

**INSTANT  
BOOK**



**EPATOCARCINOMA**  
un progetto per razionalizzare  
il percorso di cura

# Presentazione

Nel 2022, in Italia, si stima che ci siano state circa 12.100 nuove diagnosi di tumore al fegato, con un rapporto di circa 2:1 tra uomini e donne. Tra tutti i tumori al fegato, il carcinoma epatocellulare (HCC) è la tipologia più comune.<sup>1</sup>

**Il Progetto MDT - “MultiDisciplinary Team: Realize the Patient Pathway of Hepatocellular Carcinoma” è nato con l’obiettivo di sviluppare un nuovo modello di gestione dell’epatocarcinoma, che aumenti l’approccio multidisciplinare necessario per la corretta gestione di questi pazienti.**

Il progetto, realizzato con il contributo tecnico di **IQVIA Solutions** e il supporto non condizionante di **AstraZeneca**, è partito dall’analisi del contesto nazionale e della letteratura di riferimento, per poi indagare lo stato di implementazione del percorso paziente con epatocarcinoma in numerose oncologie italiane e identificare un modello ottimale di presa in carico. È stato in seguito eseguito un confronto, attraverso una gap analysis, tra il modello in utilizzo presso ognuna delle **12 strutture ospedaliere** coinvolte rispetto il modello di riferimento. L’obiettivo della progettualità è stato quello di fornire, ai centri coinvolti, dei suggerimenti pratici per l’implementazione del percorso di presa in carico del paziente, con un approccio multidisciplinare.

Tali percorsi sono stati poi formalizzati attraverso la stesura di PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale) certificati, ottimizzati anche grazie alla condivisione delle buone pratiche assistenziali che si sono realizzate in ogni realtà.

Si è mirato alla collaborazione tra i vari centri attraverso la condivisione dei risultati raggiunti, in modo da consentire un miglioramento in generale del servizio sanitario e una diffusione delle buone pratiche, con l’obiettivo ultimo di migliorare l’offerta di cure per i pazienti.

In questo **Instant Book** abbiamo cercato di offrire una panoramica di quanto emerso da questo progetto per garantire a tutti i centri la possibilità di confrontarsi con le altrui esperienze e arrivare a migliorare la gestione del paziente.

Buona lettura

**Danilo Magliano**  
*Direttore di PharmaStar*

# Epatocarcinoma, un progetto multidisciplinare

Il progetto MDT, "**MultiDisciplinary Team: Realize the Patient Pathway of Hepatocellular Carcinoma**", realizzato con il contributo tecnico di IQVIA Solutions Italy, società leader mondiale nei servizi e nella consulenza strategica per il settore Life Science, si propone di migliorare la gestione dell'epatocarcinoma attraverso un approccio multidisciplinare. In questa intervista, il Dr. **Luca Pinto**, Senior Principal RWS e Cluster Leader Patients & Healthcare Solutions presso IQVIA Italy, illustra gli obiettivi e i messaggi chiave emersi.

## 1. Quali sono gli obiettivi del Progetto

Il Progetto MDT si basa sulle evidenze di letteratura riguardanti l'importanza dei team multidisciplinari in oncologia e tiene conto del contesto attuale di gestione dell'epatocarcinoma. Oggi la distribuzione di responsabilità pare concentrata sull'epatologo, ma l'imminente introduzione di nuove soluzioni terapeutiche oncologiche e la necessità di strutturare la multidisciplinarietà modificheranno questa situazione.

Il progetto MDT persegue quindi tre obiettivi:

- Definire un modello di riferimento per la presa in carico e la cura dei pazienti con epatocarcinoma, valorizzando gli elementi del percorso del paziente e della multidisciplinarietà.
- Implementare con successo questo modello nell'ambito della sanità nazionale, applicandolo a diversi contesti aziendali e regionali e valutando i miglioramenti organizzativi e gli impatti derivanti dall'applicazione di questo innovativo modello.
- Promuovere una gestione integrata ed equa delle cure oncologiche.

## 2. Quali sono state le caratteristiche dei centri coinvolti e quali i principali risultati

Il progetto ha coinvolto 12 Strutture Ospedaliere di riferimento sul territorio nazionale, afferenti alle principali regioni del centro-sud Italia, considerando criteri come il bacino d'utenza, la presenza di specialisti chiave, la disponibilità delle competenze necessarie e la predisposizione aziendale alla formalizzazione del percorso.

Le strutture ospedaliere hanno lavorato su quattro dimensioni principali:

- Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari.
- Case Management: inserimento di una figura infermieristica come case manager dedicato al percorso HCC.
- Definizione di tempistiche e slot dedicati nel percorso.
- Implementazione di ambulatori dedicati. Nove strutture hanno formalizzato un PDTA aziendale e otto di queste lo hanno

certificato secondo il disciplinare dei PDTA di Bureau Veritas.

### **3. Quali sono i messaggi chiave emersi**

A conclusione delle attività di progetto e dal confronto con gli specialisti coinvolti nel percorso sono stati individuati 3 elementi prioritari di implementazione e azione.

#### *Continuità assistenziale e connessione con il territorio:*

È fondamentale garantire una continuità assistenziale ottimale e una stretta connessione con il territorio nel percorso di cura dell'epatocarcinoma. Si sottolinea l'importanza del coinvolgimento proattivo e dell'empowerment del medico di medicina generale, specialmente nella sorveglianza dei pazienti a rischio e nel follow-up. Si auspica la definizione di Reti HCC territoriali che collegano le strutture ospedaliere e i setting territoriali per offrire un percorso di cura completo, equo e qualitativamente adeguato in tutte le fasi.

#### *Personale e competenze:*

L'ottimizzazione del percorso del paziente può avvenire attraverso l'istituzione del Case Manager, una figura ancora poco diffusa nonostante sia ampiamente prevista in altre patologie oncologiche. Il Case Manager garantisce un'orchestrazione concreta del percorso del paziente tra ospedale, territorio e medico di medicina generale, fornendo una sicurezza aggiuntiva a famiglie e pazienti.

#### *Strumenti:*

La raccolta e il monitoraggio dei dati emergono come elementi chiave per garantire un percorso di cura ottimale. È necessario implementare database condivisi tra gli attori coinvolti nel percorso del paziente e favorire l'integrazione di una piattaforma informatica dedicata alla condivisione di dati, referti e immagini per il team HCC. Si propone l'implementazione di una piattaforma unica regionale per la condivisione dei dati tra i centri della Rete regionale, insieme all'utilizzo di software per il monitoraggio in tempo reale degli indicatori di monitoraggio al fine di garantire il miglior percorso di cura possibile.

### **4. Quali coerenze si riscontrano tra questo progetto e le necessità/opportunità del sistema salute**

Il Progetto MDT si allinea alle linee guida del Ministero della Salute sulle buone pratiche cliniche e l'organizzazione dei servizi oncologici, agli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione e del Piano Oncologico Nazionale e alle principali Linee Guida Oncologiche. Si inserisce anche nel Piano Nazionale Ripresa e Resilienza, promuovendo modernizzazione, efficienza e sostenibilità del Sistema Salute, e valorizza i principi del DM 77/2022 sull'organizzazione e gestione dei percorsi diagnostici e terapeutici oncologici.



Il progetto MDT persegue l'obiettivo di **definire un modello di riferimento per la presa in carico e la cura dei pazienti con epatocarcinoma**, valorizzando gli elementi del percorso del paziente e della multidisciplinarietà, di **implementare** questo modello nell'ambito della sanità nazionale e di **promuovere una gestione integrata** ed equa delle cure oncologiche. L'obiettivo del lavoro è consentire la stesura di un PDTA che rispetti le caratteristiche locali e nello stesso tempo sia in grado di migliorare la gestione clinica del paziente.

Sono state coinvolte 12 Strutture Ospedaliere di riferimento sul territorio nazionale, afferenti alle principali regioni del centro-sud Italia.

Dai lavori è emersa la necessità di **formalizzazione dei gruppi multidisciplinari**, dell'istituzione della figura del Case Manager, della **definizione di tempistiche e slot dedicati** nel percorso e dell'implementazione di ambulatori dedicati.

Nove strutture hanno formalizzato un PDTA aziendale e otto di queste lo hanno certificato secondo il disciplinare dei PDTA di Bureau Veritas.

Sono stati indentificati tre elementi prioritari da implementare: la **continuità assistenziale** e connessione con il territorio, fondamentale soprattutto nella sorveglianza dei pazienti a rischio e nel follow-up; l'**istituzione del Case Manager**, che garantisca un'orchestrazione concreta del percorso del paziente tra ospedale, territorio e medico di medicina generale, la necessità di **strumenti tecnologici** per la raccolta e il monitoraggio dei dati, per condividere dati e referti ma anche per valutare l'andamento degli indicatori di monitoraggio.

# Sommario

- 07** Epidemiologia e inquadramento clinico dell'epatocarcinoma
- 
- 10** I bisogni organizzativi per una corretta presa in carico del paziente con epatocarcinoma
- 
- 14** Un modello teorico con cui confrontarsi
- 
- 18** L'assessment delle strutture e la Gap Analysis rispetto al modello di riferimento
- 
- 21** I think tank e i sette pilastri di riferimento
- 
- 25** I centri che hanno collaborato: punti di forza e azioni implementate
- 
- 36** Bibliografia
-





# **Epidemiologia e inquadramento clinico dell'epatocarcinoma**

Sono 33.800 le persone viventi in Italia dopo una diagnosi di tumore del fegato, delle quali 25.300 sono uomini e 8.500 donne.<sup>2</sup>

Nel 2023, in Italia, si stima che ci siano state circa 12.200 nuove diagnosi di tumore al fegato, con un rapporto di circa 2:1 tra uomini e donne.<sup>2</sup> Tra tutti i tumori al fegato, il carcinoma epatocellulare (HCC) è la tipologia più comune e rappresenta il 75-85% dei casi di tumore primario del fegato. Nel 2022, sempre in Italia, si sono verificati circa 9.600 decessi per tumore al fegato, rendendolo la sesta causa di morte per cancro.

