



**AZIENDA
ULSS 9
TREVISO**



ACCREDITATION CANADA
ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA
Accredited by ISQua

Convegno CARD Veneto

«Tra il DIRE e il (WEL) FARE il BENE SALUTE da LIBERARE»

Accademia Galileiana di Scienze, Lettere ed Arti (PD), 7 aprile 2014

**Cure e Strutture Intermedie e
il ruolo del Distretto nella committenza ambulatoriale ed
esperienze dei team con gli Specialisti nei PDTA**

Annalisa Visentin - Direttore del Distretto Socio-Sanitario Nord (Ulss n.9)

Samanta Burato – Noveservizi s.r.l. – Controllo di Gestione



Il Piano Socio-Sanitario Regionale del Veneto per gli anni 2012 – 2016 (LR n.23/2012) ribadisce il principio della centralità della persona (*umanizzazione dell'assistenza*) ed individua le **cure domiciliari** come «obiettivo qualitativamente e culturalmente rilevante volto a favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita ed al proprio domicilio».

Il **potenziamento dei servizi domiciliari e la loro integrazione con i servizi ospedalieri, residenziali e semiresidenziali** è tra gli obiettivi di salute prioritari dell'Assistenza Territoriale.

Tale potenziamento si sviluppa secondo linee guida che prevedono modalità di lavoro in team multi-professionali e coordinamento organizzativo affidato al « **case manager** ».



Contesto di riferimento (2)



Tra gli obiettivi strategici regionali è stato identificato lo ***sviluppo dell'assistenza extra-ospedaliera da concretizzarsi attraverso l'attivazione di strutture intermedie*** (DGRV n. 68/CR del 18 giugno 2013) in grado di accogliere sia pazienti seguiti a domicilio ma con aumentati bisogni e necessità assistenziali, sia pazienti che escono da una fase di acuzie e/o che necessitano di riabilitazione intensiva.

Le strutture intermedie rappresentano una ***risposta assistenziale temporanea***.



La rete e le strutture territoriali intermedie



Ospedale

luogo per la gestione del paziente acuto

Strutture intermedie

- deflusso dai reparti per acuti di pazienti stabilizzati o che necessitano di riabilitazione intensiva
- pazienti seguiti a domicilio ma con aumentate necessità assistenziali

Domicilio

sede elettiva per la gestione del paziente con patologia cronica

*Il ricovero in ospedale deve essere un **ricovero « attivo »**.*

Il paziente deve essere valutato fin dal primo momento in cui viene ricoverato in modo da prevedere l'evoluzione del decorso e elaborare un precoce piano di dimissione per capire se attivare:

- un percorso di **dimissione protetta**;
- l'inserimento in una **struttura intermedia**.



Strutture intermedie: dati di Hospice e SAPA



Pazienti 2013 per sesso		
M	121	52,84%
F	108	47,16%
Tot	229	100,00%

Anno 2013	
Età media	74
Degenza media per ass.	18,2 gg
Tasso occupazione PL (%)	95,2%



*«Polo
Ospedaliero»*

Pazienti 2013 per sesso		
M	48	37,5%
F	80	62,5%
Tot	128	100,00%

Pazienti 2013 per soluzione alla dimissione		
Deceduti	28	21,9%
Domicilio	38	29,7%
Ospedale	8	6,3%
SAPA	1	0,8%
RSA (pagante in proprio)	27	21,1%
RSA (definitivo)	17	13,3%
RSA (temporaneo)	9	7,0%
TOTALE	128	100,0%

Anno 2013		
Paz. in posti di emergenza sociale	48	37,5%
Ricoveri SAPA	80	62,5%

Strutture intermedie: Ospedale di Comunità vs. Unità Riabilitativa Territoriale



	OSPEDALE DI COMUNITA'	UNITA' RIABILITATIVA TERRITORIALE
POSTI LETTO	24-25	id
ORGANIZZAZIONE INFERMIERISTICA *	Infermiere care manager Infermiere Fisioterapista/terapista occupazionale	1 infermiere/FKT care manager id
PERSONALE MEDICO	-geriatri o internisti se riconversione ospedaliera -MMG (forma associative) -medici centro servizi	Id + presenza fisiatrica da UOC di Riabilitazione
PRESENZA 24/H	infermiere	id
DURATA RICOVERO	Massimo 6 settimane (media 30 giorni)	Massimo 8 settimane
RESPONSABILITA' CLINICA	Del medico identificato	id
RESPONSABILITA' GESTIONALE	- Direttore UOC Cure Primarie per verifiche periodiche e programmazione - Responsabile clinico della struttura per misure igienico organizzative	id
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	Assicurate consulenze specialistiche in loco (palliativista, fisiatra, geriatra, psicologo ed assistente sociale). Rx e prelievi in loco. Compartecipazione alla spesa (a parte il completamento diagnostico entro i 30 giorni)	Ortopedico, neurologo, logopedista id
TARIFFAZIONE	Euro 92 + Euro 25 di quota alberghiera (a carico dell'utente dal 31° al 59° giorno; Euro 45 dal 60° giorno); + Euro 10 se RSA eroga assistenza medica	Euro 96 + Euro 25 di quota alberghiera (a carico dell'utente dal 1° al 60° giorno; Euro 45 dal 61° giorno); + Euro 10 se RSA eroga assistenza medica



Strutture intermedie: progettualità e leve





Strutture intermedie: criticità e problematiche aperte da valutare



- Allocazione delle strutture intermedie individuate
- N° Posti letto
- Modalità di accesso
- Organizzazione personale infermieristico
- Personale medico
- Responsabilità clinica
- Gestione ed organizzazione delle emergenze/urgenze
- Tariffazione + quota alberghiera + compartecipazione
- Prestazioni specialistiche
- Durata del ricovero
- Responsabilità organizzativa



Strutture intermedie: criticità e problematiche aperte da valutare



- Allocazione delle strutture intermedie individuate
- N° Posti letto
- Modalità di accesso
- Organizzazione personale infermieristico
- Personale medico
- Responsabilità clinica
- Gestione ed organizzazione delle emergenze/urgenze
- Tariffazione + quota alberghiera + compartecipazione
- Prestazioni specialistiche
- Durata del ricovero
- Responsabilità organizzativa



1. Segnalazione **precoce** dei pazienti eleggibili con **stadiazione dei bisogni** (valutazione multidimensionale per condizioni:
 - cliniche
 - cognitive
 - funzionali
 - sociali
 - ambientali)
2. comorbidità
3. segni di instabilità clinica
4. n° di giorni di prognosi previsti



**AZIENDA
ULSS 9
TREVISO**

C.O.T. – Centrale Operativa Territoriale



La **Centrale Operativa Territoriale** è una **piattaforma operativa multidisciplinare per la gestione e la messa a disposizione di flussi di informazione** (es. allertare il Distretto in vista di una dimissione protetta, verificare la disponibilità di posti in RSA, attivare un percorso riabilitativo, ecc.) a favore di diversi professionisti.

