoveri ripetuti, migrazione sanitaria etc) e fornire eventuali linee di indirizzo nella ripianificazione dell'assistenza

Anche la valutazione delle prestazioni ambulatoriali indicate per quello specifico PDTA erogate all'interno dell'azienda ed ai residenti all'esterno dell'azienda ci può dare una indicazione su i luoghi di erogazione e sui dati di migrazione

E' sempre necessario effettuare una valutazione critica sui dati di migrazione per cercare di distinguere la quota parte di migrazione sanitaria dalla migrazione geografica presente nelle zone di confine

7. Revisione della letteratura, linee guida e normativa

L'introduzione dei percorsi assistenziali deve assicurare la 'migliore pratica', nel rispetto della letteratura scientifica attuale; è quindi fondamentale procedere **alla revisione sistematica della letteratura scientifica e delle linee guida** al fine di identificare le procedure di comprovata efficacia, secondo la Evidence Based Medicine (EBM) per la gestione del problema di salute. Vanno inoltre sempre applicate **le linee di indirizzo Nazionali e regionali**

I gruppi di lavoro provvedono quindi alla revisione delle linee guida e della normativa vigente sia per l'identificazione delle migliori pratiche' sia per l'identificazione **degli indicatori e relativi target**

Vanno ricercate:

- Linee guida aggiornate (escludere le LG la cui pubblicazione sia > a 3 anni) e metodologicamente validate (per esempio tramite metodologia AGREE)
- dati di letteratura più aggiornati e consistenti
- indicazioni regionali e nazionali

può essere utile ricercare eventuali esperienza di altre organizzazioni

Le principali fonti attualmente utilizzate sono:

- Medline, Embase, CINAHL;

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
--	--	--

- PNLG (Piano Nazionale Linee Guida)
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence)
- NCG National Clearinghouse Guidelines
- revisioni sistematiche quali le Cochrane Library;
- LG di società scientifiche purchè metodologicamente validate e inserite nell'elenco approvato dal ISS
- pubblicazioni secondarie come l'ACP Journal Club e Evidence Based Medicine, che svolge una funzione di filtro selezionando solo documenti che rispondono a stabiliti criteri di qualità.

Laddove non fossero disponibili linee guida ed evidenze, occorre ricercare le migliori prassi; i comportamenti clinici, da implementare, potranno essere definiti attraverso il confronto con altre realtà operative (benchmarking, Consensus Conference), analizzando la pratica in corso attraverso la revisione della documentazione clinica e/o intervistando altri professionisti ed inoltre con attività di ricerca (osservazione, raccolta dati e valutazioni di risultato).

In questa fase viene effettuata la revisione della letteratura e della normativa anche per **la selezione degli indicatori di valutazione dei processi e di esito con gli eventuali standard di riferimento**. Nella selezione degli indicatori da costruire è di fondamentale importanza la verifica della disponibilità delle informazioni necessarie per la costruzione degli stessi.

Le linee guida e i dati di letteratura utilizzati e la normativa di riferimento andranno riportati nel PDTA nella **sezione Bibliografia e riferimenti normativi**

8. Definizione ragionamento clinico : percorso ideale

Linee guida, letteratura scientifica, linee di indirizzo regionali o nazionali definiscono **che cosa** è necessario fare, e **a chi** va fatto ovvero quali procedure devono essere messe in campo per gestire il problema di salute secondo criteri di **efficacia e appropriatezza professionale (Ragionamento clinico)**. Poiché le attività seguono una logica cronologia, dalla fase del sospetto diagnostico e per tutte le fasi successive, esse possono essere rappresentate seguendo una logica di sequenza temporale con un diagramma di flusso che documenti con precisione la migliore sequenza temporale e spaziale delle attività da svolgere per una appropriata gestione della patologia. Alla rappresentazione grafica viene allegata la descrizione analitica e descrittiva sintetica dei criteri clinici selezionati, delle indicazioni ed eventuali controindicazioni (cfr **allegato 2**)

Man mano che si procede nella definizione del percorso ideale ogni attività rilevata per la corretta gestione e ogni snodo decisionale deve essere discusso e condiviso tra tutti gli specialisti e le professionalità coinvolte durante le riunioni. Spesso infatti lì dove le evidenze non sono univoche è necessario raggiungere un consenso di comportamento. Le riunioni per la condivisione dello sviluppo del ragionamento clinico , oltre a rappresentare un momento di confronto per la costruzione del PDTA rappresentano un momento di riflessione e di aggiornamento per tutti i professionisti

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
---	--	---

Durante lo sviluppo del ragionamento clinico, definendo la best practice non si tiene conto della dimensione organizzativa che verrà affrontata nella contestualizzazione del percorso ideale attraverso la riprogettazione dei processi.

9. Analisi dei processi: descrizione del percorso in essere e descrizione modalità organizzativo/gestionali.

"Se non riuscite a descrivere quello che state facendo come se fosse un processo, non sapete cosa state facendo" Deming William Edwards

In questa fase viene descritto il percorso assistenziale effettuato di un paziente tipo affetto da quel determinato problema di salute. La ricostruzione delle fasi clinico organizzative e la descrizione analitica delle singole attività generate all'interno di un processo sanitario nonché delle responsabilità professionali è un momento fondamentale in quanto permette di rappresentare la risposta attualmente fornita dall'azienda al bisogno di salute espresso dal cittadino. Questa analisi è di cruciale importanza in quanto serve ad identificare e descrivere tutte le attività che compongono l'intero percorso del paziente, identificando consequenzialità dei processi e i rapporti tra le varie strutture evidenziando le eventuali criticità presenti, identificando eventuali attività ridondanti

Vanno quindi descritte :

- ✓ **le attività**
- ✓ **la sequenza** logico temporale tra le attività svolte,
- ✓ **uno o più input:** rappresentano ingresso o inizio dell'attività per lo più rappresentano caratteristiche o condizioni cliniche
- ✓ **l'output:** quanto si ottiene dopo la trasformazione all'interno del processo;
- ✓ le eventuali **procedure** all'interno dei processi in cui sia opportuno, per la loro rilevanza, una descrizione e definizione;
- ✓ **le risorse** utilizzate/necessarie per la corretta effettuazione del processo;
- ✓ le **interdipendenze** tra attività;
- ✓ i metodi di gestione;
- ✓ le modalità di **integrazione**
- ✓ le informazioni necessarie per stendere una descrizione del processo e della eventuale procedura;
- ✓ gli eventuali **sistemi informativi presenti** o sistemi di raccolta dati

In questa fase può essere utile verificare

- **la valutabilità**, che dipende da quanto durante il processo vengono generati i dati con cui costruire indicatori di attività e di risultato;

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
--	--	--

- **la flessibilità** ossia la facilità con cui si possono modificare attività e tempi per adattarli al cambiamento dei bisogni dei pazienti;
- **la riproducibilità**, ossia la capacità di dare origine al medesimo prodotto/ prestazione nel periodo considerato in assenza di cause di variazioni straordinarie;
- **l'efficienza** data dal rapporto tra i risultati ottenuti e le risorse utilizzate;
- **l'efficacia**, data dal rapporto esistente tra i risultati ottenuti attraverso il processo e i risultati attesi

Una accurata descrizione dei processi permette di rilevare le possibili criticità di cui tener presenti nella fase di riprogettazione

Strutturali: assenza o inadeguata disponibilità di specifiche unità operative o servizi che erogano attività necessarie,

Tecnologiche mancanza/ insufficienza di tecnologia per una adeguata gestione clinica,

Organizzative: inadeguate risorse umane, lunghezza liste di attesa;

Professionali: necessità di incrementare la competenza per particolari tipi di attività ;

Geografiche difficoltà di accesso alle strutture per esempio in zone montuose e/o estremamente periferiche.

È possibile scomporre ciascun processo secondo livelli successivi di aggregazione di attività, o sottoprocessi, in modo da chiarire meglio il funzionamento dell'organizzazione nel suo complesso ma è necessario trovare un giusto equilibrio e bilanciamento nel dettagliare il processo.

Per una schematica descrizione sintetica può essere rappresentata in una tabella descrittiva

Può essere utilizzato un **modello matriciale** con l'aggiunta della colonna relative alla descrizione delle criticità rilevante nella descrizione della attività e le possibili soluzioni proposte utile per la definizione del percorso. Questo permette di ottimizzare la ridefinizione delle attività nella fase di rappresentazione delle matrici di responsabilità nella fase di elaborazione del PDTA in cui può essere utilizzato la stessa tabella, omettendo le colonne relative alle criticità e proposte (fig 5)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE	
		Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020

FASE.....									
PROVENIENZA	ATTIVITA'	CHI FA	COME	QUANDO-tempistica	DOVE	DOCUMENTI	CRITICITA'	PROPOSTE	INDICATORI e linee guida

Fig 5 Matrice funzionale

In questa fase di descrizione dell'esistente è necessario provvedere ad effettuare un **censimento dei sistemi informativi** in uso e quali offrano l'opportunità di presidiare il percorso e quindi quali informazioni possano essere prontamente utilizzabili o desunte attraverso una integrazione degli stessi per la costruzione degli indicatori.

In considerazione del contesto geografico aziendale, **la descrizione della distribuzione geografica** delle strutture di erogazione è necessaria al fine di contestualizzare le linee guida del percorso (Es definizione del luogo di intervento chirurgico sulla base dei volumi operatori, definizione della esecuzione di prestazioni strumentali pianificate dal percorso, etc).

10. Ripianificazione dei processi – Elaborazione del percorso di riferimento

Nella fase di programmazione del percorso di riferimento, è necessario tener conto delle criticità, provvedendo alla dislocazione o esclusione di alcune attività non coerenti o che vengono ritenute non utili.

