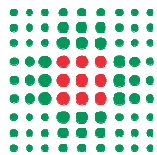


Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali e lavoro in rete



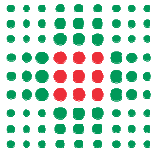
Ulrich Wienand (FE)

21 gennaio 2017



Che cosa sono i PDTA ?

Piani multidisciplinari e **multiprofessionali**, costruiti a livello **locale** sulla base di raccomandazioni **riconosciute**, per gestire pazienti con una **specifica condizione patologica**, definendo la migliore **sequenza** temporale e spaziale possibile delle attività diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali da svolgere al fine di raggiungere **obiettivi** di salute, definiti a priori, con un'efficienza e un'efficacia ottimali.



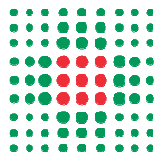
Fondamentali

Defining characteristics of care pathways include:

- an explicit **statement** of the goals and key elements of care based on **evidence**, best practice, and patient **expectations**,
- the facilitation of the **communication**, **coordination** of roles, and sequencing the activities of the multidisciplinary care team, patients and their relatives,
- the **documentation**, monitoring, and evaluation of **variances** and outcomes,
- the identification of the appropriate **resources**.

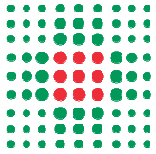
European Pathway Association 2006





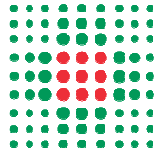
Perché i PDTA ?

- continuità
- tempestività
- coordinamento
- evidenze scientifiche
- standardizzazione
- prospettiva del paziente



Sinonimi

- Profili di assistenza
- Profili di cura
- Percorsi diagnostico-terapeutici
- Integrated care pathways
- Care pathways
- Clinical pathways
- Patient pathways
- Critical pathways
-



Come si costruisce ?

- gruppo multidisciplinare/professionale
- mappatura dell'esistente
- ricerca raccomandazioni (soprattutto per gli snodi decisionali)
- definire i goal clinici
- costruire matrici con metodo “three blackboard”
- individuare indicatori per monitoraggio
- diffusione ed implementazione

Altro Osped.

CO 118

PS S.Anna

Med. Int./Neurol.

