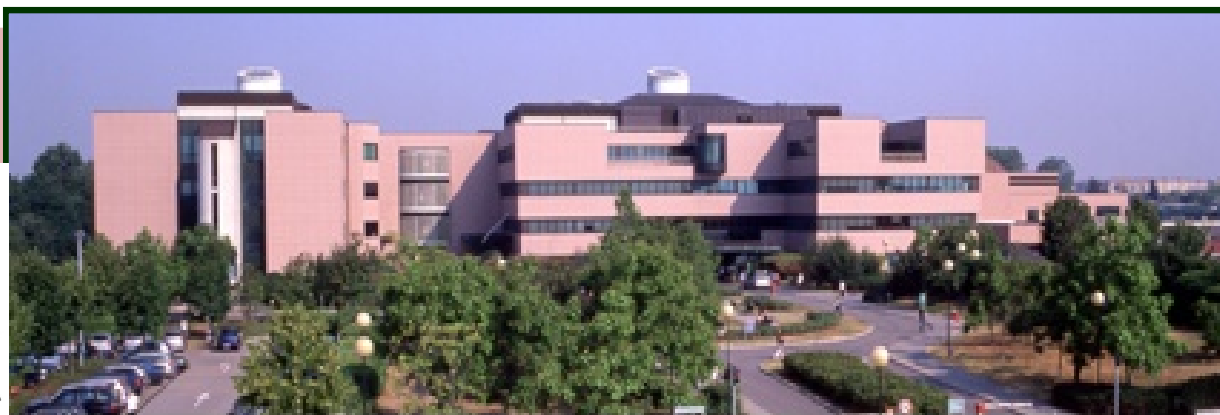
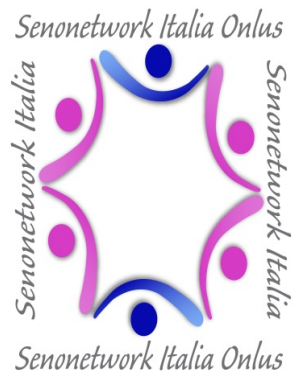


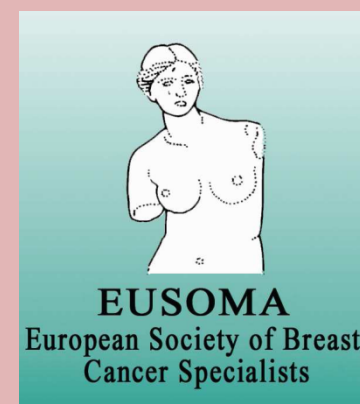


HUMANITAS
CANCER CENTER



Corrado Tinterri
BREAST UNIT

BOLOGNA 2014



Giovedì 30 gennaio 2014

Workshop

European estimates of the mammography screening balance sheet of benefits and harms: challenges for communication and research

Regione Emilia Romagna

Aula Magna

Viale Aldo Moro, 30 Bologna

Venerdì 31 gennaio 2014

XII Convegno

Osservatorio Nazionale Screening

Regione Emilia Romagna

Auditorium Giunta Regionale

Viale Aldo Moro, 18 Bologna

**Le BREAST
UNITS :**

**Quale
integrazione
con lo
screening ?**

Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women



OPEN ACCESS

Eileen M Kesson *project manager*^{1 4}, Gwen M Allardice *statistician*^{1 4}, W David George *school of medicine honorary professor*², Harry J G Burns *chief medical officer for Scotland*³, David S Morrison *director*⁴

We found that the introduction of teams providing multidisciplinary care for the treatment of breast cancer was associated with 18% lower breast cancer mortality at five years

BMJ

Malattie ad andamento degenerativo di particolare rilevanza sociale,

con specifico riguardo al tumore della mammella,
alle malattie reumatiche croniche ed alla
sindrome HIV. Documento conclusivo

con cd di testi allegato

indagini conoscitive

Atti dell'indagine
conoscitiva svolta
dalla 12ª commissione
permanente del Senato
(igiene e sanità)

n. 36
giugno 2011

XVI legislatura

Indagine Conoscitiva del Senato sul Ca Mammario



Obiettivi

- **fotografare** la realta` italiana e territoriale
- valutare, attraverso anche **indicatori specifici**, la realta` sanitaria nazionale riguardo il tumore della mammella
- verificare se la percezione di **disuguaglianza e di inadeguatezza del SSN** risponda al vero, e se si` in quale misura, dove e per quali ragioni
- appurare l'accesso alle cure e rafforzare con un'operazione politica forte la indispensabilita` dell'omogeneita` nazionale del fenomeno salute pubblica per il tumore della mammella , **eliminando disparita` regionali con percorsi diagnostici terapeutici in sintonia con le piu` recenti linee guida europee**

