

IL TUMORE DELLA PROSTATA IN LOMBARDIA

Dalla diagnosi alla cura: nuove speranze per i pazienti



PROSTATE CANCER UNIT: A CHE PUNTO SIAMO

Le linee guida europee, la situazione in Italia e in Lombardia

MARCO ROSCIGNO
ASST PAPA GIOVANNI XXIII
BERGAMO



Ospedale
di Bergamo



Regione
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII



Unione
europea

Il cancro è un problema sanitario complesso: richiede approcci multidisciplinari che spaziano dalla promozione della salute e prevenzione allo screening, alla diagnosi, al trattamento, alla riabilitazione e alle cure palliative.

EUROPEAN JOURNAL OF CANCER 44 (2008) 1457–1462



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,*}

Gouveia J, et al. *Eur J Cancer*. 2008;44(10):1457-1462.



European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC)

D1: Policy statement on multidisciplinary cancer care

January 2014

Nel 2009 la Comunità Europea lancia l'European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC)

- ❖ cambiamento di paradigma nella cura del cancro da una gestione focalizzata sulla malattia a un approccio incentrato sul paziente
- ❖ importanza di team multidisciplinari per un coordinamento ottimale tra i professionisti e la comunicazione con i pazienti

Multidisciplinary teams (MDTs) are an alliance of all medical and health care professionals related to a specific tumour disease whose approach to cancer care is guided by their willingness to agree on evidence-based clinical decisions and to co-ordinate the delivery of care at all stages of the process, encouraging patients in turn to take an active role in their care.

- ❖ L'European School of Oncology (ESO) avvia una **discussione sulla necessità e sui requisiti per l'istituzione delle PCU nella comunità uro-oncologica europea**, su riviste scientifiche e all'interno di società scientifiche nazionali e internazionali e nei gruppi di **advocacy**.



2011

European Journal of Cancer
Volume 47, Issue 1, January 2011, Pages 1-7



Current perspective

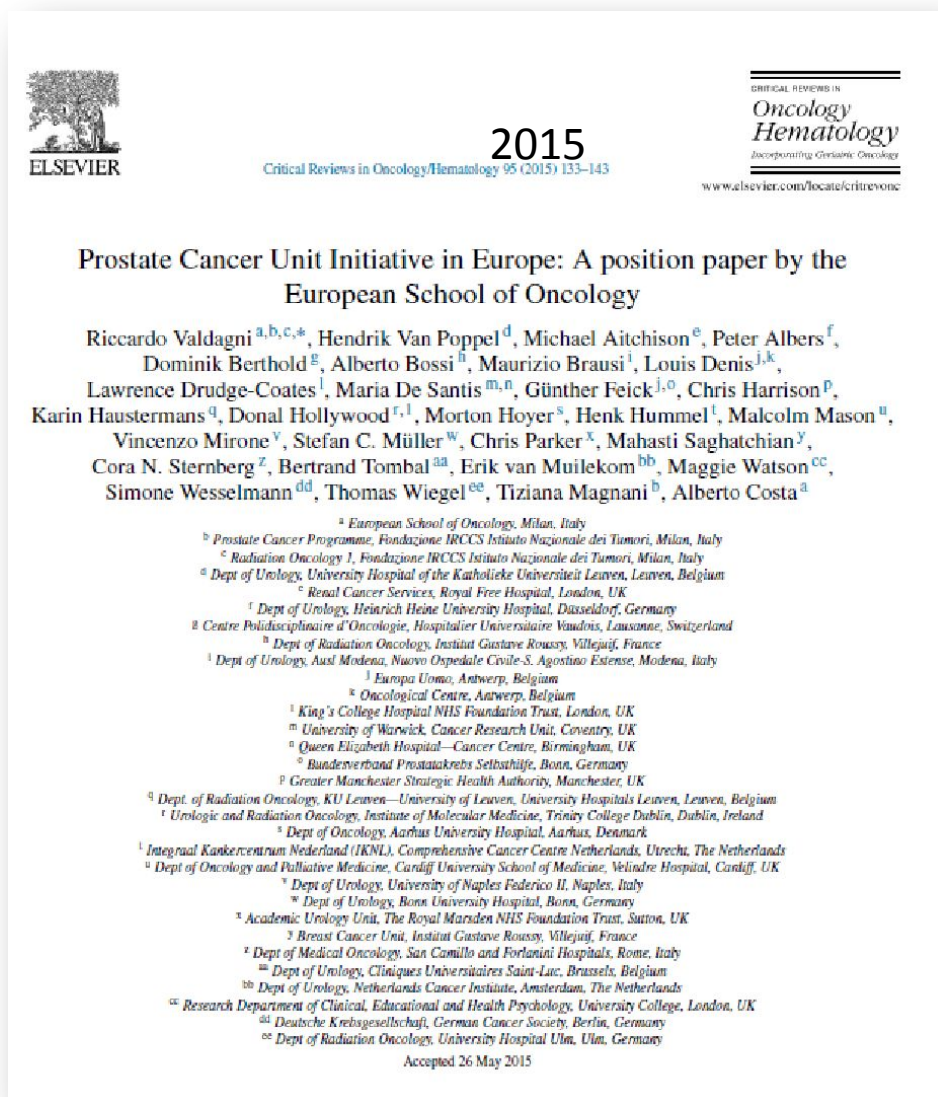
The requirements of a specialist Prostate Cancer Unit: A discussion paper from the European School of Oncology

