

Dicembre 2023

Corso di formazione regionale

Linee di indirizzo per lo sviluppo dei PSDTA nelle Aziende Sanitarie

**Materiale didattico omogeneo di supporto
per le attività di informazione e formazione regionale e aziendali**

Franco Ripa

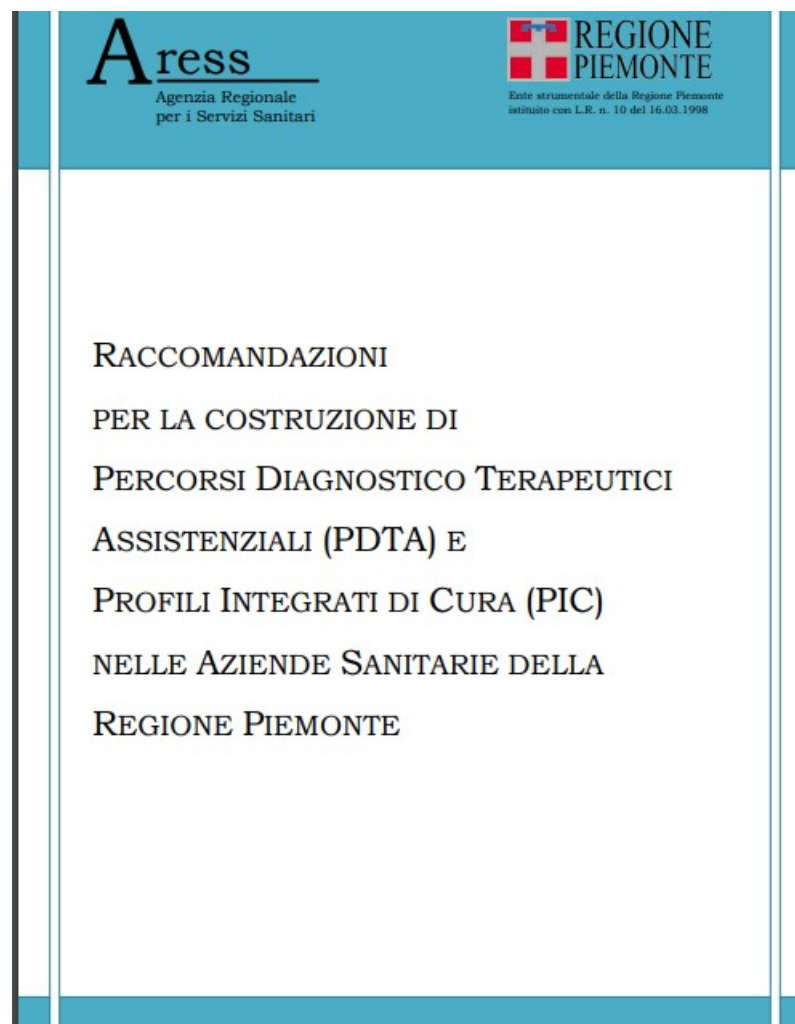
**Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari
Direzione Sanità - Regione Piemonte**

Obiettivi

- Definire il razionale alla base dello sviluppo dei PSDTA
- Aggiornare e discutere il modello metodologico per lo sviluppo dei PSDTA a livello regionale
- Descrivere le principali fasi operative per lo sviluppo del PSDTA