Nel caso specifico dell'HCC, emerge che questa è una malattia con un notevole impatto sulla salute, con una sopravvivenza a 5 anni che varia dal 36,1% negli stadi iniziali, in cui il tumore è ancora localizzato nel fegato, al 12,8% nello stadio localmente avanzato e al 3,1% nello stadio metastatico;<sup>4</sup> ed è addirittura la terza causa di morte nella fascia di età compresa tra 50 e 69 anni. La probabilità di sopravvivere ulteriori 4 anni è del 40% circa nelle persone ancora in vita a un anno dalla diagnosi. Occorre però notare che si segnala un decremento della mortalità a partire dai primi anni '90, con un tasso annuale di decremento dell'1,6% nei maschi e dell'1,3% nelle femmine.<sup>2,3</sup>

Oltre il 70% dei casi di tumori primitivi del fegato è riconducibile a fattori di rischio noti, quali l'infezione da virus dell'epatite C (HCV) e da virus dell'epatite B (HBV). Nelle aree del Nord Italia, circa un terzo dei tumori del fegato è inoltre attribuibile all'abuso di bevande alcoliche; sono fattori di rischio anche alcune malattie metaboliche ereditarie (emocromatosi e deficit di alfa-1-antitripsina) e la sindrome metabolica, il cui coinvolgimento epatico porta alla malattia epatica steatosica associata a disfunzione metabolica (MASLD). La MASLD rappresenta attualmente la più importante causa emergente di HCC negli USA e, più in generale, nei paesi industrializzati.<sup>2,3</sup>

Visto l'impatto dell'infezione da HBV e HCV nella patogenesi della malattia, un effetto positivo sull'incidenza di HCC è riportato all'introduzione della vaccinazione anti-HBV e alle terapie antivirali per l'HCV.<sup>2</sup> La prevenzione primaria dell'HCC si effettua infatti attraverso la vaccinazione contro l'infezione da HBV, che è raccomandata in tutti i neonati e nelle popolazioni ad alto rischio.<sup>2,3</sup> Infine, il trattamento con antivirali dei pazienti con epatite cronica da HBV e HCV si associa a una diminuzione del tasso di progressione verso la cirrosi e talvolta anche alla regressione della fibrosi; di conseguenza questi trattamenti potrebbero essere



considerati indirettamente una misura di prevenzione efficace per il tumore. Nei pazienti con infezione cronica da HBV, tuttavia, l'HCC può anche svilupparsi su un quadro di epatite cronica e in questi pazienti il rischio di sviluppo di carcinoma epatico non è completamente abolito, nonostante il controllo della replicazione virale.<sup>3</sup>

A livello diagnostico e per la stadiazione della malattia sono utilizzate tecniche di Imaging (ecografia, TC e RM), la biopsia con esame istologico e il dosaggio dell'alfa-fetoproteina nel sangue. La scelta del successivo trattamento è correlata all'estensione della malattia, in particolare a livello locale, e allo stato di funzionalità epatica.<sup>2,3</sup>

I dati epidemiologici evidenziano chiaramente come siano da considerarsi a rischio di HCC, e quindi da sottoporre a sorveglianza e screening, i pazienti con cirrosi epatica di qualsiasi eziologia, i pazienti con infezione virale HCV-relata e fibrosi avanzata non trattati con antivirali (Metavir F3) e alcuni sottogruppi di pazienti con infezione virale B. Il rischio oncogenetico in pazienti con MASLD senza cirrosi è troppo basso (incidenza annua < 1%) per considerare la sorveglianza costo/efficace, anche se sembra che il diabete sia un fattore di rischio indipendente che potrebbe far considerare i pazienti con diabete e NAFDL (Non Alcoholic Fatty Liver Disease) a elevato rischio e quindi con un diverso rapporto costo/efficacia nella sorveglianza.<sup>3</sup>

È emersa recentemente anche una nuova categoria, quella dei pazienti cirrotici trattati efficacemente con terapie antivirali. In questo caso, le linee guida europee consigliano di continuare a sorvegliare i pazienti con cirrosi HCV-relata e con risposta virologica sostenuta, mentre il rischio residuo nei pazienti con cirrosi HBV-relata con persistente soppressione virologica è troppo basso per consigliare una sorveglianza ecografica regolare.<sup>3</sup>

In generale, un programma di screening, quando è disponibile una possibilità terapeutica curativa, garantisce i benefici di una diagnosi precoce della neoplasia e quindi di una possibile guarigione; in questo caso l'obiettivo è identificare il tumore quando è ancora di piccole dimensioni, meno di 3 cm, possibilmente come lesione singola e comunque all'interno dei criteri di Milano, quindi trattabile con terapie curative (trapianto, resezione, ablazione).<sup>3</sup>



**I bisogni organizzativi  
per una corretta presa in carico  
del paziente con epatocarcinoma**

Le opzioni di trattamento dovrebbero dipendere dallo stadio della malattia e prevedere il trattamento chirurgico e ablativo per i tumori in stadio iniziale, la chemioembolizzazione negli stadi intermedi e la terapia sistemica negli stadi avanzati; alcune linee guida evidenziano la necessità di trattare la malattia nelle sue diverse fasi in modo variabile e personalizzato (treatment stage migration, TSM), che consente di trattare il paziente, alla luce delle caratteristiche personali e della malattia, con opzioni normalmente utilizzate in forme più avanzate. Nel caso della *untreatable progression*, la malattia, pur essendo ancora in uno specifico stadio, ha dimostrato di essere intrattabile con le terapie normalmente utilizzate in quello stadio; si devono allora utilizzare opzioni terapeutiche che sarebbero raccomandate per pazienti in stadio più avanzato. <sup>4</sup>

Quanto detto finora consente di comprendere come sia fondamentale identificare un percorso del paziente che ne consenta una corretta presa in carico, a partire dall'approccio diagnostico per arrivare alla scelta terapeutica e alla gestione del follow up; il trattamento, nelle diverse fasi della malattia, coinvolge professionisti diversi, come epatologo, chirurgo, radiologo interventista, radioterapista, oncologo, ma in alcuni casi anche nutrizionista o altre figure.

Il progetto MDT è andato ad analizzare soprattutto i processi organizzativi che consentono una corretta presa in carico e gestione di questi pazienti; l'obiettivo è stato migliorare i dati complessivi di morbilità e mortalità, tramite la collaborazione multidisciplinare tra gli specialisti coinvolti nel percorso di cura.

È necessario quindi ipotizzare un percorso del paziente che consenta:

- la sorveglianza del soggetto a rischio di epatocarcinoma;
- un percorso diagnostico dedicato all'identificazione precoce dei casi sospetti;
- un percorso stadiativo e terapeutico per pazienti con epatocarcinoma accertato;
- il follow-up per pazienti con pregresso epatocarcinoma.

Nella fase di pianificazione, il progetto ha cercato di definire un percorso teorico per il paziente, basato sulle linee guida e sull'opinione degli esperti afferenti a 16 strutture ospedaliere sparse sul territorio nazionale.

Nella fase di attivazione, successivamente, alcune delle strutture ospedaliere coinvolte hanno implementato il modello teorico che è stato definito.

Il lavoro congiunto ha consentito di creare un modello che possa funzionare da standard di riferimento utile per la valutazione della situazione del singolo centro e per la comprensione di quali siano le eventuali aree di intervento necessarie; l'obiettivo del lavoro è consentire la stesura di un PDTA che rispetti le caratteristiche locali e nello stesso tempo sia in grado di migliorare la gestione clinica del paziente.

✓ Strutture ospedaliere coinvolte nella **fase di attivazione**

- **Aorn Antonio Cardarelli (Napoli) ✓**
- **Aou Delle Marche (Ancona) ✓**
- **Arnas Garibaldi (Catania) ✓**
- **Fondazione Policlinico Universitario  
Campus Bio-Medico (Roma) ✓**
- **Istituto Nazionale Tumori  
"Fondazione Pascale" (Napoli) ✓**
- **Ospedale Belcolle ASL Viterbo ✓**
- **AO Pia Fondazione di Culto e Religione  
Cardinale Giovanni Panico (Tricase) ✓**
- **P.O. Ospedale del Mare (Napoli) ✓**
- **Presidio Ospedaliero San Salvatore  
dell'Aquila (L'Aquila) ✓**
- **Rete pilota Regione Sicilia  
(Istituto Mediterraneo per i Trapianti  
e Terapie ad Alta Specializzazione,  
Ospedale Buccheri La Ferla,  
AOU Policlinico Paolo Giaccone, Palermo) ✓**





