

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



Associazione
Italiana
Radioterapia
Oncologica



II° INCONTRO REGIONALE



tmd
uro onco

team
multidisciplinare
uro oncologico

Workshop TMD:

fare rete a garanzia della qualità di cura

25 OTTOBRE 2018

FIRENZE

Sala Riunioni ISPRO
Cubo 3 - Padiglione 27/B
Viale Pieraccini 6

Come la
penso ?



Società Italiana di Urologia Oncologica
Italian Society of Uro-Oncology

Login

Registrati

Invia Abstract

Diventa Socio

Contattaci

IT EN

[Home](#) [La Società](#) [Eventi](#) [Progetti](#) [Press](#) [Scrivici!](#) 

[Scarica attestati](#)

Presentazione della società e attività

La **Società Italiana di Urologia Oncologica (S.I.Ur.O.)** è una Associazione '**non profit**' fondata nel **1990** da: Francesco Boccardo, Mario Cappellini, Franco Di Silverio, Luciano Giuliani, Giuseppe Martorana, Alberto Pellegrini, Giorgio Pizzocaro, Salvatore Rocca Rossetti, Leonardo Santi, Enzo Usai e Vito Vitale.

I Soci Fondatori furono mossi dall'idea di realizzare una **Associazione libera e aconfessionale**, in grado di promuovere l'applicazione del concetto di **multidisciplinarietà** anche alla gestione dei pazienti affetti dalle neoplasie urologiche.

In particolare, l'Associazione si propone di favorire la formazione di una 'nuova' figura di Specialista che sia motivato a superare le barriere di tipo attitudinale, culturale e operativo della propria Disciplina di origine e a sviluppare competenze multidisciplinari confrontandosi con Urologi, Oncologi Medici, Oncologi Radioterapisti, Anatomo-Patologi, e quanti altri siano coinvolti nella diagnosi e nel trattamento delle neoplasie di ambito urologico.

La '**vocazione**' **multidisciplinare** è quindi la caratteristica portante e distintiva di questa Società ed è garantita a livello statutario dalla presenza obbligata nel Comitato Direttivo di specialisti afferenti dalle diverse discipline.



available at www.sciencedirect.com



journal homepage: www.ejconline.com



Improving cancer control in the European Union: Conclusions from the Lisbon round-table under the Portuguese EU Presidency, 2007

Joaquim Gouveia^a, Michel P. Coleman^b, Robert Haward^c, Roberto Zanetti^d, Matti Hakama^e, Josep Maria Borrás^f, Maja Primic-Žakelj^g, Harry J. de Koning^h, Luzia Travado^{a,*}

European Union: A multidisciplinary team (MDT) approach to cancer care is required to make the best decisions about each patient's diagnosis, treatment and support



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 10-11-2014 (punto N 23)

Delibera N 982 del 10-11-2014

Proponente
LUIGI MARRONI
DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Publicita'/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)
Dirigente Responsabile DANIELA MATARRESE
Estensore PAOLA MAGNESCHI

Oggetto
Riordino della Rete chirurgica oncologica toscana: primi indirizzi alle Aziende Sanitarie per la costituzione della Rete delle Unità Integrate per il tumore maligno della Prostata - Prostate Cancer Units (PCU)

ALLEGATO A

LA RETE REGIONALE DELLE UNITÀ INTEGRATE PER IL TUMORE
MALIGNO DELLA PROSTATA (PROSTATE CANCER UNITS)

L'approccio multidisciplinare negli ultimi anni si è dimostrato la migliore delle opzioni di gestione del paziente oncologico per pianificare, ottimizzare, migliorare e fornire assistenza su misura ad ogni paziente, attraverso l'attività integrata di un team di specialisti.

Tale modello ha una particolare rilevanza nel caso del tumore della prostata soprattutto per la disponibilità di diversi tipi di trattamento in particolare la chirurgia e la radioterapia, variamente combinate con la terapia ormonale e medica.

Inoltre, recentemente, sono state introdotte le strategie di osservazione, come la "sorveglianza attiva"; osservazione periodica delle forme neoplastiche indolenti o a basso grado di aggressività, riservando il trattamento a quelle che mostrano progressione, e la "vigile attesa" che prevede il ritardo dell'inizio di terapie palliative fino alla comparsa di sintomatologia.

«L'approccio multidisciplinare si è dimostrato la migliore delle opzioni di gestione del paziente oncologico attraverso l'attività integrata di un team di specialisti ha una particolare rilevanza nel caso del tumore della prostata soprattutto per la disponibilità di diversi tipi di trattamento»



L'approccio multidisciplinare negli ultimi anni si è dimostrato la migliore delle opzioni di gestione del paziente oncologico per pianificare, ottimizzare, migliorare e fornire assistenza su misura ad ogni paziente, attraverso l'attività integrata di un team di specialisti.



Care by individual practitioners



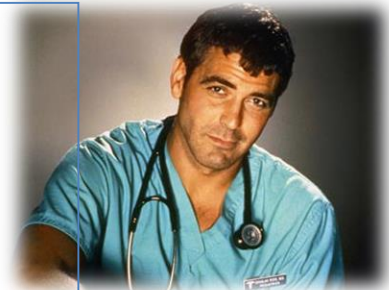
«Secondo me,
è meglio che lei faccia
la **chirurgia**»

«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 ”



APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE



VANTAGGI

MDT & adherence to guidelines

Do Multidisciplinary Meetings Follow Guideline-Based Care?

By Shalini K. Vinod, MD, Mark A. Sidhom, MBBS, and Geoff P. Delaney, PhD

Collaboration for Cancer Outcomes, Research and Evaluation (CCORE), Liverpool Hospital, Liverpool BC; University of New South Wales, Sydney, Australia

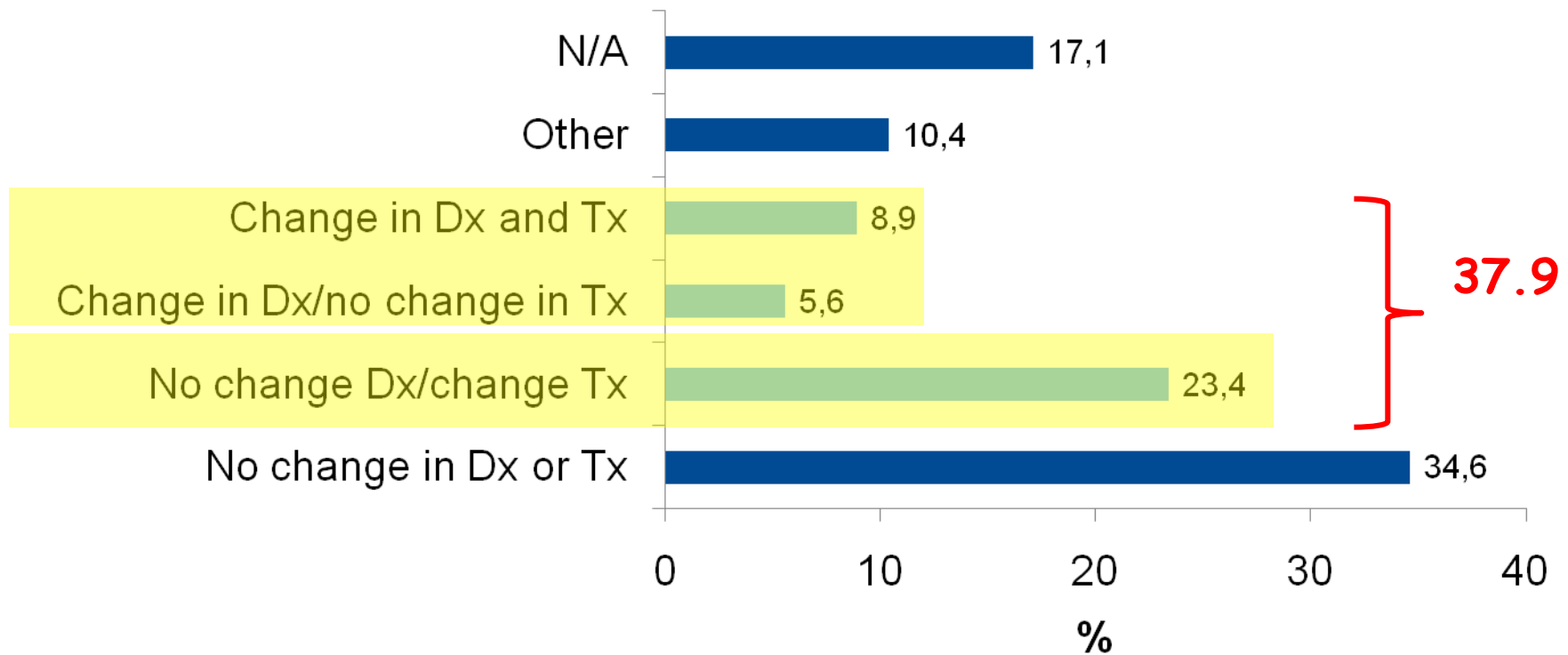
- MDT enhances **adherence to guidelines up to 71%** of cases
- Discordance mainly noted for:
 - older patients (70+)
 - borderline performance status
 - patients with co-morbidities

Table 3. Concordance of MDM Recommendations With Guideline-Based Treatment According to Patient Characteristics

Characteristic	Concordance (%)	Odds Ratio	95% CI	P
Age, years				.002
< 50	82	1		
50-59	81	1.1	0.3 to 4.3	
60-69	80	1.3	0.4 to 4.9	
70-79	63	0.5	0.1 to 1.8	
> 80	55	0.4	0.1 to 1.6	
ECOG PS				< .0001
0-1	78	1		
2	43	0.2	0.1 to 0.4	
3-4	84	2.3	0.8 to 6.4	
Stage				.005
NSCLC				
I and II	72	1		
III	60	0.5	0.2 to 1	
IV	81	1.4	0.6 to 3.4	
SCLC				
Limited stage	68	1	0.3 to 3.9	
Extensive stage	82	2.3	0.6 to 9.1	