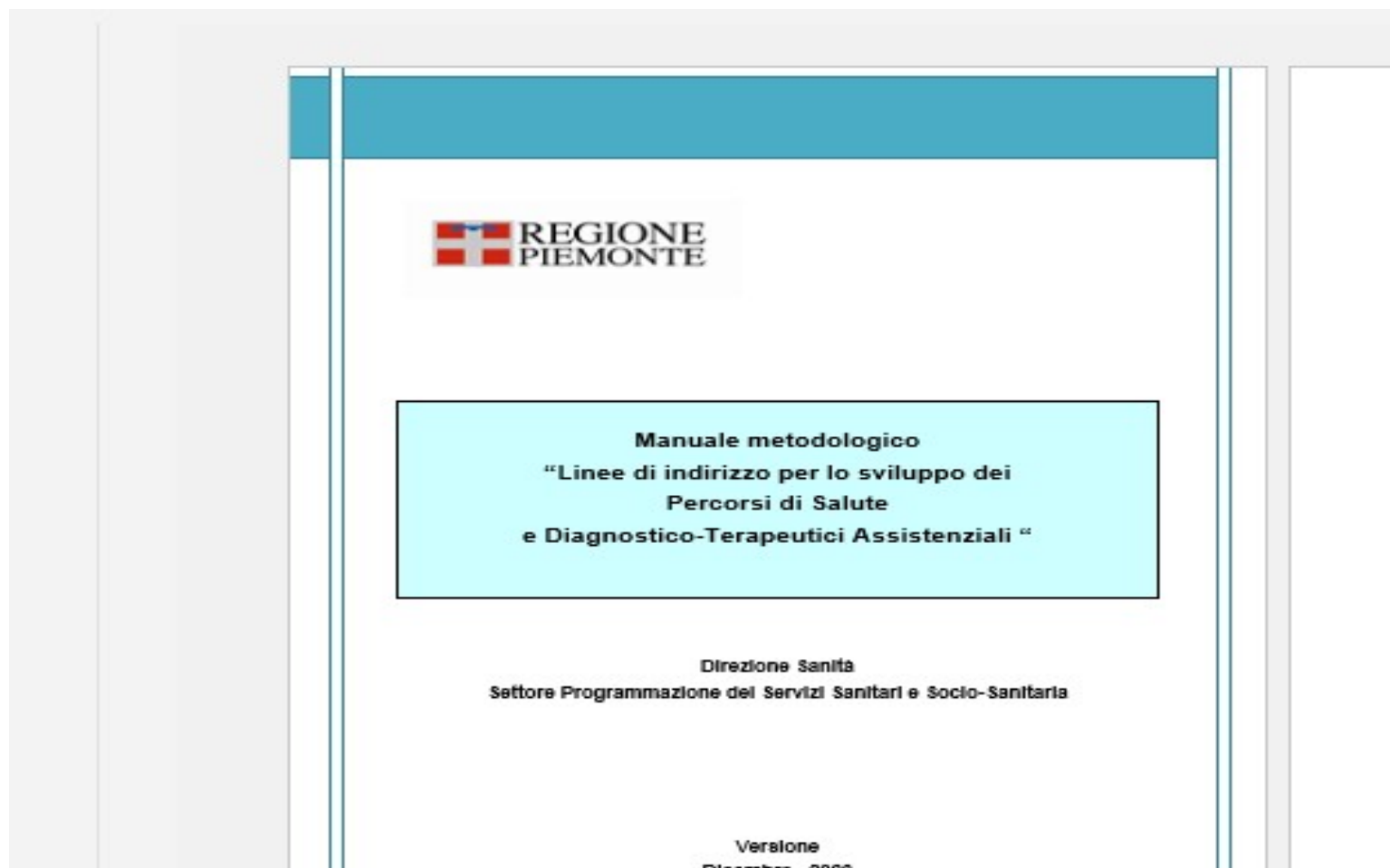
Il Manuale ARESS (2007)



Il nuovo Documento PSDTA (2023)

- Il Documento vuole rappresentare un indirizzo operativo essenziale per lo sviluppo dei PSDTA ai diversi livelli istituzionali (Regione, Aree di programmazione, Aziende, Dipartimenti, Unità operative ecc.)
- ed è rivolto ai professionisti e al management coinvolti nella produzione, implementazione, monitoraggio e revisione dei percorsi, rappresentando anche uno strumento utile ai fini della formazione.
- Come tale è un Documento di base a cui tendere progressivamente, sia per l'aggiornamento dei percorsi già sviluppati, sia per la redazione dei nuovi percorsi.

Lo schema del nuovo Documento regionale 2023



Il ciclo PDCA

- Secondo il ciclo PDCA altrimenti detto di Deming, lo sviluppo del PSDTA è un tipico modello di miglioramento che si caratterizza nelle seguenti fasi:
 - la fase P (Plan): pianificazione;
 - la fase D (DO): applicazione;
 - la fase C (Check): valutazione;
 - la fase A (Act) standardizzazione o correzione.