Infrastruttura informativo-informatica

Unico sistema informativo web tra Unità Operative Ospedaliere, Centri di Servizio, Medicina Generale, Continuità Assistenziale, Strutture Intermedie, Distretti e Servizi Sociali dei Comuni, secondo un'architettura informatica che consenta di condividere le informazioni con differenti livelli di privilegio, che garantisca la riservatezza dei dati sensibili dei pazienti (privacy).





AZIENDA
ULSS 9
TREVISO

C.U.R.A. – Centrale Unica di Riferimento per l'Assistenza domiciliare integrata



C.U.R.A. è il modello organizzativo territoriale sviluppato dall'Azienda Ulss 9 caratterizzato dalla presenza di un **sistema unico di riferimento** rivolto all'utente fragile/*caregiver* in assistenza domiciliare per fornire risposte univoche al bisogno espresso.

Prevede la messa a disposizione di una centrale attiva 24 ore/die, 7 giorni su 7 che risponda alle richieste telefoniche avanzate dal paziente/*caregiver* in assistenza domiciliare.



Obiettivi

- Garantire sistema unico di riferimento territoriale per assistiti, familiari/*caregiver* numero dedicato unico
- Gestire problematiche pazienti in ADI garantendo uniformità di risposta;
- Unificare regia della presa in carico utente: unico interlocutore che accoglie, elabora e segue il percorso della domanda fino a risposta avvenuta
- Garantire gestione/soluzione tempestiva della domanda (modello call-center e modello contact center)
- Effettuare teleassistenza in pazienti ad alta intensità assistenziale



	2012	2013
Popolazione residente	419.728	418.462
<i>di cui in assistenza domiciliare integrata</i>	7.024	7.080
<i>Incidenza %</i>	1,67%	1,69%
Numero accessi in ADI	98.911	89.827
Numero medio di accessi per paziente in ADI	14,08	12,68



	2012	2013
Richieste differibili da Lun. a Ven. 8-20 Tempo medio risoluzione 2'-2h (prelievi, emotrasfusioni, fornitura materiali, ecc.)	9.454	20.326
Richieste NON differibili da Lun. a Ven. 8-20 Tempo medio risoluzione 30'-90' (gestione PEG/SNG, cure palliative, infusioni, ecc.)	1.734	2.113

C.U.R.A. garantisce il supporto al modello dell'assistenza domiciliare integrata quale punto di riferimento unico che accoglie le richieste di pazienti fragili/*care giver* e quindi favorisce una gestione tempestiva e appropriata della richiesta.



Procedura Aziendale: « **Gestione delle Dimissioni Protette** »: nell'ambito del Progetto "Continuità delle cure" è emersa la necessità di creare un'integrazione tra Servizi Distrettuali, Ospedale, Area Anziani, Medici di Assistenza Primaria, Servizi Sociali dei Comuni e Residenzialità Extra-ospedaliera, definendo dei percorsi condivisi per rispondere ai bisogni delle persone in condizioni di fragilità, in particolare nei passaggi tra servizi della rete.

Scopo della Procedura: garantire l'applicazione del percorso delle dimissioni protette da parte dei servizi distrettuali, definendo i metodi di rapporto con l'Ospedale, con particolare riguardo a tempi, modi e strumenti, al fine di salvaguardare la continuità assistenziale alle persone in condizioni di fragilità.

	2012	2013
Numero totale casi Dimissione Protetta	915	1.100
di cui Distretto n.1	268	341
di cui Distretto n.2	227	292
di cui Distretto n.3	279	302
di cui Distretto n.4	141	165

Risultati

Negli ultimi 4-5 anni la degenza media dell'UO Geriatria è passata da 13,5 gg a 8 gg



Cure domiciliari: il paziente «respiratorio»



**Attività rivolta al paziente con sindrome ostruttiva polmonare cronica
affetto da apnee notturne**

Prestazioni	1° semestre 2013	<i>Proiezione Anno 2013</i>
Saturimetrie	103	206
aCPAP	91	182
TOTALE	206	416

Attività rivolta al paziente in ossigeno e/o ventiloterapia

Prestazioni (<u>dati al 02.12.2013</u>)	Numero pazienti	Numero prestazioni
Ambulatoriale	177 + 3 (da valutare)	417 + 12 (di paz. da val.)
Domiciliare	97	344
Pediatrici	9	18
TOTALE	286	791

**Il paziente affetto da
apnee notturne
(sindrome ostruttiva
polmonare cronica) è
assistito a domicilio
dall'equipe
pneumologica**



Cure domiciliari: il paziente in assistenza riabilitativa



Attività rivolta al paziente in assistenza riabilitativa territoriale e domiciliare

Prestazioni	Numero prestazioni 2013
Attività riabilitative: Prestazioni mediche	1.552

L'assistenza riabilitativa territoriale e domiciliare si riferisce a prestazioni erogate sia presso RSA o strutture intermedie sia a domicilio.

Prestazioni	Numero pazienti 2013	Numero prestazioni 2013
Prestazioni di fisioterapia/logopedia	763	2.382



Obiettivo generale: realizzare l'assistenza domiciliare per i bambini affetti da tumore, residenti nel territorio dell'Ulss 9, definendone struttura organizzativa, il percorso assistenziale, la formazione specifica del personale distrettuale e la responsabilità.

Durata: 2 anni, al termine dei quali verrà effettuata la verifica della sua efficacia sull'assistenza valutando gli indicatori raccolti

Pazienti: giovani in età compresa tra 0-16 anni affetti da malattie oncologiche maligne, residenti nell'Ulss 9: in media **13-14 nuovi casi all'anno**

Attività: stimati 5 accessi/die per prestazioni mediche e infermieristiche (tra DH emato-oncologico e attività domiciliare)

Soggetti coinvolti nella rete dell'Ulss 9: DH emato-oncologico pediatrico (UO Pediatria Ospedale di Treviso), PLS/MMG e Servizi Distrettuali (servizio infermieristico, assistenza domiciliare, fisiokinesiterapia, assistente sociale, educatore), Associazione italiana contro leucemie-linfomi e mieloma (AIL)

Percorso di presa in carico del bambino affetto da patologia oncologica maligna e della sua famiglia





**AZIENDA
ULSS 9
TREVISO**

Cure domiciliari: assistenza al bambino oncologico (2)



Definizione di indicatori di valutazione/verifica coerenti con gli standard previsti dal percorso

Indicatori per il monitoraggio del progetto assicurandone la misurabilità:

1. INDICATORI ATTIVITA' DISTRETTUALI

- Numero di accessi domiciliari per paziente e complessivo.
- Prestazioni fornite a domicilio per paziente e complessivo.

