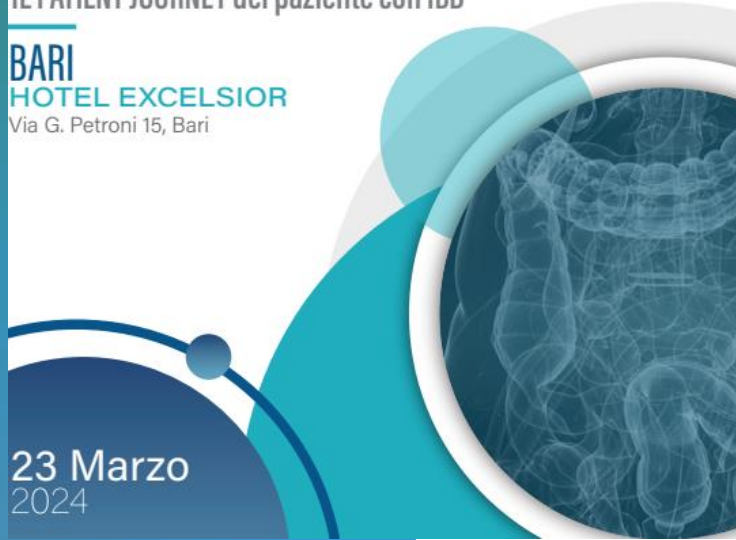


**REFERRAL TO CARE NELLE MALATTIE
INFIAMMATORIE
CRONICHE INTESTINALI**
IL PATIENT JOURNEY del paziente con IBD

BARI
HOTEL EXCELSIOR
Via G. Petroni 15, Bari

23 Marzo
2024



**La nostra esperienza" - presentazione
dati centro e condivisione criticità di
gestione del paziente IBD.**

Mariabeatrice Principi



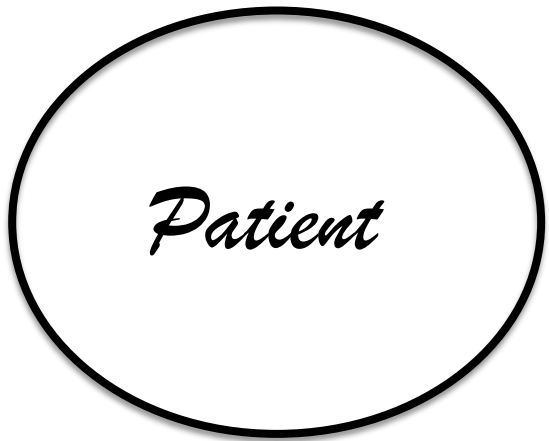
Disclosures: speaking fee, advisory boards, principal investigator

*Abbvie
Ferring
Biogen
Janssen
MSD
Pfizer
Takeda*



Emergency

MMG



Gastroenterologists

EIMs specialists

Endoscopists

Surgeons

Inflammatory bowel disease (IBD) Comprehensive Care Units (ICCUs)

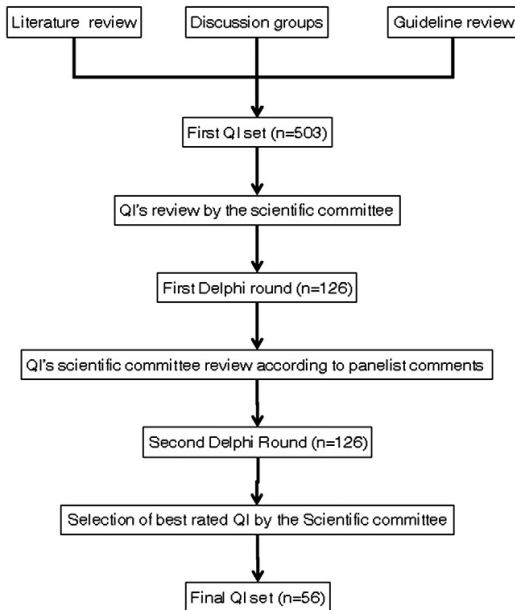
Definition!!

The minimal IBD team should include:

IBD nurse,
gastroenterologists,
radiologists,
surgeons,
endoscopists,
stoma management specialists.

outpatient and inpatient care

A core set of 56 Quality indicators
(12 structure, 20 process and 24 outcome).



Structure:

Hospital characteristics
Specific ICCU facilities
Registers
Personnel
Personnel organization

Process:

Guidelines
Continuing education
Research and committees
Registers
Personnel
Personnel organization

Outcomes:

Diagnosis and Follow-up
Treatment

Inflammatory bowel disease

Quality standard
Published: 26 February 2015

www.nice.org.uk/guidance/qs81

Multidisciplinary team

An inflammatory bowel disease (IBD) multidisciplinary team should comprise a gastroenterologist, colorectal surgeon, IBD specialist nurse, dietitian allocated to gastroenterology, pharmacist, histopathologist and radiologist, all with expertise in IBD. The team should have access to advice for decisions about specific patients from a stoma nurse, paediatric gastroenterologist, hepatologist, oral medicine, nutrition support team, psychologist, primary care physician, ophthalmologist, rheumatologist, dermatologist, obstetrician and social worker. There should be a designated coordinator for the IBD team.



Review Article

Optimising the Inflammatory Bowel Disease Unit to Improve Quality of Care: Expert Recommendations

Edouard Louis,^a Iris Dotan,^b Subrata Ghosh,^c Liat Mlynarsky,^b Catherine Reenaers,^a Stefan Schreiber^d

Establishment of the MDT: recommendations:

3.2.2. In addition to a gastroenterologist and a colorectal surgeon, the MDT should include an IBD-specialist nurse, nutritionist, stoma specialist, radiologist, endoscopist, pathologist, psychologist and social worker. *178/224 [79%] agreed*

3.2.2.2. Each MDT member should have IBD experience. *181/225 [81%] agreed*

3.2.2.3. There should be structured interaction between the members of the MDT. *210/227 [93%] agreed*

3.2.2.4 The MDT should adopt a patient-centred approach that takes patient preferences and convenience into account. *195/223 [87%] agreed*

Structure of the IBD unit: recommendations:

3.2.3.1 The unit should have an MDT specialising in IBD. *213/225 [95%] agreed*

3.2.3.2 Where appropriate, the unit should coordinate care with the following ancillary care providers: primary care practitioner; paediatric transition team; obstetrics/gynaecology specialist; and IMID specialists [eg rheumatologist, dermatologist]. Patients should be able to access emergency IBD care through the unit and intensive care facilities, if required. *175/219 [80%] agreed*

