



PERIPLO E IL TERRITORIO
LE RETI ONCOLOGICHE REGIONALI: PROSPETTIVE E CRITICITÀ
14 DICEMBRE 2018 BARI

**I PDTA a supporto della Rete Oncologica Pugliese.
PATH Lab**

Dr. Ettore ATTOLINI
Direttore Area Innovazione di Sistema e Qualità
A.Re.S.S. Puglia

A.Re.S.S. e Governo Clinico

- Garantire uniformità e accessibilità delle cure su scala regionale
- Attuare il riordino della rete d'offerta all'interno di una programmazione strutturata degli standard clinico-assistenziali,
- Governare la filiera e la domanda di salute attraverso la previsione dei PDTA e delle reti cliniche
- Rafforzare la presa in carico del bisogno di salute del cittadino e la personalizzazione delle cure

Gli strumenti del Governo Clinico

- Documento Tecnico di Indirizzo (DTI) per la costruzione delle Reti Cliniche

- Documento Tecnico di Indirizzo (DTI) per lo sviluppo e implementazione dei PDTA



EBM

- Ha rappresentato un grande passo avanti rispetto al precedente modo di fare medicina basato sulle intuizioni derivanti dall'esperienza
- Ha sviluppato il concetto di buone pratiche mediche supportate da evidenze scientifiche e da metodi di analisi e verifica statistica dei numeri applicati ai processi
- **Ma da qualche tempo medici, ricercatori e filosofi della scienza hanno messo in luce limiti e problematiche**

EBM

➤ **EBM** e **LINEE GUIDA** ragionano in termini di:

1) gruppi selezionati (trial)

2) popolazione media

3) paziente medio

4) procedura standard

5) controllo medio di risultato e di outcome

➤ Fungono da **prototipo** su cui poter adattare il percorso e la pratica medica di fronte al singolo paziente che, per la sua complessità intrinseca, non è mai identico al prototipo



Beyond Evidence-Based Medicine

S. Chang and T.H. Lee

Evidence-based medicine shifted medicine's center of gravity away from the space between clinician and patient. A new "interpersonal medicine" would be a disciplined approach to delivering care that responds to patients' circumstances, capabilities, and preferences.

1983-1985



... pochi giorni fa ...

quotidianosanita.it

[Tweet](#)  stampa

Cassazione: le linee guida non sono un parametro rigido e insuperabile, conta anche situazione paziente

Per i giudici della Cassazione (ordinanza 30998/2018) le linee-guida non rappresentano un "letto di Procuste" (una situazione a cui doversi adattare per forza) insuperabile e anche la condotta del medico che non le segue può essere diligente. [LA SENTENZA.](#)



10 DIC - Le linee guida non sono un parametro rigido e insuperabile di valutazione del comportamento del medico. E partendo da questo principio, mai affermato prima in un'aula di tribunale, la Cassazione ha rinviato alla Corte di Appello (ordinanza 30998/2018) una sentenza di condanna di un medico.

Il Fatto

Un paziente, a causa delle lesioni patite in conseguenza d'un sinistro stradale, venne sottoposto a un intervento chirurgico di asportazione della milza e di riduzione di una frattura delle ossa del bacino.

Durante il periodo di degenza il paziente ebbe una trombosi venosa profonda (TVP) in conseguenza della quale venne dimesso e ricoverato nel reparto di medicina d'urgenza di un altro ospedale pubblico.

IL PARADIGMA DELLA COMPLESSITÀ

1. Incapacità di prevedere i comportamenti sociali
2. Interazione non lineare tra fattori diversi
3. Irrompere improvviso di eventi che mettono in crisi il sistema

+

FRAGILITÀ

Indotta da vita esposta alle aggressioni dell'ambiente vitale
(senza protezioni o minori protezioni)

COMPLESSITÀ E FRAGILITÀ

Status Socio-Economico

Amplificazione effetto negativo delle normali difficoltà della vita su:

- sopravvivenza
- stato di salute fisica e psichica

COMPLESSITÀ IN ONCOLOGIA

Le patologie oncologiche attualmente:

1. Perdono progressivamente le caratteristiche tipiche di patologia acuta
2. Richiedono comunque una fase di inquadramento e trattamento in tempi molto brevi
3. Possono usufruire di molteplici innovazioni in campo diagnostico e terapeutico
4. Assumono sempre più le caratteristiche di patologie «croniche» lungo-sopravvivenenti

COMPLESSITÀ IN ONCOLOGIA

SOLUZIONI

Necessità di **nuovi paradigmi** che accettino la logica della complessità

Traduzione del modello della medicina basata sulle evidenze (EBM) in quello di una medicina del mondo reale

Integrazione del dato biologico con osservazione continuativa dell'individuo

PIANO CLINICO

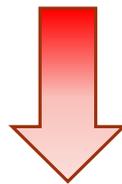
INSERIMENTO AMBIENTE DI VITA

NUOVO PARADIGMA

Dalla Medicina basata sull'evidenza alla
Valued Based Healthcare

quindi

Necessità di sviluppare una medicina efficace
che arrivi a target tenendo conto delle
preferenze e delle capacità del paziente



personalizzazione della cura

Reti Cliniche

La Rete clinico-assistenziale è un modello organizzativo

assicura

- la **presa in carico del paziente** mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, **professionisti, strutture e servizi** nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa.

Reti Cliniche

La rete individua i **nodi** e le relative **connessioni** definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini

PDTA

Se la **rete clinica** fa riferimento alla rete complessiva di offerta coinvolta nella risposta a specifici problemi di salute (ad es., rete oncologica, ictus, infarto miocardio, trauma, etc.) i **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)** identificano i modelli di presa in carico per ciascuna condizione patologica a cui la rete clinica si riferisce, declinandone i contenuti dalla fase di prevenzione a quella del fine vita sia sul piano clinico assistenziale che su quello dell'organizzazione dei servizi.

PDTA

*Il PDTA (in inglese clinical o critical pathways) può anche essere definito come un **piano multidisciplinare e multiprofessionale**, elaborato per una **specifica categoria di pazienti**, che identifica la sequenza degli atti da effettuare al fine di conseguire la migliore efficacia e efficienza possibili in uno specifico contesto locale*

(PDTA)

Alla luce dei principi della Evidence Based Medicine, il PDTA costituisce lo strumento finalizzato all'implementazione delle raccomandazioni scientifiche di buona pratica clinica risultando dall'integrazione di due componenti:

- **le raccomandazioni cliniche delle linee guida (LG) di riferimento**
- **gli elementi di contesto locale in grado di condizionarne l'applicazione.**

I PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NEI PATTI E NELLA PRATICA

Una formula semplice...

PDTA = LG + CL

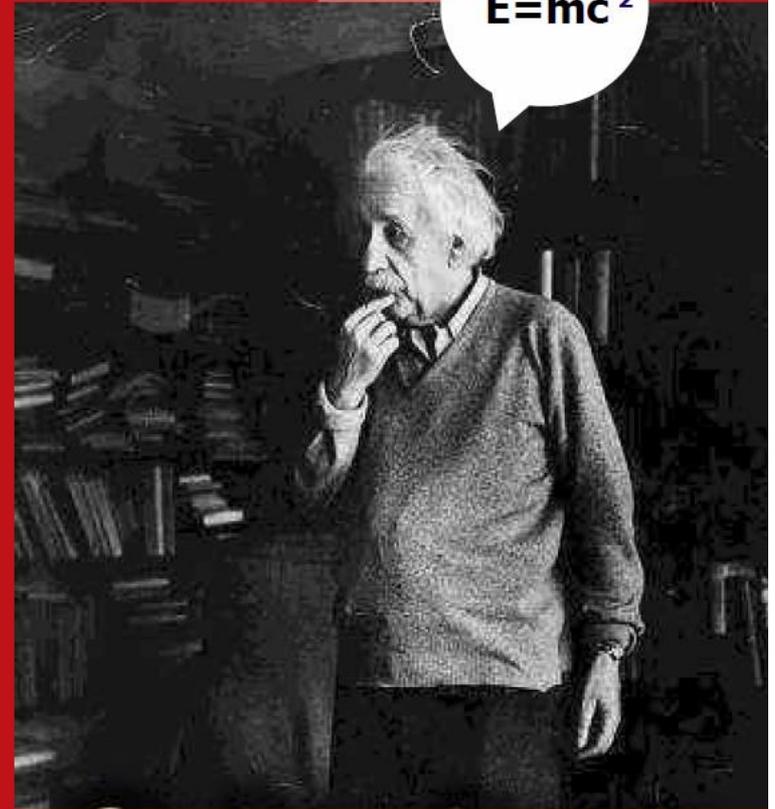


Tabella 1 – Linee guida, PDT, Percorsi Assistenziali: sinossi comparativa.

