



ConiPatrocinio di



IL TEAM MULTIDISCIPLINARE NEL CARCINOMA DELLA PROSTATA

NEGRAR | 24 novembre 2016
Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria
SALA PEREZ

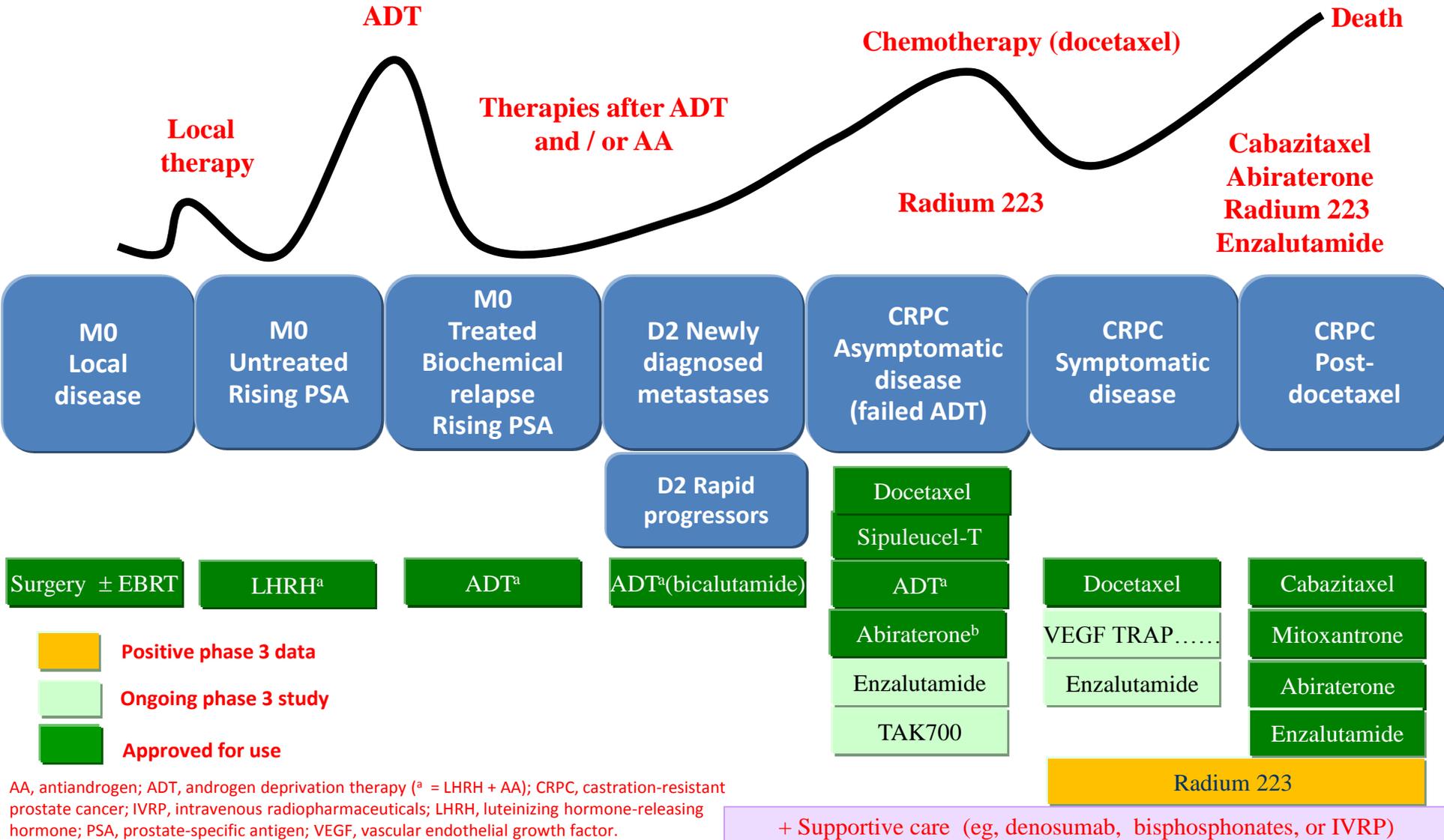
Il progetto TMD in Urooncologia
Giario Conti



team
multidisciplinare
uro-oncologico



Current Treatment Paradigm Is Evolving



AA, antiandrogen; ADT, androgen deprivation therapy (^a = LHRH + AA); CRPC, castration-resistant prostate cancer; IVRP, intravenous radiopharmaceuticals; LHRH, luteinizing hormone-releasing hormone; PSA, prostate-specific antigen; VEGF, vascular endothelial growth factor.

^bUS only.

Common LHRH therapies include leuprolide and goserelin; common ADT therapies include bicalutamide, flutamide, and nilutamide.



ELSEVIER

available at www.sciencedirect.com



journal homepage: www.ejconline.com



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

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

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

MDT now the standard of care in most western countries

- Canada: Quebec guidance since 1997
- US: MDT mandatory for accreditation of health centers delivering MDT cancer care
- UK: MDT grew from 20% to 80% between 1994-2004
- Ireland: MDT in operation for 15 years
- Belgium: mandatory by law since 2003 (with financial compensation)
- France: mandatory by law since 2003
- Germany: certified prostate cancer centers since 2008
- Spain: Spanish Health System priority since 2006

MDT & adherence to guidelines

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



Multidisciplinary Care and Pursuit of Active Surveillance in Low-Risk Prostate Cancer

Ayal A. Aizer, Jonathan J. Paly, Anthony L. Zietman, Paul L. Nguyen, Clair J. Beard, Sandhya K. Rao, Irving D. Kaplan, Andrzej Niemierko, Michelle S. Hirsch, Chin-Lee Wu, Aria F. Olumi, M. Dror Michaelson, Anthony V. D'Amico, and Jason A. Efstathiou

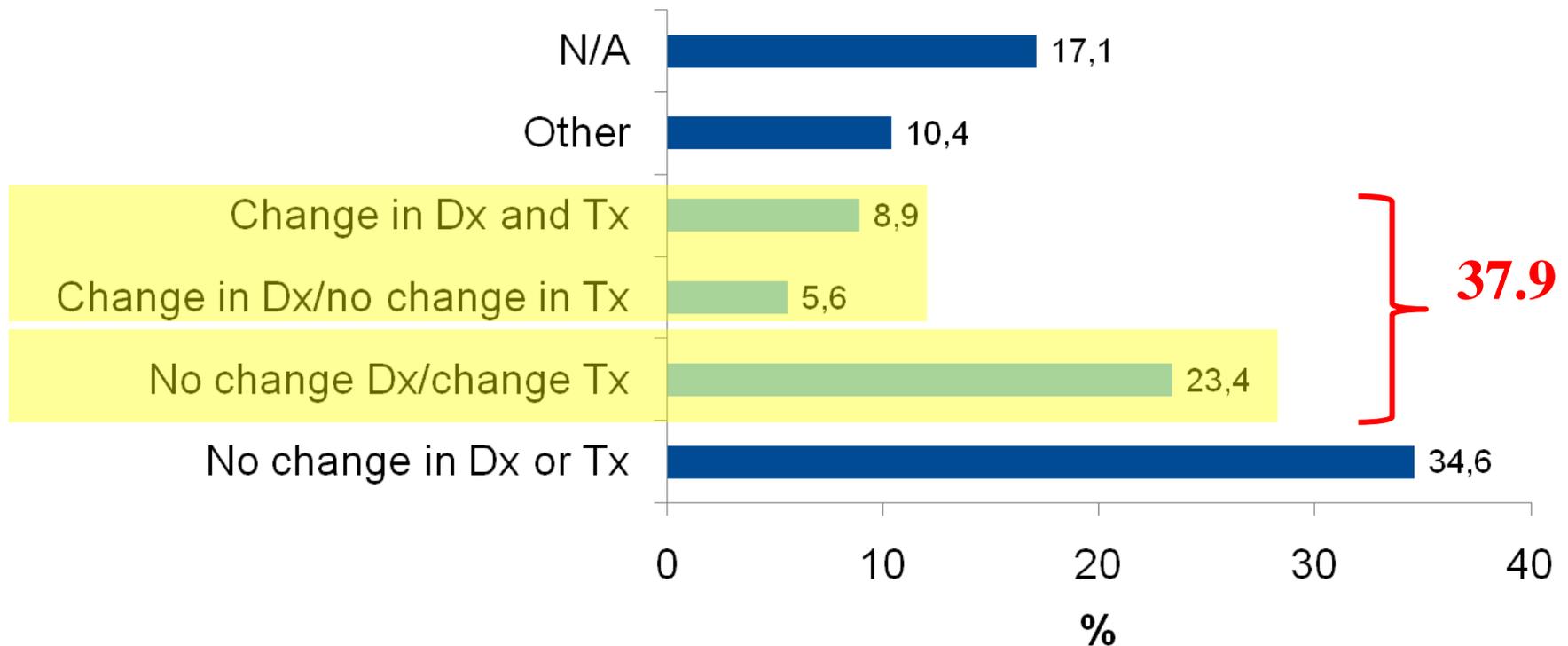
- Retrospective study; N=701 pts with $cT2b$, <math>GS<7</math>, <math>PSA<10</math> ng/ml PCa (2009)

	Multidisciplinary clinic (N=329)	Individual practitioners (N=462)	P-value
# physicians seen (N)	3.1	1.6	
# specialities seen (N)	2.8	1.4	
AS (%)	43	22	<math><0.001</math>
RP (%)	43	56	
EBRT (%)	7	11	
BrachyT (%)	7	10	

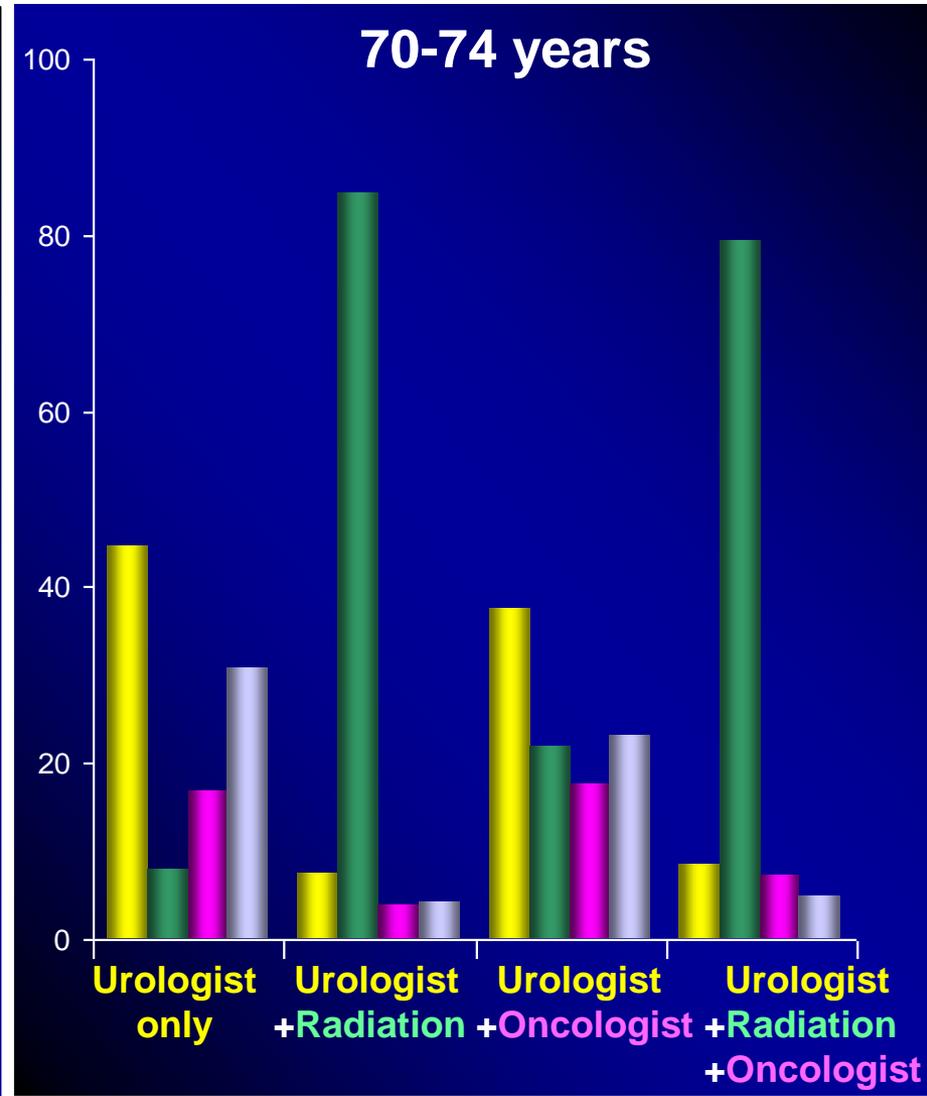
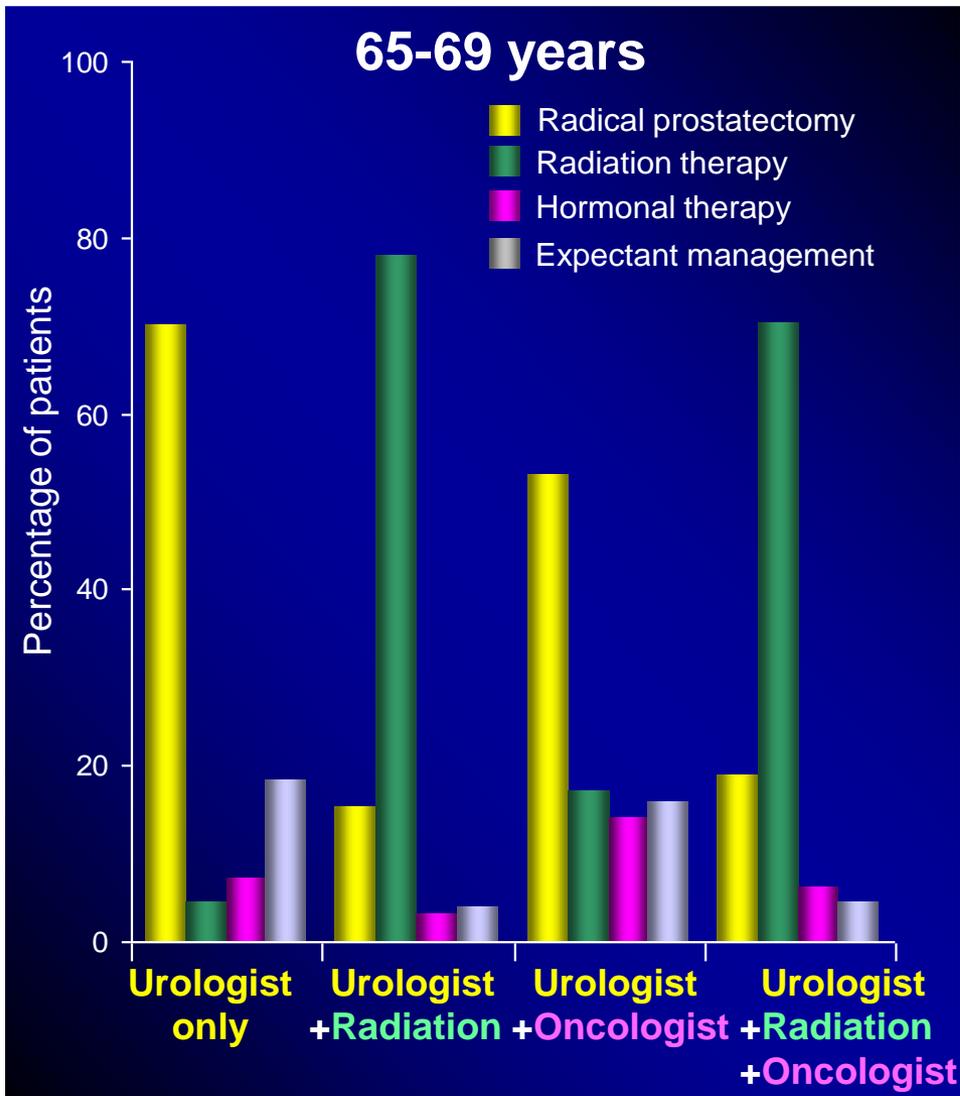
Multidisciplinary clinic: concurrent consultation with ≥ 2 of following: urologic oncologist, radiation oncologist, medical oncologist

A MDT approach influences diagnostic and treatment decisions

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



Strongest predictor of treatment is the type of specialist visited



Patient tailored approach



- Bidirectional
- Doctor discusses advantages and benefits
- Patient preference and “philosophy” is integrated
- Treatment that best fits patient disease and personal expectations

«The secret of the care of the patient is
in caring for the patient.»

Francis W. Peabody, Harvard University of Medicine, 1925

Enhancing Prostate Cancer Care Through the Multidisciplinary Clinic Approach: A 15-Year Experience

By Leonard G. Gomella, MD, Jianqing Lin, MD, Jean Hoffman-Censits, MD, Patricia Dugan, RN, Fran Guiles, RHIA, CTR, Costas D. Lallas, MD, Jaspreet Singh, DO, Peter McCue, MD, Timothy Showalter, MD, Richard K. Valicenti, MD, Adam Dicker, MD, and Edouard J. Trabulsi, MD

Kimmel Cancer Center, Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA

VOL. 6, ISSUE 6

NOVEMBER 2010

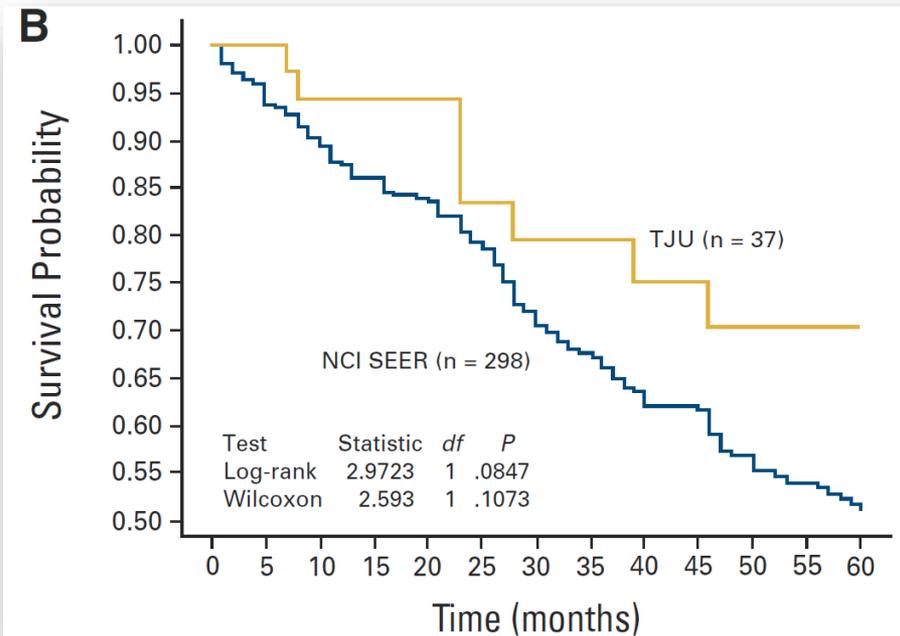
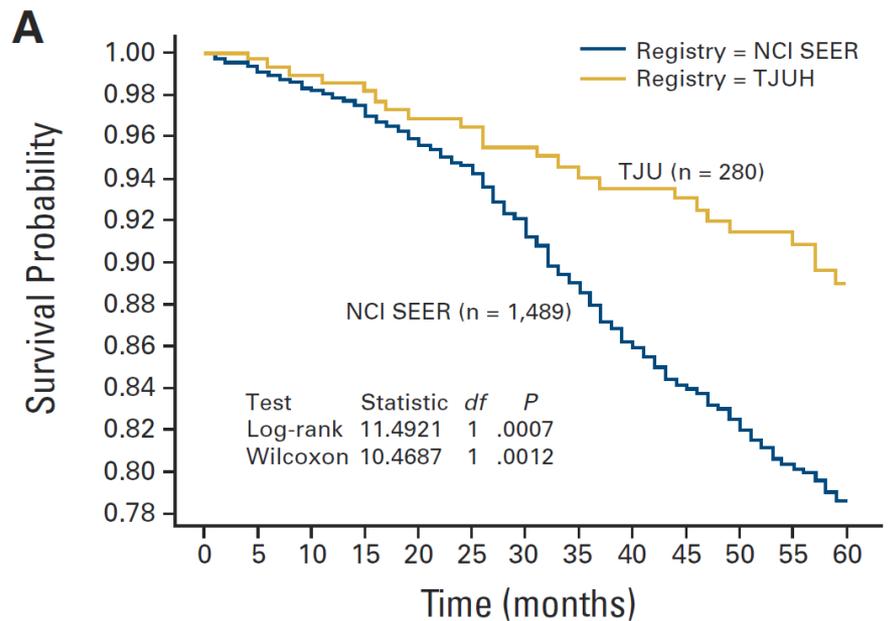


Figure 1. Kaplan-Meier survival of patients with newly diagnosed prostate cancer at the TJUH/KCC (1996-2008) and patients in NCI SEER (1997-2003). (A) Stage III (T3 N0 M0); (B) T4 N0 M0. TJUH, Thomas Jefferson University Hospital; KCC, Kimmel Cancer Center; NCI, National Cancer Institute; SEER, Surveillance,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

Enhancing Prostate Cancer Care Through the Multidisciplinary Clinic Approach: A 15-Year Experience

By Leonard G. Gomella, MD, Jianqing Lin, MD, Jean Hoffman-Censits, MD, Patricia Dugan, RN, Fran Guiles, RHIA, CTR, Costas D. Lallas, MD, Jaspreet Singh, DO, Peter McCue, MD, Timothy Showalter, MD, Richard K. Valicenti, MD, Adam Dicker, MD, and Edouard J. Trabulsi, MD

Kimmel Cancer Center, Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA



Table 2. Patient Satisfaction Survey Concerning the Multidisciplinary Clinic Experience: Percentage of “Good” and “Very Good” Responses

Survey Item	Percentage of Responses		
	Nov 2008 to Jan 2009	June 2009 to Sept 2009	Oct 2009 to Jan 2010
Waiting time for appointment	94	95	90
Explanation of what to expect	94	96	93
Waiting time in center	91	90	86
Treatment with respect and dignity	97	98	100
Treatment option explained by doctors	100	98	100
Likelihood of recommending	93	98	93

Enhancing Prostate Cancer Care Through the Multidisciplinary Clinic Approach: A 15-Year Experience

By Leonard G. Gomella, MD, Jianqing Lin, MD, Jean Hoffman-Censits, MD, Patricia Dugan, RN, Fran Guiles, RHIA, CTR, Costas D. Lallas, MD, Jaspreet Singh, DO, Peter McCue, MD, Timothy Showalter, MD, Richard K. Valicenti, MD, Adam Dicker, MD, and Edouard J. Trabulsi, MD

Kimmel Cancer Center, Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA

Conclusion: Our long-term experience suggests a benefit of the multidisciplinary clinic approach to prostate cancer, most pronounced for high-risk, locally advanced disease. A high level of satisfaction with this patient-centered model is seen. The multidisciplinary clinic approach to prostate cancer may enhance outcomes and possibly reduce treatment regret through a coordinated presentation of all therapeutic options. This clinic model serves as an interdisciplinary educational tool for patients, their families, and our trainees and supports clinical trial participation.



LA COMUNICAZIONE MEDICO-MEDICO

COME COSTRUIRE RELAZIONI EFFICACI
NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE URO-ONCOLOGICO
AL FINE DI MIGLIORARE L'ADERENZA ALLA TERAPIA*



15-16 SETTEMBRE 2014

MILANO

MICHELANGELO HOTEL

Piazza Luigi di Savoia, 6



The requirements of a specialist Prostate Cancer Unit: a discussion paper from the European School of Oncology
R. Valdagni et al. European Journal of Cancer 47 (2011), 1–7

- At least 90% of all cases referring to the Prostate Cancer Unit must be discussed:
 - cases in which the diagnosis is as yet uncertain;
 - cases in whom the diagnosis of cancer is confirmed and who may be considered for radical therapy or observational strategies;
 - all cases following surgery on receipt of the histopathology for discussion of further care;
 - and cases in follow-up after radical treatment or in the observational setting or who recently have undergone diagnostic investigations for possible symptoms/signs of recurrent or advanced disease.



Critical Reviews in Oncology/Hematology 95 (2015) 133–143



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

Riccardo Valdagni^{a,b,c,□}, Hendrik Van Poppel^d, Michael Aitchison^e, Peter Albers^f,
Dominik Berthold^g, Alberto Bossi^h, Maurizio Brausiⁱ, Louis Denis^{j,k},
Lawrence Drudge-Coates^l, Maria De Santis^{m,n}, Günther Feick^{j,o}, Chris Harrison^p,
Karin Haustermans^q, Donal Hollywood^{r,1}, Morton Hoyer^s, Henk Hummel^t, Malcolm Mason^u,
Vincenzo Mirone^v, Stefan C. Müller^w, Chris Parker^x, Mahasti Saghatchian^y,
Cora N. Sternberg^z, Bertrand Tombal^{aa}, Erik van Muilekom^{bb}, Maggie Watson^{cc},
Simone Wesselmann^{dd}, Thomas Wiegel^{ee}, Tiziana Magnani^b, Alberto Costa^a

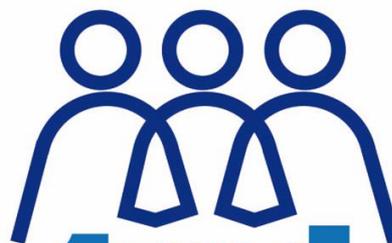




Associazione
Italiana
Radioterapia
Oncologica



CIPOMO
Collegio Italiano dei Primari
Oncologi Medici Ospedalieri



tmd

uro onco

team
multidisciplinare
uro-oncologico



GRUPPO 1 – FINALITÀ, OBIETTIVI E INDICATORI

GRUPPO 2 – REQUISITI MINIMI

GRUPPO 3 – ORGANIZZAZIONE DEL TUMOR BOARD

MULTIDISCIPLINARE

GRUPPO 4 – GESTIONE ECONOMICA

GRUPPO 5 – ASPETTI ISTITUZIONALI



Associazione
Italiana
Radioterapia
Oncologica



CIPOMO
Collegio Italiano dei Primari
Oncologi Medicali Oncologia





STATEMENT

Gli statement sono scaricabili dal sito www.overgroup.eu e dai siti delle Società Scientifiche coinvolte.



GRUPPO 1 - FINALITÀ, OBIETTIVI E INDICATORI

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



GRUPPO 2 – REQUISITI MINIMI

STATEMENT 1 - Requisiti generali

I TMD uro-oncologici devono prevedere personale ed infrastrutture adeguati a gestire i PDTA precedentemente definiti.



STATEMENT 2

Le società scientifiche coinvolte nella elaborazione di questo documento indicheranno i volumi minimi di attività necessari per ciascuna patologia uro-oncologica in base alle evidenze esistenti o, in assenza di evidenze, al consenso degli esperti.

STATEMENT 3

Un TMD deve 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 multi professionale che può essere coinvolto su richiesta del nucleo centrale.



STATEMENT 1

Modalità organizzative del tumor board multidisciplinare (TMD).

Va definita in maniera chiara ed esplicita l'organizzazione del TMD, declinandone tutti gli aspetti gestionali.

In questo senso , dopo , 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 di coordinamento organizzativo.

STATEMENT 2

Relazioni del tumor board 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.



INTRODUZIONE

- La revisione sistematica della letteratura ha permesso di raccogliere pochi studi, 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.
- Sono necessari studi di qualità metodologica più elevata concernenti gli aspetti economici della gestione TMD delle neoplasie urologiche.
- Pur con le limitazioni premesse, i dati della letteratura suggeriscono che I TMD, rispetto alla valutazione mono-specialistica, possano modificare il processo diagnostico-terapeutico in una buona percentuale di casi.
 - ✓ Neoplasia prostatica: fino al 20% dei casi
 - ✓ Neoplasia vescicale: fino al 22-40% dei casi
 - ✓ Neoplasia renale: fino al 17-35% dei casi



Kurpad R, et al. Urol Oncol 2011; 29: 378–382
Aizer AA, et al. J Clin Oncol. 2012 Sep
1;30(25):3071-6

STATEMENT 1

È ragionevole attendersi che il TMD, attraverso la definizione dei PDTA, determini un miglioramento dell'appropriatezza e qualità delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e di follow-up e possa avere un significativo impatto sulla riduzione dei relativi costi.



STATEMENT 01

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.



STATEMENT 02

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.





ANNO 2016

Il Team multi-disciplinare (TMD)

Premessa

A partire dalla primavera del 2015 le società scientifiche italiane correlate alla patologia neoplastica urologica (AIOM, AIRB, AIRO, AURO, CIPOMO, SIU, SIURO) hanno sentito la necessità di consorziarsi con la finalità di raggiungere un consenso sui team multidisciplinari di urologia oncologica.

Attraverso la raccolta delle evidenze disponibili, il parere di esperti in assenza di evidenze il lavoro di gruppo è stato raggiunto un consenso su un documento che definisce le caratteristiche essenziali di un team multidisciplinare uro-oncologico e sottolinea la necessità di implementare i percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA) per i tumori genito-urinari, ponendo le condizioni per i successivi passi di realizzazione degli stessi.

Il gruppo intersocietario ha l'ambizione di proporsi come interlocutore privilegiato delle istituzioni nazionali e regionali nella definizione dei requisiti minimi dei team multidisciplinari uro-oncologici, dei PDTA uro-oncologici, e degli indicatori di qualità .

Sostanzialmente, un TMD uro-oncologico deve concorrere 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).

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

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 PDTA per le singole patologie uro-oncologiche in base alle linee guida nazionali e/o internazionali, declinati nelle singole realtà locali.

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

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 PDTA dei pazienti con tumori urologici siano rappresentate nel TMD. 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 formalizzate istituzionalmente (teleconferenze, consulenze, formalizzazione di collaborazioni con altre realtà, ecc).

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

Requisiti generali per il personale afferente al TMD

È necessario prevedere un nucleo centrale multidisciplinare e multiprofessionale (core team) composto da almeno un urologo, un oncologo radioterapista, un oncologo medico . L'eventuale inclusione nel core team di altre figure professionali (ad esempio patologo, radiologo, psicologo, ecc.) è altamente auspicabile e la sua realizzazione nel tempo 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.

È necessario prevedere un nucleo multidisciplinare e multiprofessionale (non core team) composto da altre figure specialistiche chiamate a intervenire nel PDTA in particolari fasi di malattia: esperto di imaging, esperto in cure palliative e di supporto, riabilitatore-fisioterapista, geriatra, sessuologo, ecc.

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 (Valdagni et al, Crit Rev Oncol Haematol 2015)

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, hanno costituito il fondamento per la stesura di questo documento.

Come per altre nazioni europee (la Germania per esempio) suggeriamo di giungere a una implementazione graduale dei volumi indicati per consentire l'adeguamento delle strutture a quanto richiesto. A tale scopo verrà convocata una Consensus conference per il mese di dicembre del 2016 con il compito di formalizzare il lavoro preventivamente svolto a livello intersocietario.



