

**Multidisciplinary versus Multiprofessional Vision:
The Contemporary Challenge in Prostate Cancer
Management (G. Conti)**

PRO ^{3rd}
STATE ^{ed.}
of the art

SCIENTIFIC COMMITTEE
Orazio Caffo
Giovanni Pappagallo

EUROPEAN FACULTY
Alberto Bossi
Ronald De Wit
Karim Fizazi
Silke Gillesen
Nicolas Mottet

24th, 25th January 2023

Teatro Sociale
Trento | Italy





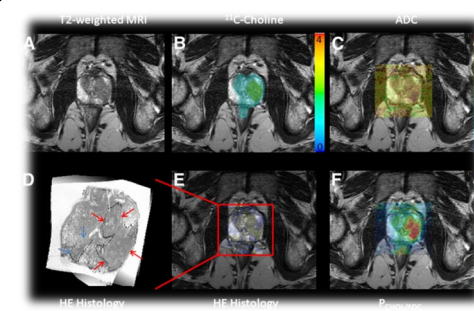
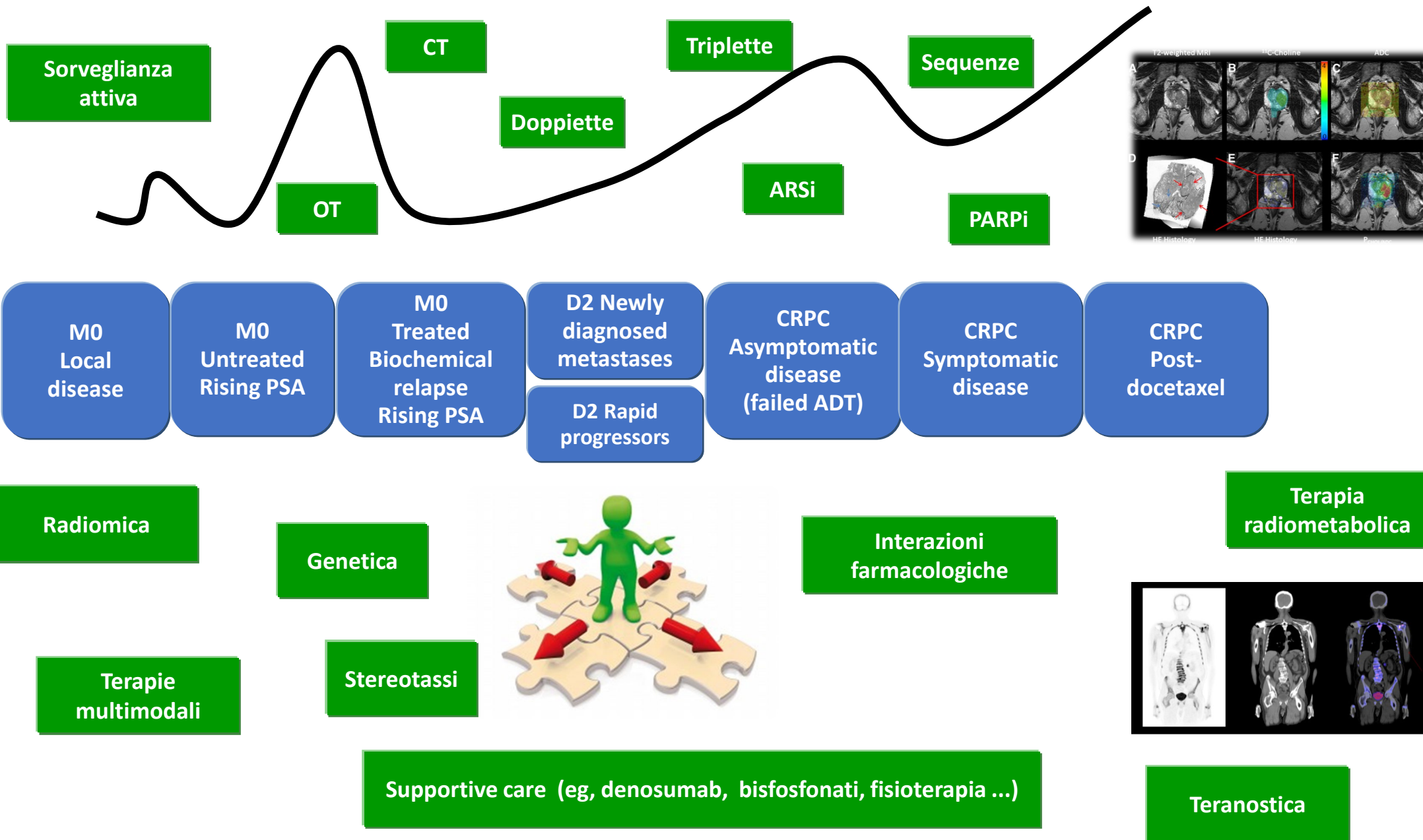
Low Risk Prostate Cancer and Active Surveillance



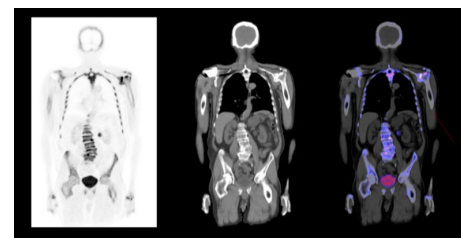
Meelan Bul



Percorsi diagnostici e opzioni terapeutiche in continua evoluzione



Terapia radiometabolica



Teranostica



L'approccio paternalistico

Knock o il trionfo della medicina

(di Jules Romains)

Atto 2° scena VI

SG (mestamente)

Io non ho niente signor dottore.

K

Che ne sapete Voi?

