



# TASK FORCE NEOPLASIE RENALI

- *Giacomo Carteni*
- *Filippo Alongi*
- *Matteo Brunelli*
- *Marco Carini*
- *Luigi Da Pozzo*
- *Beatrice Denti*
- *Camillo Porta*
- *Giuseppe Procopio*
- *Giuseppe Simone*
- *Maria G Vitale*

# Ringraziamenti

A tutta la TASK FORCE

in particolare alla Dott.ssa M.P. Vitale



### 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.

### 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.

### STATEMENT 3

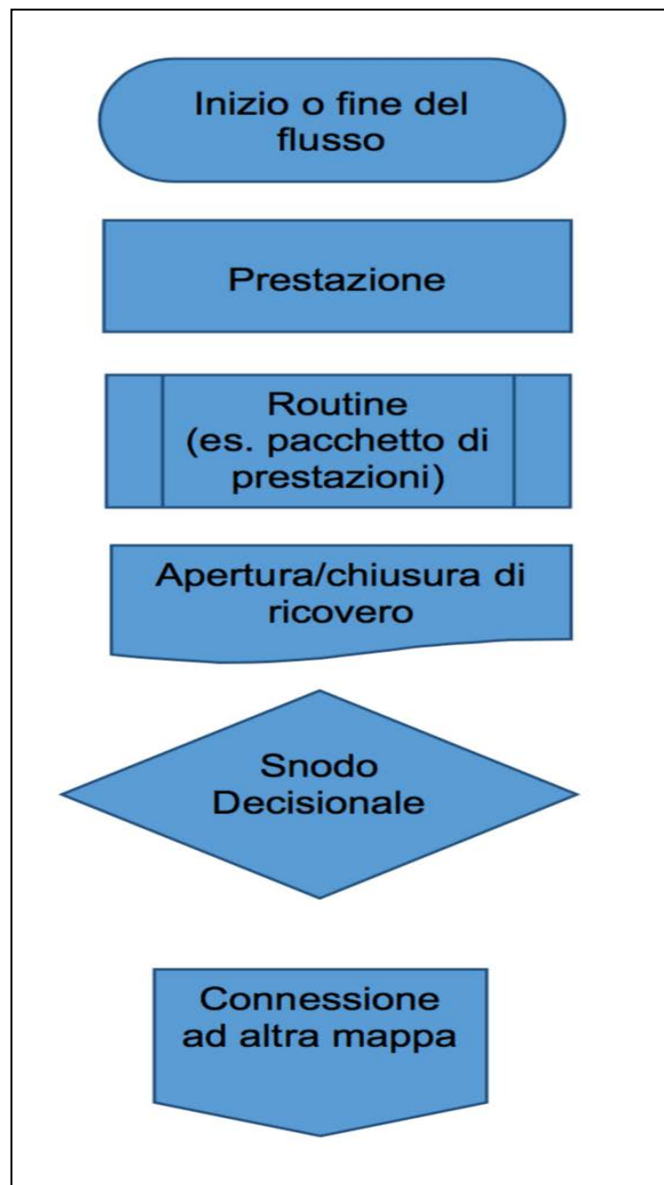
Compito del TMD è di individuare, formalizzare e utilizzare al suo interno indicatori generali e specifici di efficacia ed efficienza per ciascun PDTA, che siano facilmente reperibili e valutabili da audit interni ed esterni



# PDTA NEOPLASIE RENALI DIAGRAMMA DI FLUSSO

## Lo strumento ritenuto migliore per descrivere e rappresentare un PDTA è il diagramma di flusso

E' in grado di rappresentare schematicamente i componenti essenziali di una struttura, i passaggi fondamentali di una procedura o una cronologia. E' la rappresentazione grafica complessiva di un processo inteso come una sequenza di attività e snodi decisionali, realizzato secondo modalità standard in modo da rendere più semplice e immediata la comunicazione e la comprensione del processo a tutte le persone coinvolte. Identifica i soggetti preposti alla gestione di ogni singolo episodio o attività.