Critical Reviews in Oncology/Hematology 95 (2015) 139–149



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

Riccardo Valdagni^{a,b,c,d}, Hendrik Van Poppel^d, Michael Aitchison^e, Peter Albers^f,
Dominik Berthold^g, Alberto Bossi^h, Maurizio Branziⁱ, Louis Denis^{j,k},
Lawrence Dudge-Coates^l, Maria De Santis^{m,n}, Günther Feick^{i,o}, Chris Harrison^p,
Karin Haustermans^q, Donal Hollywood^{r,1}, Morton Hoyer^s, Henk Hummel^t, Malcolm Mason^u,
Vincenzo Mirone^v, Stefan C. Müller^w, Chris Parker^x, Mahasti Saghatian^y,
Cora N. Sternberg^z, Bertrand Tombal^{aa}, Erik van Mulckom^{bb}, Maggie Watson^{cc},
Simone Wesselmann^{dd}, Thomas Wiegcl^{ee}, Tiziana Magnani^b, Alberto Costa^a

Estrapolando i dati salienti dalla pubblicazione citata, si sottolineano alcuni punti:

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

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

Il core team deve comprendere uno o più anatomopatologi dedicati all'uropatologia che devono dedicare almeno il 50% dell'attività all'uropatologia. E' auspicabile disporre di una banca dei tessuti.

Il non core team interviene in particolari fasi del PDTA ed è formato da:

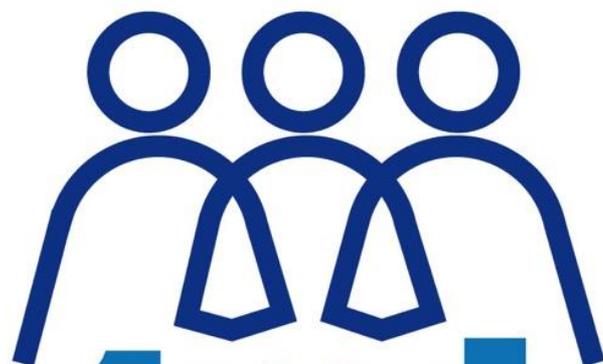
- Uno o più specialisti radiologi con esperienza significativa nell'imaging dell'apparato genito-urinario (TC, RM, ecografia sovrapubica e transrettale)
- Uno specialista medico nucleare con esperienza nell'interpretazione di scintigrafia ossea e PET/TC
- Uno specialista in medicina nucleare con esperienza nei trattamenti radiometabolici
- Uno o più esperti in fisica medica che effettuino la pianificazione del trattamento radioterapico e brachiterapico per il tumore prostatico
- Due o più tecnici di radioterapia che effettuino simulazioni e trattamenti del tumore prostatico
- Un servizio per le cure palliative e di supporto
- Uno psicologo clinico
- Uno o più fisioterapisti specificamente qualificati nell'effettuare interventi volti a ridurre le complicanze post-trattamento e a favorire la riabilitazione
- Un urologo esperto in andrologia, eventualmente 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 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

Tumore della vescica, del testicolo, del pene e del rene

Per le altre patologie tumorali genito-urinarie non esistono ad oggi dati solidi in letteratura né documenti analoghi a quello citato sopra per il tumore della prostata. Sarà argomento di discussione da parte delle Società scientifiche delle proposte di volumi di attività che siano applicabili alle diverse realtà presenti sul nostro territorio nazionale

Nr	Standard	Substandards	Tipo / tempistica	SI	NO
	Mandatory requirements- Critical mass	<ol style="list-style-type: none"> 1. European Prostate Cancer Units are structures managing sufficient volume of patients with on-site interdisciplinary and multiprofessional teams and infrastructures, 2. PCU need not necessarily be a geographically single entity (separate buildings with reasonable proximity) 3. If PCUs are organized as multiple entities in separate buildings, patients must be managed and followed up by a single interdisciplinary and multiprofessional team 4. Certified PCUs should be allowed to network and outsource services to complete the path of care 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – subito 2. Obbligatorio - subito 3. Obbligatorio - subito 4. Obbligatorio - subito 		
1	PCU curative and supportive care	<ol style="list-style-type: none"> 1. PCU'S should be able to provide interdisciplinary and multiprofessional curative and supportive care for patients across their prostate cancer pathway - from newly diagnosed through to advanced disease 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio - subito 		
2	PCU General recommendations	<ol style="list-style-type: none"> 1. PCU should provide interdisciplinary and multiprofessional continuous education on all aspects of prostate cancer care, including research, either for junior staff or for students or on a national or international basis. 2. The unit should actively aim to enroll patients in clinical trials and research 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio – un anno 2. Obbligatorio – un anno 		
3	Identified director or leader	<ol style="list-style-type: none"> 1. An identified director or leader (a MD or a PhD from any specialty of the core team, responsible for the coordination) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obbligatorio - subito 		



tmd

uro onco

team
multidisciplinare
uro oncologico



CONSENSUS CONFERENCE TMD

save the date

13-14 DICEMBRE 2016

MILANO

HOTEL HILTON
VIA LUIGI GALVANI 12