

IL PROCESSO DECISIONALE PER ARRIVARE ALLA PRESCRIZIONE DELLE TERAPIE PERSONALIZZATE: RUOLO DEI PSDTA E DELL'EBM

Gianmauro Numico
Oncologia Medica
AO S.Croce e Carle, Cuneo

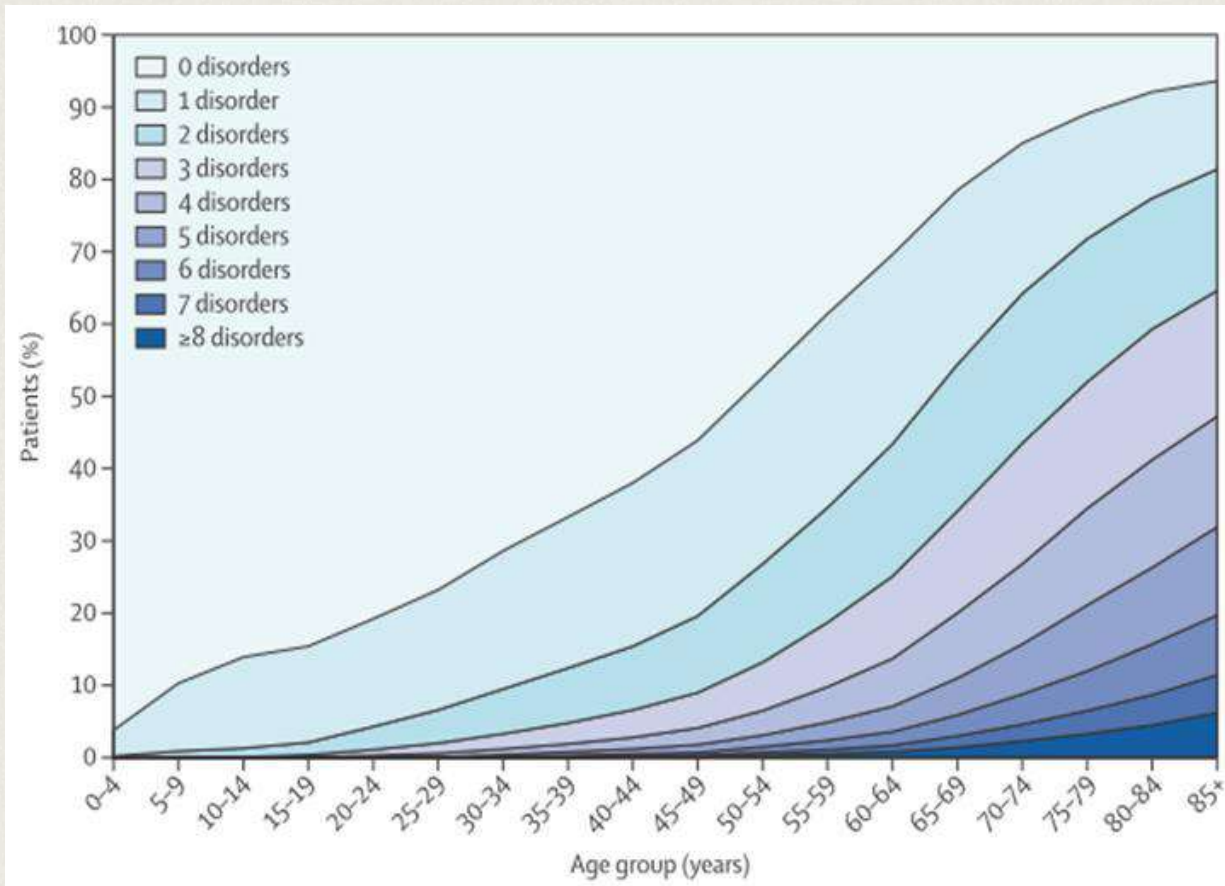




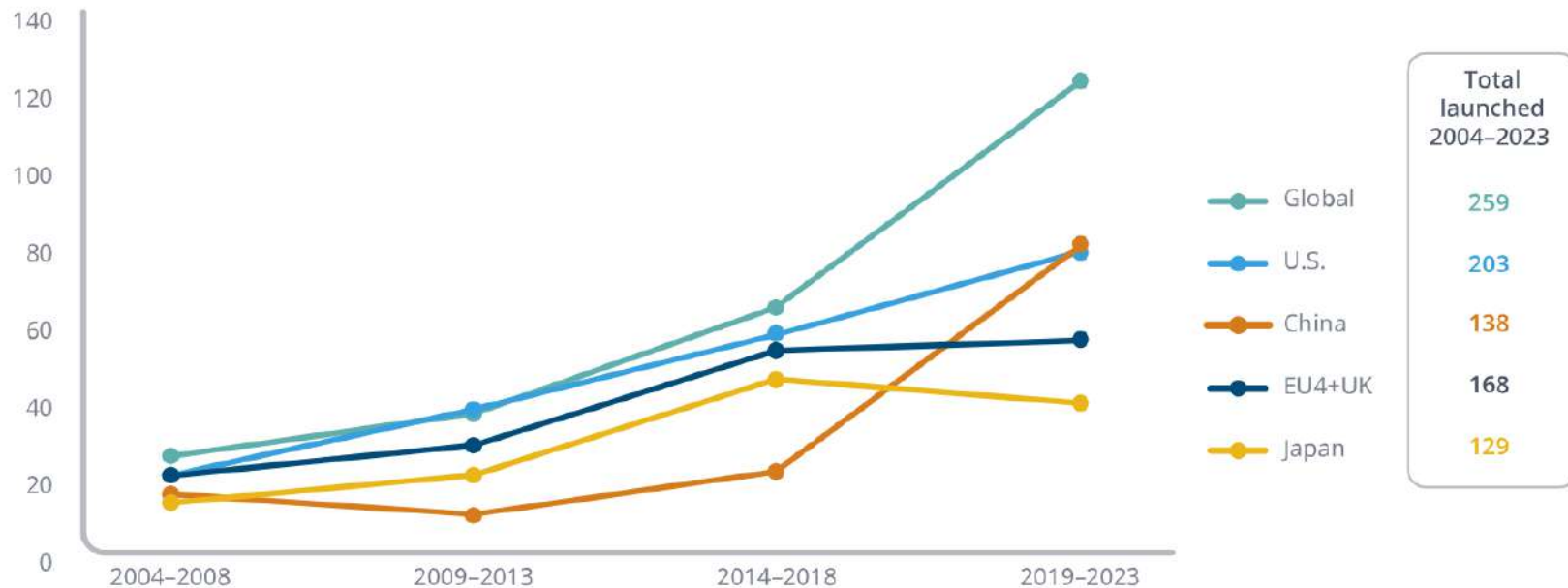
01

**Il grado di
complessità è
elevato e crescente**



