

NOVITÀ IN COAGULAZIONE

attraverso i centri emostasi e trombosi

Torino, 12-13 novembre 2021
Aula Magna "Achille Mario Dogliotti"
A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

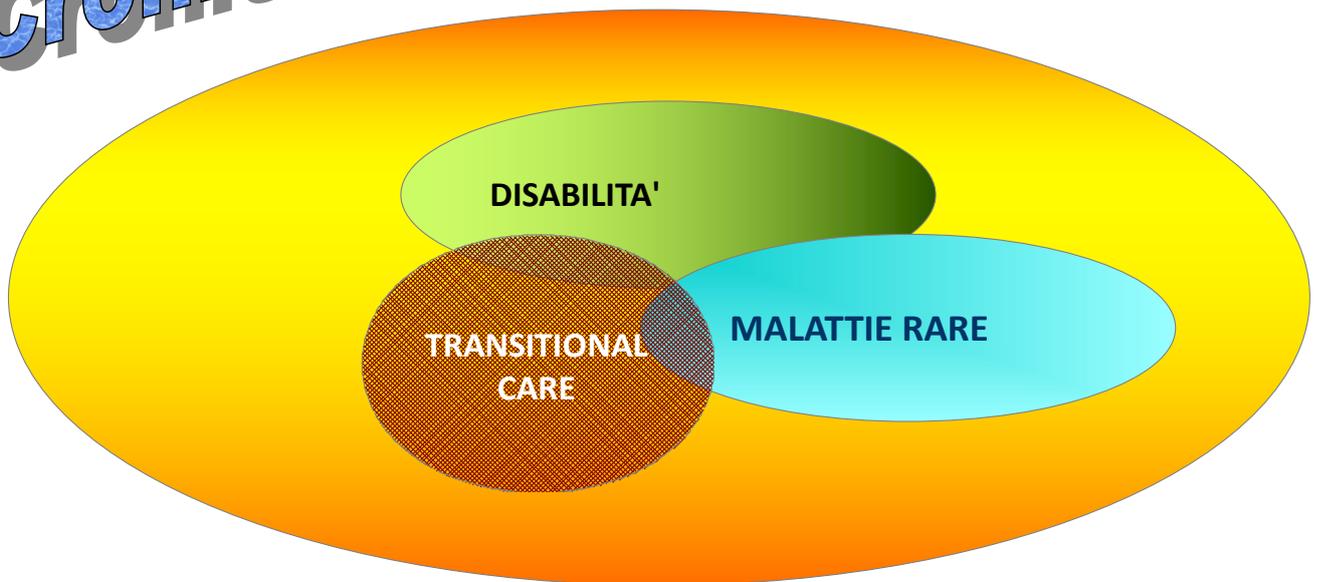
Il percorso della transizione

Dott.ssa Daniela Corsi
Responsabile SSD Integrazione ospedale territorio
Dipartimento Qualità e Sicurezza delle cure



AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

Cronicità



NOVITÀ IN COAGULAZIONE
attraverso i centri emostasi e trombosi

Torino, 12-13 novembre 2021

Piano Regionale Cronicità

LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI 2018-2019

PER IL RECEPIMENTO DEL PIANO NAZIONALE

CRONICITÀ'

«Merita attenzione la fase di transizione dall'età adolescenziale all'età adulta, dove va assicurata la continuità della presa in carico anche tramite modelli mirati all'indipendenza del soggetto in rapporto al grado di maturità raggiunta»

Regione Piemonte

Assessorato alla Sanità, Livelli essenziali di assistenza, Edilizia sanitaria



AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

Input

Prevalenza e incidenza
Storia naturale
Grado di disabilità fisica e/o cognitiva
Complessità clinica - assistenziale

... e criticità

Competenze e skills
Definizione della rete
Compliance pazienti e famiglie

NOVITÀ IN COAGULAZIONE

attraverso i centri emostasi e trombosi

Torino, 12-13 novembre 2021

https://www.cittadellasalute.to.it/



EMERGENZA COVID-19

- Cronicità
 - PIANO CRONICITÀ
 - CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO
 - TRANSITIONAL CARE
- Area Università
 - AREA UNIVERSITÀ

ristino delle attività screening, secondo ivo ritorno i Scienza", che è iziendali, agli anitarie (pdf - 1 MB)

Transitional Care

La Transizione dalle Cure Pediatriche alle Cure per Adulto per le Patologie Croniche (Transitional Care)

Con il termine "transizione di cura" si intende il passaggio del paziente pediatrico con patologia cronica dall'ospedale pediatrico a quello dell'adulto. Si tratta di un percorso graduale che prevede la progressiva preparazione di paziente e familiari a gestire, per quanto possibile in modo autonomo, la propria condizione clinica. Un percorso di transizione strutturato e condiviso è importante al fine di garantire la continuità della presa in carico e l'appropriatezza delle cure, minimizzando lo stress emotivo di pazienti e familiari.

Di norma, la transizione avviene da specialista pediatrico ad analogo specialista dell'età adulta, identificato in uno dei Presidi dell'Azienda o in altri Ospedali di riferimento per la patologia. Generalmente, la transizione è effettuata nella fascia di età 17-19 anni al termine di un percorso di progressiva responsabilizzazione di pazienti e familiari. La transizione è condotta attraverso la

PERCORSI DI TRANSIZIONE

- Coagulopatie (pdf - 146 KB)
- Diabete tipo 1 (pdf - 167 KB)
- Dislipidemie (pdf - 668 KB)
- Immunodeficienze primitive (pdf - 139 KB)
- Iperplasia surrenalica congenita (pdf - 157 KB)
- Nefrologiche (pdf - 143 KB)
- Neurofibromatosi tipo 1 (pdf - 165 KB)
- Patologie Ipotalamo-ipoftisarie (pdf - 159 KB)
- Patologie reumatologiche (pdf - 144 KB)
- Pianificazione della transizione: disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) (pdf - 142 KB)
- Sindrome di Down (pdf - 136 KB)
- Spina bifida e patologie assimilabili (pdf - 156 KB)

Ultimo aggiornamento (Lunedì 15 Marzo 2021 12:09)

[Torna indietro](#)

	PIANIFICAZIONE DELLA TRANSIZIONE: COAGULOPATIE		Rev. 0
		14/6/2019	Pagina 1 di 7

NOVITÀ IN COAGULAZIONE
 attraverso i centri emostasi e trombosi

Torino, 12-13 novembre 2021

Layout dei percorsi

AMBITO DI APPLICAZIONE

Tipologia di pazienti/patologia
Organizzazione/strutture coinvolte

CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE DAL PERCORSO STANDARD

Condizioni del paziente e/o familiari
e/o ambientali
Età di inizio della transizione
Grado di autonomia del paziente/caregiver

INFORMAZIONI CLINICHE – SOCIALI – ASSISTENZIALI NECESSARIE PER LA TRANSIZIONE

Problemi clinici attivi/non attivi e piani di cura
Patologie concomitanti e/o correlate
Condizioni psicologico/cliniche del paziente
e del nucleo familiare
Aspetti legati alla fertilità/sexualità
Stato vaccinale
Parametri di attenzione in condizione di urgenza
Caratteristiche del follow up
Utilizzo presidi/ausili e piani terapeutici
Bisogni riabilitativi
Bisogni assistenziali ed educativi
Fragilità/risorse sociali e previdenziali
Etnia cultura valori

Layout dei percorsi

MODALITA' ORGANIZZATIVE DELLA TRANSIZIONE

Descrizione dei compiti dei professionisti
Continuità documentale
Strumenti e metodi per l'autogestione della patologia
Modalità di gestione dell'emergenza organizzativa

CRITERI DI INDIVIDUAZIONE DEL CENTRO VERSO CUI TRANSITARE

Professionali
Logistici
Rete dei Presidi Territoriali presenti

MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERRITORIO

Medico di medicina generale
Servizi sanitari territoriali
Servizi sociali territoriali
Terzo settore

MODALITA' DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DI RISULTATO

NOVITÀ IN COAGULAZIONE

attraverso i centri emostasi e trombosi

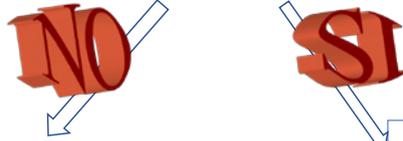
Torino, 12-13 novembre 2021

I percorsi in generale

Spina bifida, diabete, oncologia endocrinopatie, coagulopatie, fibrosi cistica, reumatologia, IRC in neuromuscolari, paralisi cerebrali infantili, sindromici, malattie metaboliche, trapiantati, immunodeficienze, congenite cromosomiche.....

