

CONVEGNO NAZIONALE GISMa 2010

BOLOGNA, 5-6 maggio 2010
Relais Bellaria Hotel & Congressi



Survey GISMa SQTM:

risultati, aspetti organizzativi e
strategie
per il miglioramento della
qualità

Mario Taffurelli

Dipartimento di Chirurgia Generale e dei Trapianti
Unità Operativa di Chirurgia Generale
(Dir.: Prof. M. Taffurelli)
Policlinico S.Orsola-Malpighi - Università di Bologna

Indicatori considerati

- Diagnosi preoperatoria positiva C5B5
- Ricostruzione immediata
- DCIS senza dissezione ascellare
- DCIS GI-II senza DA o SN
- Chirurgia conservativa in DCIS < 20mm
- No congelatore se diametro T < 10mm
- pN0 con solo Linfonodo sentinella
- Tempi di attesa

www.qtweb.it/gisma2007

GISMa QT Audit - Microsoft Internet Explorer fornito da CPO Piemonte

http://www.qtweb.it/gisma2007/

Google Effettua la ricerca

GISMa QT Audit

Google 8

Effettua la ricerca

Segnalibri

Trova

marian...

Strumenti

GISMa²⁰⁰⁷

Welcome to the ONS GISMa QT survey datawarehouse

Mariano Tomatis

Created by Mariano Tomatis
for CPO Piemonte

GISMa²⁰⁰⁷

Datawarehouse of the
ONS GISMa QT survey 2007

Login

Password





Fine

Internet

100%

Analisi dei dati nazionali e per regione

Andamenti temporali

Criticità sul territorio nazionale

Strategie di miglioramento

Numero di casi per regione

49	Valle d'Aosta
1161	Piemonte
176	Veneto
1107	Emilia Romagna
541	Toscana
325	Lazio
147	Sardegna

3506

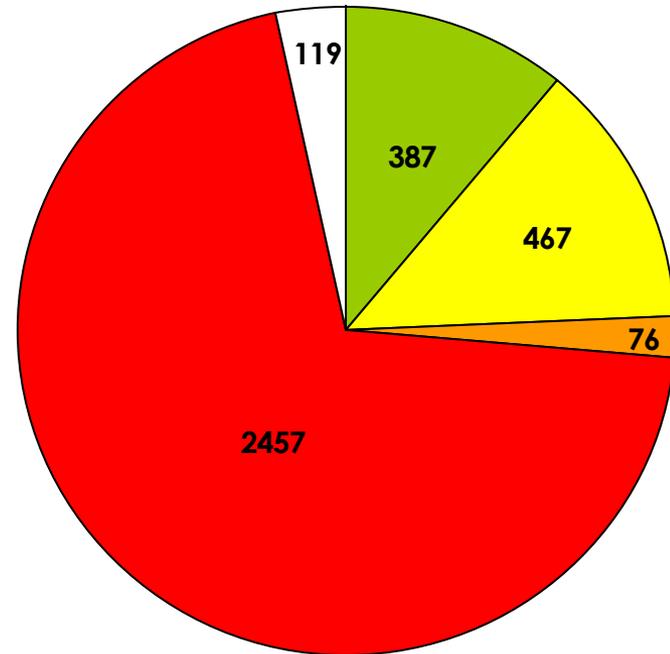
Dati: SQTM Screening Italia 2008



Diagnosi istopatologica definitiva

Dati: SQTМ Screening Italia 2008

	N.	%
Benigno	387	11.0
In situ	467	13.3
Microinvasivo	76	2.2
Invasivo	2457	70.1
Ignoto	119	3.4
Totale	3506	100



■ Benigno

■ In situ

■ Microinv.

■ Invasivo

□ ?