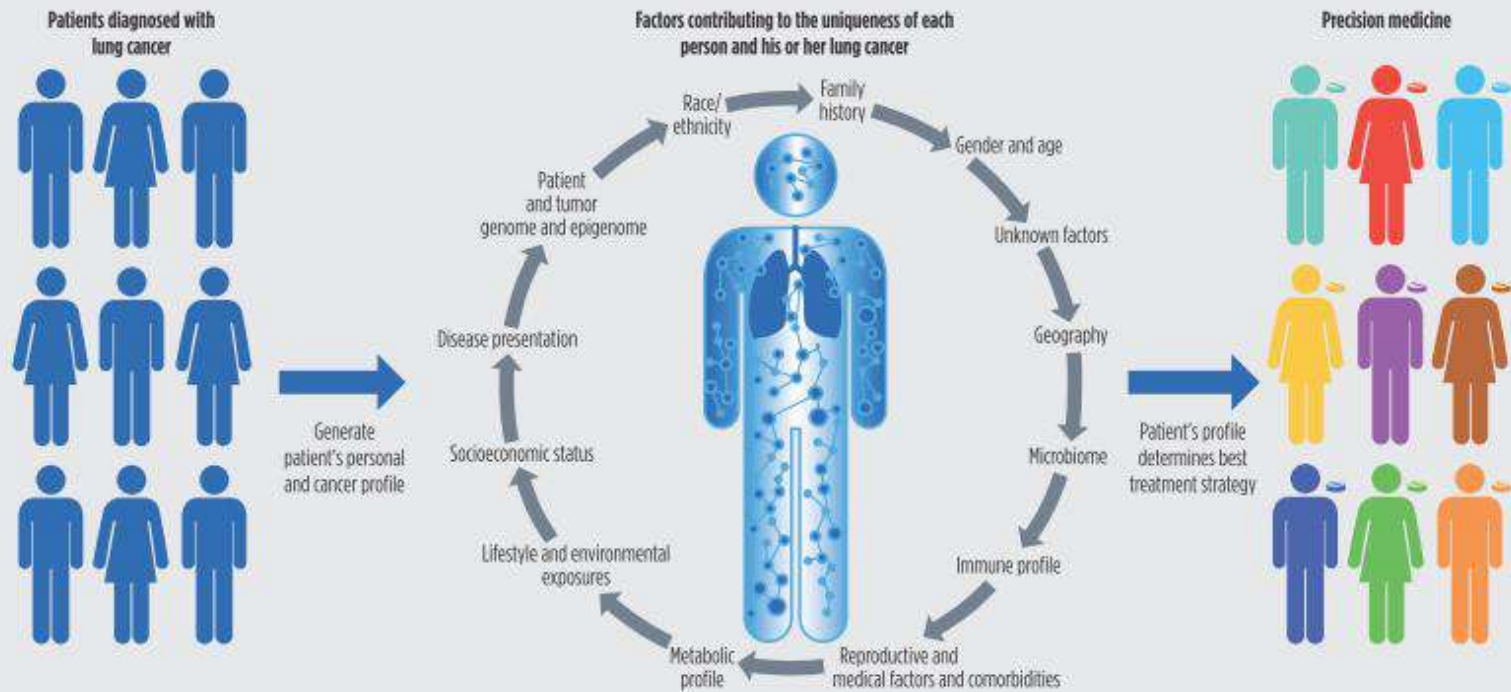


A total of 125 oncology NASSs have launched globally in the past 5 years and 259 over 20 years with large geographic variations



Source: IQVIA Institute, Apr 2024.

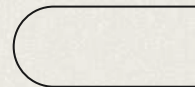






02

Gli oggetti della decisione