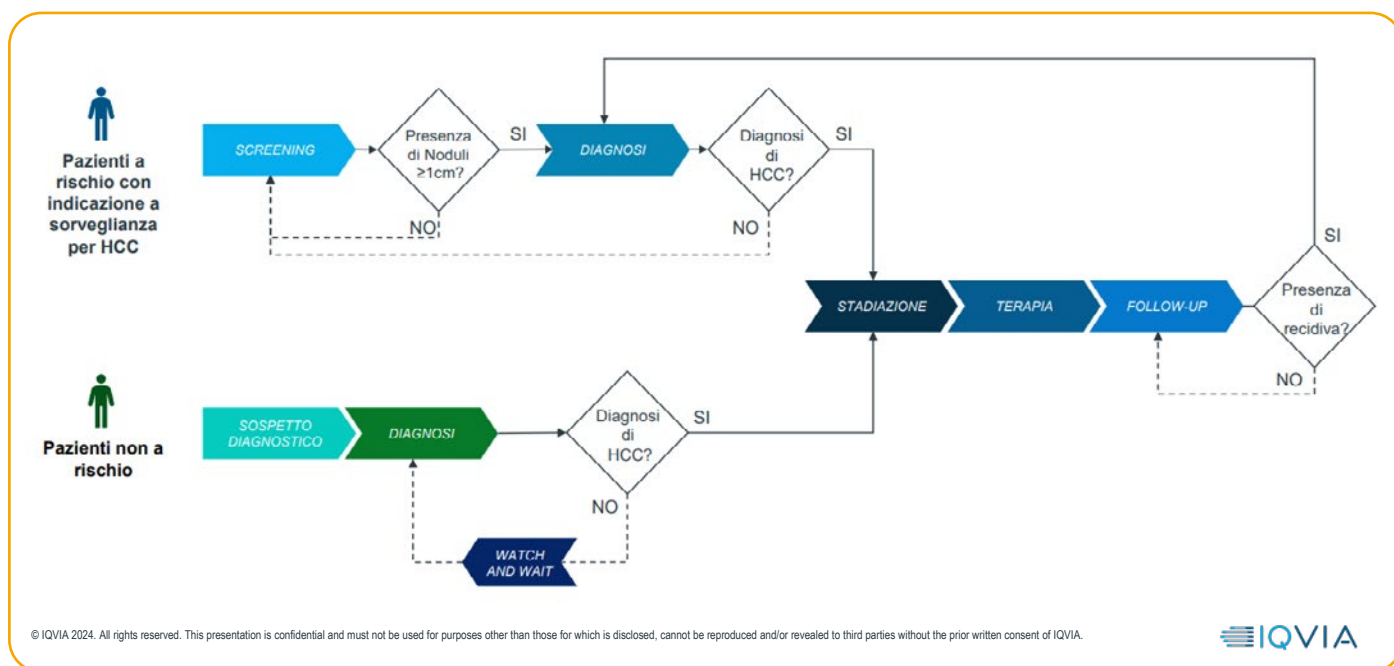
**Un modello teorico  
con cui confrontarsi**



Lo studio del percorso di riferimento è nato da un'analisi della letteratura e delle principali linee guide di riferimento nazionali ed internazionali; con il coinvolgimento di KOL sul territorio nazionale, è stato possibile definire il percorso paziente secondo la metodologia della Care Delivery Value Chain (vedi Figura 1).

La metodologia della Care Delivery Value Chain nasce dall'approccio di Value Based Healthcare, definito a partire dagli inizi degli anni 2000 negli USA, in particolare a cura di M. E. Porter. Questa metodologia permette di analizzare e migliorare il processo di assistenza socio-sanitaria e terapeutica per una condizione medica definita. La metodologia analizza una condizione patologica e non una singola procedura (es. terapia farmacologica) o un singolo setting assistenziale (es. Day Hospital, Pronto Soccorso); analizza invece in un unico flusso tutto il percorso, dallo screening al follow-up del paziente. La realizzazione di un diagramma di flusso consente di identificare i passaggi fondamentali.

Da questa analisi del processo sono emersi alcuni punti fondamentali che meritano attenzione (vedi Figura 2).



**Figura 1.** La Care Delivery Value Chain dell'Epatocarcinoma: il flusso completo del percorso di cura del paziente secondo Linee Guida e KOL.

## Screening

Riguardo lo **screening**, è stato osservato uno scarso coinvolgimento del MMG nell'identificazione dei segni di allarme e dei fattori di rischio per HCC; **il medico di medicina generale (MMG) è fondamentale per consentire di sottoporre a monitoraggio le persone a rischio**; un loro scarso coinvolgimento diminuisce la possibilità che il paziente a rischio sia indirizzato al centro di cura. È inoltre fondamentale che a effettuare la sorveglianza, per le difficoltà operative connesse all'esecuzione degli esami diagnostici, sia personale esperto nella patologia; occorre quindi **strutturare degli ambulatori dedicati alla sorveglianza di questi pazienti**.

## Diagnosi e stadiazione

Anche in fase di **diagnosi e stadiazione** emerge quanto l'esperienza dell'operatore nell'esecuzione possa influenzare gli accertamenti: in questa fase si riscontra occasionalmente la necessità di ripetere accertamenti radiologici, in quanto svolti da personale non esperto; occorre quindi pensare a **slot e personale di radiologia dedicato** per questi pazienti. Inoltre, nella discussione è emersa una **scarsa standardizzazione di come effettuare la discussione multidisciplinare** dei casi a fronte della conferma del sospetto diagnostico.

## Terapia

Durante la **terapia**, si evidenzia **l'assenza della figura di un case manager infermieristico** a supporto del percorso; questo problema si associa alla **scarsa disponibilità di slot dedicati** per le prestazioni di radiologia interventistica, chirurgici e/o di posti letto per il ricovero propedeutico al trattamento interventistico. Potrebbe anche essere interessante e utile identificare personale esperto dedicato alla patologia o eventualmente l'outsourcing per alcuni trattamenti. Inoltre viene evidenziata la possibilità di **prevedere un supporto nutrizionale** per questi pazienti.

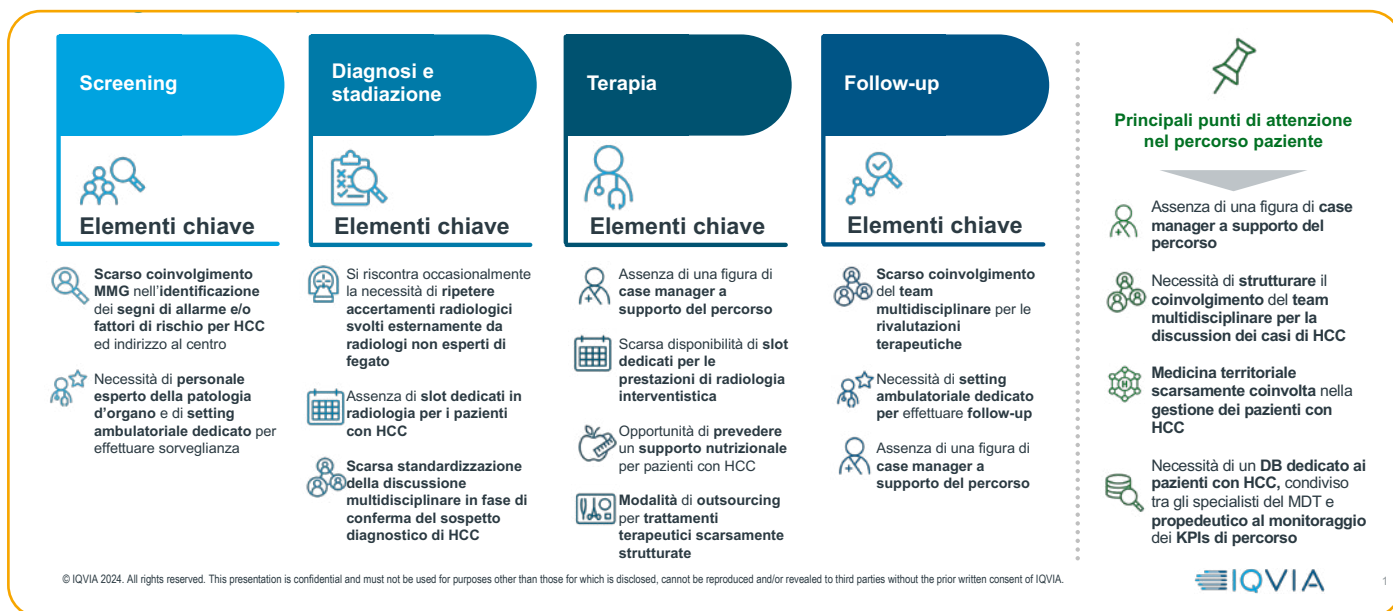
## Follow up

Infine, in fase di **follow up**, **il team multidisciplinare spesso non viene coinvolto nelle rivalutazioni**, con la possibile conseguenza che il paziente non venga poi seguito dallo specialista più appropriato. Sarebbe anche utile identificare un setting ambulatoriale dedicato ai pazienti in follow up, che dovrebbero anche in questo caso essere affidati a un case manager; deve anche essere riconsiderato il ruolo del medico di medicina generale che attualmente non viene

quasi mai coinvolto nel monitoraggio del paziente in relazione all'aderenza terapeutica e al percorso di trattamento.

Questo modello teorico, che identifica per le principali attività quali siano gli attori e in quale setting assistenziale l'attività dovrebbe essere svolta, è diventato il modello di riferimento per valutare la situazione dei singoli centri.

Dopo la creazione del modello, tutto il personale di ogni centro è stato sottoposto a interviste qualitative, condotte da IQVIA Solutions Italy S.r.l.; in queste occasioni è stato possibile confrontare l'organizzazione del singolo centro rispetto al modello di riferimento, per capire se e quali interventi siano necessari per aumentare efficacia ed efficienza del sistema nella gestione del paziente.



**Figura 2.** La Care Delivery Value Chain dell'Epatocarcinoma: emerge la necessità di implementare il case management e di coinvolgere efficacemente il MDT nella gestione dei pazienti con HCC.



