

V Corso di formazione aziendale
PERCORSI DI TRASFORMAZIONE AZIENDALI AUTOORGANIZZATI
SALA convegni via S. Martino
Cosenza 26 novembre 2015



*Fare la cosa giusta mi fa stare meglio.
Fare la cosa sbagliata mi fa stare peggio.
Questa e' la mia religione
(A. Lincoln)*

DR. Monica LOIZZO



**UO QUALITA',ACCREDITAMENTO ,RICERCA ED
INNOVAZIONE AZIENDA OSPEDALIERA COSENZA**



Percorsi Diagnostico-Terapeutici Aziendali

Proposta Di Trasformazione Autorganizzata



Il PDTA è l'approccio più efficace ed efficiente per utilizzare le Linee Guida come strumento di governo clinico nelle organizzazioni sanitarie, prevedendone la loro ricerca sistematica/ selezione e il loro adattamento locale con costruzione del percorso assistenziale.

Il PDTA, oltre alle raccomandazioni cliniche (*che fare*), deve riportare per ciascun processo assistenziale le procedure operative (*come*), i professionisti coinvolti (*chi*), le tempistiche (*quando*) e il setting (*dove*) di erogazione.

Il Corso Aziendale, che ha l'obiettivo di trasferire ai professionisti sanitari una metodologia rigorosa per costruire PDTA, è indirizzato a tutti i professionisti che risultino già o che stiano per essere coinvolti nella pianificazione, organizzazione, erogazione e valutazione di servizi e prestazioni sanitarie, con particolare riferimento alla qualità assistenziale e alla formazione-valutazione professionale e che ritengono che la promozione "dal basso" di tali attività sia oramai irrinunciabile.

09:00-09:15 Presentazione del Programma, M.Loizzo – S.Palazzo

09:00-09:30 **Approccio sistemico e organizzazione del lavoro**, M.D.Iuvaro

09:30-10:15 **Quando la Cultura della Qualità intercetta la Sanità**, M.Loizzo

10:15-11:00 **Evoluzione del Paradigma Medico: Flessibilità strategica & Resistenza al Cambiamento**, S.Palazzo

- *La forma mentis*

11:00-11.30 Coffee-Break

11:30-12:30 **Cosa è/non è un PDTA, S. Palazzo**

12:30-13.30 **Costruzione di un PDTA: requisiti, indicatori, standard, R.Biamonte**

- *La cassetta degli attrezzi*

13:30 Pranzo

14:00-14:45 **Gestione dell'emozioni e comunicazione del lavoro di Team**, A.Piattelli

14:45-16:30 **Esercitazione pratica di costruzione di PDTA in Aula Didattica**, R.Biamonte

- *Il saper fare/saper essere*

16:30 Verifica finale dell'apprendimento tramite questionario

In condizioni di crisi economica
due strategie permettono di
sostenere le attività produttive:

**la prima consiste
nell'investire meno risorse
(tagli)**



**la seconda nell'ottenere migliori risultati
dalle risorse investite, previa
identificazione ed
eliminazione degli sprechi.**



m.loizzo@aocs.it

" Best Care at Lower Cost"

***La strategia alternativa a quella
dei tagli lineari consiste nella
riduzione degli sprechi,
che Berwick ed Hackbarth***

([JAMA 2012;307:1513-1516](#))

***hanno classificato in sei categorie
che costituiscono almeno il 20% dei
costi sanitari:***

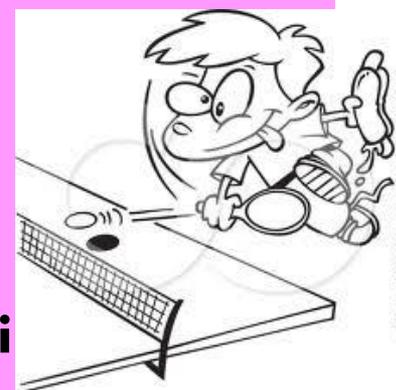
Sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci

Consegue ai gap tra ricerca e pratica: puo' ritardare o impedire la guarigione, aumentare le complicanze, richiedere ricoveri ospedalieri e interventi sanitari piu' costosi, causare assenze dal lavoro.



Inadeguato coordinamento dell'assistenza.

Sono gli sprechi conseguenti al "rimbalzo" dei pazienti tra setting assistenziali diversi, in particolare tra ospedale e territorio.



Sovra-utilizzo di interventi diagnostici e terapeutici.

Overtreatment e *overdiagnosis*, dovuti alla convinzione professionale e sociale che in medicina "**MORE IS BETTER**", alimentano continuamente la medicina difensiva.



Complessità amministrative.

Il sovraccarico di obblighi burocratici sottrae tempo prezioso ai professionisti sanitari in un contesto dove, paradossalmente, i costi del personale amministrativo rappresentano una consistente voce di spesa del SSN.



Tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi.

La mancata definizione dei costi standard e l'assenza di regole ben definite fanno sì che i costi di acquisizione delle tecnologie sanitarie siano molto più alti del loro valore reale, con differenze regionali assolutamente ingiustificate.



Frodi e abusi.

La corruzione in Italia incide circa per il 4% del Prodotto Interno Lordo

Oltre 23 miliardi. E' il costo finale di corruzione, sprechi, inefficienze per la sanità italiana. La corruzione manda in fumo ogni anno circa 6,4 miliardi che generano un effetto moltiplicatore sull'intero sistema:

la 'corruption' totalizza così 23,6 miliardi l'anno

(Libro bianco Ispe-Sanità sulla 'Corruption'-Adnkronos Salute)





**QUALI
COMANDAMENTI PER
L' APPROPRIATEZZA ?**



An initiative of the ABIM Foundation

SCEGLIERE CON IL BUONSENNO

Con gli obiettivi di identificare gli sprechi conseguenti a interventi diagnostico-terapeutici inefficaci e inappropriati., l'American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation, in collaborazione con Consumer Reports, ha lanciato negli USA l'iniziativa “Choosing wisely”, letteralmente “ Scegliere con il buonsenso”.

L'ABIM Foundation ha coinvolto nella campagna
nove autorevoli società scientifiche

(chiedendo loro di indicare cinque interventi diagnostico-terapeutici ritenuti
sovra-utilizzati)

L'elenco completo dei 45 interventi ha incontrato grande risonanza e commenti
favorevoli sui media:

un editoriale del Times ha lodato l'iniziativa affermando che :

“Le società professionali hanno dimostrato l'ammirevole arte di governare proponendo tagli che avrebbero colpito le loro entrate...”.

Le KEY WORDS che declinano la APPROPRIATEZZA :

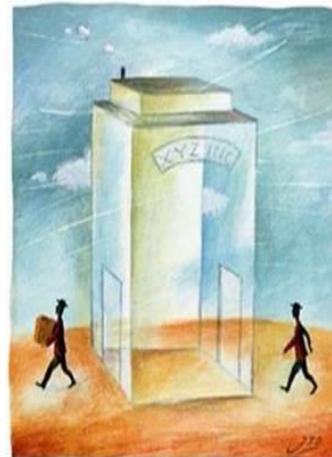


RESPONSABILITA
COMPETENCE PROFESSIONALE
SOSTENIBILITA'

ETICA



TRASPARENZA



NEL 2012 L' AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE LANCIA



**Le TOP FIVE THINGS
PHISICIANS AND
PATIENTS SHOULD
QUESTION**

SCEGLIERE CON BUON SENSO

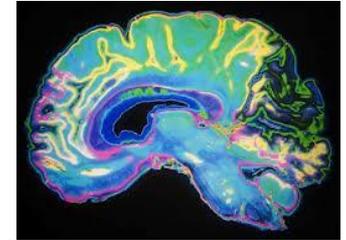
**RICONOSCERE ED EVITARE LE 5 PRATICHE A
RICHIO DI INAPPROPRIATEZZA**

L'elenco completo dei 45 interventi ha incontrato grande risonanza e commenti favorevoli sui media:

UN EDITORIALE DEL TIMES HA LODATO L'INIZIATIVA AFFERMANDO CHE :

**"LE SOCIETA' PROFESSIONALI HANNO DIMOSTRATO L'AMMIREVOLE ARTE
DI GOVERNARE PROPONENDO TAGLI CHE AVREBBERO COLPITO LE LORO
ENTRATE..."**

1. Imaging cerebrale in pazienti con cefalea senza fattori di rischio per problemi strutturali



2. Imaging per sospetta embolia polmonare in pazienti con bassa probabilità pre-test, prima di effettuare il dosaggio del D-dimero

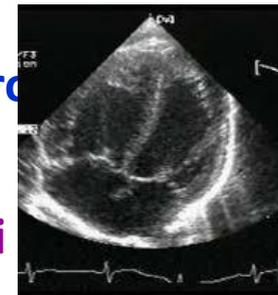


3. Rx torace pre-operatoria di routine in pazienti senza sintomi cardiopolmonari

4. TC per sospetta appendicite nei bambini prima di essere sottoposti a una ecografia

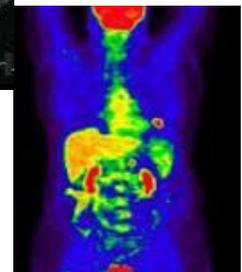


5. Imaging per il follow-up di cisti annessiali semplici con diametro < 1 cm nelle donne in menopausa o con diametro < 5 cm nelle donne più giovani



6. Ecocardiografia durante il normale follow-up di pazienti con valvulopatia nativa a basso rischio

7. PET, TC o scintigrafia ossea per la stadiazione del carcinoma della mammella in pazienti a rischio di metastasi non elevato



Filmato

Get the Right Care at the Right Time

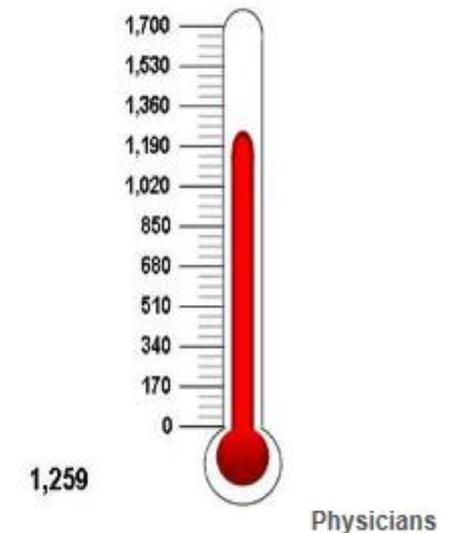


The *Choosing Wisely* campaign is a national initiative sponsored by the American Board of Internal Medicine (ABIM) and supported by over 60 Specialty Medicine Societies.

As one of only nine health collaborative *Choosing Wisely* campaign grantees, MiHIA has helped align stakeholders on a local stage, mobilizing the delivery of *Choosing Wisely* information.