A MDT approach influences diagnostic and treatment decisions

- 296 patients presented MDT with an outside diagnosis of a urologic malignancy



Dx: diagnostic decision; Tx: treatment decision

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

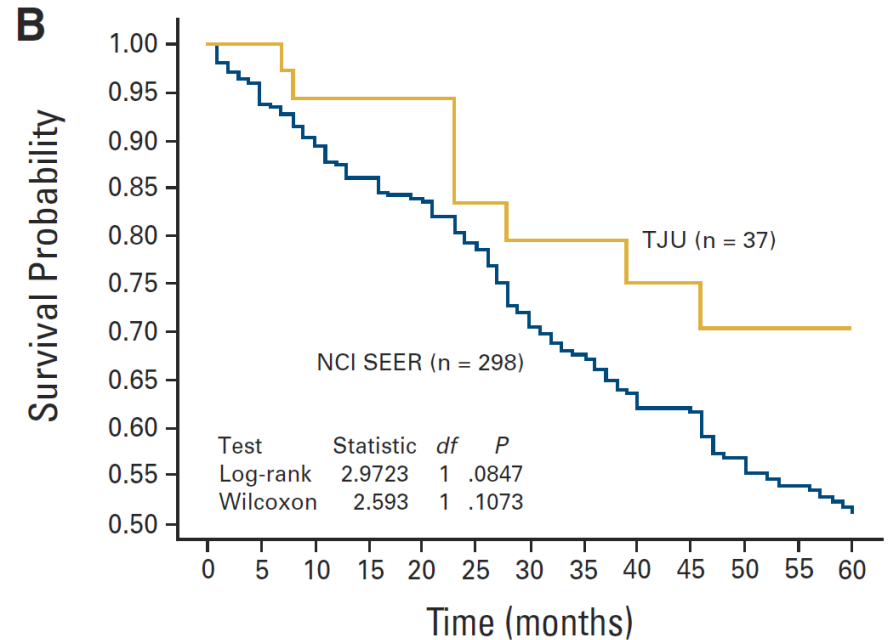
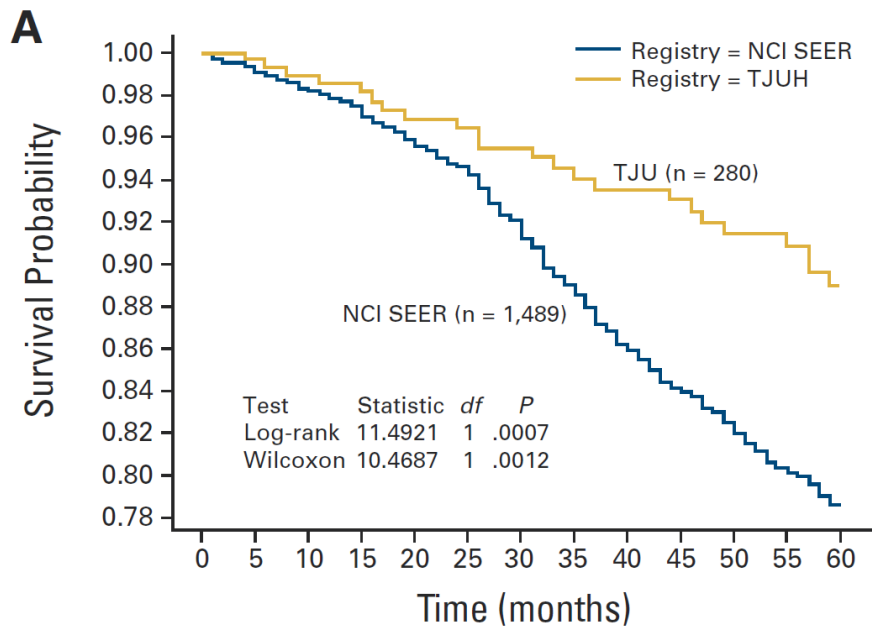


Figure 1. Kaplan-Meier survival of patients with newly diagnosed prostate cancer at the TJUH/KCC (1996-2008) and patients in NCI SEER (1997-2003). (A) Stage III (T3 N0 M0); (B) T4 N0 M0. TJUH, Thomas Jefferson University Hospital; KCC, Kimmel Cancer Center; NCI, National Cancer Institute; SEER, Surveillance, Epidemiology, and End Results.

**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, RHA, 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



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



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

- 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

Ogni gruppo ha prodotto degli statement che sono stati votati e formalizzati durante la Consensus Conference (MILANO 16/17 DICEMBRE 2015) e hanno dato origine al DOCUMENTO INTERSOCIETARIO approvato a Settembre 2016 e consegnato al Ministero della Salute a Novembre 2016

Table 1. Statements proposed by the groups and approved at the 2015 Consensus Conference.

Group 1: General principles	Statement 1	The main aim of the initiative (Editor's note: MDTs in urologic oncology project) lies in facilitating the setup of multidisciplinary and multiprofessional teams, and in stimulating a cultural movement of multidisciplinary discussion and sharing that involves also the patients and their advocacy groups. A uro-oncologic MDT must contribute mainly to the definition and activation of the best path of care for the patient in the shortest time (external goal) and at the same time to the continuous education of the members (internal goal). Aims of the uro-oncologic MDT are to improve the diagnostic-therapeutic applicability, make the available therapies accessible, improve patients' quality of life and compliance, and optimize the use of resources.
	Statement 2	The fundamental tool to reach these goals is the formalization and periodic update of the paths of care for single uro-oncologic tumors based on national and international guidelines, adapted to local scenarios.
	Statement 3	The task of an MDT is to identify, formalize, and use general and specific indicators to measure the efficacy and efficiency of each path of care, easily traceable and evaluable in internal and external audits.
Group 2: Organization	Statement 4	The organization of MDTs needs to be defined in a clear and explicit way, with statements on all the management-related aspects. This means that the participants' job profiles, type of activities, and means of communication that MDTs intend to use must be described. It is of paramount importance to identify the person in charge of coordinating clinical-scientific and organizational activities.
	Statement 5	MDTs must identify the ways of entering the path of care, communication, and being taken in charge with respect to the clinicians working in the same hospital or elsewhere.
Group 3: Minimal requirements	Statement 6	Uro-oncologic MDTs must have adequate personnel and infrastructure to manage the paths of care of each genitourinary tumor.
	Statement 7	Scientific societies involved in the writing of this document will indicate the minimum caseloads necessary for each type of genitourinary tumor based on the existing evidence or, if not available, on consensus among experts.
	Statement 8	MDTs must have a core team composed of the professionals mainly involved in the path of care of patients with genitourinary tumors (at least a urologist, a medical oncologist, and a radiation oncologist) and a multidisciplinary and multiprofessional non-core team that can be called upon to participate in the path of care upon request of the core team. A member of the core team must be appointed director or responsible for coordinating clinical-scientific activities.
Group 4: Economic impact	Statement 9	It is reasonable to expect that through the definition of paths of care MDTs should contribute to the improvement of applicability and quality of diagnostic, therapeutic, and follow-up procedures and impact on reducing costs.
Group 5: Relations with authorities	Statement 10	The scientific societies involved in this project must interact with national and regional decision-makers in order to have them acknowledge the role and the competence of the MDTs through the release of legislation that accepts and facilitates their activities.
	Statement 11	The documents approved by the scientific societies involved in this project are the bottom line for the interaction of MDTs with hospital administrations to define the local applicability through internal paths or with collaborations within the regional networks.

TMD 2016 - 2017

• Quattro task force nel 2016 hanno ricevuto l'incarico di porre le basi per **definire i requisiti minimi e gli snodi decisionali** del Team Multidisciplinare nelle quattro principali patologie Uro-Oncologiche:

Tumore della Prostata

Tumore del rene

Tumore della vescica

Tumore del testicolo/pene

Nella Consensus del 13/14 DICEMBRE 2016 sono stati votati e approvati gli items che definiscono gli standard e gli elementi per impostare un TMD Ca Prostata .



Associazione
Italiana
Radioterapia
Oncologica



TMD 2016 - 2017

Nel corso del 2017 sono state avanzate richieste di coinvolgimento di AIMN, SIAPEC e SIRM come Società patrocinanti in aggiunte alle 7 Società TMD.

Per il 2017 i quattro gruppi di lavoro hanno ricevuto mandato di definire, nella prima parte dell'anno, PDTA e indicatori di processo ed esito specifici per patologia. Successivamente si è proceduto a

- **Condivisione dei documenti all'interno dei Consigli Direttivi e Scientifici delle singole Società**
- **Raccolta e analisi dei commenti delle Società**
- **Presentazione dei punti indicati dalle Società alla Consensus Conference di dicembre 2017 per discussione/modifica/approvazione, sempre con la soglia dell'85% di consenso**



Associazione
Italiana
Radioterapia
Oncologica



CIPOMO
Collegio Italiano dei Primari
Oncologi Medici Ospedalieri



TMD 2016 - 2017

È stata sottolineata l'importanza di alcuni punti

@Calare il PDTA nel territorio

@Collaborazione con specialisti non inclusi nella PCU (PCU / PC Network)

@Diverse possibilità di realizzazione e organizzazione dei Team MultiDisciplinari:

TMD strutturale (Prostate Cancer Unit - PCU).

TMD network: possibilità di TMD come rete di centri qualificati (affiliates), in grado di erogare le prestazioni previste dal PDTA, legati da accordi formalizzati circa requisiti e protocolli.

Concetto PCU/PCNetwork/TMD in sostituzione della sola PCU originaria

TMD TUMORE 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</u> e Multiprofessionale, 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	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 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	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 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

NON CORE TEAM E SERVIZI ASSOCIATI



21	<p>Servizi associati e personale “non core” raccomandati <u>Sessuologo e terapista della continenza</u> o urologo con formazione in urologia andrologica e funzionale o andrologo certificato o urologo funzionale o infermiere clinico specialista, sotto la supervisione di un sessuologo e di un terapista della continenza, di uno psicologo clinico o di un urologo-con formazione in urologia andrologica e funzionale</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Urologi con competenza in andrologia e in urologia funzionale (coadiuvati da un infermiere qualificato), disponibili per i pazienti che necessitino di una consulenza relativa alle complicanze sia sul versante delle funzioni sessuali che delle funzioni urinarie 2. Se la riabilitazione sessuale e della continenza non è un servizio offerto 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
22	<p>Servizi associati e personale “non core” raccomandati <u>Geriatra</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Geriatra con formazione specifica nella cura degli anziani affetti da tumore della prostata. 2. Se il servizio di geriatria 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. Obbligatorio – un anno
23	<p>Disponibilità di diversi servizi e terapie/opzioni osservazionali raccomandati</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fisioterapia compresi esercizio fisico e riabilitazione urologica dovrebbe essere offerta ai pazienti trattati, ai fini della gestione delle morbidità indotte dal trattamento (tra le quali l’incontinenza urinaria) 2. Programmi di sostegno/riabilitazione sessuale dovrebbero essere disponibili per i pazienti trattati, ai fini della gestione delle morbidità indotte dal trattamento. 3. Counselling psicologico dovrebbe essere disponibile per i pazienti trattati, ai fini della gestione delle morbidità indotte dal trattamento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – un anno 2. Obbligatorio – un anno 3. Facoltativo

