

## SERVIZI AZIENDALI

### PRENOTAZIONE VISITE SPECIALISTICHE

Numero Verde Regionale RECUP 803333 lun-ven ore 7.30-19.30 sab ore 7.30-13.00

CENTRALINO DELL'A.O. SANT'ANDREA Attivo ore 8.00-20.00 Telefono 06-33771



Ufficio Informazioni nella hall principale dell'Azienda. lunedì-venerdì ore 7.30-18.30  
sabato ore 7.30- 12.30

Contatti Telefono 06-33775011/2 E-mail: [informazioni@ospedalesantandrea.it](mailto:informazioni@ospedalesantandrea.it)

### DOVE SI RITIRA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

**Cartelle Cliniche:** lo sportello è situato al primo piano seminterrato presso la radiologia  
Lunedì - venerdì ore 8.30-12.30 Martedì e Giovedì ore 14.30-17.00  
Telefono 06-33775892

**Referti analisi cliniche:** lo sportello è situato al piano terra, ingresso principale  
Lunedì - venerdì ore 7.30-17.30 Sabato e Pre-festivi ore 7.30-13.30  
Telefono 06-33775341

**Esami radiografici:** lo sportello è situato al primo piano seminterrato  
Lunedì - venerdì ore 8.00-18.00 sabato ore 8.00-14.00  
Telefono 06-33775002

L'URP raccoglie segnalazioni, reclami, elogi e favorisce la comunicazione tra l'utente l'Azienda incoraggiando la partecipazione del cittadino, delle istituzioni e delle Associazioni alla vita dell'ospedale.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico si trova al piano terra, accanto al bar.

L'orario di ricevimento del pubblico è: Lunedì-venerdì ore 8.30-13.00

Mercoledì e giovedì ore 14.00-17.00

Contatti: Telefono: 06-33775016/5368/6089 E-mail: [urp@ospedalesantandrea.it](mailto:urp@ospedalesantandrea.it)



Redazione e Progetto Grafico a cura di

Emanuela Alessandrucchi

Funzionario della U.O. Comunicazione, Mktg e URP



Sede dell'A.O. Sant'Andrea

Via di Grottarossa, 1035/1039

00189 Roma

[www.ospedalesantandrea.it](http://www.ospedalesantandrea.it)

[comunicazione@ospedalesantandrea.it](mailto:comunicazione@ospedalesantandrea.it)

# SPAZIO NEW



# Andrea Andrea

## OTT/NOVIDIC

# 2018

Opuscolo Informativo dell'A.O. Sant'Andrea - N. 4/ Anno 6

## PDTA – Percorso Diagnostico Terapeutico

La Regione Lazio nell'ambito delle proprie attività promuove la realizzazione dei PDTA, che attualmente ha aggiornato per 49 malattie/gruppi di malattie (vedi [www.regione.lazio.it](http://www.regione.lazio.it)). Il percorso diagnostico terapeutico (PDTA) rappresenta uno strumento di crescita nel Servizio Sanitario Nazionale, sia in termini di risorse investite che di servizi offerti. Un problema oncologico, richiede spesso il contributo di più professionisti che collaborano tra loro secondo modi, tempi e procedure circoscritte, seguendo il paziente nelle varie fasi dell'assistenza, mettendo il suo benessere al centro del processo assistenziale. Le strutture ospedaliere con i PDTA definiscono la storia del paziente, partendo dalla valutazione fino agli aspetti del trattamento, stabilizzazione, follow-up, garantendo, la risposta a bisogni della salute con un trattamento adeguato al caso specifico. Il percorso diagnostico, strumento che sta prendendo sempre più piede nel SSN (Servizio Sanitario Nazionale) con una costante e rapida crescita nei servizi territoriali, è finalizzato ad un miglioramento della qualità dei servizi offerti dalla struttura. Anche presso l'A.O.U. Sant'Andrea si sono definiti i PDTA per alcune malattie oncologiche quali: colon, mammella e polmone, i cui casi vengono discussi periodicamente dagli specialisti coinvolti, ciascuno per la propria disciplina, che si riuniscono per valutare insieme il processo di diagnosi, cura e assistenza della patologia dei pazienti. La caratteristica essenziale del gruppo di lavoro è la multidisciplinarietà, che fornisce la giusta garanzia per il raggiungimento delle conoscenze inerenti la situazione clinico/assistenziale e promuovere percorsi di miglioramento delle cure riducendone la variabilità.

