



PDTA LUNG: REGIONI A CONFRONTO

La legislazione

- Legge finanziaria del 1996, art. 1 comma 28: PDTA era concepito come uno strumento di coordinamento tra i professionisti in grado, tra l'altro, di contribuire all'ottimizzazione dell'impiego delle risorse.
- D.lgs. 229/99: le linee guida e i PDTA vengono riconosciuti come strumento di garanzia dei **Lea** e mezzo di revisione e valutazione della pratica clinica.



Valutare e definire i percorsi di cura significa comprendere quale sia il **reale percorso** di un paziente, quali gli elementi rilevanti da evidenziare e quali **attori** si debbano coinvolgere al fine di definire dei PDTA ottimali sotto il profilo **economico** e **clinico** per le principali malattie croniche e diffuse omogeneamente sul territorio nazionale

PDTA : DEFINIZIONI

Piano multidisciplinare e multiprofessionale, elaborato per una specifica categoria di pazienti, che identifica la **sequenza di azioni/attività** da effettuare al fine di conseguire la miglior **efficacia ed efficienza** possibile in uno **specifico contesto locale**. (Proyect et al. 1998)

Il PDTA, alla luce dei principi della **Evidence Based Medicine**, costituisce lo strumento finalizzato **all'implementazione delle raccomandazioni scientifiche di buona pratica clinica**, risultando in buona sostanza dall'**integrazione di due componenti**: le raccomandazioni cliniche delle **linee guida** (LG) di riferimento e gli **elementi di contesto locale** in grado di condizionarne l'applicazione. In tal senso il PDTA rappresenta la contestualizzazione, l'adattamento locale delle Linee Guida (Cartabellotta, 2008).

Permette di **valutare la congruità** delle attività svolte **rispetto agli obiettivi**, alle **linee guida di riferimento** e alle **risorse disponibili** e consente il **confronto e la misura delle attività e degli esiti** in particolare degli outcomes, con indicatori specifici, producendo al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza di ogni intervento. (Regione Lombardia, 2012)

CARATTERISTICHE DEI PDTA

- sono basati su un approccio interprofessionale e **multidisciplinare** strutturato su processi basati su evidenze scientifiche
- rappresentano la contestualizzazione e la condivisione locale delle indicazioni e raccomandazioni cliniche (Linee Guida)
- esplicitano la matrice delle relazioni e delle responsabilità (“**chi deve fare che cosa e quando**”) nelle diverse fasi del percorso, a garanzia della **presa in carico e continuità assistenziale**
- sono soggetti a **verifica periodica e a monitoraggio di indicatori** a garanzia del rispetto di standard dichiarati
- sono sempre in progressione in funzione alla necessità di un costante adattamento alla realtà ed ad una costante verifica degli **aggiornamenti e miglioramenti**
- prevedono il coinvolgimento e la partecipazione attiva dei rappresentanti degli utenti (standard di servizio, coinvolgimento informativo, rilevazione della qualità percepita, ecc)
- sono strumenti a **garanzia di equità**

PDTA : IMPATTO ORGANIZZATIVO

Approccio per processi (amministrativi e clinici)

Integrazione Ospedale Territorio

Prevenzione Area Ospedaliera Area Territoriale

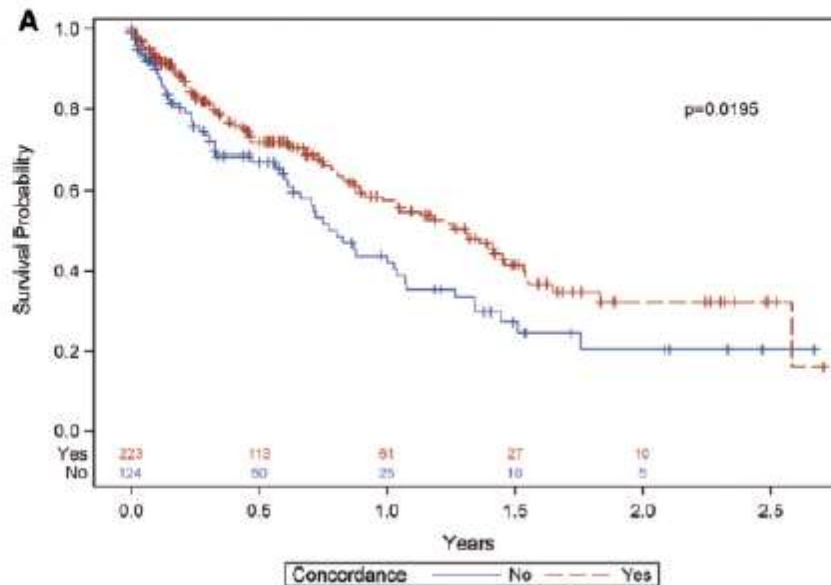
Percorso diagnostico terapeutico assistenziale

Presenza in cura attiva e globale del cittadino che presenta un problema di salute

PERCHE' IL PDTA?