ATTIVITA' CLINICHE



N.	Standard/indicatore	Requisiti/ sottostandard/elementi misurabili	Tipo / tempistica
25	Visite per i nuovi pazienti con tumore della prostata riferiti alla PCUNIT/PCNETWORK/TMD Prima possibilità (monodisciplinare)	<ol style="list-style-type: none"> Almeno un ambulatorio alla settimana dovrebbe essere disponibile per i nuovi pazienti con tumore della prostata riferiti alla PCUNIT/PCNETWORK/TMD. Raccomandato: La PCUNIT/PCNETWORK/TMD dovrebbe essere in grado di offrire a questi pazienti un appuntamento <u>entro 20 giorni lavorativi dalla richiesta.</u> 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. Un infermiere è a disposizione per fornire ulteriori informazioni e supporto su richiesta. Il caso deve essere discusso nell'ambito dell'incontro del Team Interdisciplinare e Multiprofessionale. 	<ol style="list-style-type: none"> Obbligatorio – subito Obbligatorio – un anno Possibile solo per il primo anno Facoltativo Obbligatorio - subito
26	Visite per i nuovi pazienti con tumore della prostata riferiti alla PCUNIT/PCNETWORK/TMD Seconda possibilità (multidisciplinare sequenziale)	<ol style="list-style-type: none"> 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. Un infermiere è a disposizione per fornire ulteriori informazioni e supporto su richiesta. Il caso deve essere discusso nell'ambito dell'incontro del Team Interdisciplinare e Multiprofessionale. 	<ol style="list-style-type: none"> Obbligatorio – un anno (a scelta: simultanea o sequenziale) Facoltativo 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 <i>(multidisciplinare simultanea)</i></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	<p>Organizzazione</p> <p>Gestione interdisciplinare e multiprofessionale dei casi</p>	<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	<p>Organizzazione</p> <p>Gestione interdisciplinare e multiprofessionale dei casi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Discussione di <u>almeno il 90% di tutti i casi</u> 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 osservative • 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	<p>Organizzazione</p> <p>Gestione interdisciplinare e multiprofessionale dei casi</p>	<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

SERVIZI VARI, OPZIONI TERAPEUTICHE E OSSEVAZIONALI, TECNOLOGIA



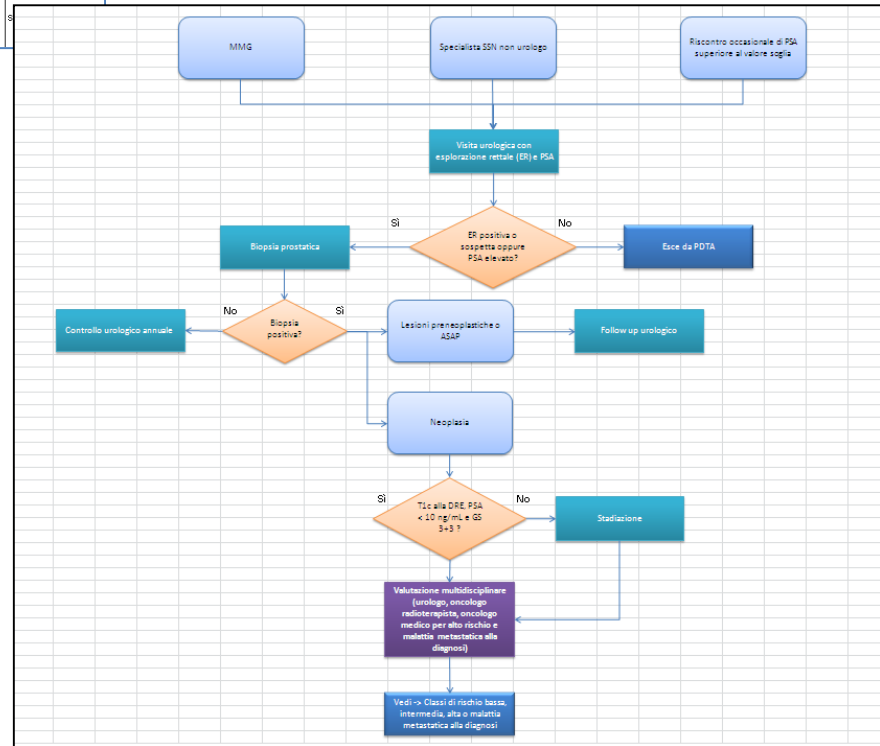
N.	Standard/indicatore	Requisiti/ sottostandard/elementi misurabili	Tipo / tempistica
33	Disponibilità di vari servizi e opzioni terapeutiche/osservazionali	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilità di materiale informativo in formato cartaceo ed elettronico chiaro e comprensibile destinato ai pazienti su diagnosi, opzioni terapeutiche/osservazionali, follow-up, programmi di riabilitazione, secondo quanto definito negli incontri del Team Interdisciplinare e Multiprofessionale e raccomandato dalle linee guida selezionate (nazionali/internazionali) 2. Disponibilità di materiale informativo destinato ai pazienti sui centri di conservazione dello sperma certificati a livello regionale, sulle associazioni e sui gruppi di pazienti esistenti e su altre fonti potenzialmente utili. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – subito 2. Obbligatorio – subito
34	Disponibilità di vari servizi e opzioni terapeutiche/osservazionali	<ol style="list-style-type: none"> 1. La diagnosi di tumore della prostata basata su biopsia o TURP dovrebbe essere comunicata da un urologo (o altro clinico) membro del Core Team (mai per lettera o al telefono). 2. Sarebbe auspicabile la presenza di un membro del team abilitato a offrire supporto psicologico, ove disponibile. 3. È necessario prevedere una sala adeguata che consenta adeguata privacy. L'urologo dovrebbe inviare il paziente all'ambulatorio visite per i nuovi pazienti con tumore della prostata riferiti alla PCUNIT/PCNETWORK/TMD perché riceva indicazioni sulle strategie terapeutiche o osservazionali. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – subito 2. Facoltativo 3. Obbligatorio – subito
35	Terapie e setting osservazionale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sorveglianza attiva e vigile attesa dovrebbero essere gestite secondo protocolli che definiscono criteri di inclusione e di interruzione del percorso osservazionale. 2. I pazienti dovrebbero essere monitorati nella PCUNIT/PCNETWORK/TMD o da medici che collaborano ufficialmente in rete con la PCUNIT/PCNETWORK/TMD. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – subito 2. Obbligatorio – subito
36	Terapie e setting osservazionale	<ol style="list-style-type: none"> 1. La terapia ormonale è prescritta dal team interdisciplinare e multiprofessionale e in base alle linee guida nazionali/internazionali (o in base a normative regionali e/o specifici regolamenti aziendali) e può essere somministrata da medici di medicina generale che collaborano ufficialmente in rete con la PCUNIT/PCNETWORK/TMD nei contesti più adeguati (per esempio sul territorio). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – subito
37	Terapie e setting osservazionale	<ol style="list-style-type: none"> 1. La chemioterapia con farmaci citotossici e le terapie immunologiche dovrebbero essere prescritte da uno specialista certificato membro del Core Team che ha ricevuto una formazione adeguata sull'uso dei farmaci in pazienti con carcinoma prostatico. 2. La chemioterapia e le terapie immunologiche dovrebbero essere somministrate in strutture dedicate o in ospedali del territorio dotati di strutture adeguate che collaborano ufficialmente in rete con la PCU, sotto la supervisione del Core Team. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – subito 2. Obbligatorio – subito
38	Tecnologia	<ol style="list-style-type: none"> 1. La PCUNIT/PCNETWORK/TMD deve avere accesso strutturato a tutte le apparecchiature radiologiche necessarie per il tumore prostatico: radiologia convenzionale, TRUS, scintigrafia ossea, TC, PET-CT e RM. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – subito 2. Obbligatorio –

INDICATORE	SETTING	NUMERATORE	DENOMINATORE	SOGLIA	SIGNIFICATO	RIFERIMENTI DA	TIPO DI
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 Veneto, 2016	Struttura
2. Puntato istologico della biopsia alla diagnosi informazioni obbligatorie	Diagnosi	Numero di nuovi pazienti con biopsia alla diagnosi con referti istologici completi (linee guida AODM 2016), trattati o osservati (osservazione: sovrattiva e voglia 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 AODM del Carcinoma della Prostata edizione 2017 2. The Scottish Government, Prostate Cancer Clinical Quality Performance Indicators, Engagement Document, NHS, mag 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. L'Euroco 2 EAU 2016 3. The Scottish Government, Prostate Cancer Clinical Quality Performance Indicators, Engagement Document, NHS, mag 2016	Struttura e Processo
4. Scintigrafia ossea o PET-TC (TC-Colma o altri radionuclidi) per pazienti in classe di rischio basso prescritta da TMD	Stadiatione	Numero di nuovi pazienti in classe di rischio basso che hanno effettuato scintigrafia ossea o PET-TC (TC-Colma o altri radionuclidi) 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%	Appropriatezza clinica e defunitivo della ricerca	LG AODM 2017, APRO 2016, EAU, ETC	Processo
5. Numero minimo di nuovi pazienti discussi multidisciplinariamente, trattati e osservati da TMD o PCU all'anno	Multidisciplinare (volumi di trattamento)	Non pertinente	Non pertinente	> 100	Garanzia di appropriatezza gestionale. Alla valutazione multidisciplinare dei pazienti in classe di rischio basso, intermedia e alta deve essere presente almeno un rappresentante per specialità del Core Team (non possibilità di documentata eccezione alla regola)	1. Euroco 2 Oncol, 2016 2. Valdaghi et al, PCU initiative in Europe, CROI, 2016 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 basso, intermedia e alta (con possibilità di documentata eccezione alla regola)	Multidisciplinare gestionale (presenza di specialisti)	Non pertinente	Non pertinente	> 95%	Garanzia di appropriatezza gestionale. Alla valutazione multidisciplinare dei pazienti con malattia in classe di rischio basso, intermedia e alta deve essere presente almeno un rappresentante per specialità del Core Team (non possibilità di documentata eccezione alla regola)	1. The Scottish Government, Prostate Cancer Clinical Quality Performance Indicators, Engagement Document, NHS, mag 2016 2. Consenso intersocietario su Requisiti Minimi di una Prostate Cancer Unit, TMD uro-oncologico 2016 (modificare)	Struttura
7. Valutazione multidisciplinare dei nuovi pazienti prima della scelta della terapia o dell'osservazione	Multidisciplinare (processo decisionale)	Numero di nuovi pazienti valutati in modalità multidisciplinare prima della scelta terapeutica o osservazionale, trattati o osservati da TMD o PCU all'anno	Numero totale di nuovi pazienti, trattati e monitorati da TMD o PCU all'anno	> 90%	Garanzia di appropriatezza gestionale. Le possibili opzioni terapeutiche o osservazionali devono essere valutate dal TMD prima della comunicazione al paziente.	1. Consenso intersocietario su Requisiti Minimi di una Prostate Cancer Unit, TMD uro-oncologico 2016 (modificare) 2. Valdaghi et al, PCU initiative in Europe, CROI, 2016 (modificare) 3. The Scottish Government, Prostate Cancer Clinical Quality Performance Indicators, Engagement Document, NHS, 2016 4. Maghni et al, BJU, 2012 5. Aizer et al, Multidisciplinary Care and Management Selection in Prostate Cancer, Semin Radiat Oncol 23:167-164 # 2013 6. L. Bellardita et al., Patient's choice of observational strategy for early-stage prostate cancer, Neuropsychological Trends - 12/2012 7. L. Bellardita et al., Better-Informed Decision-Making to Optimize Patient Selection, Current Clinical Oncology, Springer, 2017	Struttura
8. Paziente non metastatico: coinvolgimento nella decisione della terapia radicale o dell'osservazione	Multidisciplinare (processo decisionale condiviso con il paziente)	Numero di pazienti non metastatici informati dal TMD delle possibili opzioni terapeutiche o osservazionali, trattati o osservati da TMD o PCU all'anno	Numero totale di nuovi pazienti non metastatici, trattati o monitorati da TMD o PCU all'anno	> 90%	Garanzia di appropriatezza gestionale. Il paziente deve essere informato dell'esistenza di più terapie radicali egualmente efficaci ma con profili di tossicità profondamente diverse e dell'opzione sorveglianza attiva per tumori in classe di rischio	1. L. Bellardita et al., Patient's choice of observational strategy for early-stage prostate cancer, Neuropsychological Trends - 12/2012 2. L. Bellardita et al., Better-Informed Decision-Making to Optimize Patient Selection, Current Clinical Oncology, Springer, 2017	Struttura

