



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

Engageminds-HUB

Consumer and Health Engagement Research Center

Si attesta che

**EDOARDO FIORINI**

nato a MILANO l'8/07/1950

ha frequentato il Corso di Alta formazione

---

**Engagement e patient advocacy.  
Il ruolo delle associazioni nella medicina partecipativa**

---

organizzato dall'Università Cattolica del Sacro Cuore  
attraverso il Centro di Ricerca Engageminds-HUB.

Il Corso, della durata di 48 ore, si è svolto a Milano dall'8 febbraio al 15 novembre 2018.

*Si rilascia il presente attestato in carta libera, su richiesta dell'interessata, per gli usi consentiti dalla legge.*

Il Direttore Scientifico  
Prof.ssa Guendalina Graffigna

Il Responsabile Formazione Permanente  
Dot. Franco Brambilla

Milano, 15 novembre 2018

# **PDTA** - L'importanza del coinvolgimento del paziente

## FONTI

**Il PDTA: ruolo, funzioni e attori**

**Federica Morandi Ph.D.**

Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari

**Percorso Diagnostico – Terapeutico Assistenziale (PDTA) / Profilo Integrato di Cura (PIC)**

**Antonio D'Urso**

Direttore Generale Azienda Ospedaliera San San Camillo Forlanini per ALTEMS

**La necessità di una rete oncologica nazionale e l'accessibilità alle cure**

**Carmine Pinto**

Direttore dipartimento: oncologico e tecnologie avanzate

Arcispedale S. Maria nuova - azienda ospedaliera di Reggio Emilia

# Caratteristiche dello scenario ambientale

## Cosa sta cambiando



Progressivo invecchiamento e conseguente della **cronicizzazione di patologie «big killer»**



Il quadro economico – finanziario richiede alle aziende sanitarie una crescente attenzione alla sicurezza, alla qualità e al tempo stesso ai costi di gestione



Uno stimolo per accrescere l'appropriatezza e l'efficacia organizzativa enfatizzando il ruolo delle **Reti** e dei **PDTA**



# PDTA – Un lungo percorso nelle normative

- **La legge finanziaria 1996 (art.1 comma 28)** sui tetti di spesa *esortava* i medici a conformare le proprie autonome decisioni tecniche a PDTA cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa”
- **Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (DL 229/99)** *indicava* le linee guida ed i relativi Percorsi diagnostico terapeutici allo *scopo di favorire lo sviluppo di modalità sistematiche di valutazione e revisione della pratica clinica ed assistenziale* e assicurare i LEA” (Livelli Essenziali di Assistenza)