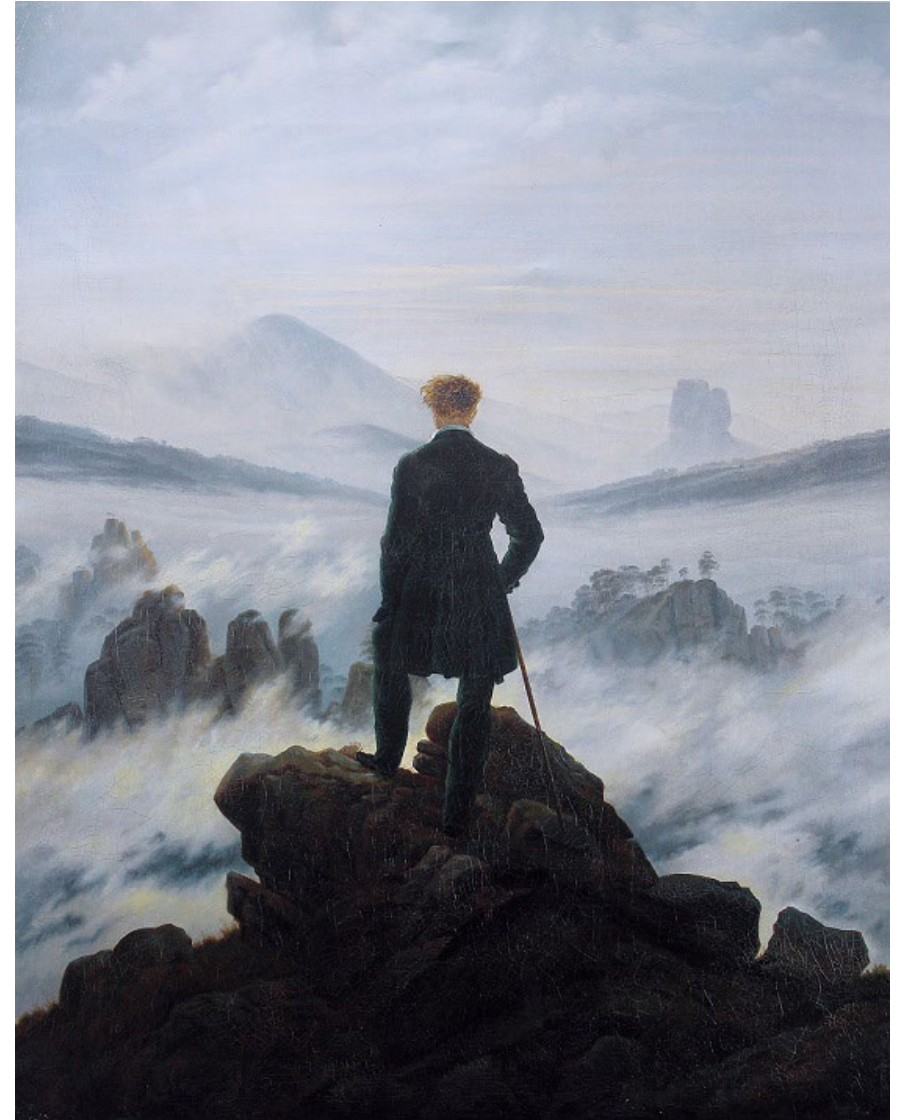


- Decisione unidirezionale paternalistica dell'esperto
- Bias personali del medico
- Basato su ampia casistica ma con conclusioni metodologicamente "deboli"
- "L'opzione migliore a giudizio del singolo specialista"

Conoscenza, esperienza, riflessione
individuale inevitabili punti di
partenza ma ...sono sufficienti?



La tensione ad andare oltre ciò che costituisce il nostro bagaglio culturale, affrontando ciò che è ancora ignoto, è da sempre lo stimolo più forte per l'uomo che «cerca», in qualsiasi campo dell'attività umana, e la premessa fondamentale per superare i limiti dell'individualità





Enhancing Prostate Cancer Care Through the Multidisciplinary Clinic Approach: A 15-Year Experience

By Leonard G. Gomella, MD, Jianqing Lin, MD, Jean Hoffman-Censits, MD, Patricia Dugan, RN, Fran Guiles, RHIA, CTR, Costas D. Lallas, MD, Jaspreet Singh, DO, Peter McCue, MD, Timothy Showalter, MD, Richard K. Valicenti, MD, Adam Dicker, MD, and Edouard J. Trabulsi, MD

Kimmel Cancer Center, Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA

VOL. 6, ISSUE 6
NOVEMBER 2010

Table 2. Patient Satisfaction Survey Concerning the Multidisciplinary Clinic Experience: Percentage of “Good” and “Very Good” Responses

Survey Item	Percentage of Responses		
	Nov 2008 to Jan 2009	June 2009 to Sept 2009	Oct 2009 to Jan 2010
Waiting time for appointment	94	95	90
Explanation of what to expect	94	96	93
Waiting time in center	91	90	86
Treatment with respect and dignity	97	98	100
Treatment option explained by doctors	100	98	100
Likelihood of recommending	93	98	93





Enhancing Prostate Cancer Care Through the Multidisciplinary Clinic Approach: A 15-Year Experience

By Leonard G. Gomella, MD, Jianqing Lin, MD, Jean Hoffman-Censits, MD, Patricia Dugan, RN, Fran Guiles, RHIA, CTR, Costas D. Lallas, MD, Jaspreet Singh, DO, Peter McCue, MD, Timothy Showalter, MD, Richard K. Valicenti, MD, Adam Dicker, MD, and Edouard J. Trabulsi, MD

Kimmel Cancer Center, Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA

VOL. 6, ISSUE 6
NOVEMBER 2010

Conclusion: Our long-term experience suggests a benefit of the multidisciplinary clinic approach to prostate cancer, most pronounced for high-risk, locally advanced disease. A high level of satisfaction with this patient-centered model is seen. The multidisciplinary clinic approach to prostate cancer may enhance outcomes and possibly reduce treatment regret through a coordinated presentation of all therapeutic options. This clinic model serves as an interdisciplinary educational tool for patients, their families, and our trainees and supports clinical trial participation.



Published in final edited form as:
Arch Intern Med. 2010 March 8; 170(5): 440–450. doi:10.1001/archinternmed.2010.1.