INDICATORI



MAPPE



TMD Ca Prostata





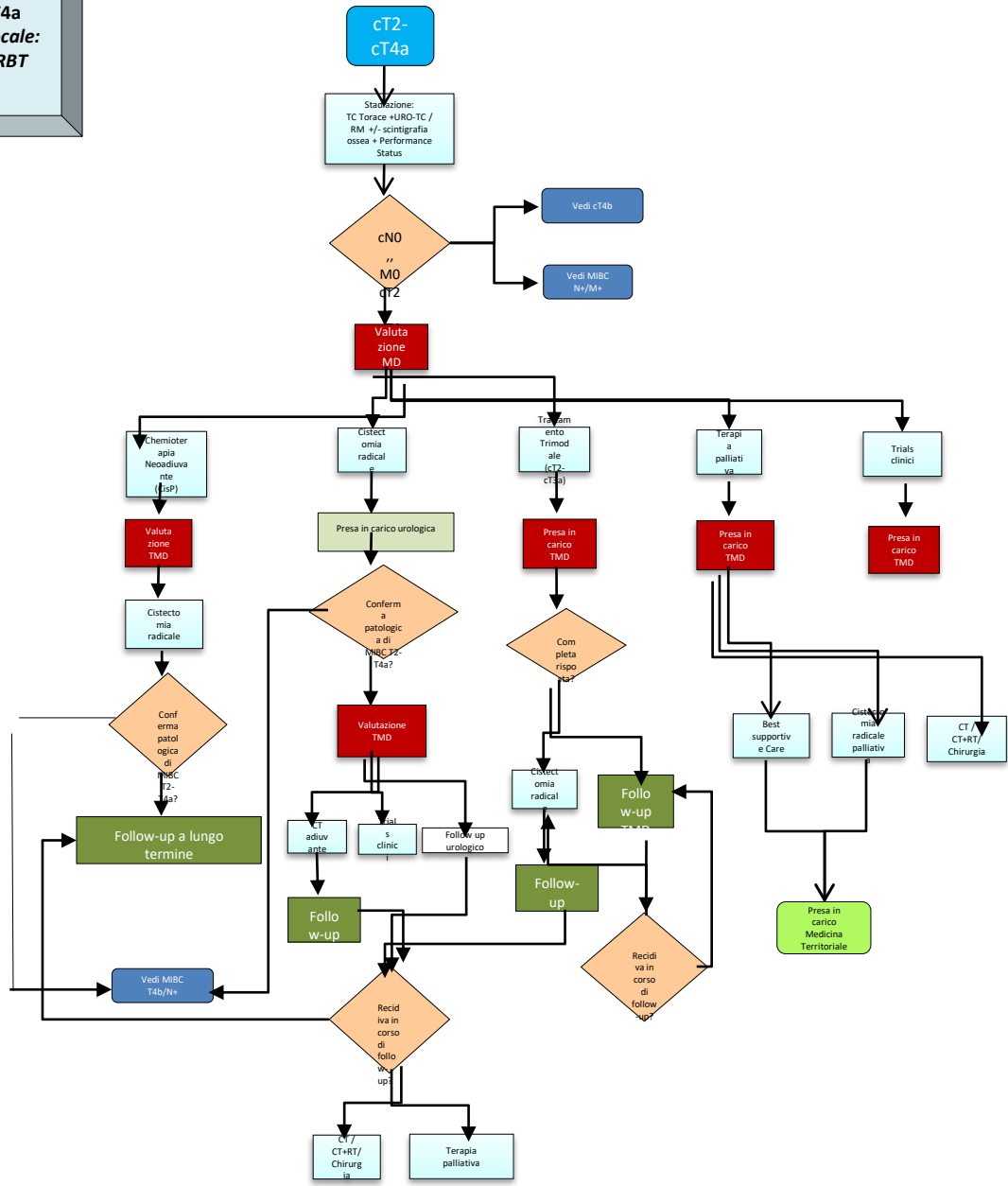
TMD NEOPLASIE VESCICALI

1. MAPPE

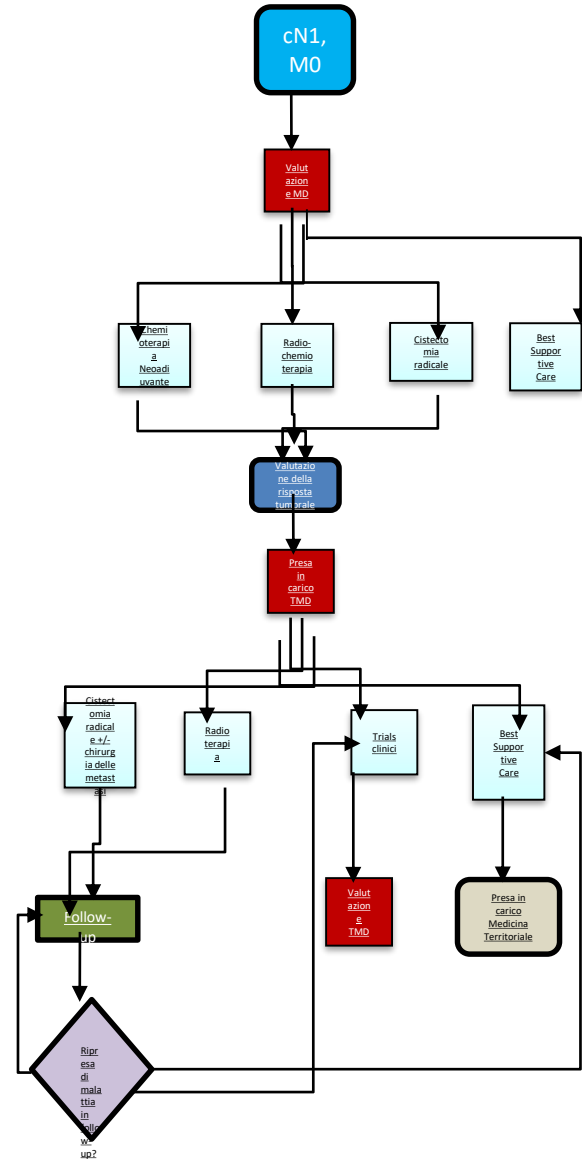
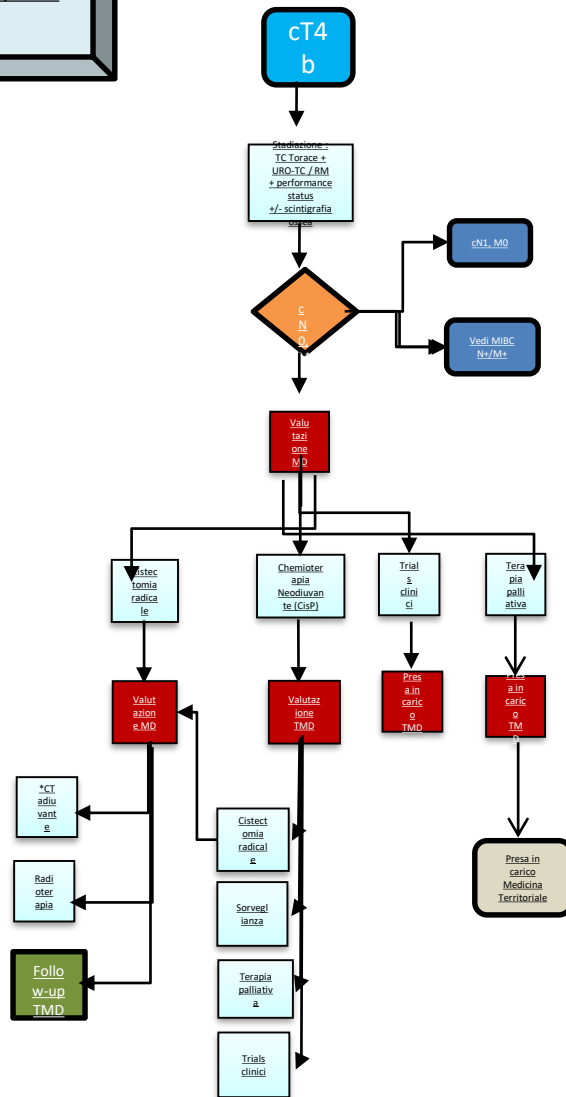
2. REQUISITI ORGANIZZATIVI E STRUTTURALI DI UNA BLADDER/GENITO-URINARY CANCER UNIT/NETWORK