GISMa-ONS 2009

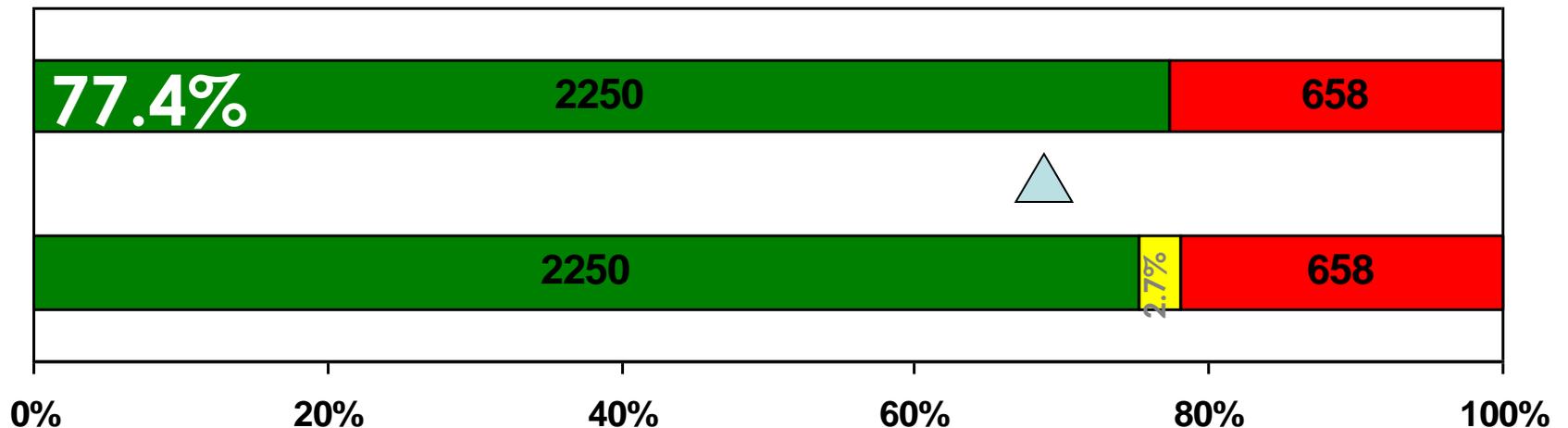
Diagnosi preoperatoria nei cancro

(C5, B5)

Diagnosi preoperatoria nei tumori (C5, B5) (Acc $\geq 70\%$ Des $\geq 90\%$)

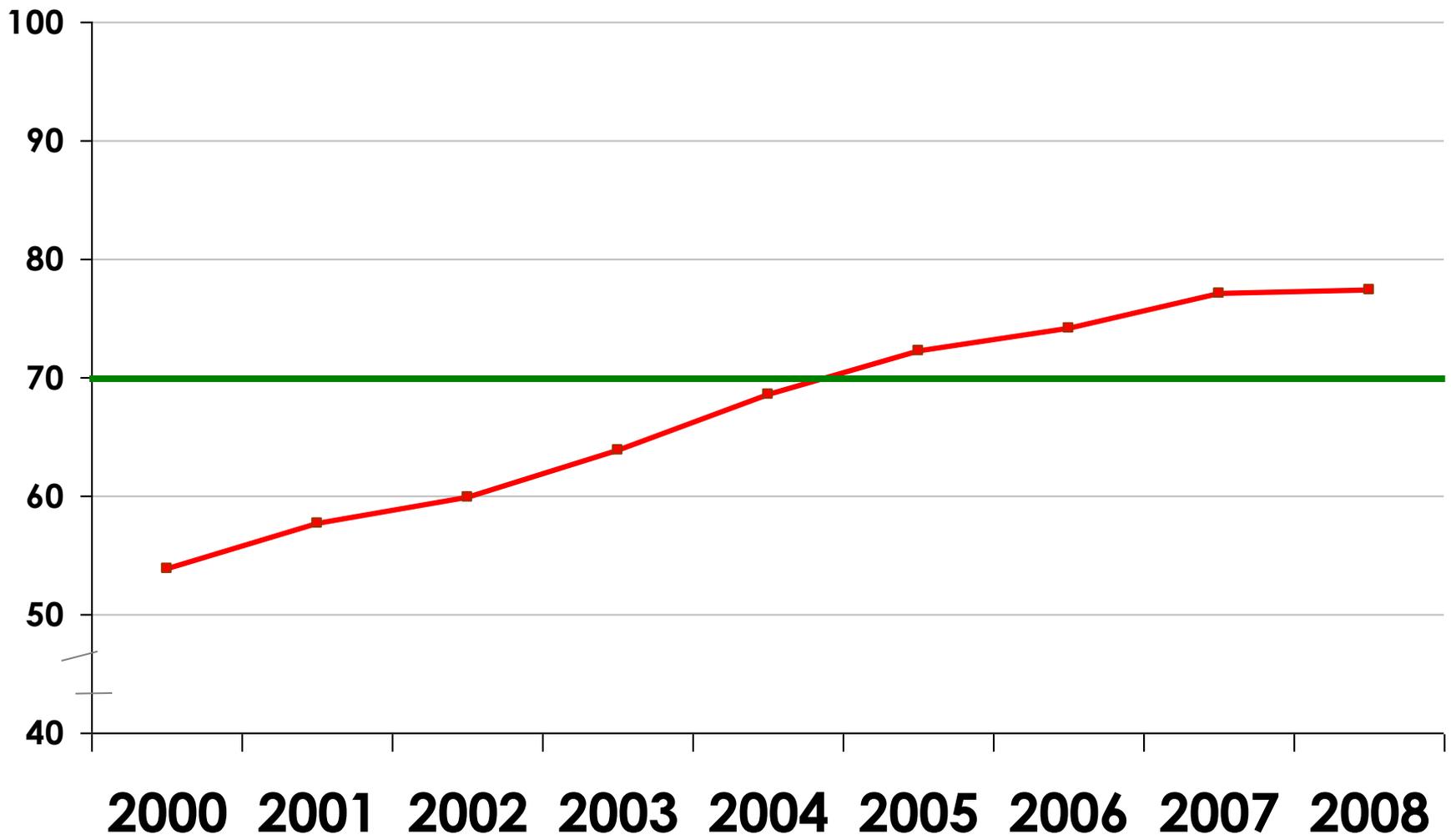
Calcola la proporzione di pazienti operate per cancro invasivo o in situ che avevano avuto una diagnosi pre-operatoria citologica o istologica positiva per cancro, sul totale di pazienti operate per cancro invasivo o in situ per le quali si dispone dell'informazione sul fatto che abbiano eseguito o non abbiano eseguito agoaspirato mammario oppure agobiopsia (tru-cut, core biopsy) prima dell'intervento.