2. INDICATORI ATTIVITA' OSPEDALIERA

- Tasso di ospedalizzazione per paziente.
- Questionari di gradimento del servizio.

Per tutta la durata del progetto il personale impiegato nell'assistenza a domicilio del minore e la famiglia del minore parteciperanno ad incontri periodici (trimestrali) finalizzati a valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi per confermarli e/o modificarli a seconda delle necessità, rilevare eventuali problemi relazionali e/o di burnout della famiglia e/o degli operatori.



Percorso Diagnostico - Terapeutico per i pazienti con nodulo tiroideo



Contesto

- **Prevalenza noduli tiroidei nella popolazione generale 20 – 70 %**
- **Frequente richiesta di visite endocrinologiche**
- **Incidenza di cancro nei noduli 5 – 15 %**
- **Aumentata incidenza di cancro tiroideo**
 - incremento annuo: M 5,4% F 7,3%
 - incidenza nel 2012: 14.900 (3.200 M e 10.900 F)



Percorso Diagnostico - Terapeutico per i pazienti con nodulo tiroideo (1)



Il PDT è uno strumento di *clinical governance* che attraverso la sequenza di azioni necessarie e realizzabili nel nostro territorio garantisce l'appropriatezza, l'equità, l'accessibilità, la tempestività e l'efficacia nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Vantaggi del PDT

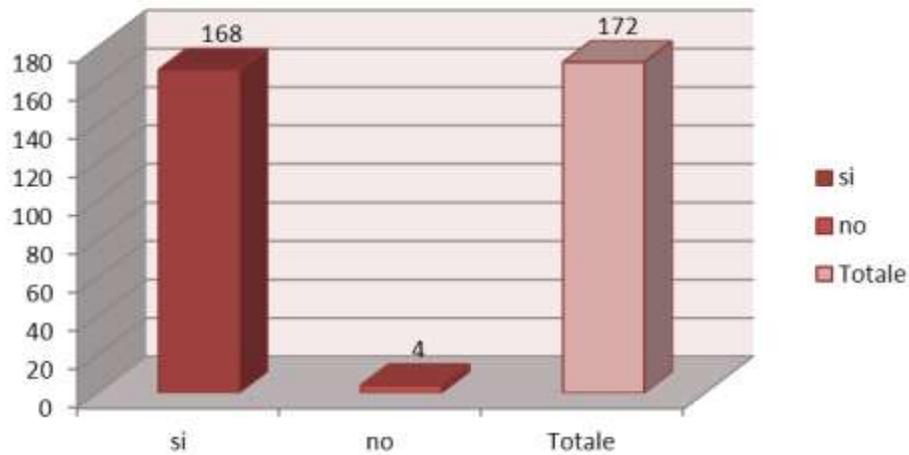
- **ridurre i comportamenti inappropriati** (*overuse* quali eco-collo ripetute, *underuse* es. calcitonina pre-operatoria, *misuse* quali FNAC eseguiti in modo scorretto);
- migliorare la continuità e l'integrazione delle cure (attraverso la presa in carico del paziente);
- **garantire l'equità delle cure;**
- **maggiore rete** tra i professionisti;
- **ridurre il rischio clinico** per il paziente;
- **ridurre lo spreco di risorse;**
- **aumentare la fiducia** del cittadino nel SSN.



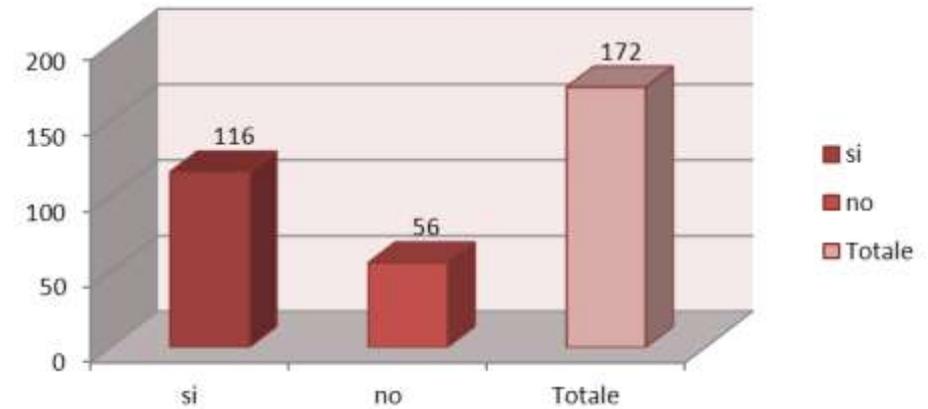
Percorso Diagnostico - Terapeutico per i pazienti con nodulo tiroideo (3)



