



Cattedra di Radioterapia
Scuola di Specializzazione in Radioterapia
Università degli Studi "G. D'Annunzio"
Prof. Giampiero Ausili Cefaro
CHIETI



MULTIDISCIPLINARIETA' E PROCESSO

RADIOTERAPIA: SE E QUANDO

**Giampiero Ausili Cefaro
Marianna Trignani**

Torino 26-27 Settembre 2013

**gis
ma**
gruppoitalianoscreening
mammografico

Dagli anni '90 si registrano importanti evoluzioni nel cancer management.

Un aumentato livello di expertise nell'ambito delle varie discipline ed una maggiore sofisticatezza delle tecniche di trattamento hanno determinato un' aumentata complessità delle cure oncologiche.

Il management dei pazienti oncologici ha acquisito una natura multidisciplinare che ha condotto ai concetti di multidisciplinary conferences (MCCs) e di multidisciplinary team (MDT).

JM Croke Curr Oncol 2012

BACKGROUNDS

Gli MCCs riuniscono vari membri del team sanitario coinvolto nella cura del paziente.

Le “conferenze”, gli incontri, sono progettati per migliorare la gestione del paziente e per ottimizzare i risultati attraverso discussioni inter-e intra-disciplinari.

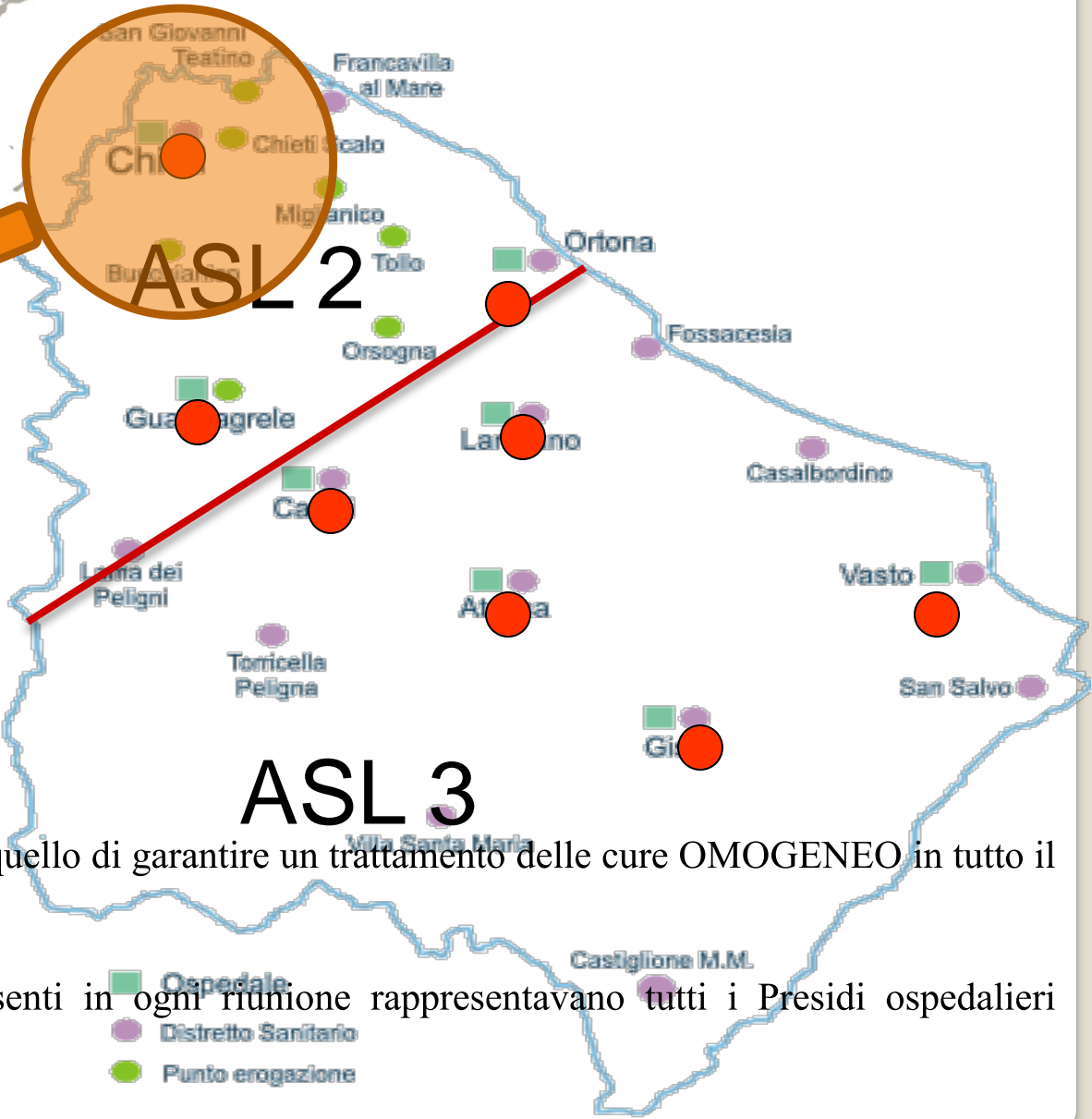
Gli MCC assumono varie forme, da tavole rotonde che coinvolgono i membri del team senza che il paziente sia presente, ad un approccio più pratico in cui il paziente è presente e viene esaminato dai membri del team.

