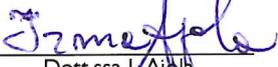
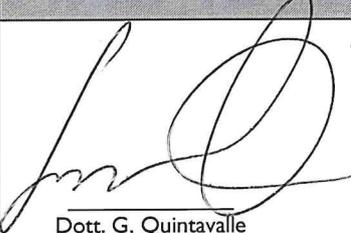
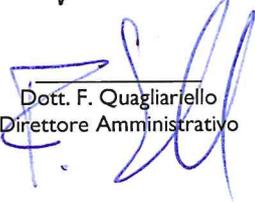


 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1</p>	<p>REGIONE LAZIO ASL ROMA I AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA DIRETTORE: DOTT. P. CHIERCHINI</p>		
	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON MALATTIA EMATOLOGICA (PDTA ME)</p>	<p>Rev. 0 del 11/09/2024 0 ADO PRO 36</p>	<p>Pag. 1 di 30</p>

DATA	REVISIONE	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
11/09/2024	Rev.0 (Emissione)	GdL	 Dott.ssa M. Quintili Direttore UOC SQRM  Dott.ssa Ajola Dir. Sost. UOC Assistenza Infermieristica  Dott. T. Caravita di Toritto Responsabile UOSD Ematologia  Dott.ssa P. Chierchini Direttore Area di Direzione Ospedaliera	 Dott. G. Quintavalle Commissario Straordinario  Dott. E. D'Agostino Direttore Sanitario Aziendale  Dott. F. Quagliarello Direttore Amministrativo

GRUPPO DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE

Nome e Cognome	Unità di appartenenza
Tommaso Caravita Di Toritto Angela Rago	UOSD Ematologia
Maria Alba Stigliano, Marcello Hortencio De Medeiros	UOC SIMT - Centro Produzioni Emocomponenti
Enrico Pofi Carmelo Salanitro	UOC Radiologia Santo Spirito, San Filippo Neri e Nuovo Regina Margherita
Vito Gomes Mariangela Lombardi	UOC Anatomia Patologia
Alessandro Scoppola	UOSD Endocrinologia
Maria Alessandra Mirri	UOC Radioterapia
Marina Vitillo	UOC Patologia Clinica
Cinzia Zaccheo	UOC Nefrologia
Gabriele Panegrossi	UOC Ortopedia
Roberta Pavan	UOC Farmacia
Paolo Ruscito	UOC Otorinolaringoiatria
Massimo Magnanti	UOC Medicina D'Urgenza
Angelo Dezi Angelo Zullo	UOC Gastroenterologia
Roberto Ricci Alessia Romeo	UOC Cardiologia
Antonella Velardi	UOC Medicina Santo Spirito
Luca Lepre	UOC Chirurgia Generale Santo Spirito
Stefano Mancini	UOC Chirurgia Generale e Oncologica
Luca Cipriani	UOC Geriatria
Lelio Morviducci	UOC Diabetologia e Dietologia
Antonella Ferrari	UOC Anestesia e Rianimazione
Fabrizio Caporali	UOSD Psicologia Clinica Ospedaliera
Mario Bosco	UOC Anestesia e Rianimazione
Luca Triolo	UOC Pneumologia
Antonietta Spadea	UOC Vaccinazioni e Centro Vaccinazioni Internazionali
Giulia Gualandri, Concetta Montanaro, Barbara Monaco	Case Manager

SOMMARIO

1. PREMESSA E SCOPO	4
2. DESCRIZIONE DELLA UOSD DI EMATOLOGIA.....	4
3. OBIETTIVI.....	5
4. CAMPO DI APPLICAZIONE	5
5. GLOSSARIO E ACRONIMI	5
6. LE MODALITA' OPERATIVE DEL PDTA.....	6
6.1 CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE.....	6
6.2 DESCRIZIONE SINTETICA DELL'ITER DI PRESA IN CARICO	6
6.2.1 FASE 1: PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE6	
NOTA 2 (FLOW CHART): PERCORSI ATTIVI NELLA UOSD DI EMATOLOGIA	8
6.2.2 FASE 2: RIUNIONE CASI CLINICI	9
6.2.3 FASE 3: VISITA CONCLUSIVA ME.....	10
6.2.4 FASE 4: TRATTAMENTO	10
7. DIAGRAMMA DI FLUSSO	14
8. RUOLO DELL'INFERMIERE NEL PDTA ME.....	15
9. RINTRACCIABILIT� E CUSTODIA.....	16
10. REVISIONE E AGGIORNAMENTO	16
11. MATRICE DELLE RESPONSABILIT�	16
12. INDICATORI E AUDIT	17
13. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	17
14. ALLEGATI	18

I. PREMESSA E SCOPO

La UOSD Ematologia della ASL Roma I è articolata su più presidi ospedalieri e territoriali rappresentati dagli ospedali San Filippo Neri e Santo Spirito, un Presidio Territoriale di Prossimità che è il Nuovo Regina Margherita e due presidi territoriali a Via Lampedusa ed a Via Boccea 271.

La principale missione della Ematologia della ASL Roma I è quella di prendere in carico i pazienti afferenti con patologie ematologiche ed in particolare onco-ematologiche, prevalentemente rappresentati dalla popolazione residente nella nostra ASL.

Negli ultimi decenni la crescente disponibilità di nuovi farmaci per il trattamento di patologie onco-ematologiche ha contribuito al miglioramento della prognosi di questi pazienti, con conseguente aumento sia del numero di pazienti guariti che del numero di pazienti con malattia cronicizzata per i quali si è osservato un prolungamento della sopravvivenza e questo ha determinato un aumento dei pazienti seguiti presso il nostro ambulatorio. L'emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2 ha contribuito ad accelerare la necessità di una riorganizzazione nella gestione dei pazienti onco-ematologici ed in particolare di quelli più fragili, offrendo loro la possibilità di ricevere cure adeguate in ambiente domiciliare.

Il presente PDTA intende garantire la continuità assistenziale in tutte le fasi del processo diagnostico e della presa in carico per eventuale ME e coinvolge tutti i servizi e i setting assistenziali che concorrono alla presa in carico del paziente e della sua famiglia. In particolare, il PDTA prevede il coinvolgimento del MMG/Distretti, Associazione pazienti e familiari, strutture ospedaliere. In questo modo si realizza una presa in carico completa attraverso l'implementazione di percorsi intra ospedalieri, inter-ospedalieri, ospedale-territorio superando la struttura a "silos" e garantendo che ciascun bisogno assistenziale venga soddisfatto nel setting più idoneo.

Inoltre sono attivi percorsi clinico organizzativi separati nei PS e DEA" in base alle priorità cliniche, con percorsi rapidi nelle strutture di emergenza e percorsi post PS/DEA per la gestione dei casi a bassa complessità.

2. DESCRIZIONE DELLA UOSD DI EMATOLOGIA

L'unità operativa semplice di ematologia è certificata con percorsi di qualità, confermata lo scorso marzo 2024. La principale missione della nostra Ematologia è quella di prendere in carico i pazienti afferenti con patologie ematologiche, prevalentemente rappresentati dalla popolazione residente nella nostra ASL, offrendo i seguenti servizi:

- Ambulatorio di prime visite presso il San Filippo Neri, Ospedale Santo Spirito, Nuovo Regina Margherita, Poliambulatorio Lampedusa, Poliambulatorio Boccea 271;
- Ambulatorio di controllo e Follow Up dei pazienti presi in carico presso il SFN, OSS, NRM, Poliambulatorio Lampedusa, Poliambulatorio Boccea 271.

I pazienti presi in carico vengono inseriti in un percorso diagnostico completo tramite PAC e o DH.

Da Novembre 2023 è attiva Convenzione con Scuola Specializzazione in Ematologia Tor Vergata.

Inoltre, sempre nell'ottica di un miglioramento continuo, sono state intraprese le seguenti azioni:

- Implementazione dell'attività diagnostiche per pazienti con patologie onco-ematologiche attraverso una convenzione con la Rete Labnet cml, □aknet e AMLml con indagini diagnostico molecolari di secondo livello in regola con gli standard internazionali.
- Implementazione della cartella ambulatoriale informatizzata, che unisce i presidi in cui opera la UOSD Ematologia ed attiva dal febbraio 2020, con una cartella clinica digitale che unisce i tre presidi;
- sono in atto alcune richieste di convenzione con alcune associazioni di pazienti per attività in favore dei pazienti.

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON MALATTIA EMATOLOGICA (PDTA ME)	0 ADO PRO 39	Rev.0 del 11/09/2024	Pag. 4 di 30
---	--------------	----------------------	--------------

Tabella I: UOSD Ematologia- Report attività 2023

Visite ambulatoriali	6607
Agoaspirati e biopsie osteomidollari	270
Ricoveri in DH	106
PAC diagnostici e terapeutici	395

3. OBIETTIVI

In accordo con il Piano di Programmazione dell'assistenza territoriale della Regione Lazio per gli anni 2024-26 ed in coerenza con il Piano Nazionale di Cronicità ed alla luce delle indicazioni del DM 77/2022, gli scopi di questo PDTA sono:

- armonizzare il comportamento di tutti i professionisti coinvolti nel processo di diagnosi e cura dei pazienti affetti da Malattia Ematologica (ME), secondo percorsi condivisi e validati;
- garantire ai pazienti adeguata cura e assistenza, in accordo con le più recenti acquisizioni scientifiche in ambito diagnostico, clinico e terapeutico;
- migliorare il coordinamento delle strutture coinvolte, per un approccio multidisciplinare coerente, garantendo un processo diagnostico rapido ed efficace e assicurando la continuità assistenziale;
- ottimizzare e monitorare la qualità delle cure prestate attraverso l'identificazione di indicatori di processo e di esito.

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il PDTA si rivolge a tutti i pazienti con sospetto di ME o diagnosi di ME, provenienti dall'ambulatorio (inviati dal MMG o da altro specialista), dal Pronto Soccorso (PS), dai reparti all'interno dell'Azienda Ospedaliera, dagli ospedali limitrofi che non hanno al proprio interno una Ematologia.

5. GLOSSARIO E ACRONIMI

ME	MALATTIA EMATOLOGICA
MMG	MEDICO DI MEDICINA GENERALE
PS	PRONTO SOCCORSO
DH	DAY HOSPITAL
PAC	PACCHETTO AMBULATORIALE COMPLESSO
SSN	SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
MGUS	GAMMOPATIA MONOCLONALE DI SIGNIFICATO INCERTO
POSS	PRESIDIO OSPEDALIERO SANTO SPIRITO
SUS	SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE
CAD	CENTRO ASSISTENZA DOMICILIARE
ADI	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
TOH	TEAM OSPEDALIERO
COTH	CENTRALE OPERATIVA OSPEDALIERA

6. LE MODALITA' OPERATIVE DEL PDTA

6.1 CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE

Sono inclusi i pazienti con sospetto di ME o diagnosi accertata. Sono esclusi i pazienti a cui non viene posta diagnosi di malattia ematologica o che hanno una condizione di diagnosi di ME che non necessita di un controllo ematologico.

6.2 DESCRIZIONE SINTETICA DELL'ITER DI PRESA IN CARICO

6.2.1 Fase I: PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

➤ RICHIESTA DI VISITA EMATOLOGICA DA PARTE DEL MMG O DELLO SPECIALISTA

Il paziente con sospetto di ME o diagnosi accertata di ME accede alla valutazione ematologica mediante richiesta dematerializzata di visita ematologica secondo i quesiti diagnostici descritti nell'All.1, richiesta dal MMG o dallo specialista con le seguenti modalità:

- impegnativa dematerializzata da parte del MMG o dello specialista
- segnalazione dell'assistito all'ambulatorio di ematologia mediante contatto telefonico con l'ambulatorio di ematologia o tramite portale aziendale nell'apposita sezione dedicata sul sito [www.aslroma1.it/sezione PDTA/PDTA Ematologico](http://www.aslroma1.it/sezione/PDTA/PDTA%20Ematologico) dove sono presenti i Criteri di eleggibilità (All.1) per richiedere la prima visita. Il medico ematologo assicurerà una risposta entro 24 ore nei giorni lavorativi), al fine concordare la data della visita. Il medico ematologo potrà rispondere ai quesiti posti dal MMG o altro specialista e concordare ulteriori accertamenti da effettuare.

NOTA I (Flow chart). La prima visita ambulatoriale nel paziente con sospetta ME o accertata ME avviene presso l'ambulatorio di Ematologia, presso:

- ❖ **Ospedale Santo Spirito:** Sede Lungotevere in Sassia 3, Telefono 06.60102356-2136, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 14.00;
 - ❖ **San Filippo Neri:** Padiglione D Telefono 06.60103106, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 14.00;
 - ❖ **Nuovo Regina Margherita:** Via Roma Libera, Telefono 06.60104647, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 14.00;
 - ❖ **Poliambulatorio Via Boccea 271:** Tel. Tel. 06601015132. L'attività viene svolta il Lunedì 14.30-16.30;
 - ❖ **Poliambulatorio Lampedusa:** Tel. 069939. L'attività viene svolta il mercoledì 8.30-16.30.
- In questa fase verrà aperta una cartella ambulatoriale, effettuata la visita con raccolta anamnesi ed esame obiettivo.
 - I pazienti a cui non viene posta diagnosi di ME e/o hanno una condizione di diagnosi di ME che non necessita di un controllo ematologico successivo verranno re-inviati al MMG o allo Specialista. I pazienti con diagnosi di ME acuta che necessita di ricovero urgente in ambiente ematologico devono essere trasferiti all'HUB di riferimento.
 - Per i pazienti che necessitano di proseguire l'iter diagnostico, si procede con la programmazione di esami ematici e strumentali generalmente attraverso l'utilizzo di PAC diagnostici (All.2) ed in casi selezionati di DH.
 - I pazienti che dopo la prima visita dovranno essere rivalutati con successivo controllo, eseguiranno una seconda visita per la valutazione degli esami richiesti in precedenza.

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON MALATTIA EMATOLOGICA (PDTA ME)	0 ADO PRO 39	Rev.0 del 11/09/2024	Pag. 6 di 30
---	--------------	----------------------	--------------

- e) Il PDTA si rivolge a tutti i pazienti che dopo visita ematologica necessitano di una presa in carico per un bisogno assistenziale diagnostico-terapeutico ulteriore presso la UOSD di Ematologia nell'ambito del territorio ASL. I pazienti verranno presi in carico per essere inseriti nel percorso, sulla base dei criteri individuati nel sospetto di ME o in presenza di ME già manifesta. Le prestazioni assistenziali verranno erogate in regime Ambulatoriale, Percorso Ambulatoriale Complesso (PAC) o in regime di Day Hospital (DH), in relazione all'inquadramento clinico e alle necessità assistenziali.
- f) Laddove necessario verrà richiesta consulenza e/o altri esami diagnostici ad altro specialista secondo la necessità del caso (Tabella 2).

Tabella 2. Elenco prestazioni

TIPO ESAME	CODICI PRENOTAZIONE	SEDE ESECUZIONE PRESTAZIONE
VISITA CARDIOLOGICA	VISITA CARDIOLOGICA <input type="checkbox"/> ECG CODICE CAR006	OSS-NRM
VISITA GASTROENTEROLOGICA EPATOLOGICA	VISITA GASTRO. CODICE 2.4	SFN
VISITA NEFROLOGICA	VISITA NEFROLOGICA NF007	OSS
VISITA ENDOCRINOLOGICA	VISITA ENDOCRINOLOGICA PERCORSO INTERNO EN 521	OSS
VISITA UROLOGICA	DA CONCORDARE CON AMB UROLOGICO-SFN	SFN
VISITA NEUROLOGICA CON EMG	AGENDA NRM_NEU002	NRM
ECOGRAFIA ADDOME	EG300	OSS
TC TOTAL BODY	EC212	OSS
RMN-DWI	NRM_RM002	NRM
TC PER OSSO	H269TAC2_MIELOMA	NRM
EGDS <input type="checkbox"/> COLONSCOPIA		NRM
VISITA ANESTESIOLOGICA	ANE001	OSS
IMPIANTO PICC-PORT	ORGANIZZATO DIRETTAMENTE CON IL SERVIZIO	OSS-NRM
VALUTAZIONE PSICOLOGICA	RICHIESTA DI CONSULENZA AL SERVIZIO	OSS
VISITA ORTOPEDICA <input type="checkbox"/> PATOLOGIA COLONNA	RICHIESTA DI CONSULENZA AL SERVIZIO	OSS
VISITA GERIATRICA	89.07_0	NRM

NOTA 2 (Flow chart): PERCORSI ATTIVI NELLA UOSD DI EMATOLOGIA

In casi selezionati, alcuni pazienti potranno usufruire dei seguenti percorsi attivi (All.3) nella UOSD in base alla valutazione effettuata dall'ematologo durante la presa in carico.

1. **Percorso per la stratificazione del rischio nel paziente affetto da gammopatia monoclonale** ha lo scopo di ottimizzare il corretto iter diagnostico, prognostico e di follow-up facilitando l'accesso alle visite ematologiche per il paziente con MGUS associate a rischio di progressione intermedio-alto di malattia.
2. **Percorso per la valutazione della malattia scheletrica nelle gammopatie monoclonali ad alto rischio e nel mieloma multiplo** per la presa in carico del paziente affetto da mieloma multiplo o con fattori predisponenti allo sviluppo della malattia, secondo criteri condivisi ed in base ad una gestione multidisciplinare che coinvolge la UOC di Radiologia.
3. **Percorso biopsia linfonodale** si applica al paziente con linfadenopatia afferente alle varie strutture della UOSD di Ematologia e coinvolge la UOC di Chirurgia Generale e Chirurgia Oncologica, la UOC di Otorinolaringoiatria, la UOC di Radiologia e la UOC di Anatomia Patologica. Il percorso mira a garantire la qualità della prestazione, ridurre il rischio di errore ed ottimizzare i tempi e le risorse. Obiettivo fondamentale è quello di fornire referti tempestivi, accurati e clinicamente rilevanti, basati sull'osservazione di preparati allestiti secondo procedure tecnicamente ottimali
4. **Percorso per la valutazione della condizione di "fragilità" nel paziente anziano affetto da neoplasia maligna ematologica su indicazione dello specialista ematologo** si applica al paziente ultrasessantacinquenne affetto da patologia ematologica afferente alle varie strutture della UOSD di Ematologia e coinvolge la UOC di Geriatria. Fornisce un percorso per la valutazione della condizione di "fragilità" nel paziente anziano con neoplasia ematologica per indirizzare il clinico verso le più corrette scelte diagnostico-terapeutiche, laddove possibile correggere la condizione di fragilità.
5. **Percorso psicologico del paziente in ematologia oncologica.** L'infermiere che accoglie i pazienti, descrive le modalità assistenziali e comunica loro della presenza dello psicologo nel percorso assistenziale. Inoltre, individua e segnala allo specialista eventuali richieste / riscontri di situazioni che necessiterebbero di un aiuto psicologico, sia al momento dell'accoglienza che durante tutto l'iter terapeutico. Ai pazienti che accedono al DH di ematologia oncologica, per una prima diagnosi o per una recidiva di malattia, l'ematologo consegna il Termometro del distress. Il questionario è autosomministrato. La presa in carico dei pazienti è da riferirsi a coloro che presentano un elevato livello di distress (cut-off > 5) e problematiche relazionali ed emozionali, al DT (termometro del Distress). Per tali pazienti l'ematologo richiede la consulenza psicologica mediante impegnativa di colloquio psicologico clinico, in cui si specifica il grado di priorità in termini di urgenza. La consulenza psicologica prevede una valutazione dell'adattamento alla patologia e dello stato di ansia e depressione, attraverso il colloquio clinico e la lettura del DT Termometro del Distress, nonché eventuali altri test di approfondimento diagnostico che il clinico ritenga opportuni.
6. **Percorso diagnostico-terapeutico amiloidosi cardiaca presso Presidio Ospedaliero Santo Spirito ASL Roma I.** Il percorso è rivolto ai pazienti con sospetta amiloidosi cardiaca che accedono alle varie strutture ed ambulatori della ASL Roma I e coinvolge gli operatori della UOSD Ematologia, della UOC di Cardiologia Santo Spirito-Nuovo Regina Margherita (SS-NRM), della UOC di Neurologia, della UOC di Nefrologia e altri professionisti funzionali ai singoli problemi del paziente e dell'organizzazione. Il percorso per l'amiloidosi cardiaca mira a garantire efficienza e tempi brevi per la diagnosi, l'inizio della terapia mirata e la collaborazione interdisciplinare tra i vari professionisti coinvolti. Le modalità operative riportate nel presente documento fanno riferimento alla gestione del paziente dal momento della presa in carico in Ematologia, Cardiologia, Nefrologia e Neurologia presso le diverse sedi della ASL Roma I.

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON MALATTIA EMATOLOGICA (PDTA ME)	0 ADO PRO 39	Rev.0 del 11/09/2024	Pag. 8 di 30
---	--------------	----------------------	--------------

➤ RICHIESTA DI CONSULENZA EMATOLOGICA DA PARTE DEL MEDICO DI PS

Il paziente con sospetto di ME o diagnosi accertata di ME accede alla valutazione ematologica mediante richiesta di consulenza ematologica dal medico del PS secondo i criteri descritti dall'All.4

- a) Il paziente inviato dal PS con codice di priorità basso, viene prenotato in ambulatorio, post PS (attualmente presente un posto a settimana).
- b) In caso di consulenza urgente, la richiesta verrà effettuata mediante chiamata telefonica (Santo Spirito: 066010- 2136; San Filippo Neri: 066010-3190) e la consulenza in PS verrà refertata tramite GIPSE WEB. Successivamente in base al caso clinico si può verificare:
 - la presa in carico ambulatoriale, si procede con la programmazione di esami ematici e strumentali generalmente attraverso l'utilizzo di PAC diagnostici ed in casi selezionati di DH.
 - Ricovero in reparto di degenza, preferibilmente nel reparto di Medicina Interna compatibilmente alla disponibilità di posti letto.

➤ RICHIESTA DI CONSULENZA DA PARTE DEL MEDICO DI REPARTO

Il paziente con sospetto di ME o diagnosi accertata di ME accede alla valutazione ematologica mediante richiesta di consulenza ematologica dal medico di altro reparto.

- a) Il paziente degente presso altro reparto o struttura afferente all'Azienda, viene valutato rispettivamente in consulenza a letto o presso l'ambulatorio di ematologia, in giornata o possibilmente entro 24-48 ore dalla ricezione della richiesta pervenuta mediante ADT.
- b) Per i pazienti che alla dimissione necessitano di proseguire l'iter diagnostico-terapeutico, si procede con la programmazione di esami ematici e strumentali generalmente attraverso l'utilizzo di PAC diagnostici ed in casi selezionati di DH.

6.2.2 Fase 2: RIUNIONE CASI CLINICI

Una volta effettuata la diagnosi di malattia ematologica si prosegue con la discussione del caso. Il gruppo di lavoro multidisciplinare si riunisce per condividere i casi clinici. **NOTA 3** (Flow chart).

I risultati della riunione vengono inviati a tutti i medici presenti alla riunione.

Il gruppo multidisciplinare è costituito da professionisti di discipline diverse che partecipano alla definizione e all'attuazione dei PDTA patologia-specifico, attraverso la presa in carico globale della persona affetta da patologia ematologica. Svolgono attività relative all'area clinica e tecnico-scientifica di afferenza, che indirizzano le scelte di tipo professionale e governano le attività direttamente connesse al paziente e alla sua patologia. Principalmente, le funzioni sono di tipo organizzativo-gestionali e riguardano lo sviluppo e il miglioramento delle modalità di interazione tra i professionisti. Negli ultimi decenni il miglioramento della prognosi in ambito oncologico e l'utilizzo di terapie mirate nella pratica clinica, hanno modificato l'approccio del medico in oncologia anche grazie al coinvolgimento di sempre più numerosi specialisti nella gestione del paziente, passando così da un approccio medicocentrico ad un approccio focus patient. Questo nuovo approccio multidisciplinare, un approccio globale e multi-specialistico nelle varie fasi del percorso diagnostico terapeutico assistenziale, pone al centro il paziente, coinvolgendolo attivamente nel percorso di cura e ponendo sempre più attenzione alle sue necessità ed alle sue scelte di vita quotidiana e terapeutica. Il confronto multidisciplinare è finalizzato ad offrire ad ogni singolo paziente oncologico il percorso migliore e più appropriato di diagnosi e cura, con il coinvolgimento sinergico e collegiale di tutte le figure professionali

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON MALATTIA EMATOLOGICA (PDTA ME)	0 ADO PRO 39	Rev.0 del 11/09/2024	Pag. 9 di 30
---	--------------	----------------------	--------------

interessate, prevedendo anche il successivo coinvolgimento di strutture e professionisti territoriali, mediante l'attivazione della continuità assistenziale.

Il team multidisciplinare è composto sempre da anatomo-patologo, radiologo, infermiere case manager, psicologo, farmacista, radioterapista, patologo clinico. In caso fosse necessario, verrà richiesta consulenza ad altro specialista.

La riunione con cadenza settimanale viene svolta in modalità virtuale per condividere casi clinici in fase diagnostica o che necessitano di essere avviata a terapia. La discussione per condividere il singolo caso è a carico del medico Ematologo che ha gestito il paziente ed avviene mediante la preparazione di slides in power point. Alla riunione, segue un verbale che viene inviato a tutti i medici del Team Multidisciplinare.

Discussione del caso:

- Se si conferma diagnosi di ME da non trattare, si stabilisce la tempistica del follow-up clinico con ematologo e/o MMG e/o ADI EMA e/o cure palliative, secondo PDTA specifico per patologia.
- Se si conferma la diagnosi di ME da trattare, si discute e si pianifica il programma terapeutico secondo le procedure aziendali/territoriali.
- Dopo la discussione del caso, viene fatta la valutazione per la condizione di fragilità per i pazienti che dovranno intraprendere una terapia.

Tutti i pazienti di età superiore a 65 anni, sono sottoposti a screening per la condizione di "fragilità" tramite il questionario G8 (All. 5). I pazienti con punteggio inferiore a 17 vengono avviati a Valutazione geriatrica secondo la Procedura Aziendale per la valutazione della condizione di "fragilità" nel paziente anziano affetto da neoplasia maligna ematologica.

6.2.3 Fase 3: VISITA CONCLUSIVA ME

- Comunicazione al paziente della diagnosi e della eventuale terapia
- Rilascio codice di esenzione 048.
- Rilascio relazione clinica per il MMG con indicazione al follow-up da effettuare.

6.2.4 Fase 4: TRATTAMENTO

Potrebbe essere necessario completare gli esami per avviare la terapia in casi selezionati sulla base del PDTA specifico per patologia.

NOTA 4 (Flow chart): Il PDTA ME riserva a ciascun paziente un percorso clinico dedicato, in relazione alla sua condizione clinica di rischio, di esordio o stadio di malattia, seguendo nello specifico PDTA per patologia (All. 6):

- 1) PDTA Leucemia linfatica cronica
- 2) PDTA Malattie mieloproliferative croniche
- 3) PDTA piastrinopenia idiopatica autoimmune
- 4) PDTA Linfomi non Hodgkin
- 5) PDTA Linfomi di Hodgkin
- 6) PDTA eritrocitosi
- 7) PDTA emocromatosi

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON MALATTIA EMATOLOGICA (PDTA ME)	0 ADO PRO 39	Rev.0 del 11/09/2024	Pag. 10 di 30
---	--------------	----------------------	---------------

- 8) PDTA anemia sideropenica
- 9) PDTA Mielodisplasie
- 10) PDTA Amiloidosi
- 11) PDTA Mieloma Multiplo (in corso di stesura)

- ❖ **Transitional Care.** A completamento del trattamento clinico assistenziale del paziente ematologico presso la UOSD di Ematologia, il cambio di setting assistenziale tra ospedale e Territorio, deve essere richiesto alla TOH/COTH del Polo Ospedaliero SFN e Santo Spirito – il DH Ematologico di NRM afferisce alla TOH/COTH del POSS, attraverso la trasmissione della SUS compilata a cura del medico dimettente in ADT. Il Transitional Care può essere richiesto alla TOH/COTH per la continuità assistenziale del percorso del paziente per il CAD di residenza del paziente, Hospice e Cure Palliative Domiciliari. L'infermiere della TOH/COTH, acquisita la SUS, completa la valutazione dei bisogni assistenziali insieme al CM Infermieristico per il setting richiesto dal medico dimettente esegue la procedura informatica SIATESS per il Transitional Care.
- ❖ **Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata.** Il servizio in collaborazione tra Ematologia, CAD-ADI e Cure Palliative di Base della ASL Roma I (nei Distretti I, 13, 14) permette percorsi e procedure alternativi offrendo la possibilità di ricevere cure adeguate in ambiente domiciliare e ridurre il rischio di contagio. I pazienti inizialmente in carico ai servizi di ematologia candidabili al trattamento domiciliare oppure inizialmente in carico ai servizi CAD-ADI per cui siano necessarie competenze ematologiche possono essere segnalati per la presa in carico in una rete di continuità assistenziale.
- ❖ **Servizio di Reperibilità Ematologica Diurna.** attivo un Servizio di Reperibilità Ematologica Diurna per i giorni festivi/superfestivi (8-20) e prefestivi (14-20), attualmente solo sul Santo Spirito. Tale Servizio garantisce interventi assistenziali urgenti e lo specialista può essere chiamato, tramite centralino, da un dirigente medico di guardia del Dipartimento di Medicina o del PS/Accettazione per situazioni critiche e/o acute che richiedano l'intervento dell'ematologo. La responsabilità e l'esecuzione della consulenza in presenza è a carico del medico specialista ematologo che valuterà la richiesta sulla base delle informazioni ricevute dal sanitario richiedente.
- ❖ **Paziente con Trapianto di cellule staminali emopoietiche (HSCT)**
 1. Le infezioni sono una delle principali criticità che si riscontrano dopo l'HSCT e una delle principali cause di mortalità, in quanto la maggior parte dei trapiantati, in seguito alle terapie, perde la propria competenza immunologica e dunque la capacità di rispondere efficacemente alle infezioni di vari agenti patogeni già nei primi mesi dopo il trapianto, indipendentemente dalle vaccinazioni eseguite dal donatore o dal ricevente pre-trapianto. Esiste la possibilità di prevenire alcune di queste infezioni mediante vaccinazioni.

Streptococcus Pneumoniae

Il rischio è stato stimato in 3–5 casi ogni 1000 dopo trapianto autologo ed è maggiore, 8–9 casi ogni 1000 casi, dopo trapianto allogenico.

Il rischio di insorgenza della malattia pneumococcica è poi associato un rischio più elevato in presenza di GvHD cronica e dopo HSCT allogenico e con totale irradiazione corporea.

Haemophilus Influenzae

Potrebbe causare polmonite, sinusite e batteriemia, subito dopo il trapianto a causa della mancanza di un titolo anticorpale protettivo nei confronti degli antigeni capsulari.

Neisseria Meningitidis

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON MALATTIA EMATOLOGICA (PDTA ME)	0 ADO PRO 39	Rev.0 del 11/09/2024	Pag. 11 di 30
---	--------------	----------------------	---------------

Sebbene le forme invasive da malattia meningococcica siano state riportate dopo HSCT, ci sono pochi dati sulle vaccinazioni. Tra gli 8 e i 20 mesi dopo il trapianto circa l'86-90% dei pazienti non era protetto per il sierogruppo C e tra il 38-96% non era protetto per il sierogruppo A.

Corynebacterium Diphtheriae e Clostridium Tetani

Circa la metà dei pazienti perde la propria immunità nel primo anno dopo il trapianto, indipendentemente dallo status sierologico del donatore o del ricevente.

Bordetella Pertussis

Nonostante la ricomparsa della pertosse negli adulti, i dati in merito alla possibilità che la pertosse possa provocare infezioni gravi dopo HSCT sono scarsi. Tuttavia, la maggior parte degli HSCT presentano titoli anticorpali ridotti che potrebbero risultare in una mancanza di protezione.

Influenza

È frequente in questa categoria di pazienti e potrebbe presentare un andamento grave nei trapiantati. In caso di influenza si stima che circa un terzo dei pazienti potrebbe sviluppare malattie del tratto respiratorio inferiore, con alti tassi di mortalità anche in caso di terapia con antivirali.

Papilloma virus (HPV)

I tumori correlati ad infezione HPV potrebbero insorgere più frequentemente in questa categoria di pazienti specialmente nei casi di GvHD cronica; pertanto si raccomanda la vaccinazione contro il papillomavirus umano.

Varicella

In seguito a HSCT l'infezione da varicella può causare forme di malattia disseminata, con potenziale rischio di vita per il paziente. In aggiunta, le altre manifestazioni da varicella-zoster quali il Fuoco di Sant'Antonio e le nevralgie post-erpetiche si presentano con un andamento più aggressivo.

Morbillo, parotite, rosolia

Si è stimato che la probabilità di diventare sieronegativi cinque anni dopo il trapianto di midollo allogenico sia rispettivamente del 60% per il morbillo, del 73% per la parotite e del 52% per la rosolia e tale possibilità di sieronegativizzazione risulta maggiore nei soggetti immunizzati in seguito a vaccinazione che nei soggetti con pregressa malattia naturale.

CoViD-19

Pazienti in attesa o sottoposti a HSCT sono riconosciuti come popolazione ad elevata fragilità a cui dare priorità per la vaccinazione anti-SARS-CoV-2. In questi pazienti è altresì altamente raccomandato vaccinare i conviventi.

2. I soggetti che ricevono il trapianto di cellule staminali emopoietiche (HSCT) hanno globalmente un rischio aumentato di infezioni se paragonato a quello di soggetti sani della stessa età.

Il rischio di infezione che si osserva è dovuto alle procedure di trapianto, alla prevenzione e al trattamento della GvHD dopo trapianto allogenico e alle terapie che vengono somministrate nel trapianto autologo. Tutte queste condizioni causano un importante deficit sia umorale che cellulare. Tra il 30% e il 100% dei pazienti perde l'immunità umorale specifica se valutati ad un anno dal trapianto.

Tipicamente questi pazienti presentano un rischio infettivo di base dovuto ai deficit immunitari legati alla patologia di cui il trapianto di midollo rappresenta la strategia terapeutica (linfomi, leucemie, mielomi, etc..) e ai regimi di condizionamento utilizzati sia nel trapianto autologo che nell'allogenico.

Inoltre, una delle complicanze che si osserva più frequentemente nel trapianto di midollo allogenico, la GvHD, richiede trattamenti che riducono ulteriormente la competenza immunologica del paziente.

Di seguito è stata inserita la Tabella sinottica Trapianto allogenico di cellule staminali presa dal "Quaderno di vaccinologia II edizione".

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON MALATTIA EMATOLOGICA (PDTA ME)	0 ADO PRO 39	Rev.0 del 11/09/2024	Pag. 12 di 30
---	--------------	----------------------	---------------

- ❖ **Sperimentazioni Cliniche.** La nostra UO conduce numerose sperimentazioni cliniche, che hanno l'obiettivo di migliorare la terapia delle malattie ematologiche e al contempo di offrire ai nostri pazienti le più recenti opzioni terapeutiche. Negli ultimi anni, sono stati attivati sia protocolli osservazionali che protocolli di Fase 3 interventistici. Molti dei protocolli hanno come promotori la FIL (Federazione Italiana Linfomi) ed il GIMEMA (Gruppo Italiano Malattie Ematologiche Adulto), ai quali la UOSD aderisce.

Tabella 3: Elenco centri e strutture coinvolte nel PDTA

SEDE	PRESTAZIONI	GIORNI ED ORARI
OSPEDALE SANTO SPIRITO	I VISITE EMATOLOGICHE VISITE EMATOLOGICHE DI CONTROLLO VISITE DA PRONTO SOCCORSO VISITA EMATOLOGICA PERCORSO INTERNO	LUNEDI – VENERDI 8.30-13.00 MERCOLEDI ORE 8.30 MARTEDI ORE 8.30
OSPEDALE SAN FILIPPO NERI	I VISITE EMATOLOGICHE VISITE EMATOLOGICHE DI CONTROLLO	LUNEDI -VENERDI 8.30-13.00
PTP NUOVO REGINA MARGHERITA	I VISITE EMATOLOGICHE VISITE EMATOLOGICHE DI CONTROLLO	LUNEDI-VENERDI 8.30-13.00
POLIAMBULATORIO LAMPEDUSA	I VISITE EMATOLOGICHE VISITE EMATOLOGICHE DI CONTROLLO	MERCOLEDI 8.30-16.30
POLIAMBULATORIO VIA BOCCEA 27I	I VISITE EMATOLOGICHE VISITE EMATOLOGICHE DI CONTROLLO	LUNEDI 14.30-16.30

7. DIAGRAMMA DI FLUSSO

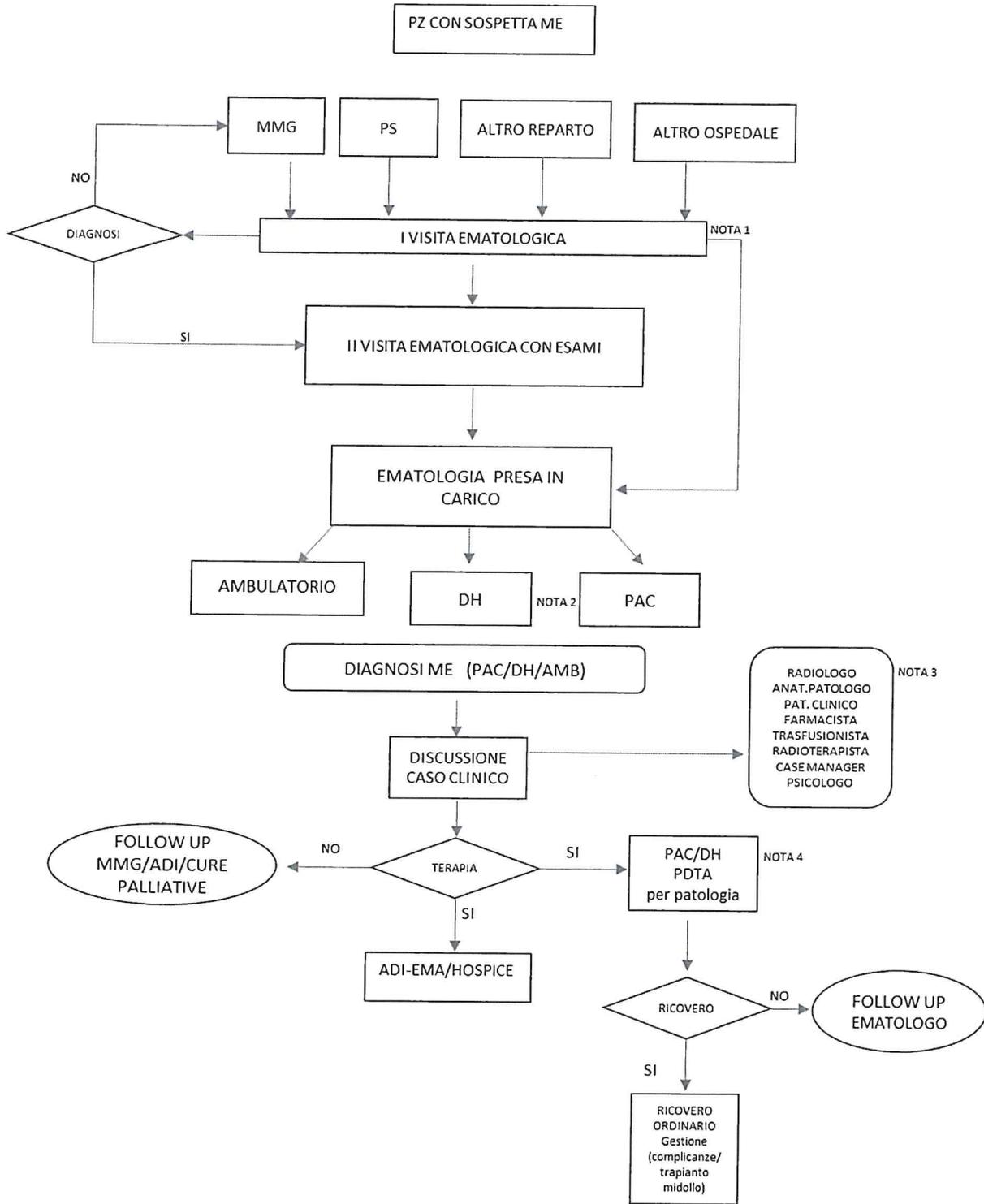


Figura 1. FLOW CHART

8. RUOLO DELL'INFERMIERE NEL PDTA ME

L'Infermiere Case Manager e Care Manager

L'infermiere Care Manager (C.M.) è la figura di riferimento costante del paziente ematologico che si trova in un ambiente complesso ed in un momento particolare come quello dell'esperienza di malattia, per guidarlo consapevolmente nel percorso di cura. Il C.M. diventa così essenziale per l'assistito, per indirizzarlo nella durata della malattia, facilitandone l'accesso ai servizi e fornendo una guida ed un supporto competente per tutto il tempo necessario ed accompagnarlo in tutti i setting di cura.

Il C.M. prende in carico il paziente e la famiglia predisponendo insieme all'equipe multiprofessionale la presa in carico globale del paziente e della famiglia per garantire un tipo di assistenza continuativa, anche nei passaggi da un setting assistenziale all'altro, sia esso di tipo ambulatoriale, ospedaliero, domiciliare o residenziale allo scopo di minimizzare la frammentazione delle singole tappe del processo.

L'infermiere è responsabile dell'assistenza al paziente affetto da ME, ne identifica i bisogni in ordine di priorità assistenziale, formula i relativi obiettivi e le attività infermieristiche.

Attività infermieristiche:

- Accettazione amministrativa (apertura DH o cartella ambulatoriale, cartella PAC)
- Visita infermieristica con compilazione della scheda anamnestica infermieristica
- Rilevazione del grado di dolore (secondo scala analogica e riempimento scheda adottata dall'UO)
- Screening della "fragilità" tramite questionario G8
- Rilevazione del grado di autonomia utilizzando l'indice di Barthel (All.7)
- Rilevazione del patrimonio venoso
- Organizzazione di un eventuale inserimento CVC tipo PICC con il PICC Team di Ematologi
- Esecuzione interventi infermieristici
- Collaborazione con il medico ematologo di riferimento per l'esecuzione di indagini diagnostiche (ematochimiche e strumentali).
- Collaborazione con il medico ematologo di riferimento per il raggiungimento della diagnosi clinica e della comunicazione della diagnosi e relativo piano di trattamento.
- Esecuzione e garanzia della corretta somministrazione del piano terapeutico prescritto dal medico ematologo referente.

Il C.M. inoltre perviene all'Empowerment del paziente e della famiglia attraverso un processo progressivo e continuo di educazione sanitaria e counselling infermieristico realizzato attraverso colloqui ed incontri programmati al fine di:

- Verificare il grado di consapevolezza/partecipazione alla cura del paziente.
- Verificare che il paziente sia a conoscenza dei segni e sintomi da monitorare,
- Verificare la compliance del paziente nell'assunzione dei farmaci da assumere a domicilio, della loro azione e degli effetti collaterali.
- Verifica del grado di partecipazione alla cura del caregiver.
- Supporto all'autogestione (Self-Management)
- Verifica la capacità del paziente di affrontare e risolvere problemi per aumentare la fiducia in sé stessi e durante la degenza garantisce il mantenimento del massimo livello di autonomia residua.

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON MALATTIA EMATOLOGICA (PDTA ME)	0 ADO PRO 39	Rev.0 del 11/09/2024	Pag. 15 di 30
---	--------------	----------------------	---------------

L'infermiere durante tutto il percorso assistenziale favorisce il raggiungimento degli obiettivi identificati, con la collaborazione della famiglia e/o caregiver per quanto riguarda l'aspetto domiciliare, mettendo in atto tutto ciò che è necessario alla continuità assistenziale. Il C.M. identifica, insieme all'equipe, il percorso extra-ospedaliero più adatto al singolo paziente prendendo contatti con le strutture idonee aziendali del Transitional Care.

L'infermiere garantisce la privacy del paziente e collabora con la rilevazione di tutti i consensi necessari.

9. RINTRACCIABILITA' E CUSTODIA

Il presente PDTA deve essere disponibile in forma cartacea presso la Direzione Sanitaria e presso tutte le UU.00. / strutture coinvolte nel PDTA. Ed è e disponibile su supporto informatico sul sito intranet aziendale.

10. REVISIONE E AGGIORNAMENTO

Il presente PDTA sarà oggetto di revisione periodica e verrà aggiornato in base alle evidenze scientifiche emerse, ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica, in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda.

I. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Professionisti /Attività	Ematologo	Infermiere	Coord. Infermierist.	Farmacista	MMG	Psicologo	Altro Specialista
Richiesta consulenza ematologica					R		R
Visita ematologica	R	C	I		C		
Discussione caso	R	C	C	C	I		
Comunicazione Diagnosi	R	C	I		I	C	
Rilascio esenzione 048	R	C	I				
Elaborazione programma terapeutico	R	C	C		I	I	C
Richiesta Farmaco	R	C	I	C			
Programmazione terapia	R	I	C	C	I		
Approvvigionamento farmaci	R	I	C	C			
Prescrizione chemioterapia	R	I	C	C			
Elaborazione scheda infermieristica	I	R	C				
Somministrazione terapia	I	R	C				
Valutazione bisogno psicologico	R	I	I			I	
Richiesta supporto psicologico	R	I	I		I	C	
Richiesta prestazione specialistica	R	C	I		I		

Legenda: C=coinvolto; I= informato; R=responsabile

12. INDICATORI e AUDIT

Monitoraggio del PDTA

Obiettivo	Indicatore	Modalità di rilievo	Target	Frequenza di Rilevazione (mesi)
Indicatore di appropriatezza	Numero di pazienti inseriti nel PDTA che afferiscono alle prestazioni e completano la diagnosi di ME/Totale di pazienti inseriti nel PDTA.	Cartelle ambulatoriali	>90%	6 mesi
Indicatore di appropriatezza	Numero pazienti provenienti da PS che entrano nel PDTA e completano la diagnosi di ME/Totale dei pazienti inclusi nel PDTA	GIPSE WEB	<30%	6 mesi
Indicatore di appropriatezza	Numero pazienti provenienti da ricovero che entrano nel PDTA e completano la diagnosi di ME/Totale dei pazienti inclusi nel PDTA	ADT	30%	6 mesi
Indicatore di Efficienza	Numero di PAC diagnostici erogati/ totale degli esami ematici	SIAS	60%	6 mesi
Indicatore di Efficienza	Numero di PAC terapeutici erogati/ totale delle terapie	SIAS	60%	6 mesi
Indicatore di sistema	Numero verbali delle riunioni multidisciplinari/tot	Verbali (a cura del Responsabile del PDTA)	100%	6 mesi

13. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Determinazione G18206/2022 "Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell'Art.1 comma 2 del citato provvedimento";
- Determinazione G02706/2023 "Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ed in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale n. G14215 del 19 ottobre 2022.";
- Determinazione G08955/2023 "Programmazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi specifici di potenziamento dell'offerta di assistenza domiciliare integrata, previsti nel Piano Operativo Regionale di cui alla DGR 182/2023 in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute. Componente 1.2: Casa come primo luogo di cura e Telemedicina."
- Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Piano Nazionale Cronicità, 2016.