Presa in carico TMD



Snodo decisionale TMD



Meeting TMD formalizzato



Posto letto TMD dedicato



Allegato



Mappa



Indicatore



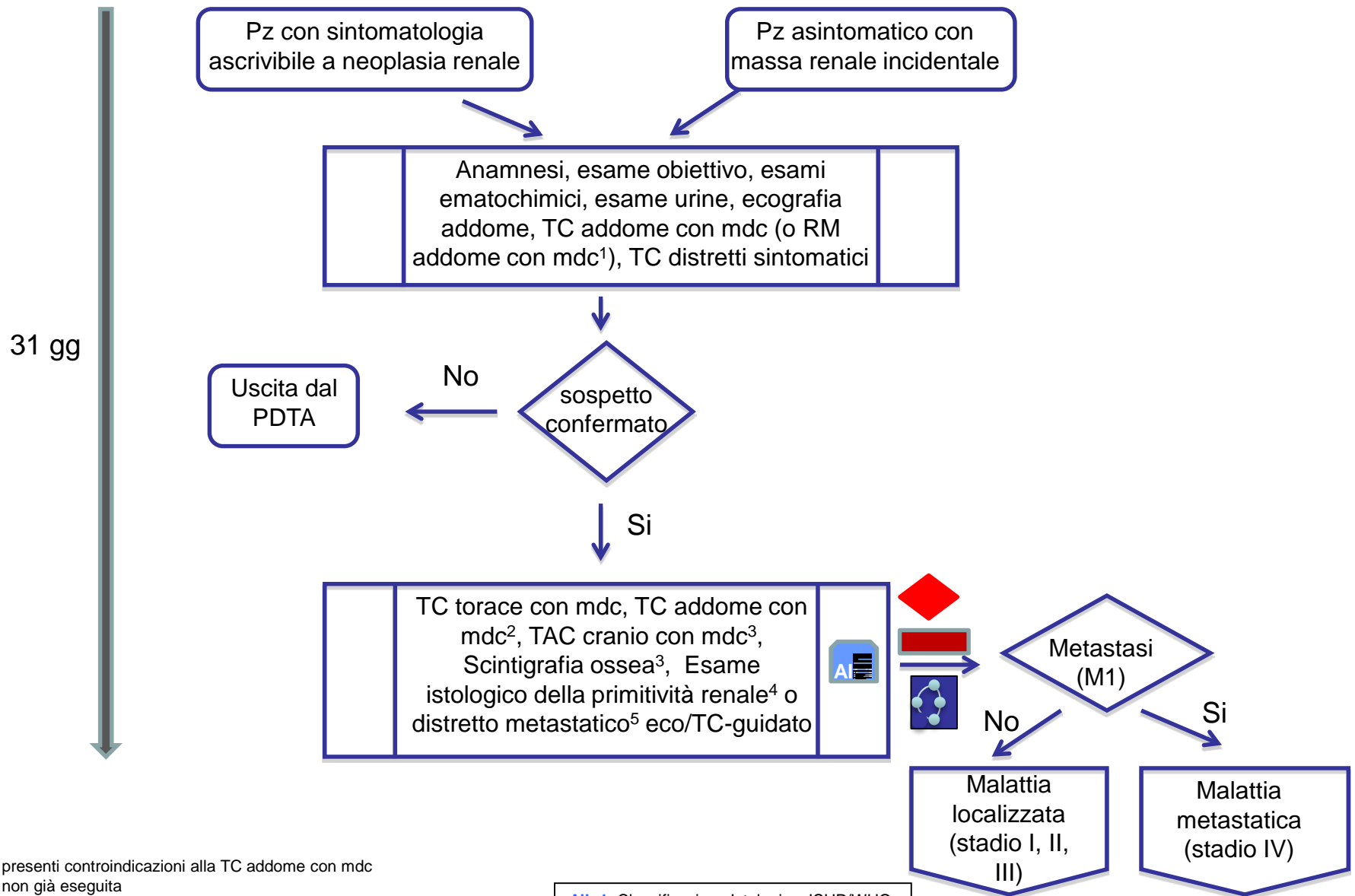
LG urologo



LG oncologo



Tempi di attesa per prestazioni