- ▶ **Why is the Choosing Wisely campaign important?**
- ▶ **How is MiHIA involved?**
- ▶ **Choosing Wisely Partners**
- ▶ **Campaign Highlights**

Goal number of Consumers and Physicians to Learn About Choosing Wisely



Resources for Campaign Partners

- [Partner Resource Microsite](#)

Resources for Consumers & Patients

- [Lists of Things Physicians and Patients Should Question](#)
- ["Whoa! When to Say No to Doctors"](#)
- [Fast Reads to Help You Get the Care You REALLY Need](#)
- [Videos](#)

LETTERS

HARMFUL MEDICAL OVERUSE

Italy's "Doing more does not mean doing better" campaign

Sandra Venero *general secretary*, Gianfranco Domenighetti *board member*, Antonio Bonaldi *president*

Italy's Slow Medicine, Via Silvio Pellico, 24, Torino, Italy

Italy's campaign "Doing more does not mean doing better" (Fare di più non significa fare meglio) was launched by Italy's Slow Medicine (www.slowmedicine.it), a movement of doctors, other health professionals, patients, and citizens.¹ It aims to promote measured, respectful, and equitable care.

Nine lists have already been published,² and many other societies of physicians and nurses are joining the project, as well as hospitals. The project's main goal is to protect patients' interests through a partnership between health professionals and patients and users, not to ration healthcare for cost cutting purposes.

Implementation of the project will require informing and training physicians and other health professionals, as well as facilitating dialogue among the various health professionals, particularly between GPs and medical specialists.

Organisational changes will be necessary too—for example, radiologists need to become more involved in decisions about imaging, which is often inappropriate.³

There will be many challenges, of course. Firstly, many doctors claim to prescribe unnecessary tests and treatments because they are worried about malpractice claims (defensive medicine). We need to show them that shared decision making would protect them from complaints and litigation more effectively.

Secondly, financial rewards for hospitals, even public ones, focus on quantitative results rather than qualitative ones. This hinders the drive towards reducing waste and increasing the appropriateness of testing and of treatment.

Also, the Italian media puts out the message that doing more is always better. Different ways of communicating with the public are therefore needed, starting from the institutional level, to deal with the problems of overtesting, overdiagnosis, and overtreatment.⁴

Competing interests: None declared.

- 1 Hurley R. Can doctors reduce harmful medical overuse worldwide? *BMJ* 2014;349:g4289. (3 July.)
- 2 Slow Medicine. www.slowmedicine.it/fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/pratiche-a-rischio-di-inappropriata-usa-in-italia.html.
- 3 Cristoforo M, Sui F, Fazzi E, Schirina V, Chiappetta D, Angeletti C, Biondino C. Appropriateness: analysis of outpatient radiology requests. *Radiol Med* 2012;117:322-32.
- 4 Domenighetti G, Venero S. Fare di più non significa fare meglio. *Salute Internazionale*. Info 8 maggio 2013. www.saluteinternazionale.info/2013/05/fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/.

Cite this as: *BMJ* 2014;349:g4703

© BMJ Publishing Group Ltd 2014

**“FARE DI PIU’ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO”
LA CAMPAGNA DI SLOW MEDICINE SU BMJ**



**Aiutare la promozione di
cure
misurate, rispettose,
giuste.**



SLOW MEDICINE



Fare di più non vuol dire fare meglio

Sobria



La diffusione e l'uso di nuovi trattamenti sanitari e di nuove procedure diagnostiche non sempre si accompagnano a maggiori benefici per i pazienti.

Interessi economici e ragioni di carattere culturale e sociale spingono all'eccessivo consumo di prestazioni sanitarie, dilatando oltre misura le aspettative delle persone, più di quanto il sistema sanitario sia poi in grado di soddisfarle. Non si pone inoltre sufficiente attenzione all'equilibrio dell'ambiente e all'integrità dell'ecosistema.

Una medicina sobria implica la capacità di agire con moderazione, gradualità, essenzialità e di utilizzare in modo appropriato e senza sprechi le risorse disponibili. Rispetta l'ambiente e salvaguarda l'ecosistema.

Slow Medicine riconosce che fare di più non vuol dire fare meglio.

Valori, aspettative e desideri delle persone sono diversi e inviolabili

Rispettosa



Ognuno ha il diritto di essere quello che è e di esprimere quello che pensa.

Una medicina rispettosa accoglie e tiene in considerazione i valori, le preferenze e gli orientamenti dell'altro in ogni momento della vita; incoraggia una comunicazione onesta, attenta e completa con i pazienti.

I professionisti della salute agiscono con attenzione, equilibrio e educazione.

Slow Medicine riconosce che valori, aspettative e desideri delle persone sono diversi e inviolabili.

Cure appropriate e di buona qualità per tutti

Giusta



Una medicina giusta promuove la prevenzione, intesa come tutela della salute, e cure appropriate, cioè adeguate alla persona e alle circostanze, di dimostrata efficacia e accettabili sia per pazienti che per i professionisti della salute.

Una medicina giusta contrasta le disuguaglianze e facilita l'accesso ai servizi socio-sanitari, supera la frammentazione delle cure e favorisce lo scambio di informazioni e saperi tra professionisti, in una logica sistemica.

Slow Medicine promuove cure appropriate e di buona qualità per tutti.



Sono state pubblicate già nove liste relative a choosin' wisely e molte altre associazioni di medici e infermieri si stanno unendo a questo progetto, così come molti ospedali.

L'obiettivo principale del progetto si prefigge di proteggere gli interessi dei pazienti attraverso una collaborazione tra professionisti della salute, pazienti e utenza,.



PROFESSIONISTI

GOVERNARE E DECIDERE IN SANITA':
AUTORI, REGISTI, ATTORI

CITTADINI



Slow Medicine launched the project in December 2012.
Also promote the project :

- The National Federation of Medical Doctors' and Dentists' Colleges (FNOMCeO)
- The National Federation of Nurses' Colleges (IPASVI)
- The Italian Society for Quality in Healthcare (SIQuAS VRQ)
- **Change** Institut in Turin
- **Partecipa Salute**, established by IRCCS-Mario Negri, Italian Cochrane Centre and Zadig srl.
- **Inversa Onlus**, patients' association
- **Altroconsumo**, consumers' association
- **Slow Food Italy**



un progetto di
Slow Medicine

ANMDO 41° CONGRESSO NAZIONALE
Parma 30 settembre, 1-2 ottobre 2015



“Doing more does not mean doing better”

Each Italian specialty society engaged in the project will develop **a list of top 5 tests and treatments** whose necessity should be questioned and discussed as :

- they are **commonly used in Italy**
- they have been shown by the currently available evidence **not to provide any meaningful benefit to at least some major categories of patients** for whom they are commonly ordered
- they may **cause patient harm**

Physician and patient should have **conversations** and **discuss** the use of these tests and treatments, in view of **wise and shared choices**.

PARTNERSHIP between physicians and other health professionals & patients and citizens.

Nome utente

Password

Ricordami

LOGIN

Password dimenticata?

Nome utente dimenticato?

Registrati

Ultimi Inserimenti - Aree Tematiche

Aree Tematiche

[Infelici e tristi, o malati di depressione](#) Il ciclo di 4 incontri che si è svolto a Trieste fra aprile e giugno 2014 è stato finalizzato a definire l'apparente epidemia in corso di depressione, in cui emozioni adattative normali ad eventi...
[Continua...](#)



Medicalizzazione della nascita e salute

Dettagli

Categoria: [La salute nella riproduzione e nell'età infantile](#)



di [Barbara Grandi](#)

Questo articolo analizza le origini e gli effetti dell'eccesso di medicalizzazione in ostetricia, e indica le strade per promuovere, nell'interesse della salute di madri e bambini, il parto indisturbato.

E' stato pubblicato sul "Granello di Sabbia", il mensile di Attac che nel giugno 2014 dedica il numero a "Questioni di genere".



[Leggi articolo](#)

[La Cura dell'anziano](#)

[Le cure palliative e di fine vita](#)

[La salute nella riproduzione e nell'età infantile](#)

[La prevenzione e la promozione della salute](#)

[Buone pratiche comunicative nella relazione di cura](#)

[Cure adeguate e appropriate](#)

[Disease mongering e sovramedicalizzazione](#)

[Equità e disuguaglianze](#)

[Visione sistemica nella cura](#)

[Conflitti di interesse e corruzione](#)

[Attualità](#)

Filmato

Cipomo aderisce a Choosing Wisely, cinque pratiche per un' oncologia sostenibile

Di norma non prescrivere markers tumorali serici in corso di processo diagnostico o per la stadiazione dei tumori

Choosing wisely, 5 procedure da non commettere prima di un intervento chirurgico

Non eseguire una dissezione linfonodale ascellare per cancro mammario in stadio I e II con linfonodi clinicamente negativi senza aver svolto una biopsia del linfonodo sentinella

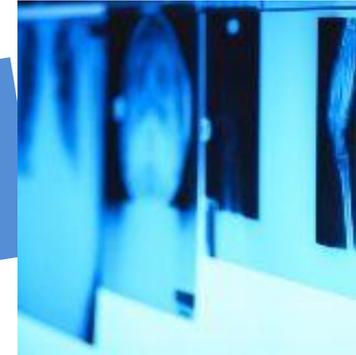


Choosing wisely, 5 procedure che andrebbero evitate in neurochirurgia



Non somministrare steroidi dopo una grave lesione traumatica cerebrale, in quanto non sono raccomandati per migliorare gli outcomes o ridurre la pressione intracranica e, ad alte dosi, possono aumentare i rischi e aumentare la mortalità.

Choosing wisely, cinque errori che i radiologi non dovrebbero commettere



**Evitare Rx torace all'ammissione o preoperatorie in pazienti ambulatoriali con anamnesi o esame fisico non rilevanti .
L'esame è giustificato se si sospetta una malattia cardiopolmonare acuta o se c'è positività anamnestica per malattia cardiopolmonare cronica stabile in pazienti sopra i 70 anni senza Rx torace da sei mesi.**

La “Top 5 list” (ovvero la lista di 5 procedure che, alla luce delle evidenze scientifiche, sono da evitare in quanto inutili, costose e spesso dannose) stilata dalla statunitense **Society of gynecologic oncology**



Non effettuare lo screening per tumore ovarico mediante dosaggio del Ca-125 o ecografia in donne a basso rischio

CHOOSIN' WISELY in reumatologia

Non prescrivere farmaci biologici per artrite reumatoide (Ar) prima di una tentativo con metotrexate o un altro Dmard(Disease Modifying Anti-Rheumatic *Drugs*) convenzionale non biologico).



