

Hanno collaborato: Francesco Angerilli⁽¹⁾, Simona Barbaglia⁽²⁾
Francesco Blasi⁽³⁾, Giorgio Walter Canonica⁽⁴⁾, Isabella Cecchini⁽⁵⁾
Claudio Jommi⁽⁶⁾, Stefano Nardini⁽⁷⁾, Ilaria Toffanello⁽⁸⁾

5. PDTA nazionali/internazionali: esperienze di successo

La ricerca sui PDTA ad oggi presenti, istituzionalizzati, a livello nazionale, regionale e locale, italiano ed estero ha prodotto pochi risultati. In questo capitolo, presentiamo un'analisi critica dei risultati ottenuti partendo da un percorso ideale pubblicato in una rivista scientifica e arrivando a un esempio pratico che è stato implementato recentemente con successo in un Ospedale piemontese.

Il modello terapeutico ideale

Nel 2016, Blasi et al. hanno presentato un modello ideale di percorso terapeutico basandosi sulle caratteristiche del SSN Italiano.²⁰ In riguardo alla sua struttura, il modello proposto può essere diviso in tre livelli terapeutici: diagnosi, trattamento, mantenimento/*follow-up* (figura 6). La diagnosi viene fatta dal MMG (o da un altro medico che segua il paziente, sia specialista o del PS) in seguito a una storia di sintomi respira-

¹⁾ Medico di Medicina Generale (MMG), Macerata

²⁾ Rappresentante Associazioni di Pazienti

³⁾ Presidente Società Italiana di Pneumologia

⁴⁾ Past President e General Executive Director SIAAIC, Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica

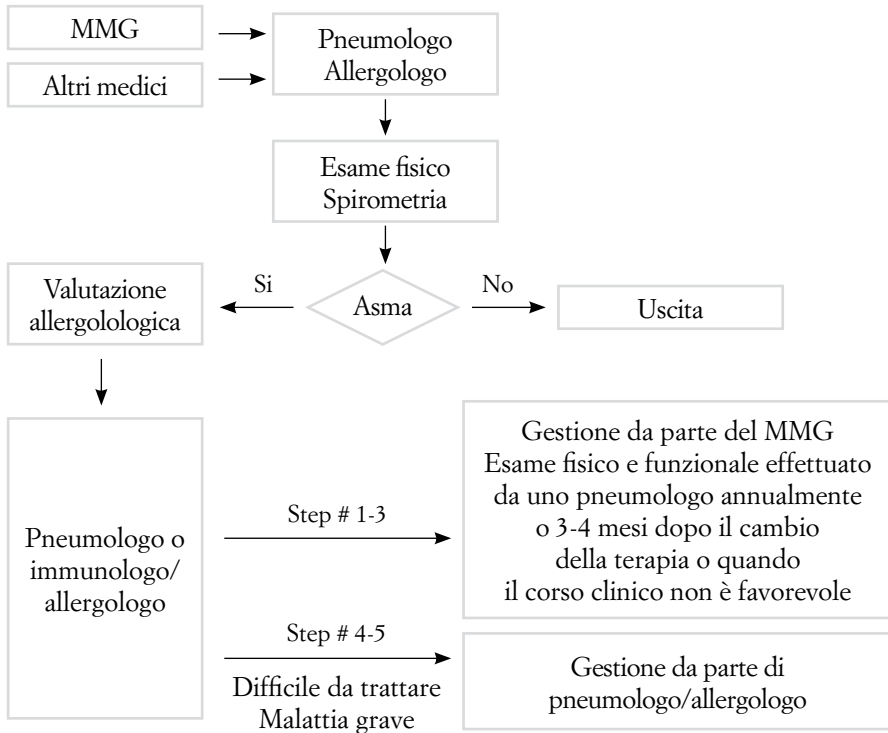
⁵⁾ Direttore Dipartimento Ricerche sulla Salute - Gfk Eurisko

⁶⁾ Presidente dell'Associazione Italiana di Economia Sanitaria

⁷⁾ Presidente Centro Studi della Società Italiana di Pneumologia

⁸⁾ Società Italiana Farmacia Ospedaliera (SIFO)

Figura 6 - Diagramma del modello terapeutico ideale per la gestione dell'asma²⁰



Mod. da Blasi et al.