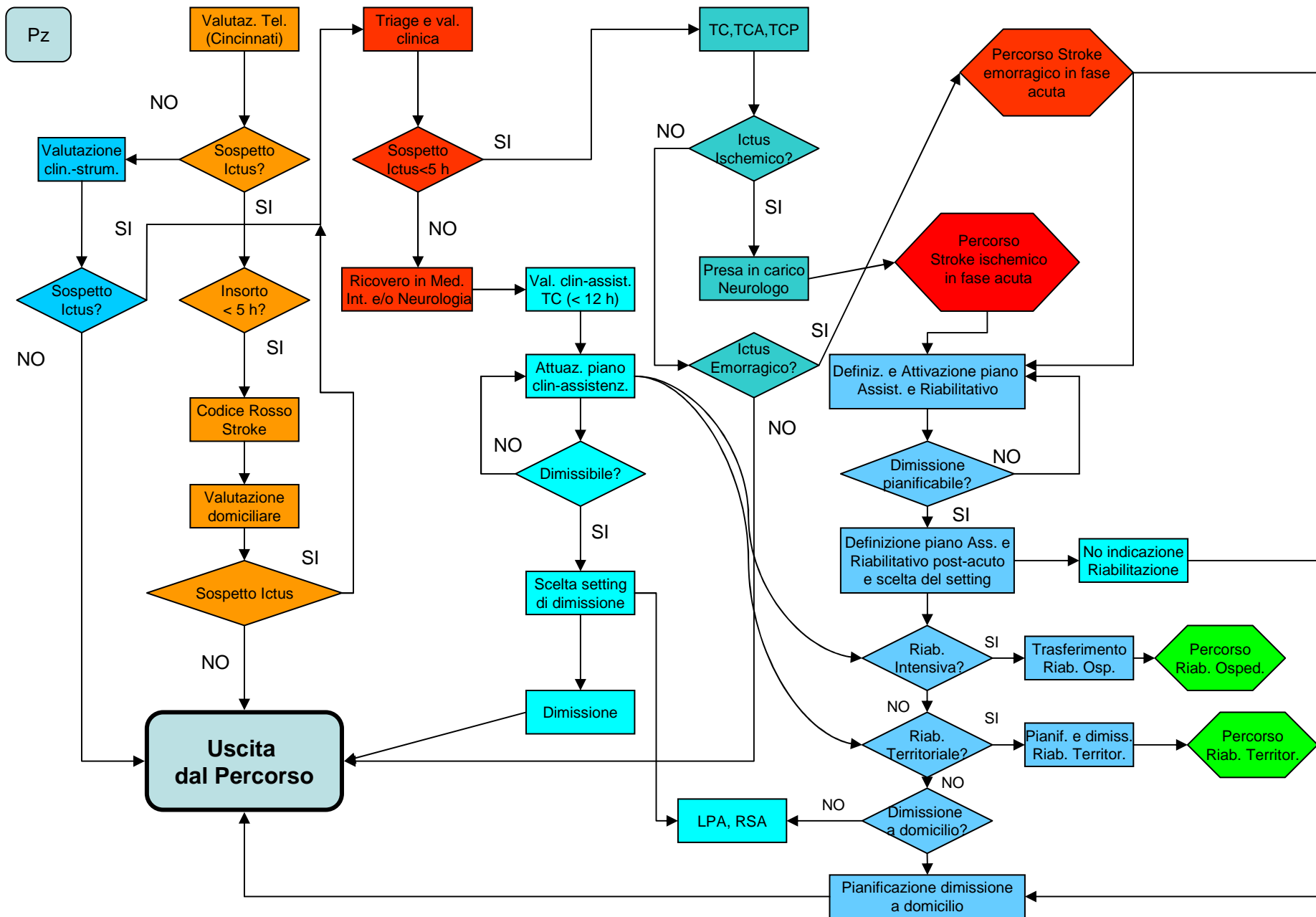
Neurorad.

Neurologia

NCH

R. S.Anna

R. Terr.



Quesito	Risposta	Riferimento bibliografico
FASE DI TERAPIA MEDICA ONCOLOGICA		
<p> Criteri per la esecuzione degli esami di stadiazione <i>(per i criteri di stadiazione dell'ascella vedi fase chirurgica)</i> </p>	<p> La stadiazione è necessaria per escludere la presenza di una malattia metastatica. La probabilità che siano presenti metastasi è proporzionale alle dimensioni del T, al numero di N patologici, ed alle caratteristiche biologiche del tumore. Queste ultime condizionano anche la probabilità di metastasi in sedi diverse. </p> <p> Indagini di stadiazione non sono indicate in forme a basso rischio se in stadio I o II ed in assenza di sintomi. Non sono indicati esami di stadiazione in caso di Tumori in situ </p> <p> La esecuzione di indagini di stadiazione è indispensabile in presenza di sintomi clinici specifici, nelle pazienti ad alto rischio o in stadio III, o quando la paziente è candidata a terapia pre-operatoria. </p> <p> <u>Indagini strumentali</u> Nelle pazienti asintomatiche, la <i>ecografia epatica e pelvica</i> è indicata se è presente una delle seguenti caratteristiche: </p> <ul style="list-style-type: none"> - familiarità per tumore mammario o ovarico - tumori di dimensioni > 3 cm - interessamento linfonodale - tumori Luminali B, HER2+, o Triplo negativi <p> La <i>radiografia del torace</i> è indicata in caso di tumori HER2 positivi o triplo negativi </p>	<p>AIOM2013</p> <p>NCCN 2013</p> <p>NCCN 2013</p> <p>Consenso</p> <p>Consenso</p>