<sup>1</sup>se presenti controindicazioni alla TC addome con mdc

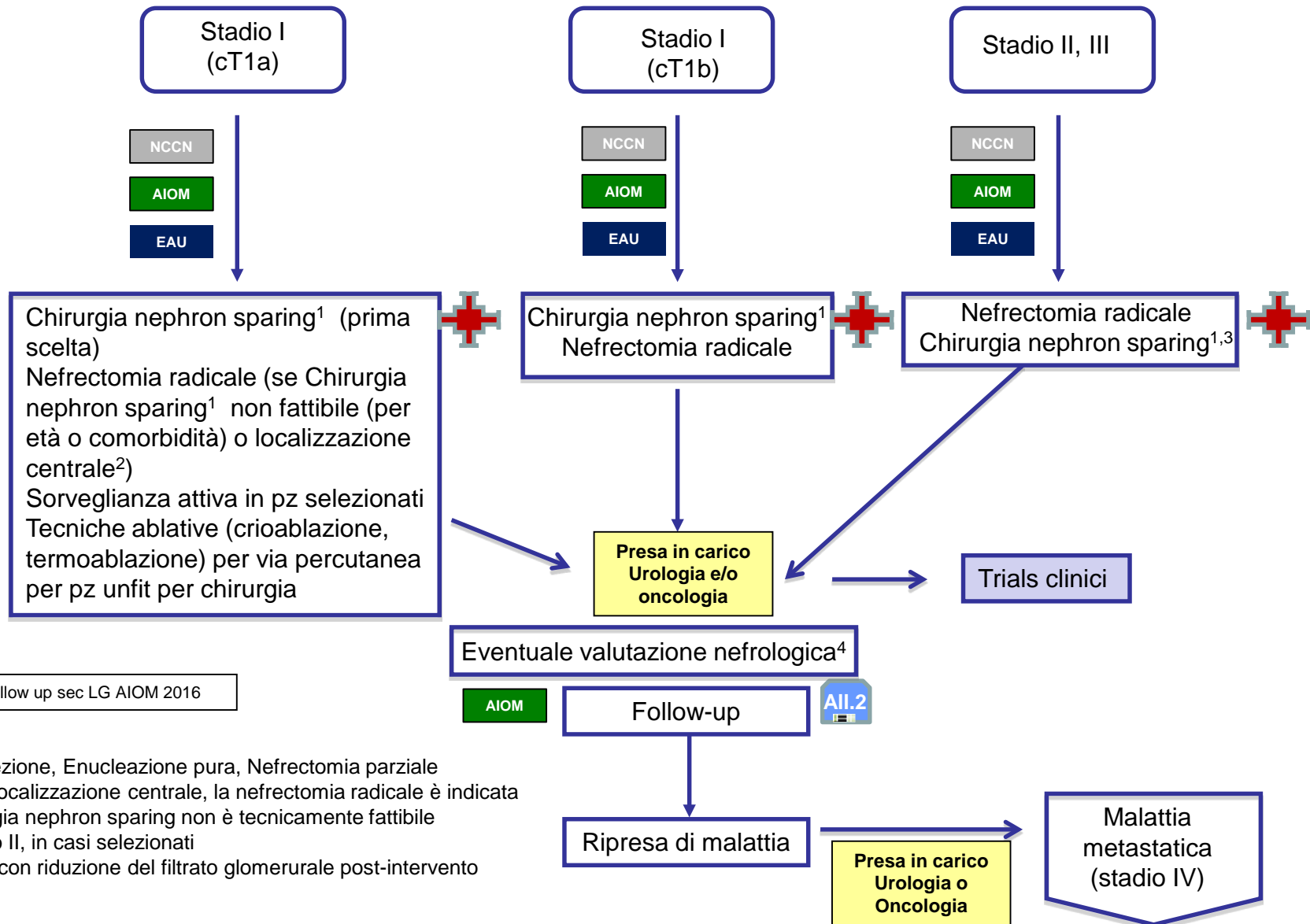
<sup>2</sup>se non già eseguita

<sup>3</sup>solo se presente sintomatologia sospetta per metastasi encefaliche o ossee