tori. In presenza di sintomi ricorrenti, si consiglia di fare una visita medica e una valutazione funzionale (spirometria con o senza *test* di provocazione alla metacolina). La valutazione funzionale è essenziale e deve sempre essere fatta a tutti i pazienti al momento della diagnosi. Pertanto, si consiglia al medico che ha a suo carico un paziente con sospetto di asma di fare riferimento a uno pneumologo per eseguire o confermare la diagnosi. Se la diagnosi non viene confermata, il paziente esce dal modello terapeutico; se invece, è confermata, il paziente deve fare ulteriori accertamenti. Il primo di questi accertamenti è la valutazione allergologica. In seguito a questa valutazione (e altre che siano necessarie), l'allergologo e il pneumologo riuniscono i dati clinici del paziente e propongono la prima terapia seguendo le Linee Guida GINA. A questo

punto, la gestione del paziente deve essere affidata a due professionisti diversi, in accordo con la gravità della malattia. Se il paziente viene trattato con una terapia Step 1 - 3, gestione e *follow-up* del paziente vengono affidati al MMG; in questo caso, la squadra pneumologo/allergologo deve rivisitare il paziente annualmente, o ogni 3-4 mesi dopo cambi terapeutici, o in seguito a un peggioramento clinico. Se, invece, il paziente ha una situazione clinica più grave ed è trattato seguendo gli Step 4-5 delle Linee Guida GINA, la gestione del paziente deve essere fatta direttamente dal pneumologo in un centro di riferimento specializzato nel trattamento dell'asma.²⁰

Esempio 1: Linee Guida sull'asma bronchiale Regione Toscana

Dall'impegno della Regione Toscana nel diminuire la variabilità delle prestazioni cliniche e informare i cittadini sull'asma bronchiale, è nato il documento Linee Guida sull'asma bronchiale, pubblicato nel 2010 e aggiornato nel 2014. Questo documento è stato prodotto da un grande gruppo di lavoro composto da diversi medici specialisti del territorio e si divide in alcuni capitoli dedicati a diagnosi, trattamento e mantenimento dei pazienti asmatici. La prima parte del documento presenta la definizione dell'asma, fattori di rischio e il modo corretto di diagnosticare la malattia. Infatti, si descrive come eseguire l'anamnesi, l'esame obiettivo, la conferma funzionale del sospetto diagnostico, la spirometria di base e dopo broncocostrittori o broncodilatatori, il monitoraggio del picco di flusso espiratorio (PEF), la radiografia del torace, le indagini funzionali di secondo livello e altri esami necessari. Nella seconda parte, si analizza come scegliere la terapia farmacologica, dando enfasi alla verifica del livello di controllo della malattia e come adeguare la terapia al non controllo dell'asma. Si presenta anche il modo di affrontare l'asma in casi specifici come, per esempio, la donna gravida, i pazienti cardiopatici e gli ipertesi. La terza e quarta parte forniscono informazioni pratiche sulla gestione dei pazienti adulti e pediatrici, rispettivamente. La quinta parte analizza come educare il paziente asmatico, presentando un programma educativo e gli interlocutori di questo programma. Nella sesta e ultima parte, sono affrontati i ruoli dei medici coinvolti nella gestione dell'asma e viene presentato un programma di *follow-up* del paziente. Gli aspetti diagnostici della ge-

stione dell'asma sono presenti in questo documento. Quello che manca è il disegno di un vero percorso terapeutico che permetta agli operatori di sapere esattamente cosa fare e a chi inviare il paziente in modo da ridurre la possibilità di uscire dal sistema sanitario.

Esempio 2: PDTA San Luigi Orbassano

L'Ospedale San Luigi di Orbassano è riuscito recentemente a implementare un PDTA per l'asma. Tale percorso è attualmente in via di implementazione sul territorio come Profilo Integrato di Cura (PIC). In luglio, l'amministrazione del San Luigi ha sospeso il progetto in attesa di una normativa generale sui progetti con sponsorizzazione esterna. Questo PDTA Asma nasce nel 2013 dall'osservazione/esigenza del PS dell'Ospedale che notava l'accesso frequente e ripetuto degli stessi pazienti asmatici.

L'informazione necessaria per la costruzione del percorso è stata ottenuta attraverso interviste singole e ripetute agli operatori aziendali coinvolti che, in maniera quantitativa, hanno fornito criteri di scelta, esperienza in termini di numeri di pazienti e regole d'ingaggio. In queste interviste sono stati indagati il modo in cui veniva posta la diagnosi, chi la formulava e con quali strumenti. Il percorso attuale è poi stato confrontato con Linee Guida e con le risorse dell'Azienda Ospedaliera per definire il percorso effettivo. Il PDTA è stato costruito in due formati: matrice di attività e formato classico di *flowchart*. La matrice di attività può essere paragonata alle regole di ingaggio usate nel mondo militare. In pratica, è una tabella che in modo semplice e immediato definisce chi fa cosa, quando lo fa e sulla base di quali criteri decisionali.