Physician Visits prior to Treatment for Clinically Localized Prostate Cancer

Consultazione di specialista/i alla diagnosi: 42309 pts

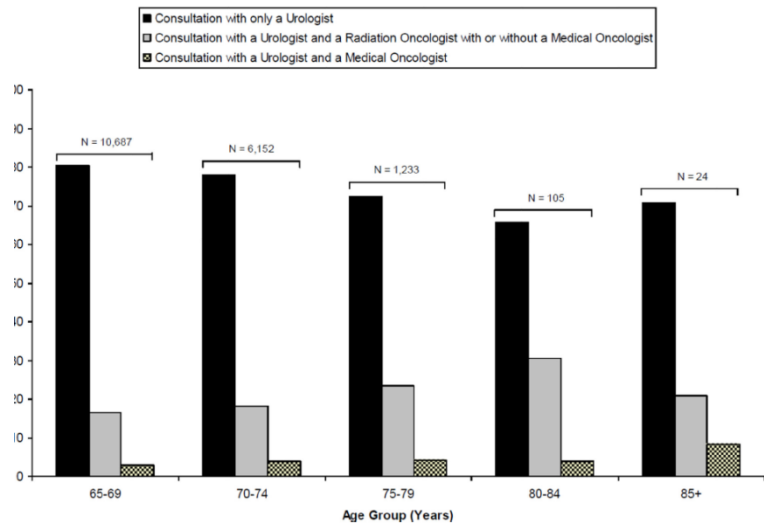
50% visti dal solo urologo

44% da urologo e radioterapista

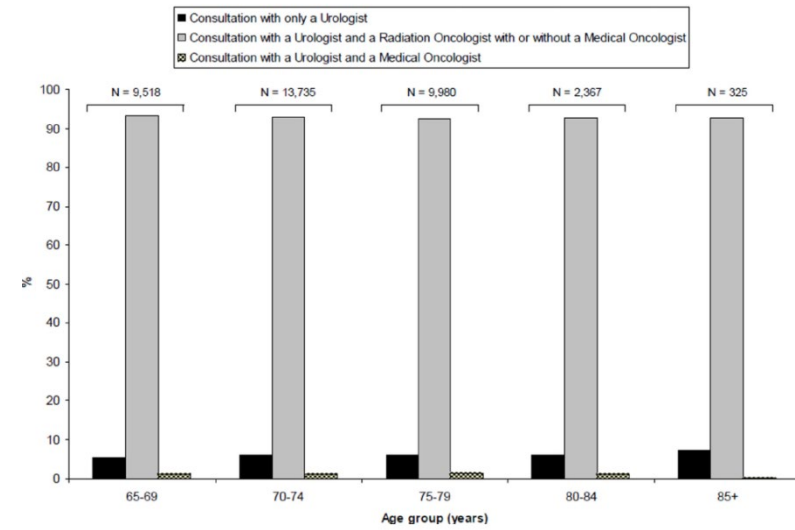
3% da urologo e oncologo

3% da tutti e tre gli specialisti

a. Specialists that were consulted prior to treatment for men who ultimately had a radical prostatectomy



b. Specialists that were consulted prior to treatment for men who ultimately underwent radiation therapy





L'approccio personalizzato al paziente ...

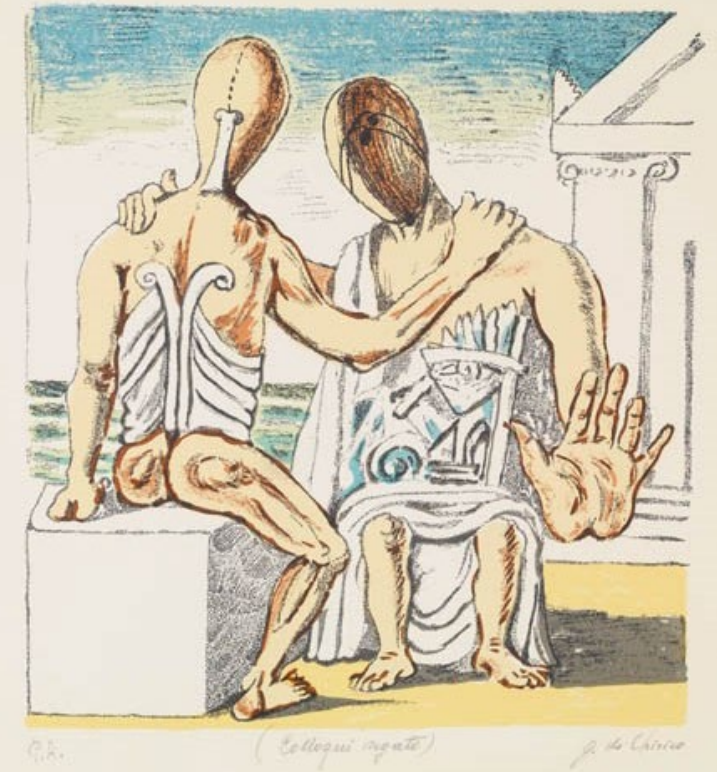
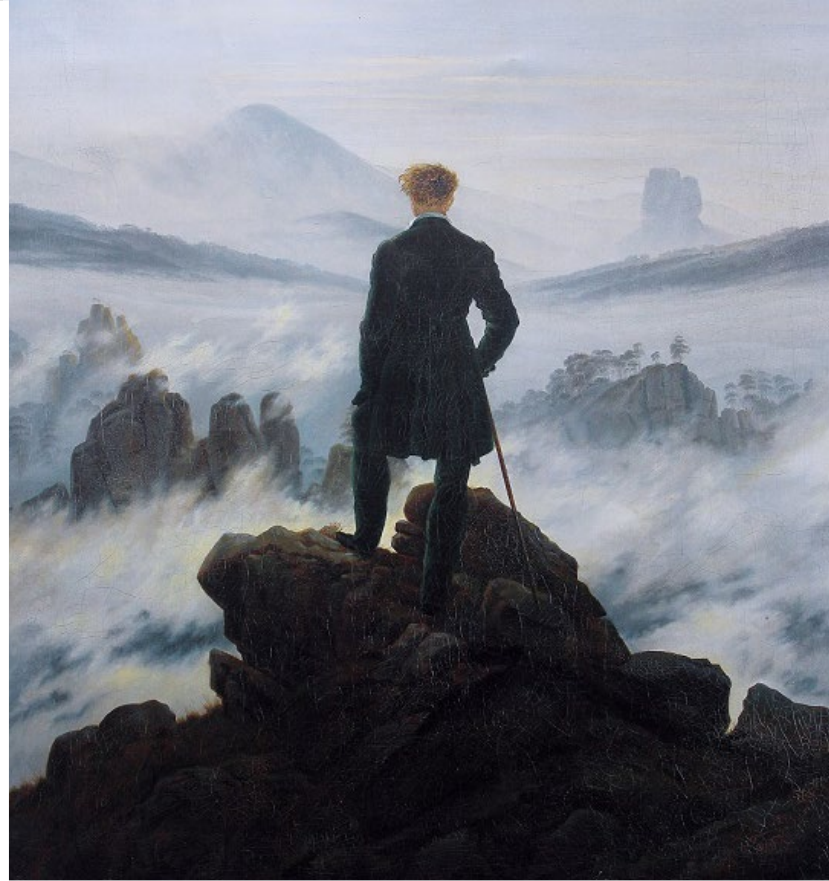


- Bidirectional
- Doctor discusses advantages and benefits
- Patient preference and “philosophy” is integrated
- Treatment that best fits patient disease and personal expectations



«The secret of the care of the patient is
in caring for the patient.»