Che cosa dobbiamo decidere

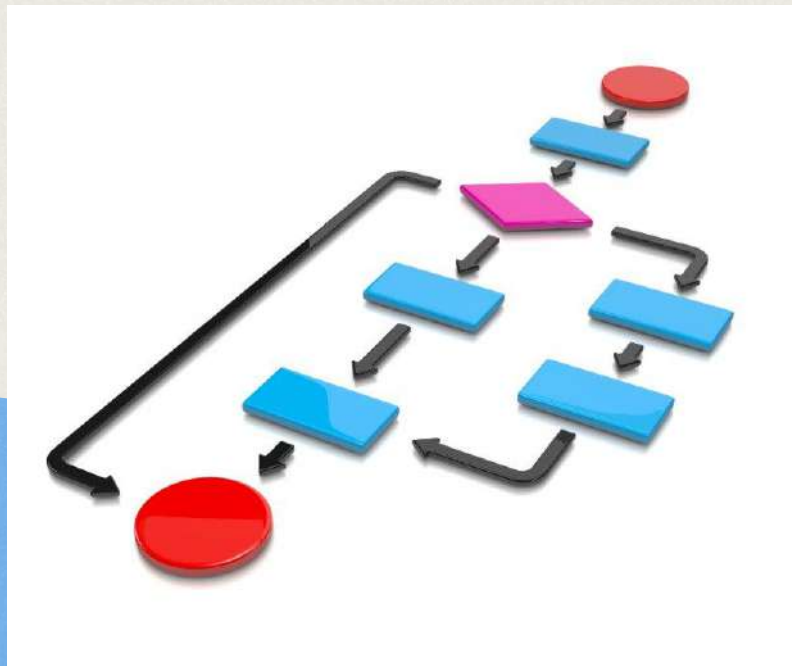
- Strategia di trattamento complessiva
- Tipo di trattamento farmacologico
- Dettagli del trattamento (timing; dosaggi, durata etc.)
- Tempi e modalità di rivalutazione della risposta



Cosa serve per la prescrizione di un trattamento oncologico?

