

**IL GRUPPO MULTIDISCIPLINARE AL
SERVIZIO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO:
12 ANNI DI ESPERIENZA DELLA DIVISIONE DI
CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE
DELL'ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA**

A cura di

Mohssen Ansarin, Roberto Bruschini, Fausto Chiesa, Oliviero Rinaldi

INDICE

INTRODUZIONE	3
ESPERIENZA DELLA	4
DIVISIONE DI CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE IN IEO	4
LE LINEE GUIDA	5
LA DISCUSSIONE MULTIDISCIPLINARE	7
PROPOSTA	10

INTRODUZIONE

Non esiste vento favorevole per il navigante che non sa dove andare. (Seneca).

In oncologia, più che in ogni altra patologia umana, una buona partenza è fondamentale per ottenere un buon risultato. Il primo approccio deve essere corretto per garantire al paziente la maggiore probabilità di guarigione. Un trattamento iniziale corretto, a parità di incidenza, influenza positivamente la prevalenza. Cioè migliora la sopravvivenza.

I tumori che colpiscono il distretto cervico-facciale, pur essendo istologicamente carcinomi spinocellulari nel 95% dei casi, hanno comportamenti e prognosi molto differenti a seconda della sede che colpiscono e necessitano di approcci curativi profondamente diversi. Ad esempio una neoplasia T2 della base della lingua ed una della lingua mobile, regioni anatomiche distanti pochi millimetri, possono avere una indicazione terapeutica molto differente.

Quindi la patologia oncologica della testa e del collo necessita di un approccio multidisciplinare e può essere un modello eccellente per testarne la funzionalità e l'efficacia.

ESPERIENZA DELLA DIVISIONE DI CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE IN IEO

Cominciate col fare ciò che è necessario, poi ciò che è possibile. E all'improvviso vi sorprenderete a fare l'impossibile. (San Francesco d'Assisi, patrono d'Italia)

Tra il 1995 e il 2000 i casi complessi venivano discussi in riunioni sporadiche cui partecipavano il radioterapista, l'oncologo medico ed il chirurgo. Così si iniziava a discutere la strategia di trattamento.

Nel 2001 nasce ufficialmente il collegio multidisciplinare con il compito di discussione clinica: il nucleo originario si amplia includendo tutti i membri della divisione chirurgica, 2 o 3 oncologi, 2 o 3 radioterapisti e anche le figure del patologo e del radiologo, in tal modo non è solo la fase di trattamento ad essere discussa, ma anche la diagnosi, e la riunione collegiale diviene un momento di aggiornamento continuo. Il collegio si riunisce settimanalmente il mercoledì (giorno in cui la divisione non ha sala operatoria) dalle 13 alle 16 discutendo i casi complessi. Viene inoltre dedicato un ambulatorio il mercoledì mattina alle visite collegiali, cioè visite effettuate da più specialisti per i casi complessi, eventualmente da portare il pomeriggio in discussione multidisciplinare.

Nel 2006 si costituisce ufficialmente la Task Force Head & Neck, che ha un ruolo di discussione scientifica, con il compito di seguire gli studi in corso, proporre e vagliare i nuovi studi, formulare ed aggiornare le linee guida interne. La task force si riunisce mensilmente.

LE LINEE GUIDA

Basarsi sull'esperienza, sull'intuizione e sull'istinto è il modo migliore di aumentare sprechi ed inefficienze. (Katsuya Hosotani, esperto di Controllo Qualità)

Per poter discutere i casi clinici sono necessarie delle regole di base condivise di riferimento che traccino il solco entro il quale muoversi o dal quale allontanarsi. Queste regole sono le linee guida.

Quelle internazionali, le linee guida dell'NCCN, proprio perché rivolte a tutti i paesi del mondo, devono tener conto di realtà molto diverse, e prevalentemente definiscono ciò che è sconsigliabile fare. Sono necessariamente molto generiche in merito ai trattamenti consigliati, contemplando varie possibilità terapeutiche.

Quelle nazionali (AOOI, AIOCC, AIRO, ...) e regionali (ROL), essendo contestualizzate alla realtà nella quale devono operare, definiscono tanto ciò che non si deve fare quanto ciò che si può fare.

Vi sono inoltre le linee guida interne, che definiscono l'orientamento e la filosofia peculiari di ogni centro oncologico che le sviluppa. Queste linee guida devono necessariamente muoversi all'interno del solco tracciato dalle linee guida nazionali e regionali, ma suggeriscono delle scelte terapeutiche nell'ambito della rosa di possibilità definite dalle linee guida internazionali, nazionali e regionali. Ad esempio in un Istituto, come lo IEO, che ha sviluppato per anni il trattamento con laser CO2 delle neoplasie iniziali della laringe giungendo a risultati paragonabili a quelli della radioterapia, le linee guida interne definiscono che il trattamento preferenziale delle neoplasie iniziali T1-T2 della laringe glottica in IEO è la chirurgia endoscopica con laser CO2. Un altro Istituto che ha invece investito sulla radioterapia, la proporrà come suo trattamento preferenziale.