A cura di  
Emanuela Alessandrucci  
U.O. Comunicazione, Marketing e URP

### PER LA RUBRICA "L'OSPEDALE SI RACCONTA" RISPONDONO:

#### I Dirigenti della Direzione Sanitaria

**Dott. Christian Napoli e Dott.ssa Luciana Trasatti**



Dott. C. Napoli  
Dott.ssa L. Trasatti

**D. Il PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico ed Assistenziale, è uno strumento organizzativo che sta prendendo sempre più piede nel nostro Sistema Sanitario.**

**Potete dirci in cosa consiste?**

**R.** I PDTA sono quindi modelli locali che, sulla base delle linee guida ed in relazione alle risorse disponibili, delineano un percorso per la patologia basato sulle evidenze scientifiche. Il PDTA è uno degli strumenti più efficaci di clinical governance,

che trova il proprio fulcro nel Gruppo di Lavoro Multidisciplinare che riesce a coniugare e definire:

- gli obiettivi singoli e quelli comuni dei professionisti;
- i ruoli di ciascun sanitario all'interno del gruppo;
- tempi ed ambiti di intervento sanitario;
- adozione di linee guida internazionali per la diagnosi e il trattamento del tumore

Per definire un PDTA sono state analizzate in dettaglio le esigenze dei pazienti oncologici per poter garantire loro:

- il migliore approccio diagnostico-terapeutico;

situazione oncologica, un sottotipo di caratteristiche biologiche e genetiche dei tumore, una propria familiarità, età, singoli tumori ed ai progressi terapeutici morfologia, esigenze estetiche, condizioni che consentono terapie "personalizzate". Le 5 neoplasie più frequenti nel 2017 nella



Viene da sé che per consentire un corretto studio della paziente è necessario disegnare un percorso che permetta di fornire un ordine spazio temporale agli esami diagnostici, alle terapie (chirurgiche, oncologiche, radioterapiche) e che consenta una condivisione multidisciplinare delle decisioni prese nel rispetto delle linee guida nazionali ed internazionali. Solo con questa metodologia si possono raggiungere i migliori risultati in termini di sopravvivenza e qualità della vita.

**D. Qual è l'incidenza della patologia che seguite/trattate all'interno dei PDTA rispetto alle altre patologie?**

**R.** Nel 2017 sono stati stimati circa 51.000 nuovi casi con interessamento delle diverse fasce di età caratterizzata da un percentuale di incidenza intorno al 41% da 0 a 49 aa, 35% da 50 a 69 per ridursi poi al 22% in età > 70aa. Il tumore della mammella è il tumore maggiormente diagnosticato nella donna.

Sebbene dal punto di vista statistico si debba mettere in evidenza un lieve trend in aumento in termini di nuove diagnosi è però doveroso sottolineare come, per contro, vi sia una riduzione della mortalità che è intorno a-2,2% all'anno.

Questo dato è strettamente correlato alla sempre maggiore diffusione di programmi di screening ai quali le donne partecipano con sempre maggior consapevolezza con possibilità di diagnosi sempre più precoci nonché alla possibilità di studiare le

popolazione sono quelle del colon-retto (53mila nuovi casi), seno (51mila), polmone (41.800), prostata (34.800) e vescica (27mila).