3.2.3.3 The unit should have dedicated space for all MDT activities. *189/224 [84%] agreed*

3.2.3.4 The unit should have adequate facilities for the specific needs of IBD patients, such as adequate toilets, washing rooms and preparation rooms [e.g. stoma care]. *191/222 [86%] agreed*

3.2.3.5 The unit should have an endoscopy suite, or structured access to a nearby endoscopy suite. *183/226 [81%] agreed*

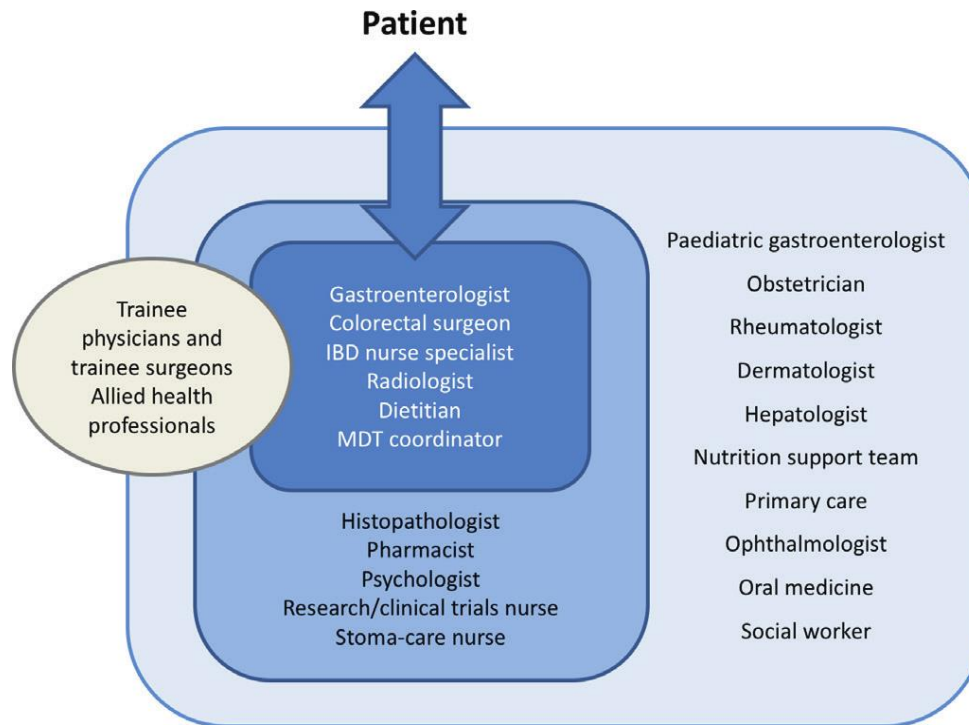
3.2.3.6 The unit should have access to imaging [eg high-definition computed tomography or magnetic resonance imaging,

or ultrasound where used]; a formalised discussion with a radiology specialist with IBD experience should be incorporated. *209/224 [81%] agreed*

3.2.3.7 The unit should manage a high volume of IBD patients. *176/221 [80%] agreed*

3.2.3.8 The unit should have experience in the administration of all approved drugs for IBD, including anti-tumour necrosis factor [TNF] therapy. *205/219 [94%] agreed* [Edited to add: anti-integrin therapy was commercially unavailable at the time the recommendations were developed.]

3.2.3.9 The unit should have access to clinical studies in IBD. *198/218 [91%] agreed*



per 250000 population

two gastroenterologists,
two colorectal surgeons,
2.5 IBD nurses,
1.5 stoma nurses,
0.5 dietitian (allocated to Gastroenterology),
0.5 administrative support,
one histopathologist, one radiologist and one pharmacist
all with arrangements for cover in the event of absence.

British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults

Good Practice Recommendation 27. The IBD multidisciplinary team (MDT) should include a core member from each of the following disciplines: gastroenterologist, colorectal surgeon, radiologist, dietitian, histopathologist, and a designated coordinator, whom should have expertise in the following disciplines: gastroenterologist, hepatologist, pathologist, radiologist, primary care physician, and dermatologist. (Agreement: 97.9%).

Statement 132. We recommend that regular multidisciplinary team (MDT) meetings should be held to discuss IBD patients with complex needs (GRADE: strong recommendation, very low-quality evidence. Agreement: 97.9%).

Good Practice Recommendation 28. For each IBD patient discussed in the MDT meeting, a formal record should be kept of management decisions reached (Agreement: 100%).

Quality improvement and audit

- Rapid assessment (*4weeks of referral, but few days for patients with severe symptoms; five working days for relapse; within 4weeks for radiological or endoscopic investigations required*)
- Adverse event monitoring

Good Practice Recommendation 29. IBD units should have quality improvement and audit processes embedded within regular clinical activity (Agreement: 100%).