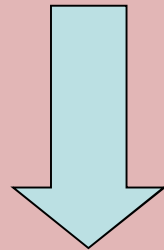
Age.Na.S.:agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali*

- **Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni**
- **Continuità assistenziale e modelli organizzativi**
- **Rilevazione della Spesa Pubblica Sanitaria**
- **Supporto nelle decisioni locali in materia di organizzazione dei servizi sanitari**

*** Direttamente coinvolta nel Patto della Salute/Conferenza Stato-Regioni**

Age.Na.S.

- **Dati meno affidabili nelle analisi comparate tra Regioni circa attività e costi per ogni singolo livello assistenziale**



**NECESSITA' DI STANDARDIZZARE I
LIVELLI DI ASSISTENZA**

COSTI SCREENING

Costi dello Screening organizzato

Nel percorso di screening organizzato l'indicatore di esito mostra un costo medio pesato di circa 55€ per Unità di Prodotto = donna rispondente

Costi dello screening spontaneo

Il campione del solo percorso con lettura diretta (senologia clinica) comprende il 70% degli accessi spontanei e resta numericamente consistente (>40.000 casi in due anni). La sua media pesata è di oltre 90€ per UDP

Age.Na.S

- **va approfondita la partita riguardante i livelli di assistenza (ospedaliera, territoriale e prevenzione)**
- **Ai sensi del Patto per la Salute viene predisposta una proposta per la programmazione ed il dimensionamento della rete oncologica dei tumori femminili**

limite od opportunità ?

Lasciare le cose come sono

- Perdurare delle criticità del sistema
 - Non ottimale utilizzo delle risorse
 - Problemi di Qualità, di appropriatezza, di esito, ecc.

PEGGIORAMENTO

Intervenire con un approccio
sistemico

- requisiti comuni di base (qualità)
- modello comune contestualizzato e condiviso
- valutazione e monitoraggio della qualità

MIGLIORAMENTO



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA IL DIRETTORE GENERALE

DECRETA Articolo 1

*Gruppo di lavoro per la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali
della Rete delle Strutture di Senologia*

