

20-22 SETTEMBRE 2023

BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

**7° Forum
Mediterraneo
2023 in Sanità®**

20-22 SETTEMBRE 2023
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

**7° Forum
Mediterraneo
2023 in Sanità®**

I PDTA e l'importanza del team multidisciplinare (TMD)

M. Ciccarese

@ForumRisk   www.forummediterraneosanita.it

PDTA –TMD

- perché è NECESSARIO
- perché NON è una copia delle linee guida
- Perché correla con la qualità e sicurezza
- I PDTA nel PON e nel Documento Agenas sul MTB
- Multidisciplinarietà e sopravvivenza del paziente (esito di salute)
- Verifica dell'attuazione degli obiettivi proposti-indicatori di rete

20-22 SETTEMBRE 2023
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

7° Forum
Mediterraneo
2023 in Sanità®

PDTA-Riferimenti normativi Ministero della Salute

DOCUMENTO TECNICO DI INDIRIZZO PER RIDURRE IL CARICO DI MALATTIA DEL CANCRO

Anni 2011-2013



Tabella 5.4 INNOVAZIONE IN ONCOLOGIA – LA RETE ONCOLOGICA

Azioni Programmatiche Triennio 2011 – 2013

- Definire i percorsi assistenziali programmati per le principali patologie e situazioni cliniche
- Assicurare la presa in carico del assistito nell'intero percorso assistenziale
- Assicurare la multidisciplinarietà dell'assistenza attraverso l'istituzione di gruppi specifici per patologia
- Favorire l'inserimento dei pazienti in programmi di ricerca clinica
- Promuovere la creazione di infrastruttura finalizzate alla ricerca clinica (ad esempio biobanche)
- Garantire equità all'accesso alle cure oncologiche a tutti i cittadini
- Definire percorsi di cura condivisi per specifiche patologie oncologiche (clinical pathways o PDTA)
- Sviluppare modelli organizzativi volto ad ottimizzare il coordinamento e l'integrazione dei percorsi di cura oncologici, riabilitativi, e di cure palliative, sulla base dei bisogni espressi dai pazienti
- Sperimentare sistemi di gestione innovativi basati sulla retribuzione di percorsi di cura, piuttosto che sulla singola prestazione.
- Definire una piattaforma condivisa di informazioni del paziente disponibili alle istituzioni / figure professionali coinvolte nell'assistenza: sistemi informativi, cartelle telematiche, linee guida, registri di patologia, ecc.
- Valorizzare le risorse del volontariato operativo a livello ospedaliero e sul territorio
- Creare un network delle Reti oncologiche regionali, Rete delle reti, la cui governance è demandata al Ministero della Salute

Presidente del Consiglio dei Ministri
CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 26 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e la Provincia autonoma di Trento e di Bolzano sul documento recante "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale".
Repertorio Atti n. 59/CSR del 17 aprile 2019

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Allegato 1: Revisione delle Linee guida organizzative e
delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che
integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con
l'attività territoriale

20-22 SETTEMBRE 2023
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

7° Forum
Mediterraneo
2023 in Sanità®

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

... alcune definizioni



- ❖ “strumento finalizzato sia al governo dei processi clinici ed organizzativi interni ad una struttura ospedaliera, che al miglioramento della fruibilità dell’iter affrontato dal paziente con patologia oncologica”.
- ❖ «**Migliore sequenza temporale e spaziale, organizzativa (risorse) possibile**, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione, delle attività da svolgere **per risolvere i problemi di salute del paziente**»
- ❖ “il perno su cui ruotano gli interventi trasversali delle diverse professionalità e specificità cliniche e costituisce il fulcro logistico e temporale per l’esito positivo del processo di cura”.

Contestualizzazione
linee guida

Interventi
trasversali e
simultanei
Sul paziente =
TMD


@ForumRisk   www.forummediterraneosanita.it

20-22 SETTEMBRE 2023
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

7° Forum
Mediterraneo
2023 in Sanità®




@ForumRisk   www.forummediterraneosanita.it



“Coinvolgimento dei pazienti, delle famiglie e della comunità nella promozione e nel miglioramento della sicurezza delle cure”

Documento di consenso

Settembre 2023



Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Rep. Atti n. 243/CSR del 3 dicembre 2009).