Patient





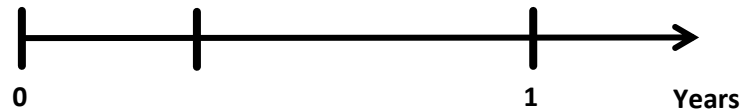
Patients with a newly diagnosed CD

Prospective observation longitudinal study

Enrollment & endoscopy

Decision making

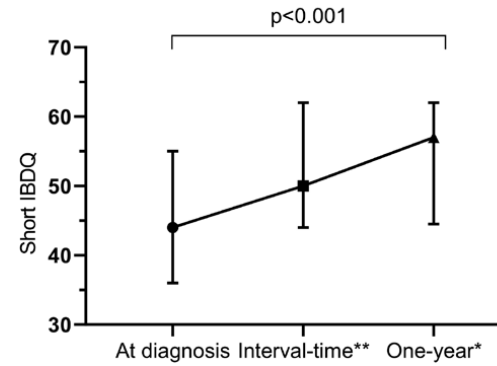
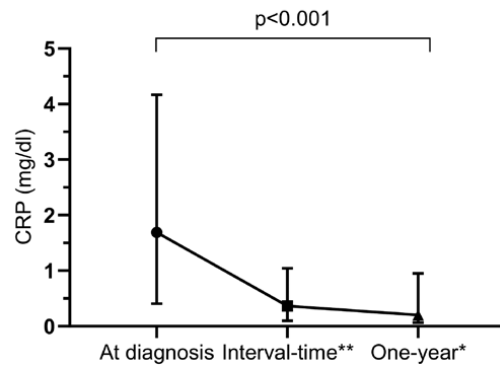
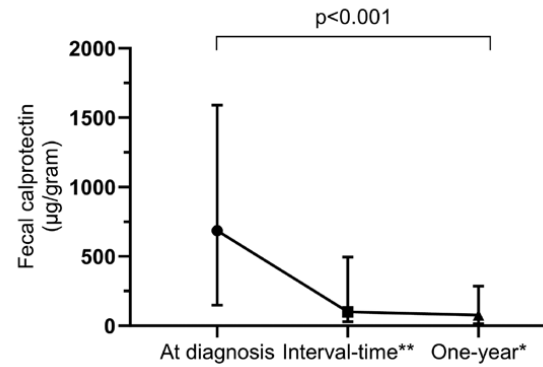
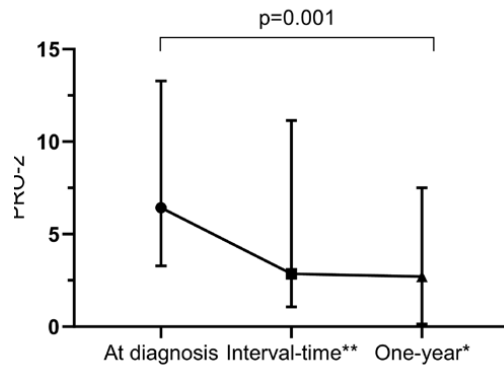
Follow-up visit & endoscopy at one-year



Multidisciplinary team approach



Therapeutic targets in MDT at 1 year after diagnosis



MDT + vs MDT -

Surgical characteristics of patients	Exp group, 72 (%)	Con group, 55 (%)	P value
Sex			
Female	20	23	> 0.05
Male	52	32	
Preop diagnosis			
Accurate	69 (95.8)	10 (18.2)	< 0.005
Misdiagnosis	3 (4.2)	45 (81.8)	
Necessity for surgery			
Elective surgery	70 (97.2)	40 (72.8)	< 0.005
Emergency surgery	2 (2.8)	15 (27.2)	
Postop complications			
Surgical site infection	10 (13.9)	14 (25.5)	> 0.05
Clinical recurrence	5 (6.9)	20 (36.3)	< 0.005
Additional surgery	0	5 (9.1)	< 0.01
Intestinal fistula	4 (5.6)	4 (7.3)	> 0.05
Total number of patients	17 (23.6)	38 (69.1)	< 0.005
Preop nutritional status (g/L)			
Albumin < 30	12 (16.7)	20 (36.3)	< 0.05
Hemoglobin < 100	28 (38.9)	41 (74.5)	< 0.001



Once upon a time.....



2015



**PROGETTO PUGLIA-IBD:
Gruppi di lavoro
sulla gestione delle M.I.C.I.**

Policlinico-Universitario Bari - Aula di Dermatologia 2° piano

Bari - 20 Marzo, 10 Aprile, 11 Maggio, 12 Giugno 2015



PROGETTO PUGLIA-IBD 2015

GRUPPI DI LAVORO SULLA GESTIONE DELLE MICI

20 MARZO: DIAGNOSI
10 APRILE: TERAPIA
11 MAGGIO: FOLLOW-UP
12 GIUGNO: SUMMARY

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) NELLE MICI: PROGETTO PUGLIA IBD

A cura di:

**IG-IBD (Componente direttivo Nazionale F.Bossa),
SIGE(Presidente Regionale A.Di Leo),
SIED (Presidente Regionale P.Tonti),
AIGO (Presidente Regionale F.W. Guglielmi)**

Gruppi di Lavoro:

Coordinatori: F.Bossa, M. Principi

*Partecipanti: A. Andriulli, L. Allegretta, A. Azzarone, G. Biscaglia, N. Della Valle,
A. Dell'Anna, A. Frunzio, Y. Hadad, M. Mastronardi, S. Mazzuoli, P. Paiano,
A. Penna, G. Pranzo, P. Pepe, C. Sgarro, D. Scimeca, A. Tursi*

Graditi Ospiti:

*medici di famiglia, radiologi, chirurghi, patologi, pediatri, amministratori
associazioni pazienti*

**IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
(PDTA) NELLE MICI: PROGETTO PUGLIA IBD**

A cura di:

**IG-IBD (Componente direttivo Nazionale M. Principi),
SIGE(Presidente Regionale A.Di Leo),
SIED (Presidente Regionale P.Tonti),
AIGO (Presidente Regionale F.W. Guglielmi)**

Gruppi di Lavoro:

C
P
E
M
S



DOCUMENTO

LA DIAGNOSTICA

LA TERAPIA

II FOLLOW-UP

Criticita'

- Assenza di una rete
- Bassa diffusione di radiologi ed ecografisti dedicati
- Assenza di tariffazione Entero-RM, Capsula Pillcam, Calprotectina
- Assenza di chirurgie dedicate
-

Peculiarità

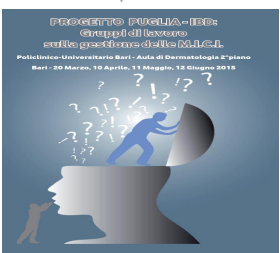
- Presenza di specialisti gastroenterologi dedicati
- Presenza di anatomo-patologici dedicati
- Presenza di multidisciplinarietà con altri specialisti
- Diffusa conoscenza delle IBD
-



2015

2016

Documento



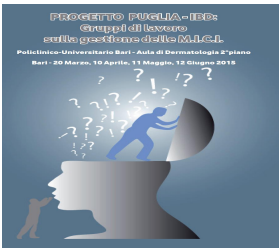


2015

2016

Documento

2017



Con il Patrocinio



CROSS.IBD

Collaborazione Regionale Operativa
per la Sostenibilità della Spesa

Inflammatory Bowel Diseases

BARI

23 marzo 2017

AReS, Agenzia Regionale Sanitaria - Puglia
SALA CONFERENZE, 5° piano
Via Gentile, 52



FACULTY

Angelo Andriulli Direttore UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG)