JM Croke Curr Oncol 2012, Fleissig A, Lancet Oncol 2006

BACKGROUNDS



ASL 2
Lanciano
Vasto
Chieti



■ L'obiettivo inderogabile è stato quello di garantire un trattamento delle cure OMOGENEO in tutto il territorio aziendale

■ I professionisti coinvolti e presenti in ogni riunione rappresentavano tutti i Presidi ospedalieri aziendali

- Ospedale
- Distretto Sanitario
- Punto erogazione

IL GRUPPO COINVOLTO NEL PCO SUL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA MAMMARIO

Amato Maria	Radiologia Vasto	Iacobelli Stefano	Oncologia Chieti
Angelucci Domenico	Anatomia Patologica Chieti-Ortona	Laudadio Lucio	Oncologia Lanciano
Ausili Cefaro Giampiero	Radioterapia e Med. Nucleare Chieti	Musiani Piero	Anatomia Patologica Chieti
Cianchetti Ettore	Chirurgia senologica Ortona	Muzi Marzia	Radiodiagnostica Chieti
Caraceni Donatella	Citologia Lanciano	Natoli Clara	Oncologia Chieti
Cotroneo Antonio	Radiodiagnostica Chieti	Nuzzo Antonello	Oncologia Lanciano
Delli Pizzi Camillo	Radiodiagnostica Guardiagrele	Pizzicannella Giuseppe	Anatomia Patologica Lanciano
Di Felice Alessandro	Medicina nucleare Lanciano	Ruggieri Franco	Radiodiagnostica Lanciano
Di Giandomenico Enzo	Radiodiagnostica Ortona	Sparvieri Antonio	Radiodiagnostica Atesa
Genovesi Nicola	Radiodiagnostica Chieti	Storto Rossella	Radiodiagnostica Lanciano
Giancrisoforo Franco	SITRO Lanciano	Tartaro Armando	ITAB Chieti

IL PERCORSO CLINICO ORGANIZZATIVO

PERCORSO CLINICO ORGANIZZATIVO

Lo scopo del PCO è:

- Definire una omogeneità di comportamento secondo criteri di appropriatezza ed efficacia

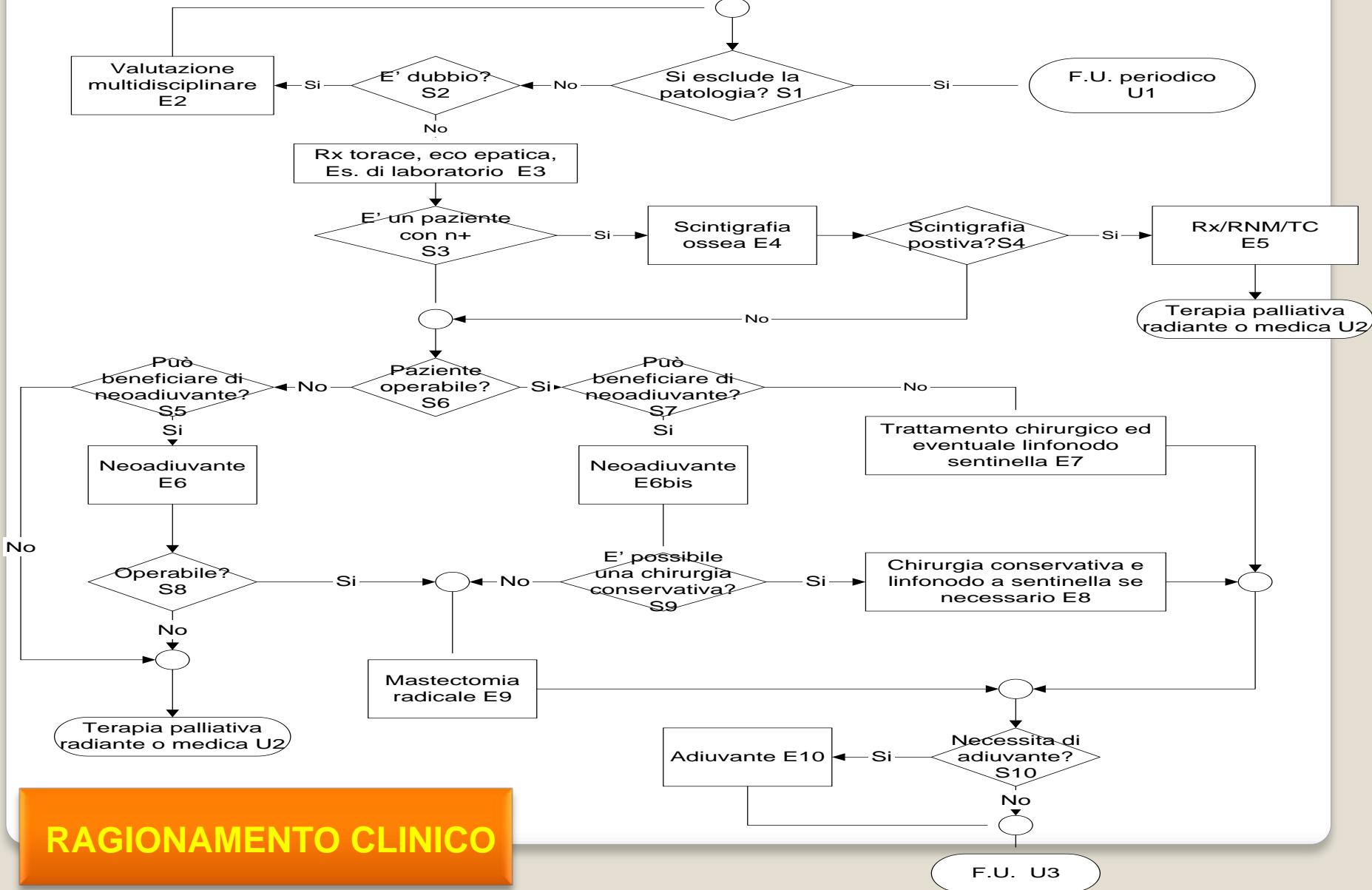
(Ragionamento Clinico)

- Definire le modalità attuative per garantire l'esecutività

(Percorso Organizzativo)