Dall'analisi dei processi e del percorso in essere descritto nel paragrafo precedente viene valutato quanto è necessario ridefinire per contestualizzare nella realtà assistenziale, quanto definito nel ragionamento clinico

È possibile scomporre ciascun processo secondo livelli successivi di aggregazione di attività, o sottoprocessi, in modo da chiarire meglio il funzionamento dell'organizzazione nel suo complesso ma è necessario trovare un giusto equilibrio e bilanciamento nel dettagliare il processo.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
--	--	--

Può essere opportuno costruire una lista di processi per quali sarebbe opportuno ricostruire analiticamente le singole procedure nel caso per esempio di maggior rischiosità del paziente, maggiore complessità organizzativa, maggior costo complessivo, maggiore criticità nell'attuazione, lì dove non siano già state oggetto di descrizione all'interno della organizzazione (E' possibile per esempio che all'interno di una struttura o presidio siano state già elaborate dei protocolli per l'attuazione di questi tipi di procedura) . **In questa fase è opportuna la condivisione con il Rischio Clinico** per un confronto sulla stesura del percorso per la valutazione della necessità della descrizione, elaborazione e formalizzazione delle procedure a maggior rischio per il paziente

E' necessario inoltre valutare la necessità di disporre di un **consenso informato ed una informativa** che se diverso da quello in uso va condiviso con il Data Protection Officer (DPO) aziendale

Nella descrizione del percorso deve essere definito

- ✓ **che cosa** viene effettuato identificando le attività svolte e i processi che costituiscono il percorso e che quindi devono essere analizzati; eventualmente a chi se ci sono più categorie di pazienti
- ✓ **chi fa**: individuazione dei compiti professionali e relative responsabilità, considerando i sottoprocessi : chi prenota, chi prescrive, etc..
- ✓ **dove** luogo di effettuazione , seting appropriato (ambulatorio, day hospital reparto etc...ma anche luogo eventualmete riportare in calce luogo di erogazione eventuale)
- ✓ **quando** :i tempi in cui viene effettuata l'attività, in termini di durata o di intervallo tra due attività
- ✓ **Documenti** generati dalla attività: referti cartacei o informatizzati, certificati, dimissioni etc..)

Riportando tutto nella tabella a matrice

La descrizione delle attività attraverso la rappresentazione con i diagrammi di flusso funzionali permette di rappresentare la dimensione organizzativa del ragionamento clinico (cfr **allegato 2**)

Molte condizioni croniche prevedono il coinvolgimento di più discipline che possono proporre interventi diversi sia sulla fase diagnostica che terapeutica amplificando la difficoltà a trovare schemi condivisi di comportamento unitario. E' fortemente necessaria la corretta descrizione dell'integrazione ospedale territorio. L'adeguata comprensione e definizione delle condizioni di salute (o eventualmente organizzative) che determinano il 'passaggio' dal territorio all'ospedale e viceversa crea le condizioni per la pianificazione di una corretta rappresentazione e quindi una pertinente valutazione dello snodo che può rappresentare una criticità. Le professioni sanitarie assumono in questa fase un ruolo molto importante non solo nella gestione dei pazienti affetti da patologie croniche. Il corretto governo di questa fase può rafforzare forme di collaborazione e coordinamento tra le varie figure professionali coinvolte.

La definizione in questa fase del **case manager** e/o del **care manager** è determinante nel presidiare la corretta presa in carico dei pazienti e la corretta gestione di alcuni degli snodi di collegamento tra le varie fasi.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
---	--	---

Per alcune patologie a gestione complessa è possibile che all'interno dell'azienda si verifichino differenti percorsi per gruppi di pazienti affetti dalla patologia oggetto di costruzione del PDTA, ed è importante la rilevazione dei vari percorsi di cura. Considerare quindi se vi sono differenze sia tra le unità organizzative della stessa azienda, se vi sono più unità organizzative che effettuano lo stesso processo o la stessa fase di un processo, sia tra professionisti, sia tra periodi diversi all'interno della stessa unità organizzativa.

11 Costruzione degli indicatori e sistema di monitoraggio

Misura ciò che puoi misurare, rendi misurabile ciò che non si può misurare
Galileo Galilei

Il monitoraggio dei percorsi assistenziali si basa fundamentalmente sulla valutazione di “ciò che si fa e si ottiene” e “ciò che ci si attende di fare e ottenere”, identificato come standard di riferimento, attraverso specifici indicatori ,

Attraverso il confronto tra percorso di riferimento ed effettivo , infatti, è possibile identificare gli scostamenti, comprenderli e pianificare le azioni di miglioramento da apportare, contribuendo in modo significativo ai processi di miglioramento della qualità-

Un indicatore è una misura sintetica, in genere espressa in forma quantitativa, coincidente con una variabile o composta da più variabili, in grado di riassumere l'andamento del fenomeno cui è riferito. Per approfondimenti su **classificazione, definizione e caratteristiche** degli indicatori si rimanda alla **bibliografia**

Per la costruzione di un indicatore è necessario

- a) **Ricognizione dei flussi informativi disponibili (fonti informative)**
- b) **Definire gli indicatori necessari per il monitoraggio**
- c) **Identificare le informazioni necessarie per la costruzione dell'indicatore**
- d) **Costruire l'indicatore**

a) **Ricognizione dei flussi informativi disponibili (fonti informative)**

Prerequisito determinante nella progettazione complessiva dei PDTA è la ricognizione di flussi informativi esistenti e di eventuali banche dati. E' necessario verificare la disponibilità ed il livello di integrazione in tempo reale tra i vari sistemi gestionali che consentano lo scambio delle informazioni relative alle condizioni di salute del paziente e alle prestazioni effettuate. Il supporto informatico gioca infatti un ruolo decisivo nel garantire la generazione di effetti permanenti sull'organizzazione alla luce dei risultati prodotti dalla gestione per percorsi assistenziali. Oltre alla definizione delle coorti di pazienti dei singoli PDTA infatti i sistemi informativi sono determinanti per la valutazione dei risultati conseguiti.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020

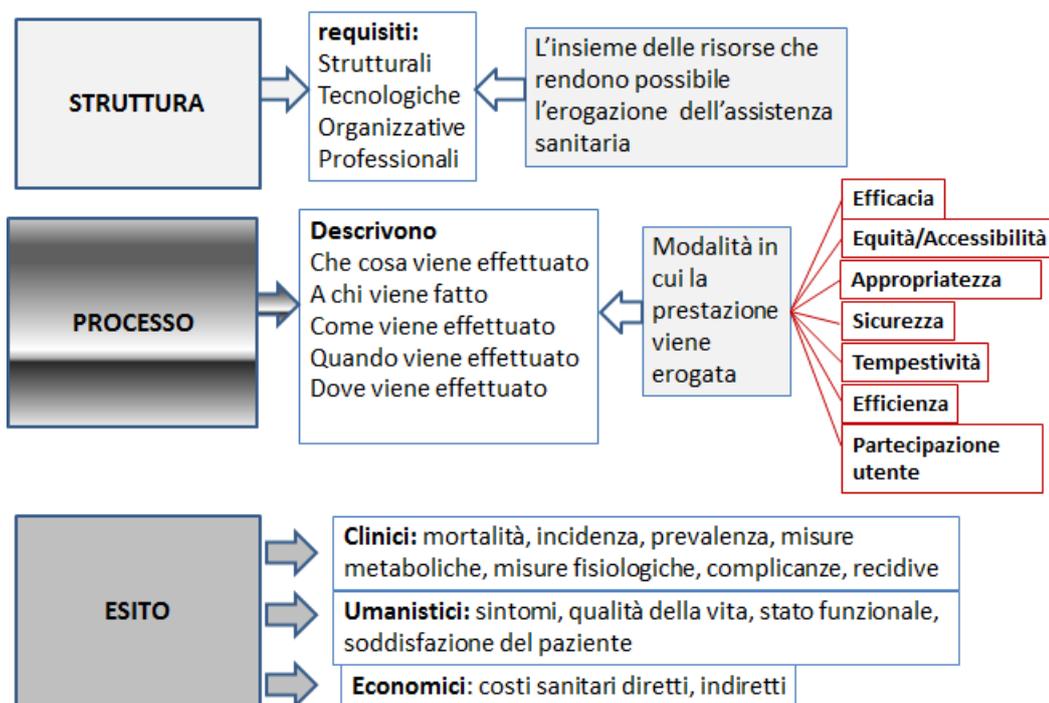
Tab. Sistemi Informativi correnti Regione Lazio*

SIO	Sistema Informativo Ospedaliero
SIAS	Sistema Informativo per l'Assistenza Specialistica ambulatoriale
SIES	Sistema informativo dell'Emergenza Sanitaria
SIAT	Sistema Informativo per l'Assistenza Territoriale
RAD-R	Rapporto Accettazione-Dimissione per la Riabilitazione del Lazio
SIAR	Sistema Informativo Assistenza Riabilitativa
SIRA	Sistema Informativo delle Residenze Assistenziali
FarMED	flusso dei dati sui Farmaci ad Erogazione Diretta
Sistemi informativi Salute Mentale	Sistema Informativo per i Servizi Psichiatrici – SISP Sistema Informativo Psichiatria di Comunità – SIPC Sistema informativo per il Monitoraggio del superamento degli OPG -SMOP

* http://www.regione.lazio.it/rl_sistemi_informativi_sanitari/?vw=contenutiDettaglio&cat=1&id=172

b) Definire gli indicatori necessari per il monitoraggio

Schematicamente possiamo considerare tre aree fondamentali che possono essere utili al fine di identificare gli indicatori da inserire nel PDTA che si sta sviluppando



 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
--	--	--

Seppure l'obiettivo dei PDTA è il miglioramento in termini di salute, la verifica degli esiti è spesso molto difficile a causa dei lunghi tempi di osservazione. Di più immediata valutazione sono i risultati in termini di applicazione del PDTA che possono essere identificati dagli indicatori di processo. Essi permettono di definire gli interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, riabilitativi, palliativi, assistenziali in genere) prescritti ai pazienti, rispetto a quanto definito nel PDTA: che cosa facciamo e a chi (**efficacia, appropriatezza professionale**), come, quando, dove lo facciamo (**appropriatezza organizzativa**) utilizzando le giuste risorse (**efficienza**), rispettando criteri di equità. La valutazione in tempi brevi di quanto effettuato, necessaria al fine di attivare il ciclo di miglioramento continuo che è alla base della gestione per processi e percorsi clinici, è effettuabile quindi attraverso gli indicatori di processo. Rispetto agli indicatori di esito sono meno influenzati dalle differenze di case-mix e permettono di identificare le inapproprietezze (in eccesso e in difetto), suggerendo precocemente le aree di miglioramento del processo assistenziale.

Nella definizione degli indicatori di processo vanno senz'altro inseriti quelli che possono essere definiti proxy (sostitutivi), perchè potenzialmente in grado di prevedere un miglioramento degli esiti assistenziali. Tale predittività – definita 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. Accade spesso che una efficace e appropriata effettuazione dei processi condiziona in modo così significativo l'esito di salute che l'indicatore che ne valuta la corretta esecuzione può essere considerato alla stregua di un indicatore di esito. E' il caso dell'intervento di frattura di femore entro 48h nelle persone con < 65a. indicatore inserito nel Piano Nazionale Esiti.

E' opportuno individuare gli indicatori per ogni fase del percorso.

Tra la valutazione degli esiti va sempre inserita anche la valutazione di gradimento dei pazienti attraverso indagini di qualità percepita o incontri con i rappresentanti dei pazienti, associazioni, analisi dei reclami ecc.