Choosing wisely, altre 5 procedure inappropriate in **allergoimmunologia**

Non fare affidamento sugli antistaminici come trattamento di prima linea in presenza di gravi reazioni allergiche. In caso di anafilassi, con manifestazioni cardiovascolari e respiratorie, è l'adrenalina da somministrare appena vi sia il sospetto diagnostico.



Choosing wisely, 5 errori da non commettere in medicina del lavoro



Non richiedere in prima istanza un esame radiografico per lavoratori lesi che lamentano una lombalgia acuta non specifica. Non vi è alcuna ragione, medica o legale, per richiedere tale esame al "basale", a meno che non siano presenti "red flags".

Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Collegio Italiano Primari di Oncologia Medica – Green Oncology

1	<p>Non prescrivere antibiotici allo scopo di prevenire le complicanze infettive da neutropenia, in pazienti neoplastici trattati con chemioterapia a dosi standard.</p> <p>La complicanza più frequente della chemioterapia è la mielotossicità con particolare riferimento alla neutropenia che rappresenta una grave causa di compromissione delle difese immunitarie con rischio d'infezioni, sepsi e setticemia. Di norma gli agenti patogeni interessati sono di tipo batterico, anche se non si possono escludere infezioni virali o micotiche. Per molti anni si è ritenuto indicato un trattamento profilattico con antibiotici a largo spettro, come ad esempio i chinoloni. Oggi sappiamo che non esiste alcuna evidenza scientifica dell'utilità di tale pratica.</p> <p>Il trattamento con antibiotici è indicato solo nei casi di neutropenia febbrile, che nel paziente neoplastico immunocompromesso rappresenta un'infezione molto grave, talvolta letale, e nei rari casi d'infezione clinica febbrile. In entrambi i casi è indicato eseguire un antibiogramma allo scopo di prescrivere una terapia antibiotica mirata. Se la situazione di particolare urgenza clinica lo richiede, nell'attesa del responso dell'antibiogramma, può essere indicato un trattamento antibiotico urgente, scelto con criteri empirici di ordine clinico.</p> <p>È noto che la somministrazione di antibiotici può provocare reazioni allergiche anche gravi, fino allo shock anafilattico e generare resistenze dei batteri agli antibiotici, soprattutto se impiegati in modo inappropriato (senza indicazione), con posologie sotto dosate o per un tempo troppo breve.</p>
2	<p>Di norma non prescrivere markers tumorali serici in corso di processo diagnostico o per la stadiazione dei tumori.</p> <p>I markers tumorali serici sono spesso richiesti in modo inappropriato in quanto richiedono un semplice prelievo ematico. Dato l'elevato costo di ciascun test e l'alto numero di test richiesti la prescrizione rappresenta un notevole spreco di risorse, oltre ad essere fonte di ansia per il paziente in caso di risultato falsamente positivo. Alla prescrizione inappropriata in pazienti asintomatici possono poi conseguire, in presenza di un valore del test superiore alla norma, ulteriori accertamenti diagnostici e trattamenti medici e chirurgici inappropriati. In fase diagnostica i markers possono essere presi in considerazione soltanto in ben definiti tipi di neoplasie maligne, tra l'altro non particolarmente frequenti (epatocarcinoma, tumori del testicolo, carcinoma del pancreas). I markers tumorali possono trovare indicazione solo come monitoraggio della terapia in atto e nel follow-up dei pazienti con diagnosi accertata di neoplasia, nei rari casi in cui sono previsti da specifiche linee guida.</p>
3	<p>Non effettuare di routine terapia antitumorale nei pazienti affetti da tumori solidi con Performance Status (PS) compromesso (3-4) o in progressione dopo 2-3 linee terapeutiche, ma privilegiare le cure palliative.</p> <p>I trattamenti antitumorali in genere hanno probabilità di essere inefficaci nei pazienti affetti da tumori solidi con le seguenti caratteristiche: basso performance status (3-4), non risposta a precedenti terapie evidence-based, non eleggibilità per un trial clinico, assenza di prove di efficacia di un ulteriore trattamento. Uniche eccezioni i pazienti in cui le limitazioni funzionali risultano dovute ad altre condizioni patologiche con un conseguente basso PS o pazienti con caratteristiche di metastasi (ad esempio metastasi genetiche) che suggeriscono un'alta probabilità di risposta alle terapie. La scelta di un approccio di rinuncia alle terapie antitumorali deve essere caratterizzata da appropriata terapia palliativa e di supporto (cure simultanee).</p>
4	<p>Non eseguire esami del sangue incluso il profilo biochimico, scansioni ossee, radiografie toraciche, ecografie epatica e pelvica, TAC, PET e marker tumorali, dopo terapia sistemica precauzionale, in pazienti operate per cancro della mammella, asintomatiche e in assenza di risultati specifici all'esame clinico.</p> <p>L'esame fisico (stata medica) dovrebbe essere eseguito ogni 3 - 6 mesi per i primi 3 anni, ogni 6 - 12 mesi per il quarto e quinto anno e successivamente una volta all'anno. Nelle donne sottoposte a chirurgia conservativa della mammella dovrebbe essere eseguita una mammografia bilaterale post-trattamento, un anno dopo quella iniziale e almeno 6 mesi dopo il completamento del ciclo di radioterapia. Quindi, se non indicato diversamente, dovrebbe essere eseguita una mammografia bilaterale ogni anno.</p>
5	<p>Non prescrivere la chemioterapia nel trattamento sistemico del carcinoma duttale in situ della mammella.</p> <p>La diffusione degli screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella ha comportato la frequente identificazione di forme precoci di neoplasia, in particolare di carcinoma in situ: carcinoma lobulare in situ e più frequentemente, carcinoma duttale in situ (DCIS). Poiché tali tipi di tumore possono evolvere verso forme infiltranti, il trattamento locale e quello sistemico hanno lo scopo di prevenire l'insorgenza del carcinoma invasivo e, per quanto riguarda il trattamento sistemico, di quello nella mammella contro laterale.</p> <p>Il DCIS può essere trattato con chirurgia conservativa seguita da radioterapia, oppure con mastectomia semplice. Non esiste alcuna evidenza scientifica a sostegno della chemioterapia nel trattamento sistemico del DCIS, per quanto tale atteggiamento terapeutico fosse abbastanza diffuso fino a non molto tempo fa. Vicenze, studi randomizzati di fase III supportano l'impiego del Tamoxifene dopo trattamento locale (chirurgia con o senza radioterapia).</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.

Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica (AIRO)

1	<p>Non definire un programma terapeutico che comprenda la radioterapia senza che l'oncologo radioterapista sia coinvolto fin dall'inizio (e cioè subito dopo la diagnosi della malattia) nella definizione del programma stesso.</p> <p>L'oncologia moderna si avvale della chirurgia, della radioterapia e della chemioterapia. L'oncologo radioterapista è specialista nell'impiego della radioterapia, da sola o in combinazione con la chemioterapia, ed è l'unico autorizzato a prescrivere un trattamento radioterapico. La maggior parte dei percorsi terapeutici prevede oggi l'impiego di più modalità terapeutiche, strettamente integrate tra loro, e la radioterapia è impiegata nel trattamento del 70% circa delle neoplasie. Ne deriva che il mancato coinvolgimento dell'oncologo radioterapista, fin dall'inizio (e cioè subito dopo la diagnosi della malattia), nella definizione del programma terapeutico, può comportare errori nella indicazione alla radioterapia, nella valutazione dei possibili effetti collaterali, nella scelta della sequenza dei trattamenti. A molti di tali errori non si può evitare in un secondo momento.</p>
2	<p>Non raccomandare l'impiego di tecniche od apparecchiature radioterapiche "speciali" senza un parere motivato dell'oncologo radioterapista.</p> <p>L'elevato livello tecnologico raggiunto dalla radioterapia rappresenta un beneficio per il malato oncologico, perché consente di ottenere, in selezionate situazioni cliniche, risultati molto validi e garantisce la sicurezza di precise modalità tecniche, purché impiegate secondo corrette indicazioni. Tale beneficio è oggi disponibile per la grande maggioranza delle apparecchiature per radioterapia; tutte le apparecchiature, anche quelle destinate a trattamenti più semplici, sono soggette a controlli di qualità che ne garantiscono la sicurezza; l'impiego delle apparecchiature e delle tecniche più complesse e costose, disponibili in un numero limitato di Centri, trova indicazioni in casi particolari, che solo la professionalità dell'oncologo radioterapista è in grado di definire.</p>
3	<p>Non utilizzare, per quanto possibile, trattamenti radioterapici prolungati quando la finalità della radioterapia è quella sintomatico-palliativa ed in persone malate con aspettativa di vita ridotta.</p> <p>Numerosi studi clinici hanno documentato che, in pazienti con ridotta aspettativa di vita, cure prolungate basate sul chemioterapico e sulla radioterapia sono inefficaci in termini di aumento della sopravvivenza. La radioterapia ha viceversa un ruolo fondamentale nella gestione di complicanze legate alla diffusione di metastasi e in pazienti con ridotta aspettativa di vita (es. dolore, sanguinamenti, compressione del midollo spinale, ecc.) perché caratterizzate da elevati tassi di risposta con conseguente miglioramento della qualità di vita anche nel paziente con malattia avanzata. Tuttavia, eseguire trattamenti prolungati in tali situazioni cliniche riduce il tempo di vita disponibile al di fuori delle strutture sanitarie (poiché comporta un prolungamento dell'ospedalizzazione o dell'accesso al reparto di radioterapia), creando disagio al paziente ed alla famiglia, a fronte di risultati simili ottenibili con trattamenti più brevi e di conseguenza evitabile per quanto possibile.</p>
4	<p>Non eseguire un trattamento radioterapico per patologie articolari degenerative (benigne), specie al di sotto dei 60 anni.</p> <p>L'impiego della radioterapia nel trattamento di ben selezionate patologie benigne è largamente documentato in letteratura. Le indicazioni sono limitate a casi con gravissime problematiche funzionali o addirittura con minacce per la vita stessa. Tuttavia, i dati pubblicati non giustificano il trattamento radioterapico delle patologie articolari degenerative, specie al di sotto dei 60 anni di età, per i rischi connessi con tale pratica.</p>
5	<p>Al di fuori di studi clinici, non eseguire PET, TC e scintigrafia ossea per la stadiazione del tumore della prostata, in pazienti candidati a trattamento radioterapico radicale, per i quali il rischio di metastasi è minimo.</p> <p>Eseguire una corretta stadiazione nei pazienti affetti da una qualunque forma neoplastica è assolutamente necessario. Tuttavia TC, PET e scintigrafia ossea vengono spesso impiegate anche nella stadiazione delle forme cliniche iniziali di tumore prostatico, in cui il rischio di metastasi è minimo; le evidenze di letteratura non supportano infatti l'impiego di queste metodiche nel paziente a basso rischio di metastasi a distanza (Stadio T1a/T2a; antigeno prostatico specifico - PSA - inferiore a 10 ng/ml e punteggio di Gleason minore o uguale a 6). L'impiego di tali metodiche diagnostiche, usate in modo inappropriato, può comportare costi non giustificati e un'esposizione non necessaria a radiazioni, nonché ritardare l'inizio del trattamento radioterapico.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.

Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Cochrane Neurological Field

1	<p>Non prescrivere la nutrizione artificiale enterale (PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) o sonda naso-gastrica) ai pazienti affetti da demenza in fase avanzata, ma contribuire a favorire l'alimentazione fisiologica assistita.</p> <p>Nelle demenze in fase avanzata gli studi clinici hanno dimostrato che PEG e sonda naso-gastrica sono associate a comparsa di ulcere da pressione, uso di mezzi di contenimento fisico e farmacologico, disagio del paziente connesso alla sonda, sovraccarico di liquidi, diarre, dolore e complicanze locali nella sede d'inserzione della sonda, minor interazione interpersonale e possibile incremento del rischio di polmonite ab ingestis.</p> <p>Il declino funzionale e la presenza di malattie intercorrenti possono indicare che è improbabile ottenere qualche beneficio significativo o a lungo termine dalla nutrizione artificiale. L'aiuto manuale nell'alimentazione fisiologica è un approccio efficace, rispetto alla nutrizione, almeno quanto l'uso della sonda.</p> <p>Nelle fasi terminali gli obiettivi della nutrizione assistita manualmente sono il benessere del paziente e il mantenimento della relazione interpersonale, piuttosto che finalità nutrizionali.</p>
2	<p>Non usare gli antipsicotici come farmaci di prima scelta nei disturbi comportamentali in corso di demenza, evitando di prescriverli prima di un'attenta valutazione delle cause scatenanti la cui rimozione potrebbe rendere inutile il trattamento.</p> <p>I disturbi comportamentali in corso di demenza comprendono agitazione, aggressività, ansia, instabilità, depressione, apatia e psicosi. In questo contesto l'uso degli antipsicotici è frequente a fronte di un limitato beneficio e della possibilità di gravi effetti indesiderati (incremento del rischio d'ictus e di mortalità vascolare, insorgenza di parkinsonismo o altri sintomi extrapiramidali, sedazione, confusione, peggioramento delle funzioni cognitive ad aumento di peso) che possono prevalere sui potenziali vantaggi.</p> <p>L'abbinamento dell'uso degli antipsicotici non è sedare una generica agitazione ma trattare pazienti a rischio di danneggiare sé o gli altri oppure in condizioni di estremo malessere. La valutazione e l'identificazione delle cause del disturbo comportamentale, compresi dolore, stress, fattori ambientali quali il rumore o la temperatura, le misure di sicurezza, la riduzione del malessere e l'aiuto nelle comuni funzioni possono rendere inutile il trattamento farmacologico.</p> <p>Se tali misure, invece, non fossero efficaci, va considerato il trattamento antipsicotico col suo bilancio rischi-benefici.</p>
3	<p>Non usare le benzodiazepine o altri ipnotici negli anziani come prima scelta nell'insonnia.</p> <p>Studi su ampia scala hanno dimostrato negli anziani che assumere benzodiazepine o altri ipnotici un rischio più che raddoppiato d'incidenti nella guida di motoricoli, di cadute e fratture d'anca che conducono a ospedalizzazione e morte. I pazienti anziani, i loro familiari e chi si occupa dell'assistenza dovrebbero essere a conoscenza di questo rischio in corso di trattamenti contro l'insonnia, l'agitazione o il delirium.</p> <p>Le benzodiazepine andrebbero riservate al trattamento del delirium transitorio o del grave disturbo d'ansia generalizzato non rispondenti ad altri terapie.</p>
4	<p>Non usare la PET nella diagnostica della demenza a meno che il paziente non sia stato valutato da uno specialista esperto in demenze.</p> <p>In assenza di una documentata diagnosi clinica di demenza, i benefici potenziali della PET è improbabile che giustifichino i costi delle procedure e l'esposizione alle radiazioni.</p> <p>I vari tipi di demenza hanno aspetto sovrapponibile alle PET. La valutazione clinica e quella radiologica spesso forniscono informazioni aggiuntive e le varie modalità d'indagine vanno considerate globalmente per ottenere una diagnosi attendibile e pianificare il trattamento.</p> <p>Rispetto alla ricerca di beta-amiloide mediante la PET, non è noto cosa significhi tale riscontro in una persona cognitivamente sana, al telaio di una malattia non valida per la diagnosi predittiva individuale.</p>
5	<p>Non sottoporre pazienti con soggettiva percezione di ridotta prestazione mnemonica, esenti da deficit funzionali, a indagini per la ricerca di biomarker liquorali e indicatori nel neuroimaging, se non in un contesto di ricerca.</p> <p>Il timore dell'insorgenza di una condizione di demenza da parte dell'opinione pubblica induce richieste di consultazioni specialistiche e diagnostica strumentale nella speranza di poter mettere in atto una prevenzione. Nelle demenze degenerative e in particolare nella malattia di Alzheimer, non vi sono conoscenze sufficienti per una specifica prevenzione, né una terapia che ne modifichi la storia naturale. La ricerca di biomarker e indicatori nel neuroimaging per la diagnosi precoce o addirittura predittiva non resta attualmente in possibilità terapeutiche ed è ancora circoscritta all'ambito della ricerca.</p> <p>La diffusione delle diagnosi di condizioni di deterioramento cognitivo che possono non sfociare in demenza, induce una possibile sovra-diagnosi.</p> <p>È noto che il controllo dell'obesità e la lotta al tabagismo sono una prevenzione non specifica ma di documentata efficacia anche contro il deterioramento cognitivo.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.

Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui professionisti e pazienti dovrebbero parlare

IPASVI - Federazione Italiana Collegi Infermieri

1	<p>Non eseguire la tricotomia pre-operatoria con rasoio a lama in previsione di un intervento chirurgico (AICO)</p> <p>I peli e i capelli possono essere fonte di infezione e ostacolare una completa visualizzazione della zona da incidere e interferire successivamente con la disinfezione della ferita. Le evidenze scientifiche più recenti sono a favore della tricotomia nei casi in cui i peli nell'area di incisione possano interferire con la procedura chirurgica. Studi prospettici randomizzati suggeriscono che l'uso del rasoio elettrico (clipper) determina un minor numero di infezioni rispetto al rasoio a lama poiché associato ad un minor traumatismo cutaneo. Nonostante sia limitata l'evidenza sulla tempistica di esecuzione della procedura, qualora si dovesse effettuare la tricotomia sarebbe preferibile eseguirlo il giorno dell'intervento chirurgico.</p>
2	<p>Non utilizzare in modo improprio dispositivi di raccolta per stomie con placca convessa. (AIOSS)</p> <p>La placca convessa è indicata per l'apparecchiatura di stomie complesse o retratte. La sua applicazione non è indicata in presenza di laparocoli, di stomie che deborda rispetto al piano cutaneo, di stomie estroflesse o piatte. In Italia esiste un uso eccessivo della placca convessa spesso senza valida motivazione, procurando disagi e talvolta danni alla cute peritoneale, con ripercussioni sulla qualità di vita del paziente. Inoltre, essendo questo presidio molto più costoso rispetto a quelli dotati di placca piana, l'utilizzo improprio, oltre a non apportare effetti benefici al paziente, comporta maggiori costi sanitari per la gestione della stomia.</p>
3	<p>Non utilizzare in modo improprio sostanze chimiche per la detersione del complesso stomale. (AIOSS)</p> <p>Nonostante l'evoluzione delle conoscenze e delle evidenze sull'azione lesiva prodotta sulla cute dalle soluzioni antibiotiche, sgrassanti, disinfettanti quando utilizzate per la detersione del complesso stomale, ancora oggi queste sostanze sono frequentemente adottate dagli operatori sanitari. L'impiego di prodotti antibiotici e/o disinfettanti per effettuare le pratiche quotidiane di detersione del complesso stomale è un comportamento inappropriato che può determinare alterazioni delle caratteristiche di integrità della cute (irritazioni, arrossamento, dermatiti, lesioni). È fondamentale considerare le caratteristiche chimico-fisiche delle soluzioni da utilizzare per la detersione del complesso stomale.</p>
4	<p>Non utilizzare disinfettanti istiolesivi sulla cute integra nei soggetti anziani, allettati, con cute fragile e/o compromessa. (AIUC)</p> <p>L'utilizzo di disinfettanti e coloranti (policlorido di sodio, mercuriali, iodopovidone, derivati del benzene...) su cute integra è una pratica molto comune. Oltre a non avere nessun razionale clinico, l'utilizzo di questi prodotti è particolarmente dannoso, in quanto provocano secchezza della cute, allestie, dermatiti da contatto, prurito. Possono inoltre aumentare il rischio di sviluppare lesione da pressione di I e II grado.</p> <p>Le linee guida attuali e gli studi effettuati consigliano l'utilizzo di prodotti debolgenti specificamente formulati, con pH acido e con una formulazione senza alcol, per ridurre gli stragamenti durante la pulizia.</p>
5	<p>Non fare ricorso alla ginnastica vescicale (chiusura ripetuta del catetere) prima della rimozione del catetere vescicale. (ANIMO)</p> <p>La letteratura e le principali linee guida definiscono questa pratica inutile. Essa è basata su un razionale errato della fisiologia della minzione in quanto il muscolo detrusore della vescica non esegue alcuna forma di "ginnastica" quando il catetere rimane in situ perché lo svuotamento dell'urina avviene per drenaggio e non per contrazione dello stesso muscolo.</p> <p>La ginnastica vescicale può invece risultare dannosa per il paziente perché viene eseguita più volte durante la giornata, soprattutto in assenza di un drenaggio continuo, si determina una stasi urinaria, che può aumentare l'incidenza di infezioni urinarie.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono le valide indicazioni scientifiche e l'esperienza clinica. È necessario un attento giudizio relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alle proprie specifiche situazioni.