Francis W. Peabody, Harvard University of Medicine, 1925



... è prima di tutto un processo culturale





The requirements of a specialist Prostate Cancer Unit: a discussion paper from the European School of Oncology

R. Valdagni et al. European Journal of Cancer 47 (2011), 1–7

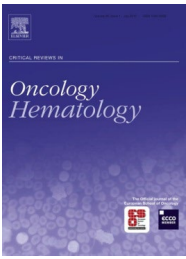


- Definition of the core team
- In addition to physicians
 - Nurse specialist in prostate care
 - Physiotherapists
 - Palliative care specialists
 - Professionals offering psychological support
 - Sexologist/andrologist
 - Geriatrician



Critical Reviews in Oncology/Hematology 95 (2015) 133–143

CRITICAL REVIEWS IN
*Oncology
Hematology*
Incorporating Geriatric Oncology
www.elsevier.com/locate/critrevonc



Prostate Cancer Unit Initiative in Europe: A position paper by the European School of Oncology

Riccardo Valdagni^{a,b,c,□}, Hendrik Van Poppel^d, Michael Aitchison^e, Peter Albers^f,
Dominik Berthold^g, Alberto Bossi^h, Maurizio Brausiⁱ, Louis Denis^{j,k},
Lawrence Drudge-Coates^l, Maria De Santis^{m,n}, Günther Feick^{j,o}, Chris Harrison^p,
Karin Haustermans^q, Donal Hollywood^{r,l}, Morton Hoyer^s, Henk Hummel^t, Malcolm Mason^u,
Vincenzo Mirone^v, Stefan C. Müller^w, Chris Parker^x, Mahasti Saghatchian^y,
Cora N. Sternberg^z, Bertrand Tombal^{aa}, Erik van Muilekom^{bb}, Maggie Watson^{cc},
Simone Wesselmann^{dd}, Thomas Wiegel^{cc}, Tiziana Magnani^b, Alberto Costa^a



Associazione Italiana Radioterapia Oncologica



2015



2021



Progetto TMD Uro-Oncologico

MISSION

- Agevolare la creazione di team multidisciplinari
- **Trasformare un team multidisciplinare in team multiprofessionale**
- **Agevolare un processo culturale**
- Coinvolgere nel processo le Associazioni dei Pazienti
- **Raggiungere un pensiero scientifico unanime da trasferire ai decision maker istituzionali**



STATEMENT #1

La finalità principale di questa iniziativa risiede nell'agevolare la creazione di team multidisciplinari e multi-professionali, nello stimolare un processo culturale di confronto e condivisione multidisciplinare che coinvolga anche i pazienti e le loro associazioni.

Un TMD uro-oncologico deve concorrere primariamente alla definizione e raggiungimento, nel più breve tempo possibile, del miglior percorso diagnostico-terapeutico per il paziente (finalità esterna), e al contempo alla formazione continua dei suoi membri (finalità interna).

Obiettivi del TMD uro-oncologico sono: migliorare l'appropriatezza diagnostica e terapeutica, rendere accessibili le cure disponibili e migliorare la qualità di vita e la compliance dei pazienti, ottimizzando così l'uso delle risorse.



Core Team

Team allargato

Requisiti minimi

PDTA

Indicatori

Modelli organizzativi



Core Team

Coordinatore

Urologo

Oncologo radioterapista

Oncologo medico

Patologo

Radiologo

Medico nucleare

Personale infermieristico



Minidibattito strutturato:
Obesità sarcopenica nel paziente in deprivazione androgenica

Interplay fra composizione corporea e fragilità ossea

Alfredo Berruti
Università degli Studi di Brescia
ASST-Spedali Civili



Minidibattito strutturato:
Obesità sarcopenica nel paziente in deprivazione androgenica

Giuseppe Colloca, Md, PhD
Fondazione Policlinico Agostino Gemelli IRCCS
Università Cattolica del Sacro Cuore



DOCENTI
Matteo Brunelli
Orazio Caffo
Ettore Domenico Capoluongo
Francesca Castiglione
Giario Natale Conti
Rolando Maria D'Angelillo
Ugo De Giorgi
Marzia Del Re
Roberto Iacovelli
Alberto Lapini
Giovanni Pappagallo

OBBIETTIVO FORMATIVO
Linee guida - protocolli - procedure

CREDITI ECM
Il corso ha ottenuto 4,2 crediti ECM per Biologo, Medico Chirurgo specializzato in: Oncologo Medico, Oncologo Radioterapista, Urologo, Medico Nucleare, Radiologo, Anatomopatologo, Genetista, Farmacologo

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA
OVER SRL
info@overgroup.eu www.overgroup.eu

SEGRETARIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM
Società Italiana di Uro-Oncologia
Presidente: Alberto Lapini
via Dante 17 - 40126 Bologna
tel 051 349224 fax 051 349224
segreteria@siuro.it www.siuro.it

In ottemperanza al Decreto-Legge 23 Luglio 2021, n. 105 è consentita la partecipazione e l'accesso agli spazi congressuali unicamente a coloro che sono in possesso di Green Pass

CON LA SPONSORIZZAZIONE NON CONDIZIONANTE DI



RESPONSABILI SCIENTIFICI
Alberto Lapini
Giario Natale Conti
Sergio Braacarda

DOCENTI
Nicolò Borsellino
Sergio Braacarda
Orazio Caffo
Giampiero Cardone
Giuseppe F. Colloca
Giario Conti
Rolando M. D'Angelillo
Marzia Del Re
Stefano Fantì
Michelangelo Fiorentino
Barbara A. Jerekzec
Alberto Lapini
Giovanni Pappagallo
Tommaso Prayer-Gallati

SEGRETARIA SCIENTIFICA
Società Italiana di Uro - Oncologia
Presidente e: Sergio Braacarda
via Dante 17 - 40126 Bologna
tel 051 349224 fax 051 349224
segreteria@siuro.it www.siuro.it
Provider N. 5231

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA
OVER SRL
tel 0372 23310
info@overgroup.eu www.overgroup.eu

CON LA SPONSORIZZAZIONE NON CONDIZIONANTE DI



cose da ARSI:
- Inquadramento clinico e diagnostico dei pazienti in mCSPC e nmCRPC
- Ruolo degli ARSI (e non solo) nel nuovo scenario

2 DICEMBRE 2022
ore 10.30 - 17.30
BOLOGNA
Hotel NH Bologna De La Gare
Piazza XX Settembre, 2



XXXII Congresso Nazionale SIUo

Firenze 6-7-8 Ottobre 2022

Chirurgia delle metastasi ossee: A chi, come e quando?

M. Silvia Spinelli
UOC Ortopedia Oncologica
ASST Gaetano Pini - CTO
Milano



Le Metastasi Ossee necessitano in un team

XXXII CONGRESSO NAZIONALE SIURO X-2022



Orthopaedic Oncology - Istituto Gaetano Pini - Milan - ITALY

XXXII CONGRESSO NAZIONALE SIURO X-2022

- Uomo di 57 anni
- K rene a cell chiare
- Non lamenta dolore
- Uomo di 57 anni
- K rene a cell chiare
- Non lamenta dolore
- Giunto per TC torace da routine FU
- Targin 20 mg x 2 / die per





XXXII Congresso Nazionale SIUro

Firenze 6-7-8 Ottobre 2022

Chirurgia delle metastasi ossee: A chi, come e quando?