Pazienti con nodulo tiroideo di primo riscontro

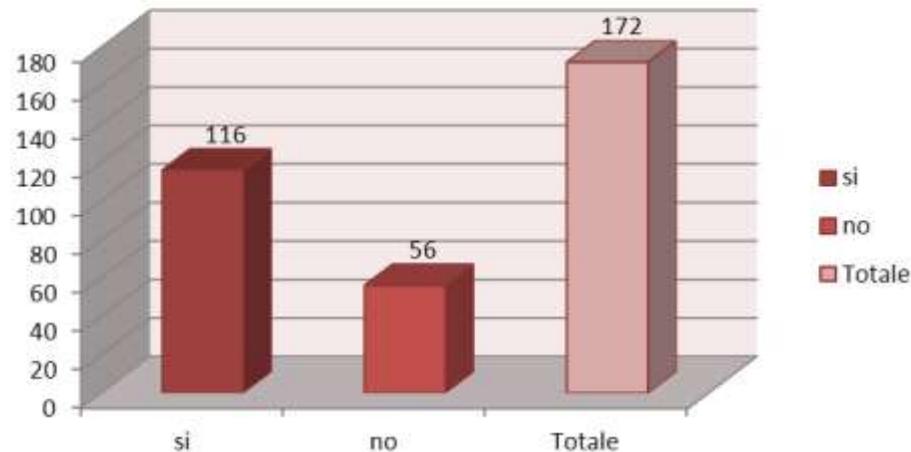


**Appropriatezza prescrittiva visita
endocrinologica**



Appropriatezza prescrittiva = 67 % Soglia >98%

Ecografia collo - refertazione completa

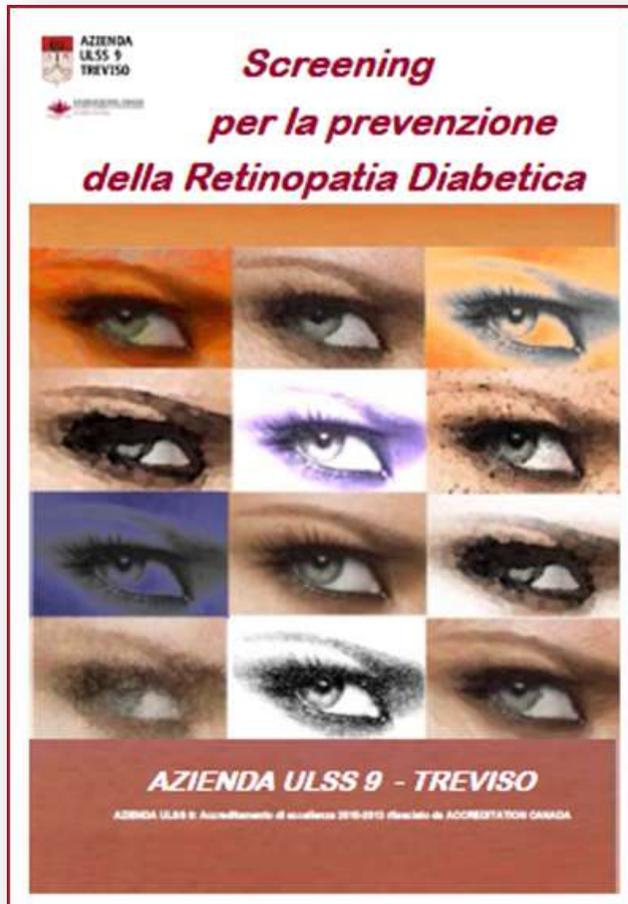


Refertazione completa = 72 % Soglia >98%



**AZIENDA
ULSS 9
TREVISO**

Screening per la prevenzione della retinopatia diabetica: identificazione popolazione



RETINOGRAFIA AUTOMATICA NON MIDRIATICA

STUDIO PILOTA

**Territorio:
Comune di Ponzano Veneto**

- MGI -



AZIENDA
ULSS 9
TREVISO

Epidemiologia



Tra i 4.900.000
cittadini del Veneto
250.000 sono i pazienti
con Diabete (noto)
il 95% è di tipo 2
con 20.000 nuovi casi/anno

Si stimano in 125.000 le
persone con diabete ignoto



Nell'ULSS 9 si stima
che i diabetici siano
circa 22.000

Fonte: *Commissione Diabetologica Regionale*



In Italia
il costo medio/anno
per paziente con
diabete è di **2.589 €**

pari al costo annuale
di **11 miliardi di
euro** per il SSN

Il Veneto spende ogni anno - per la
cura dei pazienti con diabete – oltre
750 milioni di Euro



Il 60% di tale spesa è legata alla cura
delle complicanze



AZIENDA
ULSS 9
TREVISO

Costi SSN per il diabete



nel 2010 la malattia diabetica ha determinato il **10-15%**
dei costi dell'assistenza sanitaria nazionale

più di **70.000 ricoveri** per complicanze quali:

ictus cerebrale,

infarto del miocardio,

insufficienza renale,

retinopatia diabetica,

amputazione degli arti inferiori.



La retinopatia diabetica



- La retinopatia diabetica continua a rappresentare la **principale causa di cecità** nei paesi industrializzati in età lavorativa
- Almeno il 30% della popolazione diabetica risulta affetta da retinopatia e annualmente l'1% viene colpito da gravi complicanze **oculari** (Williams R, Airey M, Baxter H, Forrester J, Kennedy-Martin T, Girach A. Epidemiology of diabetica retinopathy and macular oedema: a systematic review. Eye 2004)
- **In Veneto** la prevalenza complessiva della retinopatia tra la popolazione diabetica è del **26,6%** (Segato T, Midena E, Grigoletto F, Zucchetto M, Fedele D, Piermarocchi S, Crepaldi G. The eipdemiology and prevalence of diabetic retinopathy in the Veneto region of North east Italy. Veneto Group for Diabetic Retinopathy. Diabet Med. 1991)



**AZIENDA
ULSS 9
TREVISO**

Acquisizione delle immagini



Inizio: 15 settembre

Termine: 10 novembre

Sede: Medicina di Gruppo Integrata di Ponzano
Veneto

2 retinografi automatici

Tot sedute: 27

Media utenti invitati per seduta: 20

Tempi previsti per utente: 12'

Operatori coinvolti:

4 Operatori Socio Sanitari con formazione complementare

2 Medici specializzandi in Oculistica

1 Coordinatore Infermieristico





Ottenere immagini della retina

Introduzione

Questo standard descrive come ottenere immagini della retina usando il retinografo automatico non midriatico per il programma di screening della retinopatia diabetica.

Criteri di performance

Per realizzare questa funzione in modo competente, il professionista deve:

- CP1. confermare l'identità del paziente, verificare il consenso all'esecuzione dell'esame e garantire che i dati del paziente siano correttamente inseriti nel sistema di imaging digitale
- CP2. mantenere la riservatezza di tutte le informazioni acquisite
- CP3. comunicare con le persone in un modo efficace, fornendo le informazioni specifiche per l'esecuzione dell'esame e per l'iter procedurale che seguirà
- CP4. selezionare le modalità operative appropriata per eseguire la fotografia del fondo oculare secondo le indicazioni del protocollo di screening
- CP5. assicurarsi che il paziente sia seduto comodamente, opportunamente posizionato ed allineato per l'acquisizione di immagini adeguate alla lettura
- CP6. fare in modo che l'utente sia seduto in modo sicuro

Verifica delle competenze

Chi esegue la verifica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinatore Infermieristico referente del progetto/screening ▪ Responsabile del progetto/screening
Come si esegue la verifica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con apposita griglia
Quando	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dopo aver seguito la formazione e prima di cominciare ad acquisire le immagini retiniche ▪ All'attivazione di ogni nuovo percorso di screening

