

APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI DI PREVENZIONE E DEGLI ESAMI DIAGNOSTICI

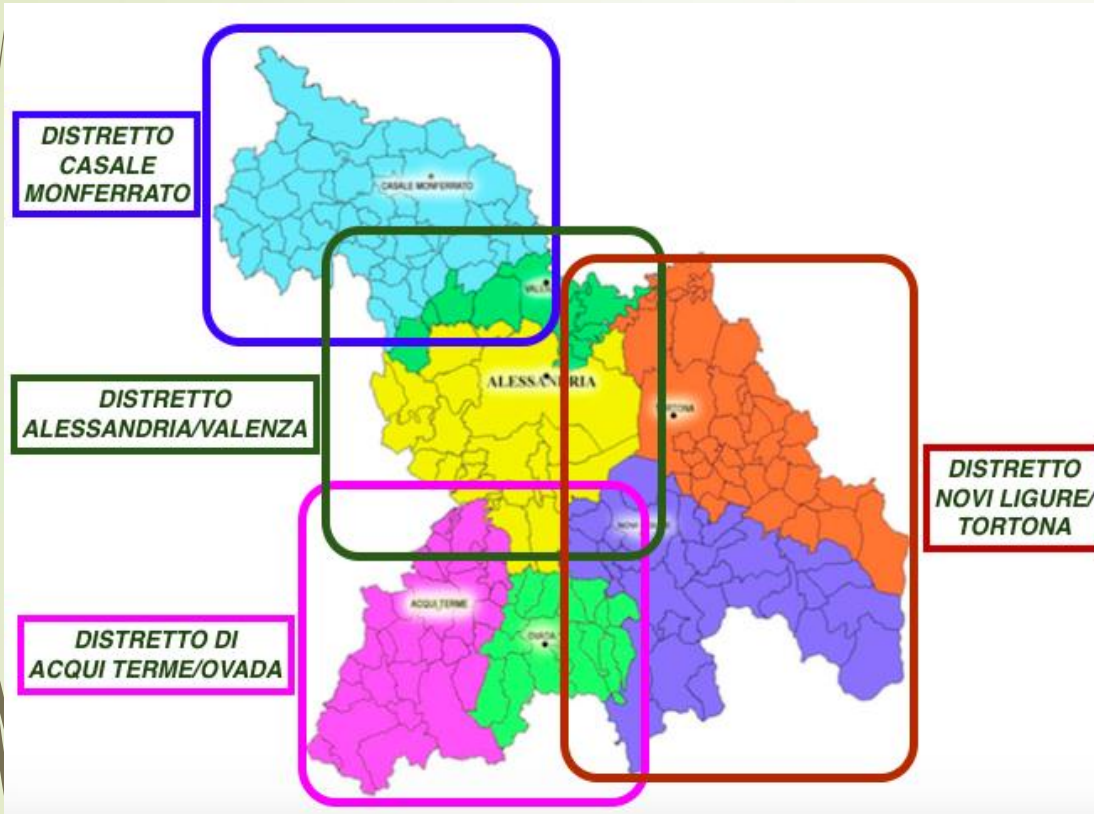


**LA SOBRIETA' PRESCRITTIVA:
IL MODELLO SLOW MEDICINE**

Dott. M. Leporati

TORINO 17 OTTOBRE

CONTESTO



L'Azienda Sanitaria
Locale di Alessandria
(ASL AL) comprende
(440.807 ab.):

- 5 Presidi Ospedalieri
- 4 Distretti
- 195 Comuni

Per le caratteristiche demografiche è tra le più anziane della
Regione Piemonte.

ESPERIENZA N. 1

PROGETTO DI CONTENIMENTO DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN TERMINI DI RECUPERO DI APPROPRIATEZZA

Progetto aziendale in linea con gli indirizzi stabiliti dai Programmi Operativi per il triennio 2013-2015

PROGRAMMA 14	Riequilibrio Ospedale - Territorio
INTERVENTO 14.3.4	Assistenza Specialistica Ambulatoriale
INTERVENTO 14.3.5	Piano Regionale di contenimento delle liste di attesa

	Piemonte	ASL AL
fabbisogno procapite per residente non pesato anno 2012 (n° prestazioni per abitante)	16,32	17,31
fabbisogno procapite per residente pesato anno 2012 (n° prestazioni per abitante)	15,35	15,3

Fonte dati: Assessorato

anno 2016: 13,57

ESPERIENZA N. 2



PATTO PER L'APPROPRIATEZZA TRA L'ASL DI ALESSANDRIA E I MEDICI DI FAMIGLIA

Il tuo Medico di Famiglia ti conosce, ti ascolta e sa qual è il tuo stato di salute e la tua storia clinica, è il tuo punto di riferimento per ogni problema di salute, ti prescrive le visite e gli esami più appropriati per la tua situazione. È dalla tua parte, sempre.



“Dottore, mi prescriva una risonanza alla schiena che è un po' di tempo che mi fa male!”

“La mia vicina mi ha suggerito di controllare il colesterolo...”