Causes and Consequences of Deviation from Multidisciplinary Care in Thoracic Oncology

Raymond U. Osarogiagbon, MBBS,* Gregory Phelps, MD,† Joshua McFarlane, MD,‡
and Olufunsho Bankole, MBBS§



J Thoracic Oncol 2011

PERCHE' IL PDTA?

RESEARCH ARTICLE

Effects of Multidisciplinary Team Care on the Survival of Patients with Different Stages of Non-Small Cell Lung Cancer: A National Cohort Study

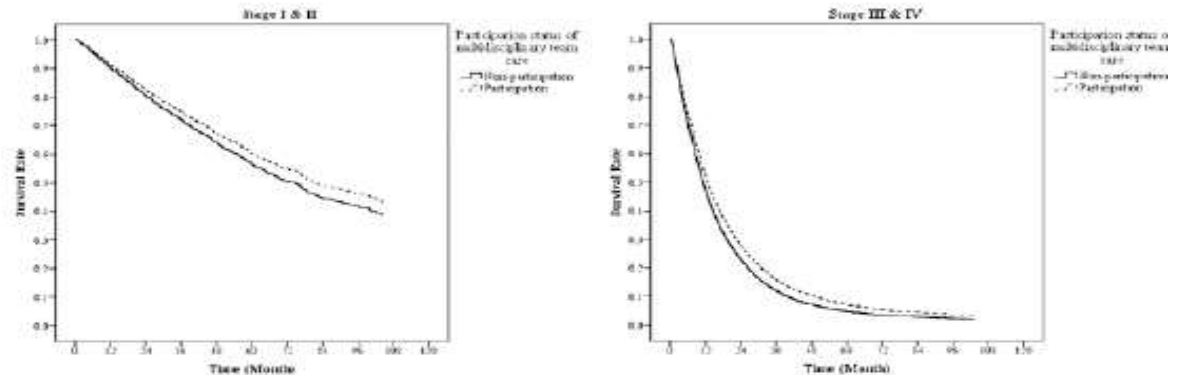


Table 4. MDT care affecting survival of patients at different stages.

Variables	Non-MDT		MDT		Cox model		
	N	%	N	%	Adj. HR*	95% CI	P value
Stage I&II	3912	84.64	710	15.36	0.89	0.78 - 1.01	0.060
Stage III&IV	24025	85.97	3922	14.03	0.87	0.84 - 0.90	<0.001

Event = Death

* The non-MDT group was the reference group.

Pan et al Plos One 2015

GOM

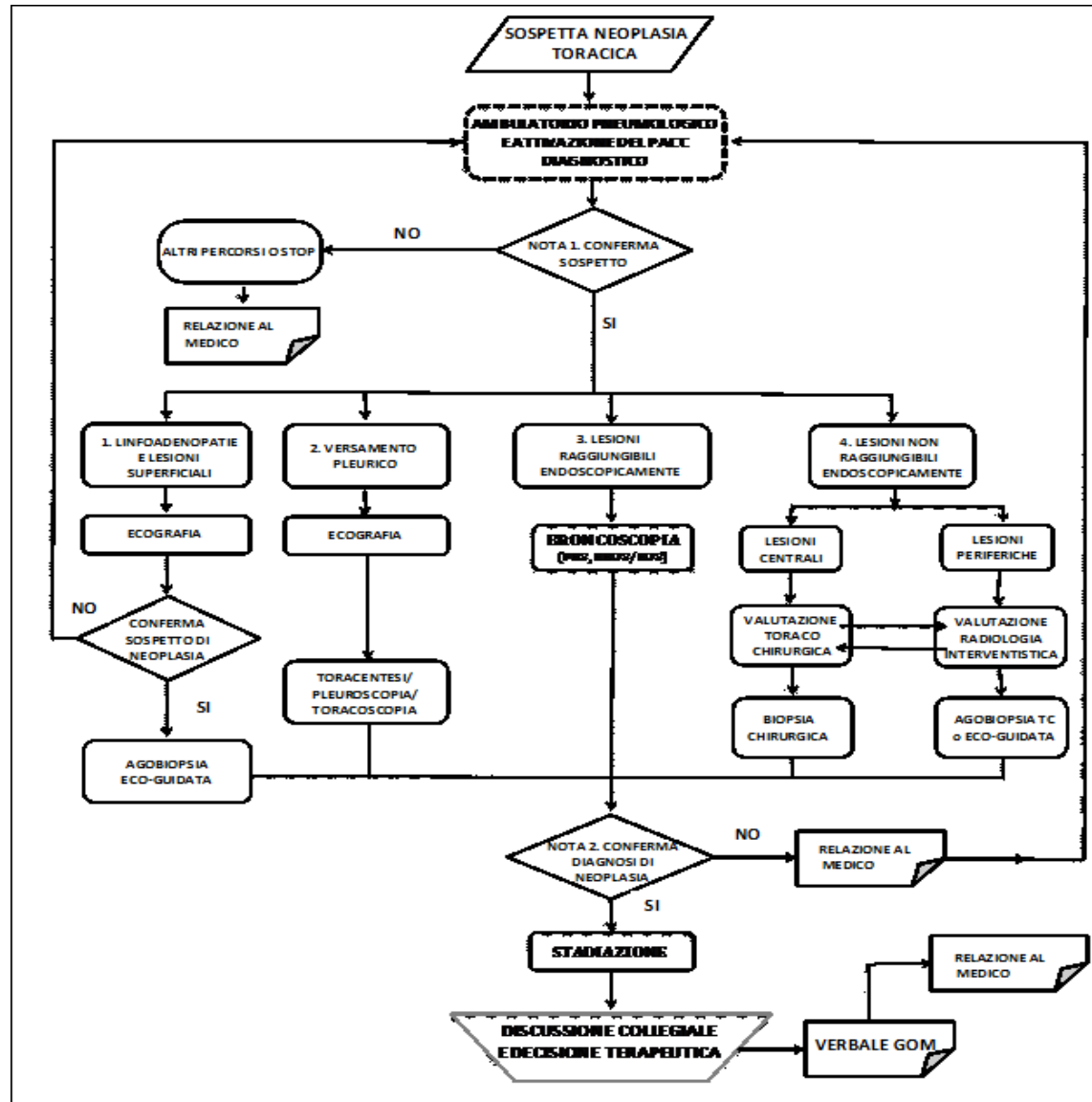
Il “Core Team” è costituito dagli specialisti delle seguenti discipline:

- Chirurgia Toracica
- Pneumologia
- Oncologia Medica
- Radiologia
- Anatomia Patologica
- Radioterapia

Per i Centri di Secondo livello:

- Pneumologia Interventistica
- Radiologia Interventistica
- Medicina Nucleare

DIAGNOSI



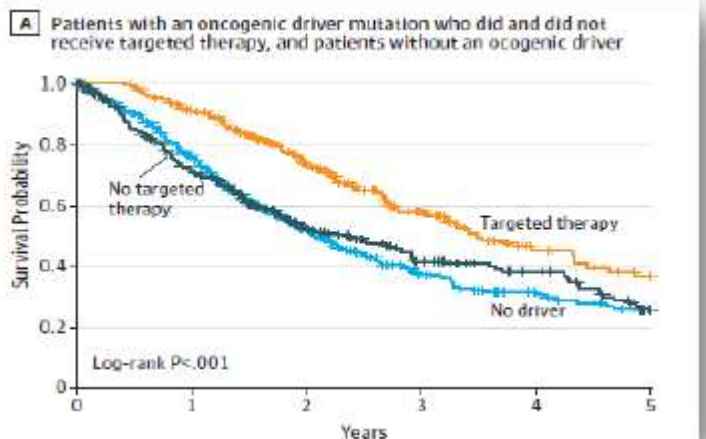
ANALISI MOLECOLARI

Popolazione	Marcatori molecolari	Metodiche di analisi
Tutti i pazienti con diagnosi di NSCLC avanzato, candidabili al trattamento con inibitori di EGFR	-status mutazionale di <i>EGFR</i> analizzato negli esoni 18-19-20-21	metodiche utilizzabili: spettrometria di massa [MALDI-TOF], Next Generation Sequencing [NGS], Real-time PCR, sequenziamento diretto (metodo Sanger), pirosequenziamento
Tutti i pazienti con diagnosi di NSCLC avanzato, candidabili al trattamento con inibitori di ALK/ROS	- riarrangiamento di ALK/ROS1	IHC, FISH
Tutti i pazienti con diagnosi di NSCLC avanzato, candidabili al trattamento con inibitori dei check-point immunitari	-espressione <i>PD-L1</i>	IHC