M. Silvia Spinelli
UOC Ortopedia Oncologica
ASST Gaetano Pini - CTO
Milano



- Uomo di 57 anni
- K rene a cell chiare
- Non lamenta dolore
- Uomo di 57 anni
- K rene a cell chiare
- Non lamenta dolore
- Giunto per TC torace da routine FU
- Targin 20 mg x 2 / die per



XXXII CONGRESSO NAZIONALE SIURO X-2022



Che differenza c'è stata rispetto a trattarla prima?



Team allargato

Ortopedico

Fisiatra/Fisioterapista

Psico-oncologo

Specialista di terapie di supporto

Sessuologo/andrologo

Geriatra

Coordinatore dei trials clinici/data manager

MMG

Caregivers

Rappresentante dei pazienti



Team allargato

Genetista

Biologo molecolare

Farmacologo

e ...



Core Team

Team allargato

Requisiti minimi

PDTA

Indicatori

Modelli organizzativi



Requisiti minimi



4	Massa critica	<ol style="list-style-type: none">1. Più di 100 nuovi casi di tumore della prostata registrati, discussi negli incontri del Team Interdisciplinare e Multiprofessionale, trattati e monitorati dalla PCUNIT/PCNETWORK/TMD ogni anno2. Tutte i trattamenti immediati e differiti e i protocolli osservazionali devono essere condotti sotto la direzione del team multidisciplinare della PCUNIT/PCNETWORK/TMD.3. Le terapie adiuvanti e palliative così come il supporto psicologico possono essere erogate in altri setting che collaborano ufficialmente con la PC Unit/il TMD o all'interno del PC Network4. Il follow-up dei pazienti in sorveglianza attiva e vigile attesa dovrebbe essere effettuato dal team interdisciplinare e multiprofessionale della PCUNIT/PCNETWORK/TMD o in altri setting che collaborano ufficialmente con la PC Unit/il TMD o all'interno del PC Network 5. Il follow-up e la riabilitazione dei pazienti dovrebbero essere coordinati dalla PCUNIT/PCNETWORK/TMD	<ol style="list-style-type: none">1. Obbligatorio – subito2. Obbligatorio – subito3. Obbligatorio – un anno4. Obbligatorio – un anno 5. Obbligatorio – un anno
8	Core Team <u>Urologo</u>	<ol style="list-style-type: none">1. Due o più urologi formati sulla diagnosi e sulla cura delle patologie prostatiche2. Almeno 50 casi tra prostatectomie radicali e pazienti inclusi nei protocolli di sorveglianza attiva all'anno per unità3. Circa il 50% o più del tempo lavorativo dedicato a patologie della prostata4. Tempo protetto dovrebbe essere garantito da contratto per partecipare alle attività cliniche, agli incontri del team interdisciplinare e multiprofessionale e agli audit	<ol style="list-style-type: none">1. Obbligatorio – un anno2. Obbligatorio – un anno3. Obbligatorio – un anno4. Obbligatorio – subito



Requisiti minimi

9	Core Team <u>Oncologo radioterapista</u>	<ol style="list-style-type: none">1. Due o più oncologi radioterapisti specializzati, formati sulla radioterapia o brachiterapia del tumore della prostata2. Almeno 50 casi tra trattamenti (radicali o adiuvanti) di radioterapia esterna o brachiterapia (HDR o LDR) e pazienti inclusi in protocolli di sorveglianza attiva all'anno per PCUNIT/PCNETWORK/TMD3. Circa il 30% o più del tempo lavorativo dedicato al carcinoma della prostata (per entrambi ERT e BCT)4. Tempo protetto dovrebbe essere garantito da contratto per partecipare alle attività cliniche, agli incontri del team interdisciplinare e multiprofessionale e agli audit	<ol style="list-style-type: none">1. Obbligatorio – un anno2. Obbligatorio – un anno3. Obbligatorio – un anno4. Obbligatorio – subito
10	Core Team <u>Oncologo Medico</u>	<ol style="list-style-type: none">1. Due o più oncologi medici specializzati, formati sul trattamento del tumore della prostata2. Valutare almeno 50 pazienti affetti da tumore della prostata all'anno3. Circa il 30% o più del tempo lavorativo dedicato a pazienti con neoplasie prostatiche4. Tempo protetto dovrebbe essere garantito da contratto per partecipare alle attività cliniche, agli incontri del team interdisciplinare e multiprofessionale e agli audit	<ol style="list-style-type: none">1. Obbligatorio – un anno2. Obbligatorio – un anno3. Obbligatorio – un anno4. Obbligatorio – subito
11	Core Team <u>Anatomo Patologo</u>	<ol style="list-style-type: none">1. Uno o più Anatomopatologi responsabili dell'uropatologia e della patologia prostatica2. Tempo protetto dovrebbe essere garantito da contratto per partecipare agli incontri del team interdisciplinare e multiprofessionale quando richiesto e agli audit3. Circa il 30% o più del tempo lavorativo dedicato all'uropatologia	<ol style="list-style-type: none">1. Obbligatorio – un anno2. Obbligatorio – un anno3. Obbligatorio – un a



Requisiti minimi



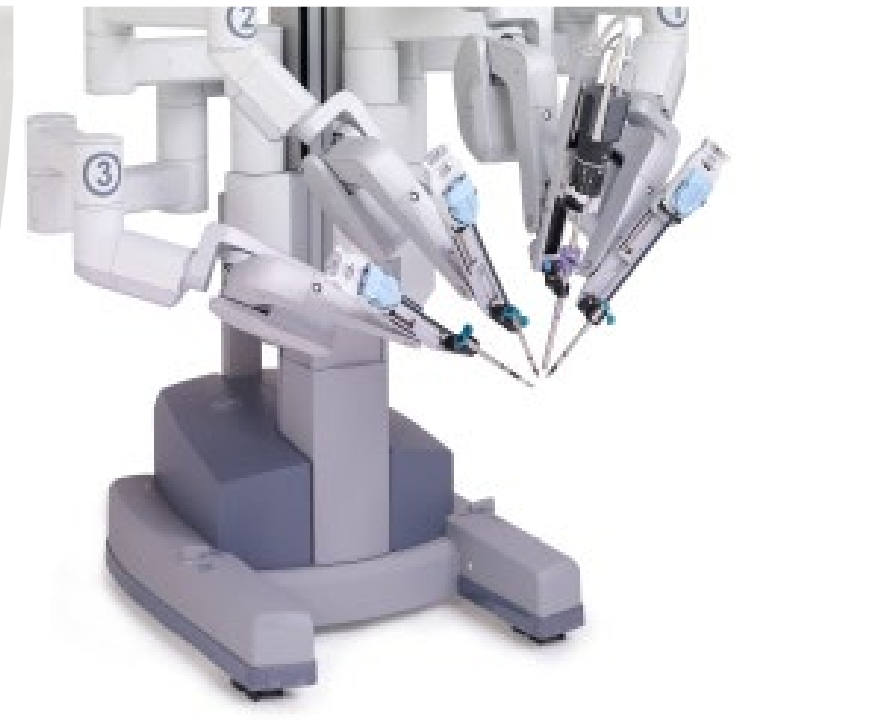
Tavola 5 – Standard ed elementi (item) per la costituzione di una PCUNIT/PCNETWORK/TMD: organizzazione e gestione dei casi