Il nuovo manuale metodologico

- Il nuovo manuale metodologico con le “Linee di indirizzo per lo sviluppo dei percorsi di salute e diagnostico-terapeutici ed assistenziali (PSDTA)”, vuole rappresentare un indirizzo operativo essenziale di omogenizzazione per lo **sviluppo dei PSDTA** ai diversi livelli istituzionali (Regione, Aree di programmazione, Aziende, Dipartimenti, Unità operative ecc.)
- ed è rivolto ai professionisti e al management coinvolti nella produzione, implementazione, monitoraggio e revisione dei percorsi, **con riferimento alle patologie a maggior impatto che necessitano di interventi a carattere multiprofessionale gestiti in forma integrata fra le aree della prevenzione, territoriale ed ospedaliera.**

Razionale PSDTA: i determinanti

- Lo sviluppo dei percorsi è da ricondurre ad un primo determinante **di carattere normativo**, a livello nazionale e regionale
- Un secondo determinante è relativo alla **ottimizzazione e razionalizzazione degli aspetti clinico-assistenziali** ed organizzativi.
- Un terzo determinante è da ricercare nella necessità di mettere in atto azioni di valutazione e **di miglioramento delle performance “documentate”** in ambito clinico-assistenziale ed organizzativo, per soddisfare gli obblighi di trasparenza e di coinvolgimento dei cittadini.

I primi riferimenti normativi PDTA

- 1996: legge finanziaria art.1 comma 28 -sui tetti di spesa: “i medici **conformano le proprie autonome decisioni tecniche a PDTA** cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa”
- DL 229/99: Il PSN 1998-2000 indica le linee guida ed i relativi Percorsi diagnostico terapeutici allo scopo di favorire lo **sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale e assicurare i LEA**

Definizione di linee guida

- Le linee guida sono **raccomandazioni** di comportamento clinico,
 - elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti,
 - con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche.
 - **Institute of Medicine, 1990**
-

Definizione PDTA

- Il PDTA è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale,
- che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale,
- al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto
- PNGLA 2019-2021

Definizione P(S)DTA

- Il Percorso di salute e diagnostico terapeutico assistenziali (PSDTA) rafforza il concetto sull'attenzione
- agli aspetti della **prevenzione**
- e della **presa in carico proattiva** della persona assistita.

PSDTA e sostenibilità

- I PSDTA devono essere
 - coerenti con la programmazione sanitaria e socio-sanitaria
 - compatibili con l'assetto strutturale e organizzativo
 - e sostenibili per quanto riguarda le risorse e le ricadute economiche sui servizi sanitari.
-

Le tipologie di PSDTA

- **PSDTA ideale**
 - Il “percorso ideale” è relativo alle migliori pratiche professionali e gestionali sulla base di EBM/EBN e delle linee guida a supporto e per disegnare un modello che serva da indirizzo a cui tendere progressivamente .
 - **PSDTA effettivo**
 - Il “percorso effettivo” rappresenta che cosa effettivamente succede ad un **paziente tipo** nel suo percorso di diagnosi e/o di terapia e/o assistenza nella specifica organizzazione in studio.
 - **PSDTA di riferimento**
 - Il “percorso di riferimento” rappresenta, in relazione al percorso ideale, la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere nel contesto di quella determinata situazione organizzativa e di risorse.
-

Finalità PSDTA

- Il PSDTA in generale viene sviluppato per:
- - raggiungere gli obiettivi di salute e gestionali e, nello specifico per:
- - descrivere il processo e le specifiche attività di sviluppo nella organizzazione di riferimento;
- - informare e formare il personale, gli utenti e i pazienti;
- - ridurre la variabilità nei comportamenti;
- - incrementare l'appropriatezza clinica ed organizzativa:
- - migliorare la gestione complessiva e la qualità del processo del paziente.
- - documentare le attività effettuate;
- - ecc.

