



III° INCONTRO REGIONALE



tmd
uro onco

team
multidisciplinare
uro oncologico

Workshop TMD:

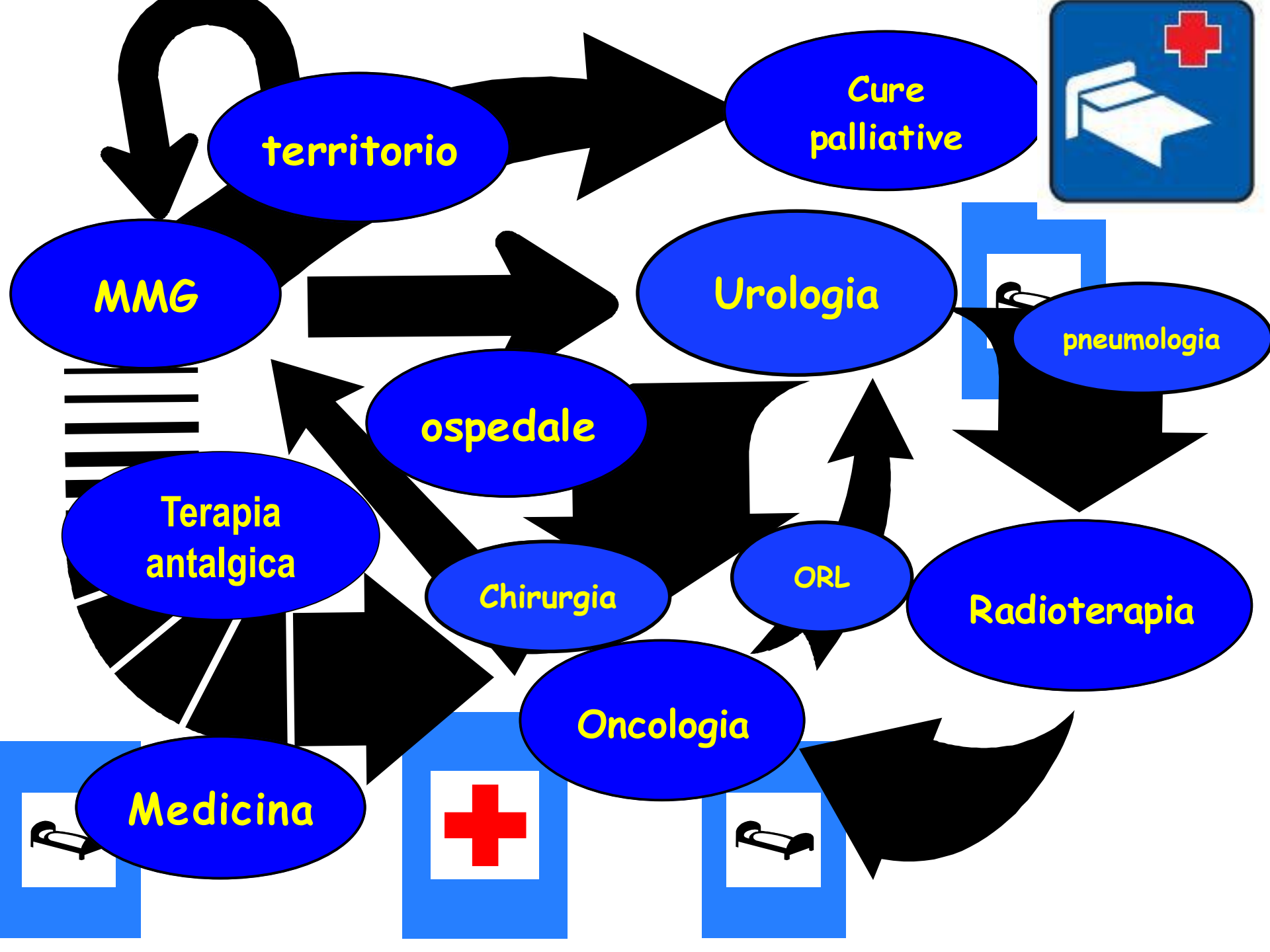
fare rete a garanzia della qualità di cura

27 NOVEMBRE 2018
NAPOLI

Hotel Royal Continental
Via Partenope, 38/44

Il Progetto TMD e i requisiti minimi del Team Multidisciplinare per Ca rene, prostata, vescica e testicolo-pene

Prof. Vincenzo Mirone
Ordinario di Urologia
Università degli studi di Napoli
Federico II



territorio

Cure
palliative



MMG

Urologia

pneumologia

ospedale

Terapia
antalgica

Chirurgia

ORL

Radioterapia

Medicina

Oncologia

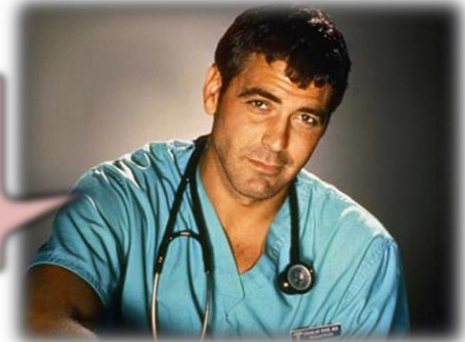


Care by individual practitioners



«Secondo me,
è meglio che lei faccia
la **chirurgia**»

«Secondo me,
è meglio che lei faccia
la **radioterapia**»



«Per la sua malattia posso consigliarle la prostatectomia ed
anche la radioterapia o la brachiterapia.
**Sappia però che se sceglie la radioterapia,
dopo non possiamo più operarla!»**

«Per la sua malattia posso consigliarle la radioterapia o la
brachiterapia ed anche la prostatectomia.
**Sappia però che se sceglie la chirurgia,
non dovrà lamentarsi se si ritroverà
impotente e incontinente! »**





« Le è stata proposta la sorveglianza attiva?

Sono pazzi!

Lei è seduto su un vulcano!»