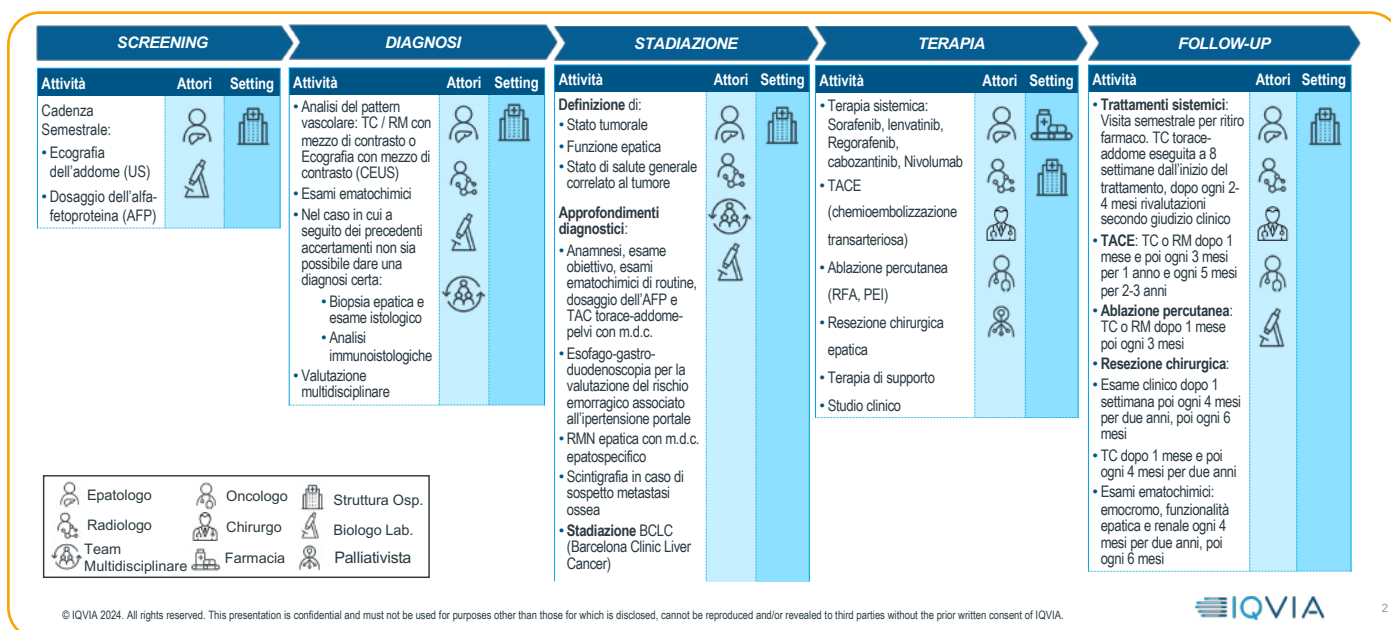
**L'assessment delle strutture  
e la *Gap Analysis* rispetto  
al modello di riferimento**



L'analisi della situazione è stata effettuata attraverso interviste individuali con tutti i professionisti coinvolti nel percorso di cura, siano essi clinici, infermieristici o amministrativi. Questo ha permesso di considerare e valutare il percorso dai diversi punti di vista e di identificare elementi di attenzione rispetto al modello di riferimento. Oltre a questa analisi qualitativa, è stata effettuata anche un'analisi quantitativa, che è andata a valutare alcuni dati volumetrici, come il numero di pazienti in carico, il numero di prestazioni erogate, il personale disponibile. L'analisi si è focalizzata su 2 macrotemi: il percorso del paziente e l'organizzazione del team multidisciplinare.

In sintesi, se il modello teorico prevede per le diverse attività di ogni fase del percorso i possibili attori e setting, in fase di analisi della situazione di un singolo centro, viene valutata la situazione "as is" per identificare quali siano le discrepanze tra modello teorico e situazione reale. Sono quindi identificati specifici punti di attenzione, come possono essere ad esempio un insufficiente monitoraggio dei pazienti in sorveglianza sul territorio, ma anche una scarsa dotazione di macchinari per la risonanza magnetica, che comporta il rischio di liste d'attesa o la mancata condivisione della stadiazione del paziente all'interno del team multidisciplinare, che viene effettuata dal clinico che ha in carico il paziente.

In questa fase sono quindi valutati setting e circostanze specifiche, quali sono gli attori coinvolti, per identificare per ogni singola fase le criticità sulle quali è necessario intervenire. Gli interventi impattano sul modello organizzativo del singolo centro, per rendere il percorso più funzionale e maggiormente adeguato alle necessità del paziente (vedi Figura 3).

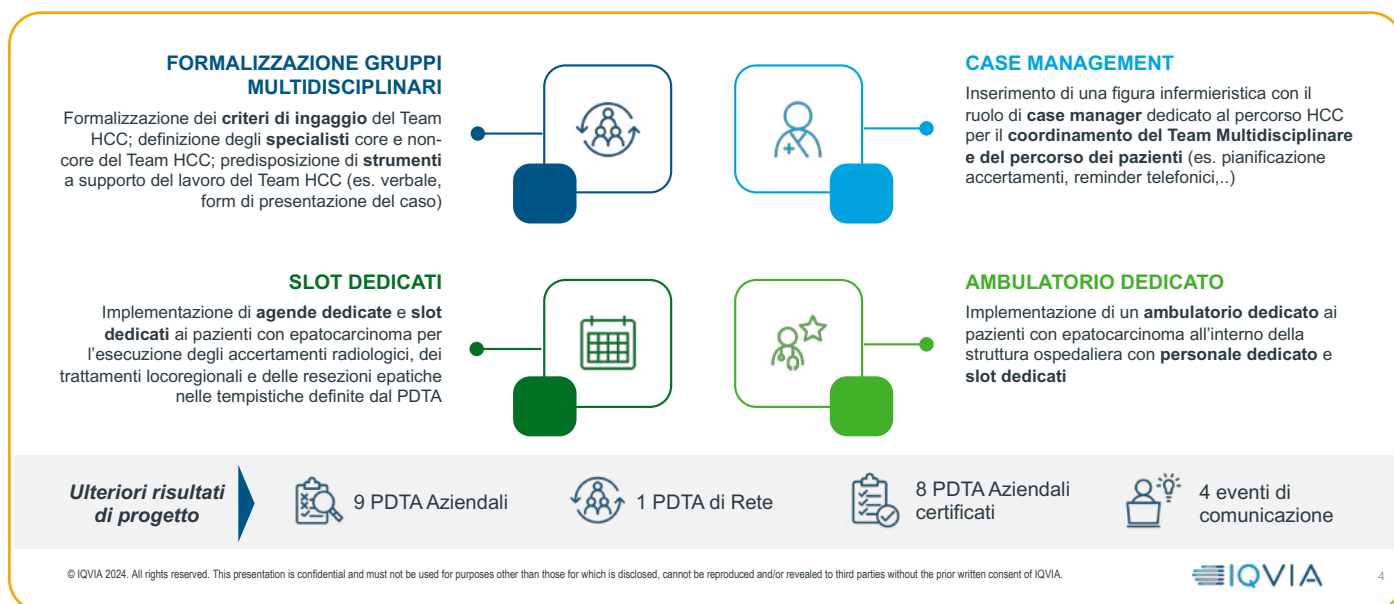


**Figura 3.** La Care Delivery Value Chain dell'Epatocarcinoma: un esempio di percorso di cura del paziente.

Questa analisi è stata effettuata per ogni centro che ha partecipato al progetto, con l'obiettivo finale di implementare e rendere più efficiente un percorso per il paziente in linea con linee guida di riferimento consolidando la collaborazione multidisciplinare. Questo percorso paziente può essere formalizzato attraverso la stesura di un PDTA, certificabile secondo il disciplinare Bureau Veritas.

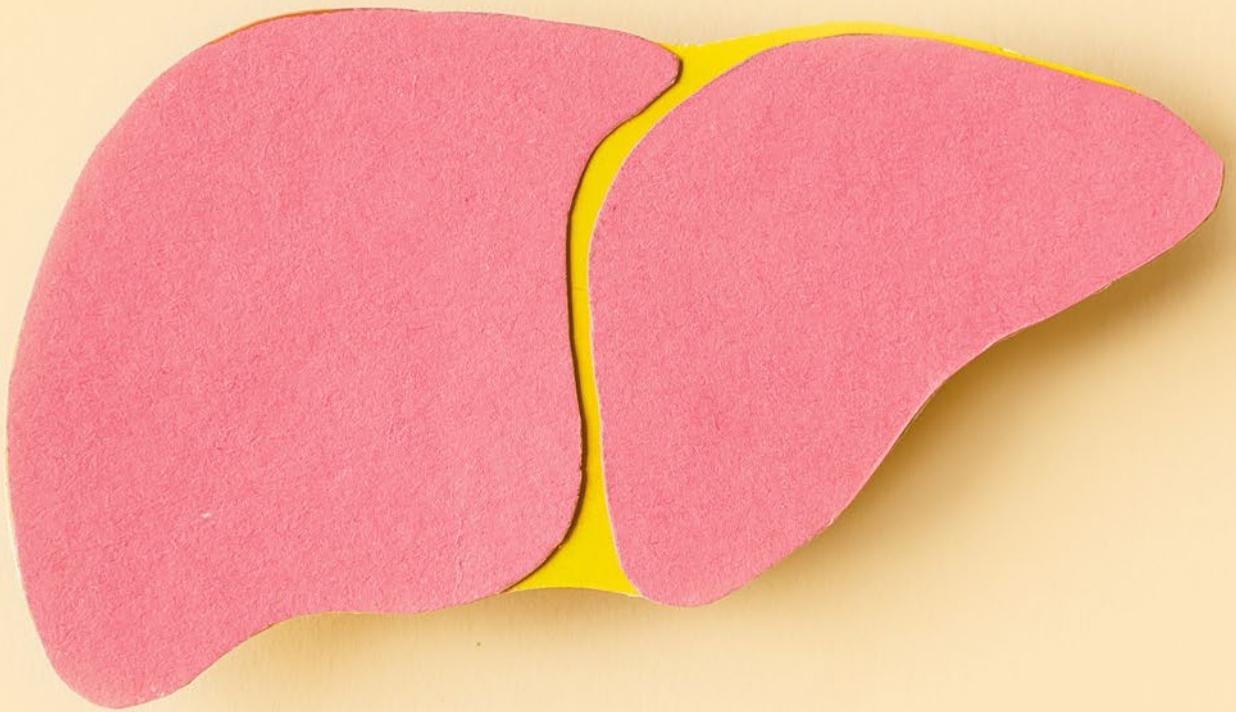
Vengono infatti analizzate singolarmente tutte le attività, con i punti di forza e di debolezza, con un focus particolare alle professionalità coinvolte e all'organizzazione del team multidisciplinare; si vuole formalizzare l'obiettivo che si intende perseguire, attraverso un piano d'azione che prende in considerazione l'organizzazione del percorso del paziente e la definizione e strutturazione del team multidisciplinare; il sistema di monitoraggio è fondamentale per monitorare nel tempo l'implementazione delle azioni di miglioramento.