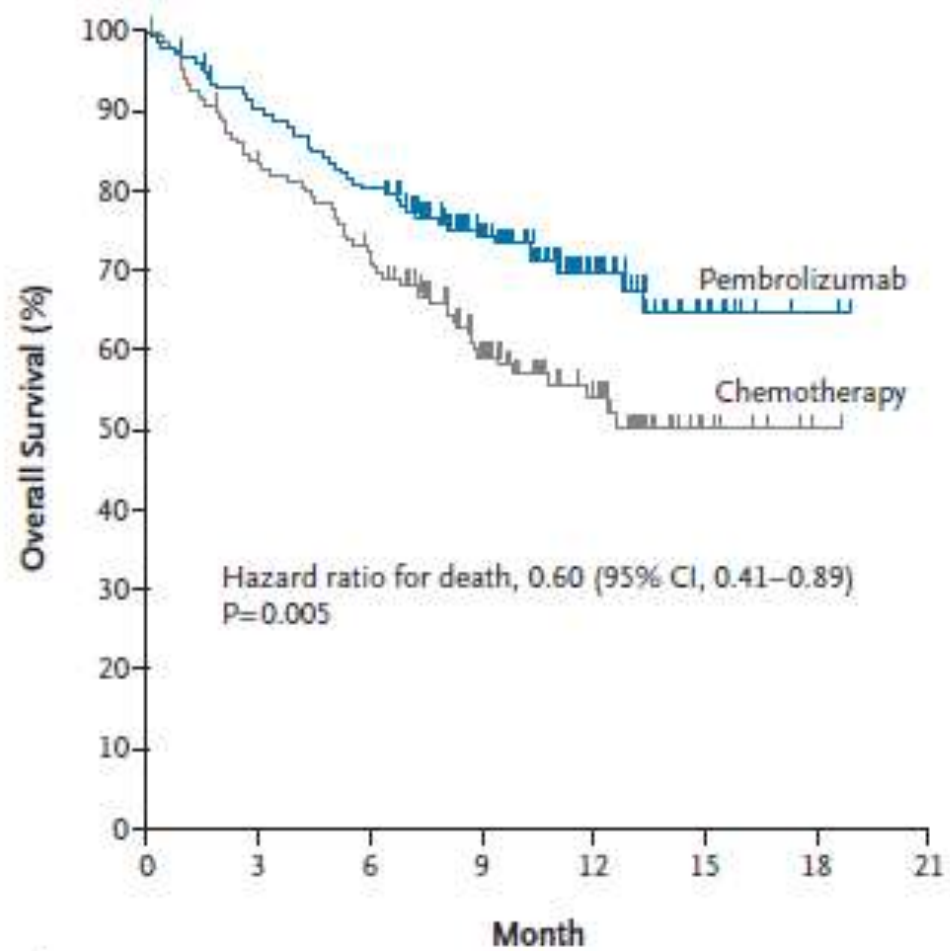
PECULIARITA' PATOLOGIA POLMONARE

Scarso materiale per diagnosi (2/3 dei pazienti hanno biopsie, spesso piccole e/o citologia)

Test molecolari necessari (EGFR, KRAS, ALK, ROS1...)



Condividere il percorso diagnostico al fine di avere diagnosi e materiale adeguato per test molecolari

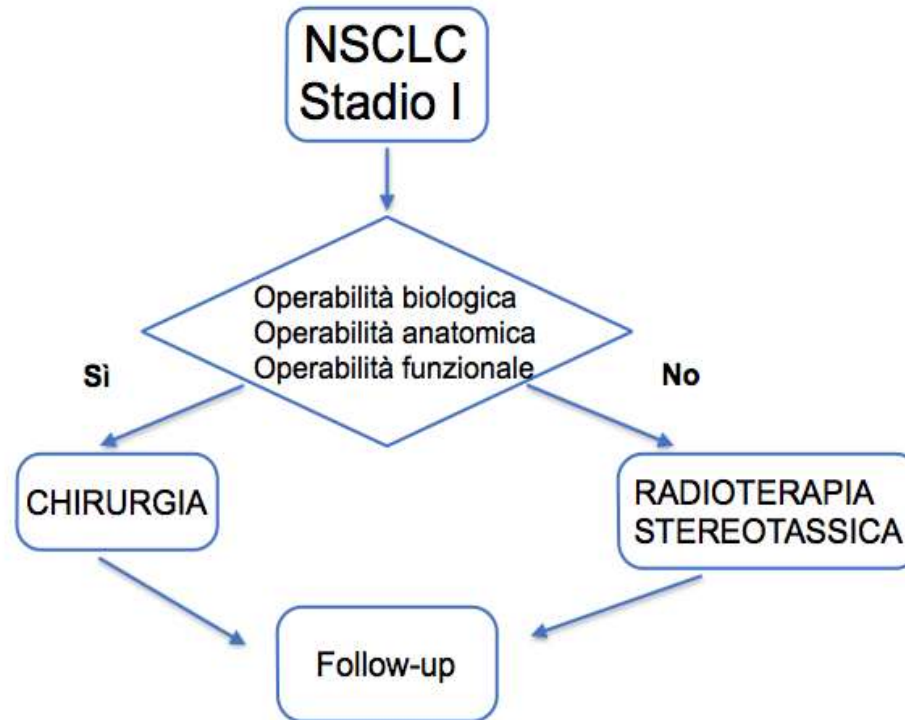


No. at Risk								
Pembrolizumab	154	136	121	82	39	11	2	0
Chemotherapy	151	123	106	64	34	7	1	0

