

TMD PROSTATA: Note preliminari

La prospettiva di riferimento per il PDTA



■ Tre prospettive di riferimento nella costruzione di un PDTA

Nel disegnare e comunicare un PDTA è possibile assumere almeno tre prospettive diverse:

- quella del **paziente**: in questo caso il destinatario prevalente è il paziente al quale devono essere rappresentati gli snodi principali del suo percorso di patologia sia per orientarne scelte e comportamenti sia per assicurargli standard minimi di riferimento;
- quella dei **professionisti**: in questo caso il percorso rappresenta il consenso raggiunto tra i professionisti sulle principali decisioni da assumere in relazione ai diversi stadi ed evoluzioni della patologia, il PDTA è pensato per rappresentare un punto di riferimento per la pratica clinica declinando operativamente i principi dell'evidenza scientifica;
- quella del **sistema/organizzazione**: in questo caso i destinatari sono tutti quei soggetti che hanno una responsabilità nell'assicurare condizioni gestionali e organizzative affinché i percorsi di cura possano svolgersi secondo le modalità predefinite e considerate ottimali (o almeno soddisfacenti);

■ La prospettiva adottata nel documento

La prospettiva adottata nella costruzione e validazione del presente documento è quella dei professionisti. Lo scopo principale perseguito è stato, infatti, di definire un percorso e standard clinici tali da guidare i diversi professionisti nel trattamento della patologia, senza trascurare gli aspetti organizzativi e le attese del paziente. Il presente documento costituisce una solida e indispensabile base sulla quale sarà possibile costruire documenti specifici, maggiormente orientati a esplorare le implicazioni organizzative e gestionali o rivolti ai pazienti o ai cittadini in genere.

Una multidisciplinarietà sostenibile



- **La multidisciplinarietà un obiettivo fondamentale per l'efficacia delle cure**
Alla base dell'iniziativa TMD è il riconoscimento del valore della multidisciplinarietà e della esigenza che essa permei tutte le risposte in ambito uro-oncologico. La multidisciplinarietà è il portato di fattori strutturali, diversi e convergenti, quali: la specializzazione, il progresso scientifico, la personalizzazione delle cure, la necessità di rispettare le scelte e gli orientamenti del paziente. Come tale deve costituire un punto di attenzione costante nella progettazione dei servizi e nella pratica clinica.
- **Specializzazione e multidisciplinarietà alla base del PDTA proposto**
Il disegno proposto mette al centro la necessità di assicurare nelle fasi critiche il contributo congiunto delle diverse discipline attraverso il confronto e la decisione multidisciplinare, garantendo al tempo stesso tutti i vantaggi della specializzazione. La costituzione di Unit o Network multidisciplinari risponde alla necessità di creare un "ambiente condiviso" nel quale la multidisciplinarietà non si riduca al solo momento "deliberativo", ma rappresenti un metodo di lavoro, un orizzonte culturale, un incentivo alla trasmissione e contaminazione di saperi e di approcci.
- **Una multidisciplinarietà sostenibile e in evoluzione**
La multidisciplinarietà non è priva di costi economici e organizzativi, soprattutto in un contesto in cui il tempo medico diventa una risorsa sempre più rara. In questa prospettiva, da una parte, il sistema e le organizzazioni devono prendere atto delle implicazioni connesse alla nuove modalità di cura, dall'altra, si tratterà di bilanciare approcci più *time – consuming* con modalità di collaborazione meno impegnative rispetto alle risorse scarse. La sostenibilità dei modelli multidisciplinari deve anche essere considerata in una logica evolutiva, nella quale una volta costruita una solida base di relazioni e fiducia tra le discipline, le modalità stesse della collaborazione possano evolvere verso modelli più avanzati ed efficienti

Le soglie e la qualificazione delle UU.OO.



■ La specializzazione necessaria a tutela dei pazienti

La moderna medicina, mentre aumenta le opportunità di cura e le attese di risultato, richiede in molti casi elevati gradi di specializzazione. Tale esigenza a tutela dei pazienti, ma anche dei professionisti, si traduce in un sempre maggior utilizzo da parte dei sistemi delle soglie dimensionali per U.O., come ben esemplificato dal DM 70 e dal PNE. L'idea di fondo è che per determinate procedure/percorsi di cura gli esiti (qualità offerta) siano strettamente collegati ai volumi trattati. Il presente lavoro aderisce a tale impostazione, individuando standard minimi che qualificano le UU.OO. rispetto ad alcune procedure.