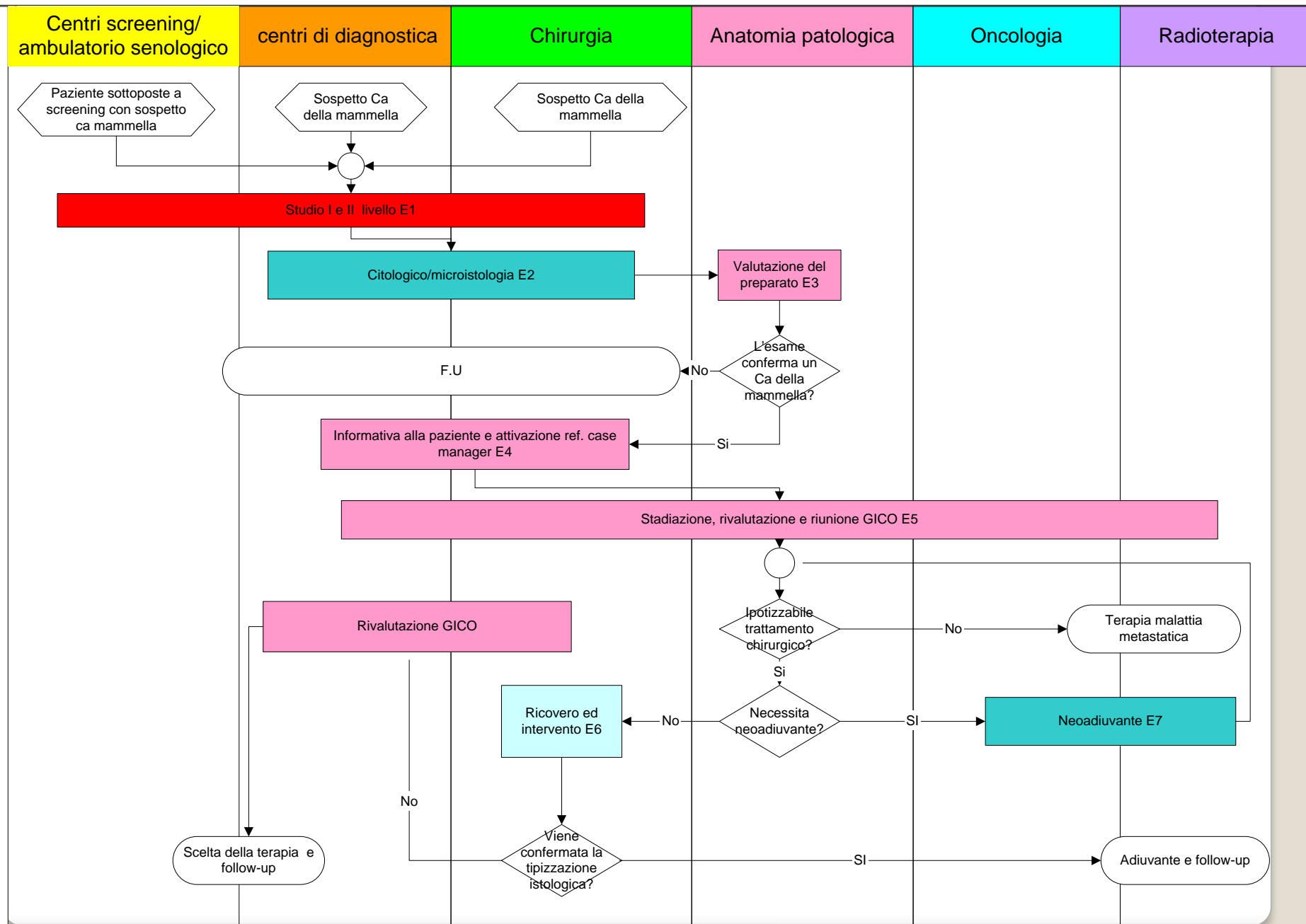
Sospetto K mammella

Inquadramento clinico/anamnestico/
ecografia mammaria/mammografia/esame
microistologico o citologia E1



RAGIONAMENTO CLINICO

Percorso organizzativo ca mammella



PERCORSO ORGANIZZATIVO

GLI INDICATORI

Per ogni percorso il gruppo di lavoro ha individuati degli indicatori di esito che comprovassero la reale applicazione di quanto dichiarato sull'elaborato che è suscettibile di revisione in relazione ai risultati di
AUDIT

Carcinoma della mammella

Reparto	Indicatore	Target	Fonte
Radioterapia	N. pazienti simulati entro 90gg dal GICO/ n. pazienti totale da simulare	≥90%	cartella senologica
Chirurgia	N. pazienti operati entro 80gg dalla visita ambulatoriale/n. totale pazienti da operare	≥80%	cartella senologica
Radiologie I livello	N. pazienti che hanno eseguito ecografia post mammografia nella stessa seduta/ N. pazienti che necessitano ecografia post mammografia	≥80%	cartella senologica
Radiologie II livello	N. pazienti che effettuano completamente bioptico entro 10 gg/N. pazienti che necessitano completamente bioptico	≥90%	cartella senologica
Anatomia patologica	N. Referti istologici disponibili entro 7 gg dal prelievo/totale referti istologici relativi al percorso	≥90%	cartella senologica
Oncologia	N. pazienti che iniziano la terapia entro 21GG dal Gico/n. pazienti da sottoporre a terapia	≥95%	cartella senologica
Aziendali	N. pazienti residenti con percorso completo/totale pazienti residenti con diagnosi istologica positiva	≥90%	cartella senologica
Aziendali	N. pazienti operati residenti extra ASL- Regione /totale pazienti con diagnosi istologica positiva	≥80%	cartella senologica

