



## Il Team multi-disciplinare (TMD)

### Parte 1° - Principi generali

#### Background

Il Team Multi-Disciplinare (TMD), come definito dall'European Partnership for Action Against Cancer-EPAAC [1], è *'un gruppo coordinato di tutte le professioni mediche e sanitarie che si occupano di una specifica malattia (ndr: in questo caso tumorale), il cui approccio terapeutico è guidato dalla volontà di giungere a decisioni cliniche condivise basate sull'evidenza, e di coordinare l'esecuzione delle cure in ogni momento del processo terapeutico, incoraggiando i pazienti a essere parte attiva in questo percorso di cura'*.

La buona pratica clinica ha sempre incluso la necessità di consultazione tra i diversi specialisti che si occupano della medesima patologia neoplastica. Le indicazioni dell'EPAAC formalizzano l'opportunità di questo comportamento clinico, da cui il paziente trae benefici, per quanto la loro quantificazione risulti metodologicamente complessa e potenzialmente inaccurata [2-10].

Già nel 2009 l'Unione Europea, sulla base dei dati che mostravano un possibile miglioramento dei risultati clinici per i pazienti, ha identificato nell'approccio multidisciplinare un elemento chiave per la cura delle neoplasie [11,12].

Questo ha portato alla creazione di un gruppo di lavoro in ambito europeo (EPAAC) che ha definito i punti salienti nella creazione dei TMD da introdurre, per ciascuna tipologia di neoplasia, nella pratica clinica di ogni nazione e di ogni istituzione.



Per rispondere a questa esigenza, non più eludibile, per la prima volta, le società scientifiche italiane che si occupano della diagnosi e della terapia delle neoplasie dell'apparato genito-urinario, hanno deciso di intraprendere un processo culturale e clinico-organizzativo comune, finalizzato a offrire gli strumenti idonei per la costituzione dei TMD in uro-oncologia.

La finalità principale di questa iniziativa è quella di agevolare la creazione dei team multidisciplinari e multi-professionali, stimolando, al tempo stesso, un processo culturale di confronto e condivisione multidisciplinare che coinvolga anche i pazienti e le loro associazioni. I TMD così costituiti potrebbero rappresentare per le istituzioni i partners ideali per un fattivo e collaborativo confronto che porti a un miglioramento sia nella salute offerta ai cittadini sia nella razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse disponibili.

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

Per ciò che concerne la finalità esterna, già dopo l'iniziale diagnosi di neoplasia, il TMD dovrebbe assicurare, in base ai dati clinici ed anatomo-patologici, gli esami diagnostici e di stadiazione più opportuni e il trattamento più appropriato (o la scelta fra più opzioni egualmente valide). Questo processo decisionale deve essere supportato dalle evidenze cliniche e scientifiche, basato su linee guida nazionali ed internazionali definite. Qualora disponibile, si può offrire al paziente la possibilità di partecipare ad un eventuale studio clinico.

Inoltre, il trattamento dovrebbe essere personalizzato valutando la complessità generale del paziente, le comorbidità e le eventuali fragilità e, in alcuni casi la sua età e speranza di vita, includendo in questa valutazione, oltre al risultato oncologico in sé, anche gli aspetti inerenti la qualità della vita e tenendo conto delle preferenze del paziente rispetto ai trattamenti proposti.

Nella fase successiva al trattamento, se potenzialmente curativo, il paziente dovrebbe essere indirizzato a specifici programmi di follow-up, calibrati anche in funzione del rischio di recidiva, che



verifichino in maniera appropriata il risultato oncologico e funzionale del trattamento eseguito ed evidenzino eventuali necessità post-trattamento quali la riabilitazione, la ripresa delle attività personali, sociali e lavorative. Tutto ciò andrebbe integrato con la collaborazione dei medici di medicina generale.

Infine, come finalità interna, il TMD dovrebbe migliorare la comunicazione fra le diverse figure professionali coinvolte e le relative competenze, incrementando, di conseguenza, la comprensione delle indicazioni e contro-indicazioni ai diversi trattamenti anche negli specialisti che non ne sono direttamente responsabili, favorendo, quindi, il dialogo fra gli esperti delle diverse discipline. La discussione multidisciplinare, infatti, deve favorire la crescita culturale e scientifica dei partecipanti e il raggiungimento di sempre più elevati standard operativi.

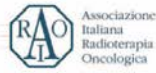
## **Analisi**

Seppure l'EPAAC definisca come fondamentale l'istituzione dei TMD, in ambito uro-oncologico le evidenze di beneficio su outcome quali la progressione libera da malattia e la sopravvivenza non sono ancora chiaramente dimostrate da formali studi randomizzati.

Nonostante ciò, negli Stati Uniti la costituzione dei TMD è un requisito indispensabile per l'accreditamento dei centri di cura oncologici, in Belgio e Francia vi è una legislazione ad hoc dal 2003, mentre in Gran Bretagna, dal 1994 al 2004, la costituzione dei TMD è passata dal 20 all'80%, ed infine in Spagna la costituzione dei TMD è reputata una priorità sanitaria nazionale dal 2006.

Un primo impatto del TMD risiede nella modifica delle procedure di diagnosi e/o di terapia.

Kurpad et al. [4] hanno evidenziato come in 296 pazienti con diagnosi di neoplasia urologica e ridiscussi in un TMD uro-oncologico, si sia giunti a una variazione nella diagnosi o nella terapia o in entrambi nel 38% dei casi.



Questo dato è in linea con quanto osservato da Aizer e collaboratori [13], quando in una serie retrospettiva di 701 pazienti, è stato osservato un aumento del tasso di pazienti con neoplasia prostatica a basso rischio sottoposti a sorveglianza attiva quando valutati nel TMD (43%) piuttosto che da singoli professionisti (22%).

Gomella et al [14] hanno confrontato i risultati ottenuti in pazienti affetti da adenocarcinoma prostatico ed afferiti al centro oncologico Kimmel della Thomas Jefferson University di Philadelphia, dove i pazienti sono discussi in ambito multidisciplinare, e confrontati con i risultati estratti dal database SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results). I loro dati mostrano un beneficio in sopravvivenza nei pazienti affetti da neoplasia prostatica localmente avanzata (cT3-4N0M0) discussi nell'ambito del TMD. Da notare che in questo studio è anche riportata la soddisfazione dei pazienti sulla loro esperienza multidisciplinare. Oltre il 90% ha risposto con 'bene' o 'molto bene' a quesiti inerenti l'attesa per un appuntamento, le spiegazioni ricevute sul percorso di cura e sulle differenti opzioni terapeutiche, il rispetto e la dignità percepita, la probabilità di raccomandare a conoscenti lo stesso percorso. Gli autori concludono che i risultati ottenuti in termini di sopravvivenza e di soddisfazione dei pazienti sono legati primariamente al TMD.

Infine in uno studio dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano [15] gli autori riportano come per i medici coinvolti nel TMD, sia semplificata l'acquisizione di informazioni sui pazienti e la trasmissione di informazioni ai pazienti stessi, anche se non è chiaramente emersa una preferenza dei medici alla discussione collegiale in un ambiente multidisciplinare.

Queste esperienze mono-istituzionali sottolineano come ci possa essere un potenziale impatto positivo dell'attività di un TMD uro-oncologico sia in termini clinici di valutazione, proposte di trattamento e controllo nel tempo della malattia neoplastica sia di compliance e di soddisfazione dei pazienti e dei medici; tutto ciò è difficilmente misurabile e, ancor di più, immediatamente e acriticamente trasferibile a realtà spesso molto differenti fra di loro sotto il profilo strutturale organizzativo.



Il progetto di costituzione dei TMD su base nazionale potrebbe da un lato validare su un'ampia popolazione la bontà dell'approccio multi-disciplinare e multi-professionale e dall'altro fornire indicazioni pratiche per l'attivazione di questa modalità di approccio clinico anche considerando le diverse realtà presenti sul territorio nazionale.

### **Proposta – Creazione dei PDTA**

Obiettivi del TMD uro-oncologico sono:

- migliorare l'appropriatezza diagnostica e terapeutica-osservazionale
- rendere maggiormente accessibili le cure disponibili
- migliorare la qualità di vita e la compliance dei pazienti alle terapie e al follow-up
- ottimizzare di conseguenza l'uso delle risorse.

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

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

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

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



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

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

Compito dei TMD è, fra l'altro, di individuare la metodologia di costruzione dei PDTA, creando appositi gruppi di lavoro dedicati, formalizzando e utilizzando indicatori generali e specifici di efficacia ed di efficienza per ciascun PDTA, che siano facilmente reperibili e valutabili da audit interni ed esterni.

Oltre alla costituzione del PDTA, obiettivo dei TMD è verificare la soddisfazione dei pazienti e degli operatori.

In questo senso devono essere previste delle informative scritte da consegnare al paziente, così come dei questionari di valutazione e gradimento sia dei pazienti che degli operatori sanitari. (18)

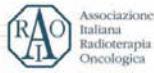
Inoltre è di fondamentale importanza la tracciabilità di ogni caso discusso all'interno dei TMD, sia per recuperare in maniera tempestiva i pareri espressi, sia per valorizzare le prestazioni eseguite.

In questo senso sarebbe opportuno una rivalutazione della rimborsabilità e delle tariffe delle prestazioni quando eseguite nell'ambito del TMD rispetto ad altre modalità assistenziali.