Alcuni esempi di indicatori di esito sono accessi al PS, recidive, miglioramento dolore, miglioramento funzionale dopo riabilitazione

c) **Identificare le informazioni necessarie per la costruzione dell'indicatore**

Questa fase è fondamentale per la costruzione di indicatori che poi risultino rilevabili e calcolabili. Le informazioni per essere utilizzate nella costruzione di un indicatore devono essere standardizzate e univoche. Se si utilizza un flusso informativo aziendale, generalmente le informazioni sono codificate. Le informazioni possono essere codici di malattie o codici di prestazioni ICD9, codici del nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, terapie (farmaci) ma anche valori pressori, età, misure di analisi etc.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
--	--	--

Sarebbe utile poter disporre di dati attraverso il contenuto informativo degli eventi clinici rappresentati nel PDTA ma i flussi informativi correnti non dispongo attualmente di dati clinici.

E' necessario che le informazioni identificate per la costruzione di un indicatore siano rappresentative di quel fenomeno e la loro raccolta completa, e che la rilevazione avvenga in tutti o quasi gli eventi o soggetti su cui si è deciso di indagare permetta cioè di rappresentare tutto il campione in studio. Se ad esempio vogliamo valutare la proporzionalità di interventi conservativi nel tumore della mammella, dobbiamo essere certi di aver inserito tutti i codici che identifichino la tipologia 'intervento conservativo'. Per approfondimenti sulla descrizione e tipologia delle variabili si rimanda alla bibliografia.

d) Costruire l'indicatore

Un indicatore può essere rappresentato da una media, (Esempi. tempo medio di attesa dall'inserimento in lista operatoria ed intervento, durata media delle prestazioni, durata media dei giorni di ricovero. Etc.) ma generalmente è rappresentato da rapporti o proporzioni, con un numeratore ed un denominatore. E' opportuno, una volta definiti gli indicatori da inserire nel PDTA e verificata la disponibilità delle informazioni necessarie, provvedere alla costruzione dell'indicatore. Per ogni indicatore deve essere riportato:

- ✓ numeratore
- ✓ denominatore
- ✓ target ovvero il valore atteso
- ✓ eventuale range di accettabilità, con un valore minimo
- ✓ periodo temporale di raccolta
- ✓ fonte dei dati
- ✓ riferimenti normativi o di letteratura

Nella fase di monitoraggio vengono verificati i risultati complessivamente raggiunti. Gli indicatori costruiti nella fase di programmazione del percorso rappresentano il sistema di monitoraggio sia dei risultati intermedi che di quelli finali di gestione dei processi assistenziali. La tempistica per la valutazione degli indicatori viene generalmente definita nel cronoprogramma iniziale. I risultati degli indicatori vengono poi descritti in un report che viene discusso e condiviso con il gruppo di lavoro.

Alcuni Esempi di indicatori:

FASE DI TRATTAMENTO E FOLLOW UP PDTA tumore della mammella

INDICATORE	STANDARD	RIFERIMENTO	FONTE DATI	
N° donne operate per neoplasia mammaria con visita fisiatrica entro 10gg dall'intervento / N° tot. donne operate per neoplasia mammaria	TARGET ≥ 90%	Linee guida interne	Percorso BU	← INDICATORE DI PROCESSO
	MIN ≥ 80			
N° donne operate per neoplasia che presentano dopo 1 anno limitazione art spalla omolat. >10% / N° tot donne operate per neoplasia mammaria	TARGET ≤ 5%	Linee guida interne	Percorso BU	← INDICATORE DI ESITO
	MIN ≤ 15%			

Questi due indicatori sono strettamente correlati e monitorizzano lo stesso evento. La precoce presa in carico del fisiatra per una corretta riabilitazione post chirurgica è fondamentale per limitare i danni articolari. Il primo indicatore di processo, verifica che effettivamente la visita avvenga secondo i tempi previsti. Il secondo indicatore verifica l'esito

FASE DIAGNOSI II LIVELLO PDTA tumore della mammella

INDICATORE	STANDARD	RIFERIMENTO	FONTE DATI	
N°. donne operate per ca mammario con diagnosi pre-operatoria definitiva (B5/ C5)/N° tot. donne operate per ca mammario	TARGET ≤ 90%	EUSOMA (DCA38/2015)	Percorso BU	← INDICATORE DI PROCESSO
	MIN ≤ 80%			
N°. donne con diagnosi di ca mammario inv. che effettuano ecografia cavo ascellare /N° tot donne operate con diagnosi di ca mammario inv.	TARGET >90%	Linee guida interne	Percorso BU	← INDICATORE DI PROCESSO

Sono entrambi indicatori di processo.

Oltre ad indicatori previsti dalla normativa o dalle linee guida, possono essere identificati indicatori che abbiano una rilevanza per gli snodi decisionali. La effettuazione della ecografia ascellare permette una adeguata stadiazione per la definizione il successivo iter terapeutico.

Al fine di rendere efficiente il processo di monitoraggio è opportuno che le informazioni siano reperibili attraverso flussi di dati correnti ma purtroppo allo stato attuale spesso non è sempre possibile avere le informazioni necessarie da questi flussi informativi. E' il caso del tumore della mammella: è stato necessario costruire un **flusso informativo ad hoc** in quanto le informazioni per la costruzione degli indicatori previsti dalla relativa normativa regionale non sono disponibili da flussi informativi. Questo

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE	
		Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020

rappresenta un problema legato la fatto che le informazioni non sono disponibili automaticamente ma devono essere inserite ad hoc da un operatore, richiedendo quindi un impegno ulteriore

FASE TRATTAMENTO E FOLLOW UP PDTA BPCO

INDICATORE	TARGET	FONTE DATI
<u>Presa in carico</u> NUMERATORE: n. Pazienti età ≥40 con diagnosi BPCO arruolati con accesso e dimissione dal PS DENOMINATORE: tot accessi al PS per BPCO età ≥40	Trend in diminuzione	Flussi informativi aziendali

INDICATORE DI ESITO

La verifica degli accessi al PS che non si traducono in ricovero possono essere un segno di una inadeguata risposta della gestione territoriale. In questo caso non è definito un target dell'indicatore ma può essere utile la valutazione del trend dopo l'implementazione del PDTA

INDICATORI PReValE	TARGET	FONTE DATI
<u>Tasso di ospedalizzazione</u> NUMERATORE: N.pazienti età ≥40 in Ricovero ordinario per acuti con durata della degenza > 1 giorno DENOMINATORE Tot paz affetti da BPCO età ≥40	Media regionale (Ind PReValE)	Flussi informativi aziendali

INDICATORE DI ESITO

Il ricorso al ricovero nella BPCO può avere un significato sia di aggravamento della malattia sia di non adeguata presa in carico

12. Gestione delle Riunioni

Le riunioni sono una fase importante del lavoro di pianificazione. Sono infatti un momento di discussione e condivisione del lavoro svolto di definizione del ragionamento clinico, analisi dei processi e definizione del percorso di riferimento

Nella convocazione oltre la sede viene specificato orario di inizio e orario di fine. Generalmente è opportuno pianificare riunioni brevi e strettamente operative, rimanendo al di sotto delle due ore. Riunioni brevi infatti facilitano la partecipazione sia per il fattore tempo (le attività cliniche impegnano molto del tempo dei componenti del GLP) sia per una maggiore attenzione e concentrazione che è dimostrato essere massima entro le due ore .

Nella convocazione deve essere inoltre specificato l'ordine del giorno con gli argomenti che verranno discussi.

Le riunioni sono organizzate per fase di percorso. Nei casi di percorsi complessi può essere pianificata più di una riunione per fase di percorso, incentrata su uno o più processi.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
--	--	--

Man mano che si procede con la costruzione del percorso nelle varie fasi il GLP (gruppo di lavoro ristretto) provvede a preparare un documento, possibilmente una presentazione da proiettare (es. power point,) o comunque distribuire tra i partecipanti per facilitare la condivisione e la discussione, in cui vengono illustrati tutti gli argomenti proposti nell'OdG (definizione della fase, attività secondo EBM, analisi dei processi e criticità, criteri organizzativi, criteri clinici) da condividere con il gruppo di lavoro Allargato (GLPA). Nella presentazione viene riportata la parte di ragionamento clinico costruita per la fase in discussione, in cui vengono evidenziate le best practice ovvero le attività da adottare secondo linee guida. Vengono inoltre rappresentati i processi e le modalità organizzative relative alla effettuazione delle attività discusse nel ragionamento clinico, evidenziando le eventuali criticità e quindi le possibili soluzioni proposte per la ridefinizione dei processi per la costruzione del percorso di riferimento relativo alla fase / processo in esame.

Se possibile è opportuno inviare la presentazione qualche giorno prima al GLPA, in modo da facilitare la discussione la condivisione e l'approvazione di quanto definito.

Di ogni riunione viene redatto dal GLP un verbale che riassume quanto discusso e condiviso con le conclusioni a cui si è giunti sia per la definizione delle best practice, sia per ridefinizione delle modalità organizzative con le misure adottate per il superamento delle eventuali criticità evidenziate dall'analisi dei processi in essere. Il verbale dopo essere stato condiviso con i partecipanti alla riunione per le eventuali correzioni o modifiche, verrà inviato a tutti i componenti del GLPA. I verbali di fatto rappresentano lo scheletro del PDTA.

13 Elaborazione del documento

La stesura del PDTA viene effettuata seguendo un **modello standard** (cfr **allegato 2**) con la partecipazione di tutti gli operatori coinvolti del GLPA. Vengono redatti e mantenuti dal coordinatore del gruppo di lavoro una serie di **verbali di riunioni** che dimostrano chiaramente che l'elaborazione è avvenuta con la più ampia partecipazione possibile. Questa accortezza riduce il rischio che, successivamente alla sua diffusione, si creino conflitti tra gli operatori del gruppo-

Il documento riporta gli elementi minimi per l'identificazione e la gestione documentale del sistema qualità; nella prima pagina viene indicata la denominazione dell'Azienda, Titolo del documento, data di emissione e dei numeri di pagina. La versione dei documenti viene identificata a partire dal n.0 che corrisponde alla prima emissione; successive modifiche fanno scattare l'indice di una unità. (revisioni)

Nella prima pagina del documento vengono indicati i responsabili di verifica e Approvazione con la data della stesura. Nella e pagine successive i responsabili coinvolti. Le modifiche apportate in sede di revisione vengono segnalate nella seconda pagina del documento con la firma del responsabile della modifica. E' auspicabile una successiva stesura del PDTA semplificato ad uso pazienti allo scopo di migliorare i gradi di informazione e facilitare la condivisione della cura del paziente e / o dei suoi familiari/caregiver. E' **opportuna la condivisione con le associazioni dei pazienti prima della**

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
---	--	---

conclusione del documento attraverso la presentazione al tavolo misto permanente. In questa sede verranno accolti suggerimenti e proposte e verrà quindi **concordato il gruppo di lavoro con le associazioni** per la elaborazione di un documento che illustri in modo semplificato il PDTA, da diffondere ai cittadini. In tale sede verranno anche definite le eventuali attività delle associazioni di Volontariato a supporto della implementazione e diffusione, nonché di informazione ai cittadini. Il tavolo misto di lavoro inoltre collaborerà alla costruzione dello **strumento di valutazione percepita dello specifico PDTA**. Durante tutto il processo di progettazione e stesura la varie fasi di progettazione sono condivise con il referente dei Percorsi Clinico Assistenziali del Governo Clinico per la verifica e l'eventuale supporto metodologico.

