



**Gruppo Sanitario Policlinico di Monza
Coordinamento Sanitario**

***Percorsi formativi
ARPA Piemonte – Organismo Tecnicamente Accreditante
Novembre 2025***

Percorsi di Salute e Diagnostico- Terapeutico-Assistenziali e gli Indicatori

***Clemente Ponzetti
Coordinatore Sanitario
Risk manager di Gruppo***

Torino, 17 novembre 2025

*L'opinione è davvero la forma più bassa della conoscenza umana. Non richiede responsabilità, né comprensione. La più alta forma di conoscenza... è l'empatia, poiché ci richiede di sospendere il nostro ego e di vivere nel mondo di un **altro**. Richiede uno scopo profondo più ampio della comprensione del sé.*

Platone 427 -347 a. C.

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE

E' una metodologia mirata alla condivisione dei processi decisionali e dell'organizzazione dell'assistenza per un gruppo specifico di pazienti durante un periodo di tempo ben definito.

Consensus Meeting EPA* 2005 – Slovenia

*European Pathway Association

Sempre secondo E.P.A. i PDTA:

- ✓ Devono includere una chiara esplicitazione degli obiettivi e degli elementi chiave dell'assistenza basata sulle evidenze scientifiche
- ✓ Devono facilitare le comunicazioni tra i membri del team, i caregivers e i pazienti
- ✓ Devono coordinare il processo di assistenza tramite il coordinamento dei ruoli e l'attuazione delle attività dei team multidisciplinari d'assistenza
- ✓ Devono includere la documentazione, il monitoraggio e la valutazione degli outcomes
- ✓ Devono infine identificare le risorse necessarie all'attuazione del percorso

Lo scopo dei PDTA è, dunque, quello di incrementare la qualità dell'assistenza percepita ed effettivamente erogata, migliorando gli outcomes e promuovendo la sicurezza del paziente attraverso l'utilizzo delle giuste risorse necessarie.

Alcuni riferimenti bibliografici e normativi

- PNLG. Manuale metodologico. Come produrre, diffondere e aggiornate 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 Itala. Fare di più non significa fare meglio
 - Manuale RAO per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (Agenas luglio 2020)
-