Quando **chiedi** un esame di controllo o un farmaco, **tieni presente** che:

- ✓ se il medico non te li prescrive può essere la scelta giusta;
- ✓ fare controlli a tappeto può essere inutile o addirittura dannoso;
- ✓ nuovi farmaci ed esami non sono necessariamente migliori di quelli già disponibili.

FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA NECESSARIAMENTE FARE MEGLIO.

di avere almeno un'anomalia. Quasi certamente, dopo avere riscontrato questo problema, il paziente richiederà o sarà prescritto un trattamento **non necessario**⁶.

Anche il trattamento con antibiotici in caso di infezioni semplici (soprattutto di origine virale) che non lo richiedano è inappropriato. Gli antibiotici, infatti, sono prescritti nell'80% dei casi in modo inappropriato per esempio nei bambini con infezioni dell'orecchio, nonostante evidenze scientifiche ne dimostrino la risoluzione senza antibiotici entro tre giorni.

COSA POSSO FARE COME CITTADINO?

Ti consigliamo di parlare con il tuo Medico di Famiglia della tua situazione di salute e valutare insieme se i trattamenti richiesti siano davvero necessari.

Ricordati di descrivergli con accuratezza le tue condizioni di salute e la tua storia clinica, le malattie che hai avuto e gli eventuali interventi effettuati, elencando in modo preciso tutti i farmaci che assumi.

Il Medico di Famiglia è il tuo primo riferimento.

COSA STA FACENDO L'ASL AL?

L'ASL AL attraverso questa informativa ribadisce e conferma il suo impegno a garantire la salute dei cittadini in un'ottica di ricerca dell'appropriatezza nell'erogazione dei servizi sanitari.

Il percorso intrapreso dalla Direzione Aziendale in termini di stretta alleanza con

i Medici di Famiglia, principali interlocutori del cittadino, e di individuazione, insieme ai Medici Ospedalieri Specialisti, di pratiche dinamiche inutili ed inefficaci, costituisce un esempio concreto di come si possa cercare di raggiungere l'obiettivo di appropriatezza in sanità con un uso migliore delle risorse di cui dispone ad oggi il Servizio Sanitario Nazionale.

Contrastare l'inappropriatezza si traduce sempre in esiti migliori per la salute del paziente.

Bibliografia

1. Ministero della Salute. Manuale di formazione per il Governo Clinico, 2012. Accessibile al sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1826_allegato.pdf.
2. RODELLA S., BOTTURI D., *Appropriatezza. Una guida pratica*. Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna. Il Pensiero Scientifico Editore, 2014.
3. TOZZI Q., *Progetto Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali Age.Na.s. Medicina Difensiva. Pratica Medica & Aspetti Legali*, 2015. Accessibile al sito: <http://journals.edizioneed.it/index.php/PMeAL/article/view/1179>
4. CARTABELLOTTA A., *Less is more: una nuova visione della Medicina e della Sanità*. Evidence, 2014.
5. PartecipaSalute. Accessibile al sito: http://www.partecipasalute.it/cms_2/node/746.
6. BONALDI A., VERNERO S. [Italy's Slow Medicine: a new paradigm in medicine]. *Recenti Progressi in Medicina*, 2015.



**PATTO
PER L'APPROPRIATEZZA
TRA L'ASL DI ALESSANDRIA
E I MEDICI DI FAMIGLIA**

Stampa: Tip. Galli & C. - VA



Azienda Ospedaliera Nazionale
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo
Alessandria



**PROGETTO SPERIMENTALE DI
FORMAZIONE/INFORMAZIONE/VALUTAZIONE
SLOW MEDICINE – RETE ONCOLOGICA
PIEMONTE E VALLE D'AOSTA
NELL'AMBITO DELL'APPROPRIATEZZA
IN ONCOLOGIA**

- **Dalla collaborazione di Green Oncology-CIPOMO e Slow Medicine**
- ***Decalogo di buone pratiche per la prevenzione e la cura dei tumori***
- **Sobria**
- **Promuovere stili di vita salubri e la tutela degli ambienti di vita e di lavoro**
- **Evitare l'eccesso di diagnosi attribuibile agli screening oncologici**
- **Evitare ogni forma di accanimento terapeutico**



GO-SLOW

- Rispettosa
- Tener conto della dignità e delle esigenze della persona
- Informare e coinvolgere il paziente nella cura e nelle scelte che lo riguardano
- Assicurare la continuità delle cure e individuare il luogo più adatto



GO-SLOW

- Giusta
- Garantire cure efficaci, appropriate ed eque
- Assicurare percorsi di cura integrati e interdisciplinari
- Promuovere l'informazione indipendente
- Sostenere la ricerca che serve

www.choosingwiselyitaly.org

Società che hanno definito le pratiche a rischio di inappropriatezza

1. Associazione Culturale Pediatri - ACP
2. Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica – ADI
3. Società Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti Digestivi Ospedalieri – AIGO
4. Associazione Italiana di Medicina Nucleare - AIMN
5. Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica - AIRO
6. Associazione Medici Diabetologi - AMD
7. Associazione Medici Endocrinologi - AME
8. Associazione per un'assistenza appropriata in ostetricia e ginecologia – ANDRIA
9. Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO
10. Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere - ANMDO
11. Cochrane Neurosciences Field - CNF (2 liste)
12. Collegio Italiano dei Primari di Chirurgia Vascolare
- 13. Collegio Italiano dei Primari Medici Oncologi Ospedalieri - CIPOMO**
14. Coordinamento Medici Legali Azienda Sanitarie – COMLAS
15. Collegio dei Reumatologi Italiani - CRel
16. Federazione delle associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti - FADOI (2 liste)
17. Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva – GICR - IACPR
18. Associazione Medici per l'Ambiente - ISDE
19. Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica - SIAAIC
20. Società Italiana di Allergologia e Immunologia pediatrica - SIAIP
21. Società Italiana di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica - SIBioC
22. Società Italiana di Cure Palliative - SICP