	Linee guida	Protocolli diagnostico - terapeutici	Percorsi Assistenziali
Da cosa nascono	EBM	EBM	EBM
Chi li produce	Esperti	Esperti	Team multidisciplinari
A che livello	Internazionale e/o nazionale	Internazionale e/o nazionale	Locale
Come agiscono	Raccomandazioni	Prescrizione	Azioni pratiche
Attenzione agli aspetti organizzativi	Media	Nulla	Forte
Attenzione agli aspetti clinici	Molto forte	Molto forte	Molto forte
Attenzione agli aspetti assistenziali	Media	Scarsa	Molto forte
Attenzione agli aspetti economici	Scarsa/nulla	Scarsa/nulla	Consistente
Parti dei processi interessati	Le più rilevanti clinicamente	Specifiche problematiche diagn.-terap.	Da processi in singole U.O. a processi ospedale/territorio

PDTA E QUALITÀ

Un PDTA nell'ottica della personalizzazione dell'assistenza e delle cure al singolo paziente può fare riferimento alle categorie assistenziali proposte dalla JOINT COMMISSION

Queste categorie, in tutto sono nove:

- 1. valutazione dei pazienti** (quali informazioni è utile rilevare e come acquisirle);
- 2. educazione del paziente e/o della famiglia** (intendendo sia le informazioni da fornire sia le attività specifiche di educazione terapeutica);
- 3. pianificazione del percorso** ed eventualmente della dimissione;
- 4. esami** (indicazione di tutti gli esami di diagnostica strumentale, di laboratorio e di immagine che, sulla base delle raccomandazioni di provata efficacia, risultano indispensabili per la valutazione ed il monitoraggio con particolare attenzione alle problematiche di appropriatezza);

5. **interventi, procedure** (indicare quali interventi sanitari e non solo risultano necessari e, se il gruppo lo ritiene utile, quali istruzioni o procedure è importante redigere);
6. **consulenze** (indicare quali consulenze specialistiche è opportuno richiedere per migliorare l'esito finale dell'intervento, prestazione, attività);
7. **terapia**;
8. **nutrizione** (se, rispetto alla patologia, è importante fare il punto sull'aspetto nutrizionale, quest'aspetto deve essere formalizzato);
9. **attività e sicurezza del paziente** (indicare tutto ciò che è necessario predisporre affinché venga garantita la sicurezza del paziente).

LE FASI DA RISPETTARE PER DEFINIRE UN PDTA

In sintesi. In ciascun PDTA se

le LG raccomandano quali interventi sanitari (*cosa*) dovrebbero essere effettuati in relazione a specifiche categorie di pazienti,

un PDTA deve definire per ogni fase del processo assistenziale:

Chi: i professionisti responsabili

Dove: i diversi setting in cui viene erogato

Quando: le tempistiche cliniche e organizzative

Come: la descrizione delle procedure operative.

Distribuzione della popolazione assistibile Puglia 2013 per classe diagnostica

	% ass. % valore		N° ass.	Valore pro-capite	Valore totale
Deceduto	0,8%	7,2%	33.807	7.600,00	256.931.671
Cronico (#)	39,6%	79,1%	1.627.398	1.730,00	2.815.295.811
Non cronico	40,4%	13,7%	1.661.639	293,00	486.729.425
Non consumatore	19,2%	0%	791.741	0	0

(#) 16.411 assistibili cronici non consumatori, sono stati inseriti nella categoria «non consumatore».