“ L'intervento è andato bene, ora però lei ha bisogno di fare della radioterapia post-operatoria”

“ Ma lei non ha affatto bisogno della radioterapia, torni pure dal suo urologo ”





Il progetto nasce fra il dicembre 2014 e il gennaio 2015 dalla consapevolezza sempre più diffusa della necessità di favorire il passaggio culturale, formativo e clinico-organizzativo, a un approccio multidisciplinare alle patologie uro-oncologiche

SOCIETA' SCIENTIFICHE COINVOLTE



ASSOCIAZIONE ITALIANA
DI ONCOLOGIA MEDICA



ASSOCIAZIONE ITALIANA
DI RADIOBIOLOGIA



Associazione
Italiana
Radioterapia
Oncologica

ASSOCIAZIONE ITALIANA
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA



ASSOCIAZIONE UROLOGI
ITALIANI



COLLEGIO ITALIANO DEI
PRIMARI MEDICI OSPEDALIERI



SOCIETA' ITALIANA
DI UROLOGIA



SOCIETA' ITALIANA DI
UROLOGIA ONCOLOGICA

LA STORIA – 2015

5 gruppi di lavoro composti da membri selezionati dalle 7 società:

- Gruppo 1: Finalità, Obiettivi e Indicatori
- Gruppo 2: Requisiti Minimi
- Gruppo 3: Organizzazione del Tumor Board Multidisciplinare
- Gruppo 4: Gestione Economica
- Gruppo 5: Aspetti Istituzionali

I documenti prodotti dai gruppi sono stati votati e formalizzati (**MILANO 16/17 DICEMBRE 2015**)



LA STORIA – 2016

DOCUMENTO INTERSOCIETARIO consegnato al Ministero della Salute (Novembre).

Quattro task force: definire i requisiti minimi e gli snodi decisionali del Team Multidisciplinare nelle principali patologie Uro-Oncologiche:

- Tumori della Prostata
- Tumori del rene
- Tumori della vescica
- Tumori del testicolo e del pene

13/14 DICEMBRE 2016: votati e approvati i punti che definiscono gli standard e gli elementi per impostare un TMD per il carcinoma della Prostata.



ATTIVITA' 2017

TMD E POLITICA SANITARIA

Luglio 2017: il lavoro prodotto dal gruppo Ca prostata è stato inviato ad AGENAS come documento di riferimento .

Consensus del 13/14 DICEMBRE 2017: votati e approvati le mappe e gli indicatori del tumore della prostata, i volumi minimi di riferimento del tumore della vescica e l'attività «in progress» su Ca rene, testicolo, pene.



ATTIVITA' 2018 – 3 INCONTRI REGIONALI

Obiettivi :

- Divulgare l'attività svolta a livello regionale
- Confrontare il modello TMD con le realtà territoriali
- Valutare la possibilità di una rete integrata sul territorio.

Personalità coinvolte:

Assessori regionali, Direttori ASL, Direzioni generali ospedali di riferimento

Referenti reti oncologiche regionali

Referenti associazione pazienti del territorio

Referenti Board TMD (Rappresentanti regionali TMD individuati dalle Società Scientifiche)

Medici specialisti del territorio: oncologi medici, urologi, radioterapisti oncologi, radiologi, patologi, medici medicina nucleare, psicologi

LAVORI 2018 TASK FORCE

I GdL per patologia presenteranno alle Società Scientifiche PDTA e Indicatori di riferimento che verranno discussi e approvati attraverso consultazioni on-line fino ad arrivare ad un lavoro finale da presentare nella prossima Consensus intersocietaria (ipotesi febbraio 2019).



Elementi necessari per la costituzione di TMD

Requisiti obbligatori

- Massa Critica + Linee Guida
- Terapie curative e di supporto
- Formazione continua
- Ricerca clinica

Core Team

- Urologo
- Oncologo radioterapista
- Oncologo medico
- Anatomopatologo
- Specialista in diagnostica per immagini
- infermiere
- personale dedicato alla gestione dati
- Responsabile della documentazione

Elementi necessari per la costituzione di TMD

“Non Core” Team

- sessuologo e terapista della continenza
- geriatra

Servizi

- fisioterapia e riabilitazione (anche psicologica)

Attività cliniche

- dettagli sull'organizzazione (visite, organizzazione, terapie, tecnologia)

TMD – Tumore della Prostata



REQUISITI GENERALI E MASSA CRITICA

N.	Standard/indicatore	Requisiti/ sottostandard/elementi misurabili	Tipo/tempistica
0	Requisiti obbligatori Massa critica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le Prostate Cancer Unit europee sono strutture che gestiscono <u>volumi sufficienti</u> di pazienti con équipe interdisciplinari e multiprofessionali e infrastrutture, on-site 2. Le PCUNIT/PCNETWORK/TMD non sono necessariamente entità singole in termini geografici (edifici separati a distanza ragionevole) 3. Se le PCUNIT/PCNETWORK/TMD sono organizzate come entità multiple in edifici separati, i pazienti devono essere gestiti e monitorati da un unico team interdisciplinare e multiprofessionale 4. PCUNIT/PCNETWORK/TMD certificate dovrebbero poter operare in rete ed esternalizzare servizi per completare il percorso di cura 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – subito 2. Obbligatorio – subito 3. Obbligatorio – subito 4. Obbligatorio – subito
1	Terapie curative e di supporto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le PCUNIT/PCNETWORK/TMD dovrebbero essere in grado di offrire terapie curative e di supporto interdisciplinari e multiprofessionali ai pazienti con cancro della prostata <u>in tutte le fasi della malattia</u>, dalle nuove diagnosi agli stadi avanzati, ivi comprese la palliazione e la fase terminale 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – subito
2	Raccomandazioni generali	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le PCUNIT/PCNETWORK/TMD dovrebbero fornire <u>formazione continua</u> interdisciplinare e multiprofessionale su tutti gli aspetti della cura del tumore della prostata, compresi aspetti della ricerca, sia al personale junior sia agli studenti, su base nazionale o internazionale. 2. Le PCUNIT/PCNETWORK/TMD dovrebbero impegnarsi attivamente nell'arruolare pazienti in studi clinici e di ricerca 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – un anno 2. Obbligatorio – un anno

REQUISITI GENERALI E MASSA CRITICA



3	Coordinatore o responsabile designato	1. Coordinatore o responsabile designato, laureato in Medicina e Chirurgia, appartenente a una delle specialità del Core Team, responsabile del coordinamento	1. Obbligatorio – subito
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 <u>Interdisciplinare e Multiprofessionale</u>, trattati e monitorati dalla PCUNIT/PCNETWORK/TMD ogni anno 2. 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 Network 4. 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 – subito 2. Obbligatorio – subito 3. Obbligatorio – un anno 4. Obbligatorio – un anno 5. Obbligatorio – un anno
5	Linee guida/ protocolli	1. <u>Linee guida scritte</u> basate sull'evidenza per la diagnosi e la gestione del tumore della prostata in tutte le fasi della malattia dovrebbero essere identificate in modo chiaro	1. Obbligatorio – subito