Infine e non da ultimo, obiettivo e risorsa dei TMD, è l'implementazione di un sistema di gestione dei dati per poter valutare a lungo tempo gli outcome preventivamente definiti, oncologici e funzionali, dei pazienti.

## **Formazione**

Come già accennato, la formazione dei membri del TMD è parte della finalità interna dello stesso. Infatti il TMD fornisce un ambiente di insegnamento per gli operatori sanitari e per i medici in



formazione, agisce come gruppo di miglioramento della qualità ed incrementa l'arruolamento dei pazienti in studi clinici [16,17,18].

Per tutti questi motivi gli incontri del TMD andrebbero accreditati con apposita procedura per ECM.

Inoltre poiché una finalità del TMD è il processo di formazione continua dei propri membri e la pubblicazione dei dati, il TMD deve darsi delle regole condivise rispetto a questi due obiettivi

### **Ottimizzazione dei percorsi**

L'identificazione di indicatori generali di efficacia del TMD (a puro titolo di esempio, tempo dalla prima visita alla diagnosi, dalla diagnosi alla scelta terapeutica, ecc.) permetterà di ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici.

In questo senso il TMD deve identificare e formalizzare dei percorsi facilitati per i pazienti ad esso affidati per giungere nella maniera più veloce ed efficace alla definizione del miglior percorso di cura.

In questo scenario il TMD potrà quindi identificare oggettivamente le criticità di ciascuna realtà (sempre e solo a titolo di esempio: accesso alle biopsie o agli esami di diagnostica per immagini; lista di attesa per chirurgia o radioterapia ecc.) cercando di ottimizzare i tempi di esecuzione degli stessi.

### **Audit**

La creazione dei PDTA, l'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutico, la definizione di indicatori di qualità e il raggiungimento degli obiettivi di outcome, sarebbero generici laddove non fossero formalmente oggetto di valutazione di performance. Inoltre qualsiasi outcome di efficacia delle cure rende necessaria la presenza di strumenti informatici per gestire i dati e di persone



preposte alla loro corretta gestione (*data manager*). Infine la continua evoluzione della conoscenza in medicina richiede un periodico aggiornamento dei documenti prodotti dal TMD.

Pertanto tutta l'attività dei TMD deve essere formalizzata, documentata e accessibile e deve prevedere una verifica periodica attraverso controllo (*audit*) sia interno sia da parte di terzi (*audit esterno*).

### **Requisiti minimi**

Risulta molto complesso definire a priori indicatori di qualità per un TMD uro-oncologico. Basti pensare che la European School of Oncology nel suo position paper da poco pubblicato [18], ha elencato 40 indicatori e standard per istituire la sola Prostate Cancer Unit.

Pertanto, in un'ottica di semplificazione, l'aderenza ai PDTA è il primo indicatore di efficienza ed efficacia del lavoro del TMD.

In linea di principio, comunque, gli indicatori possono essere distinti in generali e specifici per ciascun tumore urologico.

Per esempio, un indicatore generale di efficienza è il tempo che intercorre dalla prima visita alla diagnosi o dalla diagnosi all'inizio delle cure; il tempo necessario all'esecuzione di esami diagnostici; il numero di pazienti discussi nelle riunioni del TMD rispetto al numero di pazienti afferiti al centro per quella determinata patologia.

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

- la percentuale dei pazienti affetti da neoplasia vescicale muscolo-invasiva sottoposti a chemioterapia neoadiuvante rispetto a quelli sottoposti a cistectomia immediata;
- il numero di nefrectomie radicali rispetto alle resezioni parziali eseguite per tumori del rene di piccole dimensioni;





- la percentuale di pazienti con tumore prostatico a basso rischio avviati a protocolli di sorveglianza attiva rispetto al totale di tale classe di rischio;
- la percentuale di pazienti con carcinoma della prostata a rischio alto che ricevono ormonoterapia concomitante e adiuvante sul numero dei pazienti sottoposti a radioterapia;
- il numero di manipolazioni ormonali eseguite nei pazienti con malattia resistente alla castrazione prima di avviarli a terapia con nuovi farmaci;
- il numero di esami diagnostici non appropriati o terapie ormonali non appropriate prescritte.

Gli esempi riportati costituiscono una falsariga di possibili indicatori generali e specifici che ogni TMD deve poi formalizzare al suo interno.

#### **STATEMENT #1**

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

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

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



## **STATEMENT #2**

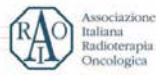
***Strumento fondamentale per raggiungere questi obiettivi, è la formalizzazione e l'aggiornamento periodico di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le singole patologie uro-oncologiche in base alle linee guida nazionali e/o internazionali, conformati alle realtà locali.***

## **STATEMENT #3**

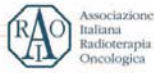
***Compito del TMD è di individuare, formalizzare e utilizzare al suo interno indicatori generali e specifici di efficacia ed efficienza per ciascun PDTA, che siano facilmente reperibili e valutabili da audit interni ed esterni.***

## **Bibliografia**

1. European Partnership Action Against Cancer consensus group. Policy statement on multidisciplinary cancer care. Eur J Cancer. 2014;50:475-80.
2. Prades J, van Hoof E, Remue E, Borrás JM. Multidisciplinary teams in cancer care: a systematic review of the evidence. Deliverable 1, specific objective 1.1; Work Package 7 of the European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC). Available from: [www.epaac.eu](http://www.epaac.eu).
3. Fennell ML, Das IP, Clauser S, Petrelli N, Salner A. The organization of multidisciplinary care teams: modeling internal and external influences on cancer care quality. J Natl Cancer Inst Monogr 2010;40:72–80.
4. Kurpad R, Kim W, Rathmell WK, Godley P, Whang Y, Fielding J, et al. A multidisciplinary approach to the management of urologic malignancies: does it influence diagnostic and treatment decisions?. Urologic Oncology 2011;29:378–82.



5. Sooriakumaran P, Dick JA, Thompson AC, Morley R. The central urology multidisciplinary team—is it time to change the referral criteria? An audit of practice in a district general hospital in London. *Urology* 2009;91:700–2.
6. Du CZ, Li J, Cai Y, Sun YS, Xue WC, Gu J. Effect of multidisciplinary team treatment on outcomes of patients with gastrointestinal malignancy. *World Journal of Gastroenterology* 2011;17:2013–8.
7. Friedland PL, Bozic B, Dejar J, Kuan R, Meyer C, Phillips M. Impact of multidisciplinary team management in head and neck cancer patients. *British Journal of Cancer* 2011;104:1246–8.
8. Bydder S, Nowak A, Marion K, Phillips M, Atun R. The impact of case discussion at a multidisciplinary team meeting on the treatment and survival of patients with inoperable non-small cell lung cancer. *Internal Medicine Journal* 2009;39:838–48.
9. Palmer G, Martling A, Cedermark B, Holm T. Preoperative tumour staging with multidisciplinary team assessment improves the outcome in locally advanced primary rectal cancer. *Colorectal Disease* 2011;13:1361–9.
10. Kesson EM, Allardice GM, George WD, Burns HJ, Morrison DS. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13722 women. *British Medical Journal* 2012;344:e2718.
11. Jelenc M, Van Hoof E, Albrecht T, et al. Joint action European partnership for action against cancer. *Arch Public Health* 2012;70:24.
12. Communication from the Commission on Action Against Cancer: European Partnership. COM; 2009. 291/4.
13. Aizer AA, Paly JJ, Zietman AL, et al. Multidisciplinary care and pursuit of active surveillance in low-risk prostate cancer. *J Clin Oncol*. 2012 Sep 1;30(25):3071-6.
14. Gomella LG, Lin J, Hoffman-Censits J, et al. Enhancing prostate cancer care through the multidisciplinary clinic approach: a 15-year experience. *J Oncol Pract*. 2010 Nov;6(6):e5-e10.
15. Bellardita L, Donegani S, Spatuzzi AL, et al. Multidisciplinary Versus One-on-One Setting: A Qualitative Study of Clinicians' Perceptions of Their Relationship With Patients With Prostate Cancer. *J Oncol Pract*. 2011 Jan;7(1):e1-5.



16. Hudak JL, McLeod DG, Brassell SA, et al. The design and implementation of a multidisciplinary prostate cancer clinic. *Urologic Nursing* 2007;27:491–8.
17. Prades J, Remue E, van Hoof E, et al. Is it worth reorganising cancer services on the basis of multidisciplinary teams (MDTs)? A systematic review of the objectives and organisation of MDTs and their impact on patient outcomes. *Health Policy*. 2015 Apr;119(4):464-74.
18. Valdagni R, Van Poppel H, Aitchison M et al. Prostate Cancer Unit Initiative in Europe: A position paper by the European School of Oncology. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2015 Aug;95(2):133-43.



## **Parte 2° - Organizzazione di un TMD**

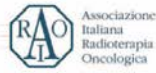
### **Background**

La premessa generale indispensabile al raggiungimento degli obiettivi che un TMD si prefigge è l'individuazione degli elementi organizzativi che dovrebbero guidare le attività multidisciplinari, a prescindere dalla loro declinazione.