N.	Standard/indicatore	Requisiti/ sottostandard/elementi misurabili	Tipo / tempistica
30	Organizzazione Gestione interdisciplinare e multiprofessionale dei casi	<ol style="list-style-type: none">1. Almeno un membro per ciascuna disciplina del Core Team (Urologia, Oncologia Radioterapica, Oncologia Medica, Anatomia Patologica, Radiologia, Disciplina Infermieristica) deve partecipare agli incontri interdisciplinari e multiprofessionali. I membri del Core Team possono concordare deroghe giustificate.2. Se possibile/su richiesta, operatori della salute mentale (come psicologi clinici/ psichiatri e/o counselor accreditati) in grado di offrire sostegno psico-sociale dovrebbero partecipare agli incontri del team interdisciplinare o fornire al Core Team appunti scritti sui pazienti che hanno visitato.3. Gli incontri del Team Interdisciplinare e Multiprofessionale possono essere svolti anche in videoconferenza.4. I colleghi che partecipano agli incontri e i casi discussi e rivisti devono essere registrati.	<ol style="list-style-type: none">1. Obbligatorio – subito2. Facoltativo3. Facoltativo, a seconda della struttura della PCUNIT/PCNETWORK/TMD4. Obbligatorio - subito
31	Organizzazione Gestione interdisciplinare e multiprofessionale dei casi	<ol style="list-style-type: none">1. Discussione di almeno il 90% di tutti i casi riferiti alla PCUNIT/PCNETWORK/TMD:<ul style="list-style-type: none">• Casi in cui la diagnosi/la stadiazione è ancora incerta• Casi di diagnosi di tumore proposti per una terapia radicale o per strategie osservazionali• Casi dopo chirurgia al ricevimento del referto patologico• Casi in follow-up dopo terapia radicale, in setting osservazionale o sottoposti di recente a indagini diagnostiche per possibili sintomi/segni di malattia ricorrente o avanzata	<ol style="list-style-type: none">1. Obbligatorio – subito per due anni; discussione di casi selezionati secondo percorsi condivisi dal terzo anno
32	Organizzazione Gestione interdisciplinare e multiprofessionale dei casi	<ol style="list-style-type: none">1. Le decisioni prese durante gli incontri del Team Interdisciplinare e Multiprofessionale dovrebbero essere documentate nella cartella clinica del paziente come prova permanente e a conferma della compliance e per revisioni da parte del team interdisciplinare e multiprofessionale.	<ol style="list-style-type: none">1. Obbligatorio - subito

Requisiti minimi

Dotazione

- Radiologia/medicina nucleare convenzionale; ecografia;MRI;PET-CT; CT;Bone scan
- Radioterapia: strumenti di ultima generazione per radioterapia esterna e possibilità di effettuare brachiterapia
- Chirurgia: disponibilità di strumentazione per chirurgia laparoscopica robot- assistita
- Oncologia: possibilità ad effettuare trials clinici con nuovi farmaci