N.	Standard/indicatore	Requisiti/ sottostandard/elementi misurabili	Tipo/tempistica
		2. I protocolli dovrebbero essere condivisi e approvati formalmente dai membri del Core Team; nuovi protocolli ed emendamenti ai protocolli aperti all'arruolamento devono essere discussi nell'ambito del Core Team	2. Obbligatorio – subito
6	audit della documentazione	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un numero minimo di variabili dovrebbe essere registrato in un data base elettronico: diagnosi, dati patologici, trattamenti chirurgici, radioterapia, brachiterapia, terapie mediche, terapie adiuvanti, strategie osservazionali, cure palliative, risultati clinici e follow-up, compresi effetti indesiderati e complicanze. 2. I dati devono essere resi disponibili per l'audit. 3. Dovrebbe essere raggiunti outcome minimi per gli indicatori di qualità (QI) obbligatori. 4. I dati di performance e di audit devono essere forniti su base annua e strutturati secondo obiettivi qualitativi e risultati misurabili. 5. Dovrebbero essere tenuti audit interni almeno due volte all'anno per analizzare i QI e modificare i protocolli secondo necessità. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – subito per la raccolta; un anno per la raccolta in formato elettronico 2. Obbligatorio – due anni 3. Obbligatorio – tre anni 4. Obbligatorio – tre anni 5. Obbligatorio – tre anni

CORE TEAM

N.	Standard/indicatore	Requisiti/ sottostandard/elementi misurabili	Tipo / tempistica
7	Core Team Requisiti generali - obbligatori	<ol style="list-style-type: none"> 1. I membri del Core Team dedicano una quota definita del loro tempo lavorativo alla neoplasia prostatica e partecipano regolarmente all'aggiornamento professionale 2. Almeno un membro di ciascuna disciplina del Core Team (Urologo, Oncologo Radioterapista, Oncologo Medico, Anatomo Patologo, Radiologo) dovrebbe partecipare agli incontri interdisciplinari e multiprofessionali. I membri del Core Team possono concordare tra loro deroghe giustificate. 3. Gli specialisti del Non Core Team dovrebbero partecipare su richiesta. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – subito 2. Obbligatorio – subito 3. Obbligatorio – subito
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 prostatiche 2. Almeno 50 casi tra prostatectomie radicali e pazienti inclusi nei protocolli di sorveglianza attiva all'anno per unità 3. Circa il 50% o più del tempo lavorativo dedicato a patologie della prostata 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 anno 2. Obbligatorio – un anno 3. Obbligatorio – un anno 4. Obbligatorio – subito

CORE TEAM

9	<p>Core Team <u>Oncologo radioterapista</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Due o più oncologi radioterapisti specializzati, formati sulla radioterapia o brachiterapia del tumore della prostata 2. 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/TMD 3. 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 anno 2. Obbligatorio – un anno 3. Obbligatorio – un anno 4. Obbligatorio – subito
10	<p>Core Team <u>Oncologo Medico</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Due o più oncologi medici specializzati, formati sul trattamento del tumore della prostata 2. Valutare almeno 50 pazienti affetti da tumore della prostata all'anno 3. Circa il 30% o più del tempo lavorativo dedicato a pazienti con neoplasie prostatiche 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 anno 2. Obbligatorio – un anno 3. Obbligatorio – un anno 4. Obbligatorio – subito

CORE TEAM

11	Core Team <u>Anatomo Patologo</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uno o più Anatomopatologi responsabili dell'uropatologia e della patologia prostatica 2. Tempo protetto dovrebbe essere garantito da contratto per partecipare agli incontri del team interdisciplinare e multiprofessionale quando richiesto e agli audit 3. Circa il 30% o più del tempo lavorativo dedicato all'uropatologia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – un anno 2. Obbligatorio – un anno 3. Obbligatorio – un a
12	Core Team <u>Specialista in diagnostica per immagini</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uno o più specialisti di diagnostica per immagini designati 2. Formazione adeguata ed esperienza continua in malattie della sfera genitourinaria (RM, TC, PET/CT, TRUS, scintigrafia ossea) 3. 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 anno 2. Obbligatorio – un anno 3. Obbligatorio – subito
13	Core Team <u>Infermiere</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uno o più infermieri dedicati e/o con esperienza in uroncologia 2. FormatI nella cura dei pazienti nelle diverse fasi della malattia 3. Tempo protetto dovrebbe essere garantito da contratto per partecipare alle attività cliniche, agli incontri del team interdisciplinare e multiprofessionale e agli audit 4. Circa il 75% o più del tempo lavorativo dedicato all'oncologia genitourinaria 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – due anni 2. Obbligatorio – due anni 3. Obbligatorio – un anno 4. Obbligatorio – due anni
14	Core Team <u>Personale dedicato alla gestione dati</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uno o più professionisti dedicati alla gestione dei dati 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – un anno
15	Core Team <u>Responsabile della documentazione</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un responsabile della documentazione della PCUNIT/PCNETWORK/TMD, incaricato di monitorare la corretta e completa compilazione delle cartelle cliniche e dei dati dei pazienti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – un anno

NON CORE TEAM E SERVIZI ASSOCIATI

N.	Standard/indicatore	Requisiti/ sottostandard/elementi misurabili	Tipo / tempistica
16	Servizi associati e personale "non core" <u>Servizio di cure palliative</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Servizio di cure palliative responsabile di tutti i trattamenti palliativi e di supporto 2. Se il Servizio di cure palliative non fa parte dalla PCUNIT/TMD, la collaborazione deve avvenire all'interno di un network ed essere disciplinata da un accordo formale. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – un anno 2. Obbligatorio – un anno
17	Servizi associati e personale "non core" <u>Psicologo</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uno psicologo clinico con esperienza in uro-oncologia 2. Tempo protetto dovrebbe essere garantito da contratto per partecipare alle attività cliniche, agli incontri del team interdisciplinare e multiprofessionale e agli audit 3. Se il servizio di psicologia non fa parte della PCUNIT/TMD, la collaborazione deve avvenire all'interno di un network ed essere disciplinata da un accordo formale. 4. Regolare supporto (consulenza, counseling, sostegno psicologico) potrebbe essere offerto da infermieri specialisti nella cura dei tumori della prostata in alcuni paesi e, in altri paesi, da personale con formazione specifica per fornire sostegno psicologico e con esperienza nella gestione di pazienti con tumore prostatico, sotto la supervisione di uno psicologo clinico, un counsellor accreditato o uno psichiatra di consultazione. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – un anno 2. Obbligatorio – un anno 3. Obbligatorio – un anno 4. Non applicabile
18	Servizi associati e personale "non core" <u>Rappresentanti delle associazioni o di gruppi di pazienti</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. I rappresentanti di pazienti e i gruppi di pazienti (ad esempio Europa Uomo o gruppi locali), ove presenti, dovrebbero essere parte integrante della rete di collegamento e di comunicazione della PCUNIT/PCNETWORK/TMD. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio - subito
19	Servizi associati e personale "non core" raccomandati <u>Coordinatore degli studi clinici</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uno o più coordinatori di studi clinici, (figura medica, infermiere di ricerca, o altra adeguata figura professionale), responsabili di tutti gli studi clinici e dei protocolli di ricerca 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Facoltativo
20	Servizi associati e personale "non core" raccomandati <u>Fisiatra e fisioterapista</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uno o più fisiatri e fisioterapisti 2. Con formazione specifica in interventi che possono minimizzare le complicanze postoperatorie e promuovere la riabilitazione e post RT 3. Se il servizio di fisioterapia e fisioterapia non fa parte della PCUNIT/TMD, la collaborazione deve avvenire all'interno di un network ed essere disciplinata da un accordo formale. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Facoltativo 2. Facoltativo 3. Obbligatorio – un anno