È indiscutibile che esistano delle differenze strutturali e culturali nelle organizzazioni sanitarie. In alcuni casi esse favoriscono, per non dire coincidono, con le finalità del TMD: in questo scenario organizzare un TMD potrebbe risultare agevole ma potrebbe essere influenzato da un consolidato storico che potrebbe non corrispondere a dei criteri ottimali. In altre situazioni, l'organizzazione di un TMD che nasce ex novo richiede degli indirizzi organizzativi generali. Risulta quindi indispensabile definire delle modalità organizzative generali che possano poi essere declinate nelle realtà locali.

L'aspetto organizzativo deve prendere in considerazione diverse istanze:

- Poiché il TMD garantisce e coordina tutti i servizi dedicati alla diagnosi e cura dei tumori urologici di una determinata area geografica, i criteri organizzativi devono assicurare i collegamenti con realtà al di fuori di essa qualora alcune procedure non siano disponibili nell'area di riferimento;
- Poiché tutti i pazienti con tumori urologici devono essere affidati a un TMD formalmente costituito, i criteri organizzativi devono esplicitare le modalità di affidamento in modo che i Medici di Medicina Generale e gli altri operatori sanitari siano sempre in grado di identificare i referenti del paziente nel percorso di diagnosi e cura;
- Poiché i TMD sono tenuti a definire i propri Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA), i criteri organizzativi devono consentire una visione sistemica dell'assistenza e degli attori coinvolti, superando la divisione compartimentale fra strutture e singole prestazioni. In questo senso gli elementi indicativi di una buona gestione del PDTA sono:



- L'organizzazione focalizzata sul paziente
- Il coordinamento del percorso
- La comunicazione del processo di cura ai pazienti e alla famiglia
- La collaborazione con le cure primarie
- Il monitoraggio e follow-up del processo.

## Analisi

I criteri organizzativi devono contenere i seguenti elementi:

- Identificazione dei partecipanti
- Identificazione di un responsabile clinico-scientifico e di un responsabile organizzativo (in base alle peculiarità locali queste figure possono o meno coincidere)
- Definizione delle modalità di organizzazione delle riunioni TMD
- Definizione della tipologia di pazienti da discutere nelle riunioni TMD
- Definizione delle modalità di registrazione dei casi
- Preparazione di materiale informativo per il paziente
- Identificazione delle modalità di presentazione e promozione intra- ed extra-istituzionali del TMD
- Definizione delle modalità di invio di pazienti al TMD da parte del MMG e di specialisti ospedalieri e territoriali
- Definizione delle modalità di restituzione dell'esito della valutazione multidisciplinare al MMG e agli altri specialisti ospedalieri e territoriali



## **Proposte**

### **STATEMENT 1 - Modalità organizzative del team multidisciplinare (TMD)**

***Va definita in maniera chiara ed esplicita l'organizzazione del TMD, declinandone tutti gli aspetti gestionali. In questo senso vanno definite le funzioni dei singoli, la tipologia dell'attività e le modalità di comunicazione di cui il TMD si vuole avvalere. È di fondamentale importanza definire la figura di coordinamento clinico-scientifico e quella di coordinamento organizzativo.***

#### **1) Identificazione dei partecipanti**

I partecipanti al TMD vanno individuati tra i clinici delle singole specialità che dedicano una quota significativa del proprio tempo ai tumori urologici. I membri del TMD devono essere nominati dai Direttori delle Strutture a cui afferiscono, d'intesa con il responsabile clinico-scientifico del TMD

È indispensabile che tutte le specialità coinvolte nel percorso diagnostico terapeutico dei pazienti con tumori urologici siano rappresentate nel TMD. Risulta indispensabile la presenza degli specialisti del *core team*: se alcune di queste non sono presenti nella struttura ospedaliera, nel progettare una gestione multidisciplinare devono essere messe in atto strategie per superare questa mancanza attraverso delle modalità di rete (teleconferenze, consulenze, formalizzazione di collaborazioni con altre realtà ecc).

All'interno del TMD dovrebbero essere identificati il case manager, che identifica i casi che necessitano di valutazione multidisciplinare, coordina i processi e le attività, garantisce una gestione efficiente ed efficace delle risorse e del percorso, e il care manager, che prende in gestione il caso e accompagna il paziente nel percorso di cura.

**2) Identificazione del responsabile clinico-scientifico e del responsabile organizzativo** (in base alle peculiarità locali queste figure possono o meno coincidere) **con i compiti di:**

- Coordinare il TMD dal punto di vista medico e scientifico



- Concordare e formalizzare con le direzioni aziendali e con i referenti di specialità le attività e le modalità organizzative del TMD
- Ottimizzare le modalità di accesso dei pazienti al TMD e le procedure di restituzione delle proposte terapeutiche
- Organizzare e coordinare il TMD e le attività multidisciplinari implementate
- Organizzare le modalità di presentazione e promozione intra- ed extra-istituzionali del TMD

### **3) Identificazione delle modalità di organizzazione delle riunioni TMD**

- Identificazione delle attività del TMD
  - o Valutazione della sola documentazione clinica in assenza del paziente (discussioni collegiali, tumor board, riunioni del TMD)
  - o Valutazione clinica in presenza del paziente (visite multidisciplinari ambulatoriali in modalità sincrona (preferenziale) o sequenziale)
- Identificazione delle regole per la selezione dei casi
- Identificazione delle regole per il coinvolgimento degli specialisti
- Identificazione delle regole per rendere esecutive le decisioni del TMD
- Identificazione delle modalità di refertazione (anamnesi, decisioni terapeutiche-osservazionali, eventuali discordanze emerse nel TMD, approfondimenti diagnostici, case manager che prenderà in carico il paziente) che deve essere firmato da ogni singolo specialista del TMD che ha partecipato alla valutazione del caso
- Identificazione delle modalità di restituzione dell'esito della valutazione collegiale (in caso il paziente non sia presente): comunicazione verbale a cura del care manager, comunicazione scritta a firma multidisciplinare, invio della comunicazione scritta a cura del referente organizzativo-gestionale

### **4) Identificazione della tipologia di pazienti da discutere nelle riunioni TMD**

- Vanno esplicitati i criteri per la selezione dei pazienti da discutere nelle riunioni TMD: poiché tutti i pazienti con tumori urologici devono essere affidati a un TMD, il gruppo deve





- collegialmente definire se esistono delle tipologie di pazienti che possono essere esclusi (ad esempio tumori non-muscolo-invasivi della vescica)

#### **5) Identificazione delle modalità di registrazione dei casi**

- Creazione di un database comune, accessibile dai diversi specialisti partecipanti al TMD, dei casi incidenti di tumori urologici e dei consulti del TMD
- Identificazione delle regole di registrazione dei casi incidenti delle patologie uro-oncologiche
- Identificazione delle regole di aggiornamento del database

#### **6) Preparazione di materiale informativo per il paziente**

- Opuscoli elettronici e cartacei, scritti con linguaggio semplice, sulla malattia, sulle diverse strategie terapeutiche-osservazionali, sui programmi di riabilitazione, sulle possibilità di supporto psicologico, sulle associazioni di pazienti

#### ***STATEMENT 2 - Relazioni del TMD con l'organizzazione ospedaliera e con gli altri professionisti***

***Il TMD deve definire nel PDTA le modalità di accesso, di comunicazione e di affidamento sia in entrata che in uscita rispetto ai medici che operano nella stessa struttura ospedaliera e nel territorio.***

#### **1) Identificazione delle modalità di presentazione e promozione intra- ed extra-istituzionali del TMD**

- Opuscoli, riviste aziendali, newsletter, mailing, sito web, ecc

#### **2) Definizione delle modalità di invio al TMD da parte del MMG e di altri specialisti ospedalieri o territoriali**

- Vanno definite le modalità di invio al TMD da parte del MMG e di altri specialisti

#### **3) Definizione delle modalità di restituzione dell'esito della valutazione multidisciplinare al MMG e agli altri specialisti ospedalieri o territoriali**



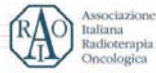
- Vanno definite le modalità di restituzione dell'esito del consulto ai medici inviati

## **INDICATORI**

- 1) Presenza di tutti i componenti del CORE TEAM nel 95% dei tumor board/collegiali
- 2) Referto con Firma di tutti i partecipanti nel 100% dei tumor board/collegiali
- 3) Aderenza al PDTA con un trend a crescere dal 75% al 95% in 2-3 anni dei casi discussi [valutato da audit (preferibilmente esterno)]
- 4) Casi presentati al tumor board rispetto ai previsti, con un trend a crescere dal 75% al 95% in 2-3 anni [valutato da audit (vedi proposte 4 e 5 dello statement 1)]
- 5) Numero di Tumor Board realmente svolti rispetto al previsto con un trend a crescere dal 75% al 95% in 2-3 anni

## **Bibliografia**

1. Boyle FM, Robinson E, Dunn SM, Heinrich PC (2005). Multidisciplinary care in cancer: the fellowship of the ring. *J Clin Oncol* 23: 916–920
2. El Saghir NS, Charara RN, Kreidieh FY et al. Global Practice and Efficiency of Multidisciplinary Tumor Boards: Results of an American Society of Clinical Oncology International Survey . *JGO* Dec 2015:57-64; published online on October 28, 2015; 10.1200/JGO.2015.000158.
3. El Saghir NS, Keating NL, Carlson RW et al. Tumor boards: optimizing the structure and improving efficiency of multidisciplinary management of patients with cancer worldwide. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2014:e461-6. doi: 10.14694/EdBook\_AM.2014.34.e461.
4. Emerson JF, Welch M, Rossman WE et al. A multidisciplinary intervention utilizing virtual communication tools to reduce health disparities: a pilot randomized controlled trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2015 Dec 22;13(1). pii: E31. doi: 10.3390/ijerph13010031. PubMed PMID: 26703661; PubMed Central PMCID: PMC4730422.