Lucia Bisceglia Dirigente Servizio Analisi della Domanda e dell'Offerta Sanitaria, AReS Puglia

Fabrizio Bossa Medico Dirigente, Referente dell'Ambulatorio Malattie infiammatorie croniche intestinali, Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG)

Marisa Dell'Aera Direttore F.F. UO Farmacia, AOU Consorziale Policlinico, Bari

Alfredo Di Leo Direttore UOC di Medicina Interna, Ospedale Cardinale G. Panico, Tricase (LE)

Andrea Frunzio Direttore UOC Gastroenterologia, Ospedale SS. Annunziata, Taranto

Leonardo Furio Direttore UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Ospedale San Camillo de Lellis, Manfredonia

Vincenzo Gigantelli Direttore Distretto Socio-Sanitario - Distretto Socio-Sanitario n. 4 ASL Ba di Altamura e Distretto Socio-Sanitario n. 14 ASL Ba di Putignano

Giovanni Gorgoni Commissario straordinario AReS Puglia

Ignazio Grattagliano Medico di Medicina Generale, Monopoli (BA). Presidente SIMG, Bari

Francesco William Guglielmi Direttore UOC Gastroenterologia, AO San Nicola Pellegrino, Trani (BT)

Yusef Hadad Direttore UOC Medicina Interna, Ospedale Cardinale G. Panico, Tricase (LE)

Gioacchino Leandro Direttore Scientifico e di UOC Gastroenterologia, IRCCS de Bellis, Castellana Grotte (BA)

Pietro Leoci Funzionario Farmacista Servizio Politiche del Farmaco e Emergenza/Urgenza, Regione Puglia, Bari

Salvo Leone Direttore Generale AMICI Onlus (Associazione nazionale per le Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino)

Luigi Lestingi Direttore Sanitario IRCCS de Bellis, Castellana Grotte (BA)

Lorenzo Mantovani Economista Sanitario ed Epidemiologico, professore Associato di Igiene, Università Bicocca, Milano

Giuseppina Martino Infermiera Dedicata, Ambulatorio MICI, Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG)

Maria Antonietta Maselli Farmacista Dirigente, IRCCS de Bellis, Castellana Grotte (BA)

Mauro Mastronardi Dirigente Medico UOC Endoscopia Digestiva, Gastroenterologia IRCCS de Bellis, Castellana Grotte (BA)

Silvia Mazzuoli Dirigente Medico UOC Gastroenterologia, AO San Nicola Pellegrino, Trani (BT)

Margherita Nasuto Infermiera Dedicata Infusioni di terapia biologica, IRCCS de Bellis, Castellana Grotte (BA)

Primaldo Paiano Direttore SC Gastroenterologia, Ospedale Veris Delli Ponti, Scorrano (LE)

Antonio Penna Dirigente Medico UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Ospedale San Paolo, Bari

Mariabeatrice Principi Ricercatore, Responsabile Ambulatorio Malattie infiammatorie croniche intestinali, AOU Policlinico, Bari.

Luigi Santoemma Medico Medicina Generale, Componente Commissione Tecnica Regionale del Farmaco, Modugno (BA)

Rosanna Stea Direttore SC Farmacia AOU Ospedali Riuniti, Foggia

Antonio Tursi Dirigente Medico Gastroenterologia Territoriale, Distretto Socio-Sanitario n° 4 di Barletta, ASL BAT di Andria