3. INDICATORI

MIBC cT2 - cT4a
Stadio clinico locale:
URO-TC + TURBT



MIBC cT4b
Stadio clinico locale:
URO-TC (RM) + TUR



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,</u> <u>un Oncologo medico e</u> <u>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. Almeno 20 casi di cistectomia radicale/anno devono essere effettuati dalla Unità Operativa cui afferisce l'Urologo del Core Team</p> <p>3. Almeno 30 casi di cistectomia radicale/anno 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. Almeno 50 casi di trattamento radioterapico/anno 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. Uno o più oncologi medici esperti nel trattamento delle neoplasie vescicali</p> <p>2. Almeno 10 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</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>4. L'Oncologo medico dovrà dedicare almeno il 30% del suo tempo-lavoro</p>	<p>1.Obbligatorio Attivazione: immediata</p> <p>1.Obbligatorio Attivazione: 2anni</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	$\geq 90\%$	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	$\geq 90\%$	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	$\geq 50\%$ $\geq 30\%$	Efficacia / 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
1	Volume dei ricoveri per complicanze acute dopo CT o immunoterapia per neoplasia vescicale invasiva	Rapporto tra numero di pazienti trattati per complicanze G3-G4 dopo CT e/o immunoterapia rispetto al numero totale di pazienti trattati per centro/per anno	SDO/flussi informativi regionali e aziendali	$<15\%$	Efficienza/sicurezza
2	Efficienza con cui sono erogate le prestazioni previste dal PDTA (*)	Percentuale dei pazienti che ricevono le prestazioni previste a livello dei vari snodi nei tempi previsti dal PDTA rispetto al numero totale dei pazienti (per centro/anno)	Flussi informativi regionali e aziendali	$\geq 90\%$	Efficienza/sicurezza

NORVEGIA	5 centri autorizzati
SVEZIA	6 centri autorizzati
DANIMARCA	6 centri autorizzati
SPAGNA	75 centri autorizzati
REGNO UNITO	70 ➔ 60 centri autorizzati
GERMANIA	85 centri autorizzati

BJUI
BJU International

Centralisation of radical cystectomies for bladder cancer in England, a decade on from the 'Improving Outcomes Guidance': the case for super centralisation

Mehran Afshar¹, Henry Goodfellow¹, Francesca Jackson-Spence², Felicity Evison³, John Parkin³, Richard T. Bryan², Helen Parsons¹, Nicholas D. James^{1,2} and Prashant Patel^{1,2}

2012 IOG for NHS Cancer Plan
≥ 50 RC/y for > 800.000 p

GERMANIA: 85 centri autorizzati

Effect of Hospital and Surgeon Case Volume on Perioperative Quality of Care and Short-term Outcomes After Radical Cystectomy for Muscle-invasive Bladder Cancer: Results From a European Tertiary Care Center Cohort

Malte W. Vetterlein,¹ Christian P. Meyer,¹ Sami-Ramzi Leyh-Bannurah,¹ Roman Mayr,² Michael Gierth,² Hans-Martin Fritsche,² Maximilian Burger,² Bastian Keck,³ Bernd Wullich,³ Thomas Martini,⁴ Christian Bolenz,⁵ Armin Pycha,⁵ Julian Hanske,⁶ Florian Roghmann,⁶ Joachim Noldus,⁶ Patrick J. Bastian,⁷ Christian Gilfrich,⁸ Matthias May,⁸ Michael Rink,¹ Felix K.-H. Chun,¹ Roland Dahlem,¹ Margit Fisch,¹ Atiqullah Aziz,⁹ PROMETRICS 2011 study group



≥ 50 RC/y for > 800.000- 1.000.000 p



Figure 1. Map showing centres, with indication of the number of cases entered into the dataset.

VOLUME DI INTERVENTI CHIRURGICI PER TUMORE MALIGNO DELLA VESCICA

Definizione

Per struttura: volume di interventi chirurgici per tumore maligno della vescica.

- Fonti informative:

La fonte dei dati è il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) - AGENAS

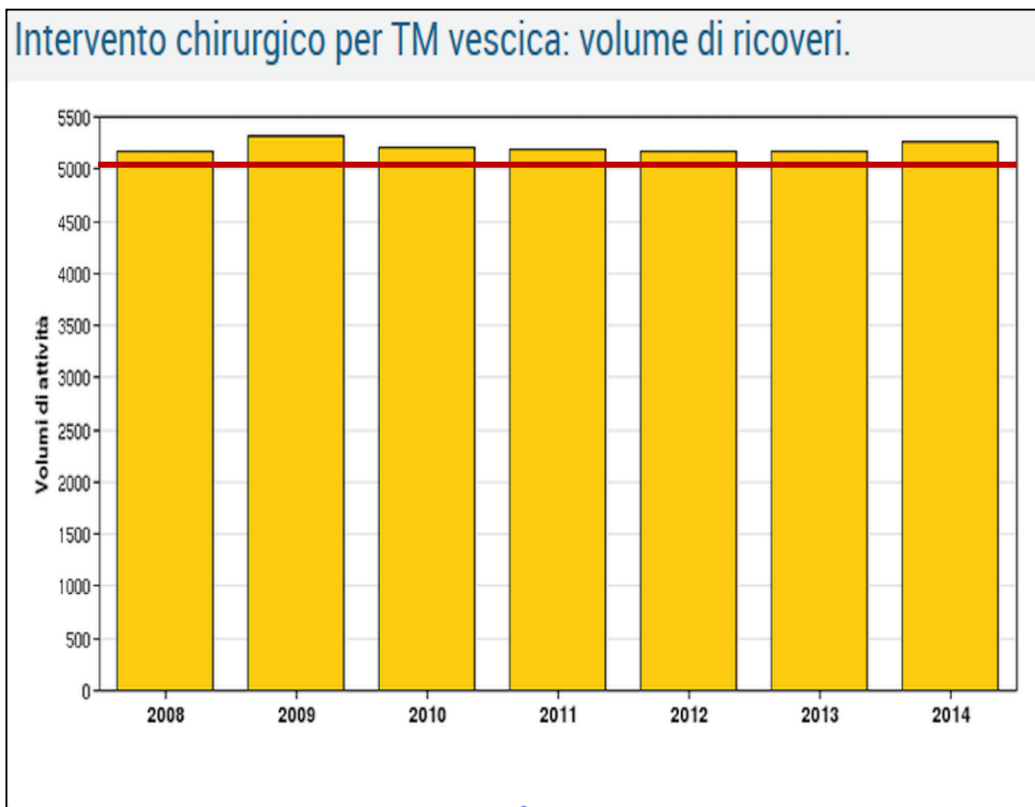
Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2008 - 31 dicembre 2014;

Selezione interventi

Tutti i ricoveri in regime ordinario, avvenuti in strutture italiane, con dimissione tra il 1 gennaio 2008 ed il 31 dicembre 2014, con **diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della vescica (ICD-9-CM 188, 198.1) ed intervento principale o secondario di cistectomia parziale o radicale (ICD-9-CM 57.6, 57.7).**

Il volume di interventi chirurgici è calcolato su base annuale, riferito all'anno di dimissione del ricovero.

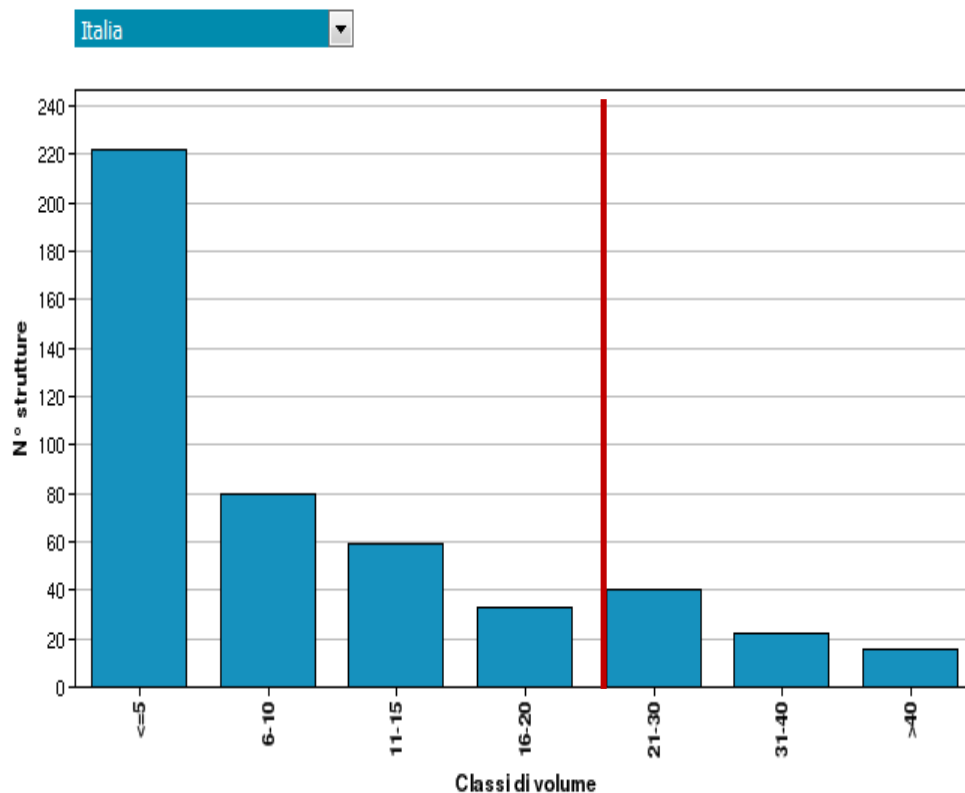


Trend dei volumi complessivi in Italia

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

*Indicatore
livello 1 sec.
AGENAS

Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri.