I DATI DELL'ATTIVITA' E L'AUDIT

Periodo : Agosto 2010 – Agosto 2011

N. pazienti: 395

Provenienza: Residenti	211
Extra ASL	174
Extra REG	10

Tempi di attesa per intervento:

2010 : 60 giorni

2011 : 45 giorni

Tempi attesa per GICO 2010 : 15 giorni

2011 : 10 giorni

Prima visita oncologica

Dopo GICO

8 giorni (media)

*MULTIDISCIPLINARIETA' E PROCESSO
NEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA*

**RADIOTERAPIA:
SE E QUANDO?**

ANSWERS FROM THE LITERATURE

IL PROBLEMA DEL "RAPPORTO" CHIRURGO-RADIOTERAPISTA ALL'INTERNO DEL TEAM

*SEPARATI IN CASA...
....O DUE CUORI E UNA CAPANNA?*





ELSEVIER

doi:10.1016/j.ijrobp.2011.01.032

CLINICAL INVESTIGATION

Breast Cancer

COORDINATION OF BREAST CANCER CARE BETWEEN RADIATION ONCOLOGISTS AND SURGEONS: A SURVEY STUDY

RESHMA JAGSI, M.D., D.PHIL.,* PAUL ABRAHAMSE, M.S.,† MONICA MORROW, M.D.,‡
ANN S. HAMILTON, PH.D.,§ JOHN J. GRAFF, M.S., PH.D.,¶ AND STEVEN J. KATZ, M.D., M.P.H.∥

Chirurghi e Radioterapisti sono stati intervistati (Detroit e Los Angeles).

Sono stati identificati 419 chirurghi, di cui 318 (76%) hanno risposto, e 160 radioterapisti, di cui 117 (73%) hanno risposto.



ELSEVIER

doi:10.1016/j.ijrobp.2011.01.032

CLINICAL INVESTIGATION

Breast Cancer

COORDINATION OF BREAST CANCER CARE BETWEEN RADIATION ONCOLOGISTS AND SURGEONS: A SURVEY STUDY

RESHMA JAGSI, M.D., D.PHIL.,* PAUL ABRAHAMSE, M.S.,† MONICA MORROW, M.D.,‡
ANN S. HAMILTON, PH.D.,§ JOHN J. GRAFF, M.S., PH.D.,¶ AND STEVEN J. KATZ, M.D., M.P.H.∥

ANN S. HAMILTON, PH.D.,§ JOHN J. GRAFF, M.S., PH.D.,¶ AND STEVEN J. KATZ, M.D., M.P.H.∥
RESHMA JAGSI, M.D., D.PHIL.,* PAUL ABRAHAMSE, M.S.,† MONICA MORROW, M.D.,‡

AND SURGEONS: A SURVEY STUDY

Lo studio cerca di rispondere ad alcune domande

.....

- I. Quando i radioterapisti oncologi vengono coinvolti nella cura dei pazienti con carcinoma mammario recentemente diagnosticato?
- II. I radioterapisti oncologi si sentono coinvolti nella cura del carcinoma mammario al momento opportuno nel processo decisionale?
- III. Chirurghi e radioterapisti oncologi hanno una visione simile per quanto riguarda la gestione ottimale in alcuni scenari clinici?

Un questionario multi-items e due casi clinici

CLINICAL INVESTIGATION

Breast Cancer

COORDINATION OF BREAST CANCER CARE BETWEEN RADIATION ONCOLOGISTS AND SURGEONS: A SURVEY STUDY

VND 20KCEON2: V 20KAEY 210D7

Table 2. Distribution of physician responses to items related to frequency and timing of radiation oncologist participation

Responses	Share of patients		
	Few or almost none	1/3 to 1/2	2/3 or more
Surgeon responses			
Share of patients for whom surgeon discussed plan with radiation oncologist before definitive surgery	43.5	31.4	25.1
Share of patients who consulted with a radiation oncologist before definitive surgery	49.7	31.3	19.0
Radiation oncologist responses			
Share of patients seen in consultation before definitive surgery	49.6	36.5	13.9
Share of patients for whom treatment plan was discussed with surgeon before definitive surgery	39.5	34.2	26.3
Share of patients for whom radiation oncologist discussed treatment plan with medical oncologist before initiating radiotherapy	9.7	33.3	57.0
Share of patients for whom radiation oncologist discussed treatment plan with plastic surgeon before initiating radiotherapy	78.8	16.8	4.4

IL 49.6% DEI RADIOTERAPISTI RIFERISCE CHE POCHI O NESSUNO DEI PAZIENTI ERA STATO VISTO IN TEAM PRIMA DELL' INTERVENTO.

IL 36,5% DEI RADIOTERAPISTI DISCUTE PRE-OPERATORIAMENTE DAL 30 AL 50% DEI CASI.

SOLO IL 13,9% RIFERISCE DISCUTERE CON IL CHIRURGO PRIMA DELL'INTERVENTO I 2/3 O PIÙ DEI CASI.

Table 2. Distribution of physician responses to items related to frequency and timing of radiation oncologist participation

Responses	Share of patients		
	Few or almost none	1/3 to 1/2	2/3 or more
Surgeon responses			
Share of patients for whom surgeon discussed plan with radiation oncologist before definitive surgery	43.5	31.4	25.1
Share of patients who consulted with a radiation oncologist before definitive surgery	49.7	31.3	19.0
Radiation oncologist responses			
Share of patients seen in consultation before definitive surgery	49.6	36.5	13.9
Share of patients for whom treatment plan was discussed with surgeon before definitive surgery	39.5	34.2	26.3
Share of patients for whom radiation oncologist discussed treatment plan with medical oncologist before initiating radiotherapy	9.7	33.3	57.0
Share of patients for whom radiation oncologist discussed treatment plan with plastic surgeon before initiating radiotherapy	78.8	16.8	4.4

IL 57% DEI RADIOTERAPISTI RIFERISCE DI DISCUTERE I PIANI DI TRATTAMENTO CON UN ONCOLOGO MEDICO IN 2/3 O PIÙ DEI CASI. CON IL CHIRURGO SENOLOGO NEL 26,3% CON IL CHIRURGO PLASTICO NEL 4% DEI CASI

CHIRURGHI E RADIOTERAPISTI ONCOLOGI HANNO OPINIONI DIVERSE IN ALCUNI SCENARI COMUNI DI CANCRO AL SENO?