23. Società Italiana di Farmacia Clinica e Terapia - SIFaCT
24. Società Italiana di Genetica Umana – SIGU
25. Società Italiana di Medicina Generale – SIMG
26. Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili- SIMRI
27. Società Italiana di Nefrologia – SIN
28. Società Italiana di Nefrologia Pediatrica – SINePe
29. Società Italiana di Pedagogia Medica - SIPeM
30. Società Italiana di Medicina di Laboratorio – SIPMeL (2 liste)
31. Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale – SIPPS
32. Società Italiana di Radiologia Medica – SIRM
33. Associazione Italiana Fisioterapisti – AIFI
34. Associazione Infermieri di Urologia - AIURO
35. Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica - ANIARTI
36. Associazione Nazionale Infermieri di Medicina Ospedaliera – ANIMO
37. Associazione Nazionale Infermieri Specialisti Rischio Infettivo - ANIPIO
38. Federazione Italiana Collegi Infermieri - IPASVI con AICO, AIOSS, AIUC, AIURO, ANIMO
39. Federazione Italiana Collegi Infermieri - IPASVI - ambito pediatrico infermieristico

Altre Società che hanno aderito al progetto

1. Associazione Italiana Neurologi Ambulatoriali Territoriali - AINAT
2. Federazione Italiana Medici Pediatri - FIMP
3. Società Italiana di Chirurgia – SIC



Collegio Italiano Primari di Oncologia Medica – Green Oncology

Fare di più non significa fare meglio

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



1. Non prescrivere **antibiotici allo scopo di prevenire le complicanze infettive da neutropenia, in pazienti neoplastici trattati con chemioterapia a dosi standard.**

2. Di norma non prescrivere **marker tumorali serici in corso di processo diagnostico o**
per la stadiazione dei tumori.

3. 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.

4. 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.**

5. Non prescrivere la **chemioterapia nel trattamento sistemico del carcinoma duttale in situ della mammella.**

Individuazione delle pratiche a rischio d'inappropriatezza.

→ Analisi dei dati epidemiologici del territorio

Incidenza tumori ASL AL - 2015

DONNE

TUMORI	Numero Medio Annuo	TASSO GREZZO	TASSO STD (WORLD)	RISCHIO CUMULATIVO 0-84	△ RISCHIO CUMULATIVO da 64 a 84 anni	PREVALENZA (Casi per 100000 ab.)
TUTTE LE SEDI (esclusi i carcinomi della cute)	1443	619,71	207,38	31,36	19,23	4983
STOMACO	34	14,40	4,21	0,95	0,73	72
COLON-RETTO	184	79,18	23,71	5,31	4,06	624
PANCREAS	56	24,21	6,27	1,54	1,28	26
* V.A.D.S.	20	8,47	3,37	0,57	0,35	75
POLMONE	121	51,95	15,62	3,67	2,91	62
MAMMELLA	370	159,00	74,72	10,67	5,44	2011
UTERO CERVICE	17	7,10	3,28	0,51	0,25	45
UTERO CORPO	47	20,31	7,55	1,42	0,97	124
OVAIO	45	19,48	8,13	1,30	0,75	115
ENCEFALO	18	7,68	3,72	0,54	0,29	31
LINFOMI	71	30,32	11,36	2,27	1,65	243
LEUCEMIE	29	12,47	4,47	0,81	0,56	93

* V.A.D.S. = Vie Aereo-Digestive Superiori (Bocca, Faringe, Cavità Nasali, Esofago, Laringe)

C.P.O Regione Piemonte - 2013

→ Analizzati e discussi possibili interventi per migliorare appropriatezza nella gestione del paziente oncologico.

OBIETTIVO

Riduzione all'uso di MK tumorali ad elevato rischio di inapproprietezza (CYFRA; CA 15.3; CA 19.9)

Riduzione dell'uso degli IPP nel paziente oncologico

Riduzione dell'uso di antifungini e colluttori nel trattamento della stomatite

Aumento dei pazienti presi in carico in cure simultanee

Appropriatezza delle terapie di supporto in corso di chemioterapia

Organizzazione della centralizzazione della preparazione di farmaci ad uso sporadico e ad alto costo (*drug day*)

Follow up mammella: riduzione delle visite ripetute

Follow up mammella: riduzione delle richieste di esami non indicati (scintigrafia scheletrica, ecografie)

PDTA MAMMELLA

Ricoveri: riduzione della durata media della degenza dei pazienti oncologici

Trattamento delle neoplasie della prostata: incremento del numero di pazienti con malattia a basso rischio a cui venga proposta la sorveglianza attiva