Il documento finale è attivo da gennaio 2015. È strutturato su 3 livelli di assistenza, a complessità e intensità di consumo di risorse crescenti. Sono descritti gli indicatori di *performance* nell'ultima colonna a destra, i quali, adesso, possono essere misurati. Non è possibile un confronto con la situazione pre-PDTA perché non esistono dati disponibili relativi a tale periodo. Solo i pazienti con asma grave dovrebbero accedere al terzo livello che comprende prestazioni ad alta specializzazione. Ci sono varie funzioni per ogni livello assistenziale. Per ogni specialità viene dettagliato il loro profilo: chi sono, quali risorse hanno a disposizione, quali pazienti dovrebbero vedere, quali pazienti dovrebbero

bero inviare a ulteriori funzioni e in quali documenti aziendali questo viene regolato. Abbiamo avuto la fortuna di lavorare con accordi intra-aziendali che erano già esistenti. Ad esempio, la convenzione tra Pronto Soccorso e Pneumologia, Pronto Soccorso e Allergologia erano già esistenti: si trattava di strutturare e organizzare queste risorse e accordi in un percorso unico.

La *flowchart* raccoglie tutte queste informazioni: inizia con l'ingresso del paziente e può definire diversi percorsi in accordo con le caratteristiche individuali. Ogni livello di assistenza presenta regole di ingaggio dettagliate.

La stesura del PIC, percorso integrato di cura che si aggancia al PDTA ospedaliero e definisce la frequenza e motivazioni per il ritorno al livello territoriale e l'invio alla parte ospedaliera, è in corso. Gli indicatori principali sono stati definiti, ma al momento purtroppo non possono essere misurati. Ogni reparto, talvolta ogni medico, utilizza un proprio sistema gestionale, ma nessuno di questi sistemi gestionali interloquisce con gli altri, soprattutto non con quelli del sistema di gestione né regionale né ospedaliera. L'obiettivo è sviluppare un sistema in cui ci sia la comunicazione tra tutti.

Guida alla costruzione di un PDTA

Vi abbiamo presentato tre esempi che sono rappresentativi della realtà italiana di PDTA. Uno teorico che presenta in modo chiaro le basi per un PDTA e che fornisce un percorso ideale per una gestione ottimale del paziente con asma, anche grave, e due esempi pratici. In un caso, sono presentate le basi per la diagnosi, il trattamento e il mantenimento ottimali di pazienti asmatici, ma manca la costruzione di un percorso vero che possa essere poi adattato alla realtà delle diverse strutture terapeutiche. Senza un disegno di percorso, che può essere presentato come *flowchart* o anche come matrice d'attività, si rischia di mantenere informazioni che devono essere applicabili alla vita quotidiana e pratica su un piano puramente teorico, il che va contro l'idea elementare di PDTA: uniformare e rendere disponibili le risorse terapeutiche a tutti i pazienti. La definizione intrinseca di PDTA non è solo paziente-giusta terapia.

Il concetto di PDTA dovrebbe tenere in conto questo punto ma

anche superarlo, intendendo la presa in carico come obiettivo finale: il trattamento appropriato, efficace e efficiente del paziente. Il PDTA è uno strumento per andare da A a B, da un problema a una possibile soluzione. È uno strumento che può superare le logiche a silos perché si dovrebbe passare da una logica di *budget* a una logica di presa in carico, di investimento per la patologia e non per il trattamento e la diagnostica, in modo che ci siano degli obiettivi, dei ruoli ben precisi e di tempi e di ambiti di intervento.

Dietro l'acronimo PDTA - Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale - dovrebbe esserci non solo il percorso del paziente fisico ma anche la presa in carico del paziente totale, con interventi multidisciplinari per fare dialogare tutte le professionalità in modo da superare tutta una serie di problemi. Lo strumento PDTA ha come obiettivo eliminare la discontinuità del processo assistenziale, il superamento del concetto di singole prestazioni, il coordinamento tra le varie funzioni, la necessità di ridurre l'autoreferenzialità dei medici, l'integrazione dei servizi, l'eliminazione di ripetizioni che poi generano investimenti e risorse non necessarie, l'appropriatezza diagnostica con conseguente riduzione di ospedalizzazioni e PS.