COLLI DI BOTTIGLIA/QUESTIONI APERTE		Sospetto diagnosi SLA	Diagnosi entro xx giorni	Comunicazione diagnosi entro xx gg		GOALS
Posti riservati EMG Specifiche EMG da condividere Elenco "red flag" Posti riservati RMN Posta elettronica certificata (PEC) Diagnosi e comunicazione diagnosi entro date prestabilite ? Problema : pazienti si rivolgono a Neurologia Universitaria	<i>Valutazione</i>	Elementi clinici "red flag"	Diagnosi differenziale attenta			Diagnosi precoce e corretta, basta sui sintomi, gli esami Attenzione alle diagnosi differenziali Diagnosi comunicata da neurologo esperto, orale e scritta con coinvolgimento dei familiari
	<i>Esami diagnostici</i>	EMG "speciale"	RMN Ematochimici TAC se indicata Liquor se indicato			
	<i>Interventi o procedure</i>			Offerta supporto psicologico		
	<i>Farmaci</i>			-Riluzolo -"Piano terapeutico"		
	<i>Nutrizione</i>					
	<i>Educazione paziente e familiari</i>	Info per MMG e altri specialisti	Info corretta sul sospetto diagnosi	-Presenza caregiver -Comunicazione orale e scritta		
	<i>Attività e sicurezza del paziente</i>					
	<i>Pianificazione del percorso</i>	Rapido passaggio a fase succ: invio a centro AOU (Neurologia Ospedaliera)	Appuntamento per fase succ.	-Relazione per MMG -evtl. app. con psicologa - info su associazioni paz. - App. prossima fase		
	<i>Certificazioni</i>			-Certif. malattie rare -Comunicazione Ref. Territoriale 2068		
	<i>Goals</i>	Avvio precoce e appropriato iter diagnostico	Diagnosi precoce e corretta			