OBIETTIVO

Riduzione all'uso di MK tumorali ad elevato rischio di inappropriatelyzza (CYFRA; CA 19.9; CA 15.3;)



PATOLOGIA NEOPLASTICA POLMONE

LINEE GUIDA EVIDENCE

LINEE GUIDA CONSENSO

Monitoraggio terapia malattia avanzata	Alcuni marcatori possono dare indicazioni prognostiche	CEA, Cyfra 21-1, pro-GRP ∅	1/10 (ELCWP 2012)	0/8
	Non disponibili raccomandazioni sui marcatori		9/10 (ACCP 2013, AHS 2012-SCLC.es, AHS 2012-SCLC.ls, AHS 2012-NSCLC.s3, AHS 2013-NSCLC.s4, ASCO 2015-NSCLC.s4, ASCO 2015-SCLC, CCO 2014-NSCLC.m+, SIGN 2014)	8/8 (AIOM 2015, AIOT 2012-NSCLC, CECOG 2012-NSCLC, ESMO 2014, ESMO 2014-NSCLC.m+, ESMO-JSMO 2013-SCLC, NCCN 2015-NSCLC, NCCN 2015-SCLC)

1. **N. LBE/Totale LBE:** Linee Guida Basate sull'Evidenza (LBE) che contengono l'informazione riportata nella sintesi, sul totale delle LBE che trattano lo scenario

2. **N. LBC/Totale LBC:** Linee Guida Basate sul Consenso (LBC) che contengono un'informazione coerente con quella delle LBE, sul totale delle LBC

∅ I documenti esaminati relativi allo scenario non trattano i marcatori oppure li considerano, ma non esprimono raccomandazioni o indicazioni su di essi

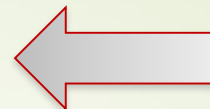
NSCLC: Tumore non a piccole cellule del polmone.

PATOLOGIA NEOPLASTICA PANCREAS

Bilancio di base	Il CA19.9 può essere misurato pre-operativamente nei casi di tumori del pancreas resecabili borderline	CA 19.9 ∅	1/3 (ISGPS 2014-B)	0/3
	<i>Nota integrativa</i> Livelli pre-operatori elevati di CA19.9 possono essere un indicatore prognostico sfavorevole		2/3 (ISGPS 2014-B, S3 2014)	3/3 (AIOM 2015, ESMO 2012, NCCN 2015)
	Non disponibili raccomandazioni sui marcatori		2/3 (ISGPS 2014-A, S3 2014)	1/3 (ESMO 2012)

OBIETTIVO

Riduzione all'uso di MK tumorali ad elevato rischio di inappropriatelyzza (CYFRA; CA 19.9; CA 15.3;)



PATOLOGIA NEOPLASTICA MAMMELLA

LINEE GUIDA EVIDENCE

LINEE GUIDA CONSENSO

			LINEE GUIDA EVIDENCE	LINEE GUIDA CONSENSO
Riconoscimento precoce della progressione	I marcatori (CA15.3 o CEA) sono sconsigliati per il monitoraggio di routine in pazienti asintomatiche	Nessuno	3/4 (AHS 2013-FU, ASCO 2012-FU, NHMRC 2010)	3/4 (AIOM 2015, ESMO 2013-EarlyBC, EUSOMA 2014-Young)
	I marcatori possono essere usati solo in caso di sospetta ripresa di malattia	CA 15.3 e CEA	1/4 (NHMRC 2010)	1/4 (ESMO 2013-EarlyBC)
	Non disponibili raccomandazioni sui marcatori	∅	1/4 (NICE 2012-EarlyBC)	1/4 (NCCN 2015)
Monitoraggio terapia malattia avanzata	I marcatori possono essere usati come <u>criterio aggiuntivo</u> per contribuire alle decisioni relative alla risposta alla terapia	CA 15.3 e CEA	1/3 (ASCO 2015-M+)	2/4 (ESMO 2014-ABC, EUSOMA 2014-Young, NCCN 2015)
	Non ci sono dati sufficienti per raccomandare l'uso dei marcatori come criterio decisionale autonomo nel monitoraggio della terapia	∅	1/3 (ASCO 2015-M+)	3/4 (ESMO 2014-ABC, EUSOMA 2014-Young, NCCN 2015)
	Non disponibili raccomandazioni sui marcatori		2/3 (CECOG 2009, NICE 2014-M+)	1/4 (AIOM 2015)

Follow up *

Responsabile del follow-up è il responsabile della S.S. Supporto oncologico e Breast Unit Tortona ; le procedure possono essere espletate anche nei Day Hospital oncologici che fanno riferimento ai CAS satelliti per rendere un miglior servizio logistico ai pazienti che abitano sul territorio dell'ASL AL