# PDTA – Un lungo percorso nella normativa

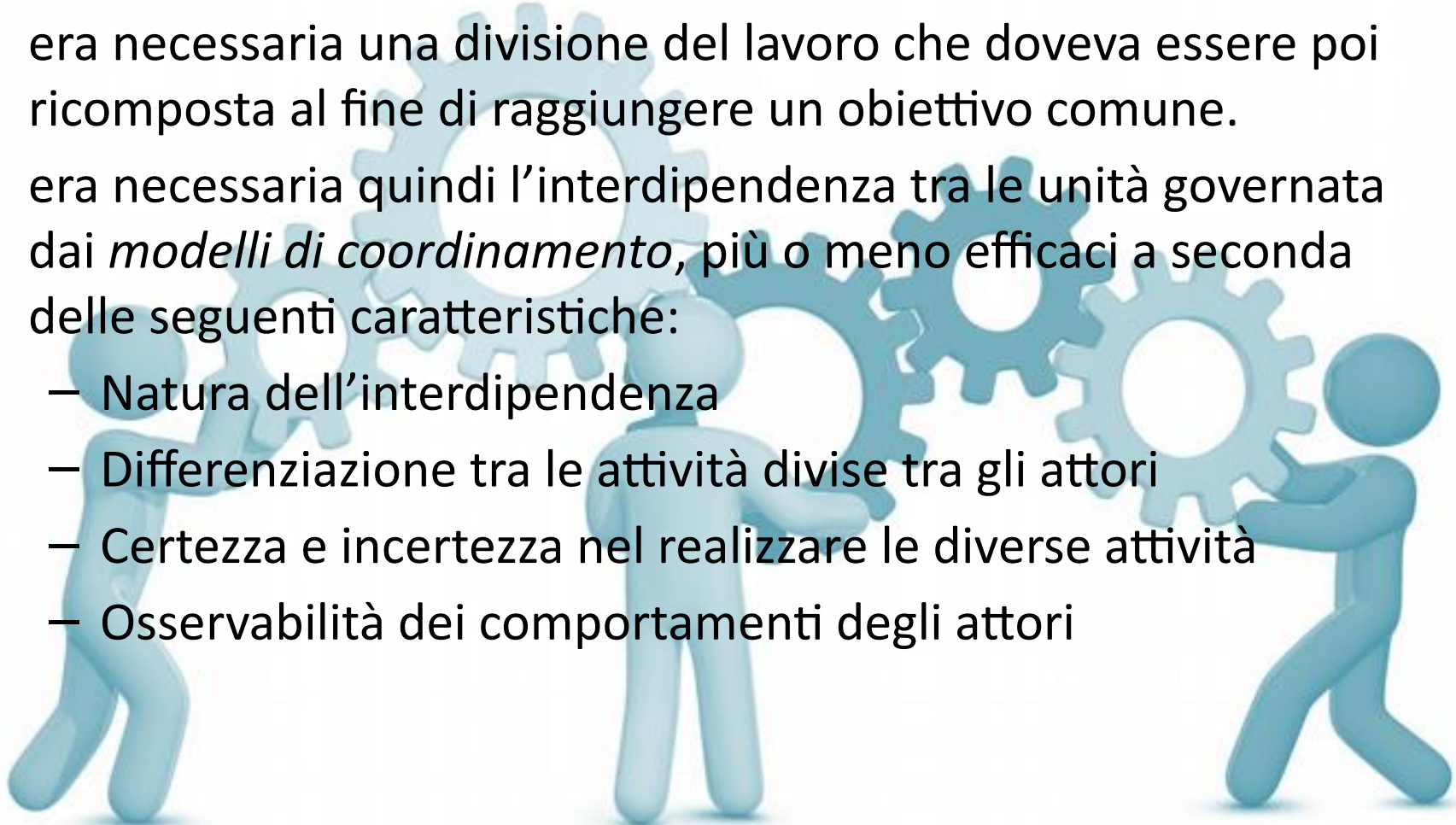


- Il **coordinamento di tutte le azioni** che intervengono nella diagnosi, cura e assistenza al malato oncologico, sia in ospedale che nel territorio, è un nodo cruciale ed irrinunciabile ai fini del raggiungimento di livelli standard di qualità, corretta allocazione di risorse, e requisito fondamentale per consentire equità nell'accesso alle cure a tutti i cittadini.
- Nell'ambito dell'assistenza al malato oncologico vanno considerati non solo gli aspetti clinici e psicologici della malattia, ma anche la riabilitazione e la gestione del percorso di cura
- La gestione del percorso di cura richiama inoltre **l'importanza di collegare in rete** i diversi regimi assistenziali, per favorire l'integrazione e il coordinamento delle risorse