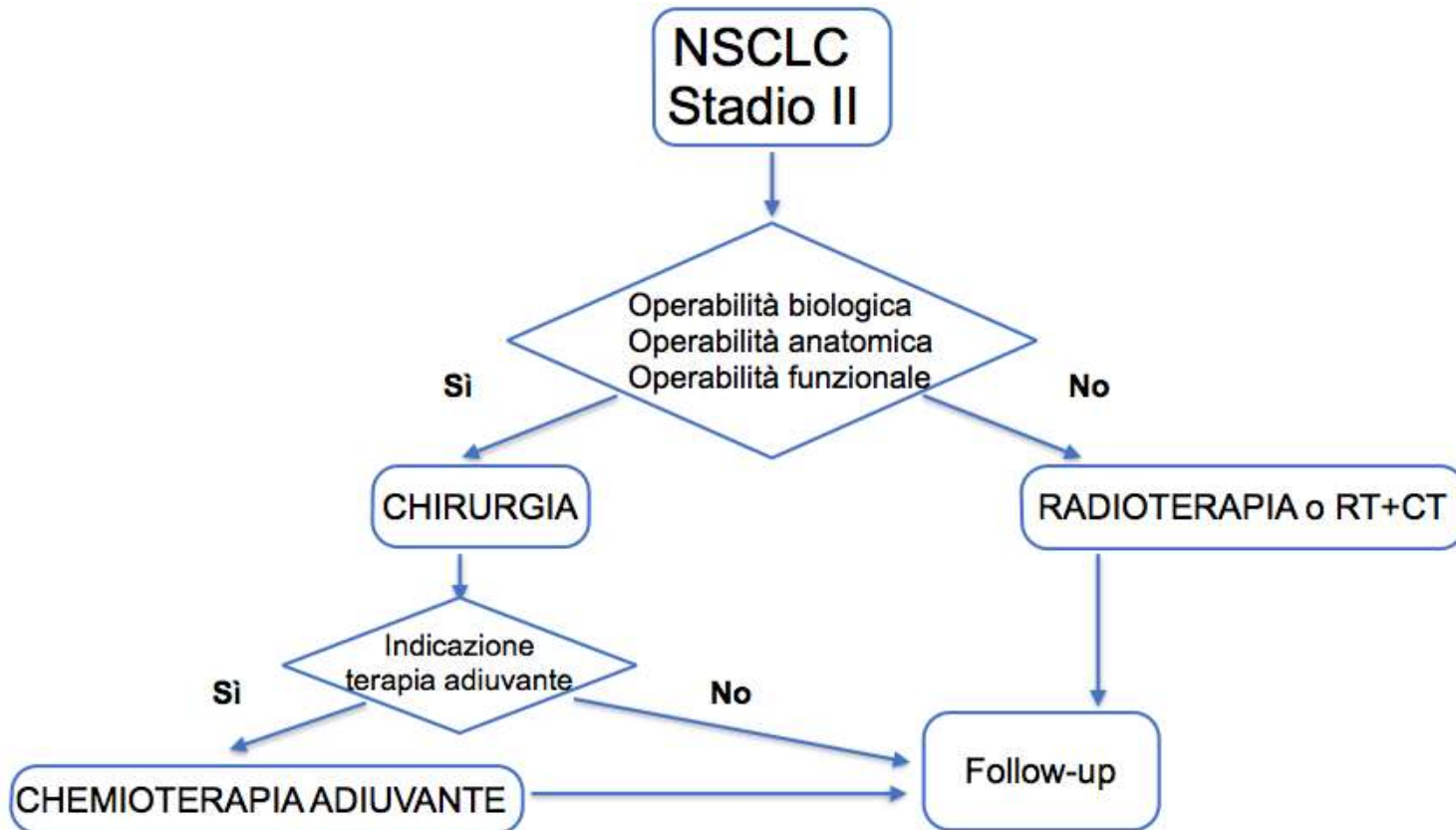
ANALISI OPZIONALI

Popolazione	Marcatori molecolari	Metodiche di analisi
Tutti i pazienti con diagnosi di NSCLC avanzato “all wild-type” per le indagini molecolari eseguite secondo LEA	<ul style="list-style-type: none">- status mutazionale di <i>KRAS</i> analizzato nei codoni 12 e 13- status mutazionale di <i>HER2</i> analizzato nell’esone 20.- status mutazionale di <i>MET</i> analizzato nell’esone 14 e nei relativi siti di splicing- status mutazionale di <i>BRAF</i> analizzato nel codone 600 (esone 15)	metodiche utilizzabili: spettrometria di massa [MALDI-TOF], Next Generation Sequencing [NGS], Real-time PCR, sequenziamento diretto (metodo Sanger), pirosequenziamento
Tutti i pazienti con diagnosi di NSCLC avanzato mutati EGFR con resistenza acquisita al trattamento con TKi	-amplificazione <i>MET</i>	FISH
Tutti i pazienti con diagnosi di NSCLC avanzato “all wild-type” per le indagini molecolari eseguite secondo LEA	- riarrangiamento di <i>RET</i>	FISH