Cosenza, 10 luglio 2014
 Riunione con i Coordinatori
 infermieristici dell' AO per
 la presentazione di
 Choosin' wisely

TAGS: NEOPLASIE SECONDO LA LOCALIZZAZIONE, REGIONI DEL CORPO, MAMMELLA, NEOPLASIE DELLA MAMMELLA, MALATTIE DELLA MAMMELLA



ARTICOLI CORRELATI

13-06-2014 | Cancro al seno, terapie omeopatiche di supporto sperimentate a Milano

12-06-2014 | Associazione tra consumo di carne rossa e rischio di tumore al seno

23-05-2014 | Mastectomia profilattica controlaterale: in molti casi è superflua

«Il proliferare di test genetici alla ricerca di mutazioni che predispongono al tumore mammario potrebbe aprire un mercato privato parallelo; trattandosi di test costosi, dai 2000 ai 3000 euro, il mercato potenziale è estremamente appetibile e una richiesta non regolamentata potrebbe portare a una giungla». La preoccupazione è espressa dal presidente Aiom **Stefano Cascinu**, a fronte del cosiddetto “effetto Angelina Jolie”. Come noto, dopo che l’attrice ha raccontato ai media di essersi sottoposta a una mastectomia preventiva per aver scoperto di essere ad alto rischio di cancro del seno, nell’America Settentrionale il numero di analisi eseguite è praticamente raddoppiato, come mostrano i dati forniti da uno studio condotto al Sunnybrook Odette Cancer Centre di Toronto.

«Non mi risulta che in Italia vi siano dati certi, - dice Cascinu, che è direttore della Clinica di oncologia medica degli Ospedali Riuniti di Ancona – ma anche noi facciamo questi test e la sensazione è che effettivamente ci sia stato un incremento di richieste».

Il presidente Aiom vede anche aspetti positivi: «C’è di buono che questo comporta una maggiore attenzione all’identificazione di alterazioni genetiche che possono essere trasmissibili e quindi più diffuse in certe famiglie; il rischio è che un incremento eccessivo di

richieste di test molto complessi, che qualche volta comportano anche mesi per avere la risposta, potrebbe essere difficile da gestire e portare al collasso i centri che offrono questo servizio».

QUALI STRUMENTI PER REALIZZARE INTEGRAZIONE TRA BEST PRACTICE ED EFFICIENZA ?

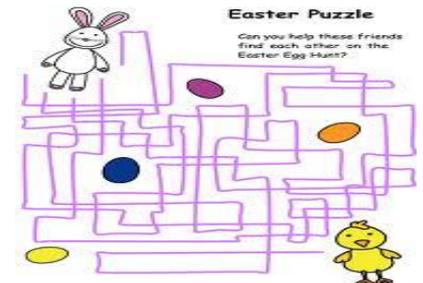


PERCORSI DIAGNOSTICO
TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

PROCEDURE AZIENDALI

CHECK-LIST

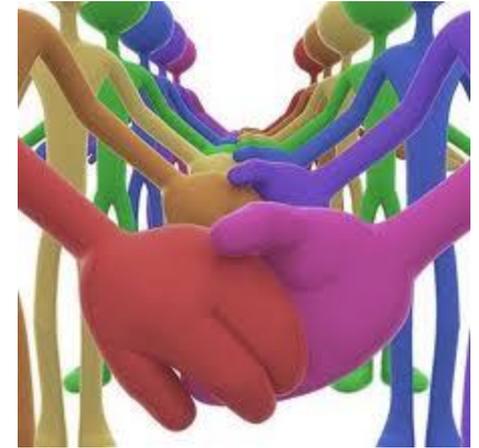
AUDIT



INTEGRAZIONE MULTIPROFESSIONALE E MULTIDISCIPLINARE



Case Management E



Lavoro per

Percorsi **D**iagnostico
Terapeutici **A**ssistenziali
e **P**rofilo di **C**ura



m.loizzo@aocs.it

Cos'è un un PDTA



***E' l' iter assistenziale che un paziente
in concreto***

***segue per risolvere un problema di salute ,
non in via teorica ma nella realta'***

E' la sequenza spazio-temporale declinata per

✓ Responsabilita

Di cui si compone il processo di cura

Ti senti solo ???  www.RisateOnLine.it

Non ti piace lavorare per conto tuo ?
Odi prendere delle decisioni?

E allora indici una **RIUNIONE !!**

Potrai:

Vedere Gente

Disegnare Diagrammi

Sentirti Importante

Formare dei Gruppi di Lavoro

Impressionare i Colleghi

Dare dei Consigli Inutili



Tutto durante l'**ORARIO DI LAVORO !!!**

RIUNIONI ...

L'ALTERNATIVA PRATICA AL LAVORO

Perche' un PDTA?

MOTIVI DI ORDINE GENERALE

E' doveroso GARANTIRE :

EFFICACIA

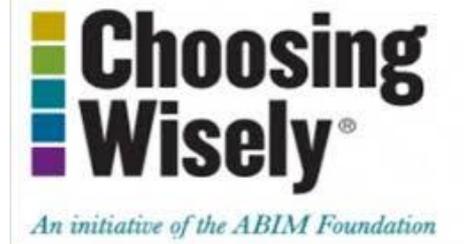
(il miglior risultato),

APPROPRIATEZZA

(utilizzare le migliori pratiche cliniche)

EFFICIENZA

(razionalizzazione/ottimizzazione delle risorse e delle tempistiche).

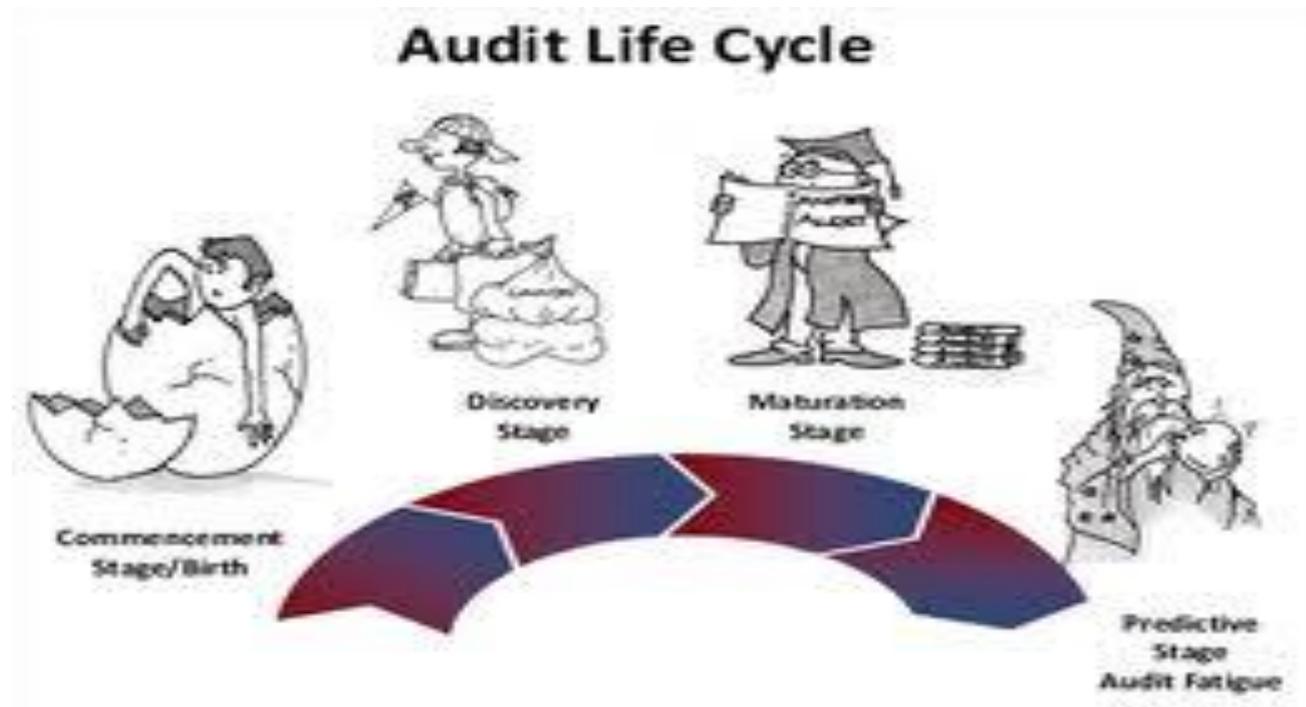


E' necessario rendere quanto più possibile omogeneo l'approccio al paziente, condividendo

Linee Guida e protocolli



Cosa abbiamo fatto nella azienda ospedaliera di Cs?

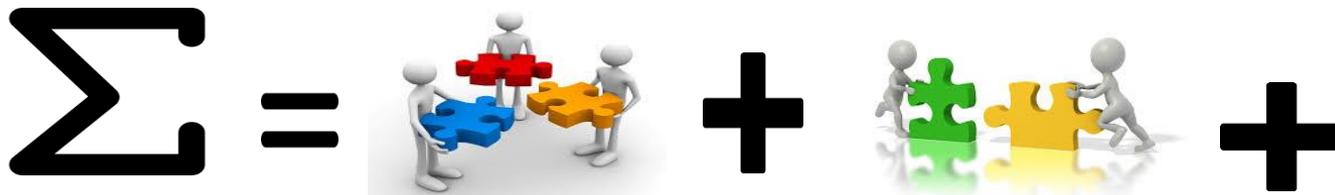


L 'Approccio piu' moderno nella gestione dei Processi sanitari comporta una visione sistemica e non scotomica dell' organizzazione

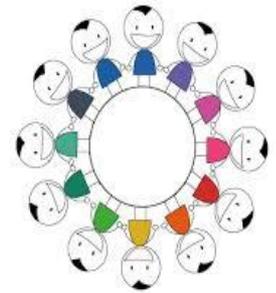


ORGANIZZAZIONE SANITARIA

NON PIU' INTESA QUALE SOMMATORIA
DI PEZZI di PRESTAZIONI SANITARIE
E MODALITA' DI LAVORO ONE TO ONE



MA ORGANISMO AD ELEVATA COMPLESSITA'
STRUTTURATA COME COMUNITA' DI PRATICA
COSTITUITA DA ELEMENTI INTERAGENTI
E INTERDIPENDENTI



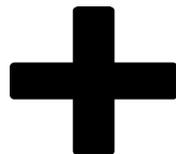
DALLA LOGICA DEL FARE



ALLA LOGICA DELL' AGIRE

AGIRE = FARE + CONSAPEVOLEZZA DELLE CONSEGUENZE

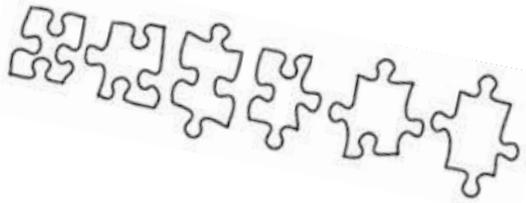
ACTION



RESPONSABILITA'