Core Team

Team allargato

Requisiti minimi

PDTA

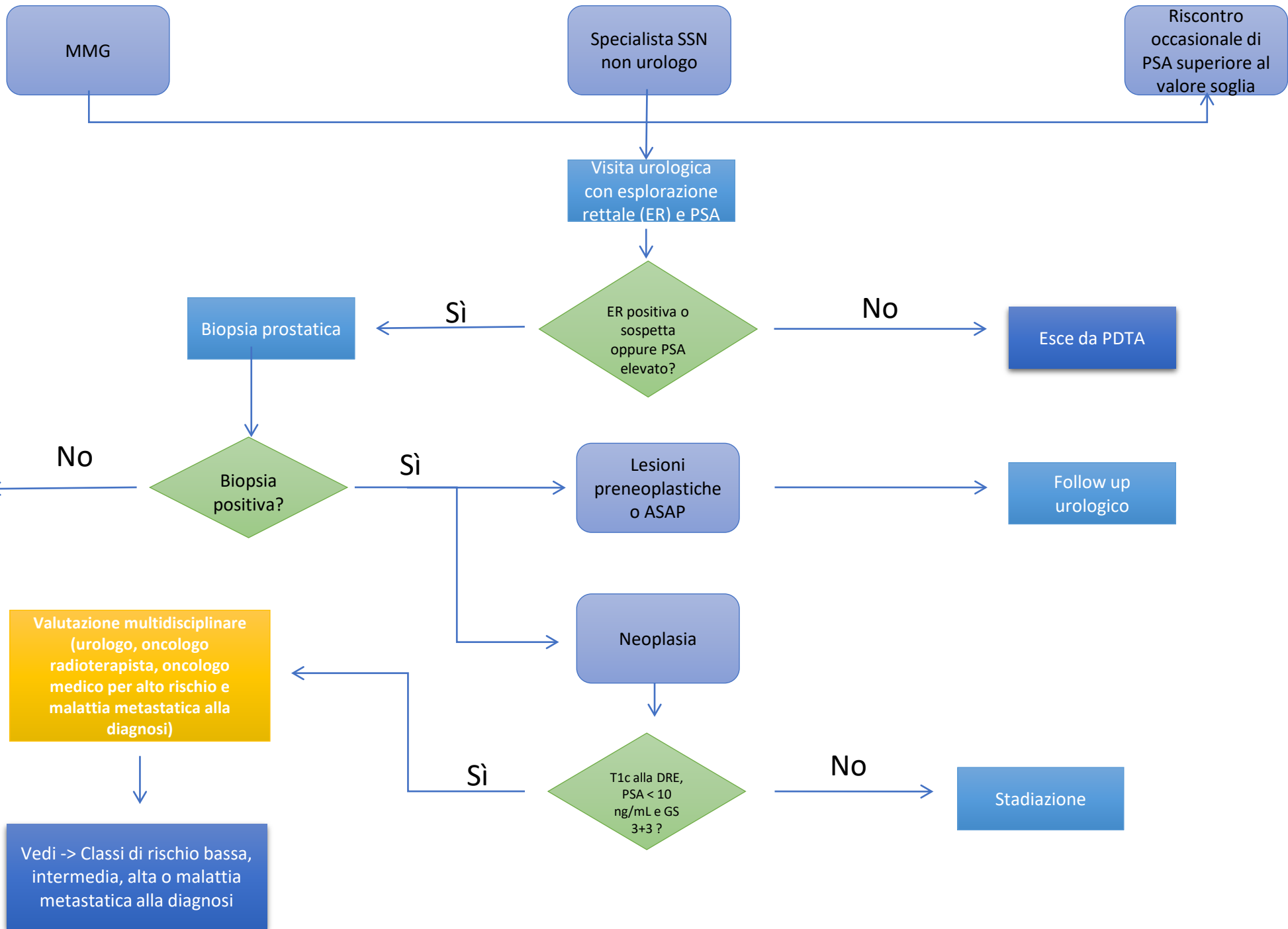
Indicatori

Modelli organizzativi



STATEMENT #2

Strumento fondamentale per raggiungere questi obiettivi, è la formalizzazione e l'aggiornamento periodico di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le singole patologie uro-oncologiche in base alle linee guida nazionali e/o internazionali, conformati alle realtà locali.





Cos'è il PDTA – **Processi Organizzativi Aziendali**

È un insieme di “tensori” che spinge il sistema al miglioramento:

- dell'equità
- dell'efficienza
- dell'efficacia
- della collaborazione interpersonale
- dell'integrazione organizzativa
- della misurazione dei risultati di salute
- della capacità di rendicontazione
- della personalizzazione delle cure

(Fonte: Antonio D'Urso Direttore Generale Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini – Roma)



Cos'è il PDTA – **Attività Assistenziali**

Più ancora che un modello, è una filosofia di cura e di assistenza, fondata sui principi:

1. della centralità della persona rispetto all'organizzazione
2. del bisogno misurato su base epidemiologica.
3. dell'equità verticale (trattamento diverso per bisogni diversi)
4. dell'accessibilità alle cure
5. della presa in carico della continuità del processo diagnostico, di cura, assistenza e riabilitazione
6. della medicina basata sulle prove di efficacia
7. della soddisfazione del paziente
8. della misurazione e rendicontazione dei risultati

(Fonte: Antonio D'Urso Direttore Generale Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini – Roma)



PDTA - Le **7** fasi del percorso

1. Scelta del problema di salute
2. Ricognizione dell'esistente (percorso attuale)
3. Costruzione del “percorso ideale”
4. Costruzione del “percorso di riferimento”
5. Sperimentazione del percorso (fase pilota)
6. Attuazione del percorso (implementazione e manutenzione)
7. Valutazione del percorso

(Fonte: Antonio D’Urso Direttore Generale Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini – Roma)



Un PDTA è una **costruzione complessa**, basata su una **metodologia** che deve essere definita a priori.

PDTA **non è sinonimo di linee guida** ma si identifica nella declinazione gestionale-organizzativa delle linee guida e con le scelte diagnostiche e terapeutiche correlate.

Il PDTA rappresenta uno **strumento condiviso di appropriatezza**, sia diagnostica e terapeutica sia gestionale-organizzativa, che indica le prestazioni necessarie e quelle da evitare, permette di ridurre i costi per esami o terapie inutili, e definisce percorsi ottimizzati per il paziente nelle singole realtà analizzate.



Testa e Coda del PDTA

Inizio



Medico di
Medicina Generale

PDTA

Fine



Follow-up ma anche
Qualità della vita

Fisioterapista, Gastroenterologo,
Angiologo, Andrologo, Caregivers,
Urologo territoriale ecc..

By E. Fiorini – 3° Consensus Conference TMD - Milano, 12-13 dicembre 2017



Core Team

Team allargato

Requisiti minimi

PDTA

Indicatori

Modelli organizzativi



STATEMENT #3

Compito del TMD è di individuare, formalizzare e utilizzare al suo interno **indicatori generali e specifici di efficacia ed efficienza per ciascun PDTA,** che siano facilmente reperibili e valutabili da audit interni ed esterni.



La valutazione dell'aderenza ai PDTA è il primo e più fruibile **indicatore** di appropriatezza clinica e di efficienza gestionale e organizzativa

La creazione e la formalizzazione dei PDTA deve diventare di conseguenza un obiettivo primario nella costituzione del TMD.



Indicatori

INDICATORE	SETTING	NUMERATORE	DENOMINATORE	SOGLIA	SIGNIFICATO	RIFERIMENTI: DA VERIFICARE/INTEGRARE	TIPO DI INDICATORE
1. Tempo intercorso tra la data della biopsia e la consegna del referto istologico	Diagnosi	Non pertinente	Non pertinente	< 20 giorni	Efficienza gestionale-organizzativa	Indicatore 1, PDTA Rete Onc Veneta, 2016	Struttura
2. Referto istologico della biopsia alla diagnosi: informazioni obbligatorie	Diagnosi	Numero di nuovi pazienti con biopsia alla diagnosi con referti istologici completi (linee guida AIOM, 2016), trattati o osservati (osservazione= sorv attiva e vigile attesa) da TMD o PCU all' anno	Numero totale di nuovi pazienti con biopsia alla diagnosi, trattati o osservati (vedi note) da TMD o PCU all'anno	>90%	Completezza delle informazioni istologiche essenziali alla diagnosi e conseguente appropriatezza clinica delle proposte terapeutiche e osservazionali	1. linee guida AIOM del Carcinoma della Prostata edizione 2017 2.The Scottish Government, Prostate Cancer Clinical Quality Performance Indicators, Engagement Document, NHS, may 2016	Struttura e Processo
3. Classi di rischio: informazioni obbligatorie	Diagnosi	Numero di nuovi pazienti con malattia non metastatica categorizzati in classi di rischio, trattati o osservati da TMD o PCU all'anno	Numero di nuovi pazienti con malattia non metastatica, trattati o osservati da TMD o PCU all'anno	> 90%	Appropriatezza delle informazioni cliniche alla diagnosi e conseguente appropriatezza clinica delle proposte terapeutiche e osservazionali	1. D'Amico 2.EAU 2016 3.The Scottish Government, Prostate Cancer Clinical Quality Performance Indicators, Engagement Document, NHS, may 2016	Struttura e Processo
4. Scintigrafia ossea o PET-TC (11C-Colina o altri radioisotopi) per pazienti in classe di rischio basso prescritta dal TMD	Stadiazione	Numero di nuovi pazienti in classe di rischio basso che hanno effettuato scintigrafia ossea o PET-TC (11C-Colina o altri radioisotopi) su indicazione dal TMD, trattati o osservati da TMD o PCU all'anno	Numero totale di nuovi pazienti in classe di rischio basso, trattati o osservati da TMD o PCU all'anno	< 5%	Scintigrafia ossea e PET-TC (11C-Colina o altri radioisotopi) non devono essere prescritte in classe di rischio bassa. Appropriatezza clinica e dell'utilizzo delle risorse	LG AIOM 2017, AIRO 2016, EAU, ETC	Processo
5. Numero minimo di nuovi pazienti discussi multidisciplinariamente, trattati e osservati da TMD o PCU all'anno	Multidisciplinar e (volumi di trattamento)	Non pertinente	Non pertinente	>100	I pazienti trattati in ospedali ad alto volume hanno in generale outcome migliori dei pazienti trattati in ospedali a basso volume	1.BarocasUrol.Oncol.,2010 2..Valdagni et al, PCU initiative in Europe, CROH, 2015 3.Consenso intersocietario su Requisiti Minimi di una Prostate Cancer Unit, TMD uro-oncologico 2016	Struttura
6. Presenza di almeno un rappresentante per specialità del Core Team alla valutazione multidisciplinare dei nuovi pazienti con malattia in classe di rischio bassa, intermedia e alta (con possibilità di documentata eccezione alla regola)	Multidisciplinar e gestionale (presenza di specialisti)	Non pertinente	Non pertinente	>95%	Garanzia di appropriatezza gestionale. Alla valutazione multidisciplinare dei pazienti con malattia in classe di rischio bassa, intermedia e alta deve essere presente almeno un rappresentante per specialità del Core Team (con possibilità di documentata eccezione alla regola)	1. .The Scottish Government, Prostate Cancer Clinical Quality Performance Indicators, Engagement Document, NHS, may 2016 2. doc PCU DKG 2016 cfr 3.Consenso intersocietario su Requisiti Minimi di una Prostate Cancer Unit, TMD uro-oncologico 2016 (modificato)	Struttura