■ Le UU.OO. e l'accumulo delle competenze

Le UU.OO. hanno finora rappresentato il luogo privilegiato per osservare e valutare le competenze cliniche ed è quindi ragionevole continuare a porre le UU.OO. al centro di uno sforzo per assicurare adeguati livelli di qualità delle cure. E' necessario, comunque, guardare con attenzione a due fenomeni, in parte collegati, che stanno modificando il quadro di riferimento. Da una parte vi è l'emergere di nuove dimensioni organizzative, come i network e le unità multidisciplinari, che si aggiungono alle tradizionali UU.OO.. Dall'altra vi è la necessità e la possibilità di porre attenzione alle competenze del singolo professionista e in questa prospettiva sarà necessario integrare i parametri di qualificazione con standard collegati agli individui.

I capisaldi del PDTA



■ VM VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

Al fine di promuovere l'efficacia clinica, a tutela del paziente e della sua scelta informata circa i percorsi di cura, a tutti i pazienti deve essere assicurata una valutazione multidisciplinare in tutti gli snodi critici del PDTA e, in particolare, nel momento di scelta della prima indicazione terapeutica a seguito della prima diagnosi. La valutazione multidisciplinare è assicurata da un team multidisciplinare (TMD) o da un comitato multidisciplinare (CMD)

■ SOGLIE SUI VOLUMI E UNITA' QUALIFICATE

In linea con l'evoluzione del sistema (PNE e DM 70) le società scientifiche hanno definito alcune soglie di volume che qualificano le UU.OO. rispetto alle terapie potenzialmente erogabili. Laddove è stata indicata una soglia, le prestazioni devono essere assicurate da una unità qualificata (urologia UQ, radioterapia RQ, oncologia OQ)

■ PCU-PROSTATE CANCER UNITS

Le PCU sono il luogo elettivo e specializzato per il trattamento del paziente con cancro alla prostata. In esse opera un TMD in grado di assicurare tutti i saperi e le competenze potenzialmente coinvolti nella diagnosi e trattamento della patologia. I requisiti sono quelli votati

■ PCN-PROSTATE CANCER NETWORKS

Per un efficace trattamento della patologia e la presa in carico del paziente è opportuno che si sviluppino reti coordinate (network) tra tutte le unità qualificate e quindi potenzialmente in grado di erogare le prestazioni previste dal PDTA. I PCN potranno alternativamente svilupparsi:

- come rete di unità affiliate a una PCU;
- come rete autonoma e in questo caso l'insieme delle unità dovrà rispettare in maniera stabile e con relazioni sufficientemente strutturate e formalizzate i requisiti stabiliti per le PCU.

I protagonisti del PDTA

- **Urologo:** indipendentemente dalle forme contrattuali e organizzative nelle quali opera è lo specialista di primo riferimento per i problemi legati alla prostata è a cui è affidata la responsabilità della diagnosi
- **Urologia:** si intende una qualunque unità operativa così denominata
- **Urologia Q(ualificata):** si intende un' urologia che risponda alle soglie definite dalle società scientifiche e che viene affiliata a un PCN
- **Urologia PCU:** è parte integrante di una PCU che risponde ai requisiti richiesti

- **Radioterapia Oncologica Q(ualificata):** si intende una radioterapia che risponda alle soglie definite dalle società scientifiche e che viene affiliata a un PCN
- **Radioterapia Oncologica PCU:** è parte integrante di una PCU che risponde ai requisiti richiesti

- **Oncologia medica Q(ualificata):** si intende una oncologia medica che risponda alle soglie definite dalle società scientifiche e che viene affiliata a un PCN
- **Oncologia medica PCU:** è parte integrante di una PCU che risponde ai requisiti richiesti

Come assicurare la VM a tutti i pazienti



VM MODALITA' DI ESECUZIONE

La VM può essere eseguita in una delle seguenti modalità (vedi documento votato nel 2016):