ATTIVITA' CLINICHE

N.	Standard/indicatore	Requisiti/ sottostandard/elementi misurabili	Tipo / tempistica
25	<p>Visite per i nuovi pazienti con tumore della prostata riferiti alla PCUNIT/PCNETWORK/TMD</p> <p>Prima possibilità (monodisciplinare)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Almeno un ambulatorio alla settimana dovrebbe essere disponibile per i nuovi pazienti con tumore della prostata riferiti alla PCUNIT/PCNETWORK/TMD. 2. Raccomandato: La PCUNIT/PCNETWORK/TMD dovrebbe essere in grado di offrire a questi pazienti un appuntamento <u>entro 20 giorni lavorativi dalla richiesta.</u> 3. La visita può essere <u>monodisciplinare</u>: il paziente viene esaminato dall'urologo o dall'oncologo radioterapista o dall'oncologo medico e riceve informazioni scritte sulle possibili opzioni terapeutiche o osservazionali. 4. Un infermiere è a disposizione per fornire ulteriori informazioni e supporto su richiesta. 5. Il caso deve essere discusso nell'ambito dell'incontro del Team Interdisciplinare e Multiprofessionale. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – subito 2. Obbligatorio – un anno 3. Possibile solo per il primo anno 4. Facoltativo 5. Obbligatorio - subito
26	<p>Visite per i nuovi pazienti con tumore della prostata riferiti alla PCUNIT/PCNETWORK/TMD</p> <p>Seconda possibilità (multidisciplinare sequenziale)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La visita specialistica può essere <u>multidisciplinare</u>: il paziente viene visto in sequenza dall'urologo, dall'oncologo radioterapista, dall'oncologo medico (almeno per i carcinomi localmente avanzati e metastatici) e dai professionisti in grado di offrire supporto psico-sociale, se disponibili, e riceve informazioni scritte sulle possibili opzioni terapeutiche o osservazionali. 2. Un infermiere è a disposizione per fornire ulteriori informazioni e supporto su richiesta. 3. Il caso deve essere discusso nell'ambito dell'incontro del Team Interdisciplinare e Multiprofessionale. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – un anno (a scelta: simultanea o sequenziale) 2. Facoltativo 3. Obbligatorio – subito per due anni; discussione di casi selezionati secondo percorsi condivisi dal terzo anno

ATTIVITA' CLINICHE

27	<p>Visite per i nuovi pazienti con tumore della prostata riferiti alla PCUNIT/PCNETWORK/TMD</p> <p>Terza possibilità (multidisciplinare simultanea)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. È auspicabile che visita specialistica sia multidisciplinare: il paziente viene visto contemporaneamente dall'urologo, dall'oncologo radioterapista e dall'oncologo medico e dai professionisti in grado di offrire supporto psico-sociale, se disponibili, e riceve informazioni scritte sulle possibili opzioni terapeutiche o osservazionali. 2. Un infermiere è a disposizione per fornire ulteriori informazioni e supporto su richiesta. 3. Il caso deve essere discusso nell'ambito dell'incontro del Team Interdisciplinare e Multiprofessionale. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – un anno (a scelta: simultanea o sequenziale) 2. Facoltativo 3. Obbligatorio – subito per due anni; discussione di casi selezionati secondo percorsi condivisi dal terzo anno
28	<p>Visite Follow-up</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tutti i pazienti devono essere rivisti a follow-up sotto la supervisione di uno degli specialisti del Core Team della PCUNIT/PCNETWORK/TMD responsabile della terapia iniziale (urologo, oncologo radioterapista, oncologo medico) o da professionisti (personale medico o infermieri specializzati, dove applicabile) che collaborano ufficialmente in rete con la PCUNIT/PCNETWORK/TMD. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio - subito
29	<p>Visite raccomandate</p> <p>Carcinoma prostatico recidivante o avanzato</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un ambulatorio dedicato ai carcinomi prostatici recidivanti e avanzati, separato dalle visite di oncologia generale, dovrebbe essere organizzato almeno ogni due settimane. 2. Le decisioni terapeutiche dovrebbero essere prese dal Team Interdisciplinare e Multiprofessionale della PCUNIT/PCNETWORK/TMD (urologo, oncologo radioterapista e oncologo medico). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – due anni 2. Obbligatorio – un anno

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 – subito 2. Facoltativo 3. Facoltativo, a seconda della struttura della PCUNIT/PCNETW ORK/TMD 4. Obbligatorio - subito
31	Organizzazione Gestione interdisciplinare e multiprofessionale dei casi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Discussione di <u>almeno il 90%</u> 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