<sup>4</sup>solo se ritenuto indicato

<sup>5</sup>se non accessibile quella renale

# Massa renale localizzata



All. 2: Follow up sec LG AIOM 2016

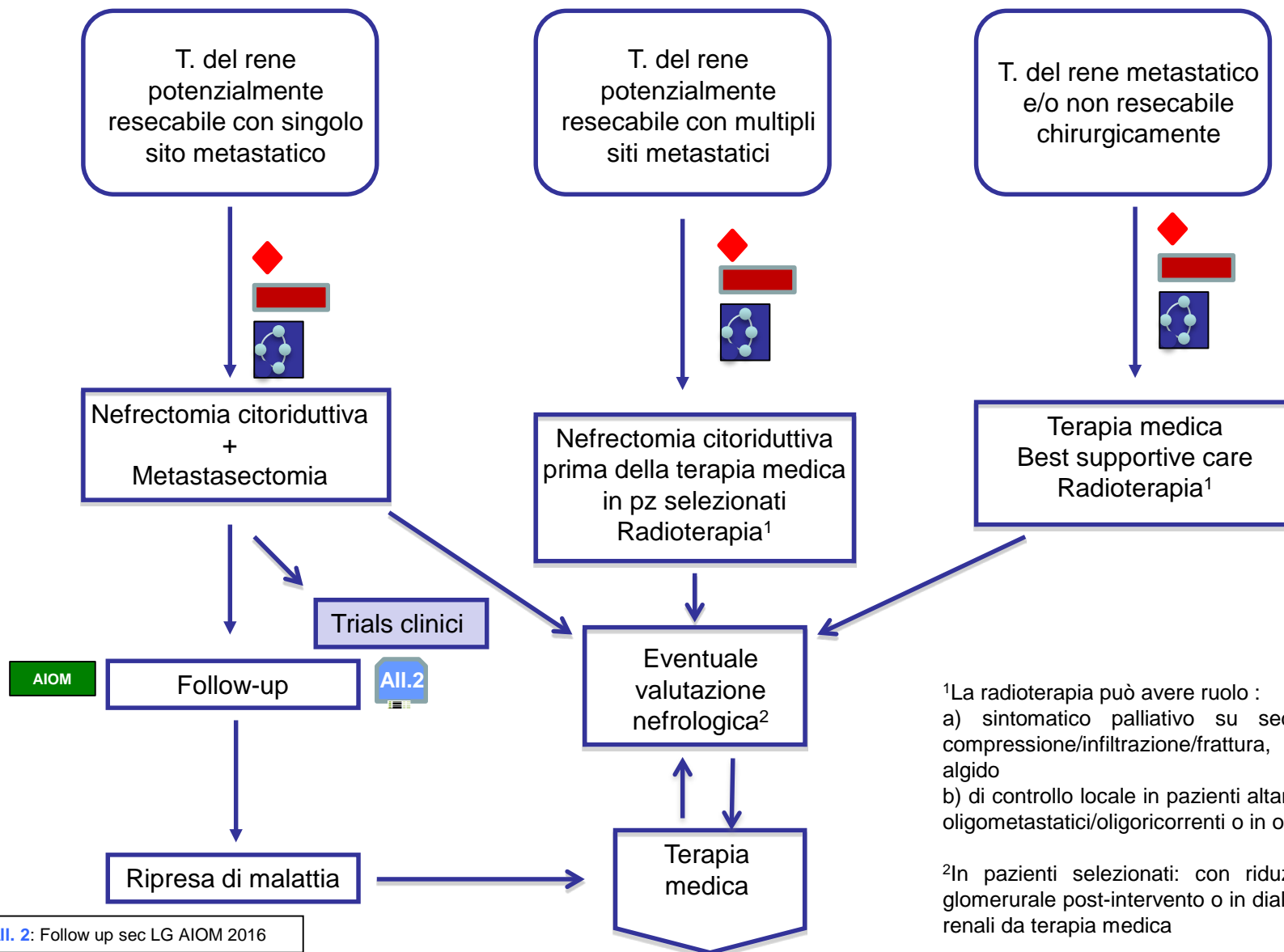
<sup>1</sup>Enucleazione, Enucleazione pura, Nefrectomia parziale

<sup>2</sup>In caso di localizzazione centrale, la nefrectomia radicale è indicata se la chirurgia nephron sparing non è tecnicamente fattibile