STADIO I

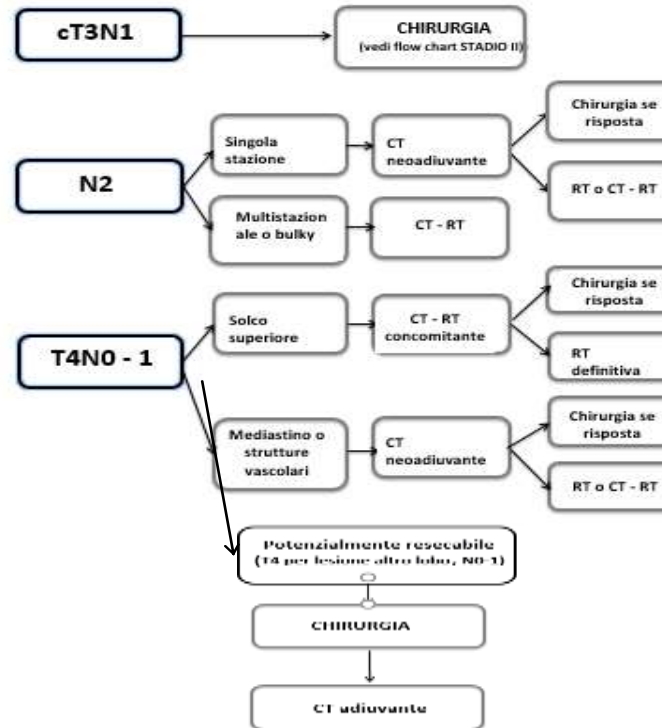


STADIO II



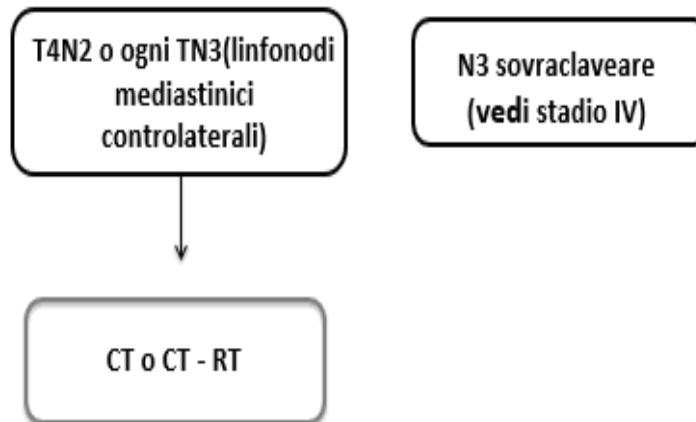
STADIO III A

Stadio IIIA
(cT1a-c T2a,b N2; cT3N1; cT4NO-1)



STADIO III B

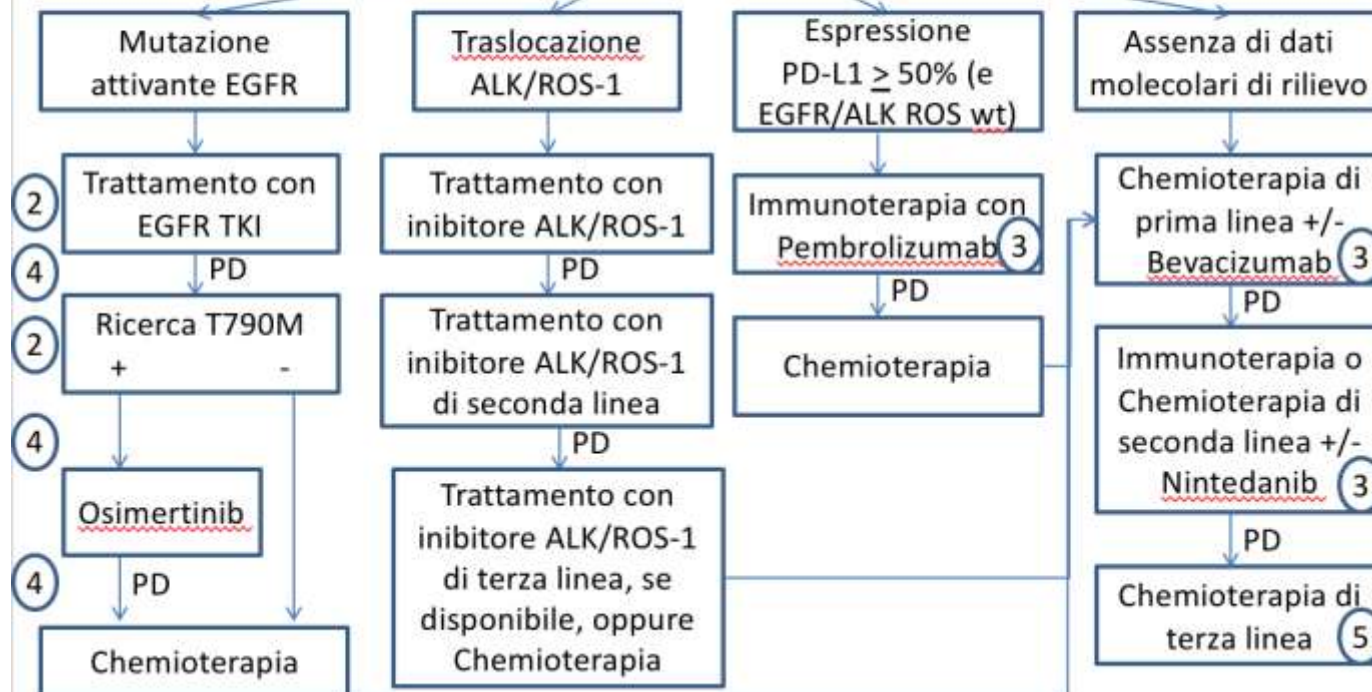
IIIB (T1a-c, T2 a,b N3; T3-4 N2) III C (T3-4 N3)