TMD Ca Prostata



TMD – Tumore della Vescica



7	BCU - Composizione del Core Team	<p>1. La BCU deve definire, condividere e formalizzare un Core Team Multiprofessionale quale organismo essenziale operativo costitutivo</p> <p>2. Il Core Team della BCU deve includere almeno <u>un Urologo, un Oncologo medico e un Oncologo radioterapista</u></p> <p>I membri del Core Team devono partecipare a tutti i meeting multiprofessionali previsti dagli snodi del PDTA condiviso dalla BCU</p> <p>3. Altri specialisti (non Core Team) possono liberamente partecipare ai meeting multidisciplinari. Gli stessi sono vivamente tenuti a partecipare su invito dei Membri del Core Team in casi selezionati</p>	<p>1. Obbligatorio Attivazione: immediata</p> <p>1. Obbligatorio Attivazione: immediata</p> <p>1. Obbligatorio Attivazione: immediata</p>
8	BCU/GUC-U – Core Team. Urologi	<p>1. Uno o più urologi esperti nella diagnosi, trattamento e follow-up delle neoplasie vescicali</p> <p>2. <u>Almeno 20 casi di cistectomia radicale/anno</u> devono essere effettuati dalla Unità Operativa cui afferisce l'Urologo del Core Team</p> <p>3. <u>Almeno 30 casi di cistectomia radicale/anno</u> devono essere effettuati dalla Unità Operativa cui afferisce l'Urologo del Core Team della BCU/GUC-U a regime</p> <p>4. L'urologo deve dedicare almeno il 30% del suo tempo-lavoro alla attività della BCU/GUC-U</p>	<p>1. Obbligatorio Attivazione: immediata</p> <p>1. Obbligatorio Attivazione: 2 anni</p> <p>1. Obbligatorio Attivazione: 5 anni</p> <p>1. Obbligatorio Attivazione: immediata</p>
9	BCU/GUC-U – Core Team. Radioterapisti	<p>1. Uno o più oncologi radioterapisti esperti nel trattamento delle neoplasie vescicali</p> <p>2. <u>Almeno 50 casi di trattamento radioterapico/anno</u> per patologia uro-oncologica devono essere effettuati dalla Radioterapia cui afferisce il radioterapista della BCU/GUC-U</p> <p>3. L'oncologo radioterapista dovrà dedicare almeno il 30% del suo tempo-lavoro alla attività della BCU/GUC-U</p>	<p>1. Obbligatorio Attivazione: immediata</p> <p>1. Obbligatorio Attivazione: immediata</p> <p>1. Obbligatorio Attivazione: immediata</p>
10	BCU/GUC-U – Core Team. Oncologi medici	<p>1. <u>Uno o più oncologi medici esperti nel trattamento delle neoplasie vescicali</u></p> <p>2. <u>Almeno 10 casi di trattamento oncologico medico/anno</u> per neoplasia vescicale devono essere effettuati dalla Unità di Oncologia cui afferisce l'Oncologo del Core Team della BCU/GUC-U</p> <p>3. Almeno 20 casi di trattamento oncologico medico/anno per neoplasia vescicale devono essere effettuati dalla Unità di Oncologia cui afferisce l'Oncologo del Core Team della BCU/GUC-U a regime</p>	<p>1. Obbligatorio Attivazione: immediata</p> <p>1. Obbligatorio Attivazione: 2 anni</p> <p>1. Obbligatorio Attivazione: 5 anni</p>

11	BCU/GUC-U – Non Core Team. Patologo	<p>1.Uno o più Anatomico-patologi appartenenti ad una GUC-U esperti nella diagnosi e tipizzazione delle neoplasie vescicali.</p> <p>2.La partecipazione di un Uro-patologo ai meeting multiprofessionali è fortemente raccomandata</p> <p>3.L'Uro-patologo dovrà dedicare almeno il 30% del suo tempo-lavoro alla attività della BCU/GUC-U</p>	<p>1.Obbligatorio Attivazione: immediata</p> <p>1.Obbligatorio Attivazione: immediata</p>
12	BCU/GUC-U – Non Core team. Radiologo specialista	<p>1.Uno o più radiologi specialisti in imaging (URO-TC/RM/PET/Scint Ossea) delle neoplasie uro-genitali.</p> <p>2.La partecipazione di un Radiologo esperto in imaging delle neoplasie genito-urinarie ai meeting multiprofessionali è fortemente raccomandata</p>	<p>1.Obbligatorio Attivazione: immediata</p>
13	BCU/GUC-U - Datamanagement	<p>Almeno un data-manager dedicato alle attività complessive di registrazione e gestione dei dati relativi alle variabili di processo della BCU</p>	<p>1.Obbligatorio Attivazione: immediata</p>
14	BCU/GUC-U – Non Core Team. Oncologo palliativista, Psico-oncologo e Fisiatra	<p>1.Un Medico Oncologo palliativista responsabile dei trattamenti palliativi e Best Supportive Care. Se l'Oncologo palliativista non è membro attivo della BCU la sua collaborazione anche in networking deve essere definita formalmente nell'ambito della GUC-U</p> <p>2.Un Medico Psicologo con esperienza nella gestione dei pazienti affetti da neoplasia genito-urinaria. Se lo Psico-oncologo non è membro attivo della BCU la sua collaborazione anche in networking deve essere definita formalmente nell'ambito della GUC-U</p>	<p>1.Obbligatorio Attivazione: 1 anno</p> <p>1.Obbligatorio Attivazione: 1 anno</p> <p>1.Obbligatorio Attivazione: 1 anno</p>

INDICATORI



1. DI ATTIVITA'

- volumi
- struttura
- organizzazione

2. DI QUALITA'

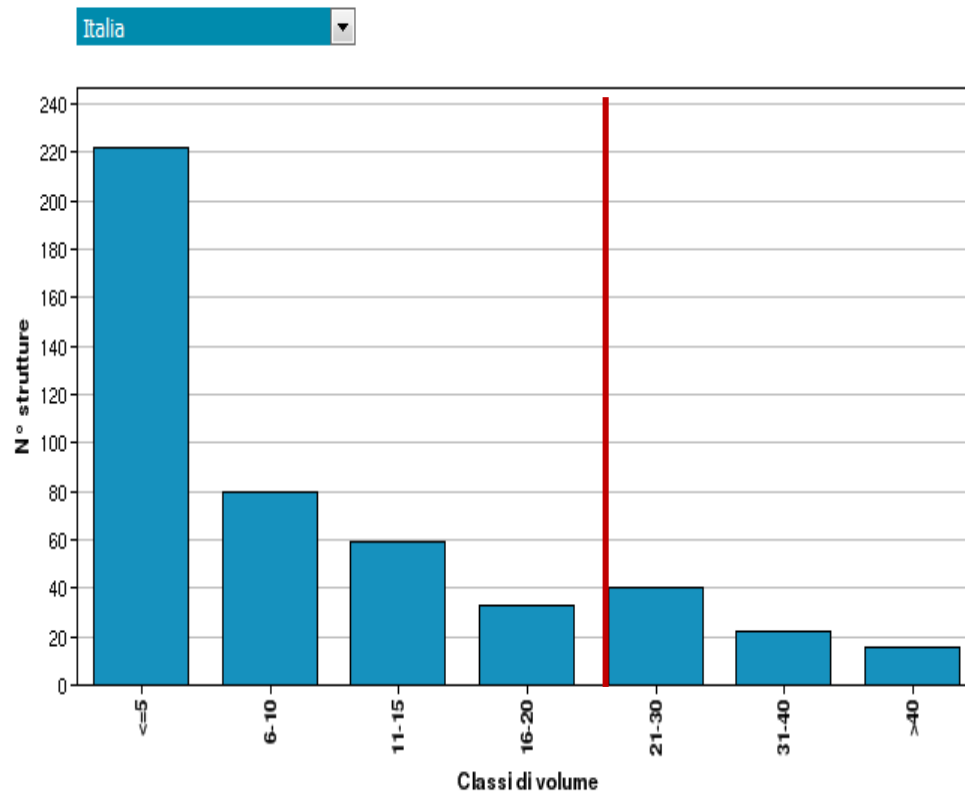
- efficacia
- efficienza
- appropriatezza
- sicurezza