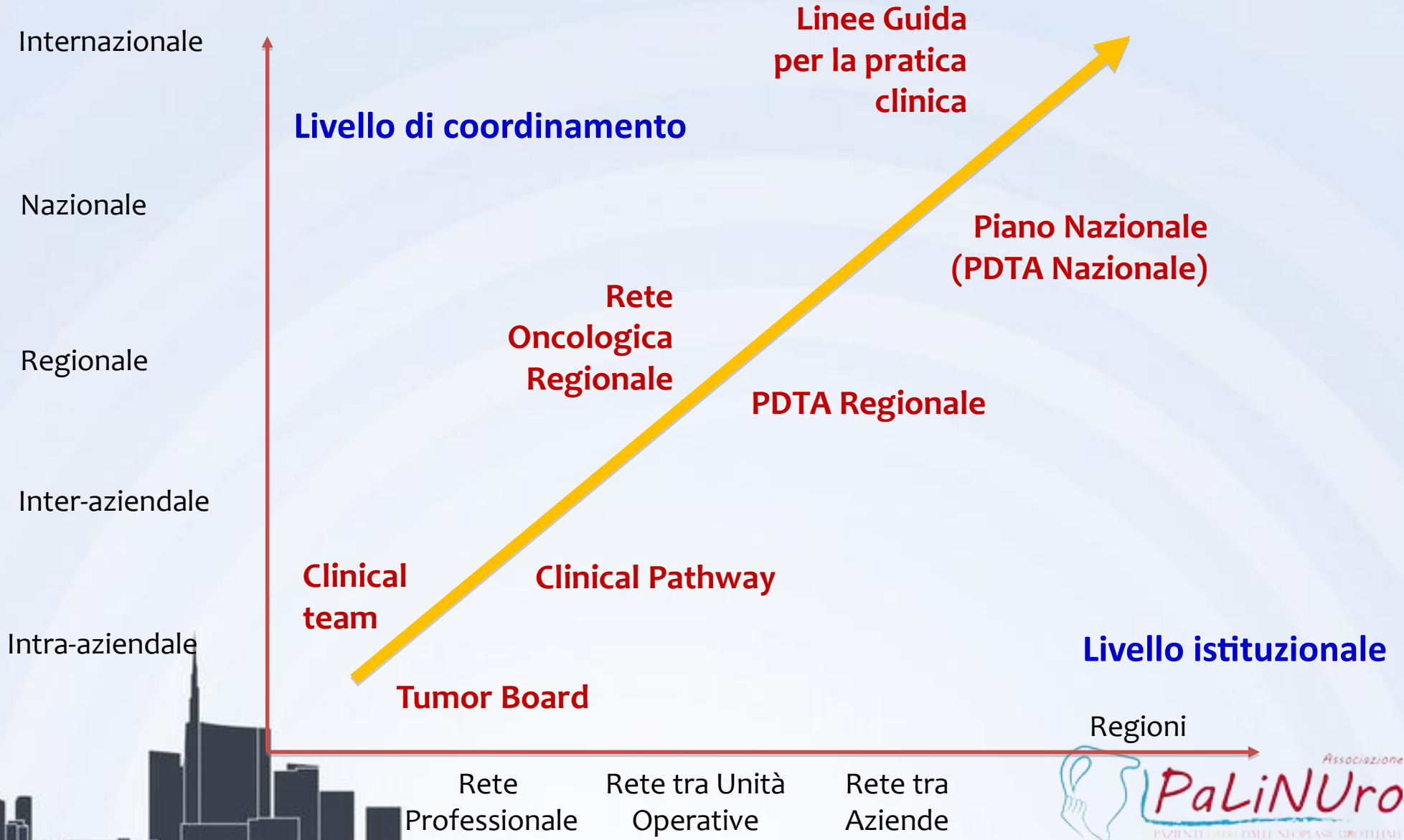
# PDTA = Organizzare l'Organizzazione

## *Affinché l'organizzazione potesse lavorare efficacemente*

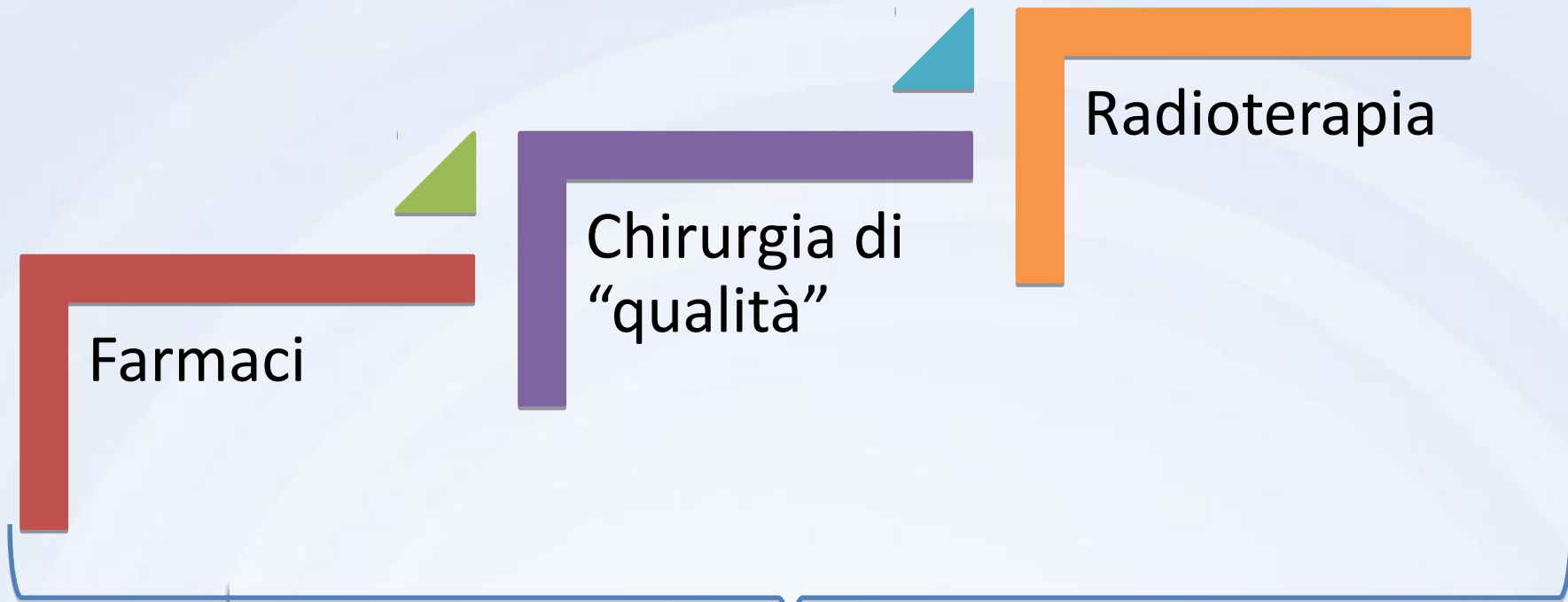
- era necessaria una divisione del lavoro che doveva essere poi ricomposta al fine di raggiungere un obiettivo comune.
- era necessaria quindi l'interdipendenza tra le unità governata dai *modelli di coordinamento*, più o meno efficaci a seconda delle seguenti caratteristiche:
  - Natura dell'interdipendenza
  - Differenziazione tra le attività divise tra gli attori
  - Certezza e incertezza nel realizzare le diverse attività
  - Osservabilità dei comportamenti degli attori



# Organizzazione “complessa”



# Il “valore” dell’organizzazione: il caso dell’oncologia



Reti Oncologiche  
PDTA  
Tumor Board



# Reti Oncologiche Regionali

## ROL – Rete Oncologica Lombardia



Sistema Sanitario



Regione Lombardia

La Rete Oncologica Lombardia (ROL) è un sistema che permette la condivisione di informazioni cliniche e la comunicazione tra i medici e le Strutture sanitarie che attuano prevenzione, assistono e curano persone affette da patologie oncologiche.



# Reti Oncologiche Regionali

## GLI OBIETTIVI



- Uniformità dei modelli a livello nazionale
- Garanzia di accesso a uguale qualità/standard assistenziali
- Appropriatelyzza diagnostica e terapeutica
- Razionalizzazione dei servizi
- Integrazione dei PDTA
- Razionalizzazione delle risorse e tecnologie
- Ottimizzazione della spesa
- Implementazione della Ricerca