In Italia

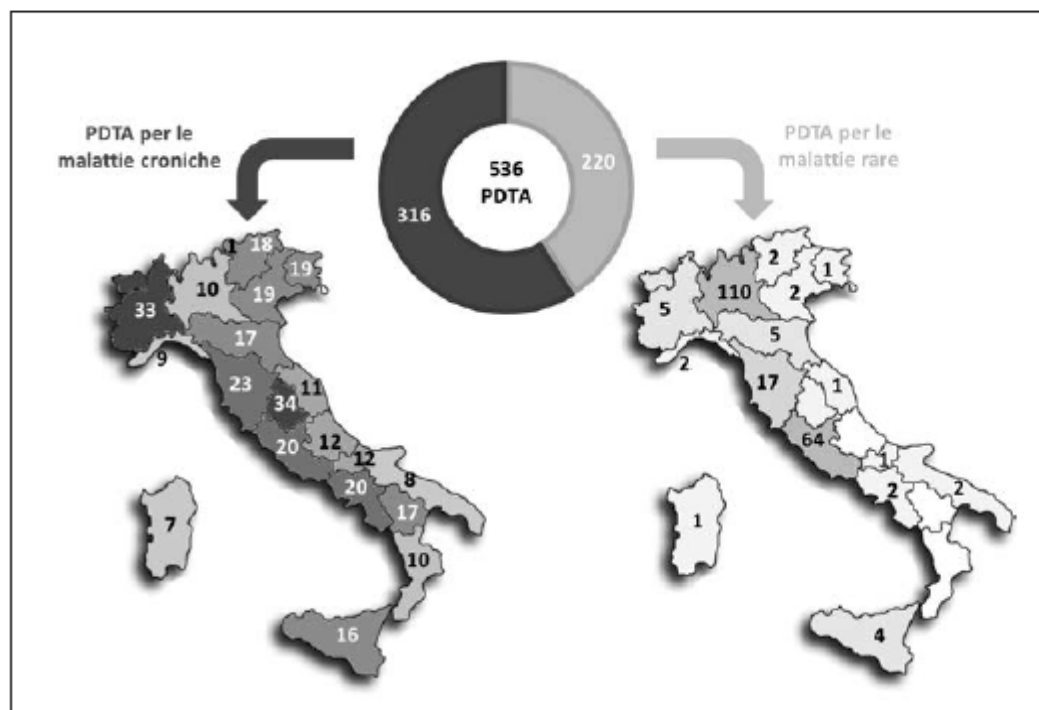


Figura 1. Distribuzione geografica dei PDTA regionali approvati fino al 31 dicembre 2018. Distinzione tra malattie croniche ad alto impatto epidemiologico e malattie rare.

Tratto da:

«I numeri dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) in Italia: risultati dal progetto PDTA Net»
C. Piccini e Alt.. *Recenti Prog Med* 2019; 110: 188-194

Tabella 1. Distribuzione delle aree cliniche di interesse dei PDTA regionali relativi alle patologie croniche ad alto impatto epidemiologico approvati fino al 31 dicembre 2018.

Area Clinica – Patologie croniche	N. PDTA	%
Neoplasie	72	22,8
Malattie del sistema nervoso	60	19,0
Malattie del sistema cardiovascolare	34	10,8
Malattie del metabolismo e della nutrizione	22	7,0
Ferite e lesioni	21	6,6
Malattie del sistema muscoloscheletrico	19	6,0
Malattie delle vie respiratorie	19	6,0
Disturbi mentali	19	6,0
Malattie dell'apparato digerente	13	4,1
Malattie virali	11	3,5
Malattie dell'apparato urogenitale	9	2,8
Infezioni batteriche e micotiche	6	1,9
Malattie della pelle e del tessuto connettivo	2	0,6
Malattie del sistema endocrino	2	0,6
Malattie dell'occhio	2	0,6
Segni e sintomi di condizioni patologiche	1	0,3
Malattie del sistema ematico e linfatico	1	0,3
Malattie otorinolaringoiatriche	1	0,3
Malattie congenite, ereditarie e malattie e anomalie neonatali	1	0,3
Malattie del sistema immunitario	1	0,3
Totale	316	100,0

In Piemonte



2007



2023

Il sito BSV

The image shows a screenshot of the BSV website. At the top left, the logo "bvs-p" is displayed in a bold, lowercase font, with "Biblioteca Virtuale per la Salute - Piemonte" written below it. To the right of the logo is the logo of the "REGIONE PIEMONTE", which consists of a red cross on a white background. Below the header is a horizontal navigation menu with six blue buttons: "HOMEPAGE", "CHI SIAMO", "RISORSE", "TEMI", "SERVIZI", and "FORMAZIONE".

The main content area features a large banner with a background image of a laptop displaying the RE-BVS website. Overlaid on the bottom of the banner is a blue box with white text that reads: "E' ONLINE IL REPERTORIO DELLA RICERCA RE-BVS".

On the right side of the banner, there is a vertical list of social media and service icons with the following text: "Effettua il", "BVS-P C", "PUBMED", "EMBASE", "UPTODA", "PROFES", "@BVSP", "PROPON", and "ACCESSO".