Riccardo Valdagni ^{a b}  , Peter Albers ^c, Chris Bangma ^d,
Lawrence Drudge-Coates ^e, Tiziana Magnani ^b, Clare Moynihnan ^f, Chris Parker ^g,
Kathy Redmond ^a, Cora N. Sternberg ^h, Louis Denis ⁱ, Alberto Costa ^a

Perché la multidisciplinarietà nel carcinoma della prostata?

- Molteplici trattamenti oncologici disponibili che richiedono competenze afferenti a specialità diverse: chirurgia, radioterapia esterna, brachiterapia, terapia ormonale, chemioterapia, terapia radiometabolica,
- Diverse alternative di trattamento in alcuni scenari clinici con profili di effetti collaterali diversi (es. sorveglianza attiva, chirurgia, radioterapia), trattamenti di combinazione o multimodali
- Trattamenti integrati
- Metodiche di imaging avanzato che richiedono expertise specifici (es. risonanza magnetica multiparametrica; TC-PET PSMA)
- Aspetti psico-relazionali legati alla malattia e alle cure
- Cure di supporto per il trattamento dei sintomi legati alla malattia o agli effetti collaterali delle terapie, trattamenti di riabilitazione
- Prevenzione e diagnosi precoce della malattia

La Prostate Cancer Unit - modello di attuazione della multidisciplinarietà



- Una task force di opinion leader, rappresentanti di società scientifiche e associazioni dei pazienti definiscono standard e raccomandazioni per la creazione delle PCU.

- Il position paper descrive criteri obbligatori e opzionali, applicabili nella maggior parte dei paesi europei.

La Prostate Cancer Unit - modello di attuazione della multidisciplinarietà



2015

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

CRITICAL REVIEWS IN
Oncology
Hematology
Incorporating Geriatric Oncology

www.elsevier.com/locate/critrevonc

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

^a European School of Oncology, Milan, Italy

^b Prostate Cancer Programme, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milan, Italy

^c Radiation Oncology 1, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milan, Italy

^d Dept of Urology, University Hospital of the Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, Belgium

^e Renal Cancer Services, Royal Free Hospital, London, UK

^f Dept of Urology, Heinrich Heine University Hospital, Düsseldorf, Germany

^g Centre Polidisciplinaire d'Oncologie, Hôpital Universitaire Vaudois, Lausanne, Switzerland

^h Dept of Radiation Oncology, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France

ⁱ Dept of Urology, AUSL Modena, Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense, Modena, Italy

^j Europa Uomo, Antwerp, Belgium

^k Oncological Centre, Aarwerp, Belgium

^l King's College Hospital NHS Foundation Trust, London, UK

^m University of Warwick, Cancer Research Unit, Coventry, UK

ⁿ Queen Elizabeth Hospital—Cancer Centre, Birmingham, UK

^o Bundesverband Prostatekrebs Selbsthilfe, Bonn, Germany

^p Greater Manchester Strategic Health Authority, Manchester, UK

^q Dept. of Radiation Oncology, KU Leuven—University of Leuven, University Hospitals Leuven, Leuven, Belgium

^r Urologic and Radiation Oncology, Institute of Molecular Medicine, Trinity College Dublin, Dublin, Ireland