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
<i>Esame clinico senologico</i>	Semestrale per i primi due anni poi annuale per almeno 5 anni nei casi a prognosi favorevole; semestrale per tutti i 5 anni nei casi ad alto rischio	Ambulatorio senologico/ambulatorio oncologico della Breast Unit almeno per 10 anni, nei casi a basso rischio dopo 5 anni anche in collaborazione con il MMG
<i>Mammografia +ecografia mammaria</i>	Annuale per almeno 5 anni nei casi a basso rischio, per 10 anni nei casi al alto rischio	Radiologie della ASL AL o convenzionate
Esami ematochimici per valutare il quadro metabolico [^]	Semestrali per i primi due anni poi annuali nei casi a basso rischio	Laboratorio analisi ASL AL o convenzionati
Rx torace	Su indicazione clinica	Radiologie della ASL AL o convenzionate
Ecografia addome superiore e inferiore	Su indicazione clinica	Radiologie della ASL AL o convenzionate
Tac total body, Scintigrafia ossea, PET, RMN	Su indicazione clinico-strumentale	Radiologie della ASL AL o convenzionate
Valutazioni specialistiche neurologiche,cardiologiche, reumatologiche,ginecologiche e,ortopediche	Su indicazione clinica e strumentale	Servizi presenti nei P.O. Spoke e Hub dell' ASL AL
Valutazione del quadro metabolico	Al primo controllo clinico semestrale, successivi controlli personalizzati in collaborazione con lo studio regionale su follow-up e stili di vita	Ambulatorio senologico P.O. Tortona, Servizio di Dietologia medica P.O. Casale M.to [®]

* Lo schema del follow-up adottato è quello indicato dalle linee guida AIOM, integrato con i documenti di indirizzo elaborati dal Gruppo di Studio della Rete oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta pubblicati sul sito della Rete stessa (si allega quanto contenuto nel D.D. 904 del 31-10-2014)

[®] Per migliorare l'offerta di supporto al miglioramento degli stili di vita sarà un obiettivo da perseguire l'estensione dello studio regionale su Follow-up e Stili di vita nei Centri Spoke in cui viene espletato il follow-up delle donne affette da cancro alla mammella

[^] l'esecuzione degli esami ematochimici viene prevista per il monitoraggio del quadro metabolico (glicemia, eventualmente Hb glicata, dosaggio del colesterolo totale, HDL, trigliceridi) il cui ruolo nell'aumentare il rischio di recidiva neoplastica e nel ridurre l'efficacia della terapia oncologica soprattutto ormonosoppressiva è di recente ma validata acquisizione nella letteratura scientifica.

INDICATORI

Obiettivi	Strumenti	Indicatori
Riduzione all'uso di MK tumorali ad elevato rischio di inappropriatelyzza (CYFRA; CA 15.3; CA 19.9)	<ul style="list-style-type: none">- Lettera delle Direzioni ASL AL/ASO AL- Evento formativo congiunto sull'uso dei MK	CYFRA = N. prestazioni per MK tumorale effettuate nel periodo X precedente esenzione (post formazione)/Tot pz con esenzione 048 < N. prestazioni per MK tumorale effettuate nel periodo X precedente esenzione (prima della formazione)/Tot. pz con esenzione 048 CA 19.9/CA 15.3 = N. prestazioni effettuate in pz. senza richiesta di esenzione mesi successivi (II sem. 2016)<N. prestazioni effettuate in pz. senza richiesta di esenzione mesi successivi (II sem. 2017)
Follow-up mammella: riduzione delle visite ripetute	<ul style="list-style-type: none">- Predisposizione di un piano di follow-up validato- Evento formativo su follow-up	N. visite follow-up post formazione/Tot. Pz con pregresso intervento < N. visite follow-up pre formazione/Tot. Pz con pregresso intervento
Follow-up mammella: riduzione delle richieste di esami non indicati (marcatori, scintigrafia scheletrica, ecografie)	<ul style="list-style-type: none">- Predisposizione di un piano di follow-up validato- Diffusione delle Linee Guida AIOM	N. prestazioni inappropriate follow-up post formazione/Tot. pz con pregresso intervento < N. prestazioni inappropriate follow-up pre formazione/Tot. pz con pregr. intervento

INDICATORI

Obiettivo	Variabili	Analisi dati
Riduzione all'uso di MK tumorali ad elevato rischio di inappropriatazza (CYFRA; CA 15.3; CA 19.9)	Periodo: Il semestre 2016 vs. Il semestre 2017 Target popolazione: richiesta esenzione 048 II sem. '16 con MK effettuati nei 2 mesi precedenti Bias: CA 19.9/CA 15.3 verificare che non siano stati effettuati per indicazione Linee Guida	Target: pop. tot con es. 048 nel periodo considerato: 1853 pz. Pop. con MK (CYFRA, CA 15.3, CA 19.9)= 232 (232/1853=12.5%) Prestazioni MK: 245 CYFRA: 15 prestazioni/ 15 pazienti (15/1853=1%); CA 19.9= 140 prestazioni/133 pazienti (140/1853=7.6%) → Prestazioni in pz che nei due mesi successivi NON hanno richiesto es.: 4716 CA 15.3= 90 prestazioni/84 pazienti (90/1853=5%)
Follow-up mammella: riduzione delle visite ripetute	Periodo: Intervento per k mammario eseguito nel I semestre 2016; Follow-up: II semestre vs 2017 Target popolazione: pz con intervento per k mammario (DRG 257-260) Bias: dati prestazioni follow-up considerati <i>proxy</i>	Prestazioni complessive: 12620 Target pop.: 174 89.01 Anamnesi e valutazione, definite brevi: 763 prestazioni/157 pz. (5 prest/pz) 89.03 Anamnesi e valutazione, definite complesse: 50 prest./41 pz. 89.7 Visita specialistica-prima visita: 124 prest./83 pz