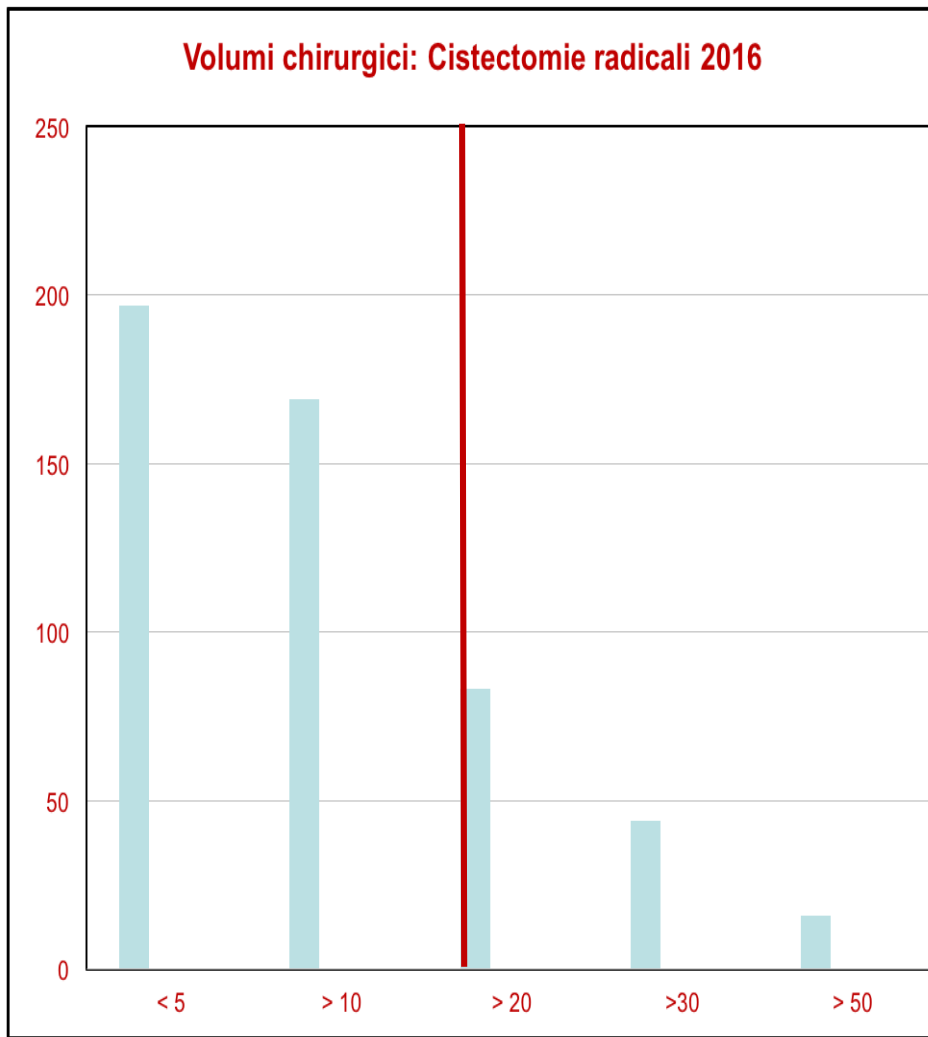


Anno 2016
5294 RC
 in **448 centri**
 urologici

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%)	



197 centri \leq 5 CR
 169 centri \geq 10 CR
83 centri \geq 20 CR
 44 centri \geq 30 CR

13 centri \geq 50 CR
 3 Lombardia
 3 Lazio
 2 Toscana
 2 Puglia
 1 Emilia
 1 Veneto

Fonti informative: Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)

Tutti i ricoveri in regime ordinario con intervento principale o secondario di cistectomia parziale o radicale (ICD-9-CM 57.6, 57.7).

INTERVENTO CHIRURGICO DI CISTECTOMIA RADICALE: VOLUME DI RICOVERI – ITALIA 2015 Nel 2016, in Italia, delle 448 strutture ospedaliere che ricoverano più di 5 pazienti con Carcinoma vescicale, 83 **(18.5%) hanno eseguito almeno 20 cistectomie radicali**