^s Dept of Oncology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark

^t Integraal Kankercentrum Nederland (IKCN), Comprehensive Cancer Centre Netherlands, Utrecht, The Netherlands

^u Dept of Oncology and Palliative Medicine, Cardiff University School of Medicine, Velindre Hospital, Cardiff, UK

^v Dept of Urology, University of Naples Federico II, Naples, Italy

^w Dept of Urology, Bonn University Hospital, Bonn, Germany

^x Academic Urology Unit, The Royal Marsden NHS Foundation Trust, Sutton, UK

^y Breast Cancer Unit, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France

^z Dept of Medical Oncology, San Camillo and Forlanini Hospitals, Rome, Italy

^{aa} Dept of Urology, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Brussels, Belgium

^{bb} Dept of Urology, Netherlands Cancer Institute, Amsterdam, The Netherlands

^{cc} Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College, London, UK

^{dd} Deutsche Krebsgesellschaft, German Cancer Society, Berlin, Germany

^{ee} Dept of Radiation Oncology, University Hospital Ulm, Ulm, Germany

Accepted 26 May 2015

PCU core team: urologist

- Two or more urologists specially trained in prostate disease diagnosis and treatment
- At least 50 radical prostatectomies per year per unit
- Spending approximately 50% or more of their working time in prostate disease
- Contractual sessions should be guaranteed to attend clinics, interdisciplinary and multiprofessional team meetings and audit meetings

PCU core team: radiation oncologist

- Two or more specialized radiation oncologists specially trained in prostate cancer radiotherapy or brachytherapy
- At least 50 treatments (radical or adjuvant) per year per PCU delivered either with external radiotherapy or brachytherapy (HDR or LDR)
- Spending approximately 50% or more of their working time in prostate cancer (for both ERT and BCT)
- Contractual sessions should be guaranteed to attend clinics, interdisciplinary and multiprofessional team meetings and audit meetings

PCU core team: medical oncologist

- Two or more specialized medical oncologists or specialists in internal medicine, haematology and oncology, specially trained in the treatment of prostate cancer
- Seeing at least 50 prostate cancer patients per year
- Spending approximately 50% or more of their working time with men with prostate cancer
- Contractual sessions should be guaranteed to attend clinics, interdisciplinary and multiprofessional team meetings and audit meetings

PCU core team: pathologist

- One or more pathologists in charge of uropathology, responsible for prostate disease
- Contractual sessions should be guaranteed to attend interdisciplinary and multiprofessional team meetings when requested and audit meetings
- Devoting at least 50% of the working time to uropathology

The European Prostate Cancer Centres of Excellence: A Novel Proposal from the European Association of Urology Prostate Cancer Centre Consensus Meeting

Manfred Wirth^a, Nicola Fossati^{b,*}, Peter Albers^c, Chris Bangma^d, Maurizio Brausi^e, Eva Comperat^f, Sara Faithfull^g, Silke Gillesen^h, Barbara Alicja Jereczek-Fossaⁱ, Ken Mastris^j, Nicolas Mottet^k, Stefan C Müller^l, Bradley Pieters^m, Maria J Ribalⁿ, Vijay Sangar^o, Ivo G Schoots^p, Vitaly Smelov^q, Luzia Travado^r, Riccardo Valdagni^s, Simone Wesselmann^t, Thomas Wiegel^u, Hendrik van Poppel^v

EUROPEAN UROLOGY 76 (2019) 179–186



Metodologia: Consensus conference promossa dalla Società Europea di Urologia, con la partecipazione delle **società oncologiche europee** delle singole specialità

Goal: **applicabilità** dei criteri nella **pratica clinica di routine** e in **differenti contesti** in **tutti i paesi** europei

Requisiti raggruppati in 3+1 steps

1. Step clinico:

- core team
- servizi associati
- approccio multidisciplinare,
- percorsi diagnostici,
- percorsi terapeutici

2. Step di ricerca:

- monitoraggio interno degli outcome (database, data manager)
- Attività scientifica

3. Step di formazione: fellowship

4. Controlli di qualità: requisiti per ciascuno dei 3 step

The European Prostate Cancer Centres of Excellence: A Novel Proposal from the European Association of Urology Prostate Cancer Centre Consensus Meeting