INDICATORI

Obiettivo

Follow-up mammella: riduzione delle richieste di esami non indicati (marcatori, scintigrafia scheletrica, ecografie)

Indicatore specifico

Periodo: Intervento per k mammario eseguito nel I semestre 2016; Follow-up: II semestre

Target popolazione: pz con intervento per k mammario (DRG 257-260)

Bias: dati prestazioni follow-up considerati *proxy*

Analisi dati

CA 15.3= 140 prest./110 pz.

CEA= 139 prest./107 pz.

CA 125= 18 prest./15 pz.

CA 19.9= 7 prest./7 pz.

Ecografia addome completo= 33 prest./32 pz

Ecografia addome sup= 5 prest./5 pz

Scintigrafia ossea o articolare= 17 prest./17 pz

PET= 2 prest./2 pz

Scintigrafia segmentaria dopo

Scinti Total Body= 16 prest./16 pz.

RX torace routine= 25 prest./24 pz



Azienda Ospedaliera Nazionale
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo
Alessandria



PROGETTO SPERIMENTALE SLOW MEDICINE – RETE ONCOLOGICA PIEMONTE E VALLE D'AOSTA ASL AL – ASO AL

PERCORSI CONDIVISI IN ONCOLOGIA



PERCORSI CONDIVISI IN ONCOLOGIA

Finalità generali del progetto formativo

- mettere in atto processi di cura attraverso scelte ragionate e discusse tra professionisti della salute
- coinvolgere in maniera diretta ed attiva i cittadini per condividere i percorsi di cura
- diffondere informazioni sui rischi e benefici di esami diagnostici e trattamenti

« Fare di più non significa fare meglio »



PERCORSI CONDIVISI IN ONCOLOGIA

- RIDUZIONE RICHIESTE DI ESAMI NON NECESSARI PER VALUTARE LA SITUAZIONE CLINICA E PER STABILIRE UNA SCELTA TERAPEUTICA E SPESSO NON ESENTI DA RISCHI (markers, scintigrafia scheletrica, ecografie, tac ecc.)
- CONDIVISIONE TRA SPECIALISTI COINVOLTI DI PERCORSI DI FOLLOW-UP DA PROPORRE A PAZIENTI E MMG



PERCORSI CONDIVISI IN ONCOLOGIA

OBIETTIVI

- COINVOLGIMENTO DEI PAZIENTI NELLE DECISIONI
 - DEFINIZIONE DEI TEMPI DI FOLLOW-UP
 - INFORMAZIONE ALLA POPOLAZIONE
- 

PERCORSI CONDIVISI IN ONCOLOGIA

INIZIATIVE PROGRAMMATE

- INCONTRI CON EAT DEI DISTRETTI DI ALESSANDRIA-VALENZA E CASALE MONFERRATO PER PRESENTARE E CONDIVIDERE IL PROGETTO
- CORSO ECM IN AUTUNNO (con coinvolgimento di specialisti oncologi, senologi, chirurghi, ginecologi, urologi, coordinatori infermieristici, infermieri CAS, MMG)




QUESTIONARI PERVENUTI: N.19

1. N. ASSISTITI IN CARICO

N. MEDIO = 1452
MIN=1212
MAX=1600

2. QUANTI PAZIENTI CON PATOLOGIA ONCOLOGICA HA ATTUALMENTE IN CARICO?

N. MEDIO = 47
MIN=10
MAX=116



3) Quali sono i contesti critici legati ai percorsi oncologici che ti capita di incontrare con maggiore frequenza nell'attività quotidiana? (è possibile più di una risposta)

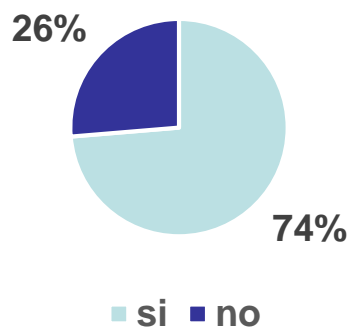
a) richiesta del **paziente**, senza indicazioni esterne (es: Medici Specialisti), di marcatori tumorali inappropriati in corso di processo diagnostico (Es. CA15.3, CA19.9, etc.)

b) richiesta del **paziente**, senza indicazioni esterne, di altri approfondimenti (*non* marcatori tumorali) inappropriati in corso di processo diagnostico