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.
-

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.**
-

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



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.
-

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.
-

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.
-

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.
-

SOMMARIO

1.	INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	Pag.	3
2.	REDAZIONE	Pag.	5
3.	DESTINATARI E LISTA DI DISTRIBUZIONE	Pag.	5
4.	GRUPPO DI LAVORO E COORDINAMENTO	Pag.	6
5.	GLOSSARIO, TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI	Pag.	7
6.	FINALITÀ	Pag.	8
7.	ANALISI DEL PROBLEMA DI SALUTE/PATOLOGIA OGGETTO DEL PSDTA	Pag.	9
8.	LETTERATURA SCIENTIFICA E NORMATIVA	Pag.	10
9.	CONTESTO ORGANIZZATIVO IN CUI SI SVILUPPA IL PSDTA	Pag.	11
10.	CRITERI DI INGRESSO/ELEGGIBILITÀ	Pag.	12
11.	DESCRIZIONE DELLO SVILUPPO COMPLESSIVO DEL PSDTA	Pag.	12
12.	RAPPRESENTAZIONE IN FORMA SINTETICA DEL PSDTA	Pag.	20
13.	DIFFUSIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEL PSDTA	Pag.	22
14.	MONITORAGGIO, VERIFICA DELL'APPLICAZIONE ED INDICATORI	Pag.	23
15.	PIANO DI MIGLIORAMENTO	Pag.	25
16.	AGGIORNAMENTO	Pag.	26
17.	ARCHIVIAZIONE	Pag.	26
18.	VALUTAZIONE DI QUALITÀ PSDTA	Pag.	27
19.	RIFERIMENTI	Pag.	27
20.	ALLEGATI - Valutazione della qualità PSDTA - Analisi di impatto PSDTA - Verifica applicazione PSDTA	Pag.	28

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. osservare la pratica e raccogliere i dati per gli **indicatori**;
 - 3. confrontare i risultati con gli standard;
 - 4. realizzare il cambiamento.
-

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				

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				

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, morbilità), economici come costi diretti e indiretti) e umanistici come qualità di vita, soddisfazione dell'utente (**che cosa si ottiene**).
-

Indicatori proxy

Gli **indicatori proxy** (o indicatori sostitutivi) sono misure indirette utilizzate per stimare o monitorare un fenomeno, un esito o una variabile che non può essere misurata direttamente, facilmente o in modo affidabile.

Servono come "procura" o rappresentante del dato che si vorrebbe rilevare in modo diretto.

Quando si usano

L'uso degli indicatori proxy è comune in diverse discipline (statistica, economia, climatologia, medicina) quando:

- ✓ **Mancanza di dati diretti:** non esistono dati "diretti" (dati certi o "hard data") disponibili per il fenomeno di interesse.
 - ✓ **Difficoltà di misurazione:** la misurazione diretta è complessa, costosa o richiede troppo tempo.
 - ✓ **Confrontabilità limitata:** si ha la necessità di confrontare casi (ad esempio, nazioni) dove i dati diretti sono raccolti con metodologie diverse, limitando la confrontabilità.
 - ✓ **Valutazione a lungo termine:** si usano come indicatori di processo per prevedere un potenziale miglioramento degli esiti a lungo termine.
-

Esempi

1. Il P.I.L. (prodotto interno lordo di una Nazione, di una Regione)
 2. La spia «motore» della nostra auto
 3. La temperatura di somministrazione di un piatto cucinato in mensa
 4. L'indice di clorazione di un'acqua
 5. L'indice di vecchiaia
 6. Il tempo di trattamento chirurgico di una frattura di femore in anziani
 7. Il tasso di adesione ad uno screening
 8. Il consumo di gel idroalcolico
 9. La temperatura corporea
 10. La pressione arteriosa
 11. Il tasso di colesterolo nel sangue
 12. Molti degli indicatori del Piano Nazionale Esiti (PNE)
 13. _____
 14. _____
 15. _____ ***ditemi Voi*** _____ ??????
-

Perché usare gli indicatori proxy

- ❖ Perché di **semplice rilevazione** o almeno di rilevazione facilitata rispetto agli indicatori specifici
 - ❖ Perché **facilmente ripetibili** anche da personale non specializzato e/o con apparecchiature diffuse e di semplice utilizzo
 - ❖ Perché **immediatamente comprensibili** anche ai «non addetti ai lavori»
 - ❖ Perché **facilmente «graficabili»**
-

Chi costruisce un Indicatore Proxy ?

Per costruire un buon indicatore proxy, è necessario **conoscere i processi e le attività, identificare gli snodi, comprendere le conseguenze di scelta, conoscere la estraibilità di un dato.**

Chi meglio degli **ATTORI** del **PSDTA** possono avere queste competenze e conoscenze?