La presa in carico del paziente
secondo una modalita' non
segmentata



ma circolare
(PDTA)



modifica la prognosi
di alcune patologie
(per es Tumoriali

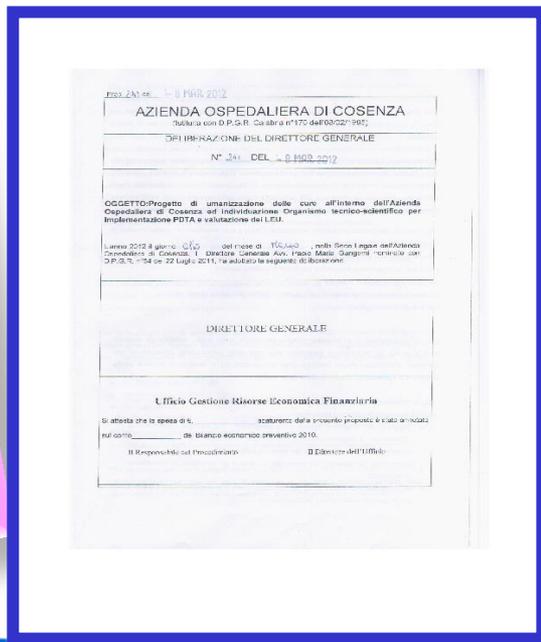


**GOVERNARE E DECIDERE IN SANITA':
AUTORI, REGISTI, ATTORI**

**NELL'
AZIENDA
OSPEDALIERA
DI CS**

**Individuazione di
un case manager
per il PDTA dei
tumori femminili**

**DELIBERA A.O.CS
COSTITUZIONE
NUCLEO
AZIENDALE
PER PDTA E
LIVELLI ESSENZIALI
UMANIZZAZIONE**



**ANMDO 41° CONGRESSO NAZIONALE
Parma 30 settembre, 1-2 ottobre 2015**



**I PDTA
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI CS**

**PDTA DEL PAZIENTE CON
EPATOCARCINOMA**

PDTA DEL PAZIENTE CON SINCOPE

**PDTA DEL PAZIENTE CON
DOLORE ONCOLOGICO**

**PDTA DELL' INSUFFICIENZA
RESPIRATORIA NELL'
ANZIANO**

PDTA PAZIENTE CON ICTUS

PDTA PAZIENTE CON TIA

**PDTA DEL PAZIENTE CON
OSTEONECROSI DELLA
MANDIBOLA**

PDTA CARDIONCOLOGIA

**PDTA DEL PAZIENTE CON evento
ischemico da PFO**

**PDTA DEL PAZIENTE
CANDIDATO AL TRAPIANTO
RENALE**

PDTA DEI TUMORI FEMMINILI

PDTA DEI TUMORI GIOVANILI

PDTA DELLA COPPIA INFERTILE

**PDTA DELLA RETINOPATIA DEL
PRETERMINE**

m.loizzo@aocs.it



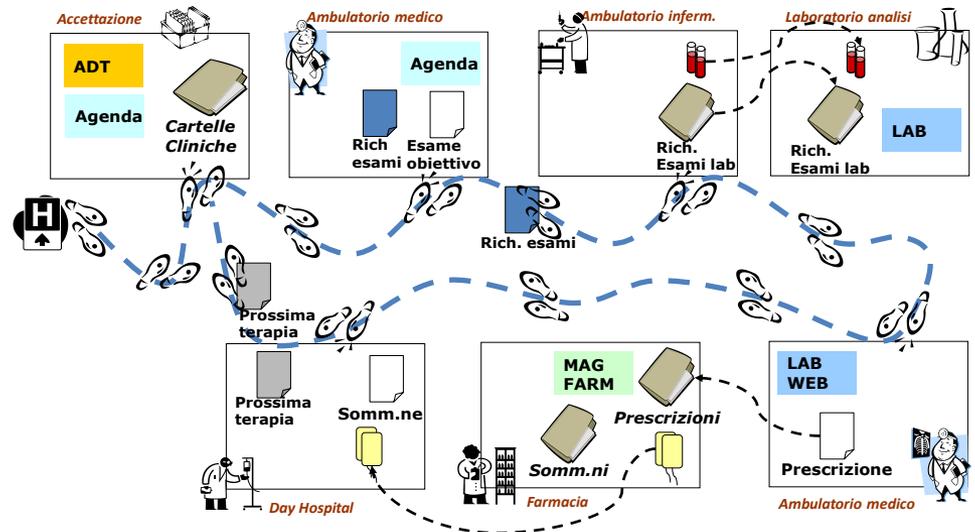
AZIENDA OSPEDALIERA di COSENZA

Organismo Tecnico Scientifico

Valutazione PDTA e LEU



GUIDA alla COSTRUZIONE dei PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA) E INTRODUZIONE ALL'AUDIT CLINICO



m.loizzo@aocs.it



*Organismo Tecnico Scientifico valutazione LEU e PDTA
Deliberazione n°241 del 8.3.12*

Scheda di Autovalutazione PDTA

E' stato individuato il Coordinatore scientifico del PDTA?

SI **NO**

Sono state definite le motivazioni che sostengono la scelta della patologia e della problematica clinica su cui costruire il PDTA?

SI **NO**

Sono state definite le professionalità, la disciplina e i ruoli dei partecipanti al gruppo di lavoro identificato per la costruzione del PDTA?

SI **NO**

Il PDTA è stato definito graficamente rappresentando attività, snodi decisionali e responsabilità? (Algoritmo)

SI **NO**

Sono stati definiti gli indicatori e gli standard, le risorse e gli Audit previsti ?

SI **NO**

Sono state definite le modalità di informazione e comunicazione del PDTA all'interno e all'esterno dell'Azienda?

SI **NO**

E' stata inoltrata la documentazione relativa alla valutazione del PDTA all'Organismo preposto?

SI **NO**

L'Organismo Tecnico Scientifico per la valutazione dei PDTA e LEU ha espresso parere in merito al percorso?

SI **NO**

Con prescrizione

Ad oggi il percorso è in fase di:	VALUTAZIONE	<input checked="" type="checkbox"/>
	APPLICAZIONE SPERIMENTALE	<input type="checkbox"/>
	A REGIME	<input type="checkbox"/>



Applicare la cultura della valutazione

**GOVERNARE E DECIDERE IN SANITA':
AUTORI, REGISTI, ATTORI**



AZIENDA OSPEDALIERA di COSENZA



DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

Organismo Tecnico Scientifico Valutazione PDTA e LEU

Prot. 195

Cosenza li 05/06/15



AZIENDA OSPEDALIERA di COSENZA



Organismo Tecnico Scientifico valutazione LEU e PDTA Deliberazione n°241 del 8.3.12

Sig. Coordinatori PDTA:

- Tumori Femminili – Dr. R. Biamonte
- Epatocarcinoma – Dr. A. Noto
- Tia – Dr. A. Bloise
- Stroke – Dr. A. Petrone
- Trapianto renale – Dr. R. Bonofiglio
- Coppia infertile – Dr. G. Morrone
- Dolore oncologico – Dr. F. Amato
- Insufficienza respiratoria nel pz anziano – Dr. F. Fimognari
- Cardioncologia – Dr. C. Carpino
- Retinopatia pretermine – Dr.ssa M. Lucente
- Osteonecrosi della mandibola – Dr.ssa S. Loizzo
- Evento ischemico maggiore con FO pervio – Dr. F. Greco
- Anemia del pz adulto-anziano – Dr. F. Fimognari
- Pleuriti infettive – Dr. F. Fimognari
- Sincope – Dr.ssa C. Tomaselli
- Tumore della prostata – Dr. Marafioti
- Reflusso vescicoureterale nel bambino – Dr.ssa Manfredi
- Vertigini – Dr. Guzzo
- Paziente candidato all' antibioticotterapia domiciliare- Dr.Cesareo
- Paziente con malaria –dr F. Luciani
- Frattura del femore –Dr.ssa Rosa Gallo

e p c Commissario Straordinario A.O. Dr. W. Auteri
Direttore Sanitario Dr. F. Canino
LORO SEDI

Oggetto: Relazione andamento PDTA 1° semestre 2015.

In relazione all'oggetto si chiede alle SS.LL. di voler predisporre articolata relazione sull'andamento dei PDTA coordinati compilando in ogni sua parte la scheda allegata di Autovalutazione che è stata proposta ed approvata in data 19.05.c.a. in occasione del Corso di Formazione.

Distinti saluti

Organismo Tecnico-scientifico PDTA-LEU
Dott.ssa Monica Loizzo

Scheda Di Autovalutazione PDTA		Puntegg
Paziente inseriti nel PDTA/tot. pazienti osservati *	_____ %	2
Percorso di nuova istituzione	SI NO	2
Percorso a regime	SI NO	1
Verbali	SI NO	1
Incontri tenuti dal gruppo	SI NO	1
Il PDTA ha condotto ad una riduzione del grado di variabilità del percorso del paziente ?	SI NO	1
Se positivo precisare		
E' stata effettuata la verifica degli indicatori inseriti nel PDTA	SI NO	2