STADIO IV

PDТА REGIONE TOSCANA NSCLC IV STADIO – scheda 2

Prima di inizio trattamento medico, necessario avere diagnosi istologica, se possibile con indicazione istotipo, e caratterizzazione molecolare (espressione PD-L1 in tutti gli istotipi; valutazione mutazioni EGFR, traslocazione ALK e ROS-1 nelle forme non squamose e nei pazienti non fumatori indipendentemente dall'istologia)



PROFILO PAZIENTE AFFETTO DA K POLMONE

SOD PNEUMOLOGIA

Care Categories	1° ACCESSO (paziente senza diagnosi)	2° ACCESSO (post imaging)	DAY SURGERY (broncoscopia)	3° ACCESSO (comunicazione diagnosi)	4°ACCESSO (post CANTO)
Valutazione 1	<input type="checkbox"/> (P) Visita specialistica: anamnesi ed EO, visione doc.(es. emat. - Rx torace)	<input type="checkbox"/> (P) Valutazione della doc. radiologica	<input type="checkbox"/> (P) Compilazione cartella clinica <input type="checkbox"/> (A) Valutazione anest se necessaria anestesia generale ■ Presa in carico del paz. ■ Compilazione cart inf	<input type="checkbox"/> (P) Rivalutazione della doc. clinica <input type="checkbox"/> (P)Comunicaz.della diagnosi	<input type="checkbox"/> (P) Consegna referto definitivo anatomo-patologico dopo discussione CANTO
Esami 2	<input type="checkbox"/> (P) prescrizione esami diagnostici (vedi All. E1)	<input type="checkbox"/> Prescrizione ECG, spirometria con DLCO edesami ematoch. per Day Surgery(vedi All. E2)	<input type="checkbox"/> (P) Esami ematoch. + ECG (qualora non fossero stati eseguiti al domicilio)	<input type="checkbox"/> (P) Eventuale program.esami di II livello ■ Comunicazione data esami per stadiazione pz	
Interventi/ Procedure 3		<input type="checkbox"/> (P) Inserimento lista d'attesa per procedura interventistica (se broncoscopia) <input type="checkbox"/> (P) Programmaz. ricovero (se toracoscopia) ■ Calendarizzazione accesso successivo	<input type="checkbox"/> Prove funzionalità respiratoria <input type="checkbox"/> Procedura anestesiológica(vedi All. IP4) <input type="checkbox"/> Esecuz. Broncoscopia ■ Preparazione alla procedura ■ Monitoraggio PV		
Farmaci 4	<input type="checkbox"/> (P) Prescr. tp sintomatica se necessario	<input type="checkbox"/> (P) Prescrizione di terapie se necessarie <input type="checkbox"/> (P) Sospensione tp. anticoag/antiaggreg (allegato)	<input type="checkbox"/> P/A Somm. farmaci per sedazione o per anestesia generale e topica (vedi All. IP4) <input type="checkbox"/> Eventuali tp per dolore <input type="checkbox"/> Eventuale O2 tp	<input type="checkbox"/> (P) Prescrizione tp sintomatica se necessario	<input type="checkbox"/> (P) Prescrizione tp sintomatica se necessario
Consulenze 5		Anestesiologica se elev.comorbidità CV	Anestesiologica se necessario	Psicologica se necessario (vedi All. IP2)	
Nutrizione 6					
Educazione Pz/ Famiglia 7	<input type="checkbox"/> (P) Relazione per MMG riportante riferimenti telefonici ■ Infor. iter diagn. (Paz.-caregiver)	■ Consigli a ridosso e post proc invas. (vedi All. I1)	■ Brochure informativa sulla procedura diagnostica	<input type="checkbox"/> Informazioni referto cito-isto	<input type="checkbox"/> (P)Comunicazione al paziente planning med.-chirur. multidisc. come esito riunione CANTO
Attività/ sicurezza del paziente 8	■ Informativa su esecuzione esami radiologici (vedi All. I1)	■ informazioni relative alla prevenzione dei rischi	<input type="checkbox"/> (P)Consenso all' esecuzione della procedura	<input type="checkbox"/> (P)Attivazione CANTO	
Pianificazione percorso 9	-Pz inquadrato per imaging diagnostica di I livello -Program. ricovero se pz con sintomi importanti e/o comorbiditàelevata	-Programmazione DS per proced. Diagn. intervent. -Programmazione ricovero per esecuzione proced. intervent. qualora si renda necess. Eseg. toracoscopia	-Avviamento percorso diagnostico cito-istologico (vedi All. PP1-PP2)	■ Prenotazione accesso ulteriori esami (imaging e biologia molecolare)	Pianificazione iter terapeutico
Risultati Attesi	Pz inquadrato per iter diagnostico Pz e/o familiari inf.sul percorso Ev. prog. ricovero	Pz informato sul percorso Pz inserito in lista di attesa per esecuzione procedura	Esecuzione procedura senza eventi avversi	Paziente con diagnosi	Pazienteinquadrato per iter terapeuticosenza eventi avversi.