Per questo servono **rappresentatività** e **multi-professionalità** governate da uno o più **metodologi**.

Alcuni esempi

Regione Piemonte:
PDTA Morbo di Parkinson, 87 pagg., 2021

TABELLA INDICATORI						
DIAGNOSI	TERAPIA MEDICA	TERAPIA AVANZATA	RIABILITAZIONE	SERVIZIO SOCIALE	MEDICINA LEGALE	VOLONTARIATO
N. questionari compilati	N. giorni di degenza ospedaliera	N. giorni di degenza ospedaliera	N. giorni di degenza ospedaliera e in strutture convenzionate	N. schede di fragilità compilate dai S.U.S.S. (sportello unico socio-sanitario)	N. invalidità MP (dati ASL-INPS)	N. nuovi pazienti presi in carico

Alcuni esempi

Regione Piemonte: PDTA Fibromialgia, 32 pagg., 2024

Nella tabella che segue sono presentati alcuni degli indicatori di riferimento:

	Indicatore	Standard	Valore osservato	Tempo
1.	<u>Volumi di pazienti in carico presso ambulatori di Reumatologia</u> <ul style="list-style-type: none">• Numero totali di pazienti con FM sospetta o definita inviati da MMG /specialisti e visitati in un periodo predefinito			a partire dall'attivazione del PSDTA 2024-2025
2	<u>Modalità di accesso al percorso/appropriatezza</u> <ul style="list-style-type: none">• n. pazienti inviati al reumatologo con solo sospetto diagnostico• n. pazienti inviati con diagnosi già nota• n. pazienti con diagnosi confermata dopo prima valutazione reumatologica• n. pazienti con necessità di ulteriori approfondimenti dopo prima valutazione reumatologica per esclusione altre patologie• n. pazienti con diagnosi di fibromialgia con proposta post visita di presa in carico multidisciplinare (almeno due figure professionali diverse)			a partire dall'attivazione del PSDTA 2024-2025

Alcuni esempi

Regione Piemonte:

PDTA **Fibromialgia**, 32 pagg., 2024

3.	<u>Diffusione del PSDTA presso AO e ASL</u> <ul style="list-style-type: none">• Presenza del PSDTA nell'area intranet aziendale• N. di eventi di presentazione del percorso/anno nelle varie Aree Omogenee, con la partecipazione dei MMG e degli specialisti coinvolti nella presa in carico del paziente con FM• Riunioni di audit clinico/organizzativo/anno a livello regionale con la partecipazione dei referenti delle Aree Omogenee e delle Associazioni di Pazienti• contestualizzazione PSDTA regionale a livello aziendale			a tre mesi dall'attivazione del PSDTA 2024-2025
4	<u>Empowerment</u> <ul style="list-style-type: none">• Materiale informativo in collaborazione con le Associazioni di Pazienti (quali ad es. opuscolo condiviso, area web dedicata,...)• N. di interventi educativi a livello di Area Omogenea (Gruppi di Cammino e/o AFA, video filmati dedicati, ...) oppure N. di incontri informativi/formativi a livello di Area Omogenea con Palestre della Salute, Laureati in Scienze Motorie			a sei mesi dall'attivazione del PSDTA 2024-2025

Alcuni esempi

AOU Città della Salute e della Scienza, Torino: PSDTA **Scompenso cardiaco**, 40 pagg., 2023

3. Indicatori su valutazione, trattamento ed esiti

Gli indicatori proposti sono stati adattati dal PDTA aziendale e dalla pubblicazione dell'ESC 2022 (Aktaa EJ Heart Failure 2022), selezionando quelli calcolabili usando in modo integrato i flussi informativi sanitari (SDO, prestazioni per ricoverati, esami di laboratorio per interni, prescrizioni farmacologiche alla dimissione). L'analisi di questi indicatori sarà stratificata per raggruppamento di pazienti con SC e per dipartimento di dimissione. Ulteriori stratificazioni e aggiustamenti statistici per sesso, classe di età e comorbidità saranno utilizzati per valutare differenze tra aree assistenziali e nel tempo.