BARI
23 marzo 2017

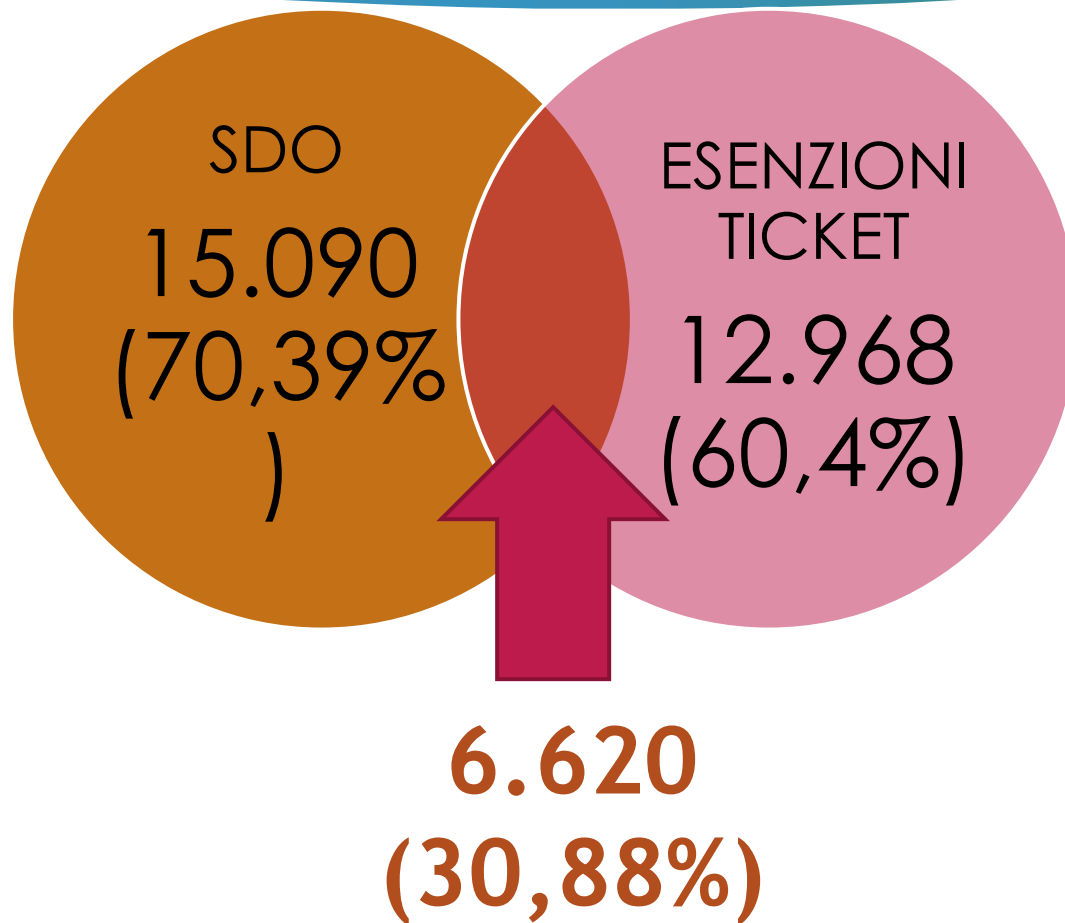
2017

II PDTA

Lucia Bisceglia
ARes Puglia



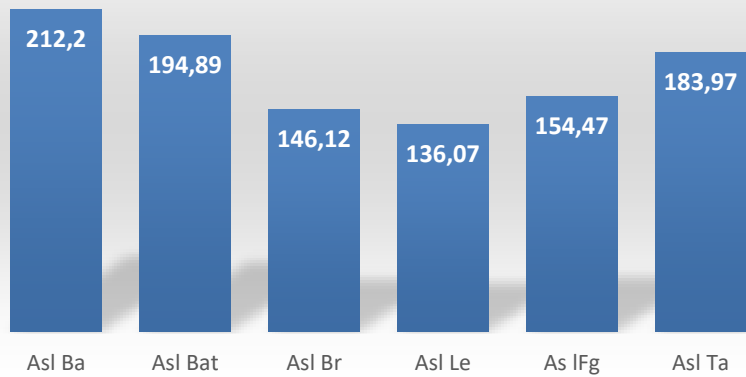
- **Popolazione IBD :
21.438**



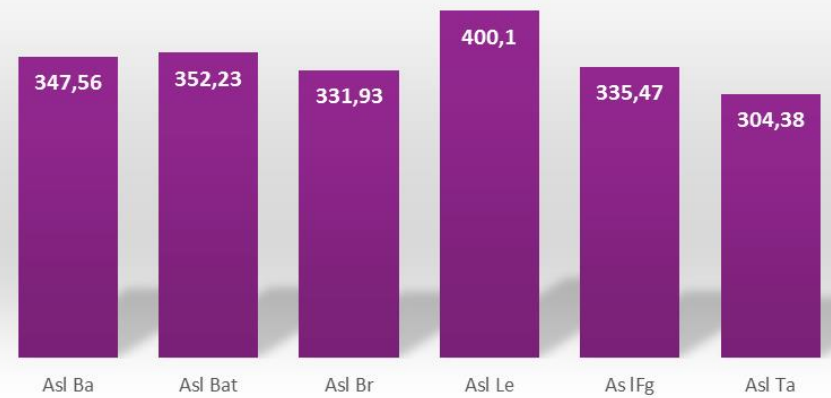
TASSI DI PREVALENZA STAND. Per 100.000 per provincia

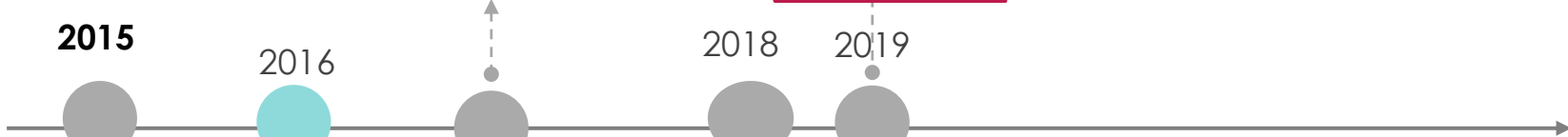
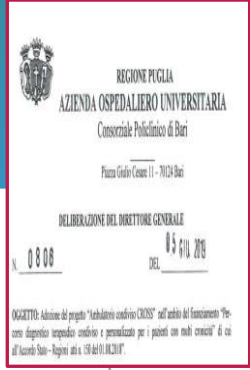
Morbo di Crohn	165,72
Rettocolite ulcerosa	319,82

Crohn



R.U.





2015

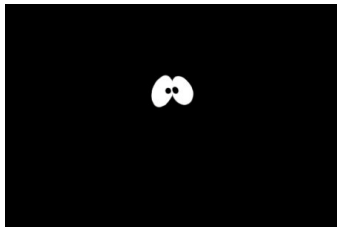
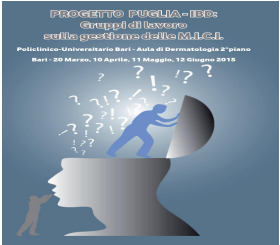
2016

2018

2019

Documento

2017



SUMMARY

ATTIVAZIONE AMBULATORIO CONDIVISO CROSS
-CRONic Systemic illness-

Linea Progettuale n° 5 Gestione delle Cronicità
dell'Atto n°65 della Conferenza Stato Regioni del 14 Aprile 2016

DOCUMENTO

	NOME	DATA	FIRMA
Redatto e Approvato	Prof. Giovanni Lapadula		
	Prof. Caterina Foti		
	Prof. Alfredo Di Leo		