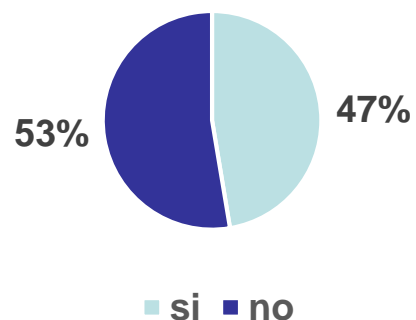
c) richiesta di approfondimenti non appropriati (esami di laboratorio, strumentali, etc.) provenienti da indicazioni di **altri operatori sanitari** (es: Medici Specialisti)

d) altro

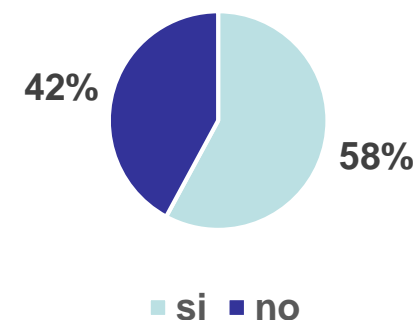
RISPOSTA 3a



RISPOSTA 3b

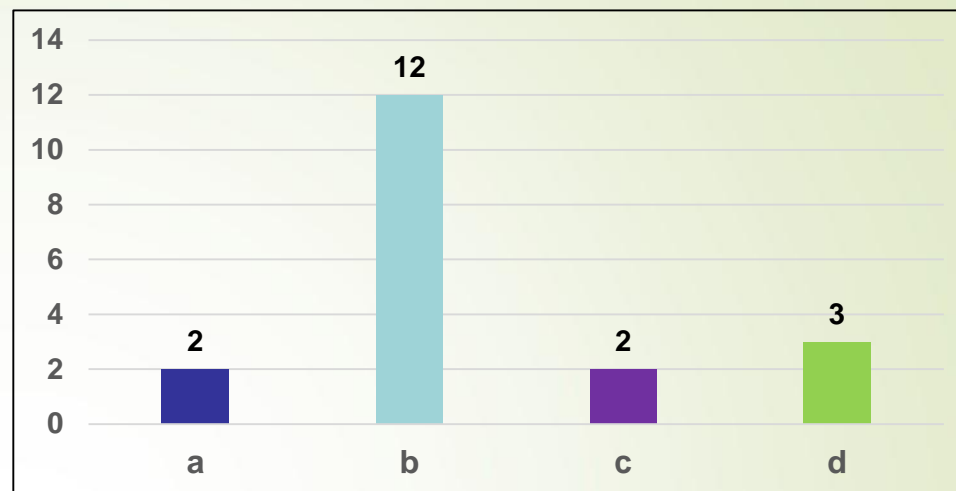


RISPOSTA 3c



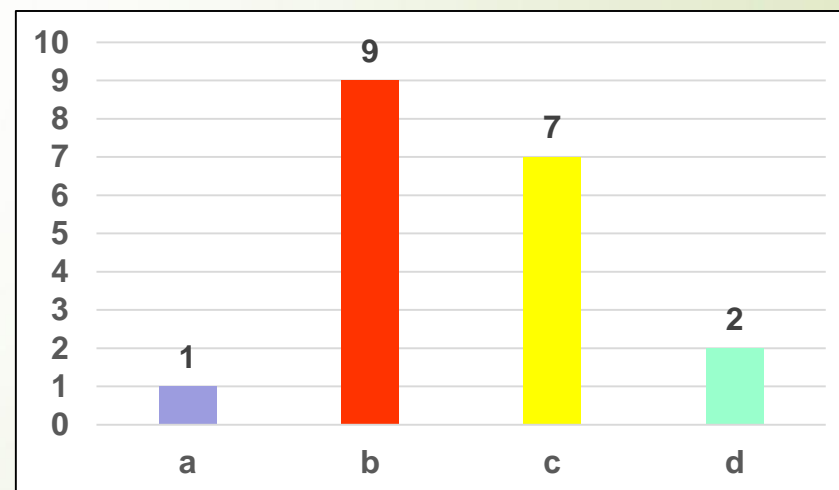
4) Facendo riferimento alla domanda n. 3, al termine dell'incontro con il paziente, sei in grado di indirizzare verso la scelta più appropriata anche se contrasta con le richieste?

- a) Regolarmente
- b) Abbastanza spesso
- c) Talvolta
- d) Quasi mai



4.1) Se hai risposto b, c o d, cosa vorresti migliorare? (è possibile più di una risposta)