1. Valutazione e descrizione del PS-ECOG
2. Analisi delle patologie associate
3. Funzione midollare, renale, epatica
4. Terapia domiciliare e Interazioni farmacologiche
5. Studio dei target bio-molecolari
6. Definizione degli indicatori di malattia
7. Descrizione dei tempi di rivalutazione
8. Scheda di valutazione geriatrica
9. Valutazione del potenziale emetizzante
10. Valutazione del rischio di neutropenia g3-4
11. Screening epatite B
12. Farmaco-genomica (DYPD, UGT A1)
13. Valutazione cardiologica nei casi indicati
14. Prevenzione tossicità specifiche
15. Terapia orale: modalità di assunzione; interazioni
16. Modalità di richiesta del farmaco (registri, sperimentazioni)



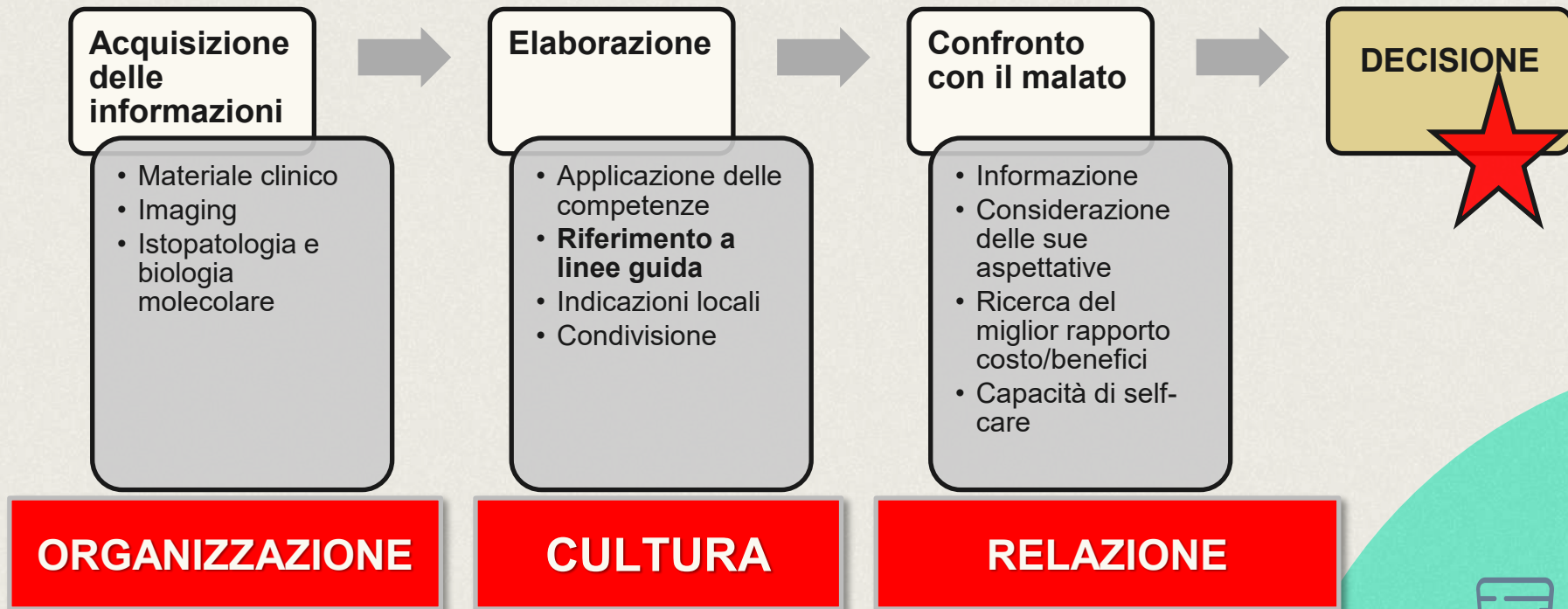


03

**Gli elementi del
processo
decisionale**



Il percorso decisionale



DISORGANIZZAZIONE

INCOMPETENZA

**DISFUNZIONE
RELAZIONALE**

errori

ritardi

sprechi

ripetizioni

conflitti



I tempi delle scelte cliniche

PROSSIMO

- Valutazione diretta del malato
- Completamento del percorso informativo
- Consenso
- Programmazione

REMOTO

- Studio ed analisi delle informazioni
- Applicazione linee guida
- Discussione multidisciplinare
- Pianificazione della strategia

>50%





04

Il lavoro dietro le quinte



Il sapere e la sua applicazione

Competenze specialistiche e sapere “diffuso”