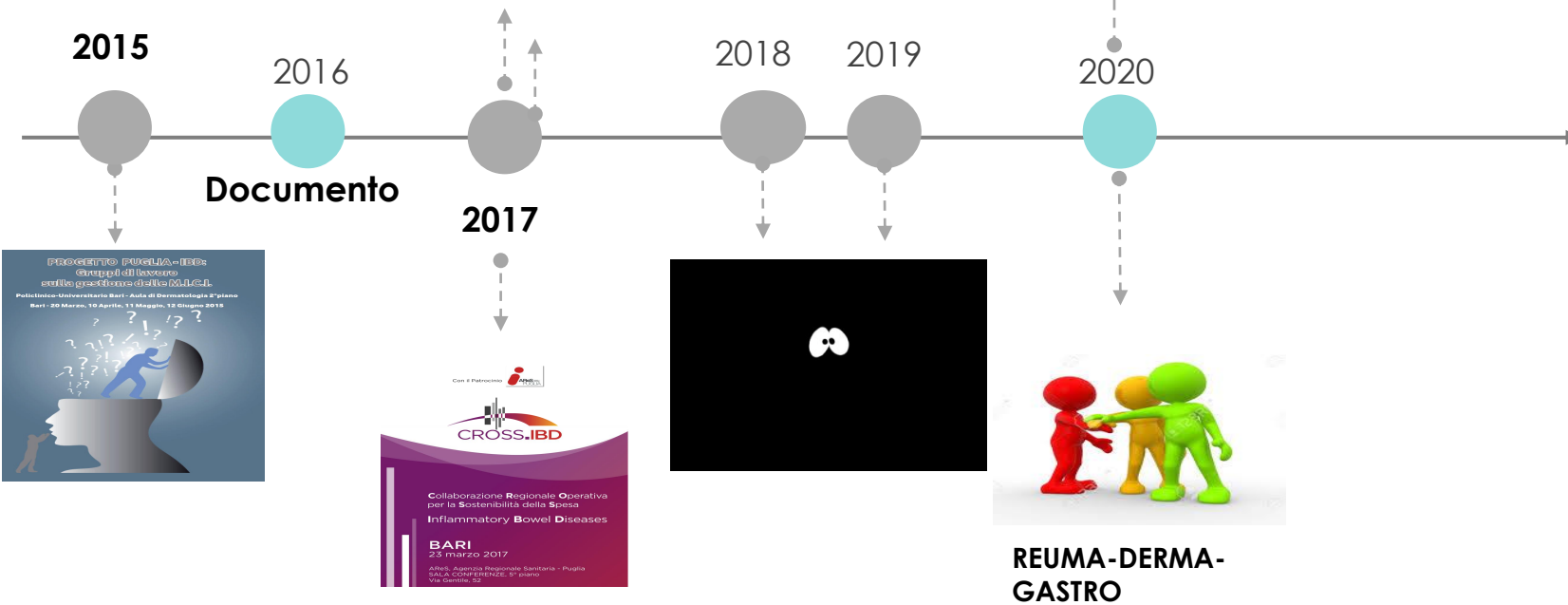
2016 → 2019



REUMA-DERMA-GASTRO



Day-service



1. PAC di diagnosi per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI) (P556-555: RCU e malattia di Crohn) con RMN;
2. PAC di diagnosi per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI) (P556-555: RCU e malattia di Crohn) senza RMN;
3. PAC di sorveglianza per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI), (P556-555: RCU e malattia di Crohn) con RMN;
4. PAC di sorveglianza per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI), (P556-555: RCU e malattia di Crohn) senza RMN;
5. PAC per la diagnosi di Celiachia;
6. PAC diagnostico per pazienti con intolleranza alla esecuzione di esame endoscopico;
7. PAC terapeutico per posizionamento PEG in pazienti con disfagia;
8. PAC diagnostico per pazienti con segni di sanguinamento intestinale;
9. PAC per la diagnosi ed il follow up delle lesioni sottomucose del tratto gastroenterico.

PAC di diagnosi per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI) (P556-555: RCU e malattia di Crohn) con RMN

89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) CON BIODPSIA Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno
45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopia rigido (48.23)
45.25	BIOPSIA (ENDOSCOPIA) DELL'INTESTINO CRASSO Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Colonscopia con biopsia Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)
91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)
91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)
45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA
88.75.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO
88.95.2	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC
88.95.5	RM DI ADDOME INFERIORE, SENZA E CON MDC
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
90.13.5	COBALAMINA (vit. B12) [S]
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
90.12.A	FECI CALPROTECTINA
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
90.22.5	FERRO [S]
90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
90.30.2	LIPASI [S]
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)

2

90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)
90.90.5	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME CULTURALE
90.94.3	ESAME CULTURALE DELLE FECI (COPIPCOLTURA) Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae
91.05.1	PARASSITI INTESTINALI (ELMINTI, PROTOZOI) RICERCA MACRO E MICROSCOPICA
91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz. o arricchim.)
91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)
91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)
91.17.4	VIRUS HBV (HBV) REFLEX. ANTIGENE HBSAg + ANTICORPI anti HBSAg + ANTICORPI anti HBCAg. 91.18.6 incluso: ANTICORPI anti HBCAg IgM se HBSAg e anti HBCAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBeAg se HBSAg
91.19.5	VIRUS EPATITE C (HCV) ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS
Cod reg.: 78951	Quantiferon: test di stimolazione (per mitogeno)
79001	test di stimolazione con antigeni specifici
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
TOTALE € 900,00	

Tipologia di pazienti

- ✓ Pazienti con aspetto diagnostico di MICI (diarrea da più di 2 mesi per cui sia stata esclusa causa infettiva)
- ✓ e/o proctorragia e/o valore di calprotectina fecale >250 mg/Kg
- ✓ e/o crisi subocclusive e/o fistole o ascessi perianali)

PAC di diagnosi per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI) (P556-555: RCU e malattia di Crohn) **SENZA** RMN

Composizione

codice	Prestazione
P555-6	Visita e gestione del PAC
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno
45.23.1	COLONOSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'INTESTINO CRASSO Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Colonscopia con biopsia Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)
91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)
91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)
45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
90.12.A	FECI CALPROTECTINA
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
90.22.5	FERRO [S]
90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
90.30.2	LIPASI [S]
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] incluso: Dosaggio Proteine totali
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]

90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)
90.90.5	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME CULTURALE
90.94.3	ESAME CULTURALE DELLE FECI [COPROCULTURA] Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae
91.05.1	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA
91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz. o arricchim.)
91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)
91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)
91.17.4	VIRUS HBV (HBV) REFLEX. ANTIGENE HbSag + ANTICORPI anti HbSag + ANTICORPI anti HbCag. 91.18.6 incluso: ANTICORPI anti HbCag IgM se HbSag e anti HbCag positivi. Incluso: ANTIGENE HbEag se HbSag
91.19.5	VIRUS EPATITE C (HCV) ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS
Cod reg: 78951	Quantiferon: test di stimolazione (per mitogeno)
78951	test di stimolazione con antigeni specifici
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
TOTALE € 500,00	

Tipologia di pazienti

- ✓ Pazienti con aspetto diagnostico di MICI (diarrea da più di 2 mesi per cui sia stata esclusa causa infettiva)
- ✓ e/o proctorragia e/o valore di calprotectina fecale >250 mg/Kg
- ✓ e/o crisi subocclusive e/o fistole o ascessi perianali)



PAC di **SORVEGLIANZA** per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI)
(P556-555: RCU e malattia di Crohn) con RMN