LIVELLO *	INDICATORE	DEFINIZIONE	FONTE DATI (da flussi informativi)	STANDARD	DIMENSIONE**
1	Volume di ricoveri per cistectomia radicale	Numero di pazienti con diagnosi di carcinoma della vescica sottoposti a chirurgia radicale per centro/anno	SDO	≥ 20 ≥30 a regime	Efficienza / Sicurezza
1	Tasso di riammissioni a 90 giorni dall'intervento di cistectomia radicale	Numero di pazienti sottoposti a cistectomia radicale che necessitano di ricovero entro 90 gg dalla data dell'intervento per complicanze post- operatorie per centro/anno	SDO	≤ 30%	Efficacia / Appropriatezza
1	Tasso di mortalità complessiva post-operatoria precoce	Numero di pazienti deceduti per cause correlate alla cistectomia radicale entro 30 giorni dalla data dell'intervento per centro/anno	SDO e flussi informativi regionali	≤8% ≤5%	Efficienza / Sicurezza
1	Tasso di complicanze severe post-operatorie	Rapporto tra pazienti con complicanze severe (Clavien-Dindo III-IV) peri-operatorie e numero totale di pazienti sottoposti a cistectomia radicale per centro/anno	SDO e flussi informativi aziendali	≤ 20% ≤25	Efficienza / Sicurezza
2	Trattamenti di radioterapia in varie fasi del PDTA	Numero totale di pazienti con tumore invasivo della vescica sottoposti a radioterapia con approccio trimodale, adiuvante, di salvataggio o palliativa per centro/anno	Flussi informativi regionali <i>Tasso di pazienti non candidabili a cistectomia radicale o a terapia trimodale proposti per radioterapia con intento curativo</i>	≥ 10%	Efficienza / Sicurezza
2	Tempi di refertazione istologica del tessuto prelevato in corso di resezione endoscopica	Intervallo di tempo tra la data della resezione endoscopica e la data in cui il referto istologico è reso disponibile al paziente	Flussi informativi regionali e aziendali	≤ 20 giorni	Efficienza / Sicurezza

3	Valutazione multidisciplinare dei pazienti con carcinoma invasivo della vescica prima della terapia primaria	Rapporto tra pazienti valutati dal team multidisciplinare per la definizione della strategia terapeutica iniziale rispetto al numero totale di pazienti con diagnosi di carcinoma invasivo della vescica per centro/anno	Database aziendale	≥ 90%	Efficienza / Sicurezza
1	Intervallo di tempo tra resezione endoscopica e cistectomia radicale	Tasso di pazienti sottoposti a cistectomia radicale entro 8 settimane dalla data della refertazione istologica della resezione endoscopica	SDO Database aziendale	≥ 90%	Efficienza / Sicurezza
3	Volume di pazienti affetti da neoplasia vescicale invasiva trattati con chemioterapia neoadiuvante	Tasso di pazienti affetti da neoplasia vescicale invasiva fit per chemioterapia neoadiuvante e pazienti effettivamente trattati con chemioterapia neoadiuvante per centro/anno	Database aziendale Flussi informativi regionali	≥ 50% ≥ 30%	Appropriatezza
3	Rispetto della raccomandazione concernente la registrazione formale dei meeting multidisciplinari	Rapporto tra numero di incontri multidisciplinari formalmente registrati con report disponibile per il paziente e per attività di review/audit e numero totale degli incontri previsti sulla base del PDTA per patologia	Database aziendale	≥ 90	Efficacia / Appropriatezza

8 settimane tra re-TURB e cistectomia

Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri.



Anno 2016
5294 RC
 in **448 centri**
 urologici

80 centri ≥ 20 RC/anno (2760/anno 2016) = 52%
391 centri < 20 RC/anno (2510/anno 2016) = 48%



VAL D'AOSTA 1 centro < 15 RC		PIEMONTE 40 centri 3 > 25 RC 6 > 20 13 ≤ 5 (32%)
LOMBARDIA 73 centri 9 > 25 alto volume 17 > 20 18 ≤ 5 (32%)		TRENTINO 5 centri 2 > 25 2 > 20 2 ≤ 5 (40%)
VENETO 33 centri 7 > 25 alto volume 10 > 20 11 < 5 (33%)		FRIULI VG 11 centri 1 > 25 3 > 20 5 ≤ 5 (45%)
LIGURIA 9 centri 3 > 25 4 > 20 2 ≤ 5 (22%)		EMILIA ROMAGNA 30 centri 4 > 25 alto volume 6 > 20 12 ≤ 5 (40%)
TOSCANA 31 centri 4 > 25 alto volume 6 > 20 17 ≤ 5 (54%)		UMBRIA 9 centri 2 > 25 2 > 20 6 ≤ 5 (67%)
MARCHE 18 centri 3 > 25 4 > 20 9 ≤ 5 (50%)		LAZIO 54 centri 5 > 25 alto volume 7 > 20 31 ≤ 5 (57%) e 14 = 1 RC
ABRUZZO 13 centri - > 25 - > 20 - 2 > 15 6 ≤ 5 (46%)		MOLISE 3 centri - > 25 - > 20 - 1 = 10 4 ≤ 5 (80%)
CAMPANIA 37 centri 1 > 25 3 > 20 20 ≤ 5 (54%)		PUGLIA 24 centri 4 > 25 alto volume 5 > 20 13 ≤ 5 (54%)
BASILICATA 4 centri - > 25 1 > 20 1 ≤ 5 (25%)		CALABRIA 13 centri - > 25 - > 20 - 2 = 10 9 ≤ 5 (70%)
SICILIA 39 centri 2 > 25 4 > 15 2 > 20 24 ≤ 5 (61%)		SARDEGNA 14 centri 3 > 25 alto volume 3 > 20 5 ≤ 5 (36%)