Alla stesura delle linee guida interne, oltre le diverse figure professionali che si occupano di patologia oncologica di quell'organo specifico, come oncologi medici, radioterapisti e chirurghi, dovranno partecipare anche l'Amministrazione, la Direzione Sanitaria e quella Scientifica, in modo che si possa decidere l'orientamento dell'Istituto in merito ad una data patologia, sulla base delle risorse umane e tecnologiche a disposizione. Si definisce quindi un concetto di diversificazione terapeutica basata sulla qualità nell'ambito di una specifica struttura sanitaria, codificata dalle linee guida interne. Alla luce di una linea guida interna così formulata e condivisa il paziente da qualsiasi "porta" acceda alla struttura, che sia la divisione di chirurgia cervico-facciale, che di radioterapia o di oncologica medica, la proposta terapeutica sarà la stessa: nell'ambito della struttura ci sarà quindi

omogeneità e coerenza delle proposte, con aumento e della fiducia del paziente, riduzione della conflittualità e possibilità di analizzare i risultati a lungo termine.

Questa strategia, qualora applicata da ogni struttura sanitaria presente in un dato territorio, potrebbe favorire uno sviluppo razionale delle eccellenze.

Cioè ospedali vicini sarebbero naturalmente portati ad investire e sviluppare le proprie eccellenze in ambiti diversi.

Questo definirebbe dunque un mosaico di eccellenze che sul territorio potrebbero, tutte insieme, coprire qualsiasi esigenza dell'utenza con una qualità impensabile da raggiungere in una singola struttura. Naturalmente i pazienti dovrebbero essere informati delle varie eccellenze nei vari ospedali di un territorio, così che possano scegliere consapevolmente a quale struttura rivolgersi.

E i vari ospedali dovrebbero creare programmi di aggiornamento a disposizione degli specialisti che volessero perfezionarsi in un dato campo. Si potrebbero organizzare periodi di scambio di specialisti tra diverse strutture (un programma di "collegi alla pari") così da scambiarsi le competenze ed aumentare la qualità globale del servizio in una visione non più settoriale, ma unitaria della sanità regionale.

LA DISCUSSIONE MULTIDISCIPLINARE

Coloro che non cambiano mai le proprie opinioni si amano più di quanto amano la verità (Joseph Joubert, filosofo francese)

In riunione collegiale multidisciplinare, dopo scrematura dei paziente in base alle linee guida interna, vengono discussi i casi complessi che i vari specialisti hanno incontrato nel corso della loro attività ambulatoriale, quelli che necessitano di trattamenti multimodali, i pazienti operati che potrebbero necessitare di trattamenti post operatori, le indicazioni date altrove che necessitano di second opinion, gli esami radiologici e scintigrafici di difficile interpretazione e gli esami istologici di ostica interpretazione o di neoplasie rare. Alcuni casi sono stati portati in discussione anche da altri ospedali.

Nel 2003 ogni paziente discusso è stato registrato su un foglio Excel, ma solo nel 2008 è stato creato un database organico in Access dei pazienti discussi in riunione multidisciplinare. In 4 anni e mezzo sono stati registrati 2000 pazienti. Questo database riporta il nome del paziente, sesso, data di nascita, una breve anamnesi, eventuale pretrattamento, l'istologia, il quesito per cui viene discusso, sede della neoplasia, la stadiazione TNM, l'esito del consulto e alla fine il medico referente.

Figura 1. Esempio di maschera del database

The screenshot shows a software window titled '01_Anagrafica' with the main heading 'ANAGRAFICA DEL PAZIENTE'. It contains several input fields: 'Cartella Clinica' (empty), 'Cognome' (empty), 'Nome' (filled with 'TIZIANA'), 'Data di nascita' (filled with '21/01/1965'), and 'Sesso' (filled with 'F'). At the bottom, there are three buttons: 'Ricerca paziente', 'Chiudi Database', and 'Discussione multidisciplinare'. The status bar at the bottom indicates 'Records: 1 di 478'.