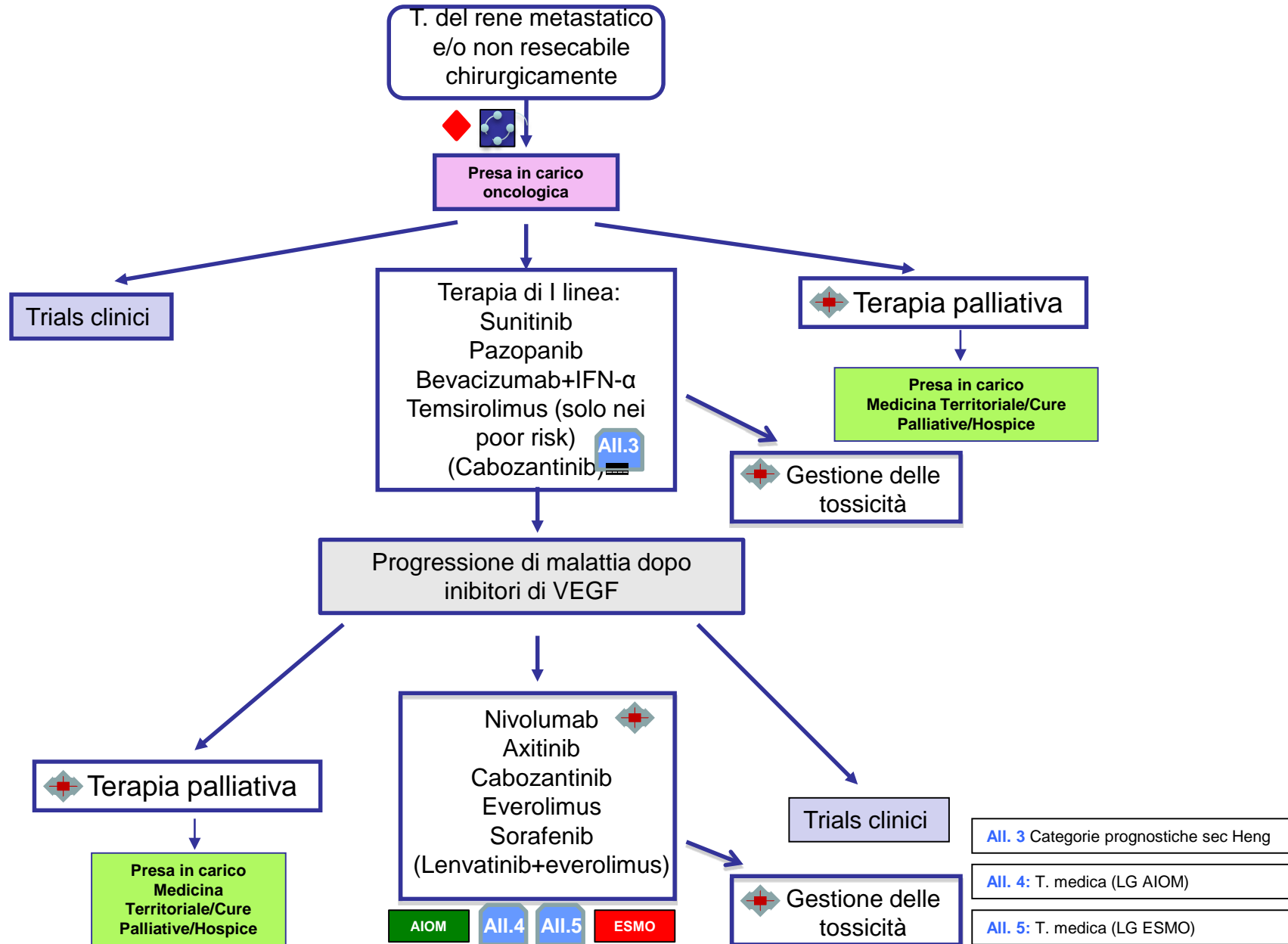
<sup>3</sup>nello stadio II, in casi selezionati

<sup>4</sup>In pazienti con riduzione del filtrato glomerulare post-intervento

# RCC: malattia metastatica



# RCC metastatico: terapia medica







**REQUISITI MINIMI**  
**Core Team: composizione**



**due o più urologi esperti<sup>1</sup>** nella diagnosi e nel trattamento delle neoplasie renali (di cui *almeno uno* presente agli incontri periodici del TMD)  
**due o più oncologi medici esperti<sup>1</sup>** nel trattamento delle neoplasie renali (di cui *almeno uno* presente agli incontri periodici del TMD)  
**uno o più oncologi radioterapisti esperti<sup>1</sup>** nella radioterapia delle neoplasie renali  
**uno o più uropatologi esperti<sup>1</sup>** nella diagnosi delle neoplasie renali