Sono state trovate differenze di opinione quando oncologi e chirurghi considerati diversi scenari comuni.

Ciò è coerente con studi che hanno dimostrato che gli specialisti tendono a favorire i trattamenti che essi stessi offrono.

Importanza della valutazione congiunta preoperatoria (soprattutto per gruppi selezionati di pazienti)

INCONTRO CHIRURGO-RADIOTERAPISTA: PRIMA O DOPO LA CHIRURGIA?



***IL VALORE DELLA DISCUSSIONE PREOPERATORIA
CHIRURGO-RADIOTERAPISTA***

Pochi studi hanno valutato il ruolo della discussione multidisciplinare preoperatoria chirurgo-radioterapista.

Studio retrospettivo di coorte (1994-1995, stato di Washington)

1.188 donne con cancro al seno in fase iniziale

29% delle pazienti valutate dal radioterapista prima dell'intervento

Le pazienti che avevano avuto un consulto pre-operatorio con un radioterapista avevano una probabilità di ricevere la conservazione del seno 6.7 volte ($p < 0,001$) maggiore.

Baldwin LM, Cancer 2004;100:701-709

PARTECIPAZIONE



QUAL'E' IL GRADO DI PARTECIPAZIONE AL TEAM?

Evaluation qualitative de la réunion de concertation pluridisciplinaire de cancérologie mammaire

Qualitative assessment of the multidisciplinary tumor board in breast cancer

Composizione TEAM: oncologi, radioterapisti, chirurghi, patologi, radiologi.

Frequenza settimanale, luogo e tempo determinati e noti.

Numero medio di casi discussi: 14.

Nessun paziente presente durante la RCP, ma informato.

Vari indicatori testati:

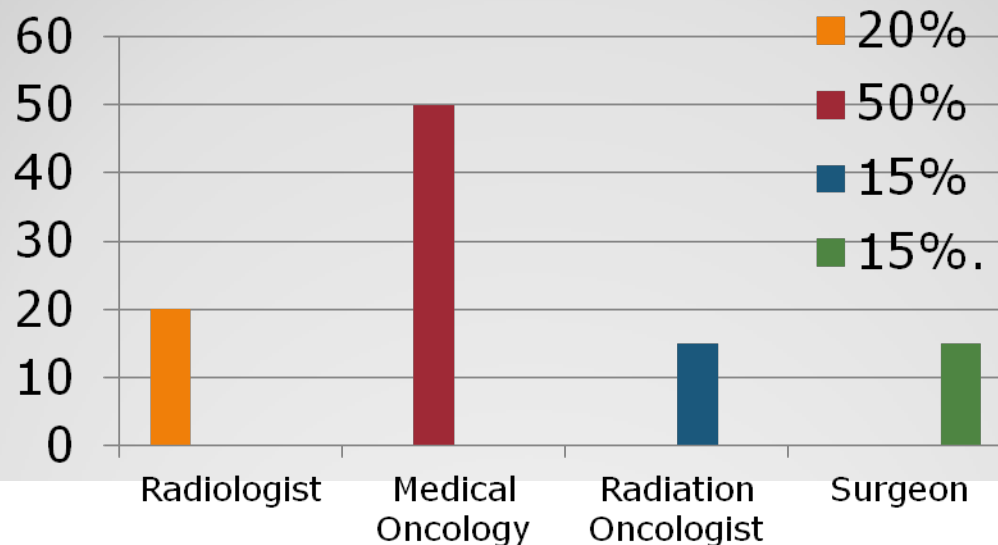
partecipazione multidisciplinare;

tempo tra intervento chirurgico e CPR, tra CRP ed inizio dei trattamenti adiuvanti.

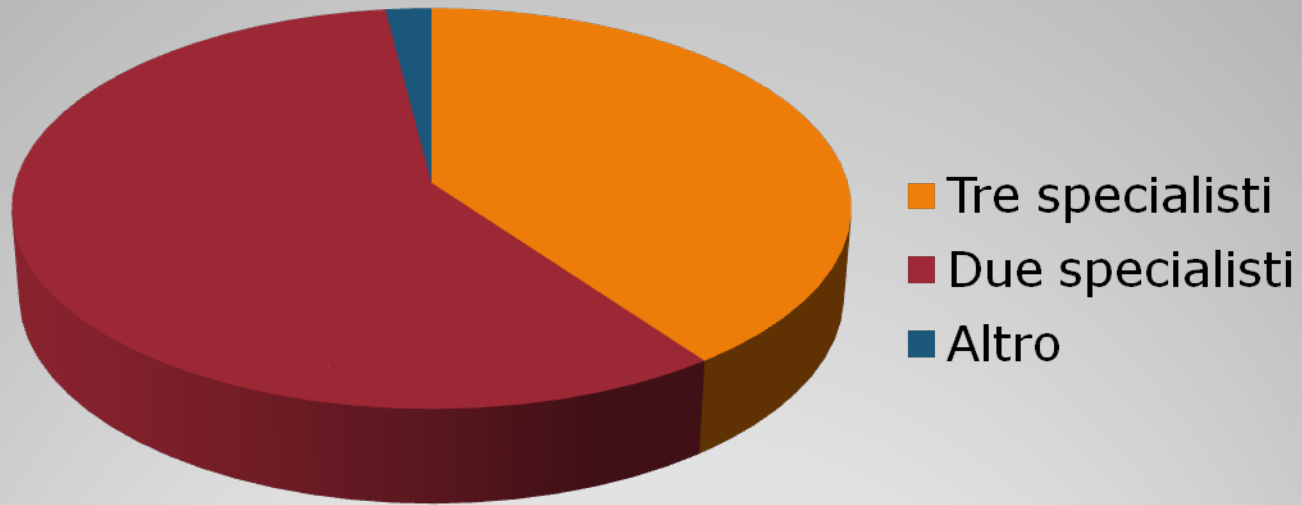
Evaluation qualitative de la réunion de concertation pluridisciplinaire de cancérologie mammaire