# Reti Oncologiche Regionali -

## *Alcune caratteristiche indispensabili*

- Diffusione nel territorio di centri di **accesso alla Rete** oncologica in grado di prendere in carico il singolo caso assicurando la regia e fornendo le indicazioni occorrenti nei diversi passaggi dell'intero percorso
- Modello organizzativo che preveda **l'integrazione multiprofessionale** con la costituzione di gruppi tumore-specifici che adottano in modo condiviso percorsi di cura che rappresentano un riferimento per tutti i professionisti impegnati (PDTA)

# Reti Oncologiche Regionali -

## *Alcune caratteristiche indispensabili*

- Interlocuzione con ***l'Associazione*** in campo oncologico, che preveda il coinvolgimento con sistema di auto registrazione delle singole Associazioni all'interno delle strutture delle Reti, e con i ***medici di medicina generale (MMG)***.
- Definizione delle ***procedure per l'eventuale richiesta di un secondo parere*** da parte del paziente, che ovviamente non sarà vincolante se le indicazioni che ne derivano sono in contraddizione con le raccomandazioni di riferimento adottate dalla rete

# Reti Oncologiche Regionali Gruppo di lavoro AIOM - CIPOMO - AGENAS

## *Alcune caratteristiche indispensabili*

- ***Individuare e definire le caratteristiche delle strutture richieste*** per il trattamento delle diverse patologie neoplastiche
- ***Segnalare i Centri di riferimento***, in particolare per patologie ad elevata complessità
  - in base alla loro incidenza
  - alla numerosità dei casi trattati con appropriatezza per migliorare qualità di cura e gli esiti
  - alla necessità e alla presenza di tecnologie avanzate richieste (spesso di alto costo)
  - alla esperienza e capacità dei professionisti