* 0 - 10 % pt. 0 ; >10 % - 50% pt. 1 ; >50% - 100% pt. 2

Parma 30 settembre, 1-2 ottobre 2015

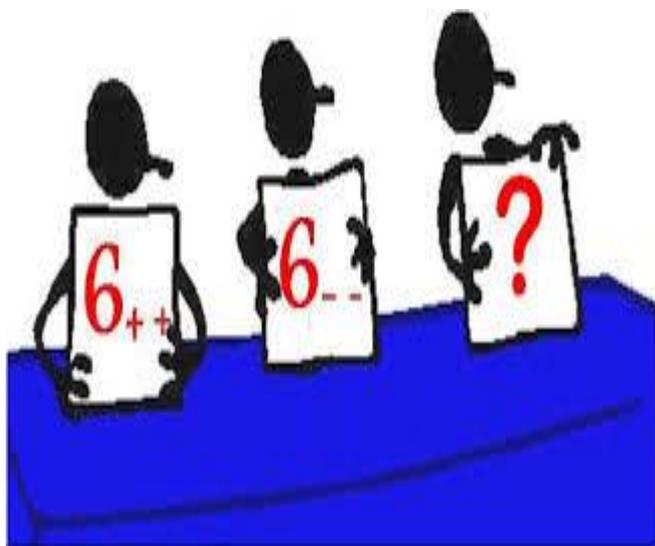


AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

PAZIENTE CON TUMORI FEMMINILI

Report attività 1° semestre 2015



GOVERNARE E DECIDERE IN SANITA': AUTORI, REGISTI, ATTORI

PDTA TUMORI FEMMINILI Obiettivi specifici ed Indicatori di qualità

Obiettivi	Indicatori	Standard	Valutazione
		* Standard iniziale ^ Risultato anno 2012 ° Risultato anno 2013 § Risultato anno 2014 " Risultato anno 2015 (1° semestre)	
Migliorare i tempi di attesa	<ul style="list-style-type: none"> Inserimento di pazienti nel PDTA (IRx) (n° pz inserite nel PDTA/n° pz oncologiche totali)* *il n° di pazienti oncologiche totali viene desunto dagli esami istologici effettuati sulle pazienti degenti 	*80%; ^90%; °95%; §90%; "95%	Semestrale
	<ul style="list-style-type: none"> Intervallo fra diagnosi ed intervento chirurgico <= 20 giorni (IRx) *indicatore di pertinenza senologica e ginecologica 	*80%; ^85%; °85%; §85%; "80%	Semestrale
	<ul style="list-style-type: none"> Tempo di attesa del referto istologico completo <= 20 giorni (IRx) *indicatore di pertinenza senologica e ginecologica 	*80%; ^85%; °85%; §85%; "90%	Semestrale
	<ul style="list-style-type: none"> Intervallo tra intervento chirurgico e inizio della terapia medica adiuvante <= 6 settimane (IRx) *indicatore di pertinenza senologica e ginecologica 	*80%; ^90%; °95%; §95%; "90%	Semestrale
	<ul style="list-style-type: none"> Intervallo tra il termine della chemioterapia adiuvante e l'inizio della radioterapia complementare <= 30 giorni (IRx) *indicatore di pertinenza senologica 	*80%; ^85%; °90%; §90%; "80%	Semestrale
	<ul style="list-style-type: none"> Intervallo tra intervento chirurgico conservativo e inizio della radioterapia complementare, nelle pazienti non sottoposte a chemioterapia adiuvante <= 60 giorni (IRx) *indicatore di pertinenza senologica 	*80%; ^85%; °90%; §90%; "80%	Semestrale
	<ul style="list-style-type: none"> Gestione dei casi clinici in aderenza alle LG adottate (chirurgia, chemioterapia, radioterapia) (IRx) (n° di casi in cui vengono adottate-applicate le LG/n° totale di casi)* *verifica effettuata negli incontri dei WG in cui tutti i casi vengono sistematicamente discussi 	*90 % CH SEN ^90%; °95%; §95%; "90% RT ^90%; °95%; §95%; "90% CT ^90%; °95%; §95%; "90%	Semestrale

ANMDO 41° CONGRESSO NAZIONALE
Parma 30 settembre, 1-2 ottobre 2015



SCHEDA DI MONITORAGGIO PDTA			Punteggio	
Pazienti inseriti nel PDTA / tot. pazienti osservati 	Rapporto: _____%		0-10% → 0 11-50% → 1 51-100% → 2	
A* - Percorso di nuova istituzione?	SI	NO	2	0
B* - Percorso a regime?	SI	NO	1	0
Sono stati redatti Verbali degli incontri del team? 	SI	NO	1	0
Ci sono stati incontri tenuti dal team? 	SI	NO	1	0
Il PDTA ha condotto ad una riduzione del grado di variabilità del percorso del paziente? 	SI	NO	1	0
Se positivo precisare:				
Esistono indicatori per tutte le fasi del PDTA?	SI	NO	1	0
E' stata effettuata la verifica degli indicatori inseriti nel PDTA?	SI	NO	2	0

**GOVERNARE E DECIDERE IN SANTA':
AUTORI, REGISTI, ATTORI**



**Gli scambi con i
coordinatori
(“Facilitatori” del PDTA)
rappresentano un Modello
di Integrazione e Condivisione
di un processo di Qualita’**



La Competence relazionale



**ESIGENZA IRRINUNCIABILE
Per la gestione
del Gruppo di lavoro**





Corso di formazione aziendale Azienda Ospedaliera Cosenza



Titolo dell'evento: *“Modelli di comunicazione e stili relazionali efficaci nel team di lavoro interdisciplinare”*

Responsabili scientifici Monica Loizzo Angela Piattelli
Destinatari: Medici, Infermieri, Psicologi

Docenti Angela Piattelli, Maria Domenica Iuvaro, Monica Loizzo

Evento formativo finalizzato alla facilitazione dell'incontro dei saperi e dei linguaggi e alla promozione dei percorsi di umanizzazione delle cure nell'ambito dei team di lavoro orientati alla salute

Le Ombre

GESTIONE MULTIDISCIPLINARE " SULLA CARTA "

- **GOVERNO " MONOCRATICO "**
DEI COORDINATORI



- **CONDIVISIONE PIU' FORMALE**

CHE SOSTANZIALE DEL PDTA



**GOVERNARE E DECIDERE IN SANTA':
AUTORI, REGISTI, ATTORI**

Le Ombre



**DIFFICOLTA' DI MESSA A REGIME
DI INDICATORI E STANDARD
PER LA VALUTAZIONE**

**INDICATORI E STANDARD NON DISPONIBILI
PER TUTTI I "PEZZI" E "ATTORI" DEL PDTA**



**CONGRESSO NAZIONALE
1-2 ottobre 2015**



dreamstime.com

**RETE
OSPEDALI
SLOW**



	Città	Direttore Generale	Referenti	Mail Referenti
AO S. Croce e Carle	Cuneo	Giovanna Baraldi	Giorgetta Cappa Marco Bobbio	Cappa.g@ospedale.cuneo.it mbobbio51@gmail.com
Ente ospedaliero Cantonale	Locarno	Luca Merlini	Luca Clivio Luca Gabutti	Luca.Clivio@eoc.ch
Azienda ULSS 16	Padova	Urbano Brazzale	Domenico Scibetta	domenico.scibetta@sanita.padova.it
ASL 8	Arezzo	Enrico Desideri	Gino Parca	g.parca@usl8.toscana.it
AO "Papardo - Piemonte"	Messina	Michele Vullo	Giacomo Nicocia	giacomonicocia@aorpapardopiemonte.it
AO Giovanni 23	Bergamo		Carmelo Mammana	cmammana@hpg23.it
ASL1	Torino		Gianni Caruso	Caruso.gianni@yahoo.it
Azienda ospedaliera	Cosenza		Monica Loizzo	monica.loizzo@tiscali.it



A.S.O. "S. Croce e Carle"
Cuneo

WORKSHOP

*Fare di più non significa fare meglio
Verso una rete di Ospedali Slow.
Dove siamo e dove andremo*



CUNEO
8 - 9 Ottobre 2015

SEDE DI SVOLGIMENTO
Ospedale A. Carle
Via A. Carle n. 25
Frazione Confreria 12100 (CN)
(2° Piano - Locali Formazione)

ELENCO RELATORI E MODERATORI

BEDOGNI Corrado
Direttore Generale, ASO S. Croce e Carle di Cuneo

BOBBIO Marco
già Direttore S.C. Cardiologia, ASO S. Croce e Carle di Cuneo

BORTOLAN Francesco
Direttore Settore LEA e Investimenti SSR
Area Sanità e Sociale - Regione del Veneto

CAPPA Giorgetta
Direttore S.C. Geriatria, ASO S. Croce e Carle di Cuneo

CLIVIO Luca
Coordinatore progetto Choosing Wisely per l'Ente Ospedaliero
Cantonale Ospedale di Locarno

COLOMBO Cinzia
Laboratorio di ricerca sul coinvolgimento dei cittadini in sanità
IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

GABUTTI Luca
Primario di medicina dell'Ospedale Regionale di Locarno e
professore della Facoltà di Medicina dell'Università di Losanna

GRILLI Roberto
Direttore Governo Clinico, Azienda USL Reggio Emilia

LOIZZO Monica
Responsabile UO Qualità/Accreditamento Ricerca e Innovazione Clinica
Azienda Ospedale di Cosenza

MAMMANA Carmelo
Dirigente Medico USC Cardiologia I Scoppeno e Trapianti di Cuore
Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Bergamo

MORANO Fulvio
Direttore Sanità Regione Piemonte

MONTEGROSSO Gaspare
Dirigente Medico SC Medicina Interna ASL TO 2

NOVATI Roberto
Dirigente Medico della Direzione Medica Ospedaliera, Ospedale Regionale di Aosta,
Azienda USL Valle d'Aosta

PARCA Gino
Direttore S.C. Medicina Interna, Ospedale S. Donato di Arezzo

PATRUSSI Lia
Dirigente Medico U.O. Anestesia e Rianimazione, Ospedale S. Donato di Arezzo

PEROTTO Massimo
Dirigente Medico S.C. Medicina d'Urgenza, ASO S. Croce e Carle di Cuneo

QUADRINO Silvana
Psicologa, pedagogista, psicoterapeuta della famiglia
Cofondatrice di Slow Medicine

SCIBETTA Domenico
Direttore Sanitario, Azienda U.L.S.S. N. 16 di Padova

TOSSELLI Nadia
Collaboratore Professionale Infermiere S.S. Siro, ASO S. Croce e Carle di Cuneo

VERNERO Sandra
Cofondatore e vicepresidente di Slow Medicine
Coordinatrice del progetto "Fare di più non significa fare meglio" di Torino

ZIMMERMANN Paola
Servizio per le Organizzazioni dei Pazienti della Federazione per
il Sociale e la Sanità

FIGURE PROFESSIONALI

Tutte le figure professionali

DESTINATARI

Ospedali della rete Slow - Gruppo di regia e referenti società
scientifiche del progetto "Fare di più non significa fare meglio" -
Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Piemonte - Assessorati
Sanità Regionali - Agenas - Iscritti Slow Medicine

CREDITI FORMATIVI

L'Evento è stato accreditato dal Provider Regionale -
ASO S. Croce e Carle di Cuneo.
Sono stati assegnati n. 11 crediti ECM a tutte le figure professionali
destinatari dell'Evento. (906-21664)

ATTESTATO ECM

Si precisa che l'attestazione relativa ai crediti ECM sarà resa
disponibile, entro due mesi dalla conclusione del corso, in forma
digitale scaricabile dall'interessato (previo accertamento della
presenza al 100% del monte ore previsto da programma e
superamento della verifica finale), mediante accesso e
registrazione al sito www.ecmpiemonte.it

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Dr. Marco **BOBBIO**
già Direttore S.C. Cardiologia
ASO S. Croce e Carle di Cuneo

Dr. Giorgetta **CAPPA**
Direttore S.C. Geriatria
ASO S. Croce e Carle di Cuneo

DIRETTORE DEL CORSO

Dr. Piorgio **BENSO**
Direttore Medico
S.C. Organizzazione Sviluppo Risorse Umane
ASO "S. Croce e Carle" di Cuneo

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA

Organizzazione Sviluppo Risorse Umane
ASO "S. Croce e Carle" - Cuneo
Tel. 0171/616372 - Fax 0171/616371
E-mail: tavella.d@ospedale.cuneo.it

ISCRIZIONE

La partecipazione è gratuita e dovrà essere effettuata mediante
trasmissione della scheda debitamente compilata alla Segreteria
Organizzativa.