The screenshot shows a software window titled '02_Discussione' with the main heading 'DISCUSSIONE COLLEGIALE'. It contains several sections: 'Cartella Clinica' (empty), 'Data della Discussione' (filled with '30/04/2008'), and 'Medico' (filled with 'Fc'). The 'Diagnosi' field contains text about a neoplasm. Below this is the 'STADIAZIONE' section with checkboxes for 'Agoaspirato', 'TAC', 'Ecografia', and 'RM'. The 'REFERITO ISTOLOGICO' section includes 'Sede della neoplasia' (filled with 'laringe'), 'Istologia' (filled with 'Carcinoma indifferenziato'), and 'Classificazione del tumore' (filled with 'T TX N NI M MO Grade'). The 'ESITO DELLA DISCUSSIONE' section has 'Conclusione' (filled with 'Altro') and 'Specificare, se altro' (filled with 'CONTROLLI STRETTI'). At the bottom, there are 'Chiudi' and 'Aggiorna' buttons. The status bar at the bottom indicates 'Records: 1 di 1 (Filtrati)'.

La divisione di Chirurgia Cervico-facciale in IEO esamina mediamente 50 nuovi pazienti alla settimana. Di questi il 50-60% necessitano di trattamento (25-35 pazienti). Per il 50% di questi (12-17 pazienti) il decision making viene effettuato agevolmente dal singolo specialista applicando le

linee guida interna. Il restante 50% viene invece discusso collegialmente in riunione multidisciplinare.

Nel 2012, da gennaio a dicembre, sono state effettuate 56 discussioni multidisciplinari durante quali sono stati discussi circa 10 pazienti in ogni riunione (range 1-20) per un totale di 551 casi discussi.

Le sedi anatomiche delle neoplasie rispecchiano le vocazioni della divisione:

• Cavo orale:	125 (22,7%)
• Laringe:	74 (13,4%)
• Orofaringe:	107 (19,4%)
• Ghiandole salivari:	48 (8,7%)
• Rinofaringe:	29 (5,3%)
• Ipofaringe:	17 (3,1%)
• Primitivo ignoto:	15 (2,7%)
• Cute:	8 (1,4%)
• Esofago	3 (0,5%)
• Tiroide:	97 (17,6%)
• Altre sedi:	28 (5,1%)

Di questi 551 casi, 283 (51,4%) erano non pretrattati, mentre 268 avevano già eseguito un trattamento presso altra sede.

Vantaggi della discussione multidisciplinare

- 1) Garanzia per il paziente di decisione coerente con linee guida: il piano di cura, discusso e deciso da specialisti di vari campi dell'oncologia, sia in ambito diagnostico che terapeutico, secondo regole ben precise definite dalle linee guida, viene liberato della decisione del singolo. Questo rende la decisione terapeutica più probabilmente giusta o migliore per quella data neoplasia di quel dato paziente.
- 2) Garanzia per il singolo medico di essere più protetto dall'errore: liberando il singolo medico dall'onere della decisione terapeutica, si limita la possibilità di un conflitto con il paziente, anche se il piano di cura non dovesse dare gli esiti sperati.
- 3) Aggiornamento continuo: la discussione collegiale multidisciplinare è un momento di crescita per gli specialisti che vi partecipano. Dopo anni di confronto l'oncologo, ad esempio, avrà imparato le indicazioni chirurgiche e il chirurgo quelle radioterapiche, discutendo con il radiologo l'imaging si impara a leggere un esame radiologico ed il radiologo a sua volta impara

ciò che realmente interessa sapere al chirurgo in un esame. In queste occasioni ogni specialista porta la novità della propria disciplina acquisite durante rispettivi convegni-congressi, e questo contribuisce alla crescita collettiva del team multidisciplinare.

- 4) Economia sanitaria: il paziente che viene trattato bene, viene trattato meno. Quindi costa meno al SSN, ha meno handicap derivanti dalle terapie e continua ad essere produttivo e socialmente attivo, gravando quindi meno sulla società dal punto di vista economico. I costi sociali di una terapia iniziale non idonea sono enormi. Basti pensare il trattamento di recupero dopo ad un fallimento di chemio-radioterapia o viceversa. La discussione multidisciplinare, garantendo il rispetto delle linee guida, protegge la società dalla spesa sanitaria inutile e diventa lo strumento per limitare lo spreco di risorse economiche.

PROPOSTA

Ci sono sempre due scelte nella vita: accettare le condizioni in cui viviamo o assumersi la responsabilità di cambiarle. (Denis Waitley, scrittore, conferenziere e consulente per il potenziamento delle prestazioni umane)

Se consideriamo uno degli indicatori di qualità, è l'esperienza calcolata in base a numero dei casi trattati per anno, ci rendiamo conto che gli ospedali che trattano neoplasie maligne del distretto cervico-facciale sono nelle varie regioni d'Italia davvero pochi (figura 2):

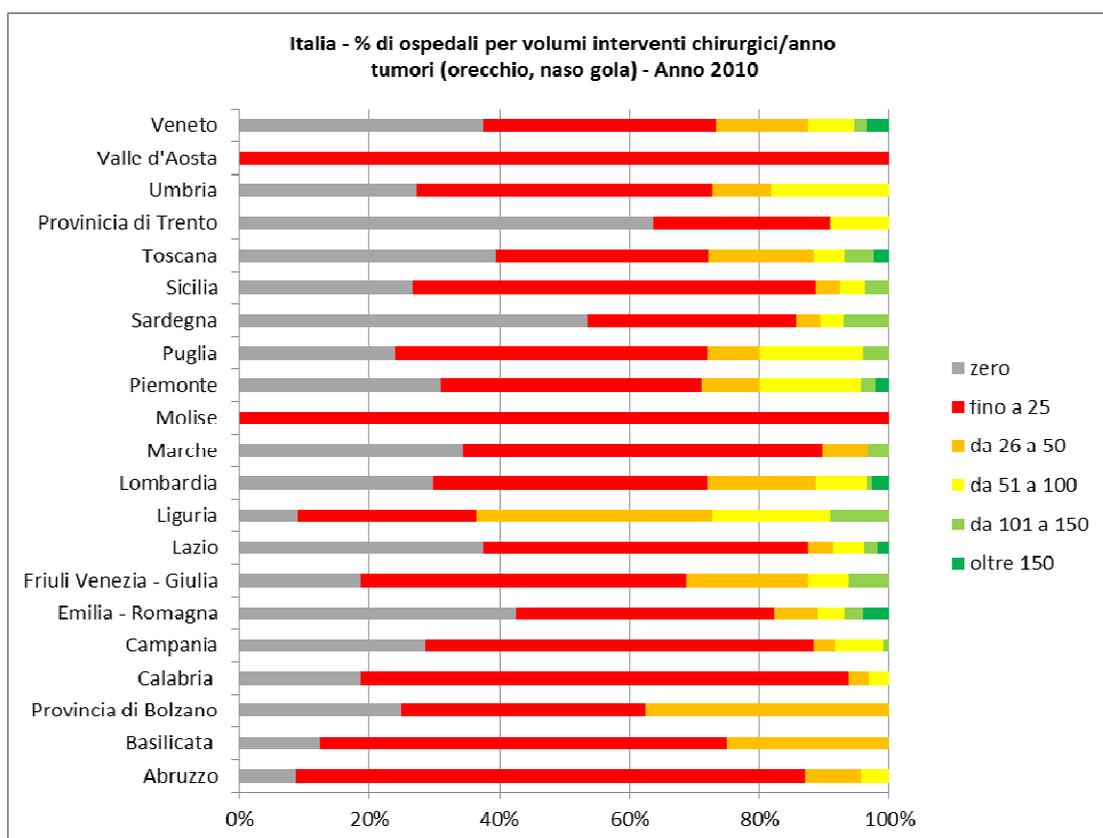


Figura 2. fonte: Sportello cancro

Proponiamo che per garantire standard minimi di qualità vengano istituiti :

a) Tumor board:

Per garantire il rispetto delle linee guida, e quindi uno standard minimo di qualità, quindi ogni struttura che voglia farsi carico di un paziente oncologico dovrebbe avere ufficialmente un tumor board.

I requisiti minimi per un tumor board dovrebbero essere presenza di almeno tre specialisti (in radioterapia, oncologia medica e chirurgia) che si occupano delle neoplasie maligne di quel distretto e che discutano un minimo di 50 casi all'anno in una riunione multidisciplinare.

La regione potrebbe vincolare il rimborso del DRG alle cartelle cliniche solo se comprendono anche il certificato di tumor board.

b) Dichiarazione Outcomes:

Ogni struttura che si occupa di oncologia dovrebbe inserire online i propri risultati oncologici, rendendo quindi pubbliche le proprie eccellenze. E anche gli ambiti in cui necessita di miglioramenti. La veridicità di tali risultati dovrebbe essere controllata da una commissione di controllo esterna.

c) Tracciabilità del paziente oncologico:

Attraverso la tessera sanitaria, dotata di microchip, possa dovrebbe essere possibile tracciare ogni paziente, il numero dei ricoveri per una singola patologia, le complicanze intervenute, gli ospedali in cui è stato ricoverato. Il percorso del singolo paziente sarebbe così evidente e sempre valutabile. E sarebbe altresì facile valutare quali strutture curano pazienti che poi vengono ricoverati una seconda volta in altre strutture per la stessa patologia.

Questo strumento inoltre permetterebbe, associando ad altri indicatori, a parità della validità scientifica di diverse cure ad un determinato tumore con le stesse caratteristiche, la più economica alle casse della regione.

Cambiamento significa movimento. Movimento significa frizione. Il movimento o il cambiamento senza frizioni o conflitti appartiene solamente al vuoto rappresentato da un mondo astratto che non esiste. (Saul Alinsky, esperto di organizzazione).