5. European Partnership Action Against Cancer consensus group (2014) Policy statement on multidisciplinary cancer care. *Eur J Cancer* 50:475-480
6. Fleissig A, Jenkins V, Catt S, Fallowfield L (2006) Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? *Lancet Oncol* 7: 935–943
7. Gesme DH, Wiseman M. Expanding practice to provide integrated cancer care. *J Oncol Pract.* 2010 Nov;6(6):325-7. doi: 10.1200/JOP.2010.000153. PubMed PMID:21358964; PubMed Central PMCID: PMC2988669.
8. Gomella LG, Lin J, Hoffman-Censits J et al (2010) Enhancing prostate cancer care through the multidisciplinary clinic approach: a 15-year experience. *J Oncol Pract* 6:e5-e10
9. Kagan AR (2005). The multidisciplinary clinic. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 61: 967–968
10. Ko C, Chaudhry S (2002) The need for a multidisciplinary approach to cancer care. *J Surg Res* 105: 53–57
11. Lamb BW, Sevdalis N, Benn J et al. Multidisciplinary cancer team meeting structure and treatment decisions: a prospective correlational study. *Ann Surg Oncol.* 2013 Mar;20(3):715-22. doi: 10.1245/s10434-012-2691-x. Epub 2012 Oct 14. PubMed PMID: 23064794.
12. Meguid C, Ryan CE, Edil BH et al. Establishing a framework for building multidisciplinary programs. *Multidiscip Healthc.* 2015 Dec 2;8:519-26. doi: 10.2147/JMDH.S96415.
13. Munro AJ, Swartzman S. What is a virtual multidisciplinary team (vMDT)? *Br J Cancer.* 2013 Jun 25;108(12):2433-41. doi: 10.1038/bjc.2013.231. Epub 2013 Jun 11. Review. PubMed PMID: 23756866; PubMed Central PMCID: PMC3694234.
14. Ottevanger N, Hilbink M, Weenk M et al. Oncologic multidisciplinary team meetings: evaluation of quality criteria. *J Eval Clin Pract.* 2013 Dec;19(6):1035-43. doi: 10.1111/jep.12022. Epub 2013 Feb 26. PubMed PMID: 23441961.
15. Page AJ, Cosgrove D, Elnahal SM et al. Organizing a multidisciplinary clinic. *Chin Clin Oncol.* 2014 Dec;3(4):43. doi:10.3978/j.issn.2304-3865.2014.06.02. PubMed PMID: 25841524.
16. Ruhstaller T, Roe H, Thurlimann B, Nicoll JJ (2006) The multidisciplinary meeting: an indispensable aid to communication between different specialities. *Eur J Cancer* 42: 2459–2462



17. Sidhom MA, Poulsen MG (2006) Multidisciplinary care in oncology: medicolegal implications of group decisions. *Lancet Oncol* 7: 951–954
18. Stanicki V, Becker M, Böckmann B. Managing integrated oncology treatment in virtual networks. *Stud Health Technol Inform.* 2015;212:175-81.
19. Taplin SH, Weaver S, Chollette V et al. Teams and teamwork during a cancer diagnosis: interdependency within and between teams. *J Oncol Pract.* 2015 May;11(3):231-8. doi: 10.1200/JOP.2014.003376. Epub 2015 Apr 14. PubMed PMID: 25873059.
20. Taplin SH, Weaver S, Salas E et al. Reviewing cancer care team effectiveness. *J Oncol Pract.* 2015 May;11(3):239-46. doi: 10.1200/JOP.2014.003350. Epub 2015 Apr 14. PubMed PMID: 25873056; PubMed Central PMCID: PMC4438110.
21. Taylor C, Munro AJ, Glynne-Jones R et al. Multidisciplinary team working in cancer: what is the evidence? *BMJ.* 2010 Mar 23;340:c951. doi: 10.1136/bmj.c951. PubMed PMID: 20332315.
22. Valdagni R, Van Poppel H, Aitchison M et al. Prostate Cancer Unit Initiative in Europe: A position paper by the European School of Oncology. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2015 Aug;95(2):133-43



### Parte 3° - I requisiti minimi

***Statement #1 - I team multidisciplinari (TMD) uro-oncologici devono prevedere personale ed infrastrutture adeguati per gestire i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) precedentemente stabiliti per ogni neoplasia urologica.***

***Statement #2 - Le società scientifiche coinvolte nella elaborazione di questo documento indicheranno i volumi minimi di attività necessari per ciascuna classe di tumore urologico in base alle evidenze esistenti o, in assenza di evidenze, al consenso degli esperti.***

***Statement #3 - I TMD devono prevedere un nucleo centrale (core team) composto dalle figure professionali prevalentemente coinvolte nel processo di diagnosi e cura dei pazienti uro-oncologici (almeno urologo, oncologo medico e oncologo radioterapista) e un non core team multidisciplinare e multiprofessionale che può essere coinvolto su richiesta del nucleo centrale. Un membro del core team deve essere definito come direttore o responsabile del coordinamento clinico-scientifico.***

Le infrastrutture utilizzate dal TMD possono essere organizzate in una singola unità all'interno di un'unica struttura o in alternativa come entità multiple in edifici separati e devono essere autorizzate ad attivare in rete i servizi non disponibili per completare il percorso assistenziale dei pazienti presi in carico.



I TMD devono fornire formazione continua multidisciplinare su tutti gli aspetti dei tumori urologici, compresa ricerca e training per giovani collaboratori e studenti. I TMD dovrebbero cercare attivamente di inserire i pazienti in trial clinici e di ricerca.

I TMD devono raccogliere una serie minima di informazioni su diagnosi, istologia, trattamento, risultati clinici, follow-up, effetti collaterali e complicanze dei trattamenti eseguiti in un database dedicato. I dati devono essere disponibili per gli audit.

I TMD devono raggiungere i risultati minimi per rispettare gli indicatori qualitativi richiesti.

I dati relativi alla performance e agli audit devono essere prodotti annualmente.

Un meeting interno di audit deve essere tenuto almeno due volte l'anno per l'eventuale revisione degli indicatori qualitativi e dei protocolli di trattamento e follow-up ove necessario

### **Requisiti generali per il nucleo centrale (core team)**

Il core team deve **necessariamente** comprendere un urologo, un oncologo radioterapista e un oncologo medico. L'eventuale inclusione nel core team di altri specialisti (ad esempio radiologo, psico-oncologo, ecc) è altamente auspicabile ma va commisurata alle diverse realtà locali.

I membri del core team del TMD devono dedicare una percentuale definita della loro attività nella gestione di pazienti affetti da tumori urologici e devono svolgere formazione continua in questo ambito.

Almeno un membro di ogni disciplina del core team deve partecipare regolarmente alle riunioni multidisciplinari. I membri del TMD che non fanno parte del core team devono partecipare alle riunioni su richiesta del core team stesso.



## **Requisiti generali per le prime visite ambulatoriali e di follow-up**

I TMD devono definire quanti ambulatori e con che frequenza sono dedicati ai pazienti inviati in consulenza per la diagnosi ed il trattamento delle neoplasie urologiche. L'appuntamento deve essere garantito entro un numero predefinito di giorni lavorativi dalla richiesta di consulenza multidisciplinare.

Tutti i pazienti devono essere sottoposti a follow-up presso un ambulatorio supervisionato da uno dei membri del core team della disciplina responsabile del trattamento iniziale (urologo, oncologo radioterapista, oncologo medico) o da professionisti medici che collaborino formalmente con i TMD in rete. Gli esami istologici devono essere consegnati personalmente da un membro del core team (mai per lettera o per telefono).

## **Requisiti generali per la gestione dei casi clinici**

Gli incontri multidisciplinari dovrebbero essere svolti in presenza di un rappresentante per specialità del core team. Qualora ciò non sia logisticamente possibile, gli specialisti possono partecipare in videoconferenza. Al termine di ogni riunione deve essere redatto un verbale con l'elenco dei membri presenti ed una relazione relativa alla discussione dei casi ed alle decisioni cliniche prese.

Devono essere discussi nelle riunioni periodiche dei TMD i casi in cui la diagnosi/stadiazione sia ancora incerta, i casi con una diagnosi di neoplasia urologica specie se candidati a trattamento con intento radicale o a strategie conservative o a trattamento sistemico, i casi con esame istologico successivo a trattamento chirurgico, i casi in follow-up dopo trattamento radicale o in osservazione che abbiano eseguito recentemente esami diagnostici per possibili sintomi/segni di recidiva o progressione di malattia.



Tutti i trattamenti immediati e differiti e i protocolli osservazionali devono essere condotti sotto la guida del core team. Le terapie adiuvanti e palliative nonché il supporto psicologico possono essere forniti in altre strutture che collaborano formalmente in rete con i TMD.

### **Ulteriori requisiti**

I TMD devono elaborare fogli informativi per i pazienti su diagnosi, opzioni di trattamento/osservazione, follow-up, programmi di riabilitazione basati sui PDTA definiti sulla base delle linee guida nazionali/internazionali.