Redazione PSDTA

- Il **committente** è il soggetto che conferisce formalmente il mandato allo sviluppo del PSDTA. In linea generale dovrebbe coincidere con la massima funzione gestionale.
- Il **promotore** è il soggetto che riceve dal committente il mandato di redigere sviluppare il PSDTA, a cui segue la nomina il gruppo di coordinamento e i coordinatori.
- I **referimenti per la redazione** sono definiti secondo i punti di seguito elencati, ai fini di una corretta identificazione dei documenti e della formulazione dei necessari aggiornamenti.

Data di stesura del primo documento		
Numero della revisione		
Data di revisione e		

Destinatari e lista di distribuzione

- E' quindi da predisporre una **lista di distribuzione con i destinatari** a cui il PSDTA viene trasmesso, ai fini di una corretta conoscenza, informazione e comunicazione (Aziende Sanitarie, management, professionisti, rappresentanti della cittadinanza, altri stakeholder ecc,...).

Aziende Sanitarie

Strutture private

Management responsabili delle funzioni interessate

Professionisti del settore sanitario e socio-sanitario

Persone assistite ed associazioni di riferimento per la patologia

Istituzioni

Altri stakeholder

Ecc.

Gruppo di lavoro e coordinamento

- La necessità di coinvolgere **un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale di esperti** nella redazione del PSDTA è fondamentale per garantire il supporto da parte di ambiti di osservazione diversi, l'integrazione della dimensione organizzativa, gestionale, etica ed economica accanto a quella dell'efficacia clinica, con il supporto del punto di vista e dei valori degli utenti accanto a quello degli erogatori.
- In tale ambito sono identificati **i Coordinatori**, che svolgono le attività di coordinamento organizzativo e operativo, la facilitazione dell'avvio del progetto e la sua gestione, l'organizzazione degli incontri del gruppo, la predisposizione di documenti, le attività di valutazione dell'applicazione del PSDTA, la tenuta del dossier documentale, l'aggiornamento periodico del PSDTA ecc.

I rappresentanti dei pazienti

- Nel PSDTA i rappresentanti dei pazienti e del volontariato garantiscono:
 - il supporto alle attività di costruzione e di sviluppo del PSDTA;
 - l'attività di informazione e affiancamento di pazienti e delle loro famiglie attraverso l'organizzazione di contatti e auto-aiuto;
 - l'informazione educazione del paziente affinché possa individuare i Percorsi e gli interlocutori e accedere ai servizi socio sanitari, mantenendo uno stretto rapporto con i singoli componenti dell'equipe interdisciplinare sanitaria;
- la formazione teorico pratica dei volontari impegnati, seminari su problematiche specifiche della malattia

Problema di salute

- L'analisi della **patologia oggetto di PSDTA** deve essere motivata innanzitutto da un'analisi accurata del bisogno di salute, contestualizzato in ogni realtà organizzativa.
- L'analisi deve basarsi inoltre, su **criteri di priorità** che possono essere:
 - - numerosità della casistica
 - - urgenza
 - - gravità
 - - rischio clinico elevato
 - - costi elevati
 - - larga variabilità nelle modalità di gestione
 - - inappropriatazza
 - - strategicità della patologia
 - - norme di riferimento
 - - ecc.

Il Piano Nazionale Cronicità

- Nel “Piano Nazionale Cronicità” si ribadisce che Il paziente cui ci si riferisce è una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multimorbidità),
- le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status sociofamiliare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.).
- Peraltro deve essere sottolineato che le malattie croniche sono in parte prevenibili e possono essere soggette a riacutizzazione e dunque necessitare di assistenza ospedaliera; per questo è fondamentale definire in modo concreto le forme di integrazione tra i livelli della prevenzione, del territorio ed dell'ospedale,

Alcune delle malattie croniche a maggiore impatto

Malattie renali croniche e insufficienza renale

Malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva

Malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn

Malattie cardiovascolari croniche: insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)

Malattie neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi

Malattie respiratorie croniche: BPCO e insufficienza respiratoria cronica

Insufficienza respiratoria in età evolutiva

Asma in età evolutiva

Malattie endocrine in età evolutiva

Malattie renali croniche in età evolutiva

Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

Letteratura scientifica di riferimento (e normativa)