Le cronicità vengono calcolate qui con il metodo CREG (Chronic Related, Groups) e comprendono:

Trapiantati, Insufficienza Renale Cronica HIV, Neoplasie, Diabete, Malattie Cardiovascolari, Broncopneumopatie, Gastro ed epatopatie, malattie neurologiche, malattie autoimmuni, malattie endocrine-metaboliche.

Costruzione della Banca Dati Assistito Puglia

Anno 2015



Distribuzione assistibili per tipo di cronicità da sola o associata con spesa totale e spesa procapite in euro

CRONICITA'	Da sola			Associata altre comorbidità		
	N ass	Spesa tot	Spesa procapite	N ass	Spesa tot	Spesa procapite
TRAPIANTO	160	349.523	2.184,5	3.296	57.836.354	17.547,4
IRC	551	1.812.195	3.288,9	16.046	178.536.085	11.126,5
HIV	20.119	7.475.339	371,5	28.551	116.319.549	4.074,1
NEOPLASIE	31.630	54.292.482	1.716,5	145.066	660.454.668	4.552,8
DIABETE	24.869	20.257.968	814,6	261.434	768.476.172	2.939,5
CARDIO_VASC	292.059	204.733.619	701,0	809.767	2.095.076.024	2.587,3
BPCO/ASMA	98.802	54.788.689	554,4	153.638	543.980.497	3.540,7
GASTR-INT	119.078	72.144.979	605,9	610.501	1.805.034.230	2.956,64
NEURO	35.733	40.022.225	1.120,0	111.396	403.434.725	3.621,6
AUTOIMM	15.123	5.309.097	351,1	64.605	86.594.786	1.340,4
ENDO_METAB	83.046	36.527.732	439,8	528.656	1.233.211.583	2.332,7

OBIETTIVI SPECIFICI PDTA della ROP

1. Definizione del problema di salute (Reti Sanitarie)
2. Costituzione del gruppo di lavoro
3. Ricognizione dell'esistente (percorso attuale)
4. Costruzione del "percorso ideale"
5. Costruzione del "percorso di riferimento"
6. Attuazione del percorso (implementazione e manutenzione)
7. Valutazione del percorso
8. Training Center (azione trasversale)

NEL CASO DEL NETWORK DELLE BREAST UNIT

- Ricognizione dell'esistente attraverso criteri organizzativi e di monitoraggio
(Delibera A.Re.S.S. del 19 febbraio 2018 n.32)
- Definizione della Rete di Patologia Breast Unit
(DGR del 22 maggio 2018 n. 854)
- Costituzione del GRIP del Cr Mammella
(insediamento attraverso l'UCooR oncologica pugliese)
- Costruzione del "PDTA Regionale"
(In itinere attraverso i GRIP e i Drafter del PATH Lab)
- Contestualizzazione del PDTA Regionale nei 4 DiONC
(in itinere attraverso i Coordinatori dei GRIP)

A seguire ...

- Attuazione del percorso
(implementazione e manutenzione del PDTA)
- Valutazione del percorso
(una volta implementato, adozione del set di indicatori del MdS)
- Training Center PATHLAB
(azione trasversale di rinnovamento)

Istituzione dei Gruppi Ristretti di Patologia (GRiP)

Funzione del GRiP in prima istanza:

Elaborare la proposta di PDTA regionali per ciascuna delle principali patologie tumorali

Funzione del GRiP in seconda istanza:

Aggiornare e mantenere nel tempo i PDTA elaborati e introdurne di nuovi rispetto al bisogno

Funzione trasversale:

Trasferire in collaborazione con i Coordinatori dei GIP il PDTA regionale nel contesto di riferimento

I PRIMI PDTA REGIONALI DELLA ROP

1. CR POLMONE (individuato e insediato)
2. CR PROSTATA (individuato, in corso di insediamento)
3. CR MAMMELLA (individuato, in corso di insediamento)
4. CR COLON-RETTO (individuato e insediato)
5. CR UTERO (individuato e insediato)

I COMPONENTI DEI GRIP

1. **Coordinatore**
2. **Gruppo di Coordinamento**
3. **Chirurgo**
4. **Anatomo-Patologo**
5. **Radioterapista**
6. **Oncologo**
7. **Medico Nucleare**
8. **Radiologo**
9. **Endoscopista**
10. **Drafter dei PDTA**