Dati: SQTM Screening Italia 2008

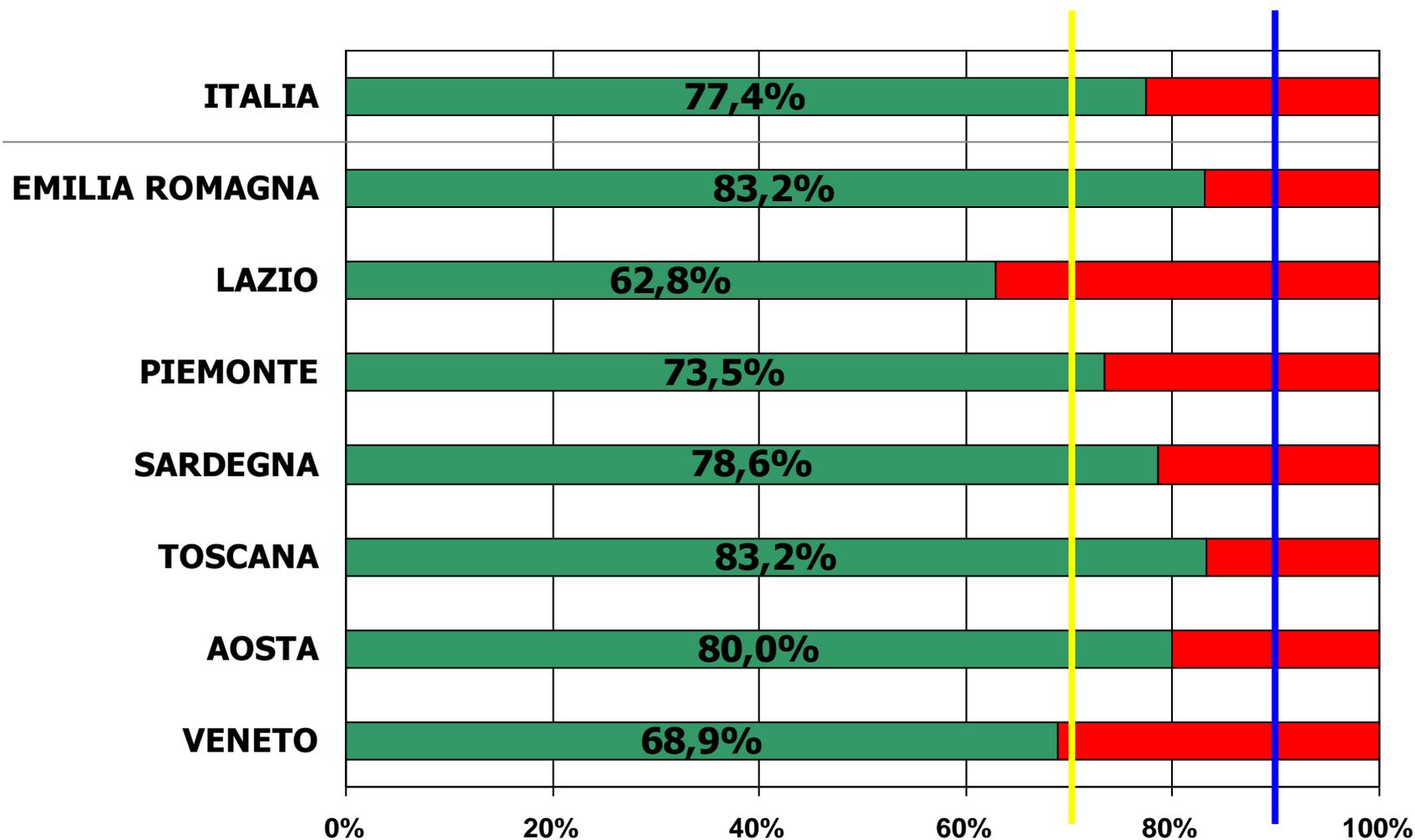


Diagnosi preoperatoria nei cancro (C5, B5)

Dati: SQTM Screening Italia 2000-2008

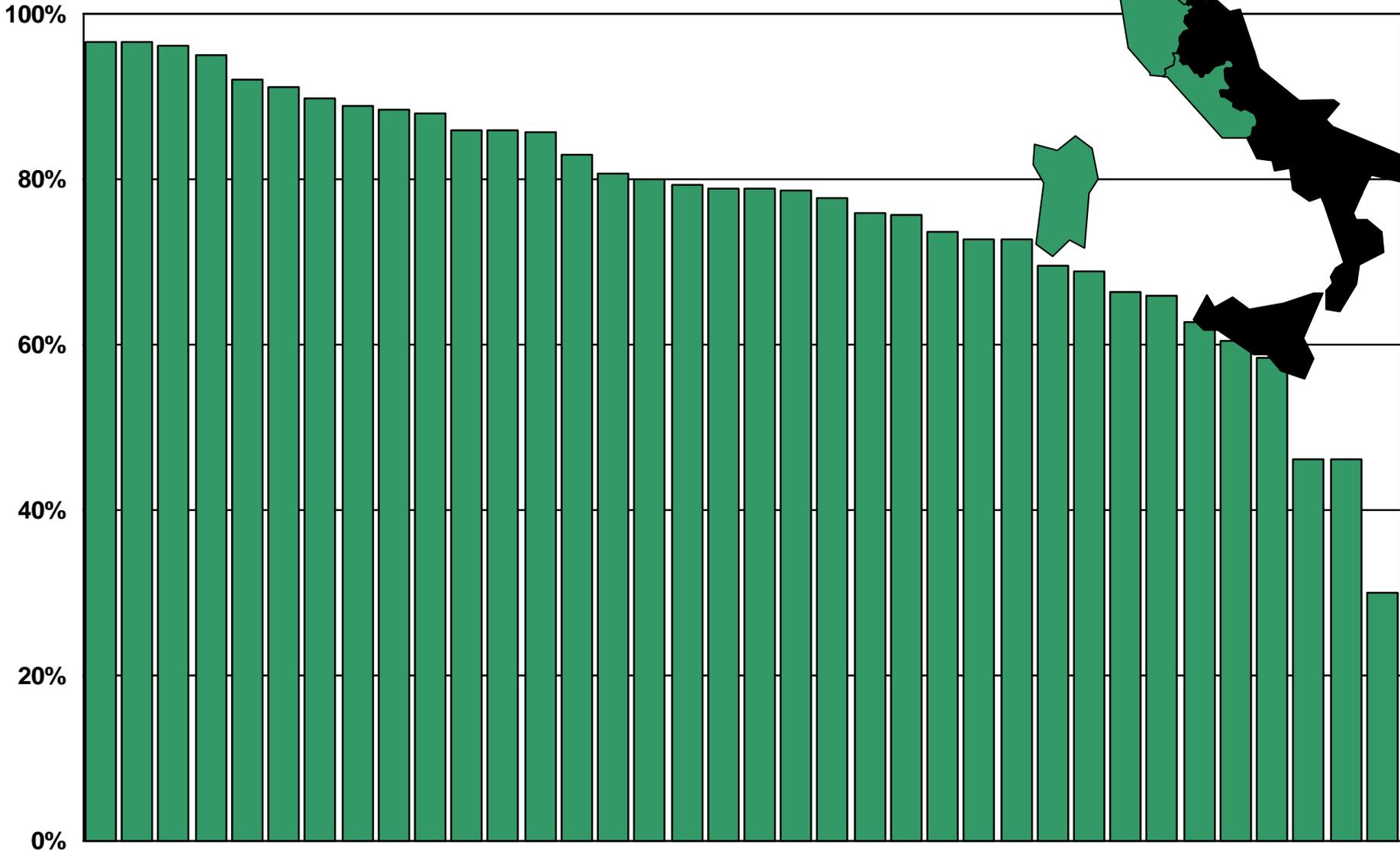
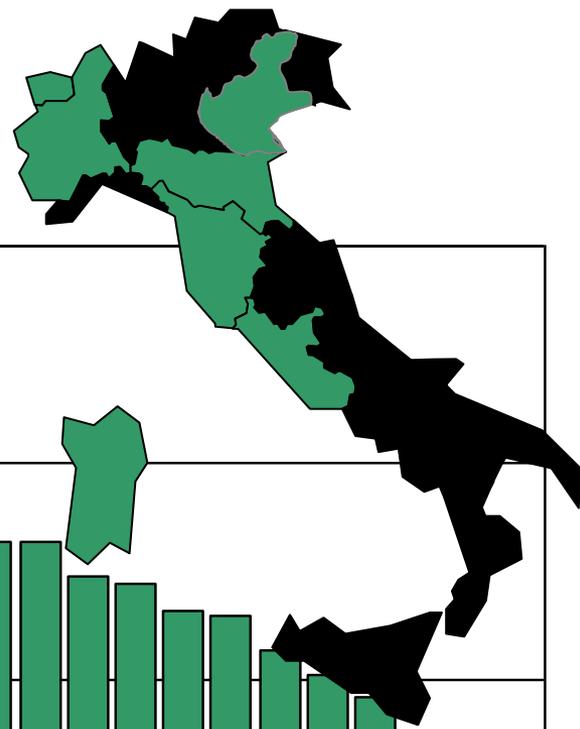