- La Medicina basata sulle evidenze “è il coscienzioso, esplicito e accorto uso delle migliori evidenze disponibili per decidere l’assistenza sanitaria da fornire.
- La pratica della EBM implica l’integrazione dell’esperienza clinica individuale con le migliori evidenze disponibili ricercate in modo sistematico”
- Glossario del centro Evidence-Based Medicine di Oxford
- **...e normativa**

Le prove e la forza delle raccomandazioni

- Il livello di prova (LdP) si riferisce alla probabilità che un certo numero di conoscenze sia derivato da studi pianificati e condotti in modo tale da produrre informazioni valide e prive di errori sistematici.
- La forza della raccomandazione (FdR) si riferisce invece alla probabilità che l'applicazione nella pratica di una raccomandazione determini un miglioramento dello stato di salute della popolazione, obiettivo cui la raccomandazione è rivolta.

La Biblioteca Virtuale della Salute (BVS-P)

- La Biblioteca Virtuale della Salute (BVS-P) della Regione Piemonte mette a disposizione del personale delle Aziende sanitarie piemontesi periodici elettronici e banche dati: attraverso il suo sito internet è possibile accedere a una biblioteca esclusivamente digitale.

Il sito BSV

bvs-p
Biblioteca *Virtuale* per la Salute - Piemonte

REGIONE PIEMONTE

HOMEPAGE CHI SIAMO RISORSE ▼ TEMI ▼ SERVIZI ▼ FORMAZIONE ▼

E' ONLINE IL REPERTORIO DELLA RICERCA RE-BVS

Effettua il login

- BVS-P C
- PUBMED
- EMBASE
- UPTODA
- PROFES
- @BVSP
- PROPON

ACCESSO

Il contesto di riferimento

- Fondamentale è quindi la descrizione del contesto di riferimento locale in cui il PSDTA si sviluppa, con particolare riferimento agli aspetti epidemiologici e al sistema di offerta sanitario e socio-sanitario correlato ai livelli assistenziali di riferimento:
 - prevenzione
 - territorio
 - ospedale.
 - A partire dall'analisi dei bisogni e dei flussi informativi regionali e con metodologia standardizzata sono riportate le principali informazioni relative:
 - - agli aspetti di natura epidemiologica, con i dati più rilevanti (incidenza, prevalenza, ecc.);
 - - al sistema di erogazione a livello regionale/aziendale, con le Unità Operative sanitarie e socio sanitarie coinvolte nella gestione dei pazienti, le modalità delle loro interconnessioni
 - - ai principali dati di attività.
-

Criteri di inclusione ed esclusione del PSDTA

- I **criteri di inclusione** descrivono le caratteristiche che la popolazione cui è dedicato il percorso deve possedere e possono fare riferimento a fattori demografici (età, sesso, ecc), clinici-assistenziali-sociali (tipo e stadio della malattia, comorbidità, ecc.), geografici (residenza, area di reclutamento ecc.).
- I **criteri di esclusione** servono invece a delimitare ulteriormente la tipologia di pazienti che può accedere al percorso, escludendo coloro per i quali il percorso non è adattato.
- I criteri di inclusione e/o esclusione, con particolare riguardo ai criteri clinici devono essere il più accurati e precisi possibili e possono fare riferimento a classificazioni esistenti es. ICD-IX-CM e DRG utilizzati anche dai sistemi informativi aziendali ed utili anche ai fini del monitoraggio e valutazione del percorso.

Mappa degli episodi PSDTA

- Gli episodi sono le attività o l'insieme di attività maggiormente significative che compongono il PSDTA e dunque **i segmenti del percorso del paziente** che riguardano in linea generale il processo del paziente in ambito di prevenzione, presa in carico, valutazione, trattamento, riabilitazione, follow up, ecc. con un momento di entrata e dei **traguardi clinico assistenziali ed organizzativi**.
- Hanno declinazioni organizzative in termini di servizi e di competenze cliniche e assistenziali da attivare nel sistema di offerta.
- La rappresentazione avviene attraverso una **matrice** in cui sono individuati gli episodi clinici correlati al processo a cui va incontro il paziente e le unità organizzative/i luoghi in cui la patologia viene gestita, come evidenziato a titolo esemplificativo nella tabella seguente.