Le richieste pervenute saranno valutate dalla Segreteria
Scientifica al fine di poter garantire la partecipazione a tutte le
Aziende ed Enti che aderiranno all'iniziativa.

La sera dell'8 ottobre è prevista una cena sociale a cui possono
aderire anche i partecipanti con onere a proprio carico previa
prenotazione all'atto dell'iscrizione.

Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui professionisti e pazienti dovrebbero parlare

IPASVI - Federazione Italiana Collegi Infermieri

LE TOP 5
A RISCHIO
DI
INAPPROPRIATEZZA
NELLA PRATICA
INFERMIERISTICA

1	<p>Non eseguire la tricotomia pre-operatoria con rasoio a lama in previsione di un intervento chirurgico (AICO)</p> <p>I peli e i capelli possono essere fonte di infezione e ostacolare una completa visualizzazione della zona da incidere e interferire successivamente con la disinfezione della ferita. Le evidenze scientifiche più recenti sono a favore della tricotomia nei casi in cui i peli nell'area di incisione possano interferire con la procedura chirurgica. Studi prospettici randomizzati suggeriscono che l'uso del rasoio elettrico (clipper) determina un minor numero di infezioni rispetto al rasoio a lama poiché associato ad un minor traumatismo cutaneo. Nonostante sia limitata l'evidenza sulla tempistica di esecuzione della procedura, qualora si dovesse effettuare la tricotomia sarebbe preferibile eseguirla il giorno dell'intervento chirurgico.</p>
2	<p>Non utilizzare in modo improprio dispositivi di raccolta per stomie con placca convessa. (AIOSS)</p> <p>La placca convessa è indicata per l'apparecchiatura di stomie complesse o retratte. La sua applicazione non è indicata in presenza di laparocoele, di stomia che deborda rispetto al piano cutaneo, di stomie estroflesse o piane. In Italia esiste un uso eccessivo della placca convessa spesso senza valida motivazione, procurando disagi e talvolta danni alla cute peristomiale, con ripercussioni sulla qualità di vita del paziente. Inoltre, essendo questo presidio molto più costoso rispetto a quelli dotati di placca piana, l'utilizzo improprio, oltre a non apportare effetti benefici al paziente, comporta maggiori costi sanitari per la gestione della stomia.</p>
3	<p>Non utilizzare in modo improprio sostanze chimiche per la detersione del complesso stomale. (AIOSS)</p> <p>Nonostante l'evoluzione delle conoscenze e delle evidenze sull'azione lesiva prodotta sulla cute dalle soluzioni antisettiche, sgrassanti, disinfettanti quando utilizzate per la detersione del complesso stomale, ancora oggi queste sostanze sono frequentemente adottate dagli operatori sanitari. L'impiego di prodotti antisettici e/o disinfettanti per effettuare le pratiche quotidiane di detersione del complesso stomale è un comportamento inappropriato che può determinare alterazioni delle caratteristiche di integrità della cute (irritazioni, arrossamento, dermatiti, lesioni). È fondamentale considerare le caratteristiche chimico-fisiche delle soluzioni da utilizzare per la detersione del complesso stomale.</p>
4	<p>Non utilizzare disinfettanti istiolesivi sulla cute integra nei soggetti anziani, allettati, con cute fragile e/o compromessa. (AIUC)</p> <p>L'utilizzo di disinfettanti e coloranti (ipocolorito di sodio, mercuriali, iodopovidone, derivati del benzene...) su cute integra è una pratica molto comune. Oltre a non avere nessun razionale clinico, l'utilizzo di questi prodotti è particolarmente dannoso, in quanto provocano secchezza della cute, allergie, dermatiti da contatto, prurito. Possono inoltre aumentare il rischio di sviluppare lesione da pressione di I e II grado.</p> <p>Le linee guida attuali e gli studi effettuati consigliano l'utilizzo di prodotti detergenti specificatamente formulati, con pH acido e con una formulazione senza risciacquo, per ridurre gli sfregamenti durante la pulizia.</p>
5	<p>Non fare ricorso alla ginnastica vescicale (chiusura ripetuta del catetere) prima della rimozione del catetere vescicale. (AIURO - ANIMO)</p> <p>La letteratura e le principali linee guida definiscono questa pratica inutile. Essa è basata su un razionale smentito dalla fisiologia della minzione in quanto il muscolo detrusore della vescica non esegue alcuna forma di "ginnastica" quando il catetere rimane in situ perché lo svuotamento dell'urina avviene per drenaggio e non per contrazione dello stesso muscolo.</p> <p>La ginnastica vescicale può invece risultare dannosa per il paziente perché se il catetere viene chiuso più volte durante la giornata, soprattutto in assenza di un circuito chiuso, si determina una stasi urinaria, che può aumentare l'incidenza di infezioni urinarie.</p>

ITEM 1

NON ESEGUIRE TRICOTOMIA PREOPERATORIA CON RASOIO A LAMA

ITEM 2

NON UTILIZZARE IN MODO IMPROPRIO DISPOSITIVI DI RACCOLTA X STOMIE A PLACCA CONVEXA

ITEM 3

NON UTILIZZARE IN MODO IMPROPRIO SOSTANZE CHIMICHE PER LA DETERSIONE COMPLESSO STOMALE

ITEM 4

NON UTILIZZARE DISINFETTANTI ISTIOLESIVI SU PAZIENTI ANZIANI E FRAGILI

ITEM 5

NON RICORRERE ALLA GINNASTICA VESCICALE PRIMA DELLA RIMOZIONE DEL CATETERE VESCICALE

**Col PDTA
si condivide un processo di
lavoro in in qualita'**



**La diversita' dei punti di
vista e' una risorsa**



**Col PDTA si modificano
positivamente gli outcome
del paziente**



**La comunita' di pratica ha
reso obsoleto il lavoro One
to One**



**La responsabilita
(Accountabilty) E' il
determinante del lavoro per
PDTA**



UN SISTEMA DI VALUTAZIONE NAZIONALE IN AMBITO SANITARIO

L' Umanizzazione si puo' misurare ?

***I DIRITTI DEI PAZIENTI
SONO OGGETTO DI
VALUTAZIONE***

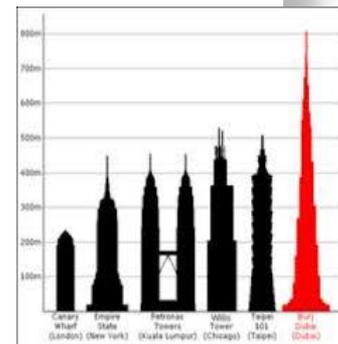
***Euro Health Consumer Index – 2009
Rapporto sullo stato di attuazione
della Carta europea dei diritti del
malato - 2011***



	REGIONI	27 H	STRUTTURE DI RICOVERO	ASL/AO di afferenza
1	ABRUZZO	5	Policlinico «SS. Annunziata» - Chieti	ASL LANCIANO VASTO CHIETI
			Presidio "G. Mazzini" - Teramo	AUSL TERAMO
			Presidio di Pescara	AUSL PESCARA
			Presidio di Penne	AUSL PESCARA
			Struttura privata accreditata Pierangeli - Pescara	(territorio della AUSL PESCARA)
2	CALABRIA	1	AO di Cosenza	
3	LOMBARDIA	4	AO Niguarda Ca' Granda - Milano	
			AO San Carlo Borromeo - Milano	
			Ospedali Riuniti di Bergamo	
			IRCCS Policlinico Ca' Granda - Milano	
4	MARCHE	6	Ospedale di Jesi	ASUR ZONA 5 - Jesi
			Presidio San Salvatore Centro - Pesaro	AO Ospedali Riuniti Marche Nord
			Presidio San Salvatore Muraglia - Pesaro	AO Ospedali Riuniti Marche Nord
			Ospedale Santa Croce di Fano	AO Ospedali Riuniti Marche Nord
			Casa di Cura privata accreditata Villa Verde - Fermo	
			IRCCS INRCA Ospedale Geriatrico Polispec. "U. Sestilli" - Ancona	
5	PIEMONTE	2	AOU S.Giovanni Battista (Le Molinette) - Torino	
			San Giovanni Bosco - Torino	ASL TO2
6	PUGLIA	3	Presidio Vito Fazzi - Lecce	ASL LECCE
			Presidio "Veris Delli Ponti" Scorrano (Le)	ASL LECCE
			Casa di Cura privata accreditata Villa Bianca - Lecce	
7	P.A. TRENTO	4	Ospedale Santa. Chiara - Trento	APSS Trento
			Ospedale classificato equiparato San Camillo - Trento	APSS Trento
			Ospedale Civile di Arco	APSS Trento
			Ospedale Civile di Cavalese	APSS Trento
8	UMBRIA	1	Ospedale di Foligno	ASL 3 Umbria
9	VAL D'AOSTA	1	Ospedale Regionale "U. Parini" - Aosta	Azienda USL Val d'Aosta



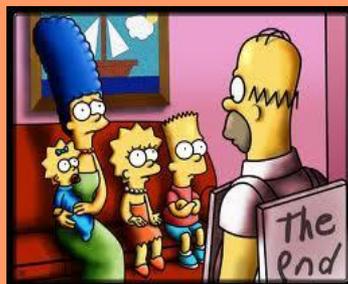
IL LIVELLO DELLA RILEVAZIONE



- 1. Livello di singolo Presidio Ospedaliero/stabilimento**
- 2. Livello di singola Unità Operativa**

**Più si scende di livello e più la valutazione è analitica,
ma anche complessa da realizzare**

**Noi abbiamo proposto di effettuare la rilevazione in
Due presidi ospedalieri (P.O. Annunziata e M. Santo)
e in Due Dipartimenti
Onco-Ematologico e Materno-infantile**



■ **Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona**

■ **Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura**

■ **Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza**

■ **Cura della relazione con il paziente/cittadino**

LA CHECK-LIST

Fattori
Subfattori
Elementi
Indicatori



L' Equipe di lavoro



I REFERENTI AZIENDALI

DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE

Dr.ssa P. Romano ,dr.ssa R Marzullo

**Dir. Medici UO Ostetricia e
Ginecologia**

**Dr.P.Pasqua Responsabile SSD
Partoanalgesia**

Dr.ssa D. Borselli Pediatria Psicologa

DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO

Dr.ssa a. Piattelli Psicooncologa

**Dr.ssa M. Domenica Iuvaro
Psicooncologa**

**Dr.ssa M.Bartucci Assistente
sociale Oncologia**

**Dr.ssa M.Stimolo Ematologia
psicologa I**

OUR GROWTH
STRATEGY MEANS WE
NEED A STRICTER
CONTROL CULTURE



The ultimate
measure of a man
is not where he
stands in the
moment of comfort
and convenience,
but where he
stands at times
of challenges
and controversy.

- Martin Luther King