Grazie a questo progetto, al momento sono stati realizzati 9 PDTA aziendali, di cui 8 con certificazione di qualità secondo il disciplinare Bureau Veritas, e un PDTA di rete pilota per la regione Sicilia. A corollario sono stati anche realizzati quattro eventi di comunicazione dei risultati ottenuti (vedi Figura 4).



**Figura 4.** Traguardi raggiunti dal MDT Project.





**I think tank**

**e i sette pilastri di riferimento**

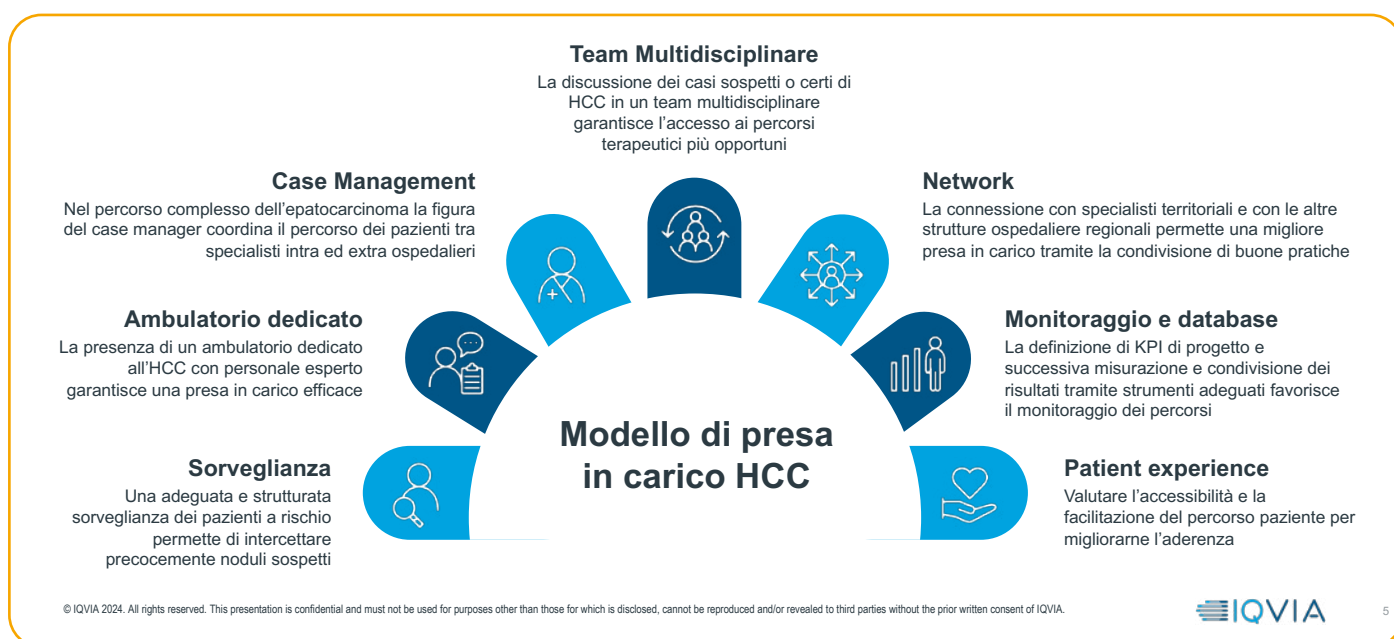
Al termine dell'esperienza dei 13 centri coinvolti nell'analisi, è stato quindi possibile identificare un modello di riferimento per la presa in carico e cura del paziente con epatocarcinoma, mettendo a fattor comune tutte le buone pratiche presenti o implementate nelle singole realtà (vedi Figura 5).

## I sette pilastri di riferimento

Una adeguata e strutturata **sorveglianza** dei pazienti a rischio permette di intercettare precocemente noduli sospetti. Sono fondamentali spazi, personale e strumenti dedicati, con un ambulatorio di sorveglianza ed ecografisti esperti della patologia; confronto e supervisione con ospedali e case di comunità sono possibili grazie alle opportunità fornite dal teleconsulto e devono essere formalizzati.

La presenza di un **ambulatorio dedicato** all'HCC con personale esperto garantisce una presa in carico efficace; viene segnalato in questo ambito come sia fondamentale avere a disposizione slot dedicati con percorsi preferenziali per garantire una rapida accessibilità al paziente; l'utilizzo della telemedicina può inoltre supportare il percorso.

La figura del **case manager**, che coordina il percorso dei pazienti tra specialisti intra ed extra ospedalieri, è fondamentale nel complesso iter dell'epatocarcinoma; consente un coordinamento proattivo delle fasi del percorso paziente e degli attori coinvolti a livello di reparto, ambulatorio e day-hospital; un'ulteriore opportunità potrebbe essere fornita dal coinvolgimento o dall'istituzione dell'infermiere di famiglia, in quanto è una figura fondamentale nel personalizzare le necessità assistenziali e nella gestione dei pazienti fragili a livello territoriale.



**Figura 5.** Il modello di presa in carico dell'epatocarcinoma è costituito da 7 pilastri di riferimento.

Visti i diversi approcci terapeutici a seconda della stadiazione, la discussione dei casi sospetti o certi di HCC in un **'Team MultiDisciplinare'** (MDT) garantisce l'accesso ai percorsi terapeutici più opportuni per il singolo paziente. Nel team multidisciplinare dovrebbero essere presenti epatologo, oncologo, radiologo, chirurgo, radiologo interventista, anatomico patologo, infermiere case manager, nutrizionista, psicologo, anche se possono essere necessarie altre figure, la cui modalità di coinvolgimento dovrebbe essere formalizzata e condivisa.

Tutti i casi, dalla nuova diagnosi alla rivalutazione terapeutica, dovrebbero infatti essere discussi nel team multidisciplinare, in quanto la stadiazione e l'indirizzo terapeutico dovrebbero essere definiti dal team in una valutazione collegiale che preveda anche la condivisione delle immagini diagnostiche.


Per realizzare ciò è fondamentale definire un giorno e un orario con cadenza fissa per l'esecuzione degli incontri del team multidisciplinare: le decisioni del board devono essere inoltre verbalizzate e inserite all'interno della cartella clinica del paziente. Sarebbe inoltre utile un database condiviso del percorso dei pazienti, in modo tale da imparare dalle esperienze precedenti.

La creazione di un **network** che connetta specialisti territoriali e le altre strutture ospedaliere regionali consente la condivisione di buone pratiche e permette quindi una migliore presa in carico. Sarebbero utili protocolli che regolamentino i rapporti tra strutture ospedaliere e territoriali, collegate anche a livello telematico per fornire teleconsulti.

Al fine di monitorare il percorso paziente implementato, vengono definiti dei KPI (Key Performance Indicators). Monitorare periodicamente questi indicatori è importante per valutare l'adeguatezza dell'offerta assistenziale, il rispetto delle tempistiche di attraversamento del percorso, l'aderenza alle linee guida di riferimento e la spesa economica associata (vedi Figura 6).

Gli indicatori spaziano da:

- **indicatori di outcome**, come la percentuale di pazienti con indicazione a resezione chirurgica sottoposti ad intervento chirurgico entro 30 giorni dalla riunione multidisciplinare;
- **indicatori di processo**, come la percentuale di pazienti con HCC sospetto o confermato presi in carico dal team multidisciplinare entro 7 giorni;
- **indicatori di appropriatezza**, come l'esecuzione sia di TAC e sia di RM al momento della diagnosi in pazienti con HCC, indagini entrambe necessarie per la conferma diagnostica quando questi esami sono stati eseguiti da

Tipologia indicatore	Indicatore	Target di riferimento	Tipologia indicatore	Indicatore	Target di riferimento
Outcome	% pazienti con indicazione a resezione chirurgica sottoposti ad intervento chirurgico entro 30 giorni dalla riunione multidisciplinare	≥ 90%	Appropriatezza	% pazienti con diagnosi di HCC che hanno eseguito sia TAC che RMN al momento della diagnosi	≤ 50%
Outcome	% pazienti con indicazione a trattamenti locoregionali sottoposti a trattamenti locoregionali entro 30 giorni dalla riunione multidisciplinare	≥ 90%	Equilibrio economico	% di pazienti affetti da epatocarcinoma afferenti da altre Regioni d'Italia	≥ 3%
Outcome	% pazienti con indicazione a terapia sistemica che inizia la terapia sistemica entro 15 giorni dalla riunione multidisciplinare	≥ 90%			
Outcome	% questionari per pazienti ambulatoriali con punteggio di soddisfazione ≥ 6	≥ 85%			
Processo	% pazienti con diagnosi di HCC sottoposti precedentemente a sorveglianza semestrale	≥ 50%			
Processo	% pazienti con diagnosi di HCC che hanno eseguito TAC	≥ 80%			
Processo	% di pazienti con HCC stratificati per la scelta terapeutica con algoritmo BCLC	≥ 90%			
Processo	% di riunioni multidisciplinari a cui partecipano tutti gli specialisti core identificati	≥ 90%			
Processo	% di pazienti con sospetto o confermato HCC presi in carico dal GOM entro 7 giorni	≥ 90%			

**MONITORAGGIO DELLA PATIENT EXPERIENCE**

Questionario sviluppato per la raccolta delle valutazioni del paziente ambulatoriale



© IQVIA 2024. All rights reserved. This presentation is confidential and must not be used for purposes other than those for which is disclosed, cannot be reproduced and/or revealed to third parties without the prior written consent of IQVIA.

**Figura 6.** Gli indicatori di monitoraggio del percorso del paziente con epatocarcinoma proposti MDT Project.

- personale non esperto;
- **indicatori di volume**, come la percentuale di pazienti presi in carico dai diversi specialisti.

Monitorare la **patient experience** attraverso, ad esempio, la somministrazione di questionari rivolti ai pazienti, permette di conoscere la loro percezione sui servizi resi nel corso della presa in carico e di supportare l'aderenza al percorso nella fase di terapia e follow-up.