Matrice degli episodi (esempio)

Episodio (esempi)	Unità organizzativa	Unità organizzativa	Unità organizzativa	Unità organizzativa
Prevenzione				
Presa in carico				
Valutazione				
Diagnosi				
Trattamento				
Riabilitazione				
Dimissione				
Follow up				
Ecc.				

Descrizione degli episodi in dettaglio

- valutazione dei pazienti
- educazione del paziente e/o della famiglia
- accertamenti diagnostici
- interventi, procedure
- consulenze
- terapia
- assistenza
- nutrizione
- sicurezza del paziente

Snodi decisionali PSDTA

- Gli snodi decisionali rappresentano alcuni dei punti di maggiore attenzione del PSDTA per quanto concerne le scelte preventive-diagnostico-terapeutiche-riabilitative ed organizzative, in generale riferibili ad aspetti di tipo:
 - clinico
 - organizzativo
 - socio-assistenziale
- Gli snodi decisionali sono momenti fondamentali nel PSDTA, che pertanto dovrebbero essere, nell'ambito del possibile, condivisi con il cittadino/paziente.

Sicurezza dei pazienti

- Con la D.D. 21 ottobre 2020, n. 1223 “Approvazione del Programma regionale per la gestione del rischio clinico 2020-2022” è stato definito il modello per il miglioramento della sicurezza dei pazienti nella Regione Piemonte.
- Vanno pertanto progettati specifici **modelli di analisi e di controllo del rischio clinico**, con l’obiettivo di prevenire il verificarsi di un errore e, qualora questo accada, contenerne le conseguenze.
- Seguendo le raccomandazioni delle organizzazioni per la qualità e sicurezza, il Gruppo di Lavoro per la stesura del PSDTA stabilisce di impostare **un’analisi dei rischi**, ad esempio utilizzando una versione semplificata della tecnica FMEA come strumento principale per la valutazione e prevenzione degli errori nel PSDTA.

Tecnologie

- Il significato di “Tecnologia” è oggi molto **ampio** e fa riferimento all’insieme di attrezzature sanitarie, dispositivi medici, farmaci, sistemi diagnostici, procedure mediche e chirurgiche, percorsi assistenziali e assetti strutturali e organizzativi nei quali viene erogata l’assistenza sanitaria.
- La tecnologia sanitaria comprende, dunque, tutte le applicazioni pratiche della conoscenza che vengono utilizzate per promuovere la salute, prevenire, diagnosticare e curare le malattie. Attrezzature, dispositivi medici e farmaci sono componenti fondamentali della tecnologia.
- Con la DGR 3 agosto 2017, n. 82-5513 Governo delle tecnologie biomediche e dell'innovazione in Sanita'. Modifica D.G.R. n. 18-7208 del 10.3.2014

Medicina di genere

- Con la Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 è stato recepito il “Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere” adottato con D.M. 13/06/2019 e sono stati definiti i criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere.
- Con questo provvedimento la Regione Piemonte, nel considerare la Medicina di Genere di particolare interesse per migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Regionale, ha:
 - recepito il Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere (all. A D.G.R. n. 17-4075)
 - individuato, all'interno della Direzione Sanità, i Settori regionali per le attività di competenza sulla Medicina di Genere
 - previsto l'istituzione di un Gruppo Tecnico Regionale sulla Medicina di Genere definendone composizione, obiettivi e funzione

Telemedicina

- Particolare importanza riveste anche l'utilizzo della telemedicina.
- Lo sviluppo di strumenti per la Telemedicina consente infatti sia di trovare nuove risposte a problemi tradizionali della medicina, sia di creare nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario
- tramite una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti e i pazienti.