Rep. n. 233/CSR. Del. 2019/2018

7° Forum Mediterraneo 2023 in Sanità®

- ascolto del punto di vista dei pazienti mediante la partecipazione delle associazioni di pazienti e famigliari alla stesura, applicazione e monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) e dei percorsi clinico-assistenziali;

Criterio 6 APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA		
EVIDENZE	VALUTAZIONE QUANTITATIVA	
	Riferimenti ai documenti tipici attestanti le evidenze	
	Conformità	Non Conformità
	SI	NO
Requisito 6.1: Approccio alla pratica secondo evidenze scientifiche		
6.1.1 - R.O.P. Presenza e formalizzazione di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza in accordo con le previsioni del PDTA ospedaliero mammario ed in particolare con riferimento ai seguenti indicatori:		
a. discussione da parte del Team Multidisciplinare per almeno il 70% dei pazienti affetti alla S.U.		
b. esecuzione in fase diagnostica del triplice test (mammografia/ecografia/prelievo istologico) per almeno il 90% dei pazienti affetti alla S.U.		
c. disponibilità del referto istologico completo di immunohistochimica relativa a pazienti sottoposti a biopsia diagnostica, entro 20 giorni.		
d. proporzione di pazienti con RMN pre intervento > 20%.		
e. disponibilità del referto istologico completo di immunohistochimica relativa a pazienti operati radicalmente, entro 20 giorni.		
f. intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna entro i 30 giorni dell'insediamento in lista di attesa per almeno il 70% dei pazienti.		
g. il counselling fertilità proposto al 100% delle pazienti, quando indicato.		
h. pazienti under 40 sottoposti a counselling oncogenico e avvio a test genetico se indicato > 20%.		
i. pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni che hanno ricevuto un geriatric assessment > 60%.		
j. proporzione di pazienti con effettuazione dell'intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna entro 30 giorni del momento dell'insediamento in lista chirurgica > 20%.		
k. proporzione di pazienti che abbiano l'esame istologico comprensivo di immunohistochimica entro 20 gg dalla chirurgia radicale > 70%.		
l. proporzione di pazienti con carcinoma invasivo o T1S con un singolo intervento (esclusa la ricostruzione) > 90%.		
m. proporzione di pazienti con carcinoma invasivo a linfonodi ascellari clinicamente negativo (US+/ FNAC/DNB) con biopsia del linfonodo sentinella > 90%.		
n. proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansori/protesi nella stessa seduta dell'intervento demolitivo per tumore		

20-22 SETTEMBRE 2023
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

7° Forum
Mediterraneo
2023 in Sanità®



Allegato tecnico

"Istituzione dei Molecular Tumor Board e individuazione dei centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa Next Generation Sequencing (NGS)"

6. l'organizzazione dei percorsi dei campioni e delle reti dei laboratori di biologia molecolare in continuità con i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e dei Gruppi Multidisciplinari (GMD) di patologia nell'ambito delle Reti Oncologiche Regionali per garantire appropriatezza e equità nell'accesso ai test e alle terapie.

d. Individuazione dei percorsi di accesso ai test di primo e secondo livello identificati per i pazienti e relativi PDTA e, in collaborazione con la Rete Oncologica Regionale, la formulazione delle proposte e dei criteri per la definizione delle tariffe e/o della rimborsabilità da parte del SSR.

I PDTA regionali provvederanno all'implementazione dei criteri di accesso ai test diagnostici e ai farmaci secondo quanto definito nel presente Allegato tecnico.



20-22 SETTEMBRE 2023
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

7° Forum
Mediterraneo
2023 in Sanità®


Ministero della Salute

Piano Oncologico Nazionale:
documento di pianificazione e indirizzo
per la prevenzione e il contrasto del
cancro
2023-2027



	Regioni che hanno previsto dei PDTA o linee guida formalizzati a livello regionale
	Regioni che NON hanno previsto dei PDTA o linee guida formalizzati a livello regionale

Il Coordinamento della Rete Oncologica Regionale individuerà quali sono le patologie su cui produrre PDTA con ambiti di estensione Regionale, di Area Vasta, Città Metropolitana o Provinciale, in base a criteri di incidenza/prevalenza della patologia, criticità legate al percorso assistenziale o presenza di strutture e competenze adeguate.