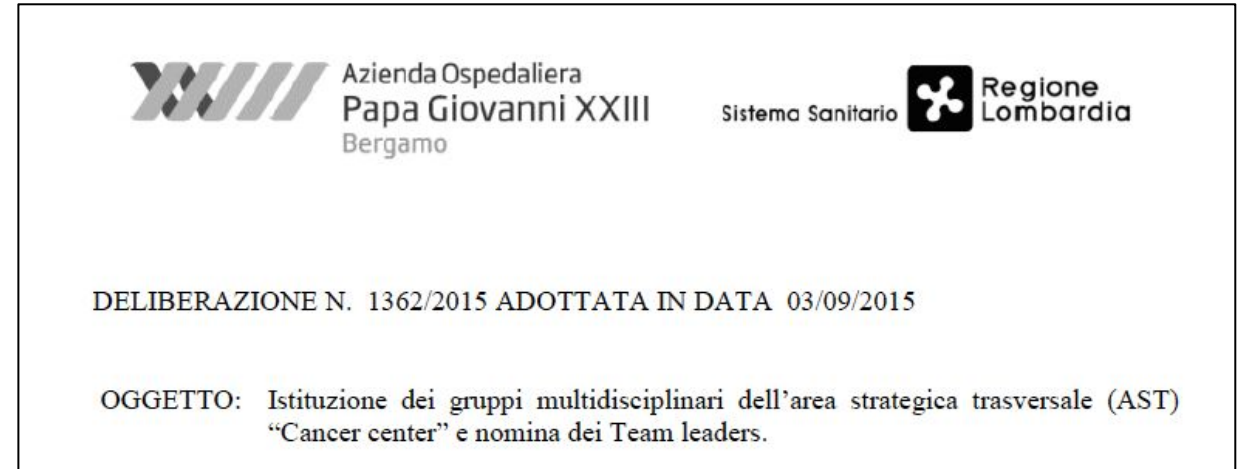
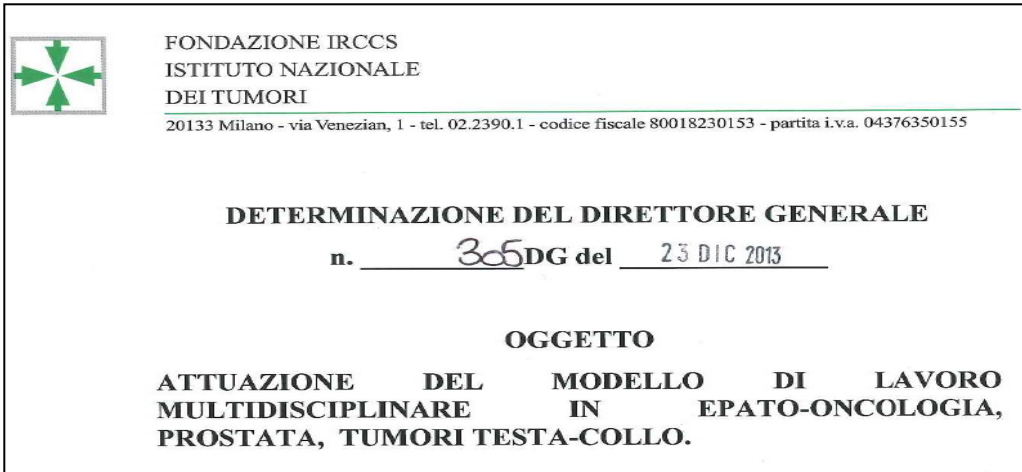
Table 1 – General requirements for the clinical step (first step)		
No.	Quantity criteria	
1	Core team	
	-Urologist	-Two or more urologists sp
	-Radiation oncologist	-Two or more specialised r
	-Medical oncologist	-Two or more specialised n
	-Pathologist	-One or more pathologists
	-Radiologist	-One or more radiologists i
	-Nuclear medicine physicians	-One or more nuclear med
2	Associated services	
	-Nurse	-One or more nurses dedic
	-Psychologist/psychiatrist	-One or more clinical psych
		with experience in uro-on
	-Geriatrician	-One or more geriatricians
	-Physiotherapist	-One or more physiotherap
	-Sexual therapist or urologist	-One or more sexual theraj
	trained in andrological urology,	andrologists available for p
	or certified andrologist	incorporating the needs of
	-Palliative care specialists	-Available for patients with
3	Multidisciplinary approach	
	-Leader	-An identified director or le
	-Counselling	-Patients should be offered
	-Tumour board evaluation	-Periodical multidisciplinary
		reported or discussed
	-Morbidity and mortality meetings	-Periodical multidisciplinary meetings, at least one per month
4	Diagnostic pathway	
	-Consultations	-At least 500 consultations performed for prostate cancer per year; consultation is defined by a new treatment plan; follow-up consultations are excluded
	-Prostate biopsy	-At least 200 prostate biopsies performed per year
	-mpMRI	-At least 300 mpMRI scans performed per year
5	Therapeutic pathway	
	-Treatment	-At least 500 patients treated per year, regardless of treatment proposed (active surveillance, focal therapy, radical prostatectomy, radiation therapy, or systemic therapies)