TMD
NEOPLASIE VESCICALI

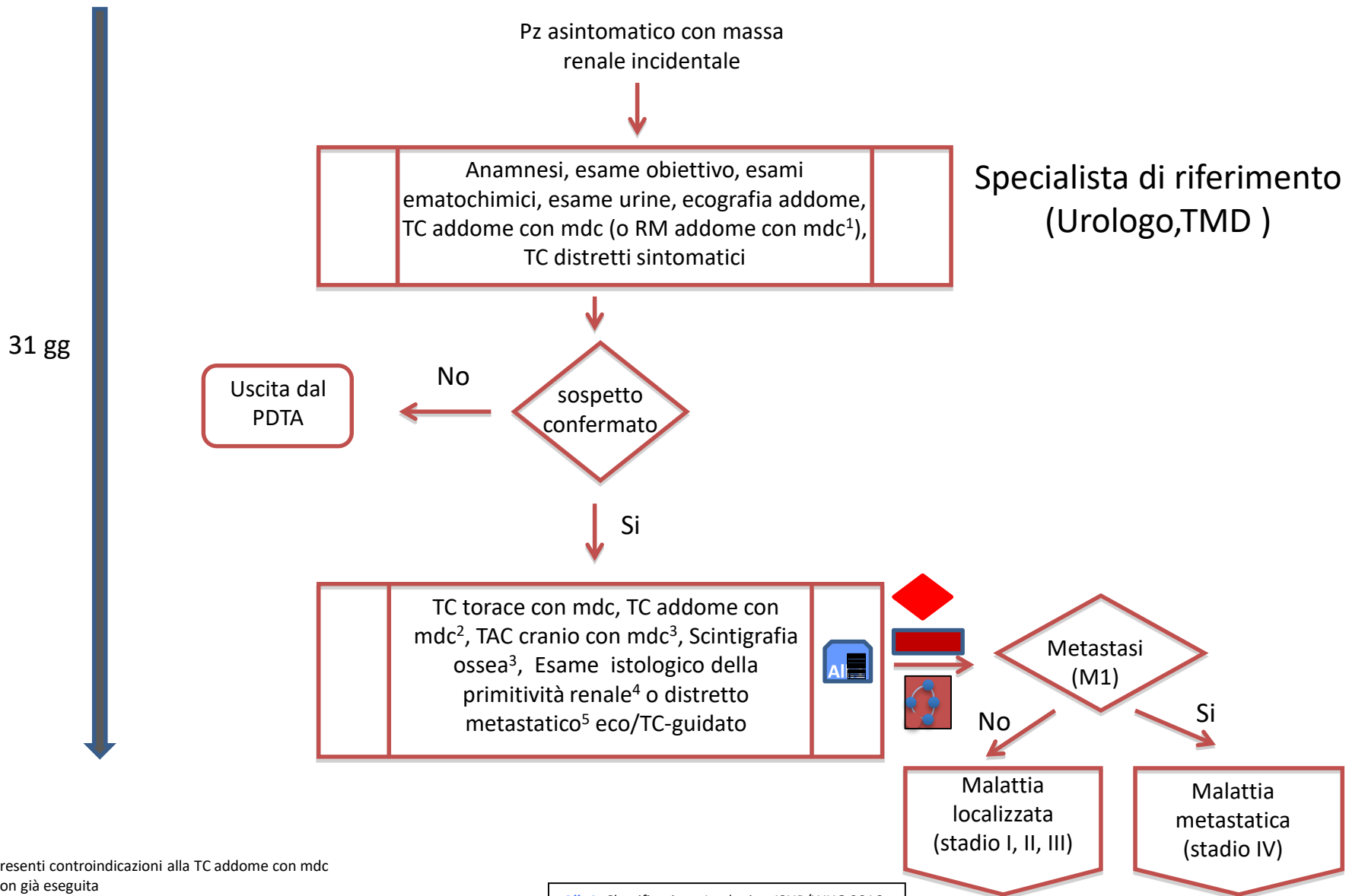
COMPLETED

**NOT
APPROVED**



TMD NEOPLASIE RENALI





¹se presenti controindicazioni alla TC addome con mdc

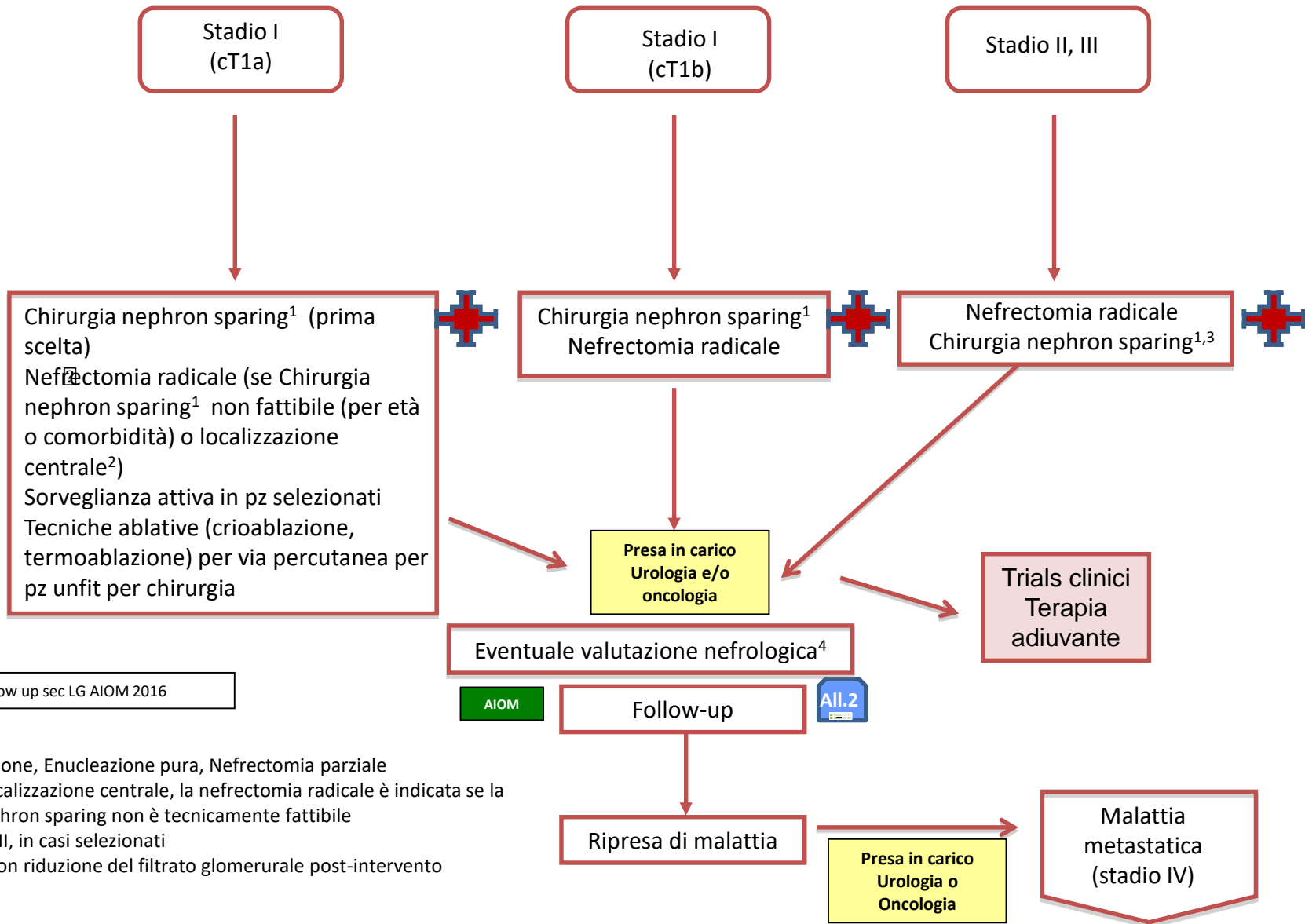
²se non già eseguita

³solo se presente sintomatologia sospetta per metastasi encefaliche o ossee

⁴solo se ritenuto indicato

⁵se non accessibile quella renale

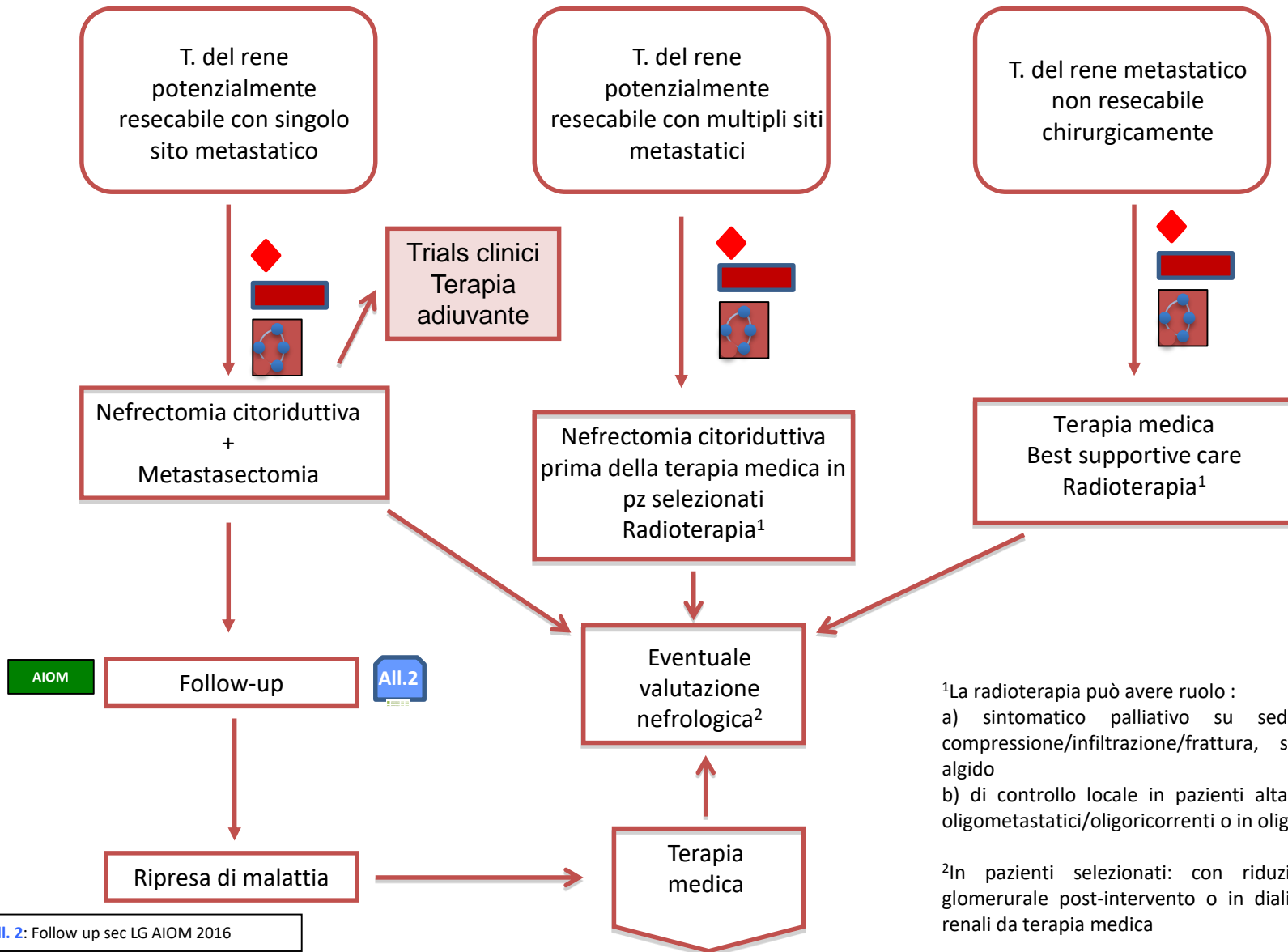
Massa renale localizzata



All. 2: Follow up sec LG AIOM 2016

¹Enucleazione, Enucleazione pura, Nefrectomia parziale
 ²In caso di localizzazione centrale, la nefrectomia radicale è indicata se la chirurgia nephron sparing non è tecnicamente fattibile
 ³nello stadio II, in casi selezionati
 ⁴In pazienti con riduzione del filtrato glomerulare post-intervento