**1 Care Manager<sup>2</sup>** che prende in gestione il caso e accompagna il paziente nel percorso di cura

**1 Team Leader con i compiti di**  
Coordinare il TMD dal punto di vista medico e scientifico  
Concordare e formalizzare con le direzioni aziendali e con i referenti di specialità le attività e le modalità organizzative del TMD  
Ottimizzare le modalità di accesso dei pazienti al TMD e le procedure di restituzione delle proposte terapeutiche  
*La figura del Team Leader viene individuata nel gruppo in base al suo profilo clinico e scientifico.*

**1 Responsabile organizzativo con i compiti di**  
Concordare incontri periodici con i componenti del Team  
Ottimizzare le modalità di accesso dei pazienti al TMD

<sup>1</sup> per esperti nel trattamento delle neoplasie renali, si intende medici per i quali sia stato istituzionalizzato con le amministrazioni l'impegno di un parte del loro lavoro nell'ambito della patologia tumorale renale e, di conseguenza, l'obbligo da parte sia dei medici che delle loro amministrazioni a garantire tale impegno e a promuovere un continuo aggiornamento scientifico e professionale sulla stessa

<sup>2</sup> per quanto attiene alla figura del Care Manager, deve essere istituzionalizzato il suo impegno per almeno il 50% del suo tempo dedicato al TMD



## REQUISITI MINIMI

### ***Core Team: qualifica***

Requisito minimo di esperienza dei membri del Core Team:

almeno 3-5 anni di esperienza nella gestione della patologia uro-oncologica

La partecipazione di uno specialista ad un TMD non esclude la partecipazioni ad altri TMD per patologia (purchè di comprovata esperienza in più patologie genito-urinarie)

Tempo minimo di attività prestata dagli specialisti del Core Team deve essere adeguato al raggiungimento degli obiettivi valutabili sulla base degli indicatori e degli audit inclusi nel PDTA

## REQUISITI MINIMI

### ***Non core team: composizione***



- uno o più specialisti radiologi** con esperienza nell'imaging dell'apparato genito-urinario (TC, RM, ecografia addominale)
- uno specialista nefrologo** con esperienza nella gestione dei pazienti con insufficienza renale o in dialisi e in terapia medica per neoplasia renale o nella gestione delle tossicità renali
- uno specialista medico nucleare** con esperienza nell'interpretazione di scintigrafia ossea
- un medico con esperienza nelle cure palliative e di supporto**
- uno psicologo clinico** con esperienza nella assistenza di pazienti oncologici
- uno o più fisioterapisti** qualificati nella pre-abilitazione e nella riabilitazione post-operatoria
- un geriatra** competente nella definizione del PS e dello stato di fragilità pre-operatoria dei pazienti nonché nella definizione di programmi di assistenza post-operatoria
- MMG**
- dietista**
- un assistente sociale**
- un genetista o counselor genetico**

REQUISITI MINIMI

***Incontri multidisciplinari***



## Composizione del board

### **Almeno un membro per disciplina del *Core-Team***

Uno o più membri del *Non Core Team* su invito specifico

Specialisti non appartenenti al *Core* o al *Non-Core Team* su invito

(tra cui lo specialista di riferimento per il caso clinico specifico e specialisti interessati alla presentazione di Trials Clinici, nuove tecnologie, comunicazioni scientifiche con intento formativo)

## Timing

### **1 incontro fisico ogni 15 giorni**

(prevista compilazione, firma e registrazione della scheda tecnica dell'incontro)

## Requisiti minimi strutturali del TMD



### Spazi fisici dedicati:

**Ambulatori** attrezzati per visite specialistiche

**Posti letto di D-H**

-somministrazioni di immunoterapia  
-terapia di supporto

**Posti letto per ricoveri ordinari** per

-gestione degli EA e delle complicanze in corso di trattamento,  
-induzione delle terapie palliative e di supporto, etc

*Nelle strutture non dotate di PS, il centro di riferimento deve accettare entro 24 ore la richiesta di trasferimento da PS.*

**Linee preferenziali** per la programmazione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche dei pazienti afferenti al TMD in grado di rispettare i tempi di attesa previsti