# Reti Oncologiche Regionali

*Alcune caratteristiche indispensabili*

I PDTA sono definiti e periodicamente **aggiornati a partire da Linee guida delle Società scientifiche nazionali (AIOM)** ed internazionali e sottoposti periodicamente a processi di Controllo



# Linee Guida



**Sono orientamenti conoscitivi e comportamentali che nello sviluppo della pratica medica definiscono dei “paletti” all’interno dei quali i professionisti possono lavorare in modo autonomo ma condiviso.**



# Obiettivi **Linee Guida AIOM**

- **Standardizzare sulla base dell'evidenza “la pratica clinica”** e insieme essere “strumento” di **formazione** e di **aggiornamento**
- Favorire l'uniformità, la condivisione e la **multidisciplinarietà** delle strategie di cura
- Garantire al paziente sull'intero territorio nazionale la possibilità di accesso alla **“migliore cura”**
- Rendere disponibili delle indicazioni elaborate con una metodologia validata per **le istituzioni nazionali e regionali, per gli organismi regolatori e gli enti assicurativi**





# Cos'è il **PDTA**

È uno strumento di management sanitario che funge da perfetto banco di prova per misurare l'effettivo supporto dell'Informatizzazione ai **Processi Organizzativi Aziendali** e alle **Attività Assistenziali** rivolte al Paziente.



# Cos'è il PDTA

## Processi Organizzativi Aziendali

È un insieme di “tensori” che spinge il sistema al miglioramento:

- dell'equità
- dell'efficienza
- dell'efficacia
- della collaborazione interpersonale
- dell'integrazione organizzativa
- della misurazione dei risultati di salute
- della capacità di rendicontazione
- della personalizzazione delle cure

(Fonte: Antonio D'Urso Direttore Generale  
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini – Roma)



# Cos'è il PDTA

## Attività Assistenziali

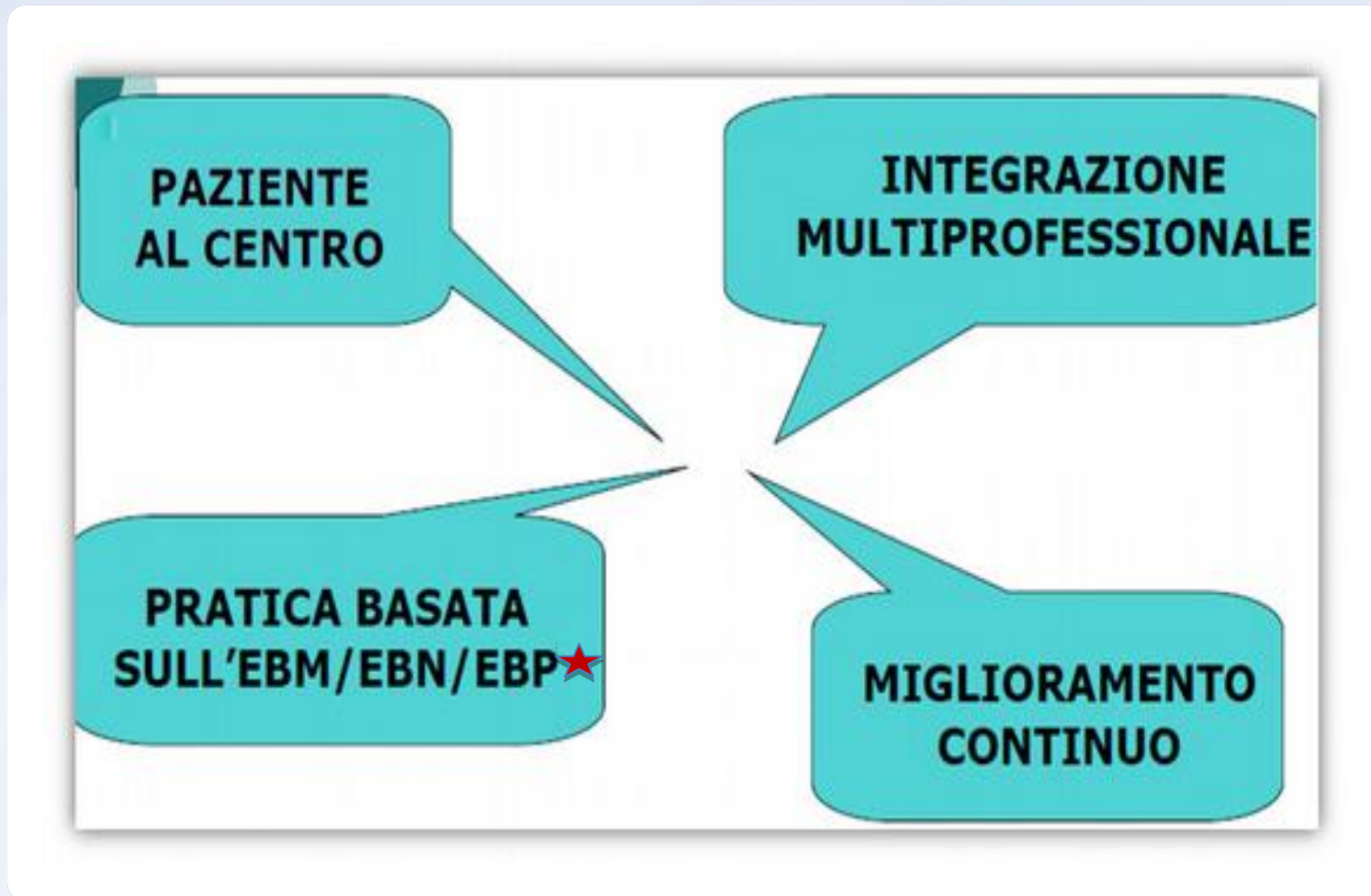
Più ancora che un modello, è una filosofia di cura e di assistenza, fondata sui principi:

1. della centralità della persona rispetto all'organizzazione
2. del bisogno misurato su base epidemiologica.
3. dell'equità verticale (trattamento diverso per bisogni diversi)
4. dell'accessibilità alle cure
5. della presa in carico, della continuità del processo diagnostico, di cura, assistenza e riabilitazione
6. della medicina basata sulle prove di efficacia
7. della soddisfazione del paziente
8. della misurazione e rendicontazione dei risultati

(Fonte: Antonio D'Urso Direttore Generale  
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini – Roma)



# PRINCIPI CHIAVE DEL PDTA



★ Prove d'efficacia dei farmaci,  
delle tecniche infermieristiche,  
della pratica medica

# PD<sup>T</sup>A: le opzioni

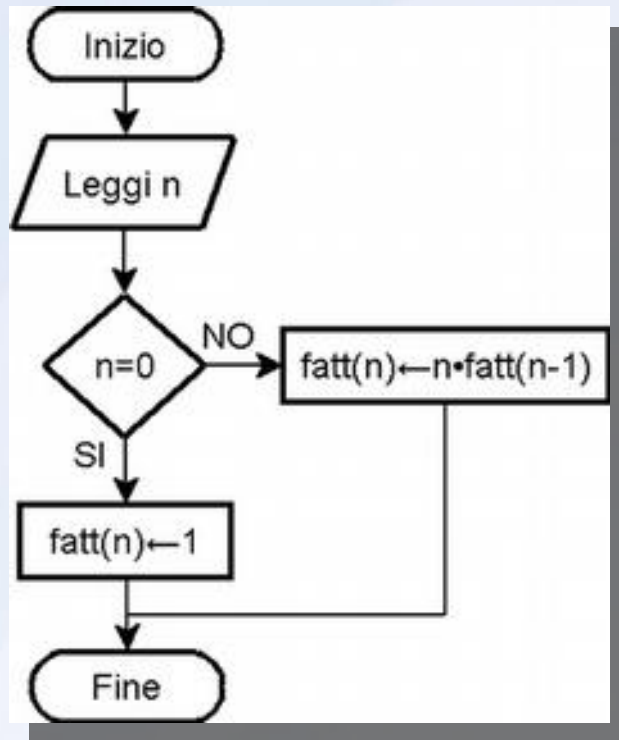
- L'ambito di estensione distingue un PD<sup>T</sup>A in:
  - PD<sup>T</sup>A *ospedaliero*
  - PD<sup>T</sup>A *territoriale*
  - PD<sup>T</sup>A *sia ospedaliero che territoriale* = **PIC**