Modalità di acquisizione e raccolta delle informazioni

Standardizzazione e personalizzazione: ruolo delle linee guida

Il confronto con altri saperi

L'automazione

Gestione dell'incertezza



Linee guida e decisioni cliniche

pro

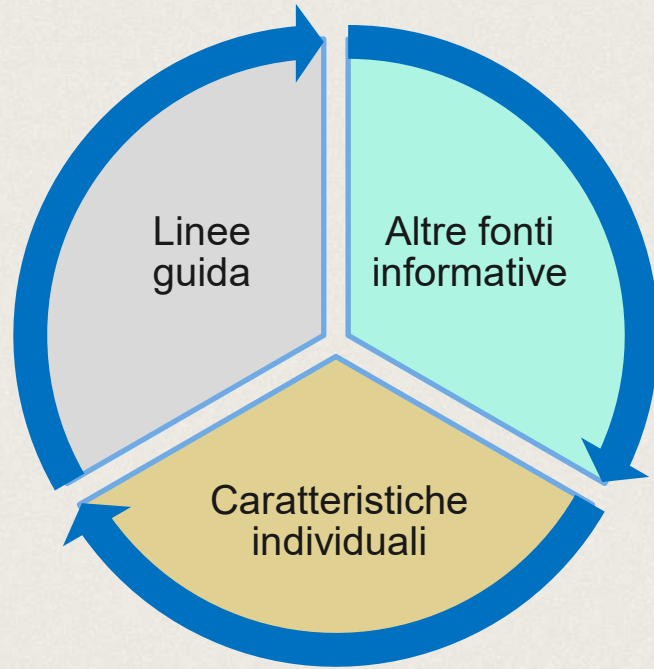
- Standardizzazione delle scelte (riduzione del tasso di variabilità)
- Garanzia di individuazione/ applicazione delle evidenze

contra

- Qualità variabile delle linee guida
- Non applicabilità al singolo (livello di dettaglio spesso insufficiente)



Linee guida e decisioni cliniche



IDEAS AND OPINIONS

Annals of Internal Medicine

The Future of Medical Guidelines: Standardizing Clinical Care With the Humility of Uncertainty

Brad Spellberg, MD; William F. Wright, DO, MPH; Terry Shaneyfelt, MD, MPH; and Robert M. Centor, MD

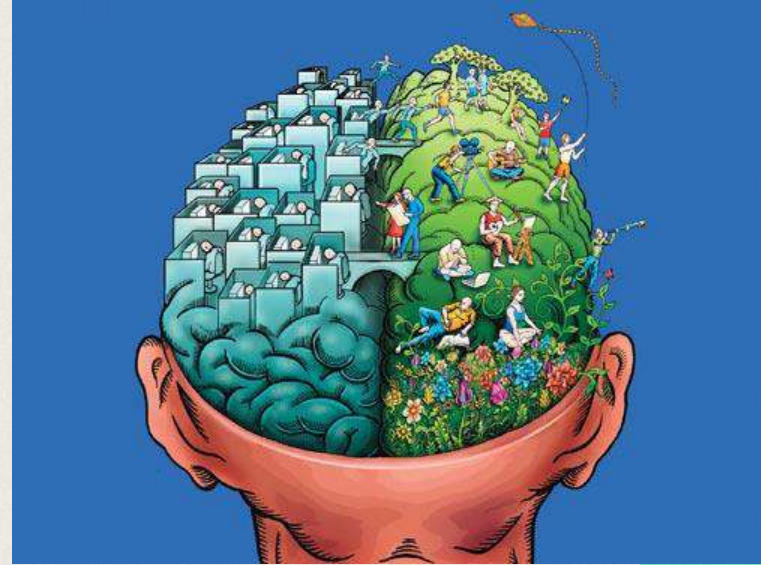
potentially wasteful, and harmful care (2-4).

Once guidelines are published, they unfortunately tend to be treated "as if stone tablets descended from the heavens" (4). They set medicolegal standards of care



I drivers delle decisioni in medicina

- L'uomo non decide in base all'integrazione razionale delle informazioni che riceve
- Nel decidere è influenzato da drivers irrazionali
- La medicina, in larga misura, è segnata dall'idea che le decisioni siano razionali



Abbiamo dimostrazione che l'evidenza ha una importanza relativa

- L'introduzione nella pratica clinica delle nuove evidenze ha lunghissime latenze ed è spesso imperfetta
- Selezione arbitraria delle evidenze
- L'applicazione delle evidenze è spesso lontana dalle fonti (non rispettati i criteri di inclusione degli studi, variazioni ai trattamenti originali)
- L'applicazione è indipendente dalla qualità dei dati disponibili
 - Dati recenti > dati remoti
 - Rischi e tossicità > benefici
 - Adattamento alla nostra esperienza recente
 - Sovrastima degli eventi improbabili