- Proporzioni di pazienti con consulenza cardiologica durante il ricovero (esclusi ricoverati in cardiologia e unità coronarica)
- Proporzioni di pazienti con esame ecocardiografico durante il ricovero
- Proporzioni di pazienti con misurazione del BTproBNP durante il ricovero
- Proporzioni di pazienti dimessi con i seguenti farmaci:
 - ACE-I/ARB/ARNI
 - beta-bloccante
 - antagonista del recettore dei mineralcorticoidi (MRA)
 - SGLT2i
- Proporzioni di pazienti deceduti in ospedale, a 30 e a 90 giorni dalla dimissione
- Proporzioni di pazienti con un ricovero ospedaliero entro 30 e 90 giorni dalla dimissione

Altri indicatori, non calcolabili dai flussi correnti, saranno misurati per periodi definiti e in setting selezionati sulla base degli indicatori calcolati in modo continuativo.

Alcuni esempi

AOU Città della Salute e della Scienza, Torino:
PSDTA **BPCO**, 25 pagg., 2023

14. VERIFICA DELL'APPLICAZIONE ED INDICATORI

	Indicatore in corso di definizione	Standard	Valore osservato
1	N° di Accessi successivi in Pronto Soccorso in 24 mesi, suddivisi per genere	da definire	
2	Nuovi ventilati per anno, suddivisi per genere	da definire	
3	N° pazienti dimessi con richiesta di prestazione riabilitativa su tutti i pazienti dimessi, suddivisi per genere	da definire	

Alcuni esempi

ASL di Asti:

PSDTA Scompensso cardiaco, 12 pagg., 2024

3.2 Indicatori di misurazione

Critério	Indicatore	Resp.	Tipo	Frequenza	Standard	Fonte
Presa in carico dei Pazienti	N° Pazienti presi in carico dall'IFEC / N° Pazienti segnalati dalla COT all'IFEC	COT	%	Annuale	90 %	
Presa in carico dei Pazienti	Riammissione ospedaliera entro 30 giorni dalla dimissione / totale Pazienti presi in carico ambulatorialmente		%	Annuale	90 %	PNE 2021

Alcuni esempi

Regione Molise:

PDTA TAO in P.ti con FA , 61 pagg., 2024

Indicatori di percorso

1- PROPORZIONE DI PAZIENTI CON DIAGNOSI DI FANV REGISTRATA IN CARTELLA		
Numeratore	N. di pazienti attivi nell'anno di osservazione con età maggiore o uguale a 15 anni con diagnosi lifetime di FANV registrati in cartella dal MMG	Obiettivo regionale
Denominatore	N. totale di assistiti in carico nell'anno di osservazione con età maggiore o uguale a 15 anni	> 2%
Fonte dati	Cartella del MMG (estrazione anonimizzata da parte delle softwarehouse)	
Note	Diagnosi di FANV codificata secondo ICD9-CM. <i>E' di interesse documentare la base della diagnosi (ECG/Holter/diagnosi di dimissione/referto specialistico disponibili in cartella)</i>	
VALORE ATTUALE	n.d.	

2- PROPORZIONE DI PAZIENTI CON DIAGNOSI DI FANV CON MONITORAGGIO DELL'INR REGISTRATO IN CARTELLA		
Numeratore	N. di pazienti attivi nell'anno di osservazione con diagnosi lifetime di FANV in terapia con AVK per i quali è registrato il monitoraggio dell'INR in cartella dal MMG	Obiettivo regionale
Denominatore	N. di pazienti attivi nell'anno di osservazione con diagnosi lifetime di FANV in terapia con AVK registrati in cartella dal MMG	Dato misurato
Fonte dati	Cartella del MMG (estrazione anonimizzata da parte delle softwarehouse)	
Note	Diagnosi di FANV codificata secondo ICD9-CM. Almeno un INR nei 12 mesi.	
VALORE ATTUALE	n.d.	