Qualitative assessment of the multidisciplinary tumor board in breast cancer

I pazienti sono **inizialmente** visti dal radiologo, l'oncologo medico, il radioterapista e il chirurgo in 20, 50, 15 e 15% dei casi rispettivamente.



Partecipazione multidisciplinare



58% di CRP condotti in presenza di almeno due specialisti, 40% in presenza di almeno tre specialisti di diverse discipline.

Specialisti sempre presenti: Oncologo Medico e Radioterapista Oncologo.

LA SCELTA DEL TEAM



APPLICAZIONE DELLA SCELTA E CRITERI GUIDA

ORIGINAL ARTICLE

A Prospective Analysis of Implementation of Multi-Disciplinary Team Decisions in Breast Cancer

Rachel English, BM, BS,* Chris Metcalfe, PhD,[†]
James Day, MBBS, BSc, FRCA, MRCP, MRCS,*
Zenon Rayter, BSc, MBBS, MS,* and Jane M. Blazeby, BSc, MSc, MD,*[†]
on behalf of the breast cancer multi-disciplinary team¹

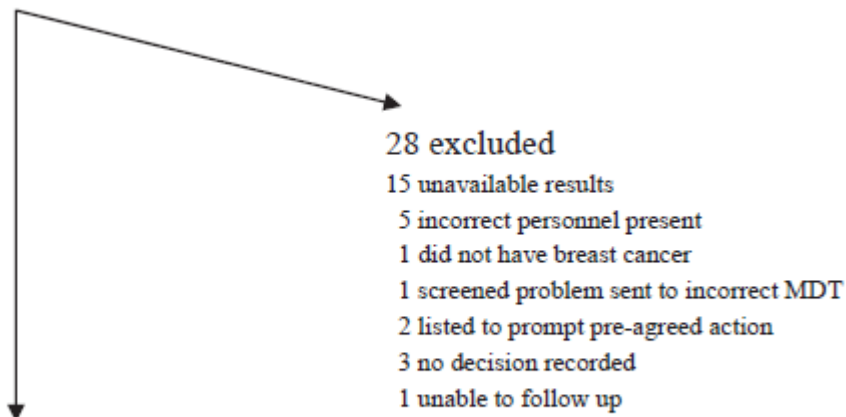
**University Hospitals Bristol NHS Foundation Trust, Bristol, United Kingdom; and [†]Academic Unit of Surgical Research, School of Social and Community Medicine, University of Bristol, Bristol, United Kingdom*

Studio prospettico- Aprile/Luglio 2007

Le decisioni di trattamento del MDT sono state confrontate con il trattamento finale ricevuto e classificate come:

- (a) Implementate (Decisione MDT = trattamento ricevuto)
- (b) Non implementate (decisione MDT \neq trattamento ricevuto).

317 MDT decisions in 238 women



289 included decisions in 210 women

La maggior parte delle decisioni prese dal MDT nel corso di questo studio sono state attuate, tranne 20 (6,9%).

Table 2. Multi-disciplinary Team (MDT) Recommendations and Final Course of Action Received in the 20 Patients with Nonimplemented MDT Decisions

Reason for nonimplementation of MDT recommendation	MDT recommendation	Final course of action
Patient choice (n = 13)	Wide local excision +/- AND, (n = 4) Mastectomy & AND, (n = 3) Imaging to plan reconstruction (n = 1) Imaging to plan surgery (n = 1) Adjuvant chemotherapy & radiotherapy (n = 2) Adjuvant endocrine therapy (n = 2)	1 Primary endocrine therapy 3 Mastectomy & AND 1 Primary endocrine therapy 2 Wide local excision & AND Did not want reconstruction, therefore no imaging Did not want surgery, therefore no imaging 1 Endocrine treatment 1 Adjuvant chemotherapy 1 No further treatment
Doctor choice (n = 4)	Mastectomy & AND (n = 2) Wide local excision & AND (n = 1) Adjuvant chemotherapy & radiotherapy (n = 1)	1 Neo-adjuvant chemotherapy 1 Wide local excision & AND, both to improve cosmesis Neo-adjuvant endocrine therapy to improve cosmesis Adjuvant endocrine therapy, with chemotherapy in reserve
New clinical information (n = 3)	Imaging to plan surgery (n = 1) Adjuvant chemotherapy (n = 1) Palliative radiotherapy to bone metastases (n = 1)	Distant metastases found, therefore surgery not needed Second primary cancer found, different chemotherapy given Best supportive care, because bony metastases asymptomatic

AND = axillary node dissection.