05

**La visita
ambulatoriale: la
nostra sala
operatoria**



Competenze relazionali

- La conoscenza e la valorizzazione della volontà del malato sono decisivi nel determinare una buona scelta clinica
- La creazione di una relazione di fiducia e la comprensione del malato rende più semplici le decisioni
- La condivisione della responsabilità decisionale riduce il peso della scelta
- L'informazione e la trasparenza riducono gli errori
- Le competenze relazionali si possono imparare



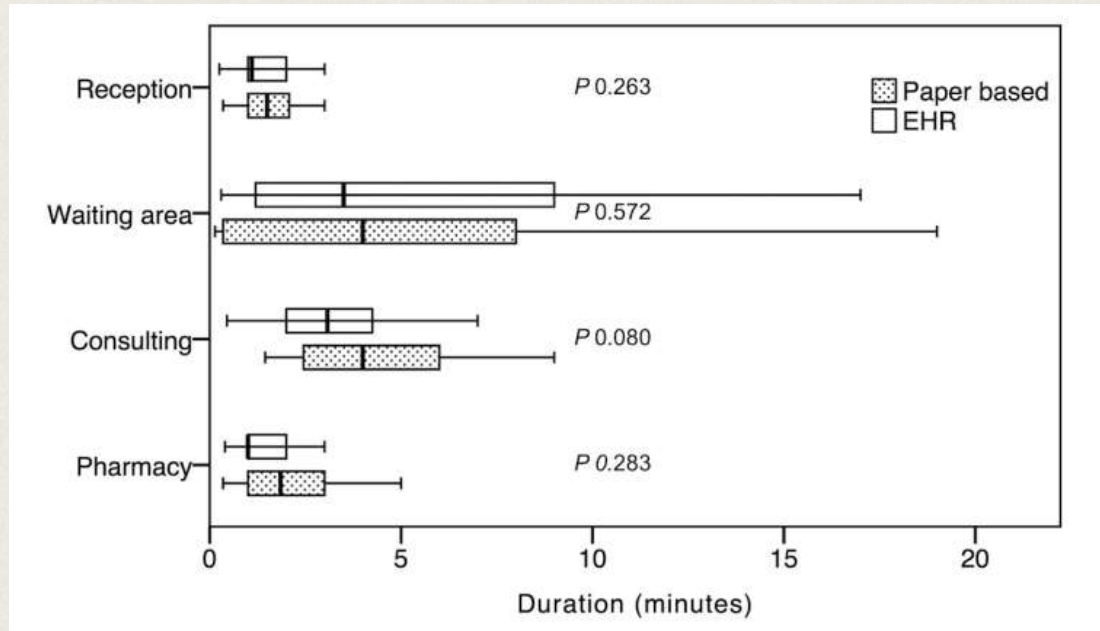


06

Strumenti e ostacoli

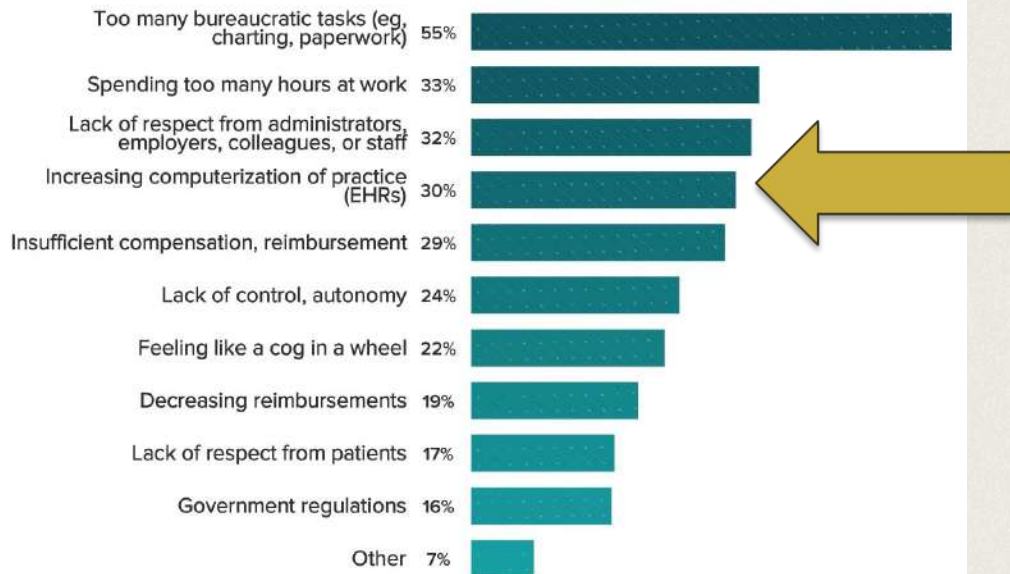


Digitalizzazione: una promessa non mantenuta



La tecnologia informativa è spesso un ostacolo al processo decisionale

What Contributes Most to Burnout?



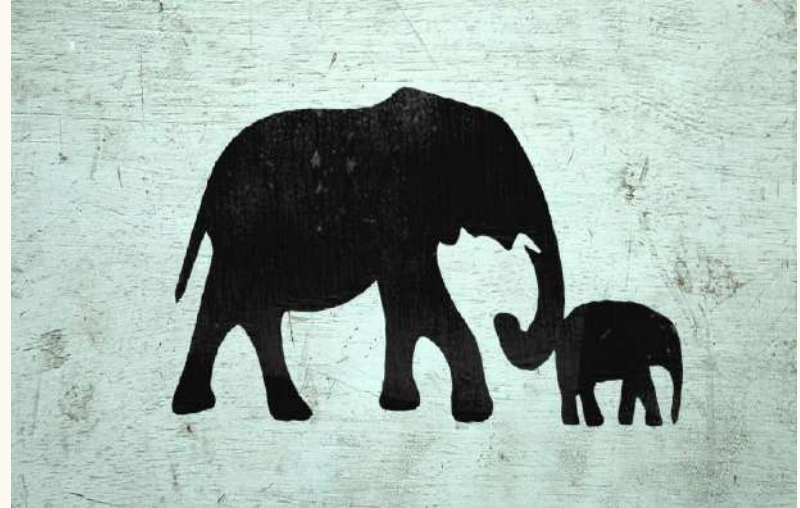
Qualità della trasmissione delle informazioni

- Manutenzione e controllo della cartella clinica
- Monitoraggio della qualità della refertazione
- Miglioramento continuo del sistema informatico



Nudge: la strategia di rendere preferibile una opzione rispetto ad una molteplicità

- Default
- Offerta di informazioni complete (gradi tox)
- Suggerimenti di opzioni
- Check list



Bundles: una modalità per migliorare l'adesione alle linee guida

THE SEPSIS SIX

1. Give O2 to keep SATS above 94%
2. Take blood cultures
3. Give IV antibiotics
4. Give a fluid challenge
5. Measure lactate
6. Measure urine output

JUST ASK

"COULD IT BE SEPSIS?"