A conclusione della fase di realizzazione del progetto, sono stati realizzati due incontri con l'obiettivo di far emergere le buone pratiche di ciascun centro e di arricchire il modello delle diverse esperienze assistenziali. In particolare è emerso, oltre all'importanza del case manager e di ambulatori dedicati, il fatto che, se la sorveglianza dei pazienti con HCC risulta problematica a causa della scarsa disponibilità di personale esperto dedicato e all'assenza di una rete di ambulatori dedicati, una scarsa organizzazione della sorveglianza a livello territoriale comporta un aumento di diagnosi in stadi avanzati della patologia con conseguente maggiore complessità assistenziale; è possibile fronteggiare queste difficoltà tramite la costituzione di una rete territoriale di ecografisti esperti, il coinvolgimento degli specialisti territoriali come membri del team multidisciplinare, anche attraverso la creazione di PDTA regionali, e la condivisione dei percorsi con i MMG e la popolazione.

La presenza di una rete regionale facilita inoltre la gestione dei pazienti con HCC in quanto consente di identificare al meglio le strutture che hanno centro trapianti o trial clinici disponibili.



**I centri che hanno collaborato:  
punti di forza e azioni implementate**





# AO Arnas Garibaldi (Catania)



## Professionalità coinvolte nel MDT

**Core Team:** Epatologo, Chirurgo oncologico epatobiliare, Oncologo medico, Radiologo, Radiologo interventista, Anatomo patologo, Case Manager, Clinical Auditor

**Non Core Team:** Medico nucleare, Radioterapista, Endocrinologo, Medico palliativista

**Consulenti esterni di supporto:** Anestesista, Terapista del dolore, Psicologo, Endoscopista, Cardiologo

## Professionisti coinvolti nell'analisi

Dott. Russello (Epatologia, Coordinatore), Dott.ssa Cocuzza, Dott.ssa Tavarelli e Dott.ssa Sapere (Epatologia), Dott. Vallone, Dott.ssa Greco e Dott. Vigiagnesi (Radiologia), Dott. Giordano, Dott. Meo e Dott. Piana (Radiologia Interventistica), Dott. Bordonaro e Dott.ssa A.Russo (Oncologia), Dott. Cinardi (Chirurgia), Dott. Bartoloni e Dott.ssa V.Russo (Anatomia Patologica), Case Manager CSI M.Spinello (Epatologia), Clinical Auditor Dott.ssa Caudullo

## Punti di forza dell'organizzazione

- Presenza di un ambulatorio dedicato in epatologia.
- Intero iter diagnostico svolto internamente.
- Slot dedicati in radiologia e infermiere dedicato per la pianificazione del percorso.
- Discussione di tutti i casi di HCC di nuova diagnosi e della rivalutazione post-terapia, con verbalizzazione delle decisioni.
- Terapie loco-regionali eseguite in modalità di ricovero presso U.O. interna al MDT (Epatologia)
- Trattamenti chirurgici eseguiti in modalità di ricovero presso U.O. interna al MDT (Chirurgia Epto-biliopancreatica)
- Terapie sistemiche gestite a livello ambulatoriale o in regime di DH presso UU.OO. interne al MDT (Epatologia, Oncologia).
- Possibilità di valutazione per arruolamento in protocolli terapeutici sperimentali.

- Presenza di Hospice e ambulatorio terapia del dolore interno alla struttura.

## Azioni implementate

- Individuazione di slot dedicati per esecuzione RM e EGDS.
- Identificazione slot dedicati ai pazienti del centro oncologico per esecuzione ecografie da personale esperto.
- Identificazione di una figura di riferimento per il mantenimento dei contatti con il centro trapianti regionale.
- Partecipanti core-team e non core-team definiti con modalità di coinvolgimento specifiche.
- Previsione di una casella di posta elettronica dedicata e di un referente che collezioni le richieste di discussione per la riunione pianificata.
- Definizione di un form di presentazione del paziente da condividere con i partecipanti del team.
- Verifica periodica del rispetto delle tempistiche dell'intero percorso diagnostico e terapeutico.
- Verifica periodica degli outcome dei pazienti presi in carico dal MDT.
- Possibilità di valutazione per arruolamento in protocolli terapeutici sperimentali.
- Presenza di Hospice e ambulatorio terapia del dolore interno alla struttura.

**Epatocarcinoma: Progetto MDT** PHARMASTAR<sup>®</sup>

**Sorveglianza dei pazienti a rischio di epatocarcinoma e collegamento con il territorio**

**Dott. Maurizio Russello**  
Direttore UO dipartimentale epatologia Presidio Ospedaliero Garibaldi-Nesima, Catania

**CLICCA E GUARDA IL VIDEO**





# Ospedale Belcolle ASL Viterbo



## Professionalità coinvolte nel MDT

**Core Team:** Gastroenterologo, Oncologo, Chirurgo, Radiologo/ Radiologo interventista, Anatomo patologo, Case Manager clinico

**Non Core Team:** Anestesista, Radioterapista, Neuroradiologo, Psicologo, Infettivologo, Medico Nucleare, Genetista, Nutrizionista, Cardiologo, Endocrinologo

## Professionisti coinvolti nell'analisi

Dott. Caturelli, Dott.ssa Ghittoni, Dott.ssa Lauria (Epatologia), Dott. Chegai (Radiologia Interventista), Dott. Ranelli (Anatomia Patologica), Dott. Signorelli, Dott.ssa Schirripa (Oncologia)

## Punti di forza dell'organizzazione

- Sorveglianza HCC gestita in ogni sua parte internamente alla struttura ospedaliera
- Alta aderenza al protocollo di sorveglianza per la presenza di ecografisti della gastroenterologia che facilitano la prenotazione di esami e visite
- Unico accesso ambulatoriale per ecografia e visita di sorveglianza
- Presenza di cartella elettronica del team HCC per condividere storia clinica e referti dei pazienti da discutere
- Presenza di slot dedicati per accertamenti diagnostici urgenti
- Presenza di un canale dedicato alle urgenze per le biopsie epatiche nel laboratorio di anatomia patologica
- Discussione di tutti i casi di nuova diagnosi e rivalutazione terapeutica in sede di team HCC
- Trattamenti locoregionali e ablazione percutanea eseguiti in tempi brevi
- Slot dedicati e prioritari per ricovero in Gastroenterologia di pazienti HCC

## Azioni implementate

- Assegnazione slot settimanali per accertamenti diagnostici dedicati ai pazienti con sospetto o certo HCC
- Istituzione della figura che coordina le attività nel percorso del paziente con HCC e supporta le attività amministrativo-burocratiche del team
- Estensione del servizio di supporto nutrizionale oncologico ai pazienti HCC
- Standardizzazione referral per TARE e valutazione trapiantologica
- Previsione di una casella di posta elettronica dedicata e di un referente che collezioni le richieste di discussione per la riunione del team multidisciplinare pianificata
- Coinvolgimento del chirurgo come specialista core all'interno del team multidisciplinare
- Definizione di form di presentazione standard dei pazienti da discutere e condivisione tramite mail prima dell'incontro
- Inserimento Case manager di percorso a supporto dei membri del team HCC e dei pazienti con HCC
- Standardizzazione dell'eleggibilità al trapianto con consulenza del trapiantologo (anche da remoto)
- Integrazione, nelle riunioni del team multidisciplinare, del verbale dell'incontro firmato dai partecipanti comprensivo della pianificazione di un momento successivo di verifica dell'efficacia delle scelte prese

# AOU Policlinico Paolo Giaccone (Palermo)

## Professionalità coinvolte nel MDT

**Core Team:** Epatologo, Oncologo, Radiologo, Radiologo interventista, Case Manager clinico

**Non Core Team:** Anatomo Patologo, Cardiologo, Nutrizionista

## Professionisti coinvolti nell'analisi

Dott. Cabibbo e Dott. Cammà (Gastroenterologi), Dott. Cannella (Radiologia), Ing. Alessi (Data Manager), Dott.ssa Peri e Dott.ssa Corsini (Oncologia), Dott. Di Gesù (Radiologo Interventista), Dott.ssa Daniela Cabibi (Anatomo Patologa)

## Punti di forza dell'organizzazione

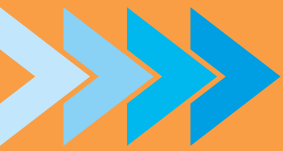
- Possibilità di referral informale di pazienti con sospetto HCC da specialisti di altre UO
- Unico accesso ambulatoriale per ecografia e visita
- Per le indagini radiologiche sono disponibili slot dedicati ai pazienti con HCC
- Iter diagnostico gestito interamente all'interno della struttura ospedaliera
- Utilizzo della piattaforma regionale HCC per riferire pazienti con diagnosi di HCC all'ambulatorio dedicato
- Analisi e refertazione della biopsia epatica effettuate da un'anatomo patologa esperta dell'organo in un tempo medio di 5 giorni dalla ricezione del campione
- Piattaforma informatizzata Cineca per archiviare dati anamnestici, clinici, diagnostici e terapeutici dei pazienti con HCC
- Presenza di sistemi di outsourcing per pazienti eleggibili a trapianto, resezione chirurgica e TARE
- Slot dedicati e prioritari in Radiologia Interventistica per pazienti HCC
- Slot settimanali dedicati in radiologia per TC e RM di pazienti con HCC
- Disponibilità di un database per programmazione di esami diagnostici che non si possono già prenotare dal CUP al momento della visita

## Azioni implementate

- Formalizzazione dell'iter di conferma del sospetto di HCC, con presa in carico da parte di figura HCC dedicata che coordina attori, attività e setting coinvolti
- Istituzione della figura di Case Manager dedicata ai pazienti con sospetto o certezza di HCC, la quale coordina le attività del percorso paziente e supporta le attività amministrativo-burocratiche del team
- Integrazione di una figura di nutrizionista a supporto dei pazienti con HCC
- Definizione slot dedicati all'HCC presso l'ambulatorio di oncologia
- Integrazione sistematica nel percorso paziente di un DB HCC accessibile ai professionisti coinvolti nel percorso al fine di raccogliere dati utili a monitorare gli indicatori di processo ed esito
- Previsione di una casella di posta elettronica dedicata e di un referente che collezioni le richieste di discussione per la riunione pianificata
- Identificazione di criteri condivisi per il coinvolgimento del Team Multidisciplinare
- Definizione di form di presentazione standard dei pazienti da discutere e condivisione tramite mail prima dell'incontro



 **CLICCA E GUARDA IL VIDEO**



# Rete HCC Siciliana

Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione, Ospedale Buccheri La Ferla, AOU Policlinico Paolo Giaccone

## Professionalità coinvolte nel MDT

**Core Team:** Epatologi dei 3 centri della Rete, Chirurghi dell'ISMETT, Radiologi e Radiologi interventisti del Policlinico Giaccone, Oncologi dell'Osp. Buccheri La Ferla, Case manager

**Non Core Team:** Anatomico Patologo

## Professionisti coinvolti nell'analisi

**Policlinico Giaccone:** Prof. Cammà, Dott. Cabibbo e specializzandi (Epatologia), Dott.ssa Peri e Dott.ssa Corsini (Oncologia), Dott. Cannella (Radiologia), Dott. Di Gesù (Radiologia interventista), Dott.ssa Cabibi (Anatomia Patologica), Dott. Di Maria (Data manager)

**Ospedale Buccheri La Ferla:** Dott. Cartabellotta (Epatologo), Dott. Galati (Oncologo), Dott. Landino (Radiologo), Dott.ssa Minissale (Epatologa)

**ISMETT:** Dott. Di Francesco (Chirurgo epatobiliare), Dott.ssa Magro (Epatologa), Prof. Gruttadauria (Chirurgo addominale), Dott. Miraglia (Radiologo), Dott.ssa Rizzo, Dott. Barbara (Data manager)

## Punti di forza dell'organizzazione

- Presenza di una piattaforma web-based progettata dal Consorzio Cineca accessibile alla rete HCC siciliana su cui inserire i dati dei pazienti
- Presenza di una figura dedicata al coordinamento del percorso di referral tra il Policlinico Giaccone e l'ISMETT e al contempo incontri dedicati di discussione dei casi
- Tra il Policlinico Giaccone e l'ISMETT sono pianificati incontri settimanali di discussione dei casi di epatocarcinoma da inviare a resezione chirurgica, trattamenti locoregionali o trapianto

- In fase di sviluppo presso l'ISMETT la definizione di criteri di referral strutturati per inviare i pazienti a terapia sistemica all'interno della rete PSN
- I centri della rete pilota interaziendale partecipano attivamente alla rete HCC regionale per condividere casi clinici complessi e discuterli multidisciplinariamente
- Presenza di slot dedicati per prenotare visite di controllo HCC presso gli ambulatori di epatologia dell'ISMETT e dell'Osp. Buccheri La Ferla
- Presenza di team multidisciplinari dedicati all'HCC in ciascuna delle strutture
- I centri della rete pilota interaziendale utilizzano attivamente la Piattaforma Cineca per caricare i dati dei pazienti da discutere con il team della rete regionale HCC

## Azioni implementate

- Avvio di una collaborazione tra i centri per strutturare e formalizzare un percorso clinico-assistenziale interaziendale per i pazienti con HCC che garantisca continuità assistenziale
- Avvio di redazione di un PDTA interaziendale che possa essere applicato all'intera rete siciliana
- Volontà di costituire un team multidisciplinare con gli specialisti di ciascuna struttura coinvolti nel percorso paziente che discuta collegialmente i casi clinici di HCC secondo criteri condivisi
- Avvio del monitoraggio del miglioramento organizzativo e assistenziale nella gestione dei pazienti con HCC attraverso la raccolta di KPI e il supporto di strumenti informatici dedicati

Epatocarcinoma:  
Progetto MDT

PHARMASTAR<sup>®</sup>

**Importanza del team multidisciplinare nel percorso di cura del paziente con epatocarcinoma**

**Dott. Fabio Cartabellotta**  
Direttore Dipartimento Medico - Ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli, Palermo



**CLICCA E GUARDA IL VIDEO**

Epatocarcinoma:  
Progetto MDT

PHARMASTAR<sup>®</sup>

**La scelta del trapianto nel paziente con HCC**

**Prof. Salvatore Gruttadauria**  
Direttore del Dipartimento per la Cura e lo Studio delle Patologie Addominali IRCCS-ISMETT UPMC



**CLICCA E GUARDA IL VIDEO**



# Istituto Nazionale Tumori Fondazione Pascale (Napoli)

## Professionalità coinvolte nel MDT

**Core Team:** Chirurgo epatobiliare, Oncologo, Radioterapista, Radiologo interventista, Case Manager infermieristico

**Non Core Team:** Radiologo, Anatomo-patologo, Farmacista, Medico nucleare, Radioterapista, Gastroenterologo, Palliativista, Responsabile accessi venosi centrali, Endocrinologo, Pneumologo, Psiconcologo, Nutrizionista

## Professionisti coinvolti nell'analisi

Dott. Avallone, Dott.ssa Nappi, Dott.ssa Zanaletti (Oncologia Clinica Sperimentale Addominale), Prof. Izzo, Dott. Belli, Dott. Piccirillo (Chirurgia Epatobiliare), Dott. Fiore (Radiologia Interventista), Dott.ssa Granata (Radiologia)

## Punti di forza dell'organizzazione

- I pazienti che accedono in Oncologia o Radiologia Interventistica vengono discussi nell'ambulatorio dedicato HCC che garantisce una discussione multidisciplinare (oncologo, radiologo interventista, epatologo)
- La Radiologia, coinvolta nella fase di diagnosi garantisce tempistiche di risposta di 24-48 h, lo svolgimento di tutto il processo diagnostico all'interno dell'Istituto, la partecipazione nell'ambulatorio congiunto HCC per la discussione dei pazienti, quando necessario
- Coinvolgimento anche di altri professionisti, quali nefrologo e cardiologo, in fase di stadiazione
- Valutazione funzionale del paziente in chirurgia oncologica, con una nurse dedicata, una nutrizionista, due fisioterapisti e un'anestesista, grazie al protocollo Eras
- Servizi aggiuntivi (psico-oncologico e nutrizionale) oltre a un ambulatorio di terapia antalgica

## Azioni implementate

- Definiti slot dedicati ai pazienti in carico alla radiologia interventistica per la pianificazione dei trattamenti locoregionali
- Utilizzo da parte del medico referente della scheda del paziente sulla piattaforma ROC per presentare il caso al team, scheda accessibile agli altri membri
- Introduzione di un case manager a supporto del percorso



**Epatocarcinoma:  
Progetto MDT**

**PHARMASTAR\***  
IL GRUPPO CHE CURE I TUOI TUMORI

**Rete Oncologica Campana  
e collegamento con le altre strutture  
del territorio**

**Dott.ssa Anna Nappi**  
Specialista in Oncologia, Istituto Tumori di Napoli

**CLICCA E GUARDA IL VIDEO**





# P.O. Ospedale del Mare (Napoli)



## Professionalità coinvolte nel MDT

**Core Team:** Chirurgo epatobiliare, Oncologo, Radiologo, Radioterpaista, Radiologo interventista, Gastroenterologo, Case Manager infermieristico

**Non Core Team:** Anatomo patologo, Medico Nucleare, Chirurgo del P.O. Pellegrini, Psico-oncologo, Farmacista, Infermiere PICC team, Anestesista, Nutrizionista

## Professionisti coinvolti nell'analisi

Prof. Daniele e Dott.ssa Federico (Oncologia), Dott. Cozzolino e Dott. Scotto di Santolo (Gastroenterologia), Dott. D'Avino (Chirurgia), Dott. Sarti e Dott. Arienzo (Radiologia interventistica), Dott. Liguori (Radiologia), Dott. Gerbasio (Anatomia patologica), Dott.ssa Tazza (Farmacia Ospedaliera), Dott.ssa Marcella Gaetano e Dott.ssa Calvanese (Radioterapia)

## Punti di forza dell'organizzazione

- Svolgimento di tutto il processo diagnostico all'interno dell'Istituto
- Valutazione complessiva del paziente, con possibile attivazione di ulteriori servizi, quali supporto nutrizionale, psicologico, assistenza domiciliare
- Riunioni sistematiche del GOM e discussione di tutti i casi
- Attivazione di protocolli clinici sperimentali (immunoterapia, terapia adiuvante) presso l'Oncologia
- Agenda dedicata in radiologia interventistica che permette al case manager infermieristico di monitorare l'aderenza al follow up

## Azioni implementate

- Identificazione di slot dedicati in radiologia per pazienti segnalati dal GOM
- Predisposizione di un verbale/documento da consegnare al paziente che attesti la decisione presa in modo condiviso
- Partecipanti core-team e non core-team definiti con modalità di coinvolgimento specifiche
- Previsione di una casella di posta elettronica dedicata e di un referente che collezioni le richieste di discussione per la riunione pianificata
- Definizione di un form di presentazione del paziente da condividere in anteprima con i partecipanti del team
- Verbale dell'incontro firmato dai partecipanti con la pianificazione di un momento successivo di verifica dell'efficacia delle scelte prese

**Epatocarcinoma: Progetto MDT** PHARMASTAR<sup>★</sup>

### Ruolo del Case Manager all'interno del PDTA dell'epatocarcinoma

**Dott.ssa Piera Federico**  
Coordinatore GOM epatocarcinoma, UOC Oncologia, Ospedale del Mare di Napoli

**CLICCA E GUARDA IL VIDEO**





# Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico (Roma)

## Professionalità coinvolte nel MDT

**Core Team:** Epatologo, Chirurgo Oncologico, Radiologo, Radiologo interventista, Radioterapista, Case Manager clinico

**Non Core Team:** Anatomo patologo, Endoscopista, Nutrizionista, Psicologo

## Professionisti coinvolti nell'analisi

Dott.ssa Silletta (Oncologia), Dott. Galati (Epatologia), Dott. Mascianà (Chirurgia), Dott.ssa Pa-cella (Radiologia interventistica)