Per la definizione di un PDTA, qualunque sia l'ambito, dovrà in ogni caso essere:

- ✓ nominato un gruppo di lavoro per la sua elaborazione;
- ✓ utilizzato un format predefinito (messo a disposizione dal coordinamento della rete oncologica-ematologica) contenente tutte le caratteristiche che il PDTA deve possedere in tutta la regione;
- ✓ identificato un coordinatore responsabile del PDTA.

Figura 4. Diffusione dei PDTA regionali (Fonte Rapporto Agenas sulle reti oncologiche, Anno 2020)

Ministero della Salute
Piano Oncologico Nazionale:
documento di pianificazione e indirizzo
per la prevenzione e il contrasto del
cancro
2023-2027

7° Forum
Mediterraneo
2023 in Sanità®

7° SETTEMBRE 2023
VILLA ROMANAZZI CARDUCCI



- ✓ Realizzare la multidisciplinarietà e multiprofessionalità;
- ✓ Prevedere la presenza del *case manager* per la guida del paziente lungo l'intero percorso;
- ✓ Definire le basi scientifiche e le evidenze disponibili (LG/raccomandazioni internazionali, nazionali o regionali) su cui fondare le scelte diagnostiche terapeutiche da adottare nei diversi snodi decisionali;
- ✓ Definire i criteri di appropriatezza per l'utilizzo delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche;
- ✓ Definire i criteri per l'eventuale centralizzazione di specifiche procedure, le modalità attraverso cui attuarla e quelle per il rientro del paziente al termine delle procedure stesse, secondo i principi di Hub & Spoke;
- ✓ Definire le condizioni e le modalità di interazione fra gruppi multidisciplinari dei centri Spoke e dei centri Hub, e viceversa;
- ✓ Prevedere modalità di gestione integrata del percorso assistenziale ospedale-territorio (per terapie orali, gestione delle tossicità, riabilitazione);
- ✓ Definire i criteri per l'affidamento dei pazienti a basso rischio ad un follow-up completamente territoriale;
- ✓ Definire le modalità organizzative per la gestione delle urgenze dovute alla patologia oncologica ed ematologica ed ai suoi trattamenti;
- ✓ Prevedere i criteri per l'avvio delle cure palliative precoci e simultanee, soprattutto per le patologie oncologiche con importanti co-patologie e/o con ridotta aspettativa di vita;
- ✓ Definire i criteri per il passaggio dalla terapia attiva alle terapie di supporto di fine vita;
- ✓ Prevedere le modalità per l'introduzione delle nuove tecnologie nella possibilità di monitorare i pazienti al loro domicilio;
- ✓ Prevedere le modalità di gestione degli aspetti di tipo socio-sanitario amministrativo che riguardano il paziente, semplificando le procedure burocratiche anche per l'ottenimento dei benefici in termini di invalidità (Legge 104, certificato oncologico telematico introduttivo per la procedura di invalidità, ecc.);
- ✓ Definire le modalità di relazione tra PDTA e sperimentazioni cliniche;
- ✓ Definire le modalità per l'aggiornamento ed il mantenimento delle competenze dei partecipanti;
- ✓ Garantire l'informatizzazione dell'intero PDTA, dal sospetto diagnostico al follow-up o alle cure palliative precoci o di fine vita;
- ✓ Definire gli indicatori di struttura, di organizzazione, di processo e di *outcome* necessari al monitoraggio del PDTA;
- ✓ Prevedere l'esecuzione di *Audit Periodici*.

•rapporti hub& spoke da ridefinire non esplorati
•valorizzazione del territorio
per la gestione dei pazienti

•Sviluppo della teleoncologia
•per la definizione dei contatti con i pazienti

•Attualizzazione dell'innovazione

•Audit periodici non altrimenti definiti...