Table 4 – Quality criteria

No.	Quality criteria	Requirements
1	Clinic	A—Data system available for periodical quality control of: -Pathological outcomes -Oncological outcomes -Functional outcomes -Patient-reported outcomes -Internal audit: every 3 mo -External audit: every 1 yr B—2 wk time for pathological report C—Clearly defined follow-up protocols for active surveillance, and radical and palliative treatments
2	Research	D—Data system available for periodical quality control of clinical data: -Missing data -Follow-up data -Correlation between tumour characteristics and oncological outcomes (double check system) E—Grants and funding: periodical report F—At least three publications, focused on prostate cancer, per year in peer-reviewed journals, where the institution represents the affiliation of the first or the senior author; sum of the impact factors of the journals of the three or more publications should be 5.0 or more
3	Education	G—Certified curricula H—FEBU examination

FEBU = Fellow of the European Board of Urology.

Prostate Cancer Unit: Modelli a confronto



Descrive il **modello organizzativo per la gestione multidisciplinare dei pazienti con diagnosi di cancro della prostata** in tutti gli stati di malattia, dalle nuove diagnosi alle forme avanzate.

Il modello organizzativo è definito **Prostate Cancer Unit**.

Il documento formalizza la partecipazione delle **professionalità coinvolte** nei **processi diagnostici terapeutici e assistenziali (PDTA)** e descrive le **attività** cliniche programmate.



Personale della PCU

Core Team

Urologi
Oncologi Radioterapisti
Oncologi Medici
Psicologi
Anatomopatologi
Infermiere

Non Core Team

Fisici Medici
Medici Nucleari
Radiologi
Riabilitatori
Specialisti delle Terapie
di Supporto e Palliative

Team di Progetto

Project manager
Segretaria pazienti
Segreteria scientifica

Clinical trial manager
Data entry

Team Ricerca Preclinica

Ricercatori
Supporto alla
ricerca

Sistema Socio Sanitario



Fondazione IRCCS
Istituto Nazionale dei Tumori



Regione
Lombardia

IL TEAM

- La PCU è composta da tutti i professionisti dell'AO Papa Giovanni XXIII che sono specializzati nel trattamento del TM della prostata.
- Il **CORE TEAM** è composto da:
 - 1 urologo referente + altri 3 urologi dedicati
 - 1 radioterapista referente + 1 altro radioterapista dedicato
 - 1 anatomopatologo specializzato in tumori prostatici (Uro-patologo)
 - 1 o più oncologi specializzati in tumori prostatici
 - 1 case manager
 - 1 radiologo
 - 1 medico nucleare



Ospedale
di Bergamo



Regione
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

Attività clinica multidisciplinare: INT

Visite Multidisciplinari

Partecipanti: paziente con Urologo, Oncologo Radioterapista e Psicologo; Oncologo Medico on-demand.