PROFESSIONALITÀ TRASVERSALI

- 1. Biologi molecolari e genetisti**
- 2. Radiologi interventisti**
- 3. Medici nutrizionisti**
- 4. Medici di Medicina Generale**
- 5. Infermieri**
- 6. Direttori dei Distretti Socio-Sanitari**
- 7. Volontari delle Associazioni**

PATH Lab

L'A.Re.S.S. ha elaborato il progetto PATH Lab con lo scopo di creare il THINK-THANK dei Percorsi Diagnostico Terapeutico e Assistenziali (PDTA) della regione.

Macro obiettivo

Sviluppare, misurare, disegnare i modelli e gli assetti dei PDTA, nonché analizzare gli esiti di una determinata patologia nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali.

Processo di valutazione continuo del PDTA

L'implementazione di un PDTA richiede la previsione di un sistema di monitoraggio e aggiornamento costante, così come di valutazione dei risultati conseguiti a diversi livelli, tanto nel rispetto delle logiche di fondo cliniche e organizzative, quanto di rendicontazione rispetto ai portatori di interesse, in primis dell'utente e dei risultati di salute.

- a) la tipologia degli indicatori utilizzati;
- b) le modalità di individuazione degli indicatori e di formulazione degli standard;
- c) le modalità di funzionamento del sistema di valutazione.

Gli indicatori: le definizioni

Gli indicatori sono informazioni cruciali e selezionate che aiutano a misurare i cambiamenti in relazione a bisogni prioritari e permettono di monitorare specifici aspetti di politica sanitaria o di fattori rilevanti alla determinazione di politiche sanitarie o correlate (WHO, 1981)

Rappresentano informazioni selezionate allo scopo di misurare i cambiamenti che si verificano nei fenomeni osservati e, conseguentemente, per orientare i processi decisionali (decreto 24/7/1995)

Variabili quantitative o parametri qualitativi che registrano un certo fenomeno, ritenuto appunto indicativo, di un fattore di qualità (Ministero della Salute 1996)

Variabili utilizzate per descrivere in modo sintetico un fenomeno complesso e capace di fornire (attraverso il confronto con uno standard o valore soglia) informazioni utili per prendere decisioni e avviare iniziative di miglioramento

Gli indicatori nei PDTA

Di struttura

- misurano le risorse utilizzabili nell'ambito del percorso (operatori, dotazioni tecnologiche, posti letto, ecc.);

Di processo

- Misurano il funzionamento del PDTA in funzione del cambiamento spazio-temporale rispetto a standard predefiniti
- misurano quanto un particolare intervento è efficace e indicato per la persona/con una determinata patologia (clinica) ovvero nel setting di trattamento scelto (organizzativa)