IT'S A SIMPLE QUESTION, BUT IT COULD SAVE A LIFE.



THE UK
SEPSIS
TRUST



Lavorare per percorsi



- Dalla visione per strutture organizzative alla visione per processi
- Dal punto di vista degli operatori al punto di vista dei pazienti
- Dall'interesse per l'oggetto del proprio lavoro all'interesse per il lavoro degli altri

Isokinetic.com





07

**Due strumenti più
utili degli altri**



Imparare dagli errori

- Raccolta e valorizzazione delle disfunzioni e delle lamentele
- Capacità di correlare l'errore puntiforme con la disfunzione dei processi
- Strumenti di rilevazione sistematica e pro-attiva dell'errore
- Revisione continua dei processi organizzativi



Misurare

- Monitoraggio dei percorsi con indicatori
 - Tempi di attesa e latenza tra prestazioni
 - Durata delle prestazioni
 - Numero di procedure
- Controllo e manutenzione degli strumenti di lavoro
- Rilevazioni di outcome
- Valutazione delle competenze



Take-home

La decisione clinica non è un atto individuale e non è concentrata in un tempo definito

È resa possibile da ORGANIZZAZIONE, CULTURA, RELAZIONI

L'evidenza scientifica e le linee guida sono strumenti utili ma non risolvono la questione decisionale

Standardizzazione e personalizzazione devono essere in equilibrio costante

Dobbiamo avere consapevolezza della irrazionalità presente nelle nostre scelte cliniche

Occorre un lavoro continuo per garantire la qualità delle scelte cliniche



GRAZIE!

numico.g@ospedale.cuneo.it