I TMD devono avere a disposizione ambulatori adeguati che permettano una sufficiente privacy per il paziente.

Gli approcci osservazionali (sorveglianza attiva e vigile attesa) devono essere disponibili, devono poter essere offerti ai pazienti e devono essere condotti secondo le indicazioni delle linee guida nazionali/internazionali che stabiliscono i criteri di inclusione, di definizione della progressione e di indicazione al trattamento dilazionato. I pazienti in sorveglianza attiva devono essere sottoposti a follow-up da parte di membri del TMD, oppure essere seguiti da medici che collaborano formalmente in rete con i TMD stessi.

La terapia ormonale iniziale deve essere prescritta o approvata da un membro del core team secondo le linee guida nazionali/internazionali e può essere somministrata da medici che collaborino formalmente in rete con i TMD.

I trattamenti chemio/immunoterapici ed ormonali di ultima generazione devono essere prescritti da un membro del core team, esperto nell'uso di farmaci per il trattamento delle neoplasie urologiche. I trattamenti chemio/immunoterapici devono essere somministrati in strutture dedicate sotto il controllo e la supervisione del core team.





L'equipe urologica deve essere in grado di offrire tecniche adeguate e possibilmente differenziate, come la prostatectomia radicale a cielo aperto e/o laparoscopica e/o robotica ed eventualmente anche una terapia focale

La radioterapia oncologica deve avere a disposizione almeno due unità  $\geq 6$  MV, un'unità di brachiterapia, un simulatore e un sistema di pianificazione computerizzata ed essere in grado di fornire 3D-CRT e IMRT. Nel caso in cui la brachiterapia non sia disponibile in sede, la collaborazione in rete con un altro centro deve essere regolata da un accordo formale. Deve essere attivato un programma di controllo di qualità.

I TMD devono avere a disposizione attrezzature di radiologia convenzionale, ecografia, medicina nucleare, TC, PET-TC e RM (con possibilità di imaging multiparametrico).

I TMD devono poter contare su idonee attrezzature di anatomia patologica: processori, microtomi, strumenti per colorazioni istologiche tradizionali e immunohistochimica. Tutte le attrezzature devono essere sottoposte a corretta manutenzione e certificate. Sarebbe auspicabile poter disporre di una banca dei tessuti



## **Requisiti specifici per il trattamento del tumore prostatico**

**I criteri per l'attivazione dei TMD per la diagnosi, cura e follow-up del carcinoma della prostata, e l'eventuale consensuale creazione di una Prostate Cancer Unit sono stati definiti nel position paper della European School of Oncology (ESO) e recepiti a livello Europeo (Vedi capitolo 1, voce bibliografica n. 18).**

**I dati relativi ai requisiti minimi in esso contenuti, riferiti non solo ai volumi di attività clinica ma anche alle risorse che devono essere rese disponibili, costituiscono la traccia per la stesura di questo documento.**

**Come per altre nazioni europee (la Germania per esempio) si suggerisce di giungere a una implementazione graduale dei volumi richiesti e delle risorse necessarie per consentire l'adeguamento delle strutture a quanto richiesto.**

**La consensus conference tenutasi a Milano a dicembre 2016 ha permesso di trovare un accordo intersocietario su 38 punti tra cui:**

Almeno 100 nuovi casi di tumore prostatico trattati o monitorati dal TMD dovrebbero essere discussi negli incontri multidisciplinari ogni anno .

Il core team deve comprendere due o più urologi esperti nella diagnosi e nel trattamento delle malattie prostatiche. L'equipe urologica del TMD deve eseguire complessivamente almeno 50 prostatectomie radicali l'anno e dedicare almeno il 50% del tempo/lavoro e di studio/aggiornamento alla patologia prostatica.

Il core team deve comprendere due o più oncologi radioterapisti esperti nella diagnosi e nel trattamento del tumore prostatico. L'equipe radioterapica del TMD deve eseguire complessivamente almeno 50 trattamenti (radicali o adiuvanti) l'anno di radioterapia esterna o brachiterapia (HDR o LDR) e dedicare almeno il 30% del tempo/lavoro e di studio/aggiornamento alla patologia oncologica prostatica.



Il core team deve comprendere due o più oncologi medici esperti nel trattamento del tumore prostatico. L'equipe oncologica del TMD deve valutare complessivamente almeno 50 pazienti affetti da tumore prostatico l'anno e dedicare almeno il 30% del tempo/lavoro e di studio/aggiornamento alla patologia oncologica prostatica.

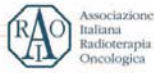
Il core team deve comprendere uno o più anatomopatologi dedicati all'uropatologia. Tali anatomopatologi devono dedicare almeno il 30% dell'attività all'uropatologia. I patologi devono eseguire ove richiesto e se possibile la revisione dei preparati istologici provenienti da altri centri. Si ribadisce che sarebbe auspicabile poter disporre di una banca dei tessuti.

Il core team deve comprendere uno o più infermieri dedicati, qualificati per assistere i pazienti in diversi stadi di malattia. Gli infermieri devono dedicare una percentuale significativa dell'orario di lavoro all'uropatologia.

All'interno del core team deve essere identificato un responsabile della raccolta dei dati clinici e la corretta compilazione dei verbali di visita e degli incontri multidisciplinari.

Pur non appartenendo al core team partecipano al TMD le seguenti figure:

- Uno o più specialisti radiologi con esperienza significativa nell'imaging dell'apparato genito-urinario (TC, RM, ecografia sovrapubica e transrettale)
- Uno specialista medico nucleare con esperienza nell'interpretazione di scintigrafia ossea e PET/TC
- Uno specialista in medicina nucleare con esperienza nei trattamenti radiometabolici
- Un servizio per le cure palliative e di supporto
- Uno psicologo clinico con esperienza in oncologia urologica
- Uno o più fisiatristi specificamente qualificati nell'effettuare interventi volti a ridurre le complicanze post-trattamento e a favorire la riabilitazione



- Un urologo con competenza in andrologia coadiuvato da un infermiere qualificato, disponibile per i pazienti che richiedano una consulenza relativa alle complicanze delle terapie sulla funzionalità sessuale e specificamente qualificato per sviluppare programmi di riabilitazione
- Un urologo esperto in urologia funzionale per programmi di uroriabilitazione e/ o di terapia chirurgica per l'incontinenza urinaria
- Un geriatra competente nella cura di anziani affetti da neoplasie urologiche.

L'eventuale collaborazione in rete di professionisti che non fanno parte del core team non disponibili presso la struttura presso cui opera il TMD deve essere regolata da un accordo formale.



**A seguire proposte generali per quanto riguarda le altre patologie tumorali genito-urinarie.**

**Non esistono ad oggi dati solidi in letteratura né documenti analoghi a quello citato sopra per le PCU.**

**Sarà quindi necessario che le Società scientifiche discutano al loro interno e condividano in una successiva conferenza di consenso delle proposte di volumi di attività che siano applicabili alle diverse realtà presenti sul nostro territorio nazionale**

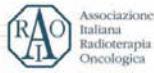


## Requisiti specifici per il trattamento del tumore renale

Il core team deve comprendere:

- due o più urologi esperti nella diagnosi e nel trattamento delle neoplasie renali e due o più oncologi radioterapisti esperti nella radioterapia delle neoplasie renali e due o più oncologi medici esperti nel trattamento delle neoplasie renali.
- Pur non appartenendo al core team partecipano al TMD le seguenti figure: Un clinico esperto di procedure mininvasive e di terapie focali per il trattamento percutaneo delle neoplasie renali (radiofrequenza, crioablazione, microonde)
- Uno o più anatomopatologi dedicati all'urologia. Gli anatomopatologi devono dedicare almeno il 50% dell'attività all'urologia
- Uno o più infermieri dedicati, qualificati per assistere i pazienti a diversi stadi della malattia. Gli infermieri devono dedicare una percentuale significativa dell'orario di lavoro alle attività del TMD.
- Un responsabile della raccolta dei dati clinici e la corretta compilazione dei verbali di visita e degli incontri multidisciplinari
- Uno o più specialisti radiologi qualificati e con esperienza significativa nell'imaging dell'apparato genito-urinario (TC, RM, ecografia addominale)
- Uno specialista medico nucleare qualificato e con esperienza nell'interpretazione di scintigrafia ossea e PET/CT
- Un servizio per le cure palliative e di supporto
- Uno psicologo clinico con esperienza in oncologia urologica
- Un geriatra competente nella cura di anziani affetti da neoplasie urologiche

L'eventuale collaborazione in rete di professionisti che non fanno parte del core team non disponibili presso la struttura presso cui opera il TMD dovrebbe essere regolata da un accordo formale.

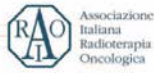


## Requisiti specifici per il trattamento dei tumori uroteliali

Come premessa, viene suggerito di valutare l'attivazione dei TMD per i tumori uroteliali muscolo-invasivi, per i tumori non-muscolo-invasivi e per i casi maggiormente complessi sotto il profilo diagnostico e/o terapeutico.