14 Approvazione

Al termine del lavoro verrà prodotto un documento che verrà condiviso con il Governo Clinico che provvederà alla verifica dei requisiti previsti, secondo la check list allegata (Allegato 1) E' importante che il PDTA rispetti una serie di parametri come la coerenza con l'obiettivo prefissato, sovrapponibile al processo tecnico professionale che intende descrivere, indicare chiaramente le singole responsabilità per ogni episodio o fase del percorso eseguire una veste editoriale conforme alle regole stabilite.

Dopo firma dei responsabili delle strutture viene successivamente inviato per approvazione alla direzione strategica aziendale

I PDTA deliberati o comunque approvati dalla direzione strategica verranno raccolti in un archivio dal Governo Clinico e pubblicati sul sito aziendale

Per favorire l'implementazione del PDTA è necessario provvedere a mettere in atto tutti gli strumenti a disposizione per garantire una adeguata comunicazione e disseminazione, descritta nel paragrafo successivo integrata da un piano di formazione multi professionale descritta nel capitolo 4

15 Comunicazione e Disseminazione

Ciascun PDTA avrà un piano di comunicazione che terrà conto dello scenario, della individuazione dei target, degli strumenti da realizzare per stratificazione dei target, del monitoraggio dell'efficacia della comunicazione realizzata.

Oltre alla disseminazione e comunicazione ai diversi attori professionali, chiave per la riuscita dell'implementazione del PDTA sono i cittadini e le associazioni che li rappresentano.

La partecipazione e il coinvolgimento di cittadini, pazienti e professionisti, sono, infatti, determinanti per incrementare i valori di efficacia delle cure, di equità nell'uso delle risorse e la sostenibilità dei sistemi sanitari

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
--	--	--

Il nuovo modello di gestione per percorsi e viene, infatti, presentato e promosso attraverso una campagna di comunicazione multicanale che si rivolge a tutta la popolazione del territorio della ASL e, attraverso materiali specifici di presentazione e di engagement, offre strumenti informativi al potenziale target di utenti e ai loro caregiver.

Strumenti di diffusione

Materiali di comunicazione

I materiali di comunicazione specifici vengono distribuiti e resi fruibili presso touch-point privilegiati (gli studi dei Medici di Medicina Generale, le farmacie, ecc).

Sito WEB

All'interno del sito web Azienda Asl, viene dedicato un ampio spazio ricco di informazioni e di facile consultazione per tutte le tipologie di utente, un immediato "punto informativo" così articolato:

- ✓ Presentazione del modello di gestione per percorsi
- ✓ Descrizione dei PDTA aziendali attivati con i relativi riferimenti
- ✓ Corsi di formazione sul tema accessibile ai professionisti sanitari, ai care giver e volontari
- ✓ Video esplicativi sul pdta e la patologia
- ✓ Possibilità di aderire al percorso mediante la sottoscrizione di una scheda di adesione patto di cura che rende il paziente corresponsabile del suo percorso di cura
- ✓ Vetrina delle attività di diffusione del progetto

Campagna sui Media

Vengono Realizzate iniziative che permettono ai pazienti e ai cittadini di acquisire competenze nel settore della salute, in particolare chiamandoli ad una consapevole responsabilità nelle scelte di salute e nelle abitudini di vita attraverso:

- ✓ Comunicati stampa
- ✓ House Organ Aziendale
- ✓ Articoli con focus sulle attività relative alla diffusione e realizzazione dei PDTA
- ✓ Quotidiani
- ✓ TV

Comunicazione nel territorio

Numerosi eventi realizzati nelle piazze principali dei Comuni della Provincia hanno la finalità di incontrare i cittadini sul territorio, informarli così da rendere comprensibile e chiaro il nuovo modello e facilitarne l'adesione da parte del cittadino. Le iniziative prevedono:

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
--	--	--

- ✓ Visite specialistiche
- ✓ Esami di screening
- ✓ Interventi di promozione della salute
- ✓ Conferenze
- ✓ Proposte di mobilità sostenibile con focus su ambiente e salute
- ✓ coinvolgimento degli imprenditori agricoli locali KM 0, con prodotti agricoli

Tavolo misto permanente della partecipazione (TMPP)

Organo ufficiale dell'ASL Latina per il confronto costante tra professionisti e cittadinanza attraverso le associazioni del III settore, coinvolte sia in plenaria sia per sottogruppo nelle diverse aree di riferimento. Compito delle associazioni del terzo settore, nel modello proposto, è quello di condividere, attraverso riflessioni congiunte, il percorso diagnostico terapeutico disegnato e supportare la realizzazione dello stesso attraverso azioni che mirino a assicurare il coinvolgimento e la partecipazione di tutta la popolazione target

Materiali POP

Elaborati dalla Comunicazione aziendale per diffondere e presentare con un linguaggio chiaro e semplice l'efficacia del nuovo modello o presso ospedali centri distrettuali farmacie

Carta dei servizi

La carta dei servizi aziendale prevede una apposita sezione dedicata ai Percorsi assistenziali e buone pratiche nella quale vengono rappresentati in forma semplificata i diversi percorsi attivi in azienda

News letter aziendale

Aperta e accessibile al pubblico contiene informazioni sempre aggiornate dedicate ai PDTA.

3.VERIFICA E MONITORAGGIO

Non si può gestire ciò che non si può misurare
Robert Samuel Kaplan

La progettazione e la realizzazione del sistema di monitoraggio dei percorsi si propone di sviluppare a livello sistemico, la funzione di controllo dei risultati intermedi e finali di gestione dei processi assistenziali, per identificare le situazioni di criticità e definire, di concerto con l'organizzazione e gli operatori coinvolti, le azioni da intraprendere per governarle.

Gli strumenti utilizzati a livello aziendale per la valutazione degli indicatori sono:

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
---	--	---

- Il Data warehouse attualmente attivato per la valutazione dei ricoveri ospedalieri. Utilizza il flusso informativo SIO Attraverso analisi per gruppo di patologia ma anche per singolo codice ICD9 o per procedure permette, il calcolo di indicatori per il monitoraggio dei percorsi ospedalieri

E' in via di sviluppo l'integrazione con altri flussi informativi al fine di costruire un sistema di monitoraggio integrato per la valutazione dei percorsi integrati ospedale territorio

- La Piattaforma attualmente utilizzata per il programma + VITA permette, attraverso le informazioni raccolte rispetto alle prestazioni e tramite i flussi informativi collegati, la valutazione degli indicatori rispetto alle coorti dei pazienti arruolati nei PDTA attivati nell'ambito del programma

- Programma Breast Unit costruito ad hoc attualmente utilizzato per la valutazione degli indicatori previsti dal DCA regionale. Deve essere alimentato manualmente

E' necessario infatti verificare che tutti i percorsi progettati siano realizzati con le indagini e attività previste dai protocolli concordati e che tutti i processi e le loro fasi siano svolti secondo la sequenza ed entro i tempi previsti (principi di riferimento: tempestività, umanizzazione efficacia, appropriatezza, sicurezza) 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 rispetto a momenti fondamentali del percorso quali la Prevenzione, Accesso alle cure, Aderenza al percorso, Aderenza alle cure, Aspetti clinici dell'assistenza, aspetti organizzativi, Esiti

Il/i referente/i aziendali provvedono a redigere un piano di verifica dell'applicazione del percorso

Deve essere verificato se quanto definito viene regolarmente eseguito, analizzando processi (es. appropriatezza e applicazione delle procedure cliniche assistenziali, linee guida, organizzazione dei processi clinici, tempi di attesa e modalità di accesso, documentazione clinica,), esiti (es. recidive, mortalità, soddisfazione dei pazienti, riammissioni in ospedale non programmate etc). E' opportuna la valutazione degli aspetti riferiti anche a struttura e risorse (es. personale sanitario, logistica, apparecchiature, dispositivi).

La valutazione avviene attraverso la misurazione degli indicatori di processo ed esito previsti per il percorso, ma anche attraverso la verifica sul campo delle procedure attuate, attraverso per esempio interviste al personale, e la rilevazione della soddisfazione degli utenti. Si tenga presente che valutare non sempre vuol dire attribuire un numero ma può essere la descrizione di un fenomeno consapevole del problema della riproducibilità e dell'accuratezza della descrizione

Almeno una volta l'anno il referente di percorso, e quando presente il referente di aggregazione, in collaborazione con i referenti delle professioni sanitarie per quanto di loro competenza, provvedono a redigere un report con i risultati delle verifiche e del monitoraggio

Rappresenta un momento di confronto su quanto messo in atto, relativamente ai processi e ai risultati degli obiettivi proposti.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
--	--	--

Il Report viene condiviso nell'ambito di una riunione di audit in cui devono essere coinvolti tutti i referenti del percorso individuati sia per gli ambiti sanitari che delle professioni sanitarie. Durante la discussione dei risultati devono essere evidenziate le aree di criticità e devono essere sviluppate proposte per attuare azioni correttive, raccomandazioni o apposite procedure per migliorare la qualità delle performance e supportare le decisioni strategiche.

Nella riunione viene sempre effettuata la verifica della eventuale necessità di aggiornamenti del percorso in base a eventuali nuove Linee Guida o nuovi indirizzi diagnostico terapeutico assistenziali o nuove tecnologie

In seguito all'audit viene prodotto un verbale, che viene letto e approvato da tutti i partecipanti e successivamente firmato dal/i referente/i di percorso e condiviso **con il referente dei Percorsi Clinico Assistenziali del Governo Clinico**

La copia del verbale di audit di percorso viene conservato in un registro "archivio verbali PDTA" mantenuto dalla direzione.

La discussione del Report periodico con gli operatori coinvolti è fondamentale in quanto permette di identificare le situazioni di criticità e una volta comprese le motivazioni degli scostamenti dal percorso di riferimento individuati, definire di concerto con l'azienda le azioni da intraprendere per correggerle. La costante valutazione e revisione del PDTA garantisce il miglioramento dei processi e delle attività in un ciclo di miglioramento continuo.

L'audit può essere eseguito anche quando emergano situazioni organizzative nuove, che possano giustificare una revisione critica della progettazione del percorso o della sua specifica attuazione oppure in caso in cui si rilevino aspetti particolarmente critici al fine di individuare precocemente e implementare misure di miglioramento.