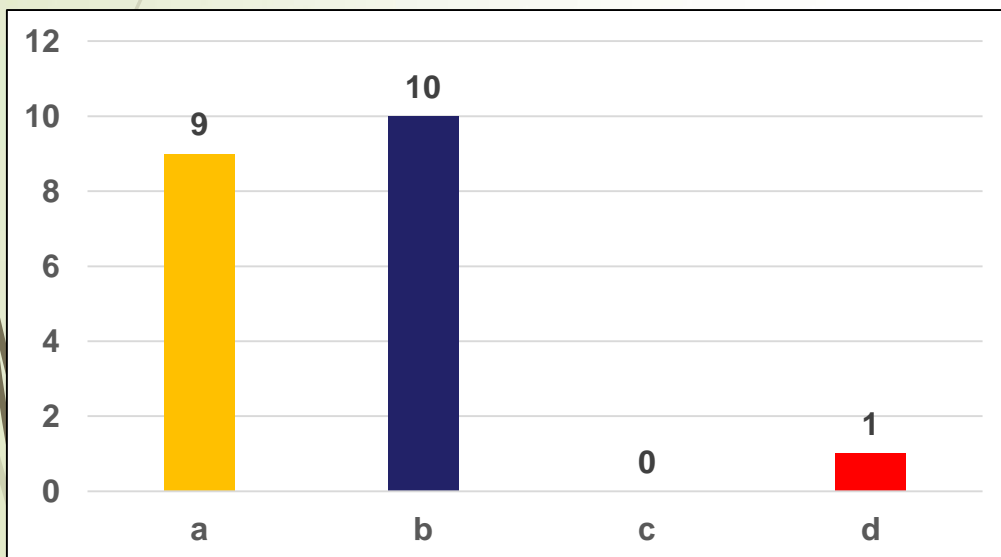
- a) le tecniche di comunicazione medico - paziente
- b) le conoscenze di strumenti in ambito oncologico che mi supportino nelle indicazioni da fornire al paziente (Linee Guida, revisioni sistematiche - meta analisi, PDTA Aziendali)
- c) la collaborazione multi-professionale attraverso incontri/audit/riunioni con i Medici Specialisti, Infermieri etc.
- d) altro



D1→ RICHIESTE OCULATE DEGLI SPECIALISTI E NON ELENCHI PRESTABILITI;
D2→ UTILIZZO DEL RICETTARIO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI

5) In accordo con gli schemi di follow-up raccomandati dalla Rete Oncologica Piemontese, qual è la tua opinione circa le indagini diagnostiche effettuate dai pazienti con pregressa patologia oncologica, durante il follow-up?

- a) I pazienti eseguono molto spesso un numero eccessivo di analisi di laboratorio e test strumentali (seguendo protocolli particolarmente intensivi, rispetto alla stadiazione)
- b) Le indagini sono adeguate (molto spesso vi è adesione alle Linee Guida)
- c) Le indagini sono insufficienti (non danno sufficienti garanzie)
- d) Non conosco a sufficienza gli schemi delle principali neoplasie



6) Puoi descrivere brevemente una o più situazioni difficili legate a problematiche oncologiche che ti sei trovato ad affrontare?

N. RISPOSTE APERTE → 8

- carico burocratico eccessivo a carico del MMG indotto dal collega oncologo
- richieste eccessive di accertamenti da parte di specialisti che non fanno parte della Rete Piemontese, cui i pazienti si rivolgono
- pazienti con richieste dell'IEO non appropriate
- es: profilo lipidico non necessario nel follow-up
- tempi di attesa lunghi, con rischio di progressione della malattia

1) richieste di esami riguardanti percorsi regionali di prevenzione oncologica attraverso il programma di Prevenzione Serena con modalità non conformi (esempio ripetizione del PAP test dopo un anno, screening mammo grafico <40 anni)

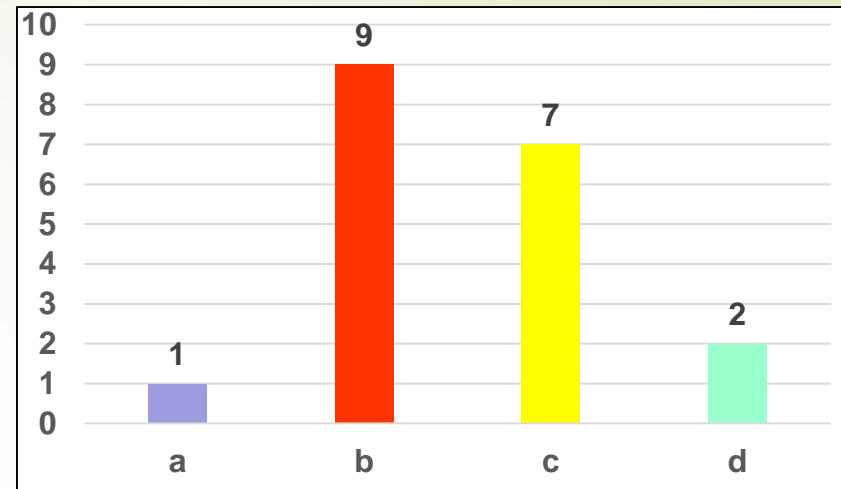
2) difficoltà nella gestione del pz sottoposto a chemioterapia che trova difficoltà i contatti con l'ambulatorio oncologico

3) carenza di supporto psicologico professionale del soggetto e dei care giver

4) allungamento delle tempistiche che attraverso il CAS interpone ulteriori lungaggini burocratiche.

4.1) Se hai risposto b, c o d, cosa vorresti migliorare? (è possibile più di una risposta)

- a) le tecniche di comunicazione medico - paziente
- b) le conoscenze di strumenti in ambito oncologico che mi supportino nelle indicazioni da fornire al paziente (Linee Guida, revisioni sistematiche - meta analisi, PDTA Aziendali)
- c) la collaborazione multi-professionale attraverso incontri/audit/riunioni con i Medici Specialisti, Infermieri etc.
- d) altro



D1→ RICHIESTE OCULATE DEGLI SPECIALISTI E NON ELENCHI PRESTABILITI;
D2→ UTILIZZO DEL RICETTARIO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI