



CEFPAS  
Centro per la Formazione  
Permanente e l'Aggiornamento  
del Personale del Servizio Sanitario

# Corso di Formazione manageriale per Dirigente di Struttura Complessa area ospedaliera e territoriale

(Codice progetto FM2113- codice corso D6645)

Catania

Marzo 2015 – febbraio 2016

***Project Work***

**Titolo**

Il management multidisciplinare del tumore della prostata,  
la “Prostate Unit”.

**Corsista**

Dr Salvatore Bartolotta



Corso di FM per DSC – Caltanissetta ed. 10 (n. E4354)

## INDICE

<b>RIASSUNTO.....</b>	<b>3</b>
<b>DEFINIZIONE DEL PROBLEMA.....</b>	<b>4</b>
<b>STRATEGIA .....</b>	<b>5</b>
<b>OBIETTIVI.....</b>	<b>6</b>
<b>PIANO OPERATIVO.....</b>	<b>7</b>
<b>COSTI E RISORSE .....</b>	<b>8</b>
<b>GESTIONE DEL RISCHIO .....</b>	<b>9</b>
<b>MONITORAGGIO E VALUTAZIONE.....</b>	<b>10</b>
<b>CONCLUSIONI .....</b>	<b>11</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>12</b>
<b>SITOGRAFIA.....</b>	<b>13</b>
<b>ALLEGATI.....</b>	<b>14</b>



Corso di FM per DSC – Caltanissetta ed. 10 (n. E4354)

## **Riassunto**

Prostata: un tumore sempre più diffuso ma che oggi fa meno paura. I casi di cancro prostatico sono raddoppiati, pochi i sintomi specifici e ben definiti. Ecco perché fare diagnosi precoce è difficile.

Un approccio multidisciplinare nella cura dei tumori della prostata si rivela necessario sin dall'inizio per fornire un trattamento adeguato ed offrire migliori prospettive di vita.

Sull'esempio delle 'breast unit', per la cura del cancro al seno, sono quindi nate le 'Prostate unit', che offrono senza alcun dubbio una diagnosi molto più raffinata che consenta anche di distinguere le diverse forme di tumore, la loro gravità e la soluzione terapeutica più idonea.

La gestione multidisciplinare del tumore alla prostata è fondamentale per curare al meglio il paziente affetto da tale patologia. L'anatomopatologo, il radiologo, il radioterapista, l'urologo e l'oncologo sono gli specialisti coinvolti nella corretta diagnosi e più idonea cura dell'adenocarcinoma prostatico, il fisiatra e lo psicologo sono di grande ausilio nel supportare il paziente nel follow up.



Corso di FM per DSC – Caltanissetta ed. 10 (n. E4354)

## **Definizione del problema**

Il carcinoma prostatico è divenuto, nell'ultimo decennio, il tumore più frequente nella popolazione maschile dei Paesi occidentali. Alla base di questo fenomeno, più che la presenza di fattori di rischio, c'è la maggiore probabilità di diagnosticare tale malattia, che è presente in forma latente nel 15-30% dei soggetti oltre i 50 anni e in circa il 70% degli ottantenni. La diffusione del dosaggio dell'antigene prostatico specifico (PSA) nell'ultimo decennio ha profondamente modificato l'epidemiologia di questo tumore, anche in senso qualitativo.

La popolazione affetta da adenocarcinoma prostatico risulta essere profondamente eterogenea essendo composta da pazienti sensibili a diversi trattamenti terapeutici, quali la terapia medica, chirurgica e radioterapica, così come è prevedibile una vigile attesa.

Le opzioni terapeutiche non vanno intese come trattamenti singoli che non possano essere integrati tra loro, bensì una giusta e corretta valutazione multidisciplinare consente un trattamento multimodale che garantisce una migliore risposta terapeutica in termini di risultati sia a breve che a lungo termine, inoltre aumenta con differenza statisticamente significativa la sopravvivenza libera da malattia.

È supportata da evidenza scientifica, oltre che etica e morale, la necessità di una gestione multidisciplinare dei pazienti affetti da tale patologia, la letteratura scientifica urologica riporta dati riguardanti la miglior gestione della patologia così come di risultati migliori nella gestione dei pazienti nelle Prostate Unit, sorte in diversi centri sanitari in ogni parte del mondo.

## **Incidenza**

Il tumore della prostata è attualmente la neoplasia più frequente tra i soggetti di sesso maschile e rappresenta oltre il 20% di tutti i tumori diagnosticati a partire dai 50 anni di età.

L'incidenza del carcinoma prostatico ha mostrato un trend in crescita fino al 2003, in concomitanza



Corso di FM per DSC – Caltanissetta ed. 10 (n. E4354)

della maggiore diffusione del test del PSA quale strumento per la diagnosi precoce dei casi prevalenti, e successivamente un andamento in diminuzione. Nel 2014 si sono registrati circa 36.000 nuovi casi in Italia. Come per altre neoplasie è presente un gradiente Nord/Sud tra le diverse regioni italiane: rispetto ai 105,9 casi/anno tra residenti del Nord-Italia, le regioni del Centro registrano un meno 23% e quelle del Sud meno 39%, dato anch'esso riferibile alla diversa distribuzione geografica di molteplici fattori, in primis la diffusione del test PSA.

### **Mortalità**

Nel 2011 si sono osservati 7.520 decessi per cancro prostatico (ISTAT), pur considerando che le comorbidità generalmente presenti nelle persone anziane possono rendere complesso separare i decessi per tumore della prostata da quelli con tumore della prostata. In considerazione della diversa aggressività delle differenti forme tumorali, il carcinoma prostatico, pur trovandosi al primo posto per incidenza, occupa il terzo posto nella scala della mortalità (8% sul totale dei decessi oncologici), nella quasi totalità dei casi riguardanti maschi al di sopra dei 70 anni. Si tratta comunque di una causa di morte in costante moderata diminuzione (-1,8% per anno) da oltre un ventennio. A conferma del diverso ruolo giocato dall'anticipazione diagnostica, legata ad una consistente quota di sovradiagnosi nell'Italia settentrionale, rispetto al Centro e al Meridione, non si osservano sostanziali differenze di mortalità per questa neoplasia fra le varie aree del Paese, con livelli assestati sui 15 decessi ogni 100.000 abitanti/anno.

### **Le “cancer unit”**

Le “Cancer Unit” sono delle unità di gestione multidisciplinare delle patologie oncologiche atte a gestire, coinvolgendo tutte le professionalità impegnate nella diagnosi e cura dei tumori dei vari apparati dell'organismo umano, il percorso diagnostico assistenziale del paziente oncologico.



Corso di FM per DSC – Caltanissetta ed. 10 (n. E4354)

L'esperienza fatta nelle Breast unit, unità di gestione multidisciplinare per la diagnosi e cura del tumore della mammella sorte negli ultimi decenni in numerose strutture sanitarie nel mondo, ha dimostrato migliori risultati in termini di guarigione delle pazienti affette da tale patologia.

Il principio fondamentale delle units multispecialistiche consiste nel porre al centro il paziente e la sua patologia, il percorso diagnostico terapeutico è gestito da tutte le figure professionali interessate, che ruotano intorno al paziente interagendo fra di esse, con un continuo confronto ed analisi delle differenti esperienze cliniche atte ad offrire il miglior supporto possibile e la migliore cura per la patologia di cui il paziente è affetto.

In assenza di tale sistema articolato, il paziente è costretto a cercare le professionalità coinvolte nel percorso diagnostico assistenziale senza poter fare riferimento ad un unico centro. Ciò può causare diverse carenze nella gestione della sua malattia. Dapprima il paziente può non conoscere quali siano gli specialisti che possono essergli necessari nella cura della sua patologia, inoltre riferendosi a professionisti che lavorano in strutture differenti, potrebbero, pur essendo ottime professionalità, non avere canali di comunicazione fra di loro, impedendo così al paziente di poter gestire in maniera completa ed univoca la sua malattia.

### **Collocazione ed organizzazione della prostate unit**

La prostate unit non necessita di ambulatori dedicati o locali particolarmente attrezzati, è un percorso diagnostico assistenziale che deve essere organizzato in Steps ben definiti.

Si individuano 1 step diagnostico, 1 step terapeutico, 1 step riabilitativo/assistenziale.

Condizione necessaria risulta essere l'appartenenza delle professionalità ad un'unica struttura sanitaria, a gestione informatica unificata delle singole cartelle cliniche con un flusso dati che conferisce ad un unico server.

Da ogni singola unità specialistica, viene dedicata giornalmente un unità professionale medica ed una paramedica, che nei giorni feriali sia a completo servizio della gestione delle prostate unit.

Il medico è dedicato alla valutazione sanitaria del singolo caso clinico ed il paramedico alla organizzazione degli accessi dei pazienti alla propria unità sanitaria, per lo svolgimento delle indagini diagnostiche dovute, così come ai trattamenti terapeutici indicati durante il counselling multidisciplinare.



Corso di FM per DSC – Caltanissetta ed. 10 (n. E4354)

### **Step diagnostico**

Eseguita la visita urologica il paziente viene sottoposto dallo stesso urologo, ad esame bioptico della ghiandola prostatica.

Ottenuto il referto dall'anatomopatologo, che riceve dall'urologo il maggior numero possibile di notizie cliniche anamnestiche riguardanti il singolo caso, la decisione terapeutica viene presa tenendo conto del parere di tutte le professionalità coinvolte nel trattamento della patologia, nello specifico l'urologo, l'oncologo medico ed il radioterapista, che espongono il proprio punto di vista concordante con le rispettive linee guida riconosciute a livello mondiale.

Ove necessario il radiologo fornisce lo studio radiologico con le immagini relative alla completa stadiazione della malattia.

### **Step terapeutico**

Il paziente viene avviato al trattamento terapeutico che scaturisce dal management multidisciplinare, laddove le diverse figure professionali convergono su un'unica strategia terapeutica condivisa.

Urologica: intervento chirurgico di prostatectomia radicale eseguito con tecnica robotica, laparoscopica o a cielo aperto. Nella scelta del tipo di intervento chirurgico non può esprimersi un parere multidisciplinare bensì è da informare, preferibilmente con un primo counselling dello psicologo e del fisiatra, per esporre insieme all'urologo le possibili conseguenze dell'intervento: sulla funzione della minzione con possibilità di incontinenza urinaria, nonché sulla sessualità con possibile impotenza erettile. È cura delle tre diverse figure professionali esporre con chiarezza i rischi in percentuale e le possibili terapie riabilitative post trattamento con le relative percentuali di successo e non.

Medica: somministrazione di farmaci che mirano alla cura del tumore e delle possibili metastasi.

Come nel caso precedente la scelta del trattamento farmacologico spetta al solo oncologo medico che si avvale del supporto dello psicologo nell'affrontare gli effetti avversi delle terapie farmacologiche.

Radiologica: la scelta del trattamento radiologico spetta al radioterapista che propone la cura in base alle attrezzature di cui dispone nella struttura sanitaria, anche in questo caso non essendo la radioterapia un trattamento scevro da effetti collaterali il paziente viene inviato allo psicologo ed al fisiatra per la gestione degli stessi.



Corso di FM per DSC – Caltanissetta ed. 10 (n. E4354)

### **Step riabilitativo/assistenziale**

Al trattamento, sia esso chirurgico farmacologico o radioterapico, possono esitare degli eventi avversi o complicanze spesso debilitanti nei confronti del paziente. In questa fase risulta di notevole ausilio il contributo che il Fisiatra può avere nella riabilitazione delle funzioni perse a causa del trattamento terapeutico, vedi incontinenza urinaria e deficienza erettile.

Inoltre la psiche del paziente oncologico risulta spesso fragile anche in assenza di effetti collaterali conseguenziali ai trattamenti effettuati, la figura dell'oncopsicologo costituisce un valido supporto alla riabilitazione ed al completo recupero dell'integrità psicofisica del paziente.



Corso di FM per DSC – Caltanissetta ed. 10 (n. E4354)

## **Strategia**

### **Cause del problema**

Nello specifico caso del tumore della prostata, è di fondamentale importanza che il Medico di Medicina Generale (MMG) conosca l'esistenza della Prostate Unit, è proprio il MMG che per la maggior parte delle volte indirizza il paziente per il quale si sospetta la presenza di un cancro alla prostata, il centro multispecialistico accoglie il paziente accompagnandolo lungo tutto il percorso diagnostico assistenziale prendendosene cura in ogni suo aspetto.

Quindi una giusta divulgazione della mission delle Prostate unit è da rivolgere al Medico di MG, ed ai pazienti.

I professionisti coinvolti nella prostate unit sono: l'urologo, l'anatomopatologo, il radiologo, l'oncologo medico, il radioterapista, il fisiatra e l'oncopsicologo.

L'urologo in passato, ha sempre gestito come unica figura professionale la patologia tumorale prostatica. Negli ultimi anni, grazie alla sempre più definita standardizzazione della tecnica chirurgica, e grazie anche allo sviluppo tecnologico della chirurgia mininvasiva, si sono ampliate le indicazioni alla terapia chirurgica anche in casi di tumore più esteso laddove in passato si preferiva un trattamento meno risolutivo, ciò ha conseguentemente fatto registrare l'aumento di casi clinici che necessitano di terapie adiuvanti, ossia da effettuare dopo il trattamento chirurgico, sia di tipo farmacologico sia radioterapico. In mancanza di una unit, quindi di un diretto scambio di informazioni, nascono incomprensioni, legate alla inevitabile adesione dei singoli medici alle proprie specifiche competenze professionali, mancando così una visione di insieme che si traduce in definitiva una completa e migliore gestione del paziente.

### **Stakeholders del progetto**

Quindi è l'urologo che ricava il maggior beneficio dalla prostate unit, tuttavia l'oncologo medico viene coinvolto in un maggior numero di casi clinici, ritrovandosi a gestire un maggior numero di pazienti affetti da tumore alla prostata, patologia che in passato, come già detto era di esclusiva gestione dello specialista urologo.

L'evoluzione della tecnologia ha permesso lo sviluppo di tecniche di radioterapia sempre più precise e sempre meno radiotossiche, dalla gestione multispecialistica scaturisce un maggior numero di pazienti da sottoporre a tali trattamenti terapeutici di cui il radioterapista è garante.



L'apporto dello psicologo nella riabilitazione del paziente è talmente importante da aver fatto nascere recentemente la figura dell'oncopsicologo, professionalità necessaria al completo recupero psico fisico del paziente, se inserito nella unit ricava grande esperienza ed impiego assistenziale.

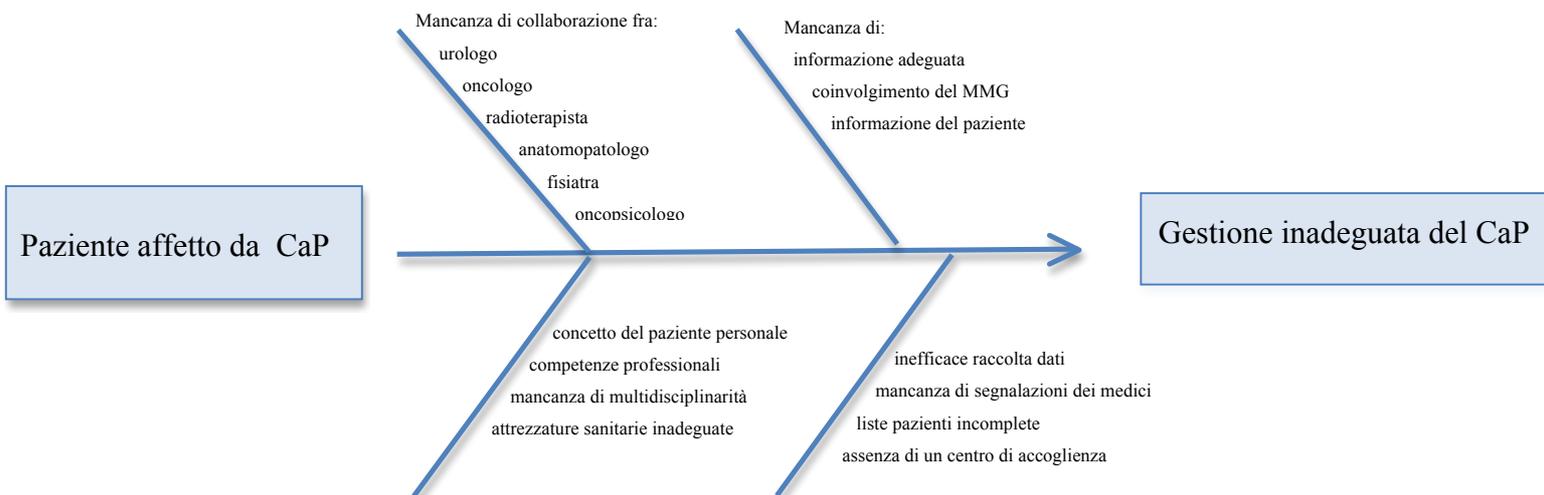
### Ipotesi strategica

La costituzione della Prostate Unit, segue ad un reclutamento delle professionalità coinvolte che l'urologo deve fare coinvolgendo nel progetto tutte le figure professionali necessarie.

Il direttore generale dell'azienda con il direttore sanitario, sono coinvolti nel progetto al fine di rendere fluida l'organizzazione della prostate unit che diventa motivo di buona gestione dei pazienti nonché fattore attrattivo all'interno della stessa azienda sanitaria.

Il progetto deve essere presentato in riunione preliminare con i sanitari interessati, il direttore generale e quello sanitario, laddove l'urologo espone i dati relativi ai risultati conseguiti nelle prostate unit esistenti in altre realtà e quindi definisce una ipotesi strategica adeguata.

Cause di una inadeguata gestione del Paziente affetto da CaP.



La struttura stessa della prostate unit prende corpo solo da un diretto coinvolgimento delle figure professionali, che devono dar prova di competenza oltre che di entusiasmo nella mission che è la più completa e corretta gestione del paziente affetto da CaP.



Corso di FM per DSC – Caltanissetta ed. 10 (n. E4354)

Non deve esserci la gestione del “paziente personale” del singolo sanitario, bensì di un gruppo di medici che fanno proprio il caso clinico e lo curano al meglio secondo le proprie competenze specifiche. Questo può in una certa misura, costituire un ostacolo alla nascita ed allo sviluppo del progetto, in quanto il dover gestire il caso clinico confrontando il proprio operato con quello di altri medici talvolta non è accettato da alcuni specialisti che invece preferiscono agire in completa libertà forti delle proprie convinzioni personali.

## **Obiettivi**

*Obiettivo finale:* a due anni dall'avvio della prostate unit, si avrà un incremento di oltre il 50 % del numero di ricoveri per il trattamento del CaP con la conseguente riduzione di mortalità specifica.

Di fatti la costituzione della prostate unit costituisce di per sé una forte attrattiva per l'utenza che manifesta reale interesse alle iniziative che mostrano maggiore cura della salute pubblica con progetti già noti e realizzati con successo nelle più moderne strutture sanitarie in linea con gli standard europei.

*Obiettivo strumentale/intermedio:* ad un anno dall'apertura della unit si valuterà, tramite questionario, l'indice di gradimento dell'iniziativa, sia da parte dei pazienti che da parte dei sanitari stessi, ottenendo un miglioramento della gestione della malattia pari all'80%.

Il paziente che afferrisce alla unit riceve dal sanitario la prescrizione delle indagini diagnostiche necessarie con la data di esecuzione della stessa, con questa automazione del percorso diagnostico si accorciano notevolmente i tempi di attesa del paziente, che giunge ad un trattamento terapeutico entro un mese dall'accesso alla unit. L'abbattimento delle liste di attesa è uno dei principali obiettivi delle amministrazioni sanitarie, oltre ad essere un importante indice di efficienza delle aziende si ripresenta come punto di forte richiamo per nuovi utenti.

Segue quindi lo step assistenziale dove il paziente viene seguito in un percorso riabilitativo atto a conservare la sua integrità psico fisica, ciò si traduce in una conseguenziale riduzione dei costi per l'acquisto di presidi e farmaci per la cura delle complicanze post trattamento.

Ancora una volta tale iniziativa assistenziale si individua nell'ottica sociale, quale grossa novità nei percorsi riabilitativi post trattamento di cui oggi il sistema sanitario nazionale è carente, determinando così un forte potere attrattivo verso l'azienda.



Corso di FM per DSC – Caltanissetta ed. 10 (n. E4354)

## PRESENTAZIONE DEGLI OBIETTIVI FINALI E INTERMEDI

OBIETTIVI	
<b>1. OBIETTIVO FINALE</b> “incremento del 50% del numero di ricoveri per CaP e conseguente riduzione della mortalità specifica”	
<b>1 A</b>	“riduzione delle liste d’attesa”
<b>1 B</b>	“percorso riabilitativo integrato”
<b>1 C</b>	“riduzione della spesa per l’acquisto di farmaci e presidi”
....	

### Piano operativo

A - Dapprima è indispensabile una riunione di arruolamento con le professionalità coinvolte nel progetto, si valuteranno gli aspetti relativi e specifici per ogni sanitario che esporrà, secondo le proprie esigenze professionali, una serie di modifiche e suggerimenti da apportare al progetto stesso. Al termine dell’incontro si otterrà una lista con i nomi dei sanitari responsabili delle singole sezioni della Unit che a loro volta eleggeranno un unico responsabile che ricoprirà il ruolo di coordinatore clinico e scientifico.



B - Appare quindi appropriato un programma di promozione per rendere nota la nascita della Prostate Unit, attraverso una corretta informazione con una sezione dedicata sul sito internet aziendale, laddove sarà presentata la funzione delle unit oncologiche presenti sul territorio ed una dettagliata definizione della prostate unit aziendale, fornendo il collegamento con i contatti diretti alla unit: e-mail, telefono e fax. A tal fine è necessario un incontro operativo con l'ufficio informatico dell'Azienda.

C – Attraverso un incontro con i medici di medicina generale va dato loro un accesso riservato al sito internet, dove avranno a disposizione una pagina web dove compilare una scheda di accesso aziendale dedicata per singolo paziente.

D - Viene adeguatamente formato il personale degli uffici di accettazione e di relazione con il pubblico, che deve essere in grado di soddisfare le richieste dei pazienti che vogliono afferire alla unit.

Tale percorso viene completato in 4 giorni lavorativi.

### **Piano operativo**

<i>1° giorno</i>	<i>2° giorno</i>	<i>3° giorno</i>	<i>4° giorno</i>
<b>Riunione di arruolamento</b>	<b>Programma promozionale con ufficio informatico</b>	<b>Incontro con i MMG</b>	<b>Formazione del personale di accettazione</b>

Il percorso clinico del paziente all'interno della prostate unit è suddiviso in tre steps principali: diagnostico, terapeutico e riabilitativo assistenziale.

Il paziente che esegue visita specialistica urologica a cui viene diagnosticato un tumore alla prostata viene inviato alla unit secondo le modalità di arruolamento previste.

1 step diagnostico: ottenuta la diagnosi dopo la visita dell'urologo, si giunge ad una decisione terapeutica ottenuta sulla base di un consulto multidisciplinare.

2 step terapeutico: si effettua il trattamento terapeutico stabilito.

3 step riabilitativo assistenziale: si assiste il paziente in un percorso riabilitativo post trattamento differenziato in base alle conseguenze secondarie al trattamento.



## Percorso clinico del paziente all'interno della Prostate Unit

<b>Descrizione Attività</b> <i>3 steps</i>	<b>Durata/Tempo</b> <i>Tempo di inizio e tempo di fine</i>	<b>Responsabilità</b> <i>Struttura/Attori</i>
1) step diagnostico	In 30 gg si giunge ad una diagnosi	Urologo, Anatomopatologo, Oncologo medico, Radioterapista
2) step terapeutico	Dal ricovero alla dimissione (media 5 gg)	Urologo Oncologo medico Radioterapista
3) step riabilitativo assistenziale	Dalla dimissione fino al 40° gg post trattamento	Fisiatra Andrologo Oncopsicologo
...	...	...

### Costi e risorse

Al fine di costituire la Prostate Unit, è necessario che essa non sia una iniziativa dei singoli ma piuttosto una unità sanitaria aziendale riconosciuta dalla direzione generale, quindi alla riunione iniziale di coordinamento è necessario che il direttore generale o un suo rappresentante oltre che il direttore sanitario, partecipino riportando eventuali modifiche e notifiche al progetto presentato. Tale incontro è della durata di due ore e coinvolge le otto professionalità della prostate unit.

Alla stessa riunione verrà presentato il nuovo portale internet all'interno del sito web aziendale, suddiviso in due parti.

Una aperta al pubblico attraverso la quale il paziente può conoscere la mission e la struttura della unit, può prenotare la prima visita ed in un'area riservata protetta da password, che verrà fornita dopo la prima visita, potrà usufruire di un'agenda personale dove verranno inseriti gli appuntamenti dei vari accessi alla struttura.



Corso di FM per DSC – Caltanissetta ed. 10 (n. E4354)

La parte riservata ai sanitari è il canale attraverso il quale tutti gli specialist della unit possono in tempo reale avere un veloce scambio di informazioni riguardanti i singoli casi clinici, tale strumento costituisce il reale mezzo attraverso cui è possibile la miglior gestione multidisciplinare della patologia.

Risulterebbe davvero lungo e dispendioso il percorso classico delle singole visite mediche specialistiche a cui dovrebbe poi far seguito un unico parere clinico, tuttavia va evitato l'eccesso di informatizzazione del paziente riservandogli l'incontro con il medico preposto dopo la decisione clinica multidisciplinare così ottenuta.

I corsi di aggiornamento si terranno per i MMG nel numero di 50 per corso per 6 edizioni con l'intento di divulgare la nascita dell'iniziativa informando i medici che si faranno latori del progetto ai pazienti loro assistiti.

Quindi è previsto che i membri sanitari della unit si riuniscano periodicamente ogni tre mesi, per aggiornare i propri dati clinici analitici sui risultati ottenuti al fine di modificare la linea gestionale della unità in caso di necessità.



Corso di FM per DSC – Caltanissetta ed. 10 (n. E4354)

### Tabella Costi e Risorse

Descrizione Attività	Risorse umane	Euro	Attrezzature Materiale	Euro	TOTALE
Riunione coordinamento e aggiornamento del sito internet aziendale	8 medici x 2 h e direzione generale	€ 50 x 8 medici x 2 = € 800	Cancelleria ed aggiornamento sito internet	€ 5.100	€900
Corsi di aggiornamento	50 MMG x 2 h (6 edizioni)	€300 x ogni medico docente (3 medici x edizione) = € 5.400	Affitto aula	€ 300 x edizione	€ 1800
			Noleggio attrezzature	€ 200 x edizione	€ 1.200
			Segreteria/Cancelleria	€ 100 x edizione	€ 600
Riunione periodica di aggiornamento dati ed	8 medici x 2 h		Cancelleria	€ 100	€900
<b>TOTALE</b>		<b>€ 6.200</b>		<b>€ 5.800</b>	<b>€ 5.400</b>



Corso di FM per DSC – Caltanissetta ed. 10 (n. E4354)

## **Gestione del rischio**

Il rischio di insuccesso della realizzazione di una prostate unit, risiede nella incompleta o totale incomprendimento da parte dell'azienda sanitaria e delle professionalità coinvolte, dei reali vantaggi che essa stessa può portare.

Gli specialisti possono correre il rischio di perdere la leadership sul paziente, difatti gestendo il caso clinico in equipe il paziente non ha più un unico referente bensì un gruppo di medici che gestiscono la sua malattia. A fronte di una relativa spersonalizzazione della gestione clinica del paziente, sarà lo stesso paziente ad accorgersi dei notevoli vantaggi ad essere gestito da più medici piuttosto che da un singolo elemento, ciò si traduce presto in una ancor più profonda fiducia nello specialista di riferimento.

Di contro se un paziente seguito all'interno della stessa struttura sanitaria laddove è presente una prostate unit, non dovesse essere inserito nel percorso diagnostico terapeutico della stessa unità, sarà lui stesso a chiederne di far parte, confidando in una più completa gestione della malattia.

Per evitare o limitare il verificarsi di tale evento è utile coinvolgere il maggior numero possibile di sanitari provvedendo, in caso ve ne fosse necessità, a colmare le eventuali lacune professionali dei singoli medici. Le riunioni periodiche risultano così aperte, quale momento di crescita professionale, a quei sanitari che ne sentano l'esigenza.

In definitiva il rischio relativo previsto è da individuarsi nella scarsa forza attrattiva che la unit riesce ad esercitare sui sanitari coinvolti, quindi una chiara e completa presentazione della unit alle figure sanitarie ed un protocollo di formazione continua nonché un progetto di investimento scientifico sui dati raccolti dalla unit in termini di pubblicazioni scientifiche, determinano un forte potere attrattivo di tipo professionale sui medici che fanno parte della prostate unit, divenendo essi stessi promotori oltre che membri operativi del progetto.



Corso di FM per DSC – Caltanissetta ed. 10 (n. E4354)

## **Monitoraggio e valutazione**

Nel corso dei primi due anni, sarà fondamentale una raccolta dati con analisi statistica dei risultati ottenuti, confrontandoli con gli stessi dati relativi allo storico del periodo pre prostate unit.

Verranno presi in considerazione il numero di pazienti afferiti alla struttura sanitaria con sospetta diagnosi di Cap, il numero di diagnosi positive per la malattia, il numero di trattamenti effettuati stratificati per tipo di procedura (chirurgica, medica o radioterapica), il numero di trattamenti combinati (chirurgico, medico e/o radioterapico) per le patologie di grado e stadio più avanzato, nonché i risultati in termini di guarigione.

Risulta altresì fondamentale il grado di soddisfazione del paziente e dei sanitari.

Tali valutazioni sono rilevabili tramite questionari facilmente somministrabili ai paziente su materiale cartaceo e/o informatico attraverso il portale web della unit, ed esclusivamente tramite l'area riservata al personale sanitario della prostate unit ai medici, che avranno inoltre una grande quantità di dati su cui poter sviluppare una fervida attività scientifica e di ricerca.

Difatti è necessaria una gestione informatica attraverso un software dedicato, della grande quantità di dati clinici che la stessa unit produce. Basti pensare ai numeri prodotti in fase di step diagnostico in relazione ai dati che emergono dallo step terapeutico e poi da quello riabilitativo. Indice di monitoraggio e valutazione facilmente deducibile da un'analisi statistica dei dati che devono essere inseriti in maniera corretta nel campo di raccolta dati a fine di poter produrre a richiesta una buona analisi statistica.

Si attende da tale verifica il raggiungimento dell'obiettivo principale, ossia l'incremento del 50% del numero di ricoveri per CaP e la conseguente riduzione della mortalità specifica.

Inoltre si attende un incremento della soddisfazione del paziente e dei sanitari, che individuano nella prostate unit un valido strumento alla miglior gestione del CaP da ambo le parti.



**CEFPAS**

Corso di FM per DSC – Caltanissetta ed. 10 (n. E4354)

**Tabella di monitoraggio e valutazione:**

<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>DATA DI VERIFICA</b>	<b>VALORE ATTESO</b>	<b>FONTE DEI DATI</b>
Incremento del 50% del numero di ricoveri per CaP	Punteggio riportato al questionario ad un anno dell'apertura della Prostate Unit  Punteggio riportato al questionario a 2 anni dell'apertura della prostate unit	01/01/2017 e 01/01/2018	50% in più	Questionari di valutazione dei sanitari e dei pazienti.  Dati clinici inseriti nel portale web
riduzione della mortalità specifica	Dati di dimissione ad un anno dall'apertura della prostate unit  Dati di dimissione a due anni dall'apertura della prostate unit	01/01/2017 e 01/01/2018	30% in meno	SDO di dimissione  Dati inseriti nel portale web
riduzione della spesa per l'acquisto di presidi e farmaci utili alla cura degli effetti collaterali al trattamento	spesa farmaceutica specifica dell'azienda sanitaria e del territorio di competenza	01/01/2018 e oltre	40% in meno	Farmacia dell'azienda e del territorio



Corso di FM per DSC – Caltanissetta ed. 10 (n. E4354)

## **Conclusioni**

La prostate unit costituisce uno strumento valido per il miglior trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo del paziente affetto da CaP, le evidenze scientifiche riportate in letteratura mondiale, hanno dimostrato come in gran parte del mondo laddove sono nate tali realtà, si è ridotta la mortalità cancro specifica, si è meglio gestita la patologia negli stadi non clinicamente significativi evitando trattamenti talvolta inutili ed invalidanti, così come si è ridotta la spesa sanitaria in termini di percorsi diagnostici e trattamenti terapeutici inappropriati, riducendo inoltre la spesa per l'acquisto di farmaci e presidi per la cura degli effetti collaterali ai trattamenti terapeutici effettuati. Non ultimo è risultato l'alto grado di soddisfazione dei sanitari e dei pazienti inseriti nel progetto, che vede, i primi elevati ad un buon livello di gestione clinica validata dai più importanti protocolli scientifici internazionali, supportati dalle linee guida delle più prestigiose società scientifiche mondiali, così inseriti nella pratica clinica validata ai più alti livelli di gestione; ed i pazienti che inseriti in un contesto di gestione clinica multidisciplinare possono avvalersi delle migliori cure possibili e del più completo percorso riabilitativo che si traduce nel miglior recupero della sua integrità psico-fisica



Corso di FM per DSC – Caltanissetta ed. 10 (n. E4354)

## Bibliografia

1 - Crit Rev Oncol Hematol. 2015 Aug;95(2):133-43. doi: 10.1016/j.critrevonc.2015.05.014. Epub 2015 Jun 5.

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

Valdagni R<sup>1</sup>, Van Poppel H<sup>2</sup>, Aitchison M<sup>3</sup>, Albers P<sup>4</sup>, Berthold D<sup>5</sup>, Bossi A<sup>6</sup>, Brausi M<sup>7</sup>, Denis L<sup>8</sup>, Drudge-Coates L<sup>9</sup>, De Santis M<sup>10</sup>, Feick G<sup>11</sup>, Harrison C<sup>12</sup>, Haustermans K<sup>13</sup>, Hollywood D<sup>14</sup>, Hoyer M<sup>15</sup>, Hummel H<sup>16</sup>, Mason M<sup>17</sup>, Mirone V<sup>18</sup>, Müller SC<sup>19</sup>, Parker C<sup>20</sup>, Saghatchian M<sup>21</sup>, Sternberg CN<sup>22</sup>, Tombal B<sup>23</sup>, van Muilekom E<sup>24</sup>, Watson M<sup>25</sup>, Wesselmann S<sup>26</sup>, Wiegel T<sup>27</sup>, Magnani T<sup>28</sup>, Costa A<sup>29</sup>.

2- Eur J Cancer. 2011 Jan;47(1):1-7. doi: 10.1016/j.ejca.2010.10.029. Epub 2010 Dec 1.

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

Valdagni R<sup>1</sup>, Albers P, Bangma C, Drudge-Coates L, Magnani T, Moynihan C, Parker C, Redmond K, Sternberg CN, Denis L, Costa A.

3- Curr Urol Rep. 2005 May;6(3):228-34.

Multidisciplinary management of prostate malignancy.

Basler JW<sup>1</sup>, Jenkins C, Swanson G.

4 - BJU Int. 2008 Mar;101 Suppl 2:2-4. doi: 10.1111/j.1464-410X.2007.07489.x.

How to implement the multidisciplinary approach in prostate cancer management: the Belgian model.

Van Belle S<sup>1</sup>.

5. Heidenreich A, Bellmunt J, Bolla M et al (2011) EAU guidelines on prostate cancer Part I. Eur Urol 59(1):61–71

6. Bellardita L, Donegani S, Spatuzzi A, Valdagni R (2011) Multidisciplinary versus one-on-one setting: a qualitative study of clinicians' perceptions of their relationship with patients with prostate cancer. J Oncol Pract 7(1):1–5

7. Gomella L, Lin J, Hoffman-Censis J et al (2010) Enhancing prostate cancer care through the multidisciplinary clinic approach: a 15-year experience. J Oncol Pract 6(6):5–10 16 S. Salciccia et al. 4. Van Belle S (2008) How to implement the multidisciplinary approach in prostate cancer management: the Belgian model. BJU Int 101(suppl 2):2–4

8. Montagut C, Albanell J, Bellmunt J (2008) Prostate cancer multidisciplinary approach: a key to success. Clin Rev Oncol Hematol 68S:32–36

9. Molyneux J (2001) Interprofessional teamworking: what makes teams work well? J Interprof Care 15:29–35

10. Borril C, West M, Shapiro D et al (2000) Team working and effectiveness in health care. Br J Health Care Manage 6:364–371

11. Magnani T, Valdagni R, Salvioni R, Villa S, Bellardita L, Donegani S, Nicolai N, Procopio G, Bedini N, Rancati T, Zaffaroni N (2012) The 6-year attendance of a multidisciplinary prostate cancer clinic in Italy: incidence of management changes. BJU Int 110(7):998–1003

12. Sommers BD, Beard CJ, D'Amico AV et al (2008) Predictors of patients preferences and treatment choices for localized prostate cancer. Cancer 113:2058–2067

13. Stewart SB, Bañez LL, Robertson CN, Freedland SJ, Polascik TJ, Xie D, Koontz BF, Vujaskovic Z, Lee WR, Armstrong AJ, Febbo PG, George DJ, Moul JW (2012) Utilization trends at a multidisciplinary prostate cancer clinic: initial 5-year experience from the Duke Prostate Center. J Urol 187(1):103–108



Corso di FM per DSC – Caltanissetta ed. 10 (n. E4354)

14. 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 (2012) Multidisciplinary care and pursuit of active surveillance in low-risk prostate cancer. *J Clin Oncol* 30(25):3071–3076
15. Moore MJ, O'Sullivan B, Tannock IF (1988) How expert physicians would wish to be treated if they had genitourinary cancer. *J Clin Oncol* 6:1736–1745
16. Fowler FJ Jr, McNaughton Collins M, Albertsen PC, Zietman A, Elliott DB, Barry MJ (2000) Comparison of recommendations by urologists and radiation oncologists for treatment of clinically localized prostate cancer. *JAMA* 283(24):3217–3222
17. Payne HA, Gillatt DA (2007) Differences and commonalities in the management of locally advanced prostate cancer: results from a survey of oncologists and urologists in the UK. *BJU Int* 99(3):545–553
18. Fennell ML, Das IP, Clauser S, Petrelli N, Salner A (2010) The organization of multidisciplinary care teams: modeling internal and external influences on cancer care quality. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2010(40):72–80
19. Basler JW, Jenkins C, Swanson G (2005) Multidisciplinary management of prostate malignancy. *Curr Urol Rep* 6(3):228–234
20. Wilt TJ, Ahmed HU (2013) Prostate cancer screening and the management of clinically localized disease. *BMJ* 346:f325
21. Valdagni R, Peter A, Bangma C et al (2011) The requirements of a specialist Prostate Cancer Unit: a discussion paper from the European School of Oncology. *Eur J Cancer* 47:1–7
22. Sciarra A, Barentsz J, Bjartell A, Eastham J, Hricak H, Panebianco V, Witjes JA (2011) Advances in magnetic resonance imaging: how they are changing the management of prostate cancer. *Eur Urol* 59(6):962–977
23. Picchio M, Giovannini E, Messa C (2011) The role of PET/computed tomography scan in the management of prostate cancer. *Curr Opin Urol* 21(3):230–236
24. Flessing A, Jenkins V, Cat S, Fallowfield L (2006) Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective? *Lancet Oncol* 7(11):935–943
25. Houssami N, Sainsbury R (2006) Breast cancer: multidisciplinary care and clinical outcomes. *Eur J Cancer* 42(15):2480–2491
26. Davies AR, Deans DAC, Penman I et al (2006) The multidisciplinary team meeting improves staging accuracy and treatment selection for gastro-esophageal cancer. *Dis Esophagus* 19 (6):496–503



Corso di FM per DSC – Caltanissetta ed. 10 (n. E4354)

## **Sitografia**

[www.mskcc.org](http://www.mskcc.org)

[www.europeanurology.com](http://www.europeanurology.com)

[www.unibo.it](http://www.unibo.it)

[www.univr.it](http://www.univr.it)

[www.hsr.it](http://www.hsr.it)

[www.registri-tumori.it](http://www.registri-tumori.it)

[www.ilgiornale.it](http://www.ilgiornale.it)

[www.healthdesk.it](http://www.healthdesk.it)

[www.panoramasanita.it](http://www.panoramasanita.it)

[www.italiasalute.it](http://www.italiasalute.it)

[www.fondazioneveronesi.it](http://www.fondazioneveronesi.it)