Costruzione di percorsi di transizione "standard" per pazienti cronici con patologia monospecialistica o multispecialistica

Sono presenti bisogni:
- Clinici
- Psicologici
- Assistenziali
- Sociali
che richiedono un percorso "non standard"?



PERCORSO "STANDARD"

GRUPPO INTERDISCIPLINARE TRANSIZIONE (G.I.T.)

- clinici
- infermieri
- assistenti sociali
- Psicologi
- NOCC (case manager)

COINVOLGIMENTO ASL DI RESIDENZA/MMG/OSPEDALE DI COMPETENZA:
Da valutare sulla base:
della numerosità della patologia,
della competenza presente/necessaria
della difficoltà di trasporto

PERCORSO DEDICATO
AMBULATORIO DI TRANSITIONAL CARE

DATA (gg/mm/aaaa):.....

Paziente		Operatore	
Nome e cognome:		Nome e cognome:	
Data di nascita:		Qualifica professionale:	
Sesso:		Specialità:	
Diagnosi:		Struttura:	

VALIDAZIONE SCHEDA GIT

BISOGNI CHE RICHIEDONO UN CASE MANAGER/TUTOR PER LA TRANSIZIONE

Era presente una o più delle seguenti condizioni al momento della transizione?
Segnare gli aspetti "non attesi" rispetto alla patologia di base

Clinico assistenziali:

- Comorbidità gravi oppure non connesse con la patologia di base che richiedono intervento multiprofessionale e multispecialistico
- Complicanze gravi connesse con la patologia di base che richiedono intervento multiprofessionale e multispecialistico
- Limitazioni funzionali significative con necessità di ausili o device/necessità di supporti

- Disturbi cognitivo-comportamentali
- Disturbi psichici
- Scarsa compliance e/o adherence e/o difficoltà/scarsa autogestione della patologia
- Necessità di gestione del dolore

Socio-ambientali:

- Esaurimento del/dei care givers
- Stili di vita a rischio e/o in carico al SERD
- Situazione abitativa critica e/o Disoccupazione o lavoro precario
- Difficoltà linguistiche/culturali con scarsa comprensione delle comunicazioni ricevute
- Rete familiare fragile, inesistente o eccessiva

- Rifuto alla transizione del paziente e/o della famiglia
- Amministrativo-burocratici:
- Proveniente da fuori regione
- Senza iscrizione SSN/STP/con iscrizione temporanea

Nessuna voce:

Grado di compliance alla terapia (punteggio da 1=minima a 4=massima) _____

Grado di compenso clinico (punteggio da 1=minimo a 4=massimo) _____

Scheda GIT

Ambulatorio per il transitional care

- ★ PATOLOGIE PER LE QUALI NON ESISTE UNA SPECIALITA' DI RIFERIMENTO: DELEZIONI, PATOLOGIE GENETICHE, ASFISSIA NEONATALE, SINDROMICI, MALATTIE METABOLICHE...
- ★ PATOLOGIE CHE HANNO UN LORO PERCORSO MA LA CUI ESPRESSIONE SINTOMATOLOGICA E' DI COMPETENZA INTERNISTICA (ESEMPIO IPERTENSIONE)
- ★ PATOLOGIA LA CUI COMPLESSITA' RICHIEDE UN APPROCCIO MULTISPECIALISTICO ED ASSISTENZIALE NON GESTIBILE IN ALTRI AMBITI



AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

Studio in corso

TITOLO: VALUTAZIONE DEI PERCORSI DI TRANSIZIONE DAL SETTING DI CURA PEDIATRICO A QUELLO DELL'ADULTO NELLA A.O.U. CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA: STUDIO DI COORTE PROSPETTICO

OBIETTIVI

Individuare i bisogni clinici, psicosociali e assistenziali che maggiormente si associano con la richiesta di un percorso dedicato multidisciplinare;

Valutare l'efficacia clinica e organizzativa del percorso di transizione adottato nell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino;

Valutare qualitativamente, attraverso apposite interviste, il grado di soddisfazione per il percorso di transizione di paziente, famigliari e operatori sanitari.

ENDPOINT

Costruzione di una valutazione dei bisogni clinici, psicologici e socio-assistenziali dei pazienti da transitare

Valutazione dell'efficacia clinica e organizzativa del percorso di transizione

Valutazione qualitativa del percorso di transizione



AOU Città della Salute e della Scienza di Torino



NOVITÀ IN COAGULAZIONE

attraverso i centri emostasi e trombosi

Torino, 12-13 novembre 2021

Risultati preliminari

Totale casi: 149 pazienti transitati nel biennio 2017/2019

Residenza: 29,5% Torino – 46,3% provincia di Torino – 22,8 Regione

No drop out (n° due visite effettuate dopo la transizione c/o centro adulto): 80,5%

Compliance post transizione ottima/buona: 83,2%

Compenso ottimo/buono post transizione: 69%

Almeno una condizione GIT: 48%

DATA (gg/mm/aaaa):.....

Paziente		Operatore	
Nome e cognome:		Nome e cognome:	
Data di nascita:		Qualifica professionale:	
Sesso:		Specialità:	
Diagnosi:		Struttura:	

VALIDAZIONE SCHEDA GIT

BISOGNI CHE RICHIEDONO UN CASE MANAGER/TUTOR PER LA TRANSIZIONE

Era presente una o più delle seguenti condizioni al momento della transizione?
Segnalare gli aspetti "non attesi" rispetto alla patologia di base

Clinico assistenziali:

- ▲ Comorbidità gravi oppure non connesse con la patologia di base che richiedono intervento multiprofessionale e multispecialistico **19%**
- ▲ Complicanze gravi connesse con la patologia di base che richiedono intervento multiprofessionale e multispecialistico **32%**
- ▲ Limitazioni funzionali significative con necessità di qualità della vita e necessità di supporti **22%**

- ▲ Disturbi cognitivo-comportamentali **14%**
- ▲ Disturbi psichici **13%**
- ▲ Scarsa compliance e/o adherence e/o difficoltà/scarsa autogestione della malattia **24%**
- ▲ Necessità di gestione del dolore **3%**

Socio-ambientali:

- ▲ Esaurimento del/dei caregiver **<1%**
- ▲ Stili di vita a rischio e/o in carico al SERD **<1%**
- ▲ Situazione abitativa critica e/o Disoccupazione e lavoro precario **2%**
- ▲ Difficoltà linguistiche/culturali con scarsa comprensione delle comunicazioni **2%**
- ▲ Rete familiare fragile, inesistente o eccessivo **3%**

- ▲ Rifiuto alla transizione del paziente e/o della famiglia **0%**
- Administrativo-burocratici:
- ▲ Proveniente da fuori regione **3%**
- ▲ Senza iscrizione SSN/STP (con iscrizione temporanea) **1%**
- Nessuna voce: ▲
- Grado di compliance alla terapia (punteggio da 1=minimo a 4=massima) _____
- Grado di compenso clinico (punteggio da 1=minimo a 4=massimo) _____

Scheda GIT

NOVITÀ IN COAGULAZIONE

attraverso i centri emostasi e trombotici

Torino, 12-13 novembre 2021

Futuro

Fare ricerca

- Sviluppare indicatori quali/quantitativi**
- Valutare i bisogni**
- Studiare modelli organizzativi**
- Partecipazione ERN**

Monitorare Registrare

Valorizzare (codice visita multispecialistica)

*Branca 99 codice 8907.6 tariffa 46.5
consulto interdisciplinare definito complessivo*

Sviluppare competenze e professionalità

- Produce letteratura**
- Proporre formazione**
- Esportare a livello Regionale**

- Integrazione tutte le figure professionali (es. psicologi)**
- Condivisione e coinvolgimento delle associazioni**
- Coinvolgimento dei servizi territoriali**
- Coinvolgimento, condivisione ed inclusione MMG**
- Sviluppo degli aspetti e ricadute sull'empowerment/engagement**