@ForumRisk   www.forummediterraneosanita.it

20-22 SETTEMBRE 2023
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

7° Forum
Mediterraneo
2023 in Sanità®



Esempi di indicatori di Processo e di organizzazione

- ✓ indicatori per stimare l'incidenza e la prevalenza della condizione oggetto del PDTA
- ✓ percentuale di pazienti affetti dalla specifica patologia inseriti nel PDTA
- ✓ percentuale di pazienti valutati dal gruppo multidisciplinare
- ✓ indicatori di appropriatezza rispetto alle linee guida ed evidenze disponibili
- ✓ percentuale di pazienti del PDTA che entrano in studi clinici sperimentali profit o no profit
- ✓ indicatori temporali delle fasi significative del PDTA (es. dal sospetto diagnostico alla diagnosi finale, che non deve superare i 30 gg; dalla diagnosi alla terapia, sempre contenuta in 30 giorni; ecc.) e relativi standard attesi ed accettati
- ✓ indicatore di centralizzazione dei pazienti per procedure specifiche, dove previsto, sia puntuale che totale
- ✓ percentuale di accesso ai servizi di emergenza-urgenza da parte dei pazienti in carico al PDTA
- ✓ indicatori di coinvolgimento della Rete Cure Palliative
- ✓ percentuale di accesso alle cure palliative precoci (nei PDTA dove è previsto)
- ✓ percentuale di pazienti che ricevono terapie attive nell'ultimo mese di vita

Il team come elemento
qualificante e necessario

Pag. 51

Esempi di indicatori di esito:

- ✓ sopravvivenza, mortalità, mortalità post chirurgica, complicanze post-chirurgiche, durata dei vari trattamenti, intervallo libero tra trattamenti (*Patient Reported Outcomes Measures*), tossicità da trattamenti, qualità della vita (attraverso modalità validate di misurazione, come le scale ESAS e IPOS), rilevazione del dolore
- ✓ *customer satisfaction*
- ✓ indici di complessità clinica condivisi ed omogenei

20-22 SETTEMBRE 2023
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

7° Forum
Mediterraneo
2023 in Sanità®



Deliberati i PDTA:
Mammella
Colonretto
Polmone
Prostata
Utero

In corso di revisione:
Mammella-Utero
Esofago-stomaco
Tiroide

20-22 SETTEMBRE 2023
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

7° Forum
Mediterraneo
2023 in Sanità®



Allegato A

Proposta di PDTA regionale
Cr. POLMONE

Terminata revisione PDTA Polmone
Coordinatore D. Galetta, inviato al
Dipartimento per l'adozione con DGR

20-22 SETTEMBRE 2023
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

7° Forum
Mediterraneo
2023 in Sanità®



Allegato A
Proposta di PDTA regionale
Neoplasie Esocrine del Pancreas

Terminato PDTA pancreas
Coordinatore N. Silvestris
Inviato al Dipartimento per DGR

- Indice
1. Gruppo di lavoro - Premessa
 2. Il Team Multidisciplinare
 3. Sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici
 4. Il contesto Regionale
 5. Criteri di inclusione ed esclusione
 6. Il percorso del paziente: gli algoritmi
 7. La stadiazione
 8. Descrizione del percorso e terapia adiuvante
 9. Valutazione cito/histologica e molecolare
 10. Il trattamento adiuvante
 11. Il trattamento della malattia avanzata
 12. La Radioterapia
 13. Le cure palliative e il supporto psicologico
 14. Il follow-up post chirurgia
 15. Varie
 16. Consulenza genetica e melanoma familiare
 17. Prevenzione, screening e campagne educazionali
 18. Timing, struttura organizzativa e responsabilità
 19. Scheda matrice di responsabilità
 20. PDTA e Telemedicina
 21. Le Associazioni
 22. Monitoraggio e valutazione del PDTA
 23. Quadro normativo di riferimento e Bibliografia essenziale

Terminato PDTA melanoma
Coordinatore M.Guida
Inviato al Dipartimento per DGR

20-22 SETTEMBRE 2023
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

7° Forum
Mediterraneo
2023 in Sanità®

Coordinatore
G. Cormio



Deliberazione del Commissario Straordinario

N. _____ 195/2023

OGGETTO: Coordinamento Rete Oncologica Pugliese (Co.R.O.P.). Presa d'atto della nomina dei componenti del Gruppo di Patologia Interdisciplinare del PDTA per Carcinoma Ovarico.