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON MALATTIA EMATOLOGICA (PDTA ME)	0 ADO PRO 39	Rev.0 del 11/09/2024	Pag. 17 di 30
---	--------------	----------------------	---------------

- Fondazione Ricerca e Salute - ReS. COSTRUISCI PDTA. Il Pensiero Scientifico Editore, 2020.
- Determinazione G09925/2023 "Piano Operativo Regionale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Salute. Componente I. (M6CI) Reti di Prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Sub investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici".
- Linee di indirizzo organizzative per la Rete oncologica regionale ai sensi dell'Accordo Stato Regioni n. 59/CRS del 17 aprile 2019
- Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020 (Repertorio atti n.215/CSR) "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina"
- Decreto Ministero della Salute 29 aprile 2022 "linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare»"
- Decreto Ministero della Salute Decreto 20 maggio 2022 "Adozione delle Linee guida per l'attuazione del Fasciolo sanitario elettronico."
- DGR 643/2022 Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77.
- Determinazione 18 dicembre 2020, n. G15691 Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA nella cronicità'.
- Linee guida SIMG aggiornate al 27.10.2021
- Linee Guida della Conferenza Stato-Regioni sul Fascicolo Sanitario Elettronico (G.U. Serie Generale, n. 249 del 24 ottobre 2023).
- Percorsi ematologici 2023 SEU
- Linee guida ISS. snlg.iss.it
- Linee guida AIOM
- Linee guida SIE
- Linee guida ESMO
- LINEE GUIDA FIL
- Linee guida SIMG aggiornate al 27.10.2021

14. ALLEGATI

Allegato 1: Criteri di eleggibilità per la richiesta di consulenza ematologica

Allegato 2: Elenco PAC

Allegato 3: Percorsi attivi nella UOSD di ematologia

Allegato 4: Criteri per la richiesta di consulenza ematologica dal Pronto Soccorso

Allegato 5: Screening della "fragilità" tramite questionario G8

Allegato 6: PDTA specifici per patologia oncoematologica

Allegato 7: Rilevazione del grado di autonomia utilizzando l'indice di Barthel

Allegato 8: Informativa sulla privacy

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON MALATTIA EMATOLOGICA (PDTA ME)	0 ADO PRO 39	Rev.0 del 11/09/2024	Pag. 18 di 30
---	--------------	----------------------	---------------

Allegato I. Criteri di eleggibilità per la richiesta di consulenza ematologica

1) Pazienti con patologia ematologica precedentemente seguiti presso centri ematologici ospedalieri/ambulatoriali

2) Pazienti con alterazioni delle linee ematiche non note:

a) calo di $Hb \geq 2$ g/dl negli ultimi 6 mesi o riscontro persistente (negli ultimi 6 mesi) di $Hb \leq 10$ g/dl nonostante terapia di supporto e in assenza di ospedalizzazioni per IC o emorragie note o ≥ 16 g/dl precedentemente non noto

b) $PTL \leq 130.000/dl$ o $\geq 450.000/dl$ precedentemente non noto e non iatrogeno

c) Leucociti $\leq 4000/dl$ o $\geq 15000/dl$ (questi ultimi non riconducibili ad infezioni) persistenti all'esecuzione di esame emocromocitometrico a distanza di 6 mesi

d) Gammopatia monoclonale non precedentemente nota

e) Follow-up in corso per patologie note in trattamento o non in trattamento, anche in relazione alla valutazione dei sintomi

f) Necessità trasfusionale in pazienti stabili:

$Hb = 7-8$ g/dl o ≥ 8 g/dl in presenza di cardiopatia ischemica ed ulteriori comorbidità

$PTL \leq 10000/mcl$

g) Valutazione di eventuale terapia con EPO in pazienti con anemia ($Hb < 10$ g/dL) in pazienti adulti con patologia onco-ematologica che ricevono o non ricevono chemioterapia antitumorale

h) riscontro di pacchetti linfonodali confermati ad eventuali studi di imaging e non ulteriormente indagati

Allegato 2. Elenco PAC

PAC 287-DISTURBI EMORRAGICI E TROMBOCITO S. SPIRITO [EM127]

PAC P200-STADIZIONE E RIST. SINDROME LINFOPROLIFERATIVA [EM120]

PAC P2030- MIELOMA MULTIPLO- OSPEDALE S. SPIRITO [EM123]

PAC P2387 DIAGNOSI PER SOSPETTO SINDROMI MIELOPROLIFERATIVE CRONICHE [EM121]

PAC 273I PER GAMMOPATIA MONOCLONALE EMATOLOGICA S. SPIRITO [EM124]

PAC PVI06 ACCESSO IDONEITA' TRAPIANTO CELLULE STAMINALI EMATOLOGIA S. SPIRITO
[EM126]

PAC PV58 SOMMINISTRAZIONE FARMACI UOC EMATOLOGIA [EM125]

PAC 7856 DMA00I LINFONODI

PAC 2859 ANEMIA DMA002

Allegato 4. Criteri per la richiesta di consulenza ematologica dal Pronto Soccorso

I criteri di entrata in PS possono essere diversi, riportiamo i possibili quesiti ematologici (Allegato con profili DNWEB per esami da richiedere in PS):

- ❖ Anemia
- ❖ Gammopatia monoclonale
- ❖ Linfadenopatia
- ❖ Linfocitosi assoluta (Linf >50000/mmc)
- ❖ Leucocitosi neutrofila in assenza di aumento di indice di flogosi
- ❖ Piastrinosi (Plts > 450.000/mmc)
- ❖ Leucopenia con neutropenia (Neutrofili < 1.500/mmc)
- ❖ Piastrinopenia (Plt <100.000/ mmc)
- ❖ Poliglobulia (Uomini : Hb > 16.5 gr/dl o Ht >49% ; Donne Hb > 16 gr/dl o Ht > 48%)

PROFILO ESAMI DA RICHIERE A CURA DEL MEDICO DI PRONTO SOCCORSO

Anemia

- ❖ Emocromo, reticolociti, bilirubina t/D, LDH, creatinina, azotemia, calcemia, elettroforesi
- ❖ Se microcitica: ferritina, sideremia trasf
- ❖ Se macrocitica: vitb12 e folati, test di coomb diretto ed indiretto

Gammopatia monoclonale

- ❖ Emocromo, reticolociti, bilirubina t/D, LDH, creatinina, azotemia, calcemia, elettroforesi

Linfadenopatia (non reattiva)

- ❖ Emocromo, reticolociti, bilirubina t/D, LDH, creatinina, azotemia, calcemia, elettroforesi, ves, pcr
- ❖ Ecografia ed Rx torace

Linfocitosi assoluta (Linf >5000/mmc)

- ❖ Emocromo, bilirubina t/D, LDH, creatinina, azotemia, calcemia, elettroforesi, ves, pcr
- ❖ Striscio sangue venoso periferico

Leucocitosi neutrofila (in assenza di aumento di indice di flogosi)

- ❖ Emocromo, bilirubina t/D, LDH, creatinina, azotemia, calcemia, elettroforesi, ves, pcr
- ❖ Striscio sangue venoso periferico

Piastrinosi (Plts > 450.000/mmc)

- ❖ Emocromo, bilirubina t/D, LDH, creatinina, azotemia, calcemia, elettroforesi, ves, pcr

Leucopenia con neutropenia (Neutrofili < 1.500/mmc)

- ❖ Emocromo, reticolociti, bilirubina t/D, LDH, creatinina, azotemia, calcemia, elettroforesi, ves, pcr
- ❖ Striscio sangue venoso periferico

Piastrinopenia (Plt < 100.000/ mmc)

- ❖ Emocromo, in EDTA e citrato, bilirubina t/D, LDH, creatinina, azotemia, calcemia, elettroforesi, ves, pcr, got, gpt, ggt
- ❖ Coagulazione: pt, ptt, at3, fibrinogeno
- ❖ Screening per HBV, HCV, HIV
- ❖ Striscio sangue venoso periferico

Poliglobulia (Uomini: Hb > 16.5 gr/dl o Ht > 49%; Donne Hb > 16 gr/dl o Ht > 48%)

- ❖ Emocromo, in EDTA e citrato, bilirubina t/D, LDH, creatinina, azotemia, calcemia, elettroforesi, ves, pcr, assetto epatico
- ❖ Rx torace in due proiezioni

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON MALATTIA EMATOLOGICA (PDTA ME)	0 ADO PRO 39	Rev.0 del 11/09/2024	Pag. 22 di 30
---	--------------	----------------------	---------------

Allegato 5. Screening della "fragilità" tramite questionario G8

G8: STRUMENTO DI SCREENING PER LA VALUTAZIONE GERIATRICA.