Table 3. Associations between Baseline Details and Risk of Multi-disciplinary Team (MDT) Decision Nonimplementation

	Nonimplemented decision, <i>n</i> (%)	Implemented decision, <i>n</i> (%)	Odds ratio	(95% CI)	p-value
Age category					
<50 years	3 (3.8)	75	1		0.002*
50–64 years	4 (3.4)	113	0.93	(0.21, 4.11)	
65–74 years	5 (10.2)	44	3.27	(0.76, 14.01)	
75+ years	8 (17.8)	37	6.56	(1.67, 25.76)	
Treatment phase					
Preoperative, nonsurgical	15 (8.5)	161	1		0.27
Postoperative	5 (4.4)	108	0.53	(0.17, 1.62)	
No. of MDT discussions					
First discussion	7 (6.4)	103	1		0.78
Repeat discussion	13 (7.3)	166	1.15	(0.43, 3.13)	
Presentation to MDT					
Not screen detected	16 (8.5)	173	1		0.45
Screen detected	4 (4.0)	96	0.61	(0.17, 2.20)	
Final histology					
Malignant	20 (10.2)	176			<0.001
Benign/not known	0	93			

*p for trend across ordered categories.

Odds ratios, confidence intervals (CI) and p-values are age and consultant adjusted. Confidence intervals and p-values are based on robust standard errors to accommodate some patient being the subject of several decisions.

C'è una forte evidenza che i pazienti più anziani hanno più probabilità di non ricevere il trattamento raccomandato!!!!



Keywords: multidisciplinary team; breast cancer; cancer management

Multidisciplinary decisions in breast cancer: does the patient recommend what is recommended?

S Rajan^{*,1}, J Foreman², M G Wallis³, C Caldas¹

¹Cambridge Breast Unit, Box 97, Addenbrooke's Hospital, Cambridge CB2 2RQ, UK

Table 2. The number and proportion of concordant, discordant and no MDT decisions subdivided according to each of the main categories

Decision category	Concordant, N (%)	Discordant, N (%)	No MDT decision, N (%)	Total decisions
Biopsy	27 (96.4%)	1 (3.6%)	0 (0%)	28
Imaging	230 (92.4%)	19 (7.6%)	0 (0%)	249
Breast surgery	822 (93.6%)	37 (4.2%)	19 (2.2%)	878
Axillary surgery	608 (85.6%)	38 (5.4%)	64 (9%)	710
Chemotherapy	259 (89%)	25 (8.6%)	7 (2.4%)	291
Endocrine	557 (93.5%)	13 (2.2%)	26 (4.3%)	596
Radiotherapy	453 (94.8%)	13 (2.7%)	12 (2.5%)	478
Total	2956 (91.5%)	146 (4.5%)	128 (4%)	3230

Abbreviation: MDT = multidisciplinary team.

Studio RETROSPETTIVO- 2009-2011

Le decisioni di trattamento del MDT sono come:

- (a) Concordanti (Decisione MDT = trattamento)
- (b) Non concordanti (decisione MDT ≠ trattamento)

ate

Keywords: multidisciplinary team; breast cancer; cancer management

Multidisciplinary decisions in breast cancer: does the patient receive what the team has recommended?

S Rajan^{*,1}, J Foreman², M G Wallis³, C Caldas⁴ and P Britton⁵

¹Cambridge Breast Unit, Box 97, Addenbrooke's Hospital, Hills Road, Cambridge, CB2 0QQ, UK; ²JCIS University Department of

L'IMPORTANZA DI LINEE GUIDA CONDIVISE DAL TEAM

The authors recognise that all decisions made at the MDT are essentially recommendations of what is considered to be best practice for that patient

MULTIDISCIPLINARIETA' E PROCESSO

**RADIOTHERAPY:
IF AND WHEN?**

conclusioni

Nonostante il crescente numero di pubblicazioni che affrontano il valore di MCC, i dati disponibili sono deboli:

- eterogeneità e vaghezza degli studi;
- end-points mal definiti e gran numero di variabili;
- diverse modalità di MCC.

Croke JM, Curr Onc 2012

J.M. Croke MD and S. El-Sayed MD**

Non ci sono dati specifici in relazione alla radioterapia.

La maggior parte dei medici avrebbe riconosciuto un beneficio nel MCC.

Restano questioni aperteGli MCC migliorano gli outcomes??

.....Should be
a round table





Il tempo tra la diagnosi e l'inizio del trattamento non sembra essere significativo, ridotto dalla riduzione dei MDTs.

Is not a movie!!!

- Casi borderline

- Pazienti non visti prima della chirurgia

**.....Adherence
to guidelines**

- Il problema comunicazione:

la modalità con cui avviene la comunicazione può influenzare la scelta del paziente e la qualità della cura.



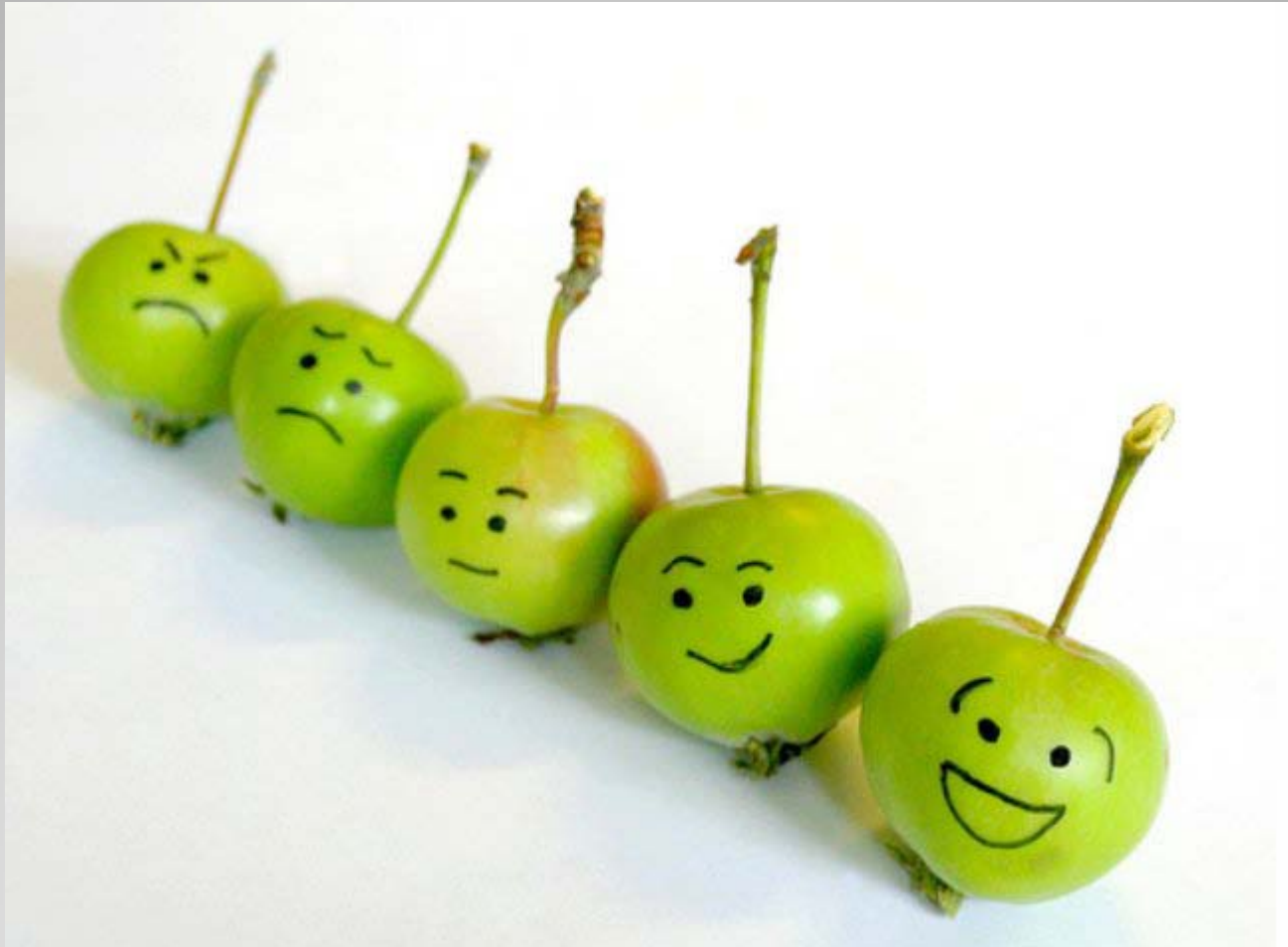
E

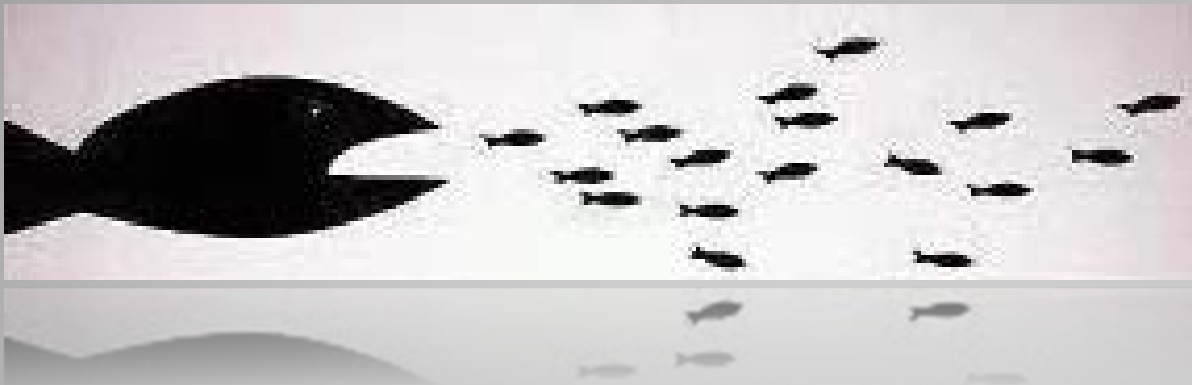
- ✓ Ridurre la mortalità
- ✓ Migliorare la qualità di vita



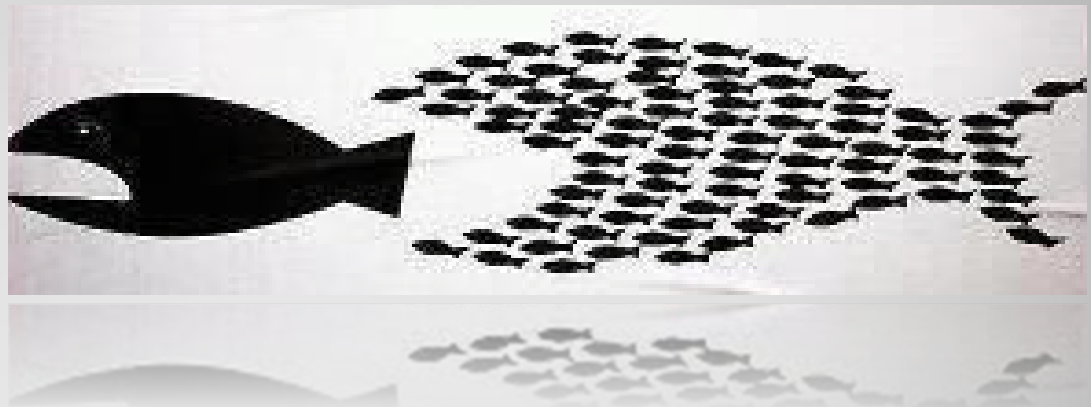
Croke JM, Curr Onc 2012; Nguyen DT, Bull Canc 2008

Se e quanto il paziente è soddisfatto dopo l'implementazione dei Breast Teams.....non lo sappiamo!





DON'T PANIC.....



ORGANIZE!

Grazie dell'attenzione