L'anno 2023 il giorno 11 del mese di Agosto in Bari, nella sede della Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale,

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

- VISTA la Legge n. 241/1990 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e ss.mm.ii.;
VISTO il D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e ss. mm. ii.;
VISTO il D. Lgs. n. 165/2001 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e ss.mm.ii.;
VISTA la Legge n. 190/2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
VISTO il D. Lgs. n. 33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
VISTA la D.G.R. Puglia n. 1158 del 31/07/2015, recante "Adozione del modello organizzativo denominato Modello ambidestro per l'innovazione della macchina amministrativa regionale - MAIA. Approvazione atto di alta amministrazione";
VISTA la L.R. Puglia n. 29/2017 recante "Istituzione dell'Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S.)";
VISTA la D.G.R. Puglia n. 1069 del 19/06/2018, avente ad oggetto "Attuazione dell'art. 2 del Decreto del Presidente della Giunta Regionale del 31/08/2016 (n. registro 542). Attuazione Modello MAIA - Approvazione dell'Atto Aziendale e presa d'atto del finanziamento della dotazione organica dell'Agenzia Regionale strategica per la Salute ed il Sociale della Puglia (A.Re.S.S.);



Coordinatore
E. De Matteis

Deliberazione del Commissario Straordinario

N. _____ 196/2023

OGGETTO: Coordinamento Rete Oncologica Pugliese (Co.R.O.P.). Presa d'atto della nomina dei componenti del Gruppo di Patologia Interdisciplinare del PDTA per i Tumori Eredofamiliari.

L'anno 2023 il giorno 11 del mese di Agosto in Bari, nella sede della Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale,

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

- VISTA la Legge n. 241/1990 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e ss.mm.ii.;
VISTO il D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e ss. mm. ii.;
VISTO il D. Lgs. n. 165/2001 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze

PROPOSTA DI INDICATORI PDTA TUMORE POLMONARE REGIONE PUGLIA

	NOME	FASE/Episodio	FONTE	STANDARD	SIGNIFICATO	MODALITA' DI ESTRAZIONE (E) MODALITA' DI VERIFICA (V)
1	Pazienti sottoposti ad EBUS come primo esame diagnostico/totale dei pazienti con evidenza TC/PET di malattia con linfadenopatia ilare o mediastinica senza metastasi a distanza = valore standard > 90%	Programmazione iter diagnostico terapeutico	Linee guida AIOM 2021, PDTA Regionale	> 90%	Appropriatezza diagnostica e terapeutica	(E) database aziendali di ciascuna area vasta (V) Direttore di dipartimento chirurgico e/o Coordinatori del DiOnc
2	Intervallo temporale fra biopsia e refertazione istologica	Programmazione iter diagnostico terapeutico	PDTA Regionale	5 giorni	Tempestività del percorso diagnostico terapeutico	(E) Repository file degli hub all'interno dell'area vasta (V) Direttore Dipartimento chirurgico e/o Coordinatori del DiOnc
3	Pazienti sottoposti a chirurgia con evidenza prechirurgica di coinvolgimento linfonodale mediastinico di malattia e non discussi dal gruppo multidisciplinare	Trattamento chirurgico	Letteratura e Linee guida AIOM 2021	< 10%	Qualità del percorso	(E) Piattaforma CoreHealth (V) Aress Puglia
4	Pazienti con NSCLC non squamoso in stadio avanzato avviati a terapia di prima linea senza profilazione molecolare completa.	Terapia medica	Linee Guida AIOM 2021	< 10%	Appropriatezza del percorso e della cura	(E) Repository file hub NGS (V) Molecular tumour board Aress Puglia