Scheda per la valutazione delle competenze

Criterio performance	A	B	C	D	E
CP1					
CP2					
CP3					
CP4					
CP5					
CP6					
CP7					
CP8					
CP9					
CP10					
CP11					
CP12					

A	Non ha le conoscenze e le capacità richieste
B	Ha le conoscenze e non le capacità richieste
C	Ha le conoscenze e sta sviluppando le abilità e capacità richieste
D	Ha le conoscenze e le capacità richieste ma non le usa
E	Ha le conoscenze e le abilità e le usa regolarmente

Data _____

Valutazione delle competenze _____

Coordinatore Infermieristico

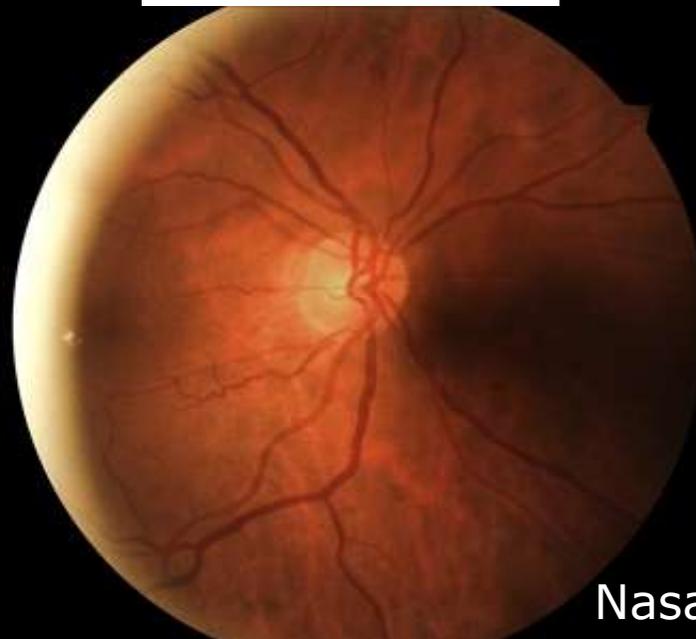
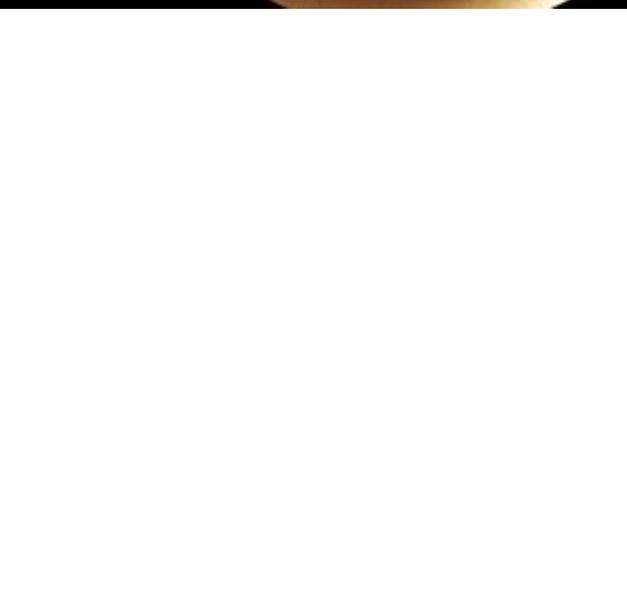
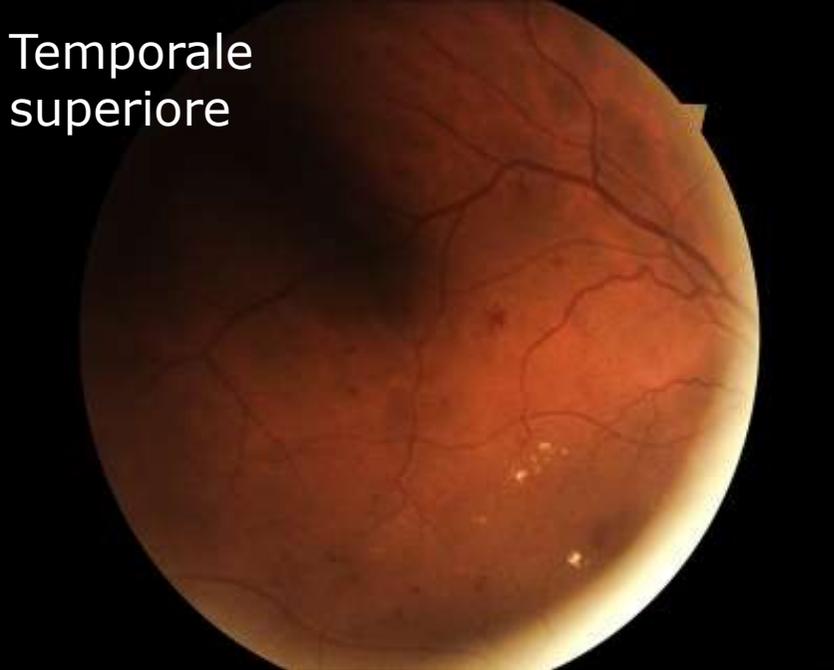
Responsabile

L'operatore prima di iniziare questa attività deve partecipare ad uno specifico corso teorico pratico ed eseguire almeno 40 acquisizioni di immagini con supervisore.



**AZIENDA
ULSS 9
TREVISO**

Lettura: caso Positivo



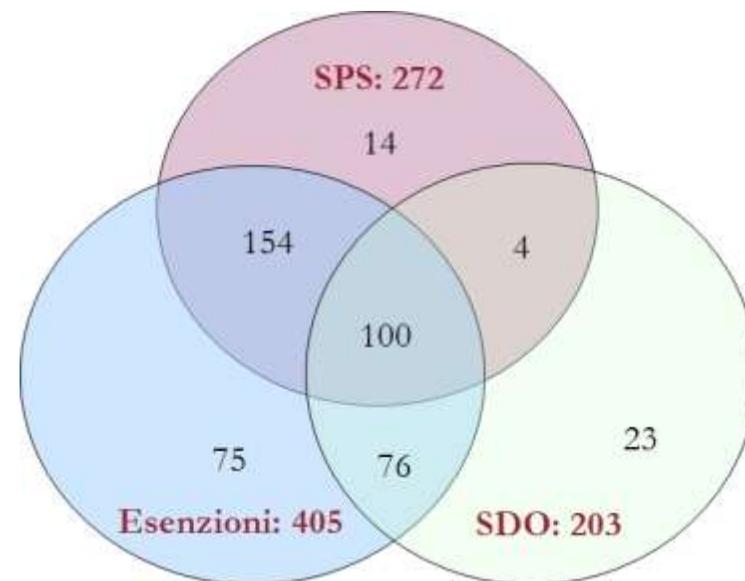
Nasale

Screening per la prevenzione della retinopatia diabetica: coorte di potenziali utenti