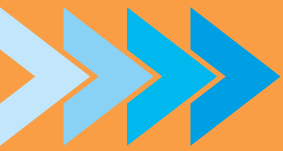
## Punti di forza dell'organizzazione

- Recall dei pazienti in screening con inserimento di un altro paziente in caso di rinuncia
- Svolgimento interno dell'intero iter diagnostico, con garanzia dell'accuratezza delle indagini e il rispetto delle tempistiche
- Slot dedicati (non esclusivi per HCC) in radiologia interventistica per oncologia ed epatologia
- Attivazione di protocolli sperimentali e di ricerca non sponsorizzati
- Possibilità di prenotare direttamente accertamenti di radiologia interventistica per oncologia / epatologia tramite agenda informatizzata
- Disponibili servizi di psico-oncologia, assistente sociale, cure palliative, Hospice

## Azioni implementate

- Riconoscimento nel team multidisciplinare degli ecografisti all'interno dell'Epatologia
- Miglioramento della ridondanza, tramite affidamento delle attività di trattamento locoregionale e di follow-up ai radiologi interventisti anziché agli epatologi
- Definizione di modalità efficaci di coinvolgimento del non-core team (tempistiche, strumenti, owner, etc.)
- Verbale dell'incontro firmato dai partecipanti con la pianificazione di un momento successivo di verifica dell'efficacia delle scelte prese
- Individuazione di una figura di case manager clinico





# AORN Antonio Cardarelli (Napoli)

## Professionalità coinvolte nel MDT

**Core Team:** Epatologo, Chirurgo epatobiliare, Oncologo, Radiologo, Radiologo vascolare, Anatomico patologo, Medico Nucleare, Case Manager

**Non Core Team:** Gastroenterologo, Anestesista, Radioterapista, Medico Palliativista, Neuroradiologo, Psicologo, Nutrizionista

## Professionisti coinvolti nell'analisi

Dott. Di Costanzo e Dott.ssa Tortora (Epatologia), Dott.ssa Brangi (Oncologia)

## Punti di forza dell'organizzazione

- Prenotazione per la visita di controllo successiva (gestione tramite agende interne) ad ogni accesso per i pazienti in sorveglianza
- Presenza di un radiologo di riferimento interno alla struttura
- Incontri del GOM settimanali con discussione di tutti i casi di HCC di nuova diagnosi e rivalutazione terapeutica
- Discussione in team dedicato composto da chirurghi, epatologi e anestesisti dei casi dei pazienti eleggibili a trapianto
- Possibilità di attivare un percorso nutrizionale (ambulatorio dedicato)
- Possibilità di attivare servizi di counseling psicologico (ambulatorio dedicato)

## Azioni implementate

- Definizione di slot dedicati a pazienti con HCC in accordo con la radiologia per l'esecuzione di TAC e RM
- Definizione di slot dedicati a pazienti con HCC in accordo con la gastroenterologia per l'esecuzione di accertamenti endoscopici
- Inserimento di una figura infermieristica con il ruolo di Case Manager a supporto del percorso dei pazienti con HCC
- Strutturazione del GOM HCC con discussioni settimanali

- Strutturazione del GOM HCC per la discussione di tutti i pazienti con sospetto o diagnosi di HCC
- Definizione di modalità strutturate di coinvolgimento del non-core team
- Definizione di un form definito per la presentazione del caso al GOM
- Previsto svolgimento degli incontri del GOM HCC da remoto
- Definizione del verbale dell'incontro con la pianificazione di un momento di verifica dell'efficacia da parte del clinico che ha in carico il paziente
- Inserimento del verbale dell'incontro nella cartella clinica del paziente



**CLICCA E GUARDA IL VIDEO**



# AO Cardinale Giovanni Panico (Tricase)

## Professionalità coinvolte nel MDT

**Core Team:** Epatologo, Oncologo, Radiologo, Radiologo interventista, Chirurgo, Anatomo Patologo, Nutrizionista, Case Manager

**Non Core Team:** Anestesista, Radioterapista, Psicologo, Medico Nucleare, Genetista, Palliativista

## Professionisti coinvolti nell'analisi

Dott. Tamburini (Oncologia), Dott.ssa D'Aversa (Epatologia), Dott.ssa Perrone (Radiologia), Dott. Spano (Radiologia Interventista), Dott.ssa Mita (Chirurgia), Dott.ssa Chiuri e Dott.ssa De Pascalis (Case Manager), Dott.ssa Moretti (Anatomia Patologica)

## Punti di forza dell'organizzazione

- Svolgimento dell'intero iter diagnostico internamente
- Slot dedicati in radiologia per oncologi e chirurghi
- Presenza di cartelle elettroniche condivise in tutta la struttura e agende elettroniche condivise
- Sistema di alert per la visualizzazione della refertazione, con abbattimento dei tempi tra disponibilità referto e visione specialista
- Presenza di un Case Manager di percorso per pazienti in carico a Oncologia e Chirurgia, che permette l'esecuzione degli accertamenti in tempi prestabiliti
- Presenza di slot dedicati in radiologia per oncologi e chirurghi
- Presenza di ambulatorio di cure palliative precoci e nutrizione
- Valutazione di attivazione di protocolli sperimentali
- Terapia sistemica gestita a livello ambulatoriale dall'oncologo per pazienti con stadio avanzato o metastatici
- Slot dedicati in radiologia per oncologi e chirurghi
- Gestione del follow-up prevalentemente a livello territoriale

## Azioni implementate

- Individuazione di un clinico di riferimento epatologo
- Istituzione di slot dedicati ad HCC nell'ambulatorio di gastroenterologia
- Estensione della figura che coordina le attività nel percorso del paziente con HCC anche a pazienti in carico alla gastroenterologia
- Assegnazione di slot dedicati ai pazienti HCC in radiologia interventistica per esecuzione trattamenti locoregionali e standardizzazione referral per valutazione trapiantologica
- Previsione di una casella di posta elettronica dedicata e di un referente che collezioni le richieste di discussione al GOM per la riunione pianificata
- Discussione di tutti i casi di HCC di nuova diagnosi e rivalutazione terapeutica
- Presentazione del caso preparata dal clinico di riferimento con referral al centro trapianti identificato



**CLICCA E GUARDA IL VIDEO**



# AOU delle Marche (Ancona)



## Professionalità coinvolte nel MDT

**Core Team:** Epatologo, Chirurgo, Oncologo, Radiologo, Radiologo interventista, Radioterapista

**Non Core Team:** Pneumologo, Cardiologo, Anatomopatologo, Anestesista

## Professionisti coinvolti nell'analisi

Prof. Mocchegiani (chirurgo); Prof. Svegliati Baroni (Gastroenterologo epatologo), Prof. Giamperri, Dott. Bittoni (Oncologi)

## Punti di forza dell'organizzazione

- Presenza di un epatologo di riferimento per la sorveglianza dei pazienti a rischio HCC
- Ambulatorio dedicato ad HCC
- Possibilità di svolgere l'intero iter diagnostico all'interno della struttura e di slot dedicati in radiologia
- Definizione dell'Epatologo come collettore delle richieste di presentazione dei casi durante le riunioni di team multidisciplinare
- Discussione settimanale di 7/8 casi, compresa eventuale conclusione dell'iter diagnostico e le scelte terapeutiche
- Disponibilità di un indirizzo mail dedicato per la richiesta di presentazione del caso con condivisione delle informazioni diagnostiche già a disposizione
- Presenza di una piattaforma regionale tramite cui gli specialisti territoriali possono effettuare una richiesta di quesito diagnostico da discutere durante le riunioni del team multidisciplinare

**Epatocarcinoma:  
Progetto MDT**

**PHARMASTAR\***  
la farmacia online per i medici

**Importanza dell'ecografista esperto  
in fase di sorveglianza:  
una rete tra centri di riferimento**

**Prof. Gianluca Svegliati Baroni**  
Professore Associato di Gastroenterologia, Università Politecnica delle Marche  
Responsabile SOSD Danno Epatico e Trapianti dell'AOU delle Marche

**CLICCA E GUARDA IL VIDEO**







1. Ducreux M, Abou-Alfa GK, Bekaii-Saab T, et al. The management of hepatocellular carcinoma. Current expert opinion and recommendations derived from the 24th ESMO/World Congress on Gastrointestinal Cancer, Barcelona, 2022. *ESMO Open*. 2023 Jun;8(3):101567. doi: 10.1016/j.esmoop.2023.101567. Epub 2023 May 31. PMID: 37263081; PMCID: PMC10245111.
2. Aiom. I numeri del cancro in Italia 2022.
3. Aiom, Linee guida Epatocarcinoma. Edizione 2020
4. National Cancer Institute. Cancer Stat Facts: Liver and Intrahepatic Bile Duct Cancer. Disponibile online <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/livibd.html>; ultimo accesso 30/11/2023

## PHARMASTAR

www.pharmastar.it  
Registrazione al Tribunale di Milano  
n° 516 del 6 settembre 2007

## EDITORE

MedicalStar  
Via San Gregorio, 12 - 20124 Milano  
info@medicalstar.it - www.medicalstar.it

## AVVERTENZE PER I LETTORI

Nessuna parte di questa pubblicazione può essere copiata o riprodotta anche parzialmente senza l'autorizzazione dell'Editore.

L'Editore declina ogni responsabilità derivanti da errori od omissioni in merito a dosaggio o impiego di medicinali o dispositivi medici eventualmente citati negli articoli e invita il lettore a controllare personalmente l'esattezza delle informazioni, facendo riferimento alla bibliografia relativa.

## DIRETTORE RESPONSABILE

Danilo Magliano

## PROGETTO E GRAFICA

Francesca Bezzan - www.franbe.it

## HANNO REALIZZATO LO SPECIALE



**Paola Liverani**

*Testi*



**Elisa Spelta**

*Video*

Realizzato con il contributo non condizionante di

AstraZeneca 

**PHARMASTAR**   
il Giornale online sui Farmaci  
**WWW.PHARMASTAR.IT**