Se il singolo Centro non dispone dei requisiti minimi, il paziente dovrebbe essere trasferito in un Centro che risponde ai requisiti definiti



**REQUISITI MINIMI**  
**VOLUME DI PATOLOGIA**

**1. volume minimo di nuovi casi registrati/anno per patologia (casi di neoplasia renale di competenza del TMD sec. PDTA):**

**35 casi**

volume minimo di casi effettivamente gestiti dal TMD (*frazione attiva FA*): **80%**

**2. volume minimo di nefrectomie radicali o parziali eseguite/anno per patologia:**

**30 casi**

volume minimo di nefrectomie effettivamente eseguite (*frazione attiva FA*): **90%**

## Trials Clinici

Il TMD costituisce una grande occasione di diffusione e applicazione dei trials clinici (TC).

I TC possono essere proposti in numerosi livelli decisionali del TMD.

Favoriscono l'adesione del centro in cui agisce il TMD a Protocolli nazionali e internazionali

Consentono di offrire al paziente opportunità difficilmente disponibili al di fuori del TMD

Sono elemento di aggregazione tra diversi TMD e di crescita culturale a tutti i livelli

L'introduzione dei pazienti nei TC dovrebbe essere assunto come indicatore di attività del TMD

## INDICATORI DI PERFORMANCE

Misura	Indicatori di Performance	Target
Tempo	Intervallo di tempo dal primo accesso alla discussione nel TMD renale < 31 giorni	95%
Tempo	Intervallo di tempo dal primo accesso all'inizio del trattamento < 62 giorni	85%
Disponibilità dei dati	Disponibilità dei dati sulla stadiazione TNM	90 %
Outcomes procedure/ pazienti	Percentuale di deospedalizzazione in pazienti con sospetta neoplasia renale (finalizzata alla diagnosi)	80%
Outcomes procedure/ pazienti	Soddisfazione dei pazienti (eccellente/ buona in un questionario anonimo)	75%
Outcomes procedure/ pazienti	Chirurgia Nephron sparing nel T1a	Incremento del 5%/annuo (fino a raggiungere il 65%)
Outcomes procedure/ pazienti	Mortalità a 3 giorni per chirurgia o tecniche ablative nel T1	<1%
Outcomes procedure/ pazienti	Proporzione di pazienti sottoposti a chirurgia mininvasiva piuttosto che open	65%
Outcomes procedure/ pazienti	Pazienti che ricevono terapia sistemica per malattia avanzata o metastatica	70%
Outcomes procedure/ pazienti	Sopravvivenza cancro-specifica in stadio T1 ad un anno	>99%
Outcomes procedure/ pazienti	Mediana di giorni di ricovero in paz sottoposti a chirurgia laparoscopica	4 giorni
Outcomes procedure/ pazienti	Sopravvivenza a 2 anni in pazienti con malattia avanzata o metastatica	50%



## INDICATORI GENERALI DI ATTIVITA' DEL TMD

INDICATORE	OBIETTIVO	SIGNIFICATO
N. degli incontri verbalizzati/mese	2	Appropriatezza
N. degli incontri verbalizzati/anno	20	Appropriatezza
Tasso di presenza di almeno un componente del core team per singola specialità	90%	Appropriatezza
Tasso di incontri con presenza di componenti non-core team	50%	Appropriatezza e qualità
% casi discussi in TMD in accordo con il PDTA	90%	Appropriatezza e qualità
% casi che hanno completato il percorso previsto dal PDTA/TMD	90%	Appropriatezza

## INDICATORI GENERALI DI ATTIVITA' DEL TMD

INDICATORE	OBIETTIVO	SIGNIFICATO
Tasso di registrazione e attestazione formale degli incontri del TMD	90%	Appropriatezza
N. di incontri TMD aperti con intento educativo	10	Qualità
Rispetto dell'Audit annuale	90%	Appropriatezza
Rispetto delle previsioni di budget	da definire nel contesto istituzionale	
Miglioramento dell'uso delle risorse diagnostiche	Budget istituzionale	Efficienza
Miglioramento dell'outcome oncologico	OS/CCS/PFS	Qualità
Miglioramento della QoL dopo presa in carico del TMD	Questionari validati	Qualità