Destinatari: pazienti con diagnosi di neoplasia con età ≥ 75 aa (al momento dell'accoglienza)

Operatore alla compilazione: medico, infermiere o personale addestrato (al momento dell'accoglienza)

Note: Questo strumento di screening comprende 7 elementi di Mini Nutritional Assessment e l'età del paziente.

Punteggio: score >14 pz non a rischio (invio al GIC);

score ≤ 14 pz a rischio (consulenza Onco-Geriatrica per valutazione se GIC o MMG/CP)

G8 Strumento di Screening			
	Domande	Possibili risposte	Punteggio
A	Negli ultimi 3 mesi, considerando le abitudini alimentari, è diminuita l'assunzione di cibo a causa di: perdita di appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione e/o deglutizione?	0: grave riduzione 1: moderata riduzione 2: normale assunzione
B	Perdita di peso durante gli ultimi 3 mesi?	0: riduzione >3 kg 1: sconosciuta 2: riduzione fra 1 e 3 kg 3: non perdita di peso
C	Movimento	0: letto o poltrona 1: in grado di alzarsi dal letto/sedia ma senza uscire 2: esce
E	Problemi Neuropsicologici (anamnestico) Se sospetto, rimandare compilazione a dopo invio allo specialista (Neurologo)	0: demenza o depressione severa 1: demenza o depressione moderata/lieve 2: non problemi psicologici
F	Body Mass Index (peso in kg/altezza in m^2)	0: BMI <19 1: BMI 19 - 21 2: BMI 21 - 23 3: BMI >23
H	Assume stabilmente più di 3 tipologie di farmaci al giorno?	0: sì 1: no
P	In confronto alle altre persone della stessa età come considera il paziente il suo stato di salute?	0: non buono 0,5: ignoto 1: buono 2: ottimo
	Età	0: >85 1: 80-85 2: <80
	Punteggio totale (0-17)	

Ref.: P. Soubeyran et al. Validation of a screening test for elderly patients in oncology. JCO. Vol 26, 15S, 2008

Allegato 7. Rilevazione del grado di autonomia utilizzando l'indice di Barthel

INDICE DI BARTHEL

[Shah S., Vaclay F., Cooper B., *Improving sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation*, Journal of Clinical Epidemiology, 1989; 8:703-709].

ALIMENTAZIONE

- 10= Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili.
 Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare la carne e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.
 8= Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.
 5= Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte nel tè, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.
 2= Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.
 0= Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere imboccato.

BAGNO/DOCCIA (lavarsi)

- 5= Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatrice completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.
 4= Necessità di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).
 3= Necessità di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.
 1= Necessità di aiuto per tutte le operazioni.
 0= Totale dipendenza nel lavarsi.

IGIENE PERSONALE

- 5= Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese tutte le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata (non sono da considerare le attività relative all'acconciatura dei capelli).
 4= In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.
 3= Necessità di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.
 1= Necessità di aiuto per tutte le operazioni.
 0= Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.

ABBIGLIAMENTO

- 10= Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi.
 8= Necessità solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.
 5= Necessità di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.
 2= Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.
 0= Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.

CONTINENZA INTESTINALE

- 10= Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.
 8= Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma, occasionali perdite.
 5= Capace di assumere una posizione appropriata, ma non può eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, ed ha perdite frequenti. Necessità di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.
 2= Necessità di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.
 0= Incontinente.

CONTINENZA URINARIA

- 10= Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con dispositivi esterni o interni.
 8= Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di un minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.
 5= In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessita di aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.
 2= Incontinente ma in grado di cooperare nell'applicazione di un dispositivo esterno o interno.
 0= Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni.

USO DEL GABINETTO

- 10= Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarla e pulirla.
 8= Necessità di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.
 5= Necessità di aiuto per svestirsi/vestirsi, per trasferimenti e per lavare le mani.
 2= Necessità di aiuto per tutti gli aspetti.
 0= Completamente dipendente.

TRASFERIMENTO LETTO <> CARROZZINA (compilare anche in caso di persona allettata)

- 15= Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza. È indipendente durante tutte le fasi.
 12= Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.
 8= Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.
 3= Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.
 0= Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferirlo con o senza un sollevatore meccanico.

DEAMBULAZIONE

- 15= Capace di portare una protesi se necessario bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e porre gli ausili a portata di mano. In grado di usare le stampelle, bastoni, walker e deambulare per almeno 50 m. senza aiuto o supervisione.
- 12= Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 m. Necessita di supervisione per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.
- 8= Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione.
- 3= Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.
- 0= Non in grado di deambulare autonomamente.

SCALE

- 10= In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare il corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed è in grado di portarli con sé durante la salita o discesa.
- 8= In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.).
- 5= Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza.
- 2= Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).
- 0= Incapace di salire e scendere le scale.

USO DELLA CARROZZINA (utilizzare solo se il soggetto ha punteggio zero nella deambulazione)

- 5= Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.). L'autonomia deve essere ≥ 50 m.
- 4= Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreno e superficie regolare. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.
- 3= Necessita presenza e assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al letto, tavolo, ecc.
- 1= Capace di spostarsi solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre.
- 0= Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.

Legenda**punteggio complessivo**

autosufficiente	100
quasi autosufficiente	99-91
dipendenza lieve	90-75
dipendenza moderata	74-50
dipendenza grave	49-25
dipendenza completa	<25

SIX MINUTE WALK TEST (6 MWT)

[ATS Statement: Guidelines for the Six- Minute Walk test, Am J Respir Crit Care Med, Vol. 166, pp.111-117, 2002]

MODALITA' DI ESECUZIONE

Ambiente e attrezzature necessarie per l'esecuzione del test

Il test deve essere effettuato in ambiente chiuso, su un corridoio della lunghezza di 30 metri, poco frequentato. Sul pavimento devono essere segnati marcatori di distanza (ad esempio ogni 3 metri).

All'inizio ed alla fine del percorso, devono essere posizionati oggetti intorno ai quali il paziente inverte la direzione di marcia. Deve essere disponibile una sedia lungo il percorso.

Nel luogo dove si effettua il test, o nelle immediate vicinanze, deve essere disponibile la strumentazione necessaria per la rianimazione cardio-polmonare.

Prima dell'esecuzione del test

Il paziente:

- deve indossare abiti e scarpe comode;
- può assumere un pasto leggero nelle ore precedenti l'esecuzione del test;
- deve evitare uno sforzo fisico intenso nelle 2 ore precedenti l'esecuzione del test.

L'operatore:

- deve verificare la stabilità clinica del paziente e misurare pressione arteriosa e frequenza cardiaca;
- deve istruire il paziente a compiere la massima distanza possibile durante i 6 minuti della prova, autorizzandolo a rallentare la marcia o a fermarsi se lo ritiene necessario, per poi ripartire con l'obiettivo di camminare il più velocemente possibile (non correre);
- deve dare il via con l'ausilio di un timer all'esecuzione della prova, previo posizionamento del paziente ad una estremità del percorso.

Durante l'esecuzione del test

L'operatore deve:

- annotare il numero totale dei percorsi completi (andata e ritorno) effettuati dal paziente;
- annotare il numero delle eventuali soste effettuate dal paziente;
- fornire incoraggiamenti "standard" ad intervalli di tempo predefiniti (esempio al termine di ogni minuto);
- far fermare immediatamente il paziente allo scadere dei 6 minuti.

Dopo l'esecuzione del test

L'operatore deve:

- far sedere il paziente;
- far quantizzare al paziente lo sforzo eventualmente avvertito (e in quale gravità), utilizzando la scala di percezione della fatica di Borg, di seguito riportata nella versione ridotta di Pollock M.L., Wilmore J.H.;
- far quantizzare al paziente eventuali altri sintomi;
- rilevare la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca;
- calcolare la distanza percorsa, espressa come valore assoluto calcolato sulla base al numero dei giri effettuati e al punto in cui il paziente si è fermato nell'ultimo giro.

SCALA DI BORG

[Pollock M.L., Wilmore J.H.: Exercise in health disease: evaluation and prescription for prevention and rehabilitation, 2nd edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990]

Prima dell'esecuzione del 6 Minute Walk Test, l'operatore deve informare il paziente che alla fine dell'esecuzione dell'esercizio deve:

- segnalare la fatica eventualmente avvertita;
- quantizzare il livello di gravità di tale fatica mediante l'attribuzione di un codice riferito alle definizioni della Scala di percezione della fatica di Borg, così come ridotta da Pollock M.L. e Wilmore J.H. (di cui viene riportato anche il punteggio).

Legenda codice

- 1 = no sintomi (punteggio: 0)
- 2 = sforzo molto, molto lieve (punteggio: 0,5)
- 3 = sforzo molto lieve (punteggio: 1)
- 4 = sforzo lieve (punteggio: 2)
- 5 = sforzo moderato (punteggio: 3)
- 6 = sforzo un po' pesante (punteggio: 4)
- 7 = sforzo pesante (punteggio: 5-6)
- 8 = sforzo molto pesante (punteggio: 7,8,9)
- 9 = sforzo molto, molto pesante (punteggio: 10)

Allegato 8. INFORMATIVA PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE –PDTA ((da consegnare al Paziente, Genitori, Tutore, Curatore)

Gentile Signore/Signora, si è rivolto/a a questa struttura per sottoporsi ad esami diagnostici, cure ed assistenza sanitaria. Per questo motivo è necessario fornirLe ogni informazione utile per decidere se acconsentire al percorso di diagnosi e cura proposto. Tale percorso potrà essere iniziato solo dopo che ne abbia compreso i motivi e sottoscritto lo specifico consenso.