COMPLETED

**NOT
APPROVED**



TMD – Tumore renale





Volume minimo di nefrectomie radicali o parziali eseguite/anno

Programma Nazionale Esiti



Procedure chirurgiche



Interventi per tumore maligno

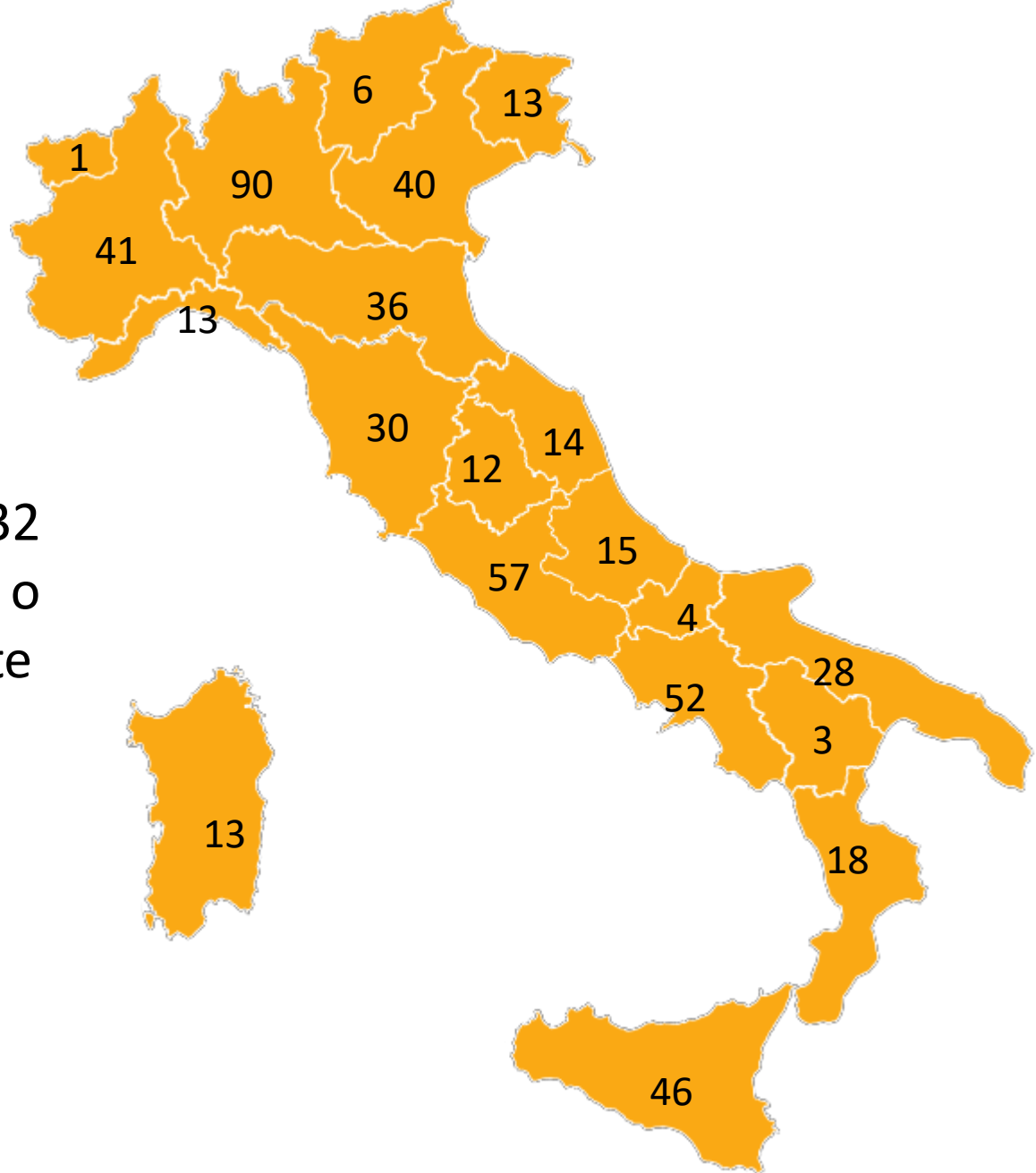


Rene



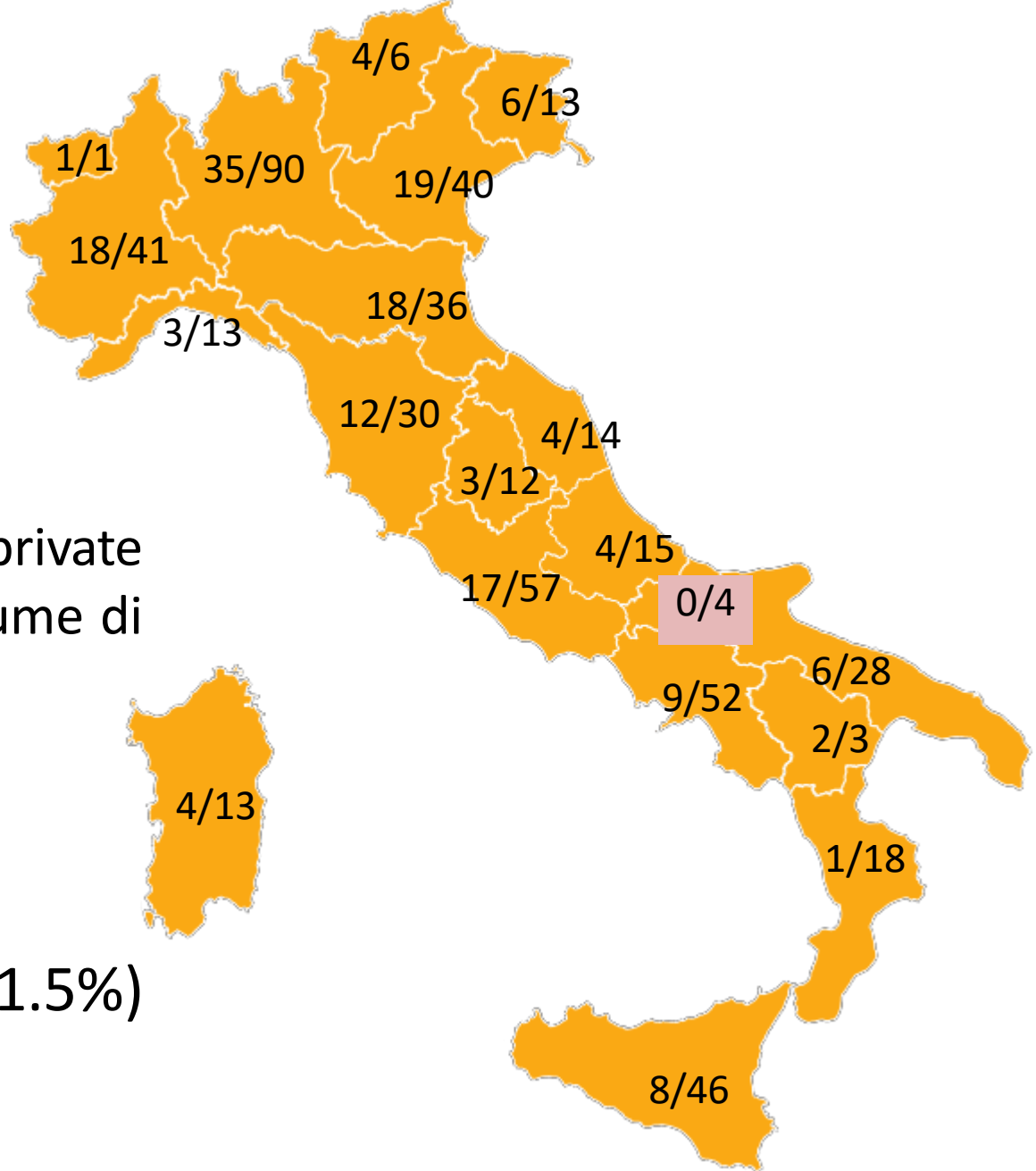
Volume di ricoveri

Anno 2015
10935 procedure in 532 centri



2015

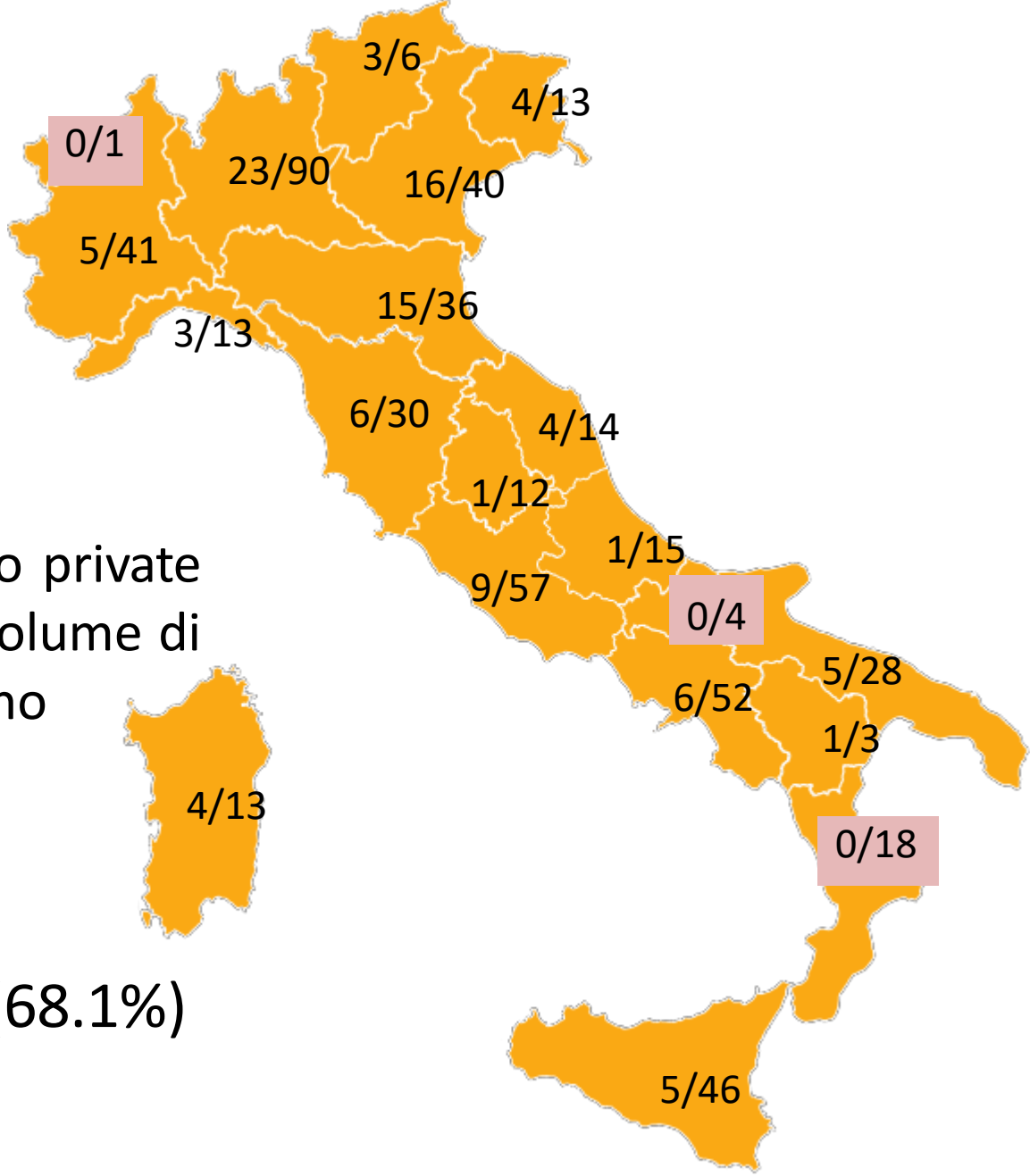
10935 ricoveri in 532
strutture pubbliche o
private convenzionate



strutture pubbliche o private
convenzionate con volume di
interventi > a 20 /anno

170/532 (31.9%)

8922 /10935 casi (81.5%)



strutture pubbliche o private
convenzionate con volume di
interventi > a 30 /anno

111/532 (20.8%)

7455/10935 casi (68.1%)

INDICATORI DI PERFORMANCE

Misura	Indicatori di Performance	Target
Tempo	Intervallo di tempo dal completamento diagnostico dal primo accesso alla discussione nel TMD renale < 15 giorni	95%
Tempo	Intervallo di tempo dalla discussione TMD all'inizio del trattamento <30 giorni	85%
Disponibilità dei dati	Disponibilità dei dati sulla stadiazione TNM	100%
Outcomes procedure/ pazienti	Chirurgia Nephron sparing nel T1a	Incremento del 5%/annuo (fino a raggiungere il 65%) Partendo minimo 50%
Outcomes procedure/ pazienti	Mortalità a 3 giorni per chirurgia o tecniche ablative nel T1	<1%
Outcomes procedure/ pazienti	Proporzione di pazienti sottoposti a chirurgia RADICALE 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 Nss VS rn?	4 giorni
Outcomes procedure/ pazienti	Sopravvivenza a 2 anni in pazienti con malattia avanzata o metastatica	50%

TMD
NEOPLASIE RENALI

NOT COMPLETED

**TMD NEOPLASIE
TESTICOLO - PENE**

NOT COMPLETED