Alcuni esempi

Regione Molise:
PDTA TAO in P.ti con FA , 61 pagg., 2024

Indicatori di risultato

3 PERCENTUALE DI PAZIENTI CON FANV IN TRATTAMENTO CON ANTICOAGULANTE		
Numeratore	Pazienti con diagnosi di FANV in trattamento con anticoagulanti	Obiettivo regionale 70%
Denominatore	Pazienti con diagnosi di FANV	
Fonte dati	DWH Regionale (estrazione Servizio Epidemiologico Regionale) (Flusso prescrizioni farmaceutiche; Flusso SDO; Anagrafe assistiti)	
VALORE ATTUALE	n.d.	

8 PERCENTUALE DI PAZIENTI FANV IN TERAPIA ANTICOAGULANTE DOPO NUOVO EPISODIO DI ICTUS ISCHEMICO/TIA		
Numeratore	Pazienti FANV con nuovo episodio di Ictus ischemico o TIA in terapia post-evento con NAO	Obiettivo regionale > 75%
Denominatore	Pazienti FANV con nuovo episodio di Ictus ischemico o TIA	
Fonte dati	DWH Regionale (estrazione Servizio Epidemiologico Regionale) (Flusso prescrizioni farmaceutiche; Flusso SDO; Anagrafe assistiti)	
Note	Le indicazioni regionali sulla base della carta di Venezia raccomandano di avviare a terapia con NAO i pazienti con ictus ischemico/TIA (attribuibile a FANV).	
VALORE ATTUALE	n.d.	

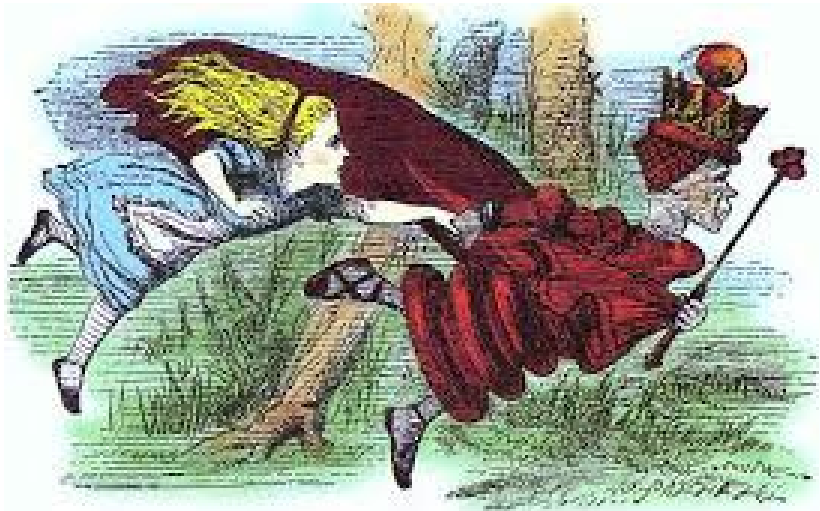
In conclusione

MESSAGGI CHIAVE:

- *Non inventiamoci molto, la letteratura è ormai prodiga di produzioni di buon livello scientifico e di facile rintracciabilità,*
 - *Concentriamoci sulla contestualizzazione del PDTA/PSDTA nella nostra realtà assistenziale,*
 - *Ragioniamo molto sugli indicatori soprattutto su quelli Proxy,*
 - *Organizziamo flussi continui di dati certi («pochi ma buoni»),*
 - *Il Gruppo di Lavoro «ragioni» sui dati prima di presentarli alle Direzioni o condividerli sugli operatori (una errata interpretazione può creare gravi errori di programmazione o frustrazioni tra gli Operatori),*
 - *Condividiamo con attenzione i dati per creare «conoscenze» e non «opinioni».*
-

Grazie dell'attenzione

clemente.ponzetti@policlinicodimonza.it



*«Qui, vedi, devi correre più che puoi, per restare nello stesso posto.
Se vuoi andare da qualche altra parte devi correre almeno il doppio!»*

La Regina di Cuori ad Alice