Matrice Tempi/Fasi/Attività 118		Matrice Tempi/Fasi/Attività PRONTO SOCCORSO			
DISPATCH CENTRALE	SOCCORSO	TRIAGE	BOX VISITA		
<p>PERATORE TELEFONICO: identificazione candidato alla trombolisi:</p> <p>definizione codice rosso stroke:</p> <p>incinnati valutazione tempo ore o al risveglio</p> <p>tà 18 - 80 anni</p> <p>PERATORE DI GESTIONE:</p> <p>se candidato alla trombolisi:</p> <p>nvio mezzo CODICE ROSSO BASE STROKE.</p> <p>Se non candidato:</p> <p>nvio mezzo per problema neurologico con codice attribuito in base ai criteri di triage</p>	<p>EQUIPE DI SOCCORSO: conferma codice 2 stroke (candidato alla trombolisi):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cincinnati Prehospital Scale - Valutazione tempo < 7 ore o al risveglio <p>d Età tra 18 e 80 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione ABC parametri vitali, GCS, - ECG 12 derivazioni <p>G Glicemia capillare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accesso venoso <p>7 Monitoraggio ECG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eventuale catetere vescicale <p>E Eventuale O2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se PAD > 140 in due misurazioni successive (5 min): trattare <p>Q secondo criteri farmacologici SPREAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevenzione cadute e protezione del paziente durante il trasporto <p>-OPERATORE DI GESTIONE Se candidato alla trombolisi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) AVVISO AL TRIAGE DI PS i2) Attivazione Neurologo 3) Allertamento Rianimatore 4) ATTIVAZIONE EQUIPE NEURORADIOLOGIA (medico, -tecnico, infermiere, OSS) <p>Se non candidato:</p> <p>i Avviso al triage se codici 2 o 3</p>	<p>Definizione candidato alla trombolisi (codice giallo stroke):</p> <ul style="list-style-type: none"> - CINCINNATI/TEMPO 8 ORE O AL RISVEGLIO/ETA' 18-80 <p>-Esclusione trombolisi (non candidato):</p> <ul style="list-style-type: none"> - CINCINNATI/TEMPO/ETA' - Codifica in base ai criteri di triage <p>Se candidato alla trombolisi (codice giallo stroke):</p> <ul style="list-style-type: none"> •Attivazione medico PS •Attivazione neurologo (se non già attivato dal 118) •Ingresso immediato in box visita <p>Se non candidato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eventuale rivalutazione di triage - Ingresso in box visita quando box disponibile 	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione ABC - Parametri vitali - GCS - Anamnesi + esame obiettivo - Visita neurologica + NIHSS - Conferma/esclusione criteri x trombolisi - Glucostik (se non già eseguito) - ECG - Esami ematochimici (profilo stroke). <p>•Se candidato trombolisi: specificare "profilo stroke" nella richiesta informatica.</p> <p>Richiesta TC via SAP specificando "candidato alla trombolisi".</p> <p>•Se non candidato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TC cerebrale secondo criteri NICE 2008, invio del paziente in Neuroradiologia con un OSS dedicato ed eventualmente medico di PS e/o un CPSI - Eventuale O2 - Se PAD > 140 in due misurazioni successive (5 min): trattare secondo criteri farmacologici SPREAD - Informazioni sullo stato del paziente ed il percorso programmato - Protezione del paziente secondo procedura aziendale •Attivazione Equipe Neuroradiologica •Allertamento Rianimatore consulente •Attivazione immediata Rianimatore consulente se funzioni vitali compromesse e/o in caso di paziente non collaborante e necessità di immobilità durante la procedura /intervento. •Invio del paziente in Neuroradiologia con un OSS dedicato ed eventualmente un CPSI con eventualmente un medico di PS. Il Neurologo segue il paziente in Neuroradiologia Nel caso di attivazione del Rianimatore, lo stesso segue il paziente in Neuroradiologia, in caso di instabilità. <p>Ricovero:</p> <p>NEUROLOGIA se:</p> <ul style="list-style-type: none"> •indicato dal neurologo consulente •non rilevanti comorbilità. <p>MEDICINA se:</p> <ul style="list-style-type: none"> •rilevanti comorbilità 		
GOALS	<ul style="list-style-type: none"> - stabilizzazione clinica -valutazione bisogni clinici /assistenziali -terapia -standardizzazione valutazioni -corretta individuazione paz candidati alla trombolisi 	<ul style="list-style-type: none"> - Correttezza attribuzione codice triage - Tempestività avvio percorso trombolisi 	<ul style="list-style-type: none"> - Stabilizzazione clinica - Individuazione candidato alla trombolisi - Valutazione bisogni clinico/assistenziali 	<ul style="list-style-type: none"> - Timinig diagnostica secondo criteri NICE - Esami di laboratorio entro 30' 	<ul style="list-style-type: none"> - Appropriatezza Terapia secondo L.G. SPREAD - Standardizzazione valutazioni

Indicatore	Std	Fonte dati
% pazienti con neoplasia coloretale osservate presso l'Oncologia Medica cui è stato attribuito durante la prima osservazione uno stadio TNM	100%	Database elettronico Oncologia Medica
% pazienti con carcinoma colon sottoposto ad esame completo del colon (coloscopia/colonTC) in fase perioperatoria	≥ 95%	Scheda Paziente compilata in riunione multidisciplinare
% pazienti con neoplasia colon sottoposti a chirurgia radicale sottoposti ad ecografia alto addome o TC addome e torace	100%	Scheda compilata in riunione multidisciplinare
% pazienti con neoplasia colon operata in elezione con numero di linfonodi esaminati > = 12	>90%	(Archivio Anatomia Patologica) Scheda compilata in riunione multidisciplinare
% dei referti anatomico-patologici che riportano i principali parametri richiesti (vd matrice AP) (1)	100%	Archivio Anat Patologica
% pazienti con neoplasia colon operata con stadio III sottoposti a chemioterapia adiuvante (2)	≥90%	Log 80
% pazienti con carcinoma colon operato ed osservati presso un' Oncologia Medica nei 12 mesi successivi alla chirurgia (3)	≥ 90%	Flusso ASA (ISES)
% pazienti con carcinoma colon operato osservati presso un'Oncologia Medica sottoposte a CEA /anno durante il follow-up	≥ 90%	ASA SDO
% pazienti con carcinoma colon non avanzato operato, con età ≤ 75 anni, sottoposti ad ecografia (con mezzo di contrasto) o TC toraco-addominale con e senza mdc, nei 12 mesi successivi alla chirurgia , nel corso del follow-up	≥ 90%	ASA SDO
% Colonscopie in analgo-sedazione	>90%	Referti endoscopia / Scheda compilata in riunione multidisciplinare
Tempo dal sospetto diagnostico all'esame diagnostico < 30 gg	≥90%	Scheda compilata in riunione multidisciplinare
Tempo dal sospetto diagnostico all'esame diagnostico < 7 gg (se urgenza differita, vd snodi decisionali)	≥90%	Scheda compilata in riunione multidisciplinare
Tempo per la refertazione delle biopsie < 8 gg	≥80%	Archivio informatizzato Anat. Patologica
Tempo dalla diagnosi all'intervento <= 30 gg	≥95%	Scheda paziente
% casi ca. metastatico cui viene richiesta analisi RAS	≥85%	Archivio informatizzato Anat. Patologica
% pazienti che escono dal PDTA per motivi non clinici	< 5%	Scheda paziente
% pazienti discussi in riunione multidisciplinare	100%	Schede paziente