Attività: Prima visita e visita di ridefinizione del piano terapeutico



Discussione collegiale dei casi clinici

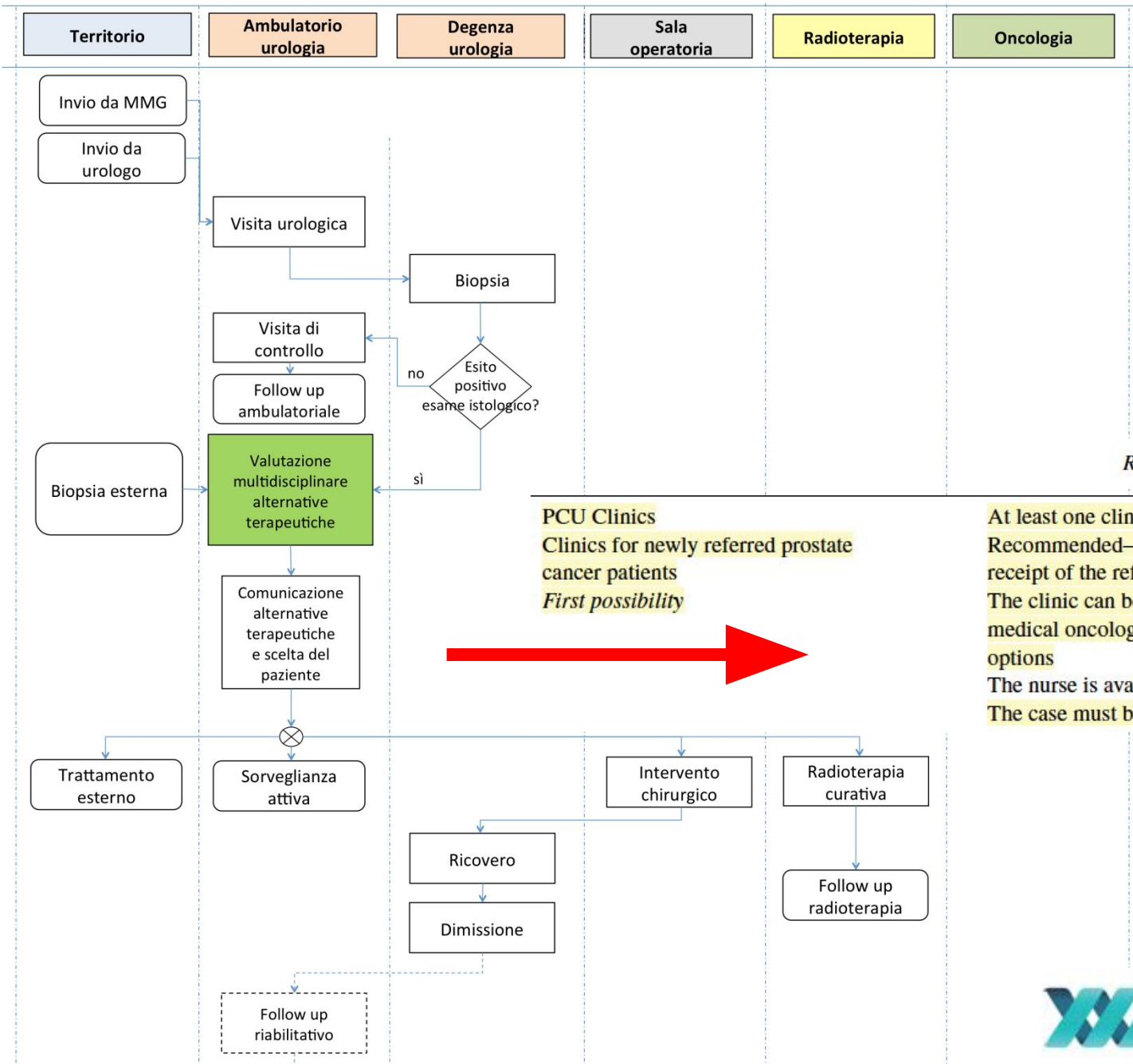
Partecipanti: core team e professionisti del non-core team on-demand

Attività: discussione casi critici/complessi esaminati nelle visite Multidisciplinari o nei controlli dei pazienti in sorveglianza attiva o individuati da uno specialista del nostro Istituto

Indicatori: report della discussione

Formazione: ECM





R. Valdagni et al. / Critical Reviews in Oncology/Hematology 95 (2015) 133–143

PCU Clinics
 Clinics for newly referred prostate cancer patients
First possibility

At least one clinic per week should be available for newly-referred prostate cancer patients
 Recommended—These patients should be offered an appointment within 20 working days of receipt of the referral
 The clinic can be monodisciplinary: the patient is seen by the urologist or the radiation or the medical oncologist and handed out written information on possible therapeutic/observational options
 The nurse is available to provide additional information and support as required
 The case must be discussed in the Interdisciplinary and Multiprofessional Team Meeting



