

PDTA di area Oncologica: stato dell'arte in regione Veneto, disamina dei gruppi di lavoro e proposta di upgrade

Marcato G.; (Medico DMO – Istituto Oncologico Veneto IOV-IRCCS)

Zacheo T. M.; (Responsabile Area Infermieristica – Istituto Oncologico Veneto IOV-IRCCS)

Grosso D.; (Coordinatrice – Centro Coordinamento Infermieri di Ricerca, Istituto Oncologico Veneto IOV-IRCCS)

Zanella G.; (Infermiera – Centro Coordinamento Infermieri di Ricerca, Istituto Oncologico Veneto IOV-IRCCS)

Parole chiave: PDTA – multidisciplinarietà- multiprofessionalità – organizzazione-assistenza

Introduzione

Con la L.R. 29 giugno 2012 n° 23 di approvazione del PSSR 2012-2016, le reti cliniche integrate con il territorio devono rispondere a due principi cardine garantendo a tutti i cittadini del Veneto una uguale ed uniforme accessibilità alle migliori cure sanitarie, garantendo allo stesso tempo la sicurezza delle prestazioni al paziente, correlata ad una expertise clinica e ad *un'appropriate organizzazione*. Nell'attuazione del suddetto PSSR, con DGR n° 2067 del 19 novembre 2013, si è istituita la Rete Oncologica Veneta designando l'Istituto Oncologico Veneto-IRCCS come centro Hub per il coordinamento delle attività di alta specializzazione e di altre attività condotte per conto delle Aziende ULSS del territorio;

Il nuovo PSSR 2019-2023 a pg.53 riporta che “il PDTA rappresenta il percorso del paziente nelle reti cliniche, più razionale finalizzato al miglior esito delle cure, è uno strumento trasversale che consente di creare una rete di collegamenti tra i ruoli e le funzioni individuate nella rete garantendo continuità nell'assistenza”.

Il termine *assistenza* quindi prende un ruolo determinante e migliorativo come input a implementare il sistema e la rete con questo ulteriore concetto fondamentale, da qui il nostro spunto nella lettura critica dei PDTA sinora prodotti e pubblicati.

Nei 22 PDTA di area oncologica analizzati sono inseriti gli specifici contributi dei diversi professionisti che concorrono alla loro erogazione, in questo lavoro è stata svolta una disamina e confronto dei vari gruppi di lavoro formalmente attivati per la stesura ciascun PDTA. Tutti coinvolgono giustamente vari clinici chirurghi e medici di vari servizi (radiologia, anat.pat, laboratorio ecc.) e moltissimi coinvolgono MMG e Associazioni dei pazienti; mentre nessuno di essi comprende dirigenti medici esperti in organizzazione (Direzione di Ospedale o di Distretto) e nessuno annovera un coordinatore infermieristico o esponente delle Professioni Sanitarie.

E' evidente che se per dei documenti di indirizzo regionale come questi in cui l'indirizzo di linea diagnostico clinica era senz'altro predominante, nella declinazione locale di ULSS per qualunque PDTA sono necessarie soluzioni locali organizzative difficilmente circoscrivibili entro una solo U.O. in cui il Direttore della stessa può far fronte direttamente, bensì sono spesso modifiche di più ampia portata che coinvolgono nel percorso del paziente più UU.OO. le quali meglio possono essere orientate in tal senso da azioni organizzative risolutive poste in essere con l'inevitabile azione specifica svolta da dirigenti della DMO e/o della Direzione di Distretto. Pertanto quantomeno nel capitolo dell'attuazione di tali PDTA regionali tali figure dovrebbero trovare spazio come componenti. A questo si affianca anche lo spazio per la professionalità infermieristica per descrivere la specifica assistenza (nel senso più ampio di *care*) e il posto che questa occupa all'interno delle diverse fasi in cui transita l'utente. Gli infermieri sono quotidianamente impegnati ad assistere i loro pazienti e spesso sono l'anello di congiunzione tra i diversi settings assistenziali che si inseriscono nel percorso di cura divenendone figure cardine. Confrontando le esperienze di altre realtà (“*Linee d'indirizzo per la stesura dei percorsi diagnostici terapeutici nell'ambito dell'assistenza infermieristica relativa alle patologie oncologiche*” emesse nel 2016 dall'organizzazione della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta) appare sensata la proposta di istituire un gruppo Infermieristico che possa collaborare ed inserirsi parallelamente, ma pur sempre in maniera integrata, ai PDTA creando delle Linee d'indirizzo per la stesura di piani assistenziali, con l'obiettivo di adeguarsi a quanto dichiarato nei PDTA uniformando la pratica dei professionisti operanti nelle realtà oncologiche presenti su territorio regionale e di esplicitare concretamente la parola “A” di assistenza presente nell'acronimo.

Conclusioni

“Caratteristiche essenziali del gruppo di lavoro per la costruzione di un PDTA sono la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità: non solo le categorie di operatori sanitari, ma anche quelle amministrativo-organizzative sono necessarie a sviluppare uno specifico PDTA” (Linee di indirizzo Nazionali sui PDTA delle demenze 2017 ;C_17)

Pertanto oltre che un gruppo formale (ovvero composto da Direttori di varie U.O. coinvolte) appare opportuno che il gruppo di lavoro sia anche un gruppo competente (ovvero un componente per ogni competenza richiesta)

Sempre l'ultimo PSSR riporta che l'attività di “supporto tecnico ai gruppi di lavoro dei PDTA è fornito da Azienda Zero” inoltre ribadisce “l'adozione di strumenti organizzativi efficaci come il PDTA. quale ulteriore strumento organizzativo a tutela di professionisti ed operatori”. Tale supporto, anche da parte di Az.Zero si può ben concretizzare identificando la migliore sequenza di azioni da effettuare al fine di raggiungere obiettivi di salute in quanto sono percorsi di assistenza elaborati per categorie di pazienti, e devono essere predisposti ed usati da chi eroga le prestazioni stesse per risultati ottimali in termini di efficacia ed efficienza.