Section 4 - Standards and items to set up a PCU: Clinics			
25	<p>PCU Clinics Clinics</p> <p>for newly referred prostate cancer patients</p> <p>First possibility</p>	1. At least one clinic per week should be available for newly-referred prostate cancer patients.	1. Obbligatorio – subito
		2. Recommended - These patients should be offered an appointment within 20 working days of receipt of the referral.	2. Obbligatorio – un anno
		3. The clinic can be <u>monodisciplinary</u> : the patient is seen by the urologist or the radiation or the medical oncologist and handed out written information on possible therapeutic/observational options.	3. Possibile per primo anno
		4. The nurse is available to provide additional information and support as required.	4. Facoltativo
		5. The case must be discussed in the Interdisciplinary and Multiprofessional Team Meeting.	5. Obbligatorio – subito

Come assicurare la VM a tutti i pazienti



VM MODALITA' DI ESECUZIONE

La VM può essere eseguita in una delle seguenti modalità (vedi documento votato nel 2016):

Nr	Standard	Substandards	Tipo / tempistica
26	<p>PCU Clinics Clinics</p> <p>for newly referred prostate cancer patients</p> <p>Second possibility</p>	1. The clinic can be <u>multidisciplinary</u> : the patient is seen in sequence by the urologist, the radiation oncologist, the medical oncologist (at least for locally advanced and metastatic disease) and professionals able to offer psycho-social support where available and handed out written information on possible therapeutic/observational options.	1. Obbligatorio – un anno (a scelta: simultanea o sequenziale)
		2. The nurse is available to provide additional information and support as required.	2. Facoltativo
		3. The case must be discussed in the Interdisciplinary and Multiprofessional Team Meeting.	3. Obbligatorio – subito per due anni; discussione di casi selezionati secondo percorsi condivisi dal terzo anno
27	<p>PCU Clinics Clinics</p> <p>for newly referred prostate cancer patients</p> <p>Third possibility</p>	1. The clinic can be <u>multidisciplinary</u> : the patient is seen synchronously by the urologist, the radiation oncologist, the medical oncologist (at least for locally advanced and metastatic disease) and professionals able to offer psycho-social support where available and handed out written information on possible therapeutic/observational options.	1. Obbligatorio – un anno (a scelta: simultanea o sequenziale)
		2. The nurse is available to provide additional information and support as required.	2. Facoltativo
		3. The case must be discussed in the Interdisciplinary and Multiprofessional Team Meeting.	3. Obbligatorio – subito per due anni; discussione di casi selezionati secondo percorsi condivisi dal terzo anno

Come assicurare la VM a tutti i pazienti



■ VM LA RESPONSABILITA' DELLA PROPOSTA TERAPEUTICA

Negli snodi critici del percorso la proposta di decisione al paziente deve essere stata discussa in forma multidisciplinare ovvero in un contesto nel quale siano presenti almeno un urologo, un oncologo radioterapista e un oncologo medico, tutti appartenenti a unità qualificate (potenzialmente erogatrici delle prestazioni oggetto di discussione). La multidisciplinarietà potrà essere assicurata da un:

- TMD che opera in una PCU;
- CMD che opera in un PCN affiliato a una PCU, in questo caso il CMD è sostanzialmente riconducibile a un TMD opportunamente integrato dai professionisti delle unità affiliate e coinvolte nella decisione;
- CMD che opera in un PCN costituito in forma autonoma (non affiliato a una PCU), in questo caso il CMD deve garantire adeguati livelli di formalizzazione e di condivisione di competenze e pratiche.

Il PDTA: un obiettivo da realizzare



▪ A REGIME

- tutte le UO qualificate fanno parte di una realtà strutturata , PCU o PCN (operano in rete)
- in tutte le regioni vi è una adeguata diffusione di PCU
- tutti i pazienti hanno una VM e sono inseriti in un PDTA
- tutte le prestazioni del PDTA sono erogate da UO qualificate

▪ PHASING IN

- le regioni si danno obiettivi temporali per l'attivazione delle PCU e dei PCN (max un triennio)
- per un triennio si considerano qualificate le UO che raggiungono l'80% delle soglie
- a seguito di una ricognizione sulle prestazioni erogate da UO non qualificate, le regioni si danno obiettivi temporalmente scanditi per arrivare nel triennio al 100% di prestazioni erogate da UO qualificate