Per approfondimenti si veda bibliografia

E' in corso di progettazione un **sistema di valutazione multidimensionale della performance aziendale** in cui i percorsi assumono una rilevanza strategica

Nell'ambito della definizione del modello di valutazione della performance professionale in via di sviluppo è prevista la definizione **dei pesi da attribuire ad ogni indicatore di percorso**

4. SVILUPPO PATRIMONIO PROFESSIONALE E PIANO DI FORMAZIONE CONTINUA

L'approccio person-oriented utilizzato nel modello di gestione del sistema salute descritto, fondato sulla riorganizzazione delle strutture operativo-gestionali e sulla elaborazione di Percorsi Assistenziali Integrati, multidisciplinari, all'interno dei quali vengono esplicitati con chiarezza i livelli di stratificazione per intensità assistenziale e i diversi ambiti di competenza delle professionalità coinvolte, determina la necessità di un mutamento significativo e profondo che coinvolge non solo tutte le figure sanitarie dell'ospedale e del territorio, i professionisti del servizio informativo e

	GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE	 Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020
--	---	--

informatico, le strutture accreditate e no, ma anche il paziente stesso, i care giver, il mondo del volontariato e con esso tutte le risorse della comunità.

Il raggiungimento di tale obiettivo è strettamente correlato alla realizzazione di una formazione che, oltre all'acquisizione di conoscenze, trasmetta anche l'insieme di comportamenti e valori che sono alla base di questo cambio di prospettiva, che richiede un approccio proattivo integrato e trasversale in grado di sviluppare innovative logiche organizzative.

Il senso di questa nuova impostazione metodologica sta proprio nella messa in pratica di una formazione finalizzata non solo a implementare il *know how* su temi specialistici, manageriali o relazionali ma anche quello volto a leggere e interpretare il flusso dell'esperienza e della novità per attivare nuovi schemi cognitivi e nuovi sistemi di pensieri e azioni.

Una formazione, infatti, a supporto del cambiamento non può essere progettata unicamente per trasmettere conoscenze su temi specialistici, manageriali o relazionali quali ad esempio la metodologia di elaborazione, realizzazione e monitoraggio di un percorso clinico diagnostico o piuttosto corsi per comunicazione efficace e gestione dei conflitti, ma deve riuscire a modificare modelli di comportamento che possano incidere sullo sviluppo sociale, calandosi sugli operatori e sul nuovo sistema di ruoli e di relazioni.

Ciò determina la necessità di definire, in primo luogo, i differenti profili di competenza cioè coniugare, nel mutato contesto organizzativo, l'ampio concetto di responsabilità professionale con la specificità degli obiettivi del servizio in cui tale responsabilità è esercitata.

Si tratta di tracciare le Job related skill correlate ai diversi e molteplici nuovi ruoli identificati nel modello, come i referenti di percorso o il personale delle centrali operative territoriali o ridisegnare le skill delle diverse figure professionali come ad esempio i medici di medicina generale, i case manager nel rinnovato sistema di relazioni.

Il concetto di competenza, intesa quale specifica capacità, abilità, conoscenza che l'individuo deve possedere e mettere in atto nel lavoro, in un'organizzazione che agisce per processi costituisce un essenziale strumento nella gestione delle risorse umane.

L'approccio metodologico basato sulle competenze si pone quindi in linea, dal punto di vista della cultura organizzativa, con il mutato contesto maturato nell'azienda Asl Latina e risulta indispensabile sia per una efficace progettazione di una formazione aderente ai reali e attuali bisogni e sia perché garantisce una maggiore consapevolezza del ruolo rivestito nell'organizzazione, motivazione, senso di appartenenza: leve strategiche dell'innovazione e del miglioramento della qualità dei servizi erogati.

Come già sottolineato, un asse determinante della strategia formativa sarà incentrato sulle metodologie per una gestione del cambiamento efficace da una duplice prospettiva: psicologica/individuale e

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
---	--	---

organizzativa. La prospettiva psicologica individuale sarà concentra non solo sulle persone oggetto del cambiamento, ma anche sui diversi approcci per favorire l'adesione al cambiamento stesso con il superamento delle fisiologiche resistenze. La prospettiva organizzativa si concentra sui metodi d'implementazione della strategia globale.

In tale prospettiva uno spazio formativo dovrà anche essere dedicato al tema del team building.

In un modello di gestione per percorsi aziendali è indispensabile unificare le prospettive professionali e favorire il lavoro di squadra, in cui le diverse discipline si sentono coinvolte e responsabili dello stesso processo produttivo, lo condividono, e lo valutano nel suo insieme.

I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali hanno infatti l'obiettivo di ri-centrare il focus sul percorso del paziente, ricongiungendo i contributi di ciascuna specialità in modo coeso, superando l'indipendenza funzionale delle varie fasi del percorso, enfatizzando il lavoro in team, e il confronto e la collaborazione tra le diverse discipline. Tuttavia l'integrazione di conoscenze e esperienze da fonti diverse è in realtà difficile da perseguire nella pratica per l'esistenza di diverse barriere che contrastano la collaborazione interdisciplinare come gli atteggiamenti difensivi e i problemi inerenti i confini tra i ruoli che sono essi stessi in incessante cambiamento.

La formazione dovrà, pertanto, costituire una delle leve per stimolare un lavoro di collaborazione multidisciplinare attraverso un ambiente e delle modalità di lavoro capaci di creare ponti che colleghino conoscenze e saperi e favorire una visione integrata sull'intero processo di presa in cura del paziente attraverso lo sviluppo di social e project management skills particolarmente per quanto collegato alla capacità di far eccellere le task performances congiuntamente e i processi di valutazione condivisa.

Un focus verrà anche riservato all'implementazione di competenze relativamente all'ICT che gioca un ruolo importante nella gestione e realizzazione dei PDTA:

- supporto all'analisi economico-organizzativa per la corretta ed efficiente allocazione delle risorse, valutando la sostenibilità del percorso;
- supporto all'attività clinica per l'identificazione di varianze dal percorso obiettivo, per decidere se implementare eventuali correzioni e per la valutazione degli esiti.
- sviluppo e dell'importanza delle soluzioni di telemedicina per il monitoraggio dei pazienti a distanza
- utilizzo della piattaforma, immissione e analisi dei dati

Il processo- cambiamento relativo alla gestione per processi e percorsi non prevede, però, come target unico il personale aziendale ma il nuovo modello di assistenza chiede che i cittadini siano attivamente coinvolti nelle decisioni che riguardano la loro salute, con l'obiettivo di incrementare i valori di efficacia delle cure facendo del paziente un soggetto di conoscenza.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
---	--	---

L'empowerment è, infatti, un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita.

Tale prospettiva, nella quale risulta essenziale l'engagement del malato nella gestione del suo percorso sanitario, deve necessariamente prevedere anche un "cambio di paradigma" della formazione aziendale che deve contemplare momenti di informazione e formazione rivolti ai cittadini stessi o alle associazioni del terzo settore affinché gli stessi si sentano protagonisti - come singoli, come organizzazione e come comunità - nelle decisioni che riguardano la propria salute..

Particolarmente la formazione per i Caregiver è un aspetto imprescindibile per la buona realizzazione del modello, proprio per il suo delicato ruolo che svolge nel sostenere il congiunto in un momento difficile della propria vita e nella adesione al percorso diagnostico terapeutico.

Il piano di formazione non può, in ultimo, non prevedere un focus sulla dimensione bioetica dei percorsi diagnostici terapeutici. Progettare un pdta deve tener necessariamente conto ad esempio, della accessibilità del pazienti che può essere limitata da una particolare orografia e viabilità o piuttosto dei determinanti socio-culturali e religiosi che determinano aspettative e preferenze del paziente. La definizione degli indicatori multidimensionali deve contemplare una valutazione della umanizzazione delle cure, gestione del dolore, supporto psicologico, sicurezza del paziente e impatto ambientale per una effettiva presa in carico olistica del paziente.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
---	--	---

Bibliografia

1. G. Casati 'La gestione dei processi in Sanità'. QA Vol. 13. N. 1, 2002
2. G. Casati, M.C. Vichi, "Il percorso assistenziale del paziente", Giornale di Tecniche Nefrologiche & Dialitiche anno XV n. 2 Wichting Editore; (2003),
3. G. Casati G, M. Panella M, F.Di Stanislao, M.C.Vichi, P. Morosini "Gestione per processi professionali e percorsi assistenziali", Manuale 1 Progetto Formazione Qualità Istituto Superiore di Sanità Agenzia Regionale Sanità Marche Ministero della Salute Terza Edizione marzo 2005;
4. G. Casati G, E. Marchese, V.Roberti, M.C. Vichi, "La gestione dei processi clinico assistenziali per il miglioramento delle prassi", Caleidoscopio ISSN03943291;2006
5. P. Morosini, F. Di Stanislao, G. Casati, M. Panella, "Qualità professionale e percorsi assistenziali" Manuali di formazione per la valutazione e miglioramento della qualità professionale, Quarta Edizione, Roma Ancona, Istituto Superiore di Sanità Agenzia Regionale Sanitaria Marche Ministero della Salute maggio 2005;
6. P. Morosini, "Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale", Manuale 2 Quarta edizione, Roma Istituto Superiore di Sanità Agenzia Regionale Sanitaria Marche Ministero della Salute maggio 2005;
7. S. Baraldi, Il Balance Scorecard nelle aziende sanitarie, McGraw-Hill, 2005
8. M. Panella, K. Vanhaecht "L'impatto dell'utilizzo dei percorsi diagnostico, terapeutici assistenziali nelle organizzazioni sanitarie: risultati, sostenibilità e scenari di sviluppo", QA 2010 Vol. 20 N. 4 pp. 174-76
9. Integrated Care Model: an overview: WHO Regional Office for Europe October 2016 https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf
10. V.F Alberti, V,D.Tozzi, N.Pinelli, M.Sartiran Il ruolo delle aziende sanitarie nelle reti cliniche in Italia Estratto da Osservatorio FIASO Edizioni Iniziative Sanitarie dicembre 2012 <https://www.radioterapiaitalia.it/wp-content/uploads/2016/10/Tozzi.pdf>
11. Audit Clinico - Ministero della Salute DIPARTIMENTO DELLA QUALITA" DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1552_allegato.pdf

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <hr/> <p>Rev.: 00 Data: 1 dicembre 2020</p>
---	--	---

ALLEGATI

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE <u>CHECK LIST REQUISITI PDTA</u>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <hr/> <p>Rev.: 00 Data 1 dicembre 2020</p>
---	--	--

PDTA:

Tipo di PDTA aziendale ospedaliero territoriale altro:

.....