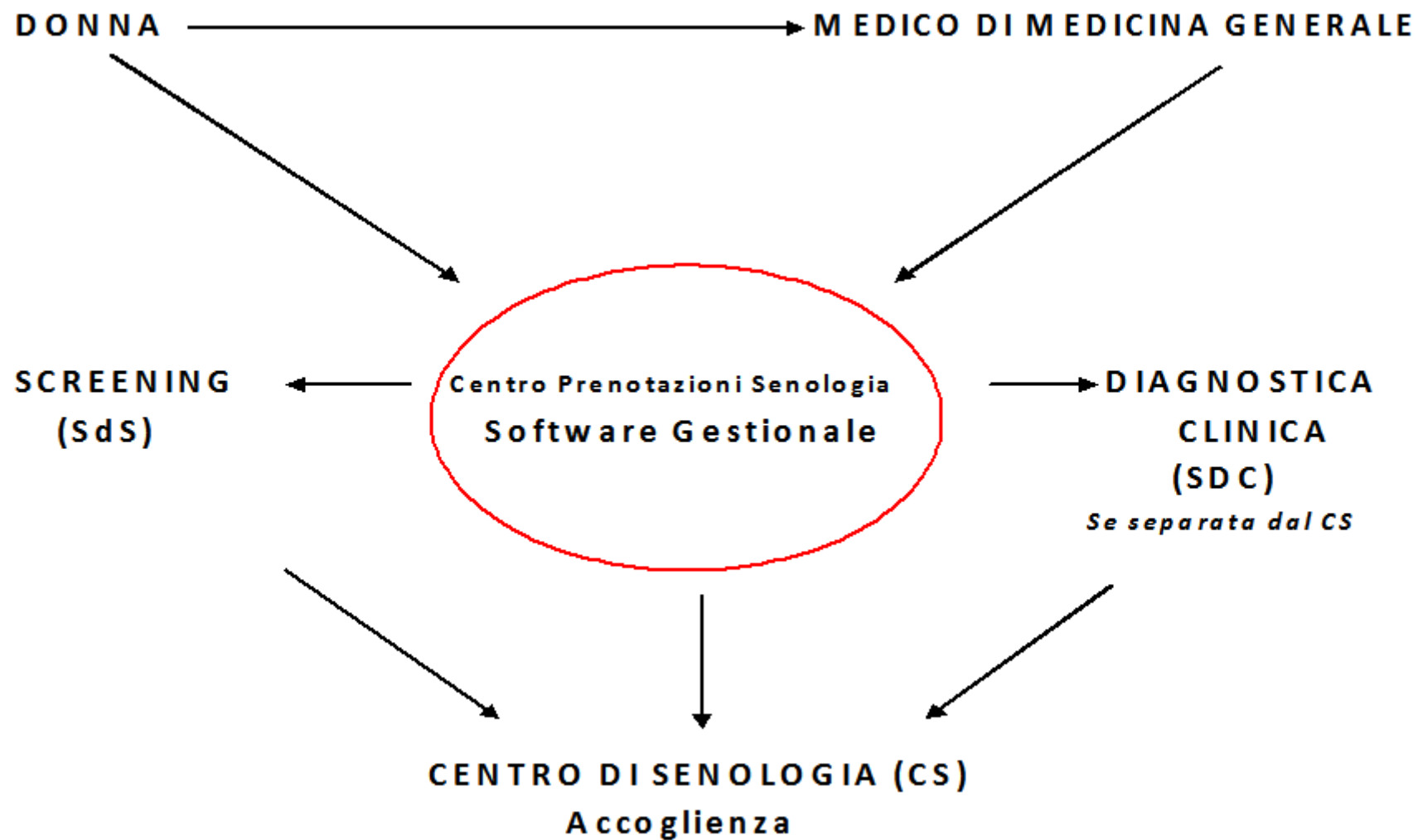
E' istituita presso il Ministero della salute, Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del SSN, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, il Gruppo di lavoro per la predisposizione di un documento che definisca le caratteristiche organizzative, i requisiti qualitativi e quantitativi della rete delle strutture di senologia, compreso il modello delle *breast unit*.

Roma , Settembre 2012

Dott.Francesco BEVERE
(Direttore Generale)

Strutture di Senologia

Per Strutture di senologia si intendono le “Strutture dove si svolgono attività di Screening” (SdS), si fa “diagnostica clinico-strumentale “ dedicata alla mammella (SDC) e si curano le pazienti con patologia mammaria, con organizzazione funzionale “Centri di Senologia” (CS) più comunemente denominati Breast Unit.



SISTEMA di GESTIONE

Il sistema dovrebbe essere centralizzato nel bacino di utenza.

Per gestire la rete delle strutture di senologia sarebbe necessario:

Individuare un Responsabile di sistema
Disporre di un software gestionale

-Il responsabile di sistema potrebbe essere individuato dalla Regione tra i professionisti coinvolti nella rete. Risponde della articolazione e attuazione del sistema di gestione della rete, collaborando con Coordinatore tecnico scientifico del programma di screening, i responsabili clinici della attività diagnostica della/e SDC, i coordinatori del/i CS, i medici di medicina generale ed il gestore del software.

OBIETTIVI DELL'INTEGRAZIONE GESTIONALE SCREENING\TRATTAMENTO

- le attività di prevenzione ,i programmi di screening ed i percorsi di cura del tumore della mammella siano adiacenti fisicamente ;
- l'integrazione con il percorso diagnostico e di presa in carico dei soggetti a rischio eredo-familiare di tumore della mammella/ovaio
- la realizzazione di uno specifico percorso assistenziale uniforme che privilegi la multidisciplinarietà, integrando la pratica clinica con la ricerca, **eliminando le duplicazioni diagnostiche e tecnologiche , e razionalizzi i livelli di assistenza (ospedale/università, territorio, assistenza domiciliare, cure oncologiche integrate)**
- l'applicazione dei controlli di qualità (definizione degli standard operativi attraverso indicatori specifici) e dei relativi controlli periodici)
- **la comunicazione e l'informazione alla paziente**
- appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici e degli interventi

Strutture di Senologia: modello assistenziale

- **percorso di diagnosi e cura dallo screening alla malattia avanzata**
- **valenza multidisciplinare**
- **requisiti quantitativi e qualitativi (EUSOMA)**
- **adeguato bacino di popolazione**
- **equipe dedicata trasversale**