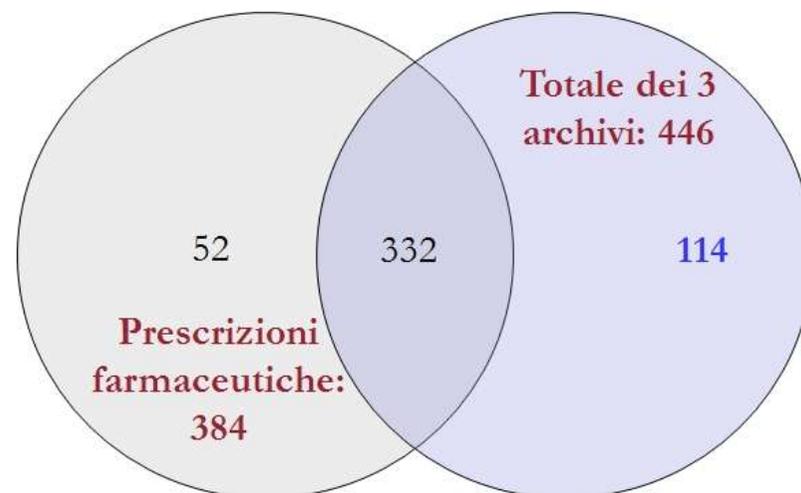
446 utenti individuati di cui:

- 100 da link tra flusso SDO/SPS ed esenzioni;
- 154 da link tra flusso SPS ed esenzioni;
- 76 da link tra flusso SDO ed esenzioni;
- 4 da link tra flusso SDO e SPS;
- 14 da flusso SPS;
- 23 da flusso SDO;
- 75 da flusso esenzioni;



498 utenti individuati da ulteriore link con flusso farmaceutico territoriale di cui:

- 332 da link tra utenti dei 3 archivi precedenti e flusso farmaceutico;
- 52 da flusso farmaceutico territoriale;
- 114 da 3 archivi precedenti.



23% non ha almeno 2 prescrizioni farmaceutiche



AZIENDA
ULSS 9
TREVISO

Screening per la prevenzione della retinopatia diabetica: risultati



498

utenti individuati e invitati
all'esecuzione dello screening

340

utenti che si sono presentati ed hanno
eseguito il *fundus oculi*

115

utenti inviati per ulteriore
approfondimento (visita)

101

utenti che hanno effettuato la visita di
approfondimento

25

utenti con esito positivo per retinopatia
diabetica

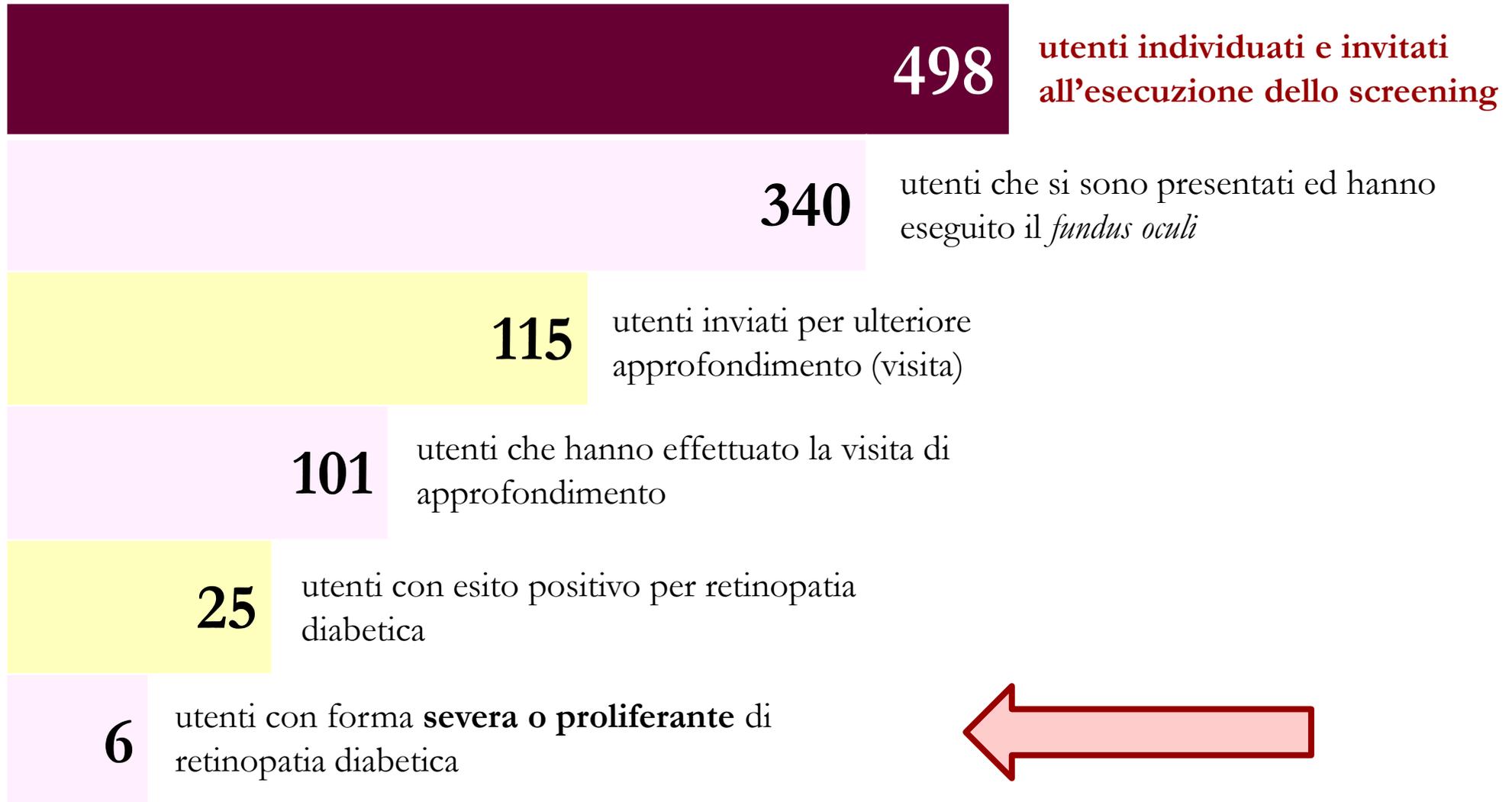
6

utenti con forma **severa o proliferante** di
retinopatia diabetica



AZIENDA
ULSS 9
TREVISO

Screening per la prevenzione della retinopatia diabetica: risultati





**AZIENDA
ULSS 9
TREVISO**

Schede per l'accesso prioritarizzato alle prestazioni ambulatoriali



Il documento aziendale relativo alle **Schede per l'accesso prioritarizzato alle prestazioni ambulatoriali** contiene le informazioni finalizzate alla gestione delle richieste di prestazioni ambulatoriali prioritarizzate.