- *Di Appropriatezza*

- *Di output*

- Misurano il numero di interventi/trattamenti rispetto al valore atteso

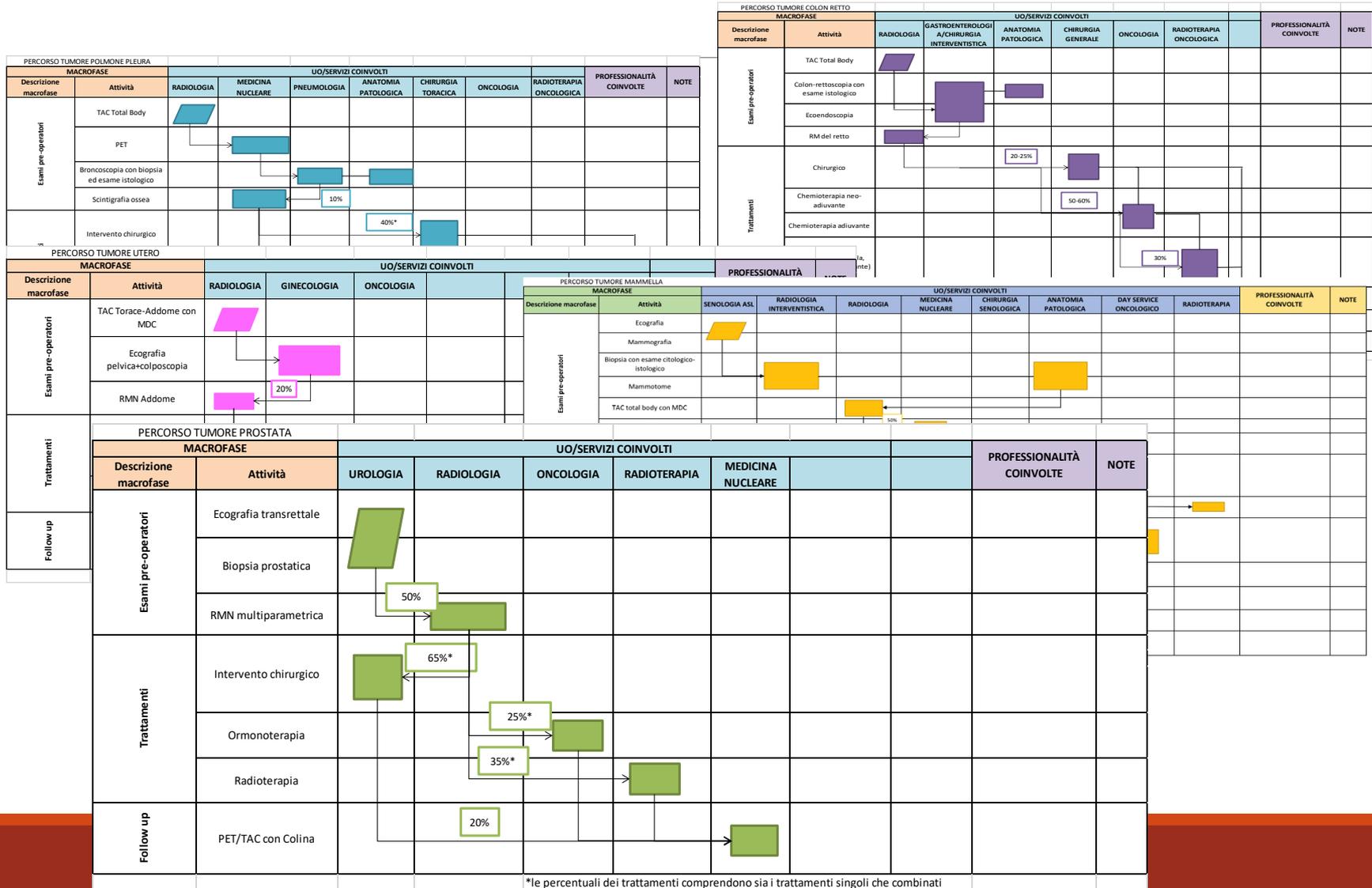
Di esito

- Misurano la variazione dello stato di salute (non dipendono solo da qualità assistenziale)

- *Di efficienza*

- Misurano l'impatto economico

PDTA: Mammella, Colon retto, Prostata, Utero ovaio, Polmone



In conclusione

Abbiamo:

- ✓ la necessità di passare speditamente a percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali costruiti sulla appropriatezza e sulla centralità del paziente;
- ✓ l'urgenza di potenziare il secondo pilastro della sanità pubblica, quello della medicina del territorio, a partire dalla riorganizzazione e promozione delle cure primarie e della integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento alla presa in carico e alla continuità della assistenza;

ATTORNO ALLA DIALETTICA TRA :

1. MONDO DELLE FORMALIZZAZIONI SCIENTIFICHE (conseguenze)
2. MONDO REALE (incertezze/imprevedibilità)

SI GIOCHERÀ LA COSTITUZIONE DEI MODELLI
DI CURA DEL PROSSIMO FUTURO

Gli obiettivi citati, sono solo alcuni dei tanti che avremmo potuto richiamare, ma sono indicativi della maturazione di una nuova consapevolezza su ciò che bisogna intendere, oggi, per tutela del diritto alla salute, e di ciò non possiamo non tenere conto se vogliamo provare ad orientare sempre di più il sistema verso i cittadini e i loro bisogni.

BUON LAVORO A TUTTI NOI !!!

Grazie per l'attenzione!

e.attolini@arespuglia.it