Nel 2014 sono stati 177.301 i decessi attribuibili al cancro. Le neoplasie rappresentano la seconda causa di morte (29% di tutti i decessi) dopo le patologie cardio-circolatorie (37%). Il tumore che ha fatto registrare nel 2014 il maggior numero di decessi è quello al polmone (33.386), seguito da colon-retto (18.671), mammella (12.330 decessi), pancreas (11.186) e stomaco (9.557).

**D. Quali sono le motivazioni che sostengono la scelta delle patologie su cui costruire il PDTA?**

**R.** Le motivazioni sono ben note. Si inizia dalle principali patologie, quelle più frequenti, ma, progressivamente, sarà utile costruire un PDTA per tutte le altre patologie. In Italia è la prima causa di morte per tumore negli uomini e la terza nelle donne: quasi 34000 morti l'anno.

**D. Qual è l'incidenza della patologia da Lei seguita/trattata all'interno dei PDTA rispetto alle altre patologie?**

**R.** Il Tumore del Polmone rappresenta una delle prime cause di morte nei Paesi industrializzati.



Dott. G. Stanzani

**D. Dott.ssa Pellegrini, Dott. Stanzani, potete definire il vostro ruolo di coordinatore medico nel GLAM anche rispetto alle altre discipline?**

**R.** Il coordinatore del PDTA è responsabile del controllo della metodologia e dell'applicazione del percorso diagnostico, della verifica dell'approccio multidisciplinare e del coinvolgimento di tutti gli esperti presenti nel gruppo di lavoro.

Il coordinatore è il referente per l'utilizzo della cartella informatizzata del PDTA, gestisce l'attività del case manager ed è in rapporto con la Direzione Sanitaria per tutto ciò che è inerente l'organizzazione ed il corretto funzionamento dei percorsi assistenziali. Il coordinatore del PDTA ha inoltre ruolo di garante per tutto il percorso assistenziale nel quale è stato inserito il paziente.

Il coordinatore collabora inoltre con il Responsabile clinico del Centro di senologia.

**D. Quali sono le motivazioni che sostengono la scelta delle patologie su cui costruire il PDTA?**

**R.** Ci sono alcune patologie, come il cancro della mammella, che più di altre necessitano di una valutazione plurispecialistica che consenta il corretto inquadramento diagnostico e la migliore strategia terapeutica proprio in relazione alle molteplici possibilità terapeutiche attualmente disponibili. Tali risorse terapeutiche devono essere costruite "su misura" sulla paziente proprio perché ogni paziente ha una sua storia clinica, una

- l'ottimizzazione dei tempi tra la fase diagnostica e terapeutica;
- l'uniformità ed equità di trattamento diagnostico terapeutico ai pazienti

**D. La Regione Lazio ha recentemente apportato degli aggiornamenti sui PDTA. Questo come ha influito sulla organizzazione Aziendale dell'A.O.U Sant'Andrea?**

**R.** Sono state effettuate delle modifiche ai percorsi per aderire alle indicazioni regionali. Uno dei principi cui i programmi operativi regionali 2016-2018 fanno riferimento è la necessità di promuovere la multidisciplinarietà nell'organizzazione dei servizi assistenziali, privilegiando i "modelli di rete" in grado di assicurare la presa in carico totale dei pazienti. Per questo, il punto di forza del funzionamento di un pdta è gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare, denominato GLAM.

All'interno del GLAM le diverse figure professionali operano in stretta collaborazione e in funzione delle proprie competenza ed ogni specialista segue il paziente per la sua competenza, garantendo:

- La relazione con pazienti e familiari
- L'affidamento al collega di equipe in caso di passaggio alle fasi successive del percorso
- L'informazione al paziente fornendo ampi ragguagli sulla malattia, sulle possibili cure, tempi di attesa, rischi e benefici sugli eventuali effetti collaterali della terapia;
- Al paziente il tempo di decidere e riflettere prima di far firmare il consenso alla terapia.