 AZIENDA ULSS 9 TREVISO DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE
SCHEDE PER L'ACCESSO PRIORITARIZZATO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI
Documento a cura di: Dr. Francesco Rocco, U.O.C. Specialistica Ambulatoriale, Azienda Ulss n. 9 di Treviso Dr.ssa Emanuela Zilli, Direzione Sanitaria di Ospedale, Azienda Ulss n. 9 di Treviso Ultima revisione: 02/05/2013

Il documento è stato aggiornato nel 2013 con l'introduzione di schede relative a:

- **Visita neurochirurgica;**
- **Visita ematologica.**



Schede per l'accesso prioritarizzato: visita neurochirurgica



VISITA NEUROCHIRURGICA

PRIORITA' <small>DEFINIZIONE DA INDICARE SULLA RICHIESTA DA PARTE DEL MEDICO PRESCRITTORE</small>	ATTESA MASSIMA	SITUAZIONI CLINICHE
U Urgente	24 ORE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sintomatologia neurologica deficitaria ad insorgenza acuta (tramite Pronto Soccorso) ➤ Evidenza radiologica (TC/RM) di patologia intracranica o midollare (massa, malformazione vascolare) con sintomatologia neurologica deficitaria ad insorgenza acuta ➤ Sindrome della cauda o deficit completo di funzione motoria ad insorgenza acuta e attribuibile a danno di radice nervosa
B Breve	10 GIORNI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evidenza radiologica (TC/RM) di patologia intracranica o midollare con sintomatologia ad insorgenza progressiva o subacuta ➤ Ingravescenza di sintomatologia conseguente a trauma cranico o spinale, già valutato in Pronto Soccorso, se non responsiva a terapia sintomatica ➤ Sofferenza midollare o di radice nervosa con deficit motorio parziale ma con sintomatologia ingravescente nonostante terapia sintomatica protratta per almeno 6 giorni (cortisonici, FANS, miorilassanti, riposo, ecc.)
D Differibile	30 GIORNI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Neoplasia del sistema centrale o periferico asintomatica ➤ Riscontro occasionale di malformazione vascolare, cerebrale o midollare ➤ Lombosciatalgia/cervicobrachialgia acuta ma senza deficit motorio, anche se con parestesie od ipoestesie, non responsiva a terapia sintomatica e con parestesie e grave disabilità correlata ai sintomi
P Programmabile	180 GIORNI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lombalgia, sciatalgia, cervicobrachialgia subacuta/cronica senza deficit motorio, anche se con parestesie od ipoestesie, non responsiva a terapia sintomatica e con parestesie e disabilità correlata ai sintomi ➤ Tunnel carpale, cubitale, tarsale

Inoltre una scheda per monitorare l'appropriatezza prescrittiva delle richieste di visita con priorità B.

E' stato predisposto, inoltre, un *protocollo* relativo al **dolore lombare non traumatico**.

Nota sulle malattie degenerative del rachide spinale (ernie discali, stenosi, listesi, osteoartrosi, crolli vertebrali spontanei su base osteopenica cervicali, dorsali e lombari): come indicato nelle Linee Guida Ministeriali, la valutazione Neurochirurgica di pazienti con dolore radicolare e diagnosi di ernia discale o patologia degenerativa del rachide cervicale, dorsale o lombare (stenosi, listesi, osteoartrosi, crolli vertebrali osteopenici, ecc.), con dolore ma senza danno neurologico deve essere richiesta solo dopo inefficacia di terapia sintomatica prolungata (almeno due settimane) e studio radiografico TAC/RM recente (o comunque successivo all'insorgenza della sintomatologia prolungata in corso) e non può mai essere considerata di priorità B.



Schede per l'accesso prioritarizzato: visita ematologica



VISITA EMATOLOGICA

PRIORITA' <small>DEFINIZIONE DA INDICARE SULLA RICHIESTA DA PARTE DEL MEDICO PRESCRITTORE</small>	ATTESA MASSIMA	SITUAZIONI CLINICHE
U Urgente	24 ORE	<ul style="list-style-type: none">➤ Pancitopenia severa: neutrofili < 1000/mcl e/o Hb < 8 g/dl e/o PLT < 50.000/mcl➤ Segnalazione di elementi blastici e/o immaturi e/o eritroblasti alla formula leucocitaria➤ Leucocitosi neutrofila (N > 30.000/mcl)➤ Poliglobulia con ematocrito > 60%➤ Piastrinosi con conta piastrinica > 1.000.000/mcl➤ Eosinofilia assoluta > 2000/mcl con IgE nella norma, ANA, ENA, ANCA, ACE, parassitologico feci negativi➤ Linfocitosi > 50.000/mcl di primo riscontro➤ Massa mediastinica sintomatica (compressione tracheale e/o vascolare) associata o meno a febbre sistemica, calo ponderale, sudorazioni notturne➤ Segnalazione di componente monoclonale sierica > 2000 mg/dl e/o urinaria > 1.0 g/24 ore associate a creatinina > 2mg/dL e/o ipercalcemia (Ca > 12 mg/dl) e/o dolori scheletrici e/o emoglobina < 10 g/dl➤ Sindrome emorragica muco-cutanea con allungamento dei tempi coagulativi e/o PLT < 20.000/mcl
B Breve	10 GIORNI	<ul style="list-style-type: none">➤ Pancitopenia moderata: neutrofili > 1000/mcl e/o Hb tra 8 g/dl e 10 g/dl e/o PLT tra 50.000/mcl e 100.000/mcl➤ Leucocitosi neutrofila (N > 10.000/mcl e <30.000/mcl)➤ Poliglobulia con ematocrito tra 50% e 60%➤ Piastrinosi con conta piastrinica tra 500.000/mcl e 1.000.000/mcl➤ Eosinofilia assoluta < 2000/mcl con IgE nella norma, ANA, ENA, ANCA, ACE, parassitologico feci negativi➤ Linfocitosi < 50.000/mcl di primo riscontro➤ Segnalazione di componente monoclonale sierica > 2000 mg/dl e/o urinaria > 1.0 g/24 ore NON associate a creatinina > 2mg/dL e/o ipercalcemia (Ca >12 mg/dl) e/o dolori scheletrici e/o emoglobina < 10 g/dl➤ Linfoadenomegalia di diametro > 3 cm associata o meno a febbre sistemica, calo ponderale, sudorazioni notturne➤ Splenomegalia all'ombelicale trasversa in assenza di epatopatia cronica o sintomatica per compressione e/o associata a febbre sistemica, calo ponderale, sudorazioni notturne➤ Massa mediastinica asintomatica (assenza di compressione tracheale e/o vascolare) associata o meno a febbre sistemica, calo ponderale, sudorazioni notturne
D Differibile	30 GIORNI	<ul style="list-style-type: none">➤ Segnalazione di componente monoclonale sierica < 2000 mg/dl e/o urinaria < 1.0 g/24 ore NON associate a creatinina > 2mg/dL e/o ipercalcemia (Ca >12 mg/dl) e/o dolori scheletrici e/o emoglobina < 10 g/dl➤ Splenomegalia in assenza di epatopatia cronica e asintomatica (assenza di compressione, febbre sistemica, calo ponderale, sudorazioni notturne)➤ Emoglobinopatie e Sindromi Talassemiche con Hb < 10 g/dl
P Programmabile	180 GIORNI	<ul style="list-style-type: none">➤ Emoglobinopatie e Sindromi Talassemiche con Hb > 10 g/dl