Livello aziendale e dipartimentale

Livello governance /Dipartimento-Aress

Indicatori PDTA pancreas

Adeguatezza diagnostica del campione FNA in corso di EUS non inferiore all'80-85% della procedura eseguita.	Diagnosi	LG 2021 dell'European Society of Gastrointestinal Endoscopy	>85%	Adeguatezza del campione cito/istologico
Tasso di pancreatite post-ERCP	Trattamento	LG 2021 dell'European Society of Gastrointestinal Endoscopy	<10% dei pazienti	Qualità del trattamento
Tasso di corretto stenting delle stenosi biliari distali	Diagnosi/palcazione	LG 2021 dell'European Society of Gastrointestinal Endoscopy	>90%	Adeguatezza del trattamento
Rispetto dei requisiti minimi per il referto istologico	Diagnosi/intervento chirurgico	LG AIOM 2021	>80% dei pazienti	Adeguatezza del campione istologico
% pazienti che hanno avuto un ricovero entro 30 giorni dal trattamento.	Trattamento	Parere degli esperti	<10% dei pazienti	Qualità dell'intervento
Numero di recidive pancreatiche in 3 anni	Trattamento	Letteratura: Bassi C, Up date 2016	50 recidive di neoplasie pancreatiche	Quantità di interventi
% pazienti sottoposti a nuovo ricovero entro 30 giorni dal primo intervento	Trattamento	Sánchez-Valdovinos P, AnnSurg. 2019	<20% dei pazienti	Qualità del primo intervento
% mortalità entro trenta giorni dall'intervento	Trattamento	Sánchez-Valdovinos P, AnnSurg. 2019	<5% dei pazienti	Qualità del primo intervento
% mortalità entro novanta giorni dall'intervento	Trattamento	Sánchez-Valdovinos P, AnnSurg. 2019	<7.5% dei pazienti	Qualità del primo intervento
Durata media della degenza dopo l'intervento	Trattamento	Letteratura: Bassi C, Up date 2016	<20 giorni	Qualità del primo intervento
Presenza servizio endoscopia d'urgenza/emergenza per emorragie del tubo digerente	Trattamento	Letteratura: Bassi C, Up date 2016	Servizio reperibilità H24/7 giorni	Outcome di servizio
Presenza servizio radiologia interventistica	Trattamento	Letteratura: Bassi C, Up date 2016	Servizio reperibilità H24/7 giorni	Outcome di servizio
Tempo da referto istologico di campione chirurgico	Diagnosi stadiazione patologica	LG AIOM 2021	<20 giorni	Adeguatezza della stadiazione

34

Tempo da intervento a inizio chemioterapia adiuvante < 8 settimane	Trattamento	LG AIOM 2021	>90% dei pazienti	Appropriatezza inizio trattamento
Tempo da referto istologico di campione biptico (malattia localmente avanzata/metastatica)	Diagnosi stadiazione patologica	Parere degli esperti	<15 giorni lavorativi	Adeguatezza della stadiazione
% di pz con carcinoma localmente avanzato e metastatico che hanno ricevuto terapia primaria entro 15-20 giorni	Trattamento	LG AIOM 2021	>90% dei pazienti	Appropriatezza inizio trattamento
% di decesso di pz con carcinoma localmente avanzato e metastatico per effetti collaterali della terapia	Trattamento	LG AIOM 2021	<5% dei pazienti	Outcome oncologico
% di pz con carcinoma localmente avanzato e metastatico che sopravvivono più di 6 mesi	Trattamento	LG AIOM 2021	>70% dei pazienti	Outcome oncologico
% pz presi in carico per supporto/monitoraggio nutrizionale	Trattamento	Parere degli esperti	>60% dei pazienti	Appropriatezza della gestione della patologia
% pz in cure palliative domiciliari nei 90 giorni antecedenti al decesso	Trattamento	LG AIOM 2021 e Documento AIOM cure simultanee	>70% dei pazienti	Appropriatezza delle cure nella fase avanzata della malattia
% pz sottoposti ad intervento chirurgico nei 30 giorni antecedenti al decesso	Trattamento	Parere degli esperti	<10% dei pazienti	Appropriatezza delle cure nella fase avanzata della malattia
% di pz che hanno ricevuto chemioterapia nei 30 giorni prima del decesso	Trattamento	Parere degli esperti	<10% dei pazienti	Appropriatezza delle cure nella fase avanzata della malattia
% pz presi in carico dal TMD	Trattamento	LG AIOM 2021	>90% dei pazienti	Appropriatezza delle cure

20-22 SETTEMBRE 2023
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

7° Forum
Mediterraneo
2023 in Sanità®



Area oncologica					
Intervento per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	15.825	0,83	0,72	- 0,95	0,008**
Intervento per TM polmone: mortalità a 30 giorni	11.216	0,47	0,35	- 0,64	<0,001**
Intervento per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	5.961	0,77	0,66	- 0,90	0,001**
Intervento per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	3.331	0,74	0,59	- 0,92	0,007**
Intervento per TM retto: mortalità a 30 giorni	6.080	0,72	0,55	- 0,94	0,018**

20-22 SETTEMBRE 2023
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

7° Forum
Mediterraneo
2023 in Sanità®



.....