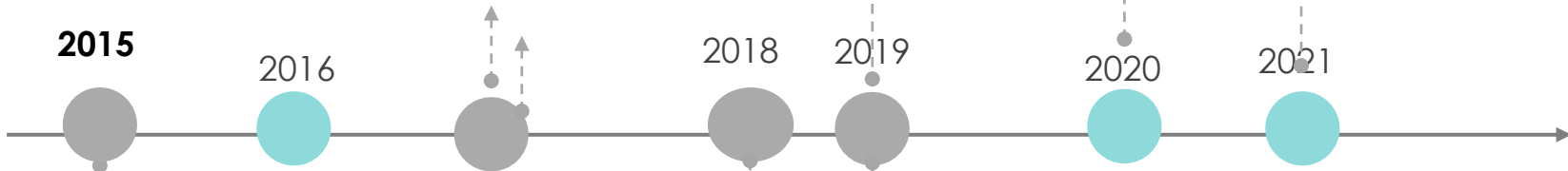
PAC di **SORVEGLIANZA** per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI)
(P556-555: RCU e malattia di Crohn) **SENZA** RMN

Tipologia di pazienti

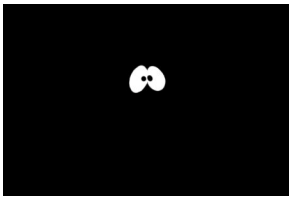
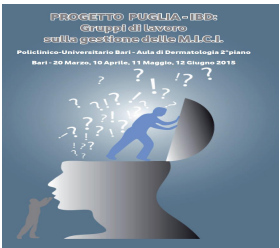
Pazienti con diagnosi nota di MICI in sorveglianza clinica che, pertanto, necessitano ripetuti controlli.
Il PAC è erogabile una volta l'anno.



Day-service



Documento



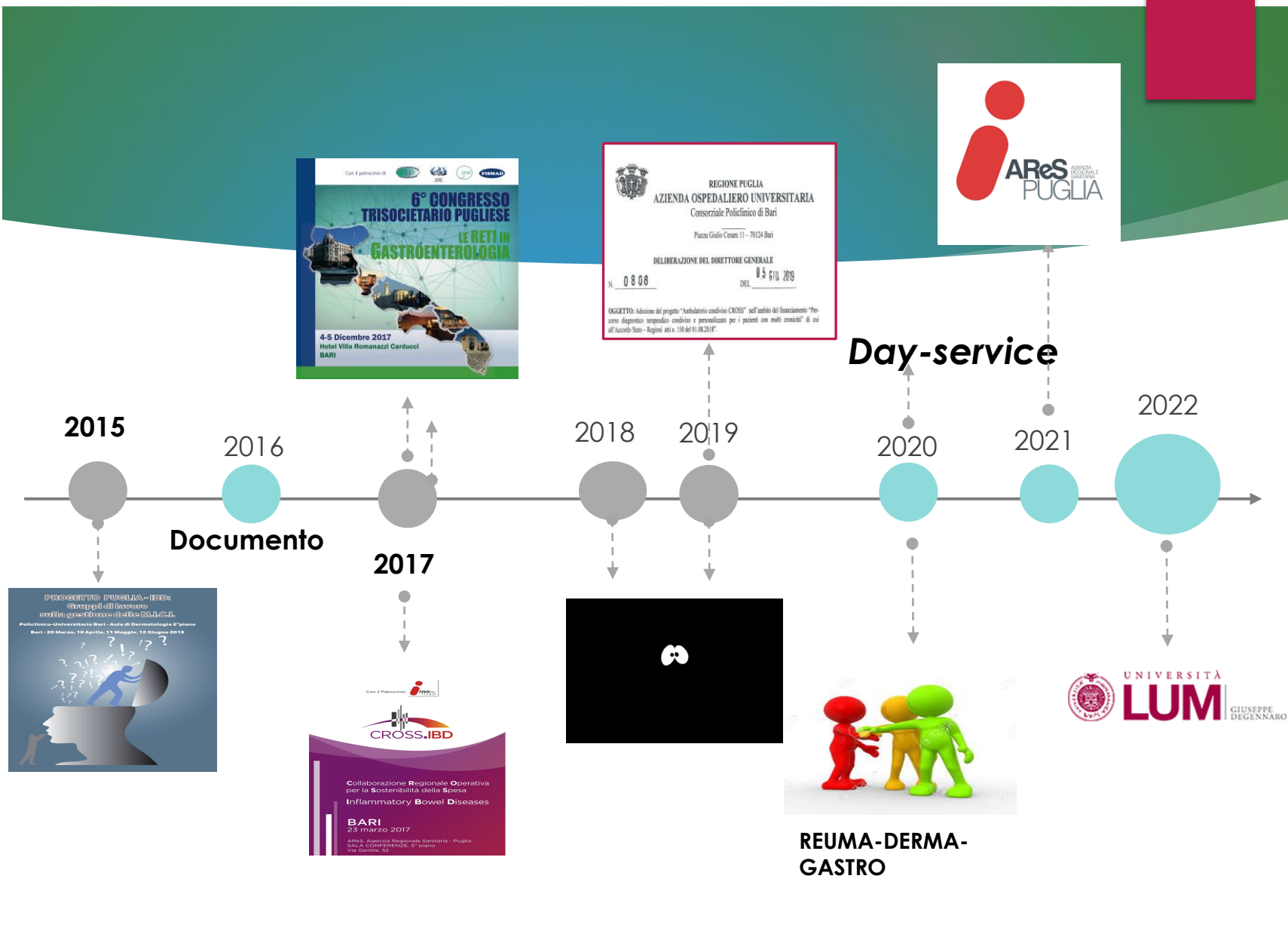
REUMA-DERMA-GASTRO

Colite Ulcerosa (cod. DIAP ICD9 556.x)						
ANNO	Numero di ricoveri Totali	Di cui Ordinari	Di cui Day Hospital	Residenti Totali	Residenti ORD	Residenti DH
2011	1.853	1.391	462	1.784	1.329	455
2012	1.734	1.349	385	1.659	1.287	372
2013	1.815	1.463	352	1.746	1.402	344
2014	1.749	1.446	303	1.674	1.384	290
2015	1.695	1.474	221	1.604	1.391	213
2016	1.656	1.488	168	1.570	1.412	158
2017	1.637	1.468	169	1.554	1.388	166
2018	1.647	1.497	150	1.558	1.412	146
2019	1.517	1.379	138	1.425	1.290	135
Delta	-18%	-1%	-70%	-20%	-3%	-70%