Nel GLAM è stato anche identificata una figura professionale con il compito di coordinatore clinico, figura importante ed innovativa all'interno del percorso assistenziale. Il coordinatore ha il compito di:

- favorire l'integrazione delle attività di tutti i professionisti coinvolti;
- controllare in maniera diretta ed indiretta la metodologia e l'applicazione del processo diagnostico;
- verificare l'approccio multidisciplinare con il pieno coinvolgimento di tutti gli esperti presenti nel gruppo di lavoro;
- coordinare tutte le attività;
- assumere il ruolo di garante per il percorso assistenziale nel quale è stato inserito il paziente.

Anche una figura infermieristica partecipa al GLAM ed è il **Case Manager, fondamentale per**

- creare un rapporto di fiducia tra medico e paziente, tra paziente e la struttura
- organizzazione assistenziale per il paziente
- supportare il paziente aumentandone la percezione di sicurezza rispetto alla sua presa in carico all'interno del PDTA
- creare un contatto con i familiari per la gestione del paziente intervenire per ogni problematica legata

**D. Presso l'A.O.U. Sant'Andrea come sono strutturati i PDTA e per quali specialistiche?**

**R.** L'azienda Ospedaliero Sant'Andrea ha rispettato le direttive Regionali, che tramite DCA specifici fornito indicazioni per l'applicazione dei PDTA inizialmente alle patologie oncologiche, i PDTA attivati presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea già dal 2015 e sono quelli relativi al carcinoma della mammella, del colon e del polmone.

I professionisti coinvolti sono:

**Professionisti che decidono il piano diagnostico**

**Terapeutico**

Specialista chirurgo

Specialista medico

Specialista radioterapista

**Professionisti di supporto alla diagnosi e alla cura**

Anatomopatologo

Citopatologo

Farmacista

Radiologo

Medico nucleare

Ginecologo

Fisiatra

Psicologo

Genetista

Ambulatorio cure simultanee

Case manager

**Servizi di supporto e monitoraggio delle attività:**

Direzione Sanitaria

Servizio Professioni Sanitarie

Controllo di Gestione

Qualità

I risultati ottenuti fino ad ora, da un lato indicano le difficoltà che si incontrano nell'attuare un lavoro che coinvolge numerosi professionisti, dall'altro rappresentano un cambiamento culturale della professione medica ed infermieristica che si trasforma da una medicina operante attraverso settori isolati ad un lavoro in team.

Mettere al centro del percorso di cura la persona in tutta la sua complessità è l'obiettivo principale dei PDTA oncologici; infatti, la vera innovazione per il paziente oncologico è essere nelle condizioni di poter ricevere il miglior trattamento

nonché il più appropriato per il suo caso specifico; il tutto con il sostegno di un modello organizzativo "a rete", le cui maglie sono sostituite dai più preparati specialisti e i nodi dalle migliori evidenze scientifiche. Il paziente non è più solo o non deve più preoccuparsi di procurarsi informazioni e prestazioni sanitarie, ma viene preso in carico da un sistema che ha un'organizzazione tale da garantirgli una vera valutazione multidisciplinare, una allocazione nel posto più adatto per il suo problema e il trattamento più adeguato.

### I Dirigenti Medici:

**Dott. P. Mercantini Coordinatore PDTA del Kcolon**

**Prof. S. Lauro Coordinatore PDTA Polmone**

**Dott.ssa P. Pellegrini e Dott. G. Stanzani PDTA Mammella**



**D. Può definire il suo ruolo di coordinatore medico nel GLAM anche rispetto alle altre discipline?**

**Dott. P. Mercantini**

R. Come coordinatore medico nel Glam, il mio ruolo è quello di "concertare" il lavoro dei diversi specialisti che si occupano della patologia oncologica coloretta, ai fini di ottenere la personalizzazione dell'assistenza e delle cure di ogni singolo paziente, nel rispetto delle linee-guida scientifiche.