Documentazione sanitaria

- Particolare importanza nello sviluppo del percorso ha la **documentazione sanitaria**.
- La documentazione sanitaria include tutti quei documenti che vengono prodotti dal personale sanitario: ne sono esempi la cartella clinica, la cartella infermieristica, la lettera di dimissione, il verbale operatorio e la scheda sanitaria, i piani assistenziali individuali ecc.
- La normativa ha anche attribuito a questi documenti un valore probatorio per l'accertamento di responsabilità civile, penale, disciplinare e amministrativa rispetto al singolo caso trattato.

•

Appropriatezza

- Come definito nel “Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatezza” (Ministero della Salute, luglio 2012) a cui si rimanda per gli approfondimenti, l'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.
- - le condizioni di erogabilità
- - il progetto Choosing wisely Italy
- - i Raggruppamenti di attesa omogenei (RAO).

Rappresentazione in forma sintetica del PSDTA

- Il diagramma di flusso illustra in senso generico il percorso diagnostico terapeutico e assistenziale del paziente attraverso i seguenti simboli principali:
 - l'ellisse o quadrilatero trapezoidale che identifica gli elementi di input/output
 - il quadrilatero che rappresenta l'azione sequenziale
 - il rombo che raffigura gli snodi decisionali
 - la pergamena che mostra di documenti allegati
 - le linee o le frecce che illustrano la direzione e il senso del processo.
- La simbologia di base utilizzata nei diagrammi di flusso è descritta nella seguente figura.

Diagramma di flusso PSDTA



Input/Output

Rappresenta l'input (ciò che entra nel processo) e l'output del processo



Attività

Rappresenta ogni tipologia di attività



**Snodo
decisionale**

Rappresenta un momento di valutazione e decisione con biforcazione del percorso



Documento

Rappresenta un documento allegato

Matrice delle responsabilità

Attività (esempi)	Responsabile area	Dirigenti	Singoli operatori		
Prevenzione	C	R	R		
Presa in carico	C	R	R		
Valutazione	C	R	R		
Diagnostica	C	R	R		
Trattamento	R	R	R		
Riabilitazione	C	R	R		
Dimissione	C	R	R		
Follow up	C	R	R		
Ecc.	R	R	C		

Diffusione ed implementazione del PSDTA

- Sono considerati efficaci al fine della implementazione i seguenti interventi:
- - formazione, anche accreditata ECM;
- - outreach visits;
- - reminders (manuale o computerizzato);
- - interventi multipli (una combinazione che include due o più dei seguenti: **audit e feedback**, reminders, processi di consenso locali, marketing);
- - incontri formativi interattivi.

Monitoraggio, verifica dell'applicazione ed indicatori PSDTA

- Una delle più tipiche classificazione degli indicatori in ambito sanitario identifica:
 - - **indicatori di struttura:** comprendono i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie (che cosa si possiede);
 - - **indicatori di processo:** misurano l'appropriatezza del processo assistenziale in relazione a standard di riferimento: linee guida, percorsi assistenziali (come si lavora);
 - - **indicatori di risultato:** documentano una modifica di esiti assistenziali: clinici come mortalità, morbidità), economici come costi diretti e indiretti) e umanistici come qualità di vita, soddisfazione dell'utente (che cosa si ottiene).

Audit clinico ed assistenziale

- Il processo dell'audit clinico può essere rappresentato come un ciclo, costituito da cinque passaggi chiave, gerarchicamente subordinati:
- 1. identificare l'ambito e lo scopo dell'audit clinico;
- 2. definire criteri, indicatori e standard;
- 3. osservare la pratica e raccogliere i dati;
- 4. confrontare i risultati con gli standard;
- 5. realizzare il cambiamento.

Piano di miglioramento

- In relazione alle criticità evidenziate nella fase di verifica, viene quindi pianificato l'intervento di adeguamento e miglioramento, riportando e dando evidenza:
 - degli obiettivi (l'adeguamento nei confronti degli standard);
 - delle **azioni correttive e preventive** da effettuare, con tempi ed attori;
- In tale ambito è molto utile schematizzare il piano di miglioramento attraverso il **diagramma di Gantt**, come di seguito esplicitato a titolo esemplificativo.