Colite Ulcerosa (cod. DIAP ICD9 556.x)			
ANNO	Valore dei ricoveri Totali	Di cui Ordinari	Di cui Day Hospital
2011	4.794.183,54	4.571.062,88	223.120,66
2012	4.673.725,78	4.496.249,86	177.475,92
2013	5.215.648,91	5.034.843,44	180.805,47
2014	5.072.155,58	4.923.350,50	148.805,08
2015	5.013.665,67	4.890.369,45	123.296,22
2016	5.393.480,56	5.286.025,98	107.454,58
2017	5.129.054,29	5.008.248,27	120.806,02
2018	5.454.899,65	5.330.857,87	124.041,78
2019	5.171.191,75	5.026.736,85	144.454,90
Delta	8%	10%	-35%

Morbo di Crohn (cod. DIAP ICD9 555.x)						
ANNO	Numero di ricoveri Totali	Di cui Ordinari	Di cui Day Hospital	Residenti Totali	Residenti ORD	Residenti DH
2011	1.537	1.150	387	1.462	1.095	367
2012	1.410	1.080	330	1.357	1.037	320
2013	1.424	1.089	335	1.359	1.036	323
2014	1.399	1.170	229	1.326	1.110	216
2015	1.353	1.151	202	1.281	1.085	196
2016	1.291	1.151	140	1.232	1.095	137
2017	1.331	1.200	131	1.258	1.128	130
2018	1.350	1.229	121	1.257	1.139	118
2019	1.360	1.253	107	1.315	1.209	106
Delta	-12%	9%	-72%	-10%	10%	-71%

Morbo di Crohn (cod. DIAP ICD9 555.x)			
ANNO	Valore dei ricoveri Totali	Di cui Ordinari	Di cui Day Hospital
2011	4.206.712	3.987.830	218.882
2012	3.802.738	3.618.168	184.570
2013	4.123.890	3.940.177	183.713
2014	4.295.445	4.167.958	127.487
2015	4.309.641	4.193.890	115.751
2016	4.270.340	4.167.271	103.069
2017	4.482.600	4.384.914	97.686
2018	4.594.630	4.459.358	135.272
2019	4.497.668	4.372.921	124.747
Delta	7%	10%	-43%



2015

2016

Documento

2017

2018

2019

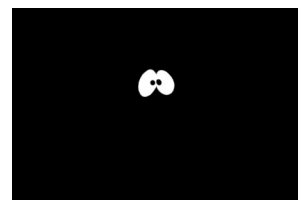
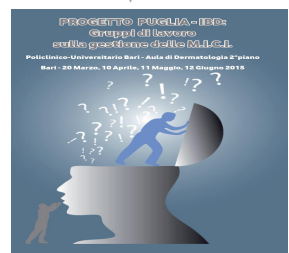
2020

2021

2022

Day-service

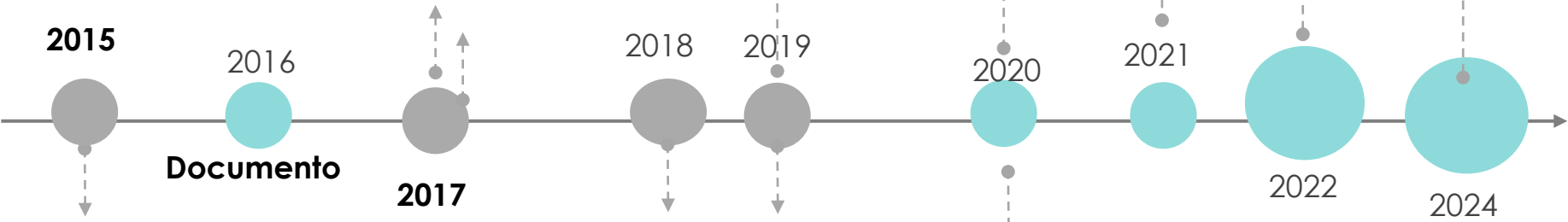
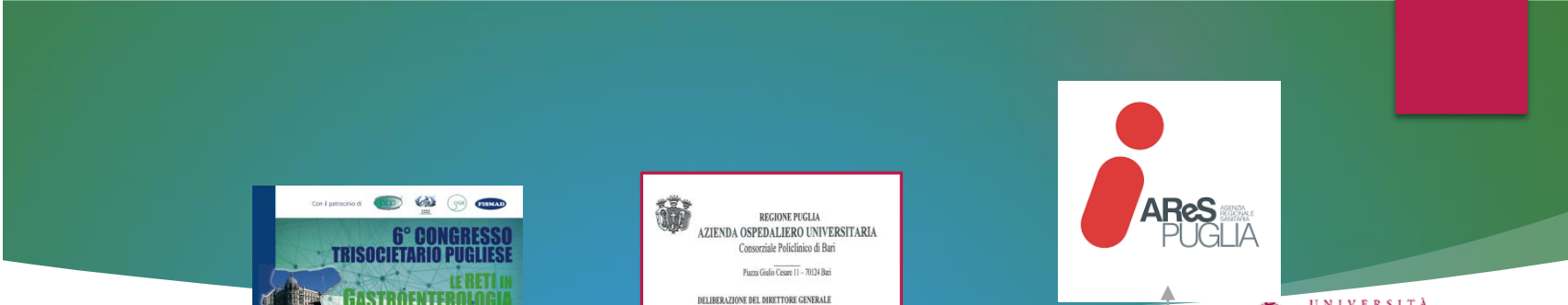
REUMA-DERMA-GASTRO





Sei stato invitato al seguente evento.

CALL PROGETTO "Applicazione del Lean Management nella creazione di un PDTA per le malattie definite IBD"



2015

2016

Documento

2017

2018

2019

Day-service

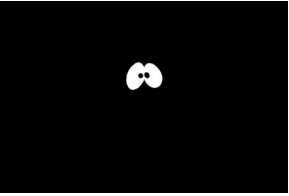
2020

2021

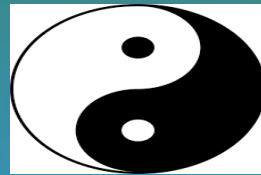
2022

PROSE-IBD

2024




REUMA-DERMA-GASTRO



- ✓ riduzione delle liste d'attesa
- ✓ riduzione della ripetizione delle procedure
- ✓ condivisione dei percorsi di diagnosi e terapia
- ✓ ottimizzazione dei costi
- ✓ miglioramento dell'offerta sanitaria
- ✓ riduzione del ritardo diagnostico





Grazie per l'attenzione!