Ospedale
di Bergamo



Regione
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

Aspetti organizzativi in INT

- ✓ Leadership: presenza di un direttore e di un vicedirettore della PCU appartenenti a specialità diverse, con mandato di 3 anni, soggetti a ricambio
- ✓ Presenza di un/a Project Manager per il coordinamento delle attività
- ✓ Segreteria pazienti, appuntamenti programmati
- ✓ Data manager/entry: raccolta prospettica dei dati di pazienti in studi osservazionali, raccolta Patients Reported Outcome e monitoraggio attività della PCU
- ✓ Infrastrutture adeguate
- ✓ Comunicazione costruttiva

N.	Professionista	Compiti e responsabilità
1	Urologo	✓ Responsabile della prima comunicazione al paziente di diagnosi tumorale e delle proposte terapeutiche secondo le disposizioni della Prostate Unit ✓ Responsabile della pianificazione delle visite presso l'ambulatorio per la Sorveglianza Attiva ✓ Responsabile dell'inserimento dei pazienti nella lista chirurgica. ✓ Responsabile della gestione delle recidive biochimiche o cliniche dei paziente sottoposti a prostatectomia radicale e delle proposte terapeutiche secondo le disposizioni della Prostate Unit ✓ Raccolta dati relativi agli indicatori di propria competenza
2	Radioterapista	✓ Valutare le indicazioni radioterapiche ✓ Mettere in calendario le prime visite radioterapiche ✓ Darne comunicazione all'Urologia ✓ Raccolta dei dati relativi agli indicatori di propria competenza
3	Anatomopatologo	✓ Raccolta delle biopsie prostatiche con esito positivo per la discussione durante le riunioni della PU ✓ Raccolta dati relativi agli indicatori di propria competenza
4	Oncologo medico	✓ Discussione dei casi clinici ✓ Valutazione delle indicazioni per il trattamento farmacologico ✓ Calendarizzazione delle prime visite oncologiche ✓ Raccogliere i dati relativi agli indicatori di propria competenza

ESEMPIO CRUSCOTTO DELLE PERFORMANCE

1. Attrattività e copertura della Prostate Unit

DENOMINAZIONE INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	SIGNIFICATO
Tasso di attrazione da fuori provincia/ regione	$\left[\frac{\text{N}^\circ \text{ pazienti con TM della prostata residenti fuori provincia o fuori regione trattati}}{\text{N}^\circ \text{ pazienti con TM della prostata trattati in AO (qualsiasi trattamento)}} \right] * 100$	<i>L'indicatore valuta il tasso di attrazione dell'AO per le neoplasie maligne della prostata, più è alta la percentuale maggiore sarà il numero di pazienti che si spostano dai propri luoghi di residenza per ottenere la prestazione presso l'AO di Bergamo.</i>
Tasso di attrazione Prostate Unit	$\left[\frac{\text{N}^\circ \text{ biopsie con esito positivo discusse dalla PU} - \text{n}^\circ \text{ pazienti con TM della prostata trattati dall'AO}}{\text{n}^\circ \text{ biopsie con esito positivo discusse dalla PU}} \right] * 100$	<i>L'indicatore valuta quanti pazienti, il cui caso viene discusso dalla PU, vengono successivamente trattati nella stessa AO di Bergamo. Una percentuale prossima al 100 dimostra che è quasi nulla la fuga dei pazienti che decidono di ricevere un trattamento presso altre aziende dopo la diagnosi di TM presso l'AO di Bergamo.</i>
Tasso di copertura della Prostate Unit 1	$\left[\frac{\text{N}^\circ \text{ biopsie con esito positivo discusse dalla PU}}{\text{n}^\circ \text{ biopsie con esito positivo effettuate in azienda}} \right] * 100$	<i>Gli indicatori di tasso di copertura valutano quanta attività relativa al TM alla prostata sia stata oggetto di discussione in PU. In particolare, questo primo indice, verifica che tutte le biopsie effettuate in azienda siano sottoposte a discussione.</i>
Tasso di copertura della Prostate Unit 2	$\left[\frac{\text{N}^\circ \text{ biopsie con esito positivo discusse dalla PU}}{\text{n}^\circ \text{ pazienti con TM della prostata trattati dall'AO (qualsiasi trattamento)}} \right] * 100$	<i>Questo secondo indice verifica quanti pazienti trattati per TM alla prostata abbiano avuto una discussione presso la PU. Un numero di pazienti trattati superiore al numero di biopsie può essere spiegato da casi trattati in libera professione che non trovano discussione in PU.</i>

- **Attrattività e copertura della PU** (ad es. tasso di attrazione da fuori provincia/regione, % di biopsie discusse nella valutazione multidisciplinare)
- **Efficienza della PU e del percorso** (casi medi trattati nella PU).
- **Outcome e appropriatezza del percorso di cura**
- **Attività e complessità terapie per il TM Prostata**
- **Consumi** (farmaci, dispositivi medici, prestazioni diagnostiche, ecc.)