Motivazione

Referente di percorso / Coordinatore GL.....

Firma.....

UO.....

Firma Responsabile Struttura UO.....

Checklist Requisiti PDTA

PROGETTAZIONE

1. E' stata effettuata una analisi dei bisogni assistenziali (valutazione epiemiologica)?

SI NO NA

2. E' stata effettuata un'analisi dell'offerta ? (contesto assistenziale: personale, tecnologia , strutture erogatrici etc)

SI NO NA

3. Gli obiettivi sono chiaramente indicati e declinati in rapporto agli esiti di salute e ai requisiti di appropriatezza?

SI NO NA

4. E' stato definito il crono programma con le fasi di pianificazione, elaborazione, stesura, implementazione ,formazione, valutazione, revisione?

SI NO NA

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p> <p><u>CHECK LIST REQUISITI PDTA</u></p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <hr/> <p>Rev.: 00 Data 1 dicembre 2020</p>
---	---	--

19. Nella descrizione organizzativa del percorso di riferimento è chiaramente descritto per ogni fase nelle matrici di responsabilità

chi fa (attore)
cosa(attività) ,
come (descrizione operativa),
quando (tempistica),
dove (setting assistenziale)

SI NO NA

20. Sono chiaramente descritte le interfacce, le interconnessioni funzionali tra le varie strutture e dettagliate le modalità di cooperazione dei professionisti durante il percorso

SI NO NA

21. Sono indicate le tempistiche previste per svolgimento delle attività?

SI NO NA

22. E' stato individuato il case manager?

SI NO NA

VERIFICA E MONITORAGGIO

23. Esiste un sistema informatizzato di raccolta dati (o cartella informatizzata)?

SI NO NA

24. In caso di non disponibilità di un sistema informatizzato di cartella è stato previsto una modalità di condivisione delle notizie cliniche del paziente tra i vari professionisti ?(modulo cartaceo o altro)

SI NO NA

25. Sono stati identificati gli indicatori CALCOLABILI per il monitoraggio del percorso per ogni fase?

SI NO NA

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p> <p>ALLEGATO 2</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <hr/> <p>Rev.: 00 Data 1 dicembre 2020</p>
--	---	---

STRUMENTI PER LA RAPPRESENTAZIONE:

Ad integrazione dello strumento narrativo utilizzato per la descrizione delle attività da compiere è utile utilizzare strumenti di rappresentazione grafica

Diagramma di flusso: Esso consente di descrivere in maniera semplificata e sintetica, sotto forma di schema la sequenza logica le attività da svolgere:

- le operazioni da compiere, rappresentate mediante sagome convenzionali (rettangoli, rombi, esagoni, parallelogrammi, rettangoli smussati...), ciascuna con un preciso significato logico e all'interno delle quali un'indicazione testuale descrive l'attività da svolgere;
- la sequenza nella quale devono essere compiute, rappresentata con frecce di collegamento.

Il diagramma è realizzato secondo una **modalità standard di simboli** in modo da rendere più semplice e immediata la comunicazione e la comprensione del processo a tutte le persone coinvolte.

SIMBOLI E LORO UTILIZZO

Vengono descritti i simboli più frequentemente utilizzati:

Ingresso/uscita

Ellisse: Va utilizzato per identificare l'inizio/ ingresso o la fine/uscita del processo che si sta descrivendo

Processo/ attività azione

Rettangolo: è quello maggiormente utilizzato e rappresenta il simbolo di un'azione, un processo, una funzione

Attività

Il Rettangolo può essere utilizzato per rappresentare anche l'attore /responsabile dell'azione

attore

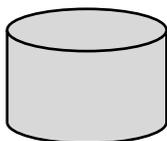
Snodo decisionale

Rombo: Simbolo di snodo decisionale e corrisponde ad una domanda con due uscite : sì no oppure vero o falso. Il diagramma quindi si divide in due rami con differenti azioni seconda della risposta e delle successive conseguenze correlate alla risposta sottolineando l'importanza della decisione. Gli snodi sono un momento cruciale per lo sviluppo de diagramma e del processo e quindi da sottoporre a verifica nel momento del monitoraggio

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p> <p>ALLEGATO 2</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <hr/> <p>Rev.: 00 Data 1 dicembre 2020</p>
---	---	--



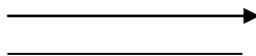
Documento. Simbolo di presenza/ emissione di un documento che può essere importante rappresentare (consulenze, cartelle, richieste, referti etc)



Simbolo di data base, utilizzato quando si voglia rappresentare la presenza di un sistema di raccolta dati, un flusso informativo etc



Processo/ attività predefinita : generalmente utilizzato quando sia necessario indicare delle attività già definite di tipo standardizzato (esami di laboratorio preoperatori, accertamenti radiografici etc..)



Simbolo di congiunzione o freccia raccorda le varie azioni e rappresenta il flusso di sequenza tra i vari simboli

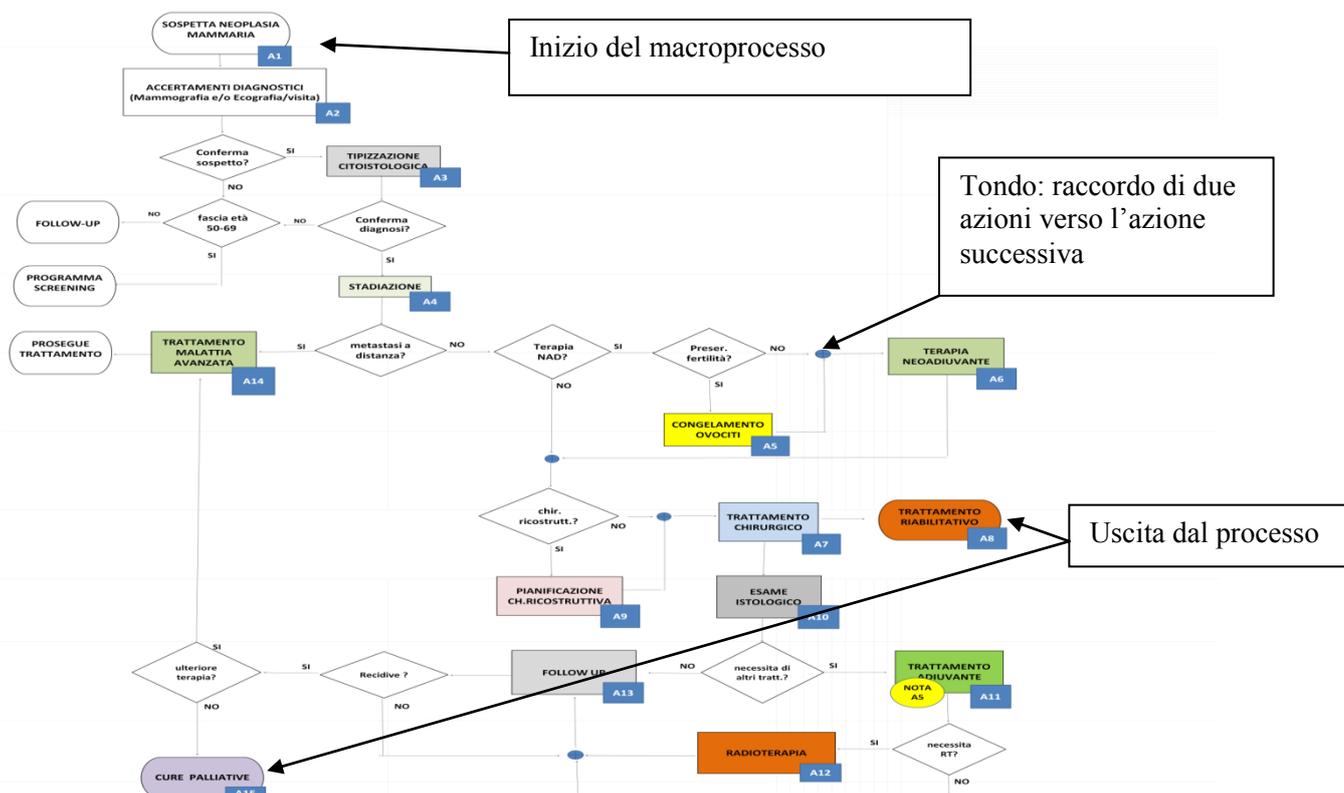


simbolo di raccordo : utilizzato all'interno di grafici più complessi collega elementi separati raccordandoli verso l'azione successiva

Ogni simbolo di attività deve avere un ingresso e una uscita pertanto la convergenza di una o più azioni verso l'azione successiva viene raccordata dal tondo dal quale esce una sola freccia che si raccorda nel rettangolo della azione successiva .

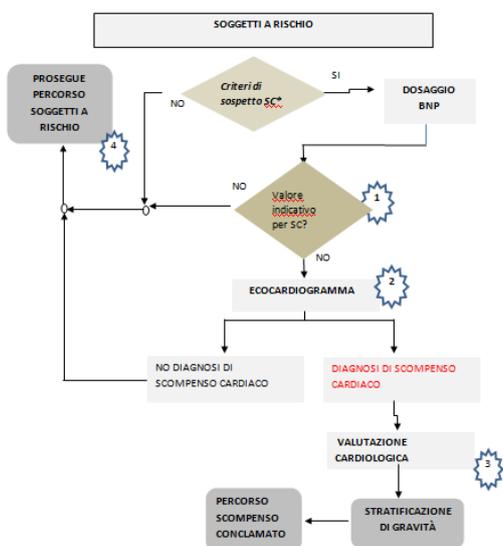
ESEMPI:

Esempio 1 diagramma di flusso complesso : tumore della mammella



Esempio 2 di algoritmo di singola fase: Algoritmo diagnostico scompenso

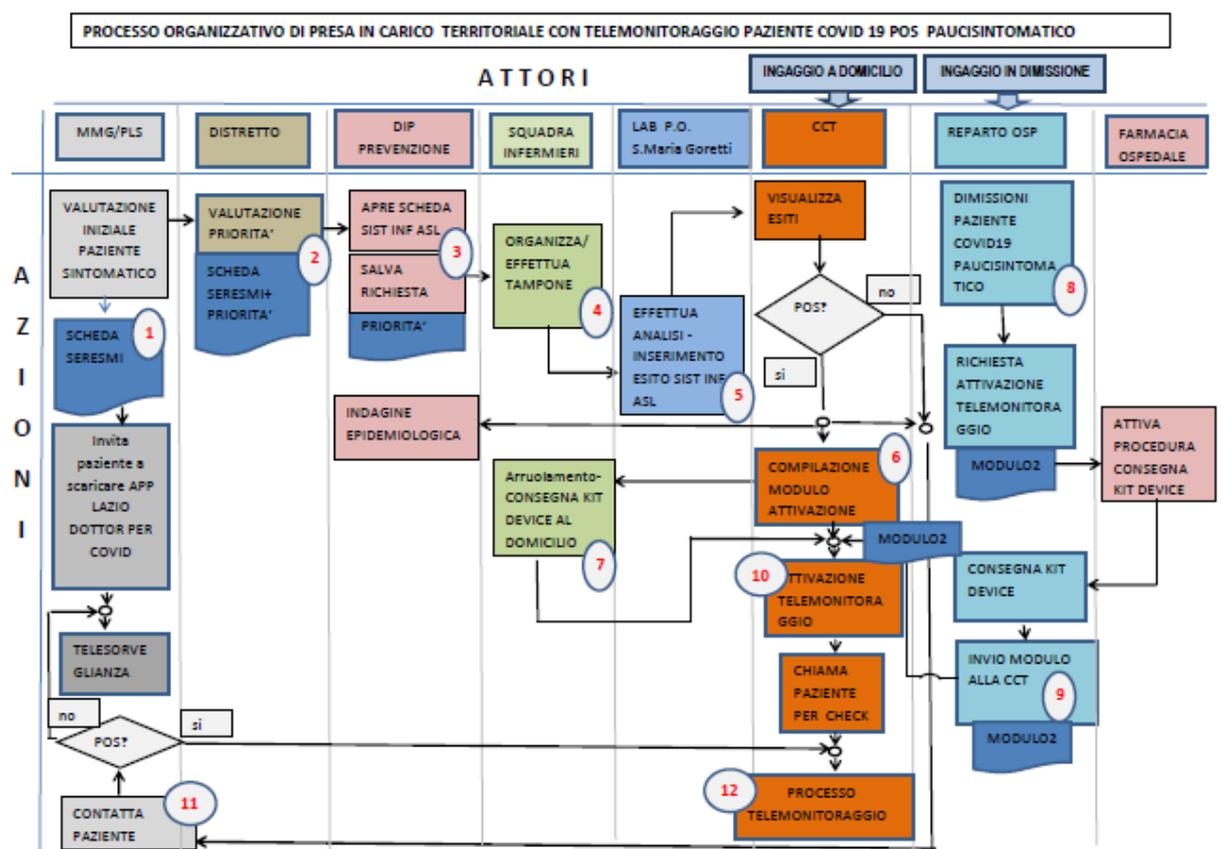
Algoritmo Identificazione precoce dei pazienti con SC



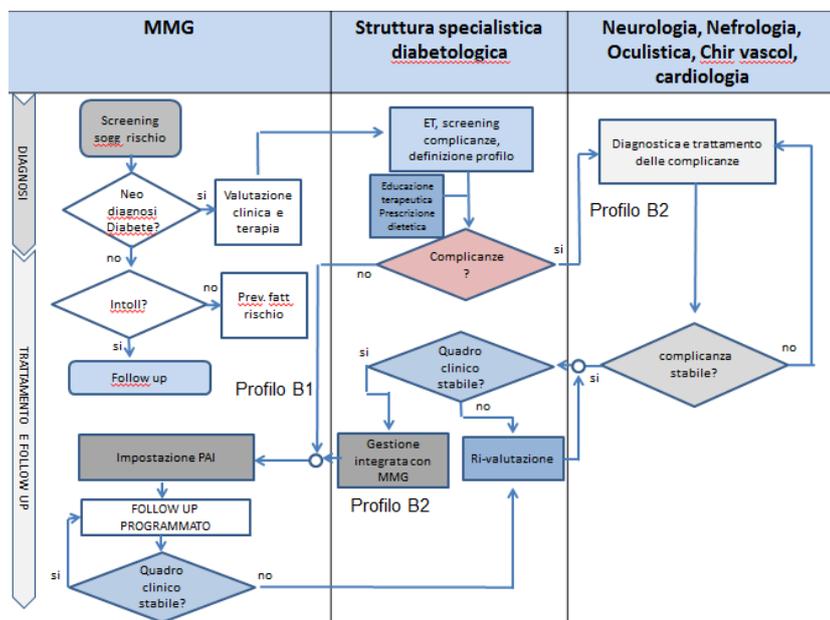
Poiché l'algoritmo per definizione è sintetico, se so vogliono descrivere i criteri degli snodi decisionali o delle azioni, possono essere inseriti dei numeri di riferimento in cui esplicitare sinteticamente la descrizione

La rappresentazione tramite il **diagramma di tipo funzionale**, permette la descrizione della sequenza logica delle attività declinando attori, e setting di effettuazione, riportando in legenda nei numeri corrispondenti la descrizione delle attività

Esempio 3 descrizione organizzativa macroprocesso gestione territoriale COVID



Esempio 4 Descrizione organizzativa diabete d tipo 2



Nei macroprocessi più complessi , è utile la scomposizione in più diagrammi per esempio per fase

Esempio 5 Diagramma funzionale tumore della mammella -Diagnosi fase I

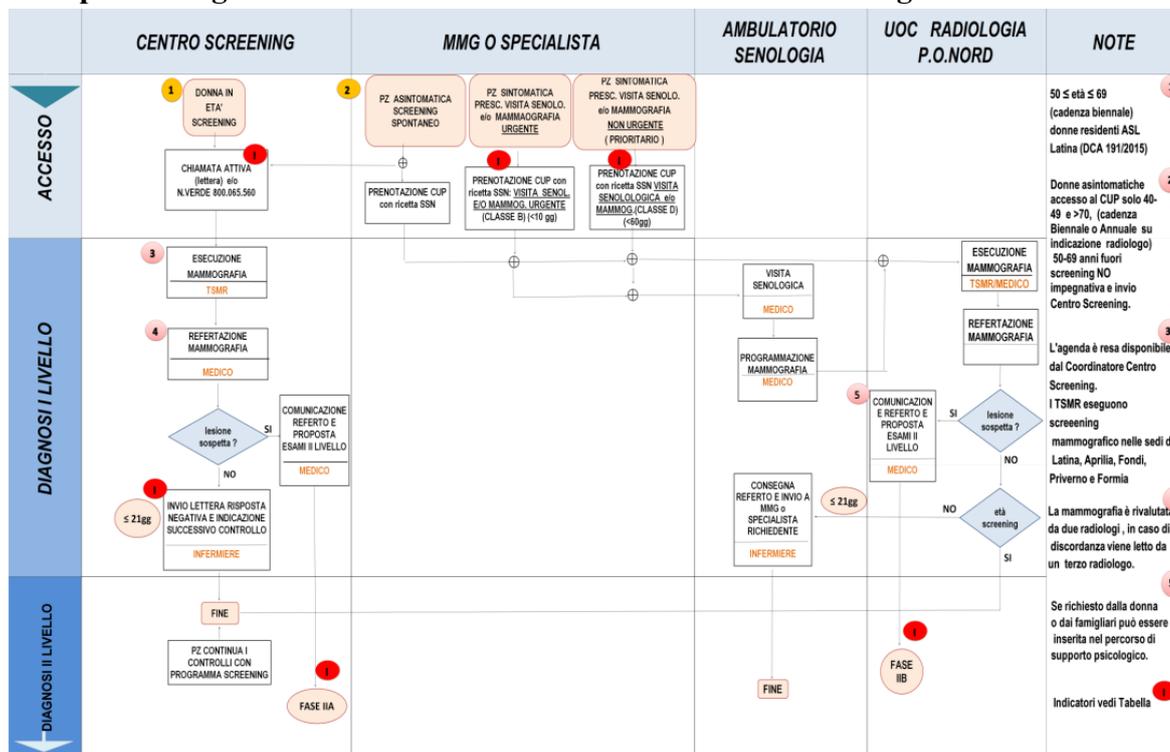
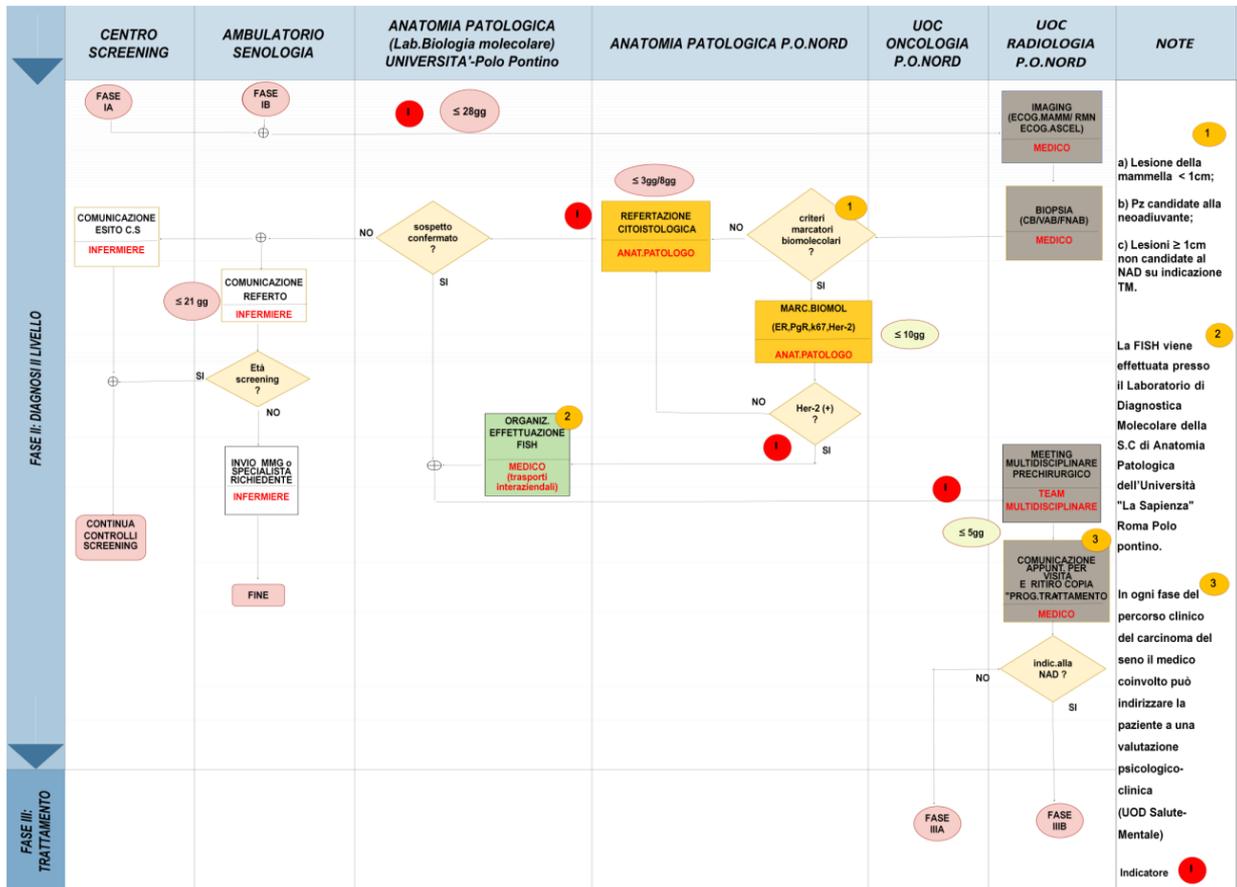


Diagramma funzionale tumore della mammella -Diagnosi fase II



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE ALLEGATO 2	
		Rev.: 00 Data 1 dicembre 2020

Rappresentazione a matrice:

Matrice di responsabilità : Questo è molto utile per rappresentare in modo chiaro il processo descrivendo le attività (che cosa) i ruoli delle diverse figure professionali rispetto alle attività declinate, (chi fa), le modalità di effettuazione (come) , la tempistica (quando) il setting, (dove) e se vengono prodotti documenti . Più essere aggiunta la colonna provenienza al fine di rendere visibile il raccordo tra più processi (dallo screening, dalla chirurgia etc..)