	Obiettivi	Azioni	Tempi	Attori (responsabili, referenti soggetti convolti)
1				
2				
3				
4				
5				

Aggiornamento PSDTA

- L'aggiornamento è l'attività di verifica che il gruppo di lavoro, a cadenza periodica, deve svolgere per attestare che quanto proposto nel PSDTA sia sempre in linea con le evidenze scientifiche disponibili e con le eventuali modifiche degli assetti organizzativi del lavoro in ogni ambito coinvolto dal PSDTA.
- La nuova versione del PSDTA viene classificata con il numero della revisione e la data.
- Oltre a incorporare eventuali nuove informazioni, il processo periodico di revisione può permettere l'aggiunta di nuove indicazioni, l'aggiunta di una nuova sezione precedentemente non considerata e la modifica di specifici indicatori di monitoraggio e, infine, l'ulteriore rifinitura di un aspetto problematico e controverso del documento

Archiviazione PSDTA

- Il sistema d'archiviazione deve permettere una rapida identificazione e reperibilità dei documenti originali per la loro consultazione.
- Le varie copie emesse dei documenti vengono mantenute presso l'area di lavoro in cui sono necessarie dai singoli Responsabili, **entro appositi raccoglitori** sui quali è identificato esternamente il contenuto in modo da consentire l'immediata disponibilità ed accessibilità per la consultazione del personale.
- L'archiviazione delle diverse versioni dei PSDTA deve avvenire **anche su supporto informatico**.

Valutazione qualità PSDTA

		No		S
1.	Introduzione e presentazione del Documento			
2.	Redazione			
3.	Lista di distribuzione			
4.	Gruppo di lavoro e coordinamento			
5.	Glossario, terminologia e abbreviazioni			
6.	Finalità			
7.	Analisi del problema di salute/patologia oggetto del PSDTA			
8.	Letteratura scientifica di riferimento e normativa			
9.	Contesto organizzativo in cui si sviluppa il PSDTA			
10.	Criteri di ingresso/eleggibilità			
11.	Descrizione dello sviluppo complessivo del PSDTA			
12.	Rappresentazione del PSDTA in forma sintetica			
13.	Diffusione ed implementazione			
14.	Monitoraggio, verifica dell'applicazione ed indicatori			
15.	Piano di miglioramento			
16.	Aggiornamento			
17.	Archiviazione			
18.	Valutazione qualità PSDTA			
19.	Riferimenti			
20.	Allegati			

Verifica di impatto PSDTA

	Criterio	No		Si	Stima impatto
1	Coerenza con la metodologia regionale				
2	Modifica delle attuali strutture e/o inserimento di nuove strutture				
3	Modifica delle attuali tecnologie e/o inserimento di nuove tecnologie				
4	Modifica degli attuali device e/o inserimento di nuovi device				
5	Modifica degli attuali esami/test e/o inserimento di nuovi esami/test				
6	Modifica degli attuali farmaci e/o inserimento di nuovi farmaci				
7	Modifica dell'attuale personale e/o inserimento di nuovo personale				
8	Modifica dell'attuale modello organizzativo e/o inserimento di un nuovo modello organizzativo				
9	Individuazione di standard degli indicatori coerenti				
10	Stima impatto economico				

Alcuni riferimenti bibliografici e normativi

- PNLG. Manuale metodologico. Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica. Maggio 2002
- Raccomandazioni per la costruzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PSDTA) e Profili Integrati di Cura (PIC) nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, AReSS, 2007
- Ministero della Salute. L'audit clinico. Roma 2011
- Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatezza” (Ministero della Salute, luglio 2012)
- Manuale di formazione per il governo clinico: monitoraggio delle performance cliniche (Ministero della Salute, luglio 2012)
- Decreto 9 dicembre 2015 . Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale
- Direzione Generale della Programmazione sanitaria, Ministero della Salute. Monitoraggio e valutazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, 2017.
- Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze, Tavolo per il monitoraggio del recepimento ed implementazione del Piano Nazionale Demenze 5/07/2017.
- Ministero della Salute. Piano Nazionale Cronicità, 2017.
- Ministero della Salute. L'audit clinico. Maggio 2011
- Progetto Choosing Wisely Italia. Fare di più non significa fare meglio
- Manuale RAO per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (Agenas luglio 2020)