Ospedale
di Bergamo



Regione
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

Benefits and Limitations of a Multidisciplinary Approach in Cancer Patient Management

Berardi et al 2020

Questo lavoro è su multidisciplinarietà non specificatamente per prostata

EFFICIENZA DELLA PCU E DEL PERCORSO

- PERCORSO DEDICATO PER RM PROSTATICA NEI PZ IN SORVEGLIANZA ATTIVA
- PERCORSO DEDICATO PER STADIAZIONE PZ A RISCHIO INTERMEDIO-ALTO CON PET-PSMA E RE-STAGING IN CASO DI RECIDIVA BIOCHIMICA (TEMPO DI ATTESA INFERIORE AI 30 GG)
- PERCORSO RIABILITATIVO PER INCONTINENZA NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE.

- IMPATTO SUGLI OUTCOME DI TRATTAMENTO???
- ALTO IMPEGNO DI TEMPO DA PARTE DEI COMPONENTI DELLA PCU (ISORISORSE).

Table I Pros and Cons of the Multidisciplinary Approach

Pros	Cons
• Adherence to clinical guidelines^{10,21,23,25--29,31} • Mechanism for review of quality of professional care²⁴ • Management of rare tumors and/or with clinical guidelines lacking^{30,48--50,57--61} • Improvement of ability to reach decisions, quality of information presentation and quality of teamwork^{32,47} • Improvement in patient outcomes^{29,35--39} • Change in diagnostic or treatment plans^{23,28,29,40--46} • Improvement in follow-up accuracy^{51,52} • Improvement in clinical trial screening and patient recruitment^{45,53}	• Not a significant impact on outcomes^{21,28} • High time expenditure and economic cost²⁸ • Low quality of information and lack of fundamental reports presented to MTBs^{32,62,63} • Excessive not strictly clinical information might lead to contrasting opinions⁶² • Legal issues related to responsibilities in confidentiality and anonymity of every patient presented to MTBs²⁴ • Accessibility to national networks and MTBs, owing to geographic origin and socio-economic conditions^{44,60,64,65} • Risk of treatment delays³⁰

Questionario di soddisfazione

- soddisfazione generale
- rispetto della privacy
- assistenza da parte del personale tecnico/infermieristico
- informazioni fornite sulla salute e sull'assistenza medica
- assistenza da parte del personale clinico
- rispetto della programmazione
- accessibilità, comfort e pulizia delle stanze
- tempo di attesa
- registrazione e pagamento

Punteggio da 1 (molto scadente) a 7 (molto alta).

Il punto di vista del paziente





ASSOCIAZIONE PER I DIRITTI ALLA PREVENZIONE
E ALLA CURA DEL TUMORE DELLA PROSTATA

Cerca...



Home Chi siamo ▾ Cosa facciamo ▾ Il tumore alla prostata ▾ News ▾ Dona ora Unisciti a noi Contatti



PROSTATE CANCER UNIT IN ITALIA: IL BOLLINO AZZURRO DI ONDA

📅 17 Febbraio 2023

Al sito <https://www.bollinirosa.it/bollino-azzurro-centri-multidisciplinari-il-tumore-alla-prostata> si possono vedere le 94 strutture sanitarie che hanno ottenuto il Bollino Azzurro, il riconoscimento volto ad individuare i centri che garantiscono un approccio multidisciplinare e interdisciplinare dei percorsi diagnostici e terapeutici per le persone con tumore alla prostata.

Conclusioni

REQUISITI DELLE PCU:

- Il riconoscimento formale del primato della gestione multidisciplinare del tumore della prostata attraverso il modello organizzativo della PCU
- Condivisione di piani di lavoro, documenti e linee guida
- Le attività cliniche multidisciplinari in compresenza
- Esperienza degli specialisti (numero minimo di pazienti valutati? Numero di procedure chirurgiche e trattamenti?)
- I risvolti formativi della multidisciplinarietà
- La raccolta dati
- La centralità del paziente nel proprio percorso di cura