**PIC** = **P**ercorso **I**ntegrato di **C**ura, sia territoriale sia ospedaliero, orientato *alla continuità, all'integrazione e alla completezza della presa in carico:*

RETI

# COSTRUZIONE DEL PERCORSO OBIETTIVO



Il **PDTA** è la sequenza temporale e spaziale delle attività che si intende far seguire ai pazienti con un determinato problema di salute

# LA COSTRUZIONE DEL PDTA PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DEI SEGUENTI ATTORI:

## PROMOTORE

è chi decide di attuare il PDTA/PIC

## COMMITTENTE

è chi ha la responsabilità e definisce la modalità con cui intende recepire il PDTA/PIC da attuare

## Gruppo di Coordinamento

è chi fornisce il supporto metodologico ed organizzativo al gruppo di lavoro

## Gruppo di Lavoro

è chi sviluppa il PDTA o PIC identificato



# Nel processo decisionale di adozione del cambiamento impattano inoltre..

- La condivisione delle opzioni terapeutiche con il paziente che deve **essere informato** in modo adeguato e **reso consapevole** della diagnosi, prognosi e dei possibili effetti indesiderati dei vari trattamenti; → **AUMENTO DELLA COMPLIANCE** (adesione del paziente ad una terapia)
- Il problema di salute individuato e scelto diventa eleggibile se risponde a precisati criteri di priorità, impatto sulla salute del cittadino, impatto sulla comunità, impatto sulla rete familiare.



# Elementi e criteri metodologici nella costruzione e implementazione di un **PDTA**



# Perché un team multidisciplinare

- Perché comporta la volontà congiunta di **condividere decisioni cliniche** basate sull'evidenza e di **coordinare la presa in carico del paziente** in tutte le fasi del percorso di cura;
- Perché assicura il **beneficio massimo** ottenibile per quelle **patologie in cui le opzioni di cura sono molteplici**, garantendo un approccio personalizzato, e un accesso alle diverse competenze specialistiche in relazione ai bisogni del singolo paziente, in ogni fase della malattia: dalla prevenzione alla diagnosi avanzata;

# Team MultiDisciplinare



Perché tutti i professionisti ***mettono il paziente al centro***  
del lavoro, della ricerca, dell'attività scientifica e  
professionale e pertanto agiscono con un unico scopo:  
***"il benessere del malato"***

# **PDTA**

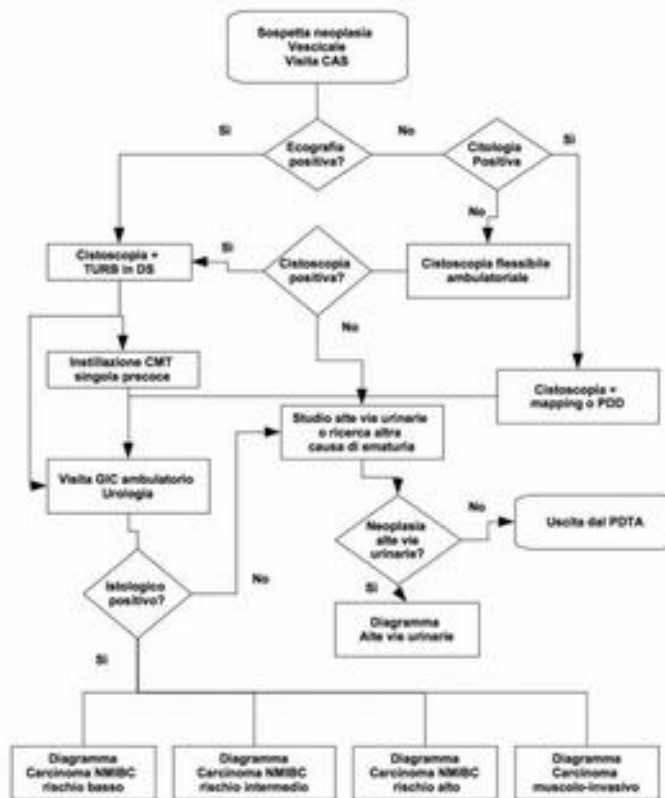
## Coinvolgimento del Paziente



# PDTA – Diagramma di Flusso

AOU Città della Salute e della Scienza della città di Torino

3.2 Diagrammi di flusso  
3.2.1 Work-up diagnostico iniziale



# Nel processo decisionale di adozione del cambiamento impattano inoltre..

La condivisione delle opzioni terapeutiche con il **paziente** che **deve essere informato in modo adeguato e reso consapevole**