Esempio 6 . Tumore della mammella

FASA I : ACCESSO E DIAGNOSI I LIVELLO - DESCRIZIONE ATTIVITA'						
PROVENIENZA	ATTIVITA'	CHI FA	COME	QUANDO	DOVE	DOCUMENTI
SCREENING DI POPOLAZIONE	ACCESSO : chiamata attiva / prenotazione al n.verde C.S (800.065.650) R.Lazio fascia età: 50-69 anni	Coord.centro screening/t.ammin	Invio lettere (pz registrati programma SIPSO web)	ogni mese	sedi screening (vedi mappa luoghi erogazione)	lettera di invito
MMG o SECIALISTA	ACCESSO: prenotazione tramite CUP (num.verde) con impegnativa MMG per :	operatrice CUP	registrazione sul programma CUP aziendale	Priorità B app. entro 10 gg	sedi rete aziendale (vedi mappa)	foglio prenotazione
	Priorità D app entro 60gg					
	Priorità B app. entro 10 gg Priorità D app entro 60gg					
SCREENING	ESECUZIONE MAMMOGRAFIA	TSRM	valutata in maniera indipendente da due radiologi.terzo parere radiologo in caso di discordanza	(richiamo ogni due anni)	sedi screening: Aprilia -Latina- Priverno-Formie e Fondi	registrazione digitale su programma DEDALUS (cartella paziente: dati anamnestici-)
MMG		medico + TSRM		40-49aa> 69 aa biennuali o annuali su indicazione radiologo	UOC Radiologia Osp S.M.Goretti UOC Radiologia Osp Terracina	registrazione digitale su programma RIS Aziendale (cartella paziente: dati anamnestici)
MMG	VISITA SENOLOGICA	senologo	impegnativa	entro 10 gg se urgente	Amb- Senologia c/o Osp. S.M.Goretti	Cartella senologica
SCREENING	REFERTAZIONE MAMMOGRAFIA	medico	registro informatico (DEDALUS)	entro 21 GG	sedi screening	Referto cartaceo
MMG			registro informatico (RIS Aziendale)	stesso giorno	UOC Radiologia Osp S.M.Goretti UOC Radiologia Osp Terracina	
SCREENING	COMUNICAZIONE REFERTO (esito negativo Mx)	infermiere	lettera	entro 21 gg dalla effettuazione	sedi screening	lettera di esito
MMG			cosegna referto	entro 7 gg	Servizi Radiologia	Referto cartaceo
SCREENING	COMUNICAZIONE SOSPETTO CLINICO alla MX (referto positivo o dubbio)	Medico	chiamata e convocazione per ritiro referto e proposta esami II livello o raccomandata (se non rintracciabile)	immediatamente dopo refertazione (entro 7gg se non rintr.)	sedi screening	Referto cartaceo
MMG		Medico	chiamata e convocazione per ritiro referto e proposta esami II livello	immediatamente dopo refertazione	Radiologia senologica Osp S.M.goretti	Referto cartaceo

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE ALLEGATO 2	
		Rev.: 00 Data 1 dicembre 2020

Esempio 7 Embolia polmonare

PERCORSO ACCESSO DA PRONTO SOCCORSO							
FASE		ATTIVITA'	CHI FA	COME	QUANDO	DOVE	DOCUMENTI
ACCESSO	TRIAGE	Assegnazione codice	Infermiere PS	Scheda di Triage (GIPSE)	Accesso al PS	Area Triage	Cartella informatizzata
	F A S E D I A G N O S I T R A T T A M E N T O	PAZIENTE ALTO RISCHIO	Visita: Anamnesi per ricerca fattori di sospetto o predisponenti, Esame obiettivo	Medico PS		All'ingresso	Sala Rossa
Rilievo parametri e monitoraggio			Infermiere PS		Cartella informatizzata		
Assicurare due accessi venosi validi			Infermiere PS		Cartella informatizzata		
Richiesta esami ematochimici (Emocromo, creatinina, D-Dimero, Troponina, Pt, Ptt, INR, BNP)			Medico PS	Richiesta informatizzata	Referto informatizzato		
Rx Torace			Radiologo PS	Richiesta informatizzata medico PS	Referto informatizzato		
Esecuzione prelievi per es. ematici, EGA; esecuzione ECG			Infermiere PS	Prelievi venoso e arterioso	Cartella informatizzata		
Prescrizione terapia di supporto in urgenza			Medico PS	Secondo schema nel testò	Cartella informatizzata		
Valutazione rianimatoria			Rianimatore di guardia	Richiesta telefonica medico PS	In caso di grave instabilità clinica; necessità di IOT	Consulenza scritta su cartella informatizzata	
Angio TC polmonare			Radiologo PS	Richiesta informatizzata medico PS	In caso di stabilizzazione dopo terapia supporto iniziale, se non allergia al mdc e non IR nota	Radiologia PS Referto informatizzato	
Ecocardiogramma			Cardiologo di guardia	Richiesta telefonica medico PS	In caso di sospetto diagnostico con persistente instabilità o allergia mdc o IR	Sala Rossa Referto su cartella informatizzata	
Effettuazione CUS			Chirurgo vascolare di guardia	Richiesta telefonica medico PS	In caso di Ecocardiogramma negativo, positività Dimeri D, elevato score di probabilità, persistente instabilità	Sala Rossa Referto su cartella informatizzata	
Trattamento fibrinolitico se non controindicato			Cardiologo di guardia e Medico PS	Secondo schema nel testò	In caso di EP confermata	Sala Rossa Cartella informatizzata	
Somministrazione trattamenti prescritti			Infermiere PS			Cartella informatizzata	
Trombectomia meccanica	Cardiologo emodinamista/Radiologo o interventista	Richiesta telefonica Cardiologo di guardia	In caso di inefficacia o controindicazioni alla fibrinolisi	Sala di emodinamica/radiologia interventistica cartella clinica			

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE ALLEGATO 2	
		Rev.: 00 Data 1 dicembre 2020

Esempio 8 : BPCO

PROVENIENZA	ATTIVITA	CHI FA	COME	QUANDO	DOVE	DOCUMENTI
MMG	Visita pneumologica	specialista /infermiere	Valutazione sintomatologia, Inquadramento diagnostico	secondo tab 6 modulata su stadio gravità	AMB pneumologico territoriale sec pertinenza geografica	Relazione per MMG
	Counseling, educazione terapeutica,	Infermiere	colloquio con il paziente, verifica utilizzo device, valuta param antropom.	durante i controlli ambulatoriali	AMB pneumologico sec pertinenza geografica	cart Amb
	Approfondimenti o diagnostico	specialista /infermiere	Tramite richiesta dello specialista e prenotazione agende percorso interno	contestuale o su appuntamento prenotato	AMB pneumologico sec pertinenza geografica	cart Amb
	prestazioni pneumologiche ordinarie	specialista/ infermiere	prenotazione agenda dedicata percorso interno	secondo tab 6 modulata su stadio gravità	AMB pneumologico territoriale sec pertinenza geografica	referto
	consulto pneumologico	specialista pneumologo	piattaforma gestionale	in caso di dubbio diagnostico o altro quesito	AMB pneumologico territoriale sec pertinenza geografica	documento condiviso su piattaforma
	prescrizione ossigeno	specialista pneumologo	piano trattamento	in caso indicazione	AMB pneumologico territorio/osped	richiesta cartacea
	prescrizione riabilitazione polmonare	specialista pneumologo	compilazione impegnativa e prenotazione prestazione agende percorso interno	in caso di indicazione clinica	AMB pneumologico territorio/osped	Impegnativa
	Visita pneumologica urgente ≤ 3gg	specialista pneumologo ospedaliero	prenotazione con impegnativa MMG Tramite piattaforma gestionale	entro 3 gg	AMB pneumologico Presidi ospedalieri Latina - Terracina Formia	Referto visita
	Visita pneumologia urgente ≤ 10	specialista pneumologo territorio	prenotazione con impegnativa MMG Tramite piattaforma gestionale	entro 10 gg	AMB pneumologico territoriale sec pertinenza geografica	Referto visita
specialista Pneumologo	approfondimenti o diagnostico	specialista pneumologo/ radiologo	richiesta dello specialista e prenotazione esame tramite centro Distrettuale	in caso di dubbio diagnostico o caso complesso o grave	AMB pneumologico Presidi ospedalieri Latina - Terracina Formia	referti
	Broncoscopia	specialista pneumologo	richiesta dello specialista e prenotazione esame piattaforma gestionale	in caso di indicazione clinica	AMB pneumologico presidio ospedaliero Latina	referti
PS/ Reparto ospedaliero	Consulenza pneumologica	Specialista pneumologo ospedaliero	In coll con Medico di Reparto-Inquadramento clinico Impostazione trattamento, Valut NIV	Durante ricovero o accesso al PS	presso Reparto degenza Presidi Ospedalieri Latina-Terracina- Formia	cc Reparto
PS/ Reparto ospedaliero	Attivazione Centrale Ospedale Territorio	Medico di PS / Medico di Reparto	E mail/ telefonicamente	Al momento della Dimissione	presso Reaparto degenza Presidi Ospedalieri Latina-Terracina- Formia -	Lettera Dimissione
PS/ Reparto ospedaliero	Consulenza pneumologica Pianificazione dimissione	Specialista pneumologo ospedaliero/ CCOT	prenotazione agenda percorso interno	Al momento della Dimissione	presso Reparto degenza Presidi Ospedalieri Latina-Terracina- Formia	Lettera Dimissione

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>GESTIONE PER PROCESSI E PERCORSI CLINICI</p> <p>MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE</p> <p>ALLEGATO 2</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <hr/> <p>Rev.: 00 Data 1 dicembre 2020</p>
---	---	--