Strutture di Senologia: modello formativo

- **Definizione di nuove figure sanitarie con sbocchi professionali e di carriera**
- **Sede di training e di percorso formativo e clinico**
- **Partnership e conduzione con la formazione universitaria e scuole di specialità**
- **Sviluppare la ricerca traslazionale**

VANTAGGI

- **Centralizzazione dei percorsi**
- **Razionalizzazione dei costi SSN**
- **Standardizzazione delle terapie in ambiti definiti**
- **Riduzione dei costi sociali**
- **Miglioramento “outcome” attraverso specifici indicatori di risultato**
- **Incremento sopravvivenza***

*** Evidence-based**

COSTI SCREENING

Costi dello Screening organizzato

Nel percorso di screening organizzato l'indicatore di esito mostra un costo medio pesato di circa 55€ per Unità di Prodotto = donna rispondente

Costi dello screening spontaneo

Il campione del solo percorso con lettura diretta (senologia clinica) comprende il 70% degli accessi spontanei e resta numericamente consistente (>40.000 casi in due anni). La sua media pesata è di oltre 90€ per UDP

Proposte attuative di “governance” sanitaria

- **Evitando la diffusione di pochi casi in tanti nosocomi**
- **Riorganizzare la devoluzione delle competenze**
- **Offrire modelli organizzativi alle Regioni**
- **Allocare le risorse**

**IL PIANO ONCOLOGICO NAZIONALE
RIGUARDA NON SOLO LA PREVENZIONE MA
ANCHE L'ORGANIZZAZIONE DELLE CURE**

- **INSERIRE LE STRUTTURE DI
SENOLOGIA NEL PANORAMA
SANITARIO NAZIONALE
IDENTIFICANDO UN PERCORSO
SPECIFICO COERENTE CON I COSTI**
- **NON SOLO UN ATTO DI INDIRIZZO MA
INTERVENENDO NEI MODELLI
ORGANIZZATIVI DELLE REGIONI**



Ministero della Salute

**DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E
DELL'ORDINAMENTO DEL SSN
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE
EX UFFICIO III DG PROG**

**Documento del Gruppo di lavoro per la definizione di specifiche
modalità organizzative ed assistenziali della rete delle strutture di
senologia**

Roma, 16 ottobre 2013

EUROPEAN PARLIAMENT MOTION FOR ACTION

- **Special attention to young women with breast cancer**
- **Surveillance for High Risk women (familial and genetic women)**
- **Attention to employment,financial and life-plan problems**
- **The role of nutrition,lifestyle,genetic factors,environmental pollutants**
- **ESTABLISHMENT OF MULTIDISCIPLINARY BREAST UNIT**



Joint Research Centre

The European Commission's in-house science service

Overview of two WORKSHOPS

A European Commission initiative for a voluntary accreditation scheme & breast cancer guidelines for breast cancer services

Institute for Health and Consumer Protection (JRC-IHCP)

Public Health Policy Support Unit

Healthcare Quality team



www.jrc.ec.europa.eu





Stop ai viaggi
della speranza



Stop ai viaggi
della speranza

Why a Breast Unit?

... what women want!





EUSOMA Network web data system

Utilizzo del datawarehouse per ricerca clinica - studi multicentrici

European Journal of Cancer (2012) 48, 1947–1956

Mastectomy trends for early-stage breast cancer: A report from the EUSOMA multi-institutional European database

Carlos A. Garcia-Etienne^{a,c,*}, Mariano Tomatis^{b,c}, Joerg Heil^d, Kay Friedrichs^e, Rolf Kreienberg^f, Andreas Denk^g, Marion Kiechle^h, Fatemeh Lorenz-Salehiⁱ, Rainer Kimmig^j, Günter Emons^k, Mahmoud Danaei^l, Volker Heyl^m, Uwe Heindrichsⁿ, Christoph J. Rageth^o, Wolfgang Janni^p, Lorenza Marotti^q, Marco Rosselli del Turco^q, Antonio Ponti^{b,c}, eusomaDB Working Group¹

The Breast

[Volume 22, Supplement 2](#) , Pages S106-S109, 1 August 2013

Personalizing extent of breast cancer surgery according to molecular subtypes

[Monica Morrow](#)

“The risk of local recurrence varies with subtype as well, with triple negative cancers having the highest risk of local recurrence after both breast-conserving therapy and mastectomy, **indicating that bigger surgery does not overcome bad biology** “.