Il core team deve comprendere:

- due o più urologi esperti nella diagnosi e nel trattamento delle neoplasie uroteliali della vescica e dell'alta via urinaria due o più oncologi radioterapisti esperti nella radioterapia delle neoplasie uroteliali della vescica due o più oncologi medici esperti nel trattamento delle neoplasie uroteliali.
- Pur non appartenendo al core team partecipano al TMD le seguenti figure: Uno o più anatomopatologi dedicati all'uropatologia. Gli anatomopatologi devono dedicare almeno il 50% dell'attività all'uropatologia.
- Uno o più infermieri dedicati qualificati per assistere i pazienti a diversi stadi della malattia. Gli infermieri devono dedicare una percentuale significativa dell'orario di lavoro alle attività del TMD.
- Un responsabile della raccolta dei dati clinici e la corretta compilazione dei verbali di visita e degli incontri multidisciplinari.
- Uno o più specialisti radiologi qualificati e con esperienza significativa nell'imaging dell'apparato genito-urinario (TC, RM, ecografia addominale)
- Uno specialista medico nucleare qualificato e con esperienza nell'interpretazione di scintigrafia ossea e PET/CT
- Un servizio per le cure palliative e di supporto
- Uno psicologo clinico con esperienza in oncologia urologica
- Uno o più fisioterapisti specificamente qualificati nell'effettuare interventi volti a ridurre le complicanze post-trattamento e a favorire la riabilitazione



- Un urologo specializzato in andrologia coadiuvato da un infermiere qualificato, disponibile per i pazienti che richiedano una consulenza relativa alle complicanze delle terapie sulla funzionalità sessuale e specificamente qualificato per sviluppare programmi di riabilitazione andrologica
- Un urologo esperto in urologia funzionale per programmi di uroriabilitazione e/ o di terapia chirurgica per l'incontinenza/ritenzione urinaria
- Un geriatra competente nella cura di anziani affetti da neoplasie urologiche.

L'eventuale collaborazione in rete di professionisti che non fanno parte del core team non disponibili presso la struttura presso cui opera il TMD dovrebbe essere regolata da un accordo formale.





**L'approccio diagnostico e terapeutico ai tumori del testicolo e del pene, per le loro caratteristiche di incidenza e prevalenza richiedono valutazioni differenti che vengono lasciate alle rispettive società scientifiche**



#### **Parte 4° - Valutazioni economiche**

Allo scopo di analizzare gli aspetti economici della gestione multidisciplinare delle neoplasie urologiche, nel Maggio 2015 abbiamo effettuato una ricerca sistematica della letteratura utilizzando in Pubmed le seguenti parole chiave: "Prostatic Neoplasms"[Mesh]; "Carcinoma, Renal Cell"[Mesh]; "Urinary Bladder Neoplasms"[Mesh]; "Testicular Neoplasms"[Mesh] ; "Penile Neoplasms"[Mesh]; Prostate cancer [tiab] OR renal cell carcinoma [tiab] OR bladder cancer [tiab] OR penile cancer [tiab] OR testicular cancer [tiab]; “multidisciplinary treatment”; “multidisciplinary management”; “multidisciplinary teamwork”; “multidisciplinary team meetings”; “multidisciplinary team approach” . Non sono stati applicati limiti alla ricerca.

La ricerca della letteratura ha identificato 895 record che sono stati valutati da due revisori con l’obiettivo di identificare tutti gli studi che valutavano le “performance” dei team multidisciplinari (efficacia, riproducibilità, costi, impatto sulla sopravvivenza). Sono stati, invece, escluse le serie che riportavano soltanto risultati di trattamenti multimodali. Dopo tale screening, 65 lavori considerati di potenziale interesse sono stati valutati in full text. Dieci di questi 65 lavori riportavano effettivamente risultati di interesse per gli obiettivi della nostra valutazione e sono stati inclusi nella nostra analisi qualitativa. Si tratta prevalentemente di serie prospettiche o retrospettive. Non sono risultati disponibili studi randomizzati di alta qualità che valutavano le performance dei team multidisciplinari (peraltro forse non indispensabili in quest’ambito, n.d.r.). Nessuno dei lavori identificati trattava dell’impatto economico dei trattamenti multidisciplinari delle neoplasie urologiche.

Alcune considerazioni di natura economica sono, comunque, potenzialmente derivabili dalla valutazione della modifica dell’approccio diagnostico e terapeutico conseguente all’adozione di un team multidisciplinare, come pure dal possibile miglioramento della sopravvivenza dei pazienti per effetto delle decisioni del team.

Per quanto riguarda l’appropriatezza diagnostica, Sundi et al hanno riportato l’esperienza del team multidisciplinare per il trattamento del carcinoma prostatico al Johns Hopkins Medical Institutions,



Baltimore, Maryland rivalutando I dati di quasi 900 pazienti valutati dal 2008 al 2012. Complessivamente, l'assegnazione della classe di rischio o lo stadio della neoplasia è risultato modificato nel 29% dei pazienti. In conseguenza di tale riassegnazione, adottando come riferimento le linee guida specifiche del National Comprehensive Cancer Network, il 24% dei pazienti hanno effettuato una scintigrafia ossea e il 47% una TC/RM addome indicata in maniera non appropriata (1), determinando un significativo incremento dei costi della stadiazione.

In un altro ampio studio che ha valutato 269 nuovi pazienti consecutivi valutati tra il 2007 ed il 2008 presso l'University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC, Kurpad et al. hanno valutato casi di neoplasia vescicale (23%), renale (35%), testicolare (5%), oltre che prostatica (35%) (2). Complessivamente, soltanto il 35% dei pazienti ha visto il proprio iter diagnostico-terapeutico immutato per effetto della valutazione multidisciplinare, mentre nel 38% dei casi sono state apportate modifiche nel processo diagnostico o terapeutico previsto e nel 10% dei casi sono state indicate ulteriori indagini. Stratificando per neoplasia, le modifiche nel processo diagnostico sono risultate più frequenti in quella vescicale (23%) e renale (17%). Per quanto, invece, concerne la modifica dell'approccio terapeutico, questa è risultata più frequente nelle neoplasie vescicali (44%), renali (36%), testicolari (29%) e prostatica (22%) (2). In un altro ampio studio riguardante 700 pazienti con neoplasia prostatica low-risk, Aizer et al. hanno, invece, valutato il ruolo della gestione multidisciplinare come predittore della scelta della sorveglianza attiva quale modalità di trattamento. La sorveglianza attiva è stata praticata nel 43% dei casi trattati con approccio multidisciplinare (vs il 22% dei casi gestiti individualmente dai professionisti sanitari), mentre l'adozione della prostatectomia radicale o della radioterapia è risultata il 30% inferiore nello stesso gruppo di pazienti (3). Inoltre, il trattamento multidisciplinare è risultata una variabile predittiva indipendente per l'adozione della sorveglianza attiva, un volta corretto per età, comorbilità, stato civile e numero di core biopsie positive (3), a riconfermare il significativo ruolo della gestione collegiale nell'indirizzare il trattamento del paziente con neoplasia prostatica low-risk. In due ulteriori studi sulla gestione multidisciplinare della neoplasia prostatica, di simile disegno ma minor qualità metodologica, è stato documentato come la gestione collegiale, oltre alla

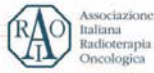


percentuale di pazienti candidati a sorveglianza attiva, incrementi il numero di pazienti trattati con radioterapia esterna, a discapito di quelli operati con prostatectomia radicale (4, 5).

Più limitata è la letteratura concernente l'impatto della gestione multidisciplinare sulla sopravvivenza dei pazienti (ma più importante perché meno contestabile n.d.r.). Una ampia revisione della letteratura in merito non ha concluso che non fosse possibile documentare una correlazione tra la gestione multidisciplinare ed un miglioramento dell'outcome del paziente (6). Un ulteriore studio di recente pubblicazione proveniente dalla Duke University non è stato in grado di documentare differenze di sopravvivenza nei pazienti con neoplasia prostatica trattati individualmente o in ambito multidisciplinare (7). In un ulteriore studio, Gomella et al hanno comparato la sopravvivenza dei pazienti con neoplasia prostatica trattati con approccio multidisciplinare presso il Kimmel Cancer Center, Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA con una coorte di pazienti estratta dal database di popolazione SEER, documentando un pronunciato vantaggio di sopravvivenza per i pazienti trattati presso il Cancer Center (8). Tuttavia, le conclusioni dello studio appaiono poco rigorose dal punto di vista scientifico, considerando che la comparazione avveniva tra i pazienti trattati in un centro di riferimento terziario e quelli inclusi in un database di popolazione (SEER) e che non è stata effettuata alcuna analisi multivariata per correggere per i fattori di confondimento (comorbidità, stadio, PSA, Gleason score).

In sintesi, la revisione sistematica della letteratura ha permesso di raccogliere pochi studi, i più di scarsa qualità metodologica, prevalentemente pubblicati su riviste di secondo piano. Complessivamente la qualità delle evidenze presenti in letteratura è scarsa, dal che possono derivare soltanto raccomandazioni deboli. La maggior parte di tali pubblicazioni riguarda esclusivamente il trattamento multidisciplinare del carcinoma prostatico, limitando in maniera notevole le nostre conoscenze sulle altre neoplasie urologiche. Sono necessari studi di qualità metodologica più elevata concernenti gli aspetti economici della gestione MDT dei tumori urologici.

Pur con le limitazioni premesse, i dati della letteratura suggeriscono che i MDT possano modificare in positivo il processo diagnostico-terapeutico in una sostanziale percentuale di pazienti. Tuttavia,



l'impatto economico dell'incremento dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica non è stato valutato.