Tutto ciò si traduce, nella pratica clinica, nell'organizzare settimanalmente dei meeting multidisciplinari, durante i quali si discute di casi clinici e dei relativi trattamenti proposti.

Le decisioni prese multidisciplinariamente, inoltre, sono rese disponibili di volta in volta

come documento scritto, accessibile al paziente e agli altri professionisti coinvolti nel percorso di cura. Vi è altresì un ruolo nella verifica periodica dell'efficacia della fattibilità delle decisioni prese nell'ambito del PDTA, considerando il numero di casi trattati e le disponibilità delle risorse ospedaliere ("budgeting").

Sulla base di questo, il ruolo del coordinatore dovrebbe spingersi anche nell'esecuzione di tutte le azioni che possano migliorare l'efficacia del PDTA. Nel ruolo di coordinamento, fondamentali sono le figure professionali dell'Oncologo medico (Prof.ssa Mazzuca) e del Radioterapista (Prof. Osti), insieme a me protagonisti del PDTA, senza dimenticare tutte le altre figure professionali parte attiva e linfa vitale in ogni discussione settimanale.

**D. Quali sono le motivazioni che sostengono la scelta delle patologie su cui costruire il PDTA, e qual'è l'incidenza della patologia da Lei seguita/trattata all'interno dei PDTA rispetto alle altre patologie?**

R. La necessità di costruire i PDTA, nasce dalla sempre maggiore incidenza di patologie tumorali, quali quelle del colon-retto, polmone e mammella.

Il carcinoma del colon-retto (CCR) è una delle patologie oncologiche più significative in Italia (e in Europa) per incidenza nella popolazione e per mortalità.

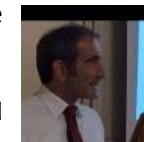
Nell'ultimo ventennio l'incidenza di tale patologia è andata inoltre progressivamente aumentando sia a causa di fattori ambientali ed invecchiamento progressivo della popolazione, che per l'aumento della sensibilità delle indagini diagnostiche e l'attivazione di programmi di screening per la diagnosi precoce.

D'altra parte, benché il carcinoma del colon-retto rimanga il secondo tumore per numero di decessi nella popolazione generale, la sua mortalità, tuttavia, è andata via via diminuendo.

Oggi, grazie ad una integrazione efficace delle diverse terapie, è possibile guarire oltre il 50% dei tumori, e il modello assistenziale che garantisce meglio i risultati clinici e, di conseguenza, la risposta ai bisogni del malato è quello del "Simultaneous Care".

Questo modello assicura l'integrazione precoce delle varie terapie antitumorali e cure di sostegno, attraverso la condivisione di un progetto terapeutico assistenziale unico e personalizzato su ogni singolo malato (PDTA), tra i vari professionisti che trattano la patologia CCR. L'introduzione dei PDTA ha portato ad un arricchimento delle informazioni disponibili, per effetto anche della multidisciplinarietà, facilita il rispetto di

protocolli e linee guida, incoraggia la multidisciplinarietà, stimola riflessioni volte alla ricerca di maggiore efficienza logistica e gestionale. In sintesi, l'istituzione di un PDTA garantisce da un lato il miglioramento dei risultati clinici in termini di sopravvivenza a distanza, e dall'altro la risoluzione dei bisogni dei sempre più numerosi pazienti affetti da carcinoma colo-rettale.



**Prof. S. Lauro**

**D. Può definire il suo ruolo di coordinatore medico nel GLAM anche rispetto alle altre discipline?**

R. Diciamo che ho il privilegio di essere Coordinatore di un Gruppo composto da Professionisti di altissimo livello, ciascuno per la propria Specialità.

Cerco di essere il collante tra tutti loro e di contribuire alla decisione finale, in accordo con tutti, in modo da garantire al paziente il migliore iter diagnostico e terapeutico, attualmente disponibile nel mondo.