20-22 SETTEMBRE 2023
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

7° Forum
Mediterraneo
2023 in Sanità®



Can patients assess the quality of health care? (2006)
Patient feedback surveys are increasingly seen as a key component of monitoring and improving the quality of health care

← **BMJ** →

Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care (2014)




Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
Regione Puglia



80


Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

PUNTI DI FORZA

AREA B – MECCANISMI OPERATIVI

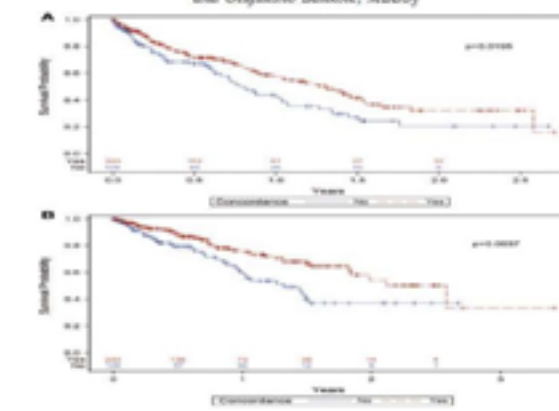
Si segnala che la ROR ha identificato i Centri di Senologia e prevede l'attivazione di una équipe multidisciplinare per la presa in carico della persona con diagnosi oncologica, in quanto oggi più che mai l'approccio al paziente oncologico coinvolge più discipline. Sono state definite linee guida e procedure per la valutazione iniziale multidisciplinare di ciascun paziente oncologico che comprendono la valutazione dei bisogni per la promozione della salute del paziente. Per quel che riguarda l'ambito della formazione esistono modalità di feedback all'organizzazione (professionisti, personale delle direzioni, personale del coordinamento, operatori) di quanto rilevato attraverso la valutazione dell'esperienza dei pazienti. Relativamente all'ambito dei sistemi informativi, vi è evidenza della presenza di un sistema efficace e riconosciuto di collegamento in rete (informatica) tra i diversi servizi e c'è evidenza dell'uso di un sistema standardizzato di codifica in linea con i sistemi riconosciuti a livello nazionale o internazionale (ad esempio, ICD e codici integrativi). Per quel che concerne l'ambito della comunicazione e trasparenza, si segnala che è attivo un sito internet della ROR e sono stati organizzati dalla rete oncologica eventi istituzionali di valore regionale o nazionale rivolti all'intero sistema.



Multidisciplinarietà nel carcinoma del polmone

Causes and Consequences of Deviation from Multidisciplinary Care in Thoracic Oncology

Raymond U. Ostragieghon, MBBS,* Gregory Phelps, MD,† Joshua McFarlane, MD,‡ and Obyeduro Bankole, MBBS§



J Thorac Oncol 2011

2011

Multidisciplinarietà nel carcinoma del polmone

RESEARCH ARTICLE
 Effects of Multidisciplinary Team Care on the Survival of Patients with Different Stages of Non-Small Cell Lung Cancer: A National Cohort Study

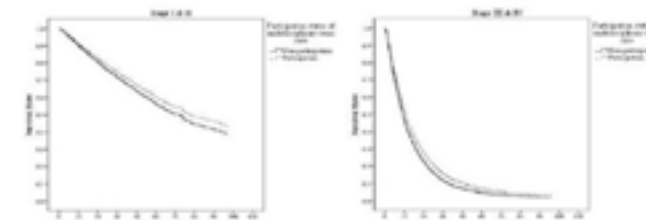


Table 4. MDT care affecting survival of patients at different stages.

Variables	Non-MDT		MDT		Cox model		
	N	%	N	%	Adj. HR*	95% CI	P value
Stage IIIA	3012	84.64	710	15.36	0.89	0.78-1.01	0.060
Stage IIIB/IV	24025	85.97	3902	14.03	0.87	0.84-0.90	<0.001