In considerazione della prevalenza e della criticità clinica ed economica di tali condizioni, si ritiene che le seguenti problematiche cliniche possano essere i più "urgenti" potenziali oggetto di studio per la valutazione dell'impatto economico del MDT: adozione della RM nella diagnosi del carcinoma prostatico; adozione degli esami di stadiazione nel carcinoma prostatico low risk; utilizzo della sorveglianza attiva nel carcinoma prostatico low risk; adozione delle terapie adiuvanti dopo prostatectomia radicale; re-TUR nella neoplasia vescicale T1 e/o high grade; adozione della chemioterapia neoadiuvante alla cistectomia radicale nella neoplasia vescicale; razionalizzazione del follow-up delle neoplasie urologiche in base al rischio di recidiva di malattia dopo trattamento primario

## Bibliografia

1. Sundi D, Cohen JE, Cole AP, Neuman BP, Cooper J, Faisal FA, Ross AE, Schaeffer EM. Establishment of a new prostate cancer multidisciplinary clinic: Format and initial experience. *Prostate*. 2015 Feb;75(2):191-9. doi: 10.1002/pros.22904. Epub 2014 Oct 13.
2. Kurpad R, Kim W, Rathmell WK, Godley P, Whang Y, Fielding J, Smith L, Pettiford A, Schultz H, Nielsen M, Wallen EM, Pruthi RS. A multidisciplinary approach to the management of urologic malignancies: does it influence diagnostic and treatment decisions? *Urol Oncol*. 2011 Jul-Aug;29(4):378-82. doi: 10.1016/j.urolonc.2009.04.008. Epub 2009 Jul 3.
3. Aizer AA, Paly JJ, Zietman AL, Nguyen PL, Beard CJ, Rao SK, Kaplan ID, Niemierko A, Hirsch MS, Wu CL, Olumi AF, Michaelson MD, D'Amico AV, Efstathiou JA. Multidisciplinary care and pursuit of active surveillance in low-risk prostate cancer. *J Clin Oncol*. 2012 Sep 1;30(25):3071-6. doi: 10.1200/JCO.2012.42.8466. Epub 2012 Jul 30.
4. Korman H, Lanni T Jr, Shah C, Parslow J, Tull J, Ghilezan M, Krauss D, Balaraman S, Kernan K, Cotant M, Margolis J, Vicini FA. Impact of a prostate multidisciplinary clinic program on



5. patient treatment decisions and on adherence to NCCN guidelines: the William Beaumont Hospital experience. *Am J Clin Oncol.* 2013 Apr;36(2):121-5. doi: 10.1097/COC.0b013e318243708f.
6. Sciarra A, Gentile V, Panebianco V. Multidisciplinary management of Prostate Cancer: how and why. *Am J Clin Exp Urol.* 2013 Dec 25;1(1):12-7. eCollection 2013.
7. Hong NJ, Wright FC, Gagliardi AR, Paszat LF. Examining the potential relationship between multidisciplinary cancer care and patient survival: an international literature review. *J Surg Oncol.* 2010 Aug 1;102(2):125-34. doi: 10.1002/jso.21589.
8. Stewart SB1, Moul JW, Polascik TJ, Koontz BF, Robertson CN, Freedland SJ, George DJ, Lee WR, Armstrong AJ, Bañez LL. Does the multidisciplinary approach improve oncological outcomes in men undergoing surgical treatment for prostate cancer? *Int J Urol.* 2014 Dec;21(12):1215-9. doi: 10.1111/iju.12561. Epub 2014 Jul 14.
9. Gomella LG, Lin J, Hoffman-Censits J, Dugan P, Guiles F, Lallas CD, Singh J, McCue P, Showalter T, Valicenti RK, Dicker A, Trabulsi EJ. Enhancing prostate cancer care through the multidisciplinary clinic approach: a 15-year experience. *J Oncol Pract.* 2010 Nov;6(6):e5-e10. doi: 10.1200/JOP.2010.000071.



## **Parte 5° - Il rapporto con le istituzioni**

### **Background**

I tumori urologici rappresentano una quota importante delle neoplasie diagnosticate in Italia.

Dai dati AIOM-AIRTUM 2015 emerge infatti come siano circa 76.000 le diagnosi di questi tumori nel corso del 2015 rappresentando il 20% delle nuove diagnosi di tumori. Circa la metà di questi casi è costituita da tumori della prostata (incidenza 35.200 nuovi casi attesi/anno, prevalenza 360.000 pazienti) che è il tumore più frequente nel sesso maschile; un'altra grossa quota è rappresentata dai tumori della vescica (25.000) che rappresentano il 4° tumore nel maschio ed il 5° in ambo i sessi.

Nel 2012 sono stati osservati 16.303 decessi (9% dei decessi per cancro) legati a tumori urologici.

La gestione di queste patologie ha pertanto un ruolo rilevante in termini di sanità pubblica.

È ormai dimostrato in molte patologie oncologiche che la collaborazione di più specialisti (approccio multidisciplinare), la disponibilità di PDTA e il volume di attività possano determinare un miglior trattamento rispetto ad una gestione mono disciplinare, eseguita in modo sporadico senza percorsi di riferimento.

Sulla base di questa considerazione sono state definite alcune strutture, ad esempio in ambito senologico, definite Breast Cancer Unit, che presentano caratteristiche di volumi, di coinvolgimento multidisciplinare e di percorsi validati che possono garantire un trattamento ottimale alle pazienti affette da tale patologia.

In ambito urologico sono presenti alcune indicazioni relativamente ai tumori prostatici (Prostate Cancer Unit) che, a livello europeo, definiscono le caratteristiche delle strutture in cui è ipotizzabile ottenere un trattamento più appropriato migliorando nel contempo l'efficienza



organizzativa e gestionale. Per gli altri tumori urologici non sono, al momento, disponibili in letteratura esperienze altrettanto solide.

Scopo del progetto TMD, sviluppato dalla condivisione di intenti di sette Società Scientifiche operanti nella gestione dei tumori urologici, è quello di promuovere la costituzione di gruppi multidisciplinari e multiprofessionali dedicati alla gestione di questi tumori.

### **Analisi**

Per poter valutare la necessità di intervento abbiamo quindi analizzato la disponibilità di normative nazionali o regionali sull'argomento.

Alla data della presente analisi non risultano disponibili normative nazionali né genericamente riferite ai tumori urologici, né specificatamente ad alcuni di questi, neppure nell'ambito delle neoplasie prostatiche.

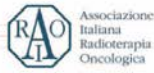
A livello di normative regionali figurano invece 4 deliberazioni che si riferiscono genericamente ai gruppi multidisciplinari di diagnosi e cura delle neoplasie e che, in due casi, presentano riferimenti a reti di prostate Unit. In un caso inoltre si registra, in assenza di delibere su gruppi di patologie, la presenza di PDTA dedicati alla patologia uro-oncologica.

L'assenza di normativa, che non ha quindi determinato la necessità da parte delle aziende sanitarie di costituire gruppi di lavoro, è stata, in parte, superata dalla costituzione spontanea di gruppi di lavoro che, in alcuni casi ha portato alla formalizzazione degli stessi.

Da un'indagine effettuata presso le strutture di oncologia medica a cui hanno risposto 49 strutture (su 363 registrate sul libro bianco AIOM) risulta che nel 61% dei casi sono attivi gruppi multidisciplinari uro-oncologici che si riuniscono mediamente ogni 7-15 giorni e che valutano tra 25 e 600 casi anno discutendo mediamente oltre il 50% dei casi di pertinenza.

La stragrande maggioranza di questi gruppi è costituita da Urologo, Oncologo Medico e Oncologo





Radioterapista (in alcuni casi presente come consulente esterno alla struttura) ma nel 57% dei casi sono presenti nel gruppo altre figure (Infermieri, Patologi, Medici Nucleari) in grado di apportare ulteriori competenze alla discussione del caso.

Il più grosso limite riscontrato è che solo nel 10% dei casi è prevista una figura segretariale e che il riferimento del paziente ad un case manager è a macchia di leopardo.

Assenza in oltre il 60% dei casi un database e presenza di referto condiviso nella metà dei casi ma consegnato al paziente solo in un caso su 5.

In nessun caso è prevista una remunerazione del lavoro multidisciplinare salvo in caso di contestuale presenza del paziente che, nel 40% dei casi, consente l'accesso ad una tariffa ambulatoriale lievemente più remunerativa rispetto ad una normale visita di follow up.

**Solo nel 15% dei casi, infine, il lavoro multidisciplinare viene considerato dalle direzioni aziendali come carico di lavoro cui fare riferimento per la definizione degli organici.**

Il limite di questa analisi è dato non solo dallo scarso numero di rispondenti ma anche dal fatto che, verosimilmente, i rispondenti fossero i più interessati al problema. Si può quindi ipotizzare che la situazione reale sia peggiore di quanto emerso nella nostra survey e che sia quindi indispensabile un'attività di sensibilizzazione a livello di enti regolatori nazionali e regionali e delle direzioni aziendali.

### **Proposta**

E' la prima volta che un numero così elevato di Società Scientifiche italiane, attive in campo oncologico, si riuniscono identificando un progetto comune e lavorano insieme per portarlo a compimento.

L'essenza del progetto è quella di coagulare insieme diverse specialità e quindi diversi professionisti.