L'Azienda ha sviluppato strumenti e modalità gestionali per la prevenzione e la cura della neoplasia della mammella tra i quali:

- percorso della paziente con sospetto di neoplasia della mammella;
- brochure per la prevenzione;
- documento per la gestione dell'esame clinico strumentale delle mammelle, vista la numerosità di casi in lista d'attesa per esami strumentali alla mammella in età per cui è previsto lo screening (50-69 anni).

 AZIENDA ULSS 9 TREVISO	PERCORSO CLINICO	Data: 20 Dicembre 2012 Rev. 0
	Percorso della paziente con sospetto di neoplasia della mammella	Pagina 1 di 33
		Ambito di Interesse Azienda

**PRENOTAZIONE di
ESAME CLINICO STRUMENTALE DELLE MAMMELLE,
MAMMOGRAFIA, MAMMOGRAFIA + ECO MAMMELLE,
MAMMOGRAFIA + ECO MAMMELLE + VISITA**

MODALITA' OPERATIVE

La prenotazione dell' **ESAME CLINICO STRUMENTALE DELLE MAMMELLE** deve essere effettuato solo in presenza di un quesito diagnostico "significativo".

-In caso di presenza di codice di esenzione in Impugnativa O&S la prestazione può essere effettuata solo in caso vi sia un quesito diagnostico "di patologia oncologica della mammella (es.: comma dopo intervento chirurgico di mastectomia, etc.);

- sull'Impugnativa è presente

N.B. Il solo termine "potrebbe", "sarebbe" o "accettamenti" "prevedo" è diagnostico.

Peraltro, in assenza di questo diagnostico significativo l'utente che vuole es. mammelle deve essere invitato a ritornare dal medico per l'integrazione della prestazione (NON può essere tramutata dall'operatore in mammografia).

La richiesta di integrazione deve sempre essere accompagnata dall'apposito conforme". Sul campo "Altre condizioni....." si deve riportare "Mancanza

Si ricorda inoltre:

- Il quesito diagnostico è indifferenziabile a fronte delle priorità U – B
- Sotto i 40 anni eseguire favorevole richiesta presso la radiologia del note operatore su G32
- Per le prestazioni di controllo / follow up utilizzare sempre la priorità "prenotazione, in caso di pre-appointamento, nel GIUSTO PERIODO."

PRENOTAZIONE TELEFONICA

Una volta verificata la prestazione da prenotare chiedere all'utente presente in Impugnativa e procedere come da indicazioni sopra descritte invitare l'utente a presentarsi allo sportello per la prenotazione con

PERCORSO DELLA PAZIENTE CON SOSPETTO DI NEOPLASIA DELLA MAMMELLA

Balestrieri Centro di Senologia, Dr.ssa L. Laurino
Dr.ssa R. Babare Oncologia, Dr. A. Gava, Dr.ssa
Picoletto Medicina Nucleare, Dr. G. Bema
Uffizio di Igiene e Sanità Pubblica, Dr. F. Robbo
Poliambulatoriale, Dr. N. Seminare Consulente
Medico

Sanitario

**La salute del tuo seno.
Conoscere per prevenire.**
Informazioni generali e consigli





Appropriatezza prescrittiva degli esami clinico-strumentali delle mammelle



Da una analisi fatta sulle **liste d'attesa di esami clinico-strumentali delle mammelle** quali mammografia, mammografia + ecografia mammella, mammografia + ecografia mammella + visita (marzo 2014), la situazione è la seguente:

3.828 totale utenti in lista d'attesa per esame clinico strumentale delle mammelle

1.621 utenti in lista d'attesa per esame clinico strumentale delle mammelle in età di screening (50-69 anni)

1.268 utenti in lista d'attesa per esame clinico strumentale delle mammelle

217 utenti in lista d'attesa per RX mammografia bilaterale o monolaterale

136 utenti in lista d'attesa per RX + mammografia + eco mammaria



Appropriatezza prescrittiva degli esami clinico-strumentali delle mammelle



Da una analisi fatta sulle **liste d'attesa di esami clinico-strumentali delle mammelle** quali mammografia, mammografia + ecografia mammella, mammografia + ecografia mammella + visita (marzo 2014), la situazione è la seguente:

3 .828 totale utenti in lista d'attesa per esame clinico strumentale delle mammelle

1.621 utenti in lista d'attesa per esame clinico strumentale delle mammelle in età di screening (50-69 anni)



1.268 utenti in lista d'attesa per esame clinico strumentale delle mammelle

217 utenti in lista d'attesa per RX mammografia bilaterale o monolaterale

136 utenti in lista d'attesa per RX + mammografia + eco mammaria



AZIENDA
ULSS 9
TREVISO



ma il percorso è ancora molto lungo e in continua evoluzione



**AZIENDA
ULSS 9
TREVISO**



ACCREDITATION CANADA
ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA
Accredited by ISQua

Grazie per l'attenzione !