Questioni aperte / colli bottiglia : SLA .. (in corso)

- Posti riservati EMG
- Specifiche EMG da condividere
- Elenco “red flag”
- Posti riservati RMN
- Posta elettronica certificata (PEC)
- Diagnosi e comunicazione diagnosi entro date prestabilite ?
- Problema : pazienti si rivolgono a Neurologia Universitaria
- Nutrizionista sul territorio (servirebbero circa 200 ore /anno)
- Pneumologo: aumentare ore
- Cambio cannula: a quali intervalli ?

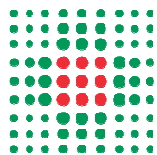
PDTA: come monitorare ?

Punto critico nell'implementazione e nella effettiva efficacia dei percorsi

- Il monitoraggio dei percorsi è focalizzato sull'analisi degli scostamenti
- Lo scostamento è un attività, un evento o un outcome che si verificano sul paziente in modo differente da quanto pianificato all'interno del percorso

Gli strumenti per il monitoraggio

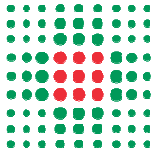
- Audit Clinico: retrospettivo sulle documentazioni cliniche
- Check list/scheda di monitoraggio del percorso ad hoc che segue il paziente
- Applicativi informatizzati per la gestione dei pazienti
- Database amministrativi



PDTA Stroke Ferrara

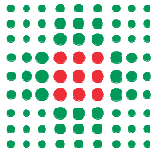
Criterio 1: Tutti i pazienti con sospetta diagnosi di ictus ischemico al primo contatto sanitario devono essere sottoposti a valutazione con scala Cincinnati

NUMERATORE Numero di pazienti con sospetta diagnosi di ictus ischemico sottoposti a valutazione con scala Cincinnati	125 (+0)
DENOMINATORE Numero di pazienti con diagnosi di ictus ischemico	134
ECCEZIONI	0
VALORE OSSERVATO	$\frac{(125+0)}{134} \times 100 = 93,3\%$
STANDARD	100%



PDTA a Ferrara

- Ca. polmone (da rivedere > interaziendale)
- Ictus (in corso audit clinico)
- Ca. Mammella
- IMA – STEMI
- Ca. colon (da ufficializzare)
- SLA (in corso)



PDTA e reti

- Reti deboli: i professionisti sono uniti da "collegamenti deboli" basati sulla conoscenza personale/professionale, sulla estemporaneità delle richieste di collaborazione
- Network: fondata su pratiche e routine organizzative che sono supportate da azioni istituzionale e da tecnologie facilitanti ed incentivanti
- Reti forti: prendono in carico la persona nella sua interezza e che sviluppino dei veri e propri percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali, che servono da "guida" ai professionisti sanitari e al contempo integrano l'ospedale con i servizi del territorio