Tra gli indicatori specifici delle neoplasie urologiche possono essere specificati a puro titolo di esempio:

- la percentuale dei pazienti affetti da neoplasia vescicale muscolo-invasiva sottoposti a chemioterapia neoadiuvanti rispetto a quelli sottoposti a cistectomia immediata
- il numero di nefrectomie radicali rispetto alle resezioni parziali eseguite per tumori del rene di piccole dimensioni
- la percentuale di pazienti con tumore prostatico a basso rischio avviati a protocolli di sorveglianza attiva rispetto al totale di tale classe di rischio
- la percentuale di pazienti con carcinoma della prostata a rischio alto che ricevono OT concomitante e adiuvante sul numero dei pazienti sottoposti a RT
- il numero di manipolazioni ormonali eseguite nei pazienti con malattia resistente alla castrazione prima di avviarli a terapia con nuovi farmaci
- il numero di esami diagnostici non appropriati o terapie ormonali non appropriate prescritte

PDTA paziente con tumore della prostata – Indicatori di Qualità

INDICATORE	Valutazione multidisciplinare dei nuovi pazienti prima della scelta della terapia o dell'osservazione
SETTING	Multidisciplinare (processo decisionale)
NUMERATORE	Numero di nuovi pazienti valutati in modalità multidisciplinare prima della scelta terapeutica o osservazionale, all'anno
DENOMINATORE	Numero totale di nuovi pazienti, trattati e monitorati all'anno
SOGLIA	> 90%
SIGNIFICATO	Garanzia di appropriatezza gestionale. Le possibili opzioni terapeutiche o osservazionali devono essere valutate dal TMD prima della comunicazione al paziente.



I percorsi di cura
VALUTAZIONE DEL PERCORSO
Modello concettuale con 5 Variabili

struttura:	di quali risorse dispone
processo:	come funziona dal punto di vista organizzativo e dal punto di vista professionale rispetto all'aderenza alle linee guida cliniche di riferimento
output:	cosa ottiene dal punto di vista del prodotto
outcome:	cosa ottiene dal punto di vista della salute dei pazienti
equilibrio economico:	quante risorse economiche assorbe.



Core Team

Team allargato

Requisiti minimi

PDTA

Indicatori

Modelli organizzativi



I modelli organizzativi

Le Units: le risorse umane e tecnologiche sono tutte presenti e concentrate in un'unica struttura «geografica»

Le reti: collegano fra loro strutture che condividono risorse e competenze, con diversi modelli organizzativi (per esempio Hub and Spoke)



I modelli organizzativi

Le scelte derivano dall'analisi delle realtà locali, territoriali, dalla disponibilità di strutture e di risorse

L'organizzazione deve essere al servizio delle idee, mai viceversa



L'idea di base, l'obbiettivo, l'ideale ...

- **Giungere alla proposta terapeutica più appropriata e personalizzata per ogni singolo paziente/persona**
- **Migliorare l'appropriatezza diagnostica e terapeutica**
- **Rendere accessibili le cure disponibili e migliorare la qualità di vita e la compliance dei pazienti**
- **Ottimizzare l'uso delle risorse.**



Qualche parola chiave ?

Multidisciplinarietà → Multiprofessionalità

Processo culturale

Analisi (della realtà in cui si opera)

Scelta (del modello organizzativo)

Formazione

Ascolto attivo = Comunicazione = Condivisione



In sintesi

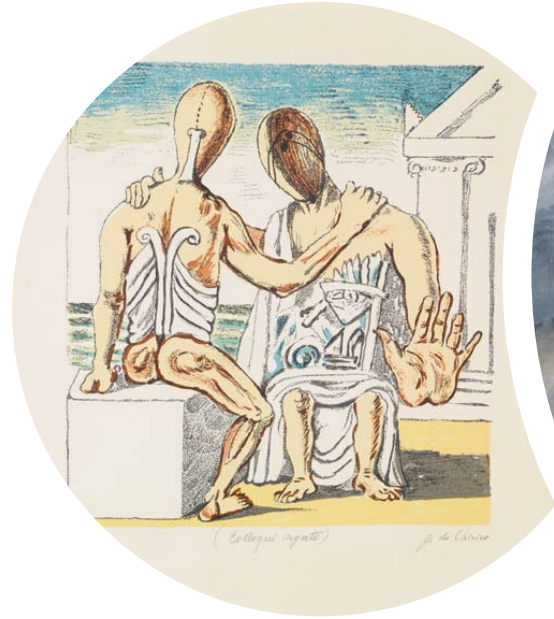
Il team
multidisciplinare/multiprofessionale
palestra per

- **Trasmissione conoscenze**
- Condivisione conoscenze
- Formazione continua
- Comunicazione
- Verifiche periodiche



La presa in carico della
persona/paziente richiede di
sviluppare

- Multidisciplinarietà
- Multiprofessionalità
- Multidimensionalità
- Comunicazione
- Relazione







That's all Folks!



Grazie per l'attenzione