Anche situazioni di dialogo tra professionisti sono assolutamente opportune, soprattutto in questo momento storico della pneumologia e dell'allergologia nel quale saranno messe a disposizione diverse opportunità terapeutiche anche di discreta complessità, come i biologici in asma grave. La mancanza di *budget* per lo specialista che deve mettere in terapia il paziente è un problema reale. Un dialogo preventivo tra lo specialista e il farmacista per identificare la corretta numerosità dei pazienti e il quantitativo di risorse da allocare potrebbe aiutare a rendere l'accesso alle terapie più equo possibile. L'obiettivo è solo uno: gestire il paziente in maniera ottimale.

Purtroppo, diversi PDTA in Italia hanno mancato nel passo di implementazione. Un modo per evitare questo spreco di risorse passa sicuramente dalla sensibilizzazione e istruzione dei pazienti al miglior utilizzo delle risorse sanitarie e dal coinvolgimento del potere politico in queste decisioni. Un altro modo è imparare dagli esempi positivi che fortunatamente esistono. Quello che è presentato qui è un PDTA implementato in una piccola realtà (un solo ospedale) ma che può essere una buona base da espandere a realtà più complesse.

L'obiettivo proposto è stato individuare il ruolo di ogni figura coinvol-

ta nella gestione dell'asma, non solo asma grave. In altre parole, ogni professionista in presenza di un paziente asmatico deve sapere esattamente cosa deve fare, quando, perché e come, seguendo le indicazioni del percorso terapeutico. Il primo obiettivo è stato garantire un percorso uniforme all'interno dell'ospedale per poi espandere questo percorso anche a livello territoriale.

Per lo sviluppo del PDTA, si è scelto il problema di salute, definito il gruppo di lavoro e analizzato l'esistente (quello che c'è attualmente); dopo la verifica delle risorse disponibili sul territorio, queste informazioni sono state raccolte per costruire un percorso ideale basandosi anche su linee guida pubblicate in letteratura (Linee Guida GINA). Il percorso deve essere integrato con le risorse disponibili a livello territoriale per avere un percorso di riferimento da applicare inizialmente su un numero limitato di professionisti per testare la sua funzionalità. Il passo finale è l'attuazione completa del PDTA in tutta la struttura (ospedali, o altre strutture cliniche).

Il problema da risolvere è spesso legato all'assenza di comunicazione intra-aziendale. Per questa ragione, la definizione del team di lavoro è un punto cruciale al quale si deve dedicare particolare attenzione. Altri punti chiave per il successo dell'implementazione del PDTA sono l'inserimento del PDTA negli obiettivi aziendali; la presentazione del PDTA come matrice d'attività; l'educazione e la sensibilizzazione dei MMG al tema; l'identificazione di buoni indicatori di processo e di esito; e l'esistenza di sistemi informativi integrati.

PDTA "MODELLO"

- Centralità del paziente esperto nelle malattie croniche (in opposizione a una organizzazione piramidale): educazione, responsabilità, partecipazione
- Pazienti: comunicazione, educazione e formazione del paziente esperto. Esempio da seguire: *tutorials* su *YouTube*
- MMG/specialisti: più tavole rotonde (multidisciplinari); differenziare i loro ruoli
- Infermieri della fisiopatologia respiratoria o dell'ambulatorio di MG o di distretto: formalizzare e strutturare il loro ruolo nell'educazione del paziente (come la figura della *nurse* in America)
- Paziente informato
- MMG *case manager* <-----> Pronto Soccorso
- Associazioni pazienti - in ospedale; ruolo di educatore

- *Nurse* - educatore
- Indicatori di *outcome*
- Condivisione Dati
Gestionale (somministrazione nuovi farmaci, vedere cosa si fa in oncologia, ematologia)
Codici
- Formazione dei Medici: MMG, Specialista, PS
- Inviare i pazienti - centri di riferimento SANI (*Severe Asthma Network Italy*).

IN BREVE:

- Non ci sono ad oggi PDTA per l'asma grave a livello regionale o nazionale che abbiano le caratteristiche ideali;
 - Il PDTA Toscana è un buon inizio ma non indica un percorso né dà indicazioni terapeutiche;
 - Il PDTA Asma San Luigi Orbassano è riuscito ad essere implementato all'ospedale San Luigi di Orbassano, ma manca ancora l'implementazione sul territorio come PIC;
 - Un PDTA di facile implementazione deve: coinvolgere attivamente i professionisti dalla fase di stesura; aver incentivi per i professionisti coinvolti; essere presentato in modo chiaro (esempio, matrice d'attività); essere affiancato da programmi di educazione e sensibilizzazione dei MMG al problema clinico; aver buoni indicatori di esito; essere condiviso con i pazienti; arrivare agli interlocutori attraverso sistemi informativi integrati.
-