PDTA: PROGETTO POLMONE

- Validazione degli indicatori polmone da parte dei tecnici delle reti
- Estrazione degli indicatori
- Area test in 3 strutture ospedaliere
- Raccolta e mappatura in un registro comune di patologia dei dati del percorso dei pazienti con carcinoma polmonare

MONITORAGGIO

	FASE/EPISODIO	FONTE	BENCHMARK	SIGNIFICATO
1. Tempo di attesa intervento chirurgico a partire dal completamento dell'idoneità funzionale (visita anestesiologicala)	Trattamento chirurgico	Linee guida regionali	30 giorni	Qualità del percorso
2. Numero di resezioni maggiori /anno	Trattamento chirurgico	Linee guida AIOM 2014	80 casi	Volumi minimi a garanzia dell'outcome
3. % di pazienti riferiti al meeting multidisciplinare	Programmazione iter diagnostico terapeutico	Letteratura	70% dei pz	Appropriatezza della diagnosi e cura
4. % di mortalità entro 30 giorni dall'intervento	Trattamento chirurgico	Parere degli esperti	<4%	Qualità del primo intervento
5. Durata media degenza dopo primo intervento	Trattamento chirurgico	Parere degli esperti	7 giorni	Qualità del primo intervento
6. Tempo tra la prima visita pneumologica e la prima visita oncologica	Trattamento medico	Parere degli esperti	40 giorni	Misura il tempo tra il primo punto d'accesso e la visita oncologica
7. Intervallo temporale tra refertazione istologica e refertazione molecolare nei tumori analizzati con tecniche molecolari	Programmazione iter diagnostico terapeutico	AIOM/SIAPEC	<15 giorni	Accesso alle cure
8. % di pazienti che hanno ricevuto chemioterapia nei 30 giorni prima del decesso	Trattamento palliativo	Letteratura documento regionale	<20%	Appropriatezza delle cure a fine vita
9. Tempo tra l'intervento chirurgico e la diagnosi anatomopatologica		Parere degli esperti	<30 giorni	Accesso alle cure

PDTA : VANTAGGI E SVANTAGGI

Pro:

- Migliorare la qualità dell'assistenza
- Ridurre i rischi
- Migliorare la soddisfazione dei pazienti
- Favorire l'uso efficiente delle risorse

Contro:

- Scarsa chiarezza nella definizione e terminologia
- Mancanza di un set di strumenti ampiamente validati per valutare gli esiti attesi
- Scarso monitoraggio degli obiettivi raggiunti dall'attuazione del PDTA.

PDTA: FINANZIAMENTO

Secondo l'approccio dell'Health pathway design, **il finanziamento dovrebbe essere basato sul percorso nella sua totalità.**

Per esempio, nel caso di una patologia cronica, il finanziamento dovrebbe essere agganciato **all'unità di tempo remunerata al costo di un percorso costo-efficace.** Tale soluzione innescherebbe un meccanismo virtuoso che porterebbe gli agenti responsabili del percorso a ricercare soluzioni ancora più costo-efficaci, **migliorando così l'efficienza complessiva del sistema.**

Definizione dei costi standard

IL PAZIENTE AL CENTRO DEL PDTA

VALUTARE IMPATTO PDTA SUL PAZIENTE

CONCLUSIONI 1

- IL PDTA è uno strumento della rete oncologica che può ridurre le difformità diagnostico-terapeutiche ed assistenziali
- Migliorare l'impiego delle risorse sanitarie
- Formare alla condivisione della scelta terapeutica ed assistenziale
- Rendere accessibili a tutti i pazienti gli standard terapeutici ed assistenziali

CONCLUSIONI 2

- La sua realizzazione è impegnativa e costringe ad una riorganizzazione capillare locale
- Deve avvalersi di tutti gli strumenti di condivisione delle informazioni tra operatori e pazienti
- Implementare le valutazioni del grado di soddisfazione dei pazienti
- Problema di valutazione economica della performance
- Progetto ad isorisorse?

GRAZIE DELL'ATTENZIONE!