Le informazioni sono finalizzate anche a rafforzare l'alleanza terapeutica con i componenti dell'equipe sanitaria a cui si sta affidando, avuto riguardo di quanto ci ha riferito circa le sue convinzioni ed orientamenti sulle scelte in tema di cure.

Ove non volesse ricevere tutte o in parte le informazioni sul suo stato di salute e su quanto connesso ai rischi relativi agli accertamenti e alle cure, può indicare una persona idonea a riceverle oppure decidere di non ricevere ulteriori informazioni.

Per procedere con gli accertamenti e le cure è importante che Lei o chi per Lei titolato sottoscriva il modulo di consenso informato a conclusione del colloquio informativo, che può essere stato accompagnato dalla fornitura del presente foglio informativo. Lo scopo che ci prefiggiamo è quello di rendere edotta la persona assistita rispetto alle sue condizioni di salute e di aggiornarla in modo completo riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici ed ai rischi degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti sanitari proposti, nonch  riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto.

Le informazioni che Le sono state fornite durante il colloquio ed eventualmente riportate nel foglio informativo hanno l'obiettivo di metterla in condizione di orientarsi circa:

- la scelta tra le diverse opzioni di trattamento e di assistenza appropriate al suo caso;
- la facolt  di acquisire, eventualmente, ulteriori pareri di sanitari di sua fiducia;
- la facolt  di scegliere un'altra struttura sanitaria che le offra opzioni e condizioni diverse del trattamento proposto;
- il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, gli interventi invasivi o la terapia, e/o di decidere di interromperla;
- le normali sequele anatomiche e funzionali da affrontare connesse al trattamento e/o al decorso post-operatorio e riabilitativo, nonch  le eventuali complicazioni prevedibili e non del tutto prevenibili, il cui rischio di accadimento   talora aumentato in base alle personali condizioni cliniche

INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI NEL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)

Specificata finalit  di questi trattamenti   permettere la partecipazione del paziente ad un percorso interdisciplinare di cura cui possono accedere, secondo ragione, gli specialisti della Asl, il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di Libera Scelta (PLS) per rispondere ai bisogni complessi di salute del cittadino, promuovendo la continuit  assistenziale e favorendo l'integrazione fra gli operatori. Il percorso si svilupper  attraverso una serie di interventi volti a:

- formulare, promuovere e attuare specifici programmi di educazione terapeutica per una maggiore conoscenza della malattia di cui Lei   affetto;
- favorire una attivit  preventiva tesa ad individuare forme di maggior rischio rispetto allo sviluppo della malattia oggetto del PDTA;
- migliorare la possibilit  di accesso a percorsi clinico – assistenziali dedicati;
- favorire la gestione multidisciplinare del paziente allo scopo di individuare il percorso diagnostico e terapeutico pi  adeguato

Le informazioni raccolte e condivise dagli specialisti del PTV nel corso del PDTA potranno essere utilizzate anche per scopi scientifici e nell'ambito di progetti di ricerca, strettamente connessi o comunque affini o simili non incompatibili all'ambito delle patologie oggetto del PDTA unicamente nel caso in cui al paziente, che abbia acconsentito ad essere ricontatto, vengano somministrate ulteriori informazioni privac  ex art. 13 GDPR volte ad informarlo circa lo studio/il progetto che si intende realizzare nonch , volte a raccogliere il consenso esplicito del paziente al trattamento dei propri dati personali per finalit  di ricerca. In questo caso la documentazione dovr  essere corredata dalla somministrazione di ulteriori Informazioni Privac  *ad hoc*, volte alla raccolta del consenso esplicito al trattamento dei dati personali per finalit  di ricerca scientifica (c.d. arruolamento).

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON MALATTIA EMATOLOGICA (PDTA ME)	0 ADO PRO 39	Rev.0 del 11/09/2024	Pag. 27 di 30
---	--------------	----------------------	---------------

In attuazione di quanto previsto dal DCA n. U00565 del 22.12.2017 "Presenza d'atto dell'Accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici di Medicina generale avente per oggetto "La nuova Sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d'iniziativa" e dalla Determinazione G15691 del 18.12.2020 "Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA nella cronicità" della Regione Lazio, desideriamo fornirLe anche alcune informazioni sul trattamento dei dati personali, anche appartenenti a categorie particolari e specificamente attinenti alla salute, che la Asl Roma I (di seguito anche solo "Asl") e il Suo Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta, in qualità di autonomi titolari effettueranno secondo ragione qualora Lei scelga di intraprendere (ovvero di far intraprendere al terzo di cui Lei ha la responsabilità/legale rappresentanza) il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (di seguito anche solo "PDTA").

Base giuridica del trattamento dei suoi dati sensibili, che prevede espressamente la condivisione fra più professionisti sanitari, afferenti all' Asl di Roma I, anche appartenenti a categorie particolari – relativi all'interessato è da rinvenirsi nel consenso esplicito di quest'ultimo ai sensi degli artt. 6, par. 1, lett. a) e 9, par. 2, lett. a) GDPR.

L'adesione al percorso è sempre facoltativa, ma nel caso in cui si decidesse di partecipare al PDTA, i dati personali necessari per l'accesso e la fruizione dello stesso che potranno essere trattati sono quelli anagrafici del paziente ed eventualmente di chi ne ha la responsabilità ovvero la legale rappresentanza e quelli relativi allo stato di salute del paziente stesso. I dati in questione saranno condivisi fra tutti professionisti di questa Asl, il MMG e il PLS coinvolti nel percorso di diagnosi, trattamento e cura del paziente salva sempre la possibilità per Lei di escluderne qualcuno comunicando, nel caso, la Sua scelta all'atto dell'attivazione del PDTA ovvero successivamente ai recapiti di seguito indicati. Resta inteso che, laddove decidesse di escludere un professionista dal percorso, la sua prestazione professionale non potrà essere svolta in quell'ambito. comunque garantita la piena fruizione delle prestazioni di diagnosi e cura anche a chi scegliesse di non partecipare al PDTA. Sarà altresì garantita la partecipazione al PDTA ai pazienti che non daranno il consenso ad essere ricontattati per futuri progetti di ricerca negli ambiti strettamente connessi alla patologia oggetto del PDTA. sempre esclusa qualsiasi diffusione dei dati trattati per questa finalità.

Il trattamento dei dati relativo al PDTA è effettuato con procedure manuali e informatizzate e con l'ausilio di strumenti elettronici, adeguati a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto di quanto stabilito dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, esclusivamente da personale previamente autorizzato al trattamento da uno dei titolari autonomi e adeguatamente istruito. Nell'ambito del PDTA, i dati saranno conservati in apposita cartella ambulatoriale per la durata di cinque anni dall'ultima prestazione erogata. I dati, solo previa trasformazione in forma assolutamente anonima, potranno anche essere conservati oltre tale termine.

Titolari autonomi dei rispettivi trattamenti sono la Asl Roma I, con sede in Roma presso Borgo Santo Spirito 3, e il Suo MMG e/o il PLS.

La informiamo, infine, che sui dati personali trattati nell'ambito del PDTA, ogni interessato potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679. In particolare, l'interessato ha il diritto di chiedere, in qualunque momento, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati nei casi previsti dalla legge. L'interessato ha anche il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. L'apposita istanza potrà essere inviata alla Asl Roma I presso la sede di Borgo Santo Spirito 3, contattabile all'indirizzo dpo@asl.roma1.it nonchè, per i trattamenti di loro titolarità, al Suo MMG e/o al PLS.

La revoca del consenso all'adesione al PDTA presentata nei confronti di uno dei Titolari autonomi verrà considerata come formulata nei confronti di entrambi.

L'interessato che ritenga che il trattamento dei propri dati personali effettuato nell'esecuzione di quanto disciplinato nella presente informativa avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, avrà il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivac.it), come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON MALATTIA EMATOLOGICA (PDTA ME)	0 ADO PRO 39	Rev.0 del 11/09/2024	Pag. 28 di 30
---	--------------	----------------------	---------------

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ e residente in _____, alla via _____, n. _____, CAP _____, recapiti telefonici _____, e-mail (facoltativo) _____, in qualità di _____

DICHIARO

- di aver letto e compreso per intero il documento informativo riguardante le attività trattamentali che saranno svolte con i miei dati personali;
- di aver letto e compreso le finalità e le modalità del trattamento dei miei dati personali e di aver avuto sufficiente tempo per decidere, liberamente e volontariamente, se prestare o meno il consenso.

Con la presente dichiara di aver letto e compreso le informazioni che precedono e, con la propria sottoscrizione, esprime il consenso all'inserimento – proprio o del soggetto rappresentato – nel PDTA PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON MALATTIA EMATOLOGICA (PDTA ME)

Firma (*leggibile*) _____

Acconsento al trattamento dei miei dati personali e sanitari per le attività inerenti all'adesione ed esecuzione del PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON MALATTIA EMATOLOGICA (PDTA ME):

SI

NO

Firma (*leggibile*) _____

Acconsento alla possibilità di essere ricontattato/a per l'eventuale arruolamento in progetti di ricerca strettamente connessi all'ambito delle patologie oggetto del PDTA secondo le modalità descritte nelle presenti informazioni.

- presta il consenso (numero di telefono _____ - email _____)
- non presta il consenso

Firma (*leggibile*) _____

Firma di chi riceve il consenso _____

Allegato 3: Percorsi attivi nella UOSD di ematologia (rif. PDF)

Allegato 6: PDTA specifici per patologia oncoematologica (rif. PDF)