RCC: malattia metastatica





Volume minimo di nefrectomie radicali o parziali eseguite/anno

Programma Nazionale Esiti

PNE 2016



Procedure chirurgiche



Interventi per tumore maligno

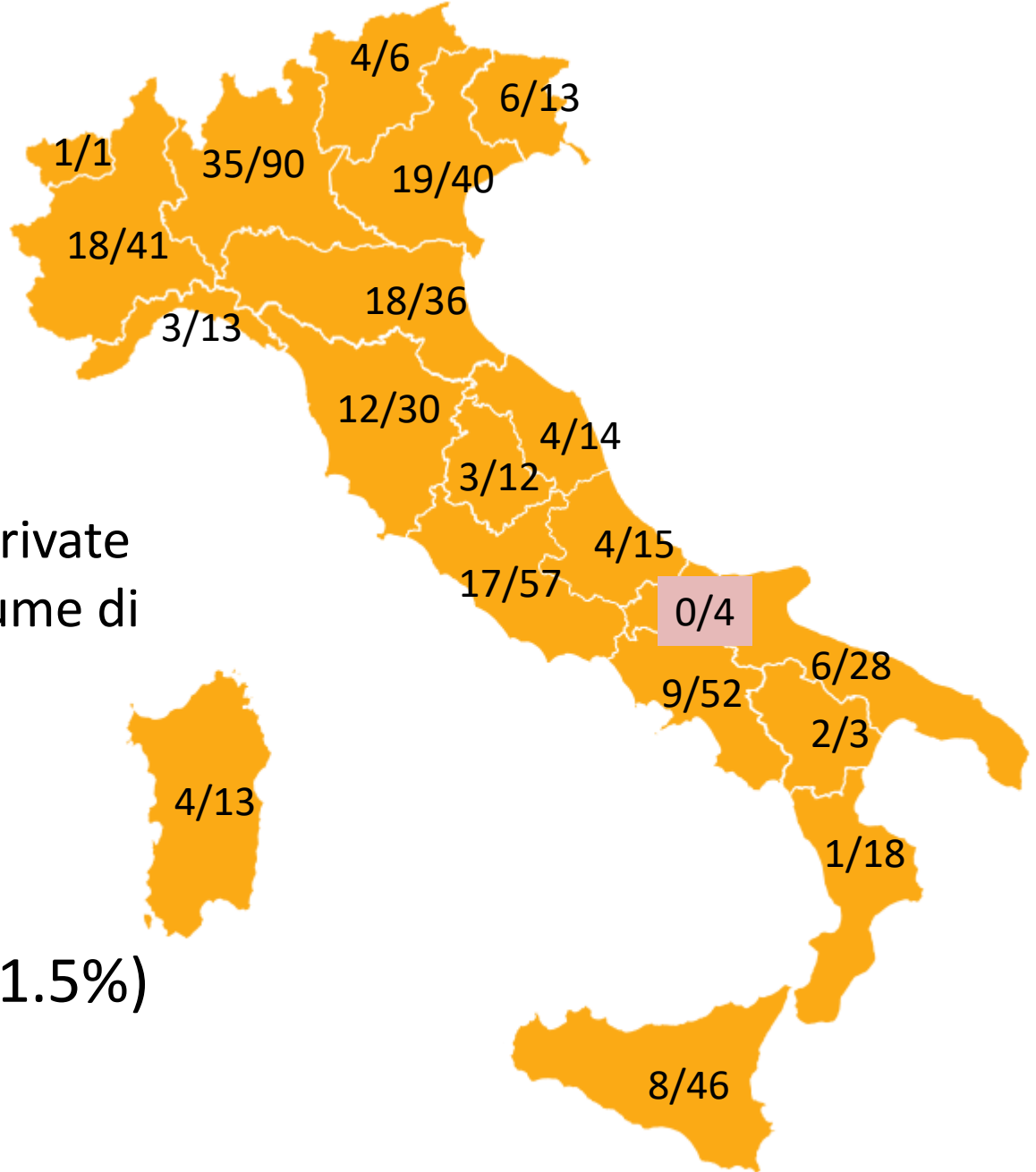


Rene



Volume di ricoveri

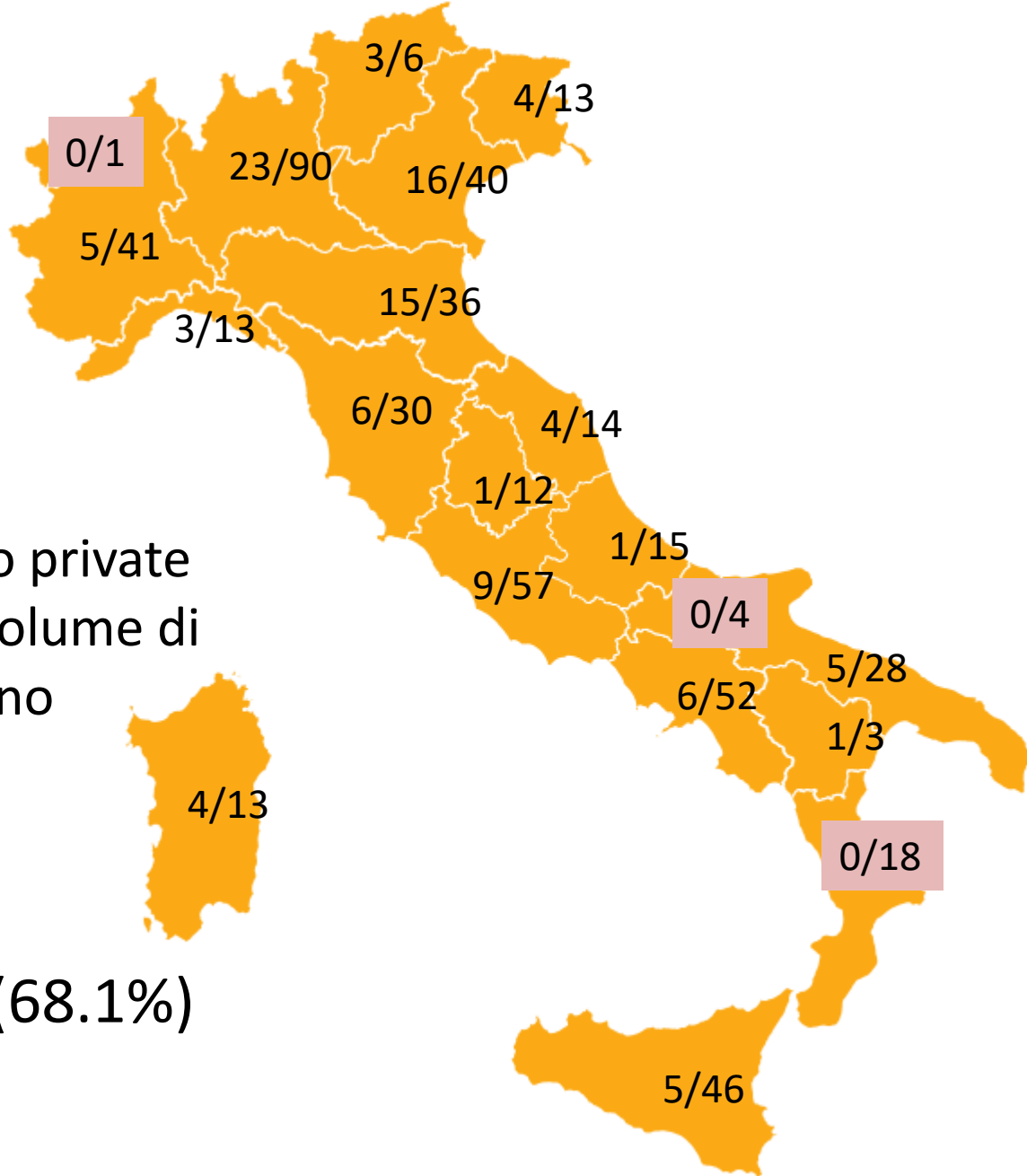
Anno 2015
10935 procedure in 532 centri



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%)

Piemonte

796 casi : 41 centri (media 19.4)

690 casi :18 centri > 20 casi

Incremento per centro 106 casi /18 centri (6 casi anno)

Valle D'Aosta

27 casi : 1 centro > 20 casi (media27)

Nessuna variazione

Lombardia

2333 casi : 90 centri (media 25.9)

1951 casi :35 centri > 20 casi

Incremento per centro 382 casi /35 centri (~ 11 casi anno)

Trentino
Alto Adige

175 casi : 6 centri (media 22.5)

171 casi :4centri > 20 casi

Incremento per centro 4 casi /4 centri (1 caso anno)

Friuli
Venezia
Giulia

277 casi : 13 centri (media 21.3)

250 casi : 6 centri > 20 casi

Incremento per centro 27 casi /6 centri (~ 5 casi anno)

Veneto

1087 casi : 40 centri (media 27.1)

945 casi :19 centri > 20 casi

Incremento per centro 142casi /19 centri (~ 7 casi anno)

Liguria

243 casi : 13 centri (media 18.6)

172 casi :3 centri > 20 casi

Incremento per centro 71 casi /3 centri (~ 24 casi anno)

Emilia
Romagna

1085 casi : 36 centri (media 30.1)

990 casi : 18 centri > 20 casi

Incremento per centro 95 casi /18 centri (~ 5 casi anno)

Toscana

1092 casi : 30 centri (media 36.4)

1045 casi :12 centri > 20 casi

Incremento per centro 47 casi /12 centri (~ 4 casi anno)

Umbria

181 casi : 12 centri (media15.1)

138 casi : 6 centri > 20 casi

Incremento per centro 43 casi /3 centri (14 casi anno)

Marche

297 casi : 14 centri (media 21.4)

212 casi : 4 centri > 20 casi

Incremento per centro 85 casi /4 centri (~ 21 casi anno)

Lazio

1139 casi : 57 centri (media 19.9)

884 casi :17 centri > 20 casi

Incremento per centro 255 casi /17 centri (15 casi anno)

Abruzzo

233 casi : 15 centri (media 15.5)

174casi : 4 centri > 20 casi

Incremento per centro 59 casi /4 centri (~ 15 casi anno)

Molise

24 casi : 4 centri (media 6)

Nessun centro > 20 casi

Distribuzione verso altre regioni



Campania

555 casi : 52 centri (media 10.6)

362 casi : 9 centri > 20 casi

Incremento per centro 193 casi /9 centri (~ 21 casi anno)

Puglia

479 casi : 28 centri (media 17.1)

382casi : 6 centri > 20 casi

Incremento per centro 97 casi /6 centri (~ 16 casi anno)

Basilicata

76 casi : 3 centri (media 25.3)

72 casi : 2 centri > 20 casi

Incremento per centro 4 casi /2 centri (2 casi anno)

Calabria

106 casi : 18 centri (media 5.8)

29 casi : 1centro > 20 casi

Incremento per centro 77 casi /1 centro (77 casi anno)



Sicilia

462 casi : 46 centri (media 10.03)

289 casi : 8 centri > 20 casi

Incremento per centro 173 casi /8centri (~ 21 casi anno)

Sardegna

207 casi : 13 centri (media 15.3)

170 casi : 4 centri > 20 casi

Incremento per centro 37 casi /4 centri (~ 9 casi anno)

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

A person with long brown hair, wearing a purple zip-up hoodie over a white t-shirt, holds a white rectangular sign with both hands. The sign has the word "FINALMENTE!" written on it in a black, hand-drawn, uppercase font. The person's face is partially visible above the sign, and their eyes are looking directly at the camera. The background is a plain, light gray wall.

FINALMENTE!

The medical management of prostate cancer: a multidisciplinary team approach

Cora N. Sternberg¹, Michael Krainer², William K. Oh³, Sergio Bracarda⁴, Joaquim Bellmunt⁵, Haluk Ozen⁶, Alexandre Zlotta⁷, Tomasz M. Beer⁸, Stephane Oudard⁹, Michael Rauchenwald¹⁰, Iwona Skoneczna¹¹, Markus M. Borner¹² and John M. Fitzpatrick¹³

© 2006 BJU INTERNATIONAL | 99, 22-27 |



Conflittualita' tra specialisti Aspetti storici

Figura dell'urologo oncologo

Oncologo non specialista di organo o apparato

L'urologo "pensa" che l'oncologo (o il radioterapista) si approprierà
del paziente

Barriere alla collaborazione tra specialisti

Mancata interazione spesso per differenze di opinioni sulle diverse
opzioni terapeutiche

Protagonismo dello specialista di riferimento

- **Linguaggio comune**

La consultazione individuale e separata dei vari specialisti da parte del paziente può determinare disorientamento e misunderstanding



Language. The Elves, Dwarves, and Men all have their own languages and cultures. To function effectively, they must agree to move away from their secret discipline-specific acronyms and jargon and to speak a common tongue.^{16,17}

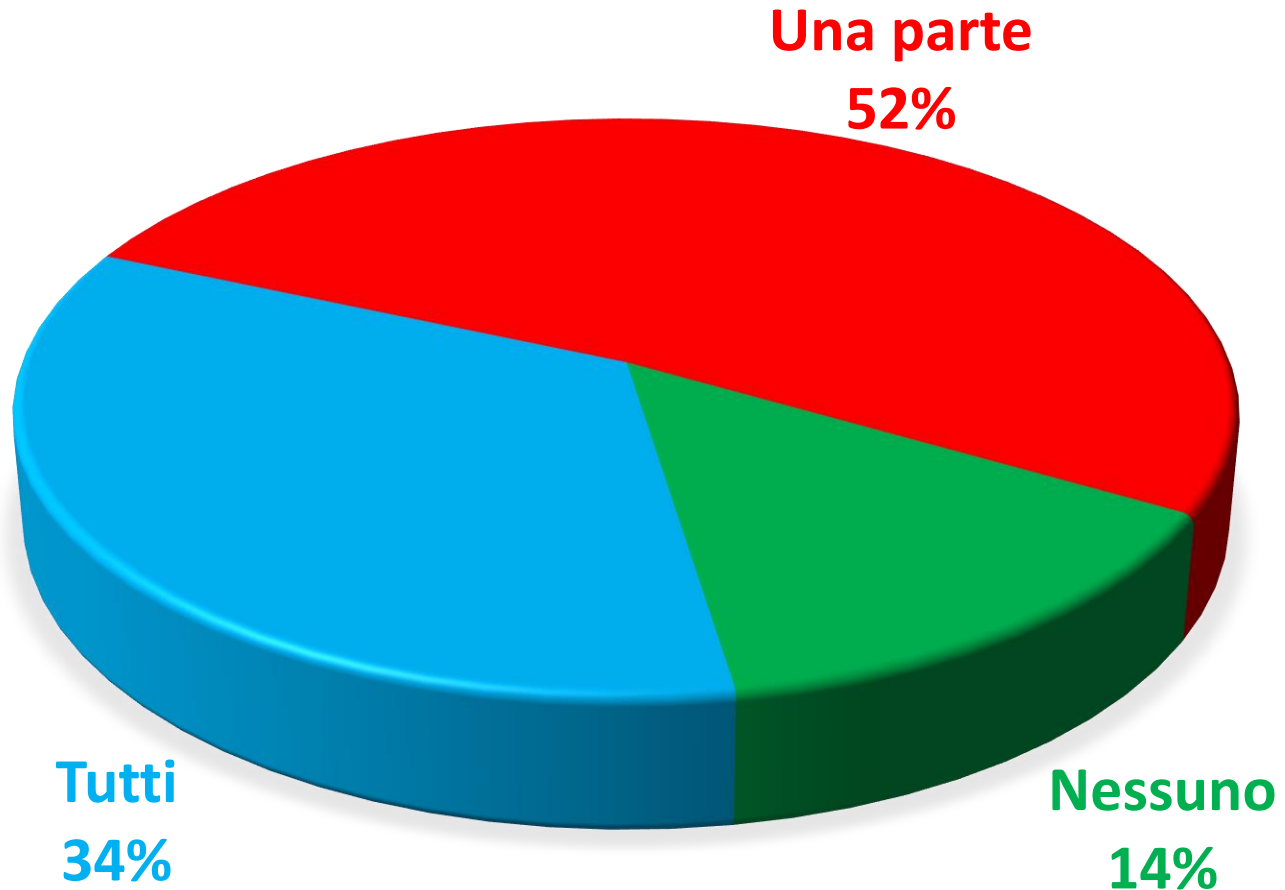
- **Condivisione della decisione terapeutica**

Non semplice prescrizione ma **proposta di strategia terapeutico/osservazionale**



Caratteristiche del campione

Questionari idonei alla valutazione = 197



**Valutazione dei casi in team
multidisciplinare**