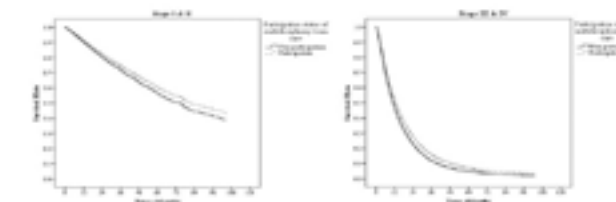
Event = Death

* The non-MDT group was



Multidisciplinary Team Care on Non-Small Cell Lung Cancer

2015



2020- III_IV stadio

Fig 1. Survival curves of NSCLC patients according to stages. The survival curves were controlled by gender, age, monthly salary, urbanization of residence area, CCI, catastrophic illness, level of hospital, ownership of hospital, annual service volume of hospitals and attending physicians. In stage I&II, there was no statistical significance in the survival rates between MDT participants and MDT non-participants (adjusted HR = 0.89, 95%CI: 0.78-1.01). In stage III&IV, the survival rates of MDT participants were significantly higher than those of MDT non-participants (adjusted HR = 0.87, 95%CI: 0.84-0.90).

doi:10.1371/journal.pone.0126547.g001

forummediterraneosanita.it

GLOBAL HEALTH

The Value and Future Developments of
Multidisciplinary Team Cancer Care

Peter Selby, MD, DSc¹; Raavan Popescu, MD²; Mark Lester, PhD, FRCPath³; Hugh Butcher, BSc, MSc⁴; and Alberto Costa, MD⁵

ABSTRACT

Multidisciplinary teams (MDTs) have been recommended as a key part of best cancer care for 25 years. Here, we set out the functions and approaches of MDTs and review their impact. Although the literature is patchy in quality, MDTs contribute to improving cancer care and outcomes. They must be well organized, efficient, and well led; work with sound and timely information; and communicate well within the team and with their patients. Patients need carefully prepared information to help them share in the decision-making process. MDTs will be improved by a series of ongoing innovative developments. Increasing information from molecular pathology will increase the precision of their decisions, although the technologies remain expensive and may not be accessible in all countries for some time. New point-of-care testing technologies will improve the quality and timeliness of testing. Good informatics is essential to deliver the information to patients and the MDT. MDTs should be research active, delivering clinical trials, and this should improve outcomes for all of their patients. Patient engagement and empowerment in MDTs should improve patient satisfaction and outcomes. Patient-reported outcome measures will improve MDTs' insights into their patients' problems and symptoms and can improve patient outcomes.

PRACTICAL APPLICATIONS

- MDTs caring for patients with cancer can improve patient outcomes by reviewing their organization, processes, and the quality of their decisions regularly and seeking to continuously improve their practice.
- MDTs caring for patients with cancer can improve patient outcomes by recruiting patients into a clinical trials portfolio.
- MDTs caring for patients with cancer can improve patient outcomes by updating their required inputs from molecular pathology each year.
- MDTs caring for patients with cancer can improve patient outcomes by having a policy for patient engagement in individual care and in policy development for the team.
- MDTs caring for patients with cancer can improve patient outcomes by exploring, initially in pilot form, the use of PROM data to assist in patient evaluation and monitoring.

remains tremendous worldwide. For example, it has been estimated that our failure to implement best practice has resulted in 50,000 to 100,000 avoidable deaths every year, even in Europe.⁵ We have estimated that using best practice could improve overall survival to 60% and that maintaining the momentum in existing cancer research programs could further improve that toward 70% long-term survival by 2035.⁴ Multidisciplinary care will be central to that effort.²

- Nuovi indicatori: numero di pazienti che in specifici setting sono inseriti nei clinical trials
- report mutazionale diventa cogente tanto quanto l'esame istologico tradizionale

20-22 SETTEMBRE 2023

BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

**7° Forum
Mediterraneo
2023 in Sanità®**

20-22 SETTEMBRE 2023
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

**7° Forum
Mediterraneo
2023 in Sanità®**

CALL TO ACTIONS

- Standardizzare le verifiche di attuazione dei PDTA a tutti i livelli della rete oncologica attraverso indicatori condivisi
- Dare attraverso l'attuazione e implementazione dei PDTA un periodico aggiornamento sulla tenuta del sistema rete
- Coinvolgere in maniera sempre più attiva le associazioni di volontariato operanti nel settore in forma organizzata e in contesti istituzionali
- Condividere le aree di criticità individuate con la governance sanitaria regionale
- Elaborare dei report di buona tenuta del patient journey nell'ottica di ottimizzare i processi trasversali incidendo il concetto di erogazione di prestazioni ma superandolo

@ForumRisk   www.forummediterraneosanita.it

Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

[Torna all'inizio](#)