Le Società Scientifiche italiane direttamente coinvolte in questo progetto sono, in ordine alfabetico:

AIOM (associazione Italiana Oncologia Medica)

AIRB (Associazione Italiana di Radiobiologia)

AIRO (Associazione Italiana Radioterapia oncologica)

AURO.it (Associazione Urologi Italiani)

CIPOMO (Collegio Italiano Primari Oncologi Medici Ospedalieri)

SIU (Società Italiana di Urologia)

SIURo (Società Italiana di Urologia Oncologica)

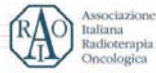
Dette società, nel loro insieme, rappresentano la maggior parte degli Specialisti che si occupano di urologia-oncologica in Italia e rappresentano circa 7000 iscritti.

La costituzione di “Team Multidisciplinari in urologia oncologica” deve essere considerato un avanzamento significativo all’approccio del malato uro-oncologico dal punto di vista diagnostico, terapeutico e del follow-up.

In conseguenza all’attivazione dei TMD la prassi comune di molteplici visite specialistiche e quindi anche di possibili multipli esami di staging e di controllo post trattamento verrebbe sostituita da un percorso all’interno di un TMD che inizia al momento della diagnosi e termina nel momento del follow-up o in certi casi della terapia antalgica di supporto domiciliare o ospedaliera.

Il risultato dell’attività di tutte le società sopramenzionate è un documento condiviso che ha coinvolto 5 gruppi di lavoro e contiene i criteri fondamentali che devono essere seguiti per la creazione dei TMD

Le Società Scientifiche coinvolte in questo progetto dovranno interagire con gli Enti decisori, centrali prima e regionali poi. Lo scopo è quello di far recepire al Ministro della Salute ed agli



Assessori Regionali l'importanza dei TMD nella gestione dei pazienti con tumori urologici sia da un punto di vista qualitativo che organizzativo gestionale con le ricadute potenzialmente positive sia in termini di appropriatezza e di efficacia diagnostica e terapeutica sia di efficienza nella gestione delle risorse.

Il documento preparato dai gruppi sarà la base per una discussione attenta con gli Enti e per una fattiva collaborazione.

La deliberazione di normative che riconoscano e facilitino questa attività multidisciplinare è ciò che le Società Scientifiche coinvolte richiedono e si aspettano dagli Enti decisori centrali.

Infine, l'applicazione locale dei percorsi multidisciplinari proposti, dovrebbe essere decisa e strutturata insieme alle direzioni aziendali. La creazione di percorsi interni per l'attivazione dei TMD nei vari ospedali necessita di una intensa attività congiunta tra gli specialisti e le direzioni generali e sanitarie per la creazione anche di convenzionamenti nell'ambito delle reti regionali.

Compito del coordinatore del Gruppo 5 insieme ai Presidenti delle varie Società Scientifiche è quello di iniziare questi processi conoscitivi e di collaborazione con gli Enti centrali (Ministero ed Agenas).

***STATEMENT 1 - Le Società Scientifiche coinvolte in questo progetto devono interagire con gli Enti decisori centrali e con gli assessorati regionali affinché recepiscano il ruolo e gli ambiti di competenza dei gruppi attraverso la deliberazione di normative che riconoscano e facilitino l'attività svolta dagli stessi***

**Indicatore 1: Identificazione dei Gruppi TMD Regionali di contatto per i rapporti con i Decisori Regionali**

- Misurazione del dato a 2 e 3 mesi dalla presentazione ufficiale del Progetto TMD al Ministero della Salute



- Obiettivo da raggiungere: 80% a 2 mesi; 100% a 3 mesi

**Indicatore 2: Numero delle Regioni in cui è avvenuto l'incontro tra i Rappresentanti Regionali TMD e i Decisori Regionali rispetto a numero totale delle Regioni.**

- Misurazione del dato a 6, 12 e 18 mesi dalla presentazione ufficiale del Progetto TMD al Ministero della Salute
- Obiettivo da raggiungere: 20% a 6 mesi, 70% a 12 mesi, 90% a 18 mesi

**Indicatore 3: Numero di atti deliberativi regionali per l'istituzione delle TMD rispetto al numero totale delle Regioni.**

- Misurazione del dato a 18 mesi dalla presentazione ufficiale del Progetto TMD al Ministero della Salute
- Obiettivo da Raggiungere: 70%

***STATEMENT 2 – I documenti prodotti dalle Società Scientifiche coinvolte in questo progetto costituiscono la base per l'interazione dei TMD con le Direzioni Aziendali per definirne l'applicazione locale attraverso percorsi interni o con convenzionamenti nell'ambito delle reti regionali***

**Indicatore 1: Numero dei progetti TMD presentati dalle Aziende Sanitarie o Ospedaliere per ciascuna Regione (in percentuale)**

- Misurazione del dato = a 2 anni dalla presentazione ufficiale del Progetto TMD al Ministero della Salute
- Obiettivo da raggiungere = 30%

**Indicatore 2: Numero dei progetti TMD attivati dalle Aziende Sanitarie o Ospedaliere per ciascuna Regione (in percentuale)**



- Misurazione del dato = a 2 anni dalla presentazione ufficiale del Progetto TMD al Ministero della Salute
- Obiettivo da raggiungere = 20%

**Indicatore 3: Numero delle Regioni con PDTA-Regionali Uro-oncologici attivati rispetto al numero totale delle Regioni (in percentuale)**

- Misurazione del dato = a 2 anni dalla presentazione ufficiale del Progetto TMD al Ministero della Salute
- Obiettivo da raggiungere = 90%

**Indicatore 4: Numero delle Regioni in cui sono stati definiti “Drg di valorizzazione del percorso” correlati ai PDTA rispetto al numero totale delle Regioni (in percentuale)**

- Misurazione del dato = a 3 anni dalla presentazione ufficiale del Progetto TMD al Ministero della Salute
- Obiettivo da raggiungere = 50%

**Bibliografia**

1. Piemonte – Valle d'Aosta. Bollettino Ufficiale n. 39 del 25 / 09 / 2003: creazione della rete oncologica. <http://www.reteoncologica.it/>. ATTIVA
2. Lombardia. Legge regionale Lombardia dgr 4882 del 21.2.2013 sulla creazione delle BreastUnits Network. Rete oncologica lombarda <http://www.progettorol.it/>. ATTIVA
3. Veneto. Nel 2004 le Aziende ospedaliere di Padova e di Verona, e le Ulss 6 di Vicenza, 9 di Treviso, 12 Veneziana, 16 di Padova e 18 di Rovigo, alle quali si aggiunge l'Ulss 1 di Belluno, hanno costituito il Consorzio Istituto oncologico veneto (Iov), riconosciuto con DI del 2005. A seguito della costituzione della Commissione oncologica regionale(Dgr 4120/06) viene attivato nel marzo 2009 uno specifico gruppo di lavoro. ATTIVA
4. Friuli venezia Giulia La Rete oncologica fa riferimento agli obiettivi del “Piano regionale per le malattie oncologiche” (Dgr 1663/1998). ATTIVA



5. Lazio. La Rete oncologica del Lazio, definita con un documento regionale nell'aprile 2008 con indirizzi strategici, coordinamento e verifiche nell'Agenzia di Sanità pubblica-Laziosanità con il supporto clinico e scientifico dell'Irccs Istituto nazionale tumori Regina Elena. NON ATTIVA
6. Liguria. Riferimento nella Lr 41/2006; indicazione nel Psr 2009-2011. NON ATTIVA
7. Marche. Il Psr 2007-2009 della Regione Marche, al fine di realizzare la rete oncologica, inizia la programmazione di un sistema integrato di rete ospedaliera e territoriale; indicazione nel piano sanitario 2011-2013; Dgr istituisce la rete oncologica Regione Marche (R.o.R.e.M.). NON ATTIVA
8. Puglia. Il Piano regionale di salute 2008-2010 ha proposto l'istituzione della Rete oncologica pugliese. NON ATTIVA
9. Sardegna. Il Psr 2006-2008 riserva specifica attenzione alle malattie oncologiche sottolineando l'importanza strategica della costituzione di una rete regionale. NON ATTIVA
10. Sicilia. Il Psr 2006-2008 riserva specifica attenzione alle malattie oncologiche sottolineando l'importanza strategica della costituzione di una rete regionale. Non ancora in atto
11. Toscana. Nel 2002 è stato istituito (Dgr 532) il coordinamento regionale della Rete oncologica, con l'obiettivo di rafforzare i rapporti tra i servizi; nel 2003 è stato istituito con attività di coordinamento l'Istituto Oncologico Toscano (Dgr 140); il Psr 2008-2010 indica «una precisa definizione di competenze» per la Rete oncologica. ATTIVA CON I GOM (Gruppi Oncologici Multidisciplinari)
12. Umbria. Istituita la Rete oncologica della Regione Umbria (Ror) con Dgr 1662/2008). NON ATTIVA
13. Emilia-Romagna. Num. Reg. Proposta: GPG/2015/2189 con oggetto "Riorganizzazione dalla rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla legge 135/2012, dal patto per la salute 2014/2016 e dal dm salute 70/2015".
14. Calabria. Campania. Abruzzo. Molise. Assenza di riferimenti normativi
15. AIOM-AIRTUM - I numeri del cancro in Italia. editore Intermedia, 2015