- della diagnosi,
- prognosi e
- dei possibili effetti indesiderati

Da chi?...  
Come?...  
Quando?

dei vari trattamenti; → AUMENTO DELLA COMPLIANCE  
(adesione del paziente ad una terapia)

# PDТА

## LE 8 FASI DEL PERCORSO

1. Scelta del problema di salute
2. Ricognizione dell'esistente (percorso attuale)
3. Costruzione del “percorso ideale”
4. Costruzione del “percorso di riferimento”
5. Sperimentazione del percorso (fase pilota)
6. Attuazione del percorso (implementazione e manutenzione)
- 7. Valutazione del percorso**
8. Revisione e Aggiornamento periodico del PDТА

(Fonte: Antonio D'Urso Direttore Generale  
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini – Roma)



# I percorsi di cura

## VALUTAZIONE DEL PERCORSO

### Modello concettuale con 5 Variabili

struttura:	di quali risorse dispone
processo:	come funziona dal punto di vista organizzativo e dal punto di vista professionale rispetto all'aderenza alle linee guida cliniche di riferimento
output:	cosa ottiene dal punto di vista del prodotto
outcome:	<u>cosa ottiene dal punto di vista della salute dei pazienti</u>
equilibrio economico:	quante risorse economiche assorbe.



# I percorsi di cura

## VALUTAZIONE DEL PERCORSO

### Indicatori di esito/outcome

Specificano le *variazioni dello stato di salute* a livello del singolo individuo e della collettività.

#### Si riferiscono a:

- semplificazione
- accessibilità
- presa in carico
- continuità delle cure e dell'assistenza

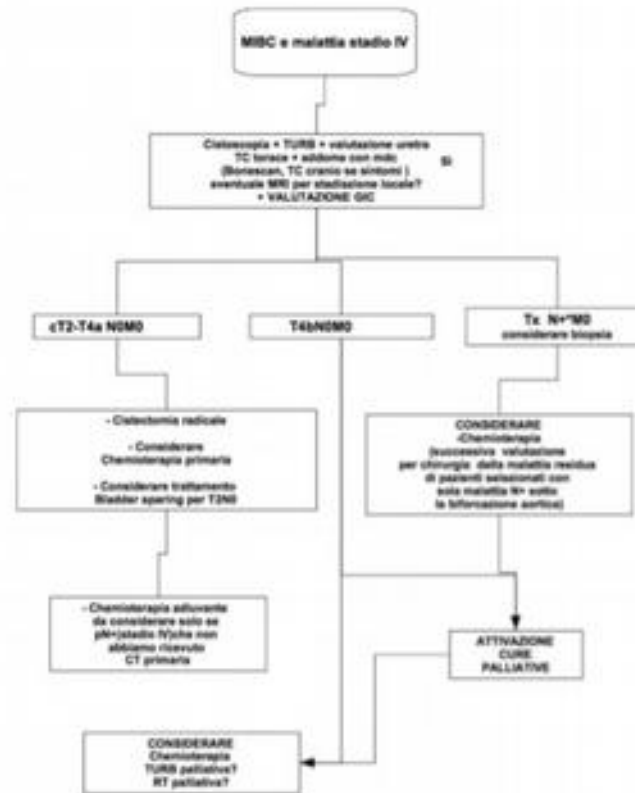
e possono essere specificati sulla base di *parametri clinici, fisiologici e biochimici, emozionali e cognitivi, psicosociali* e anche essere relativi alla *soddisfazione dell'utente*.

***In linea generale sono indicatori "critici" non sempre facili da applicare***

# Oltre al Follow – Up...

Dopo la Cistectomia Radicale, in presenza di tutti i tipi di derivazione dovrebbe essere previsto l'aspetto **RIABILITAZIONE** che comunque rientra nell'area Assistenziale, Contemplata anche nel nome del PDTA

## 3.2.5 Neoplasia muscolo-invasiva e metastatica



AOU Città della Salute e della Scienza  
della città di Torino

Associazione  
**PaLiNUro**  
PAZIENTI LIBERI DALLE NEOPLASIE UROLOGICHE