Indicatore - Diagnosi preoperatoria (C5/B5)



Diagnosi preoperatoria (B5/C5)

Range: 30,0% - 96,6%



- Raggiunto il valore accettabile, ancora lontano il desiderabile (90%),
Andamento temporale comunque in notevole miglioramento
- Criticità nel percorso diagnostico; casi sfuggono al triplo test
- Percentuale di inadeguati e FN con discordanza clinico-radiologica e cito istologica (18% circa),
- Rifiuto della paziente a sottoporsi nuovamente a prelievo citologico, o microistologico in caso di inadeguato
- Costi e tempi della microistologia

Ripercussioni

- Ricorso al congelatore, aumento dei tempi chirurgici, non utilizzo razionale della SO, allungamento dei tempi di attesa
- Pianificazione errata della biopsia del linfonodo sentinella
(influenza sull'indicatore Benigni/linfonodo sentinella)

Suggerimenti

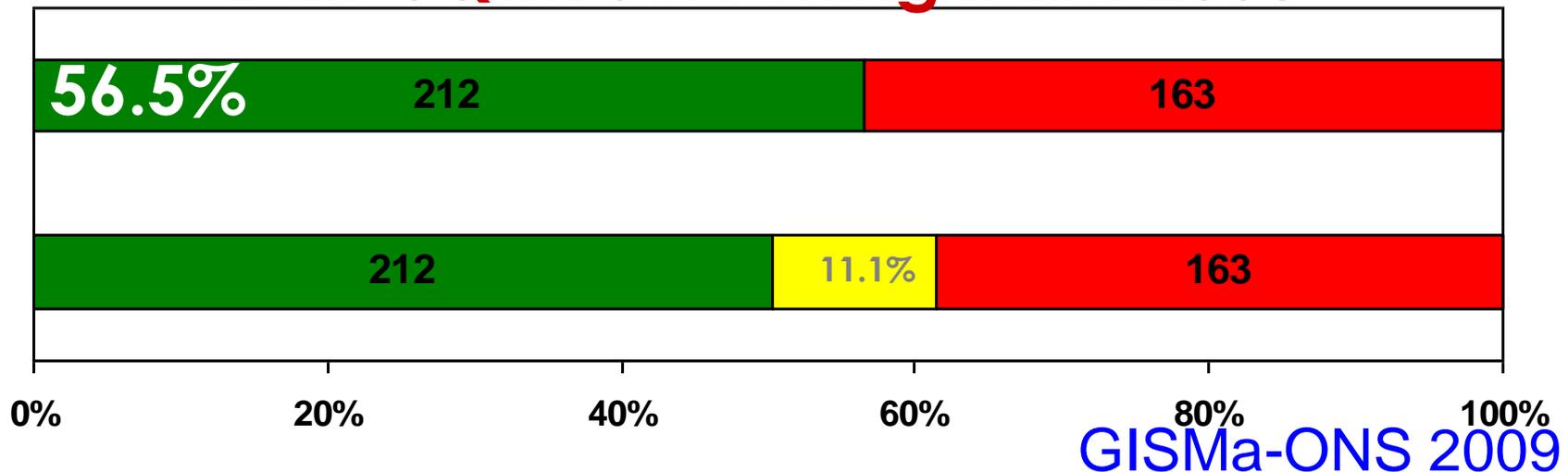
- Inquadrare l'iter diagnostico preoperatorio in percorsi integrati multidisciplinari (patologo+radiologo) con personale dedicato
- Ausilio dell'ecografia per citologia e microistologia anche nelle lesioni palpabili
- Microistologia in stereotassi o ecoguidata per le lesioni non palpabili

Ricostruzione immediata

Ricostruzione immediata

Calcola la proporzione di pazienti (ca invasivi o in situ) mastectomizzate per le quali è stata eseguita ricostruzione immediata, sul totale delle pazienti per le quali è disponibile l'informazione.

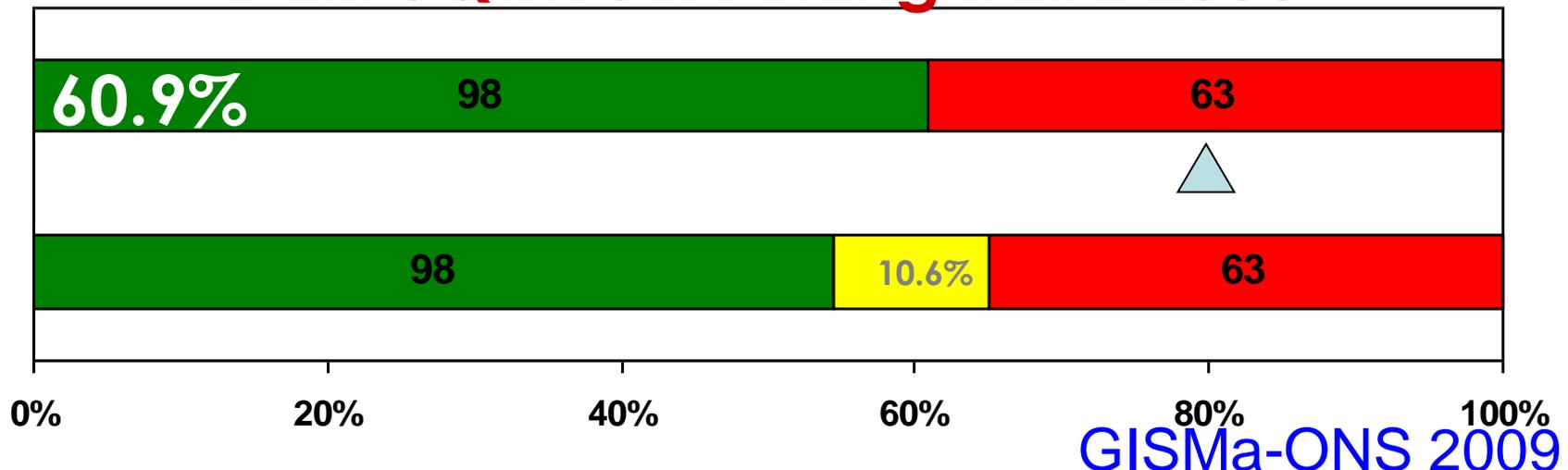
Dati: SQTM Screening Italia 2008



Ricostruzione immediata negli N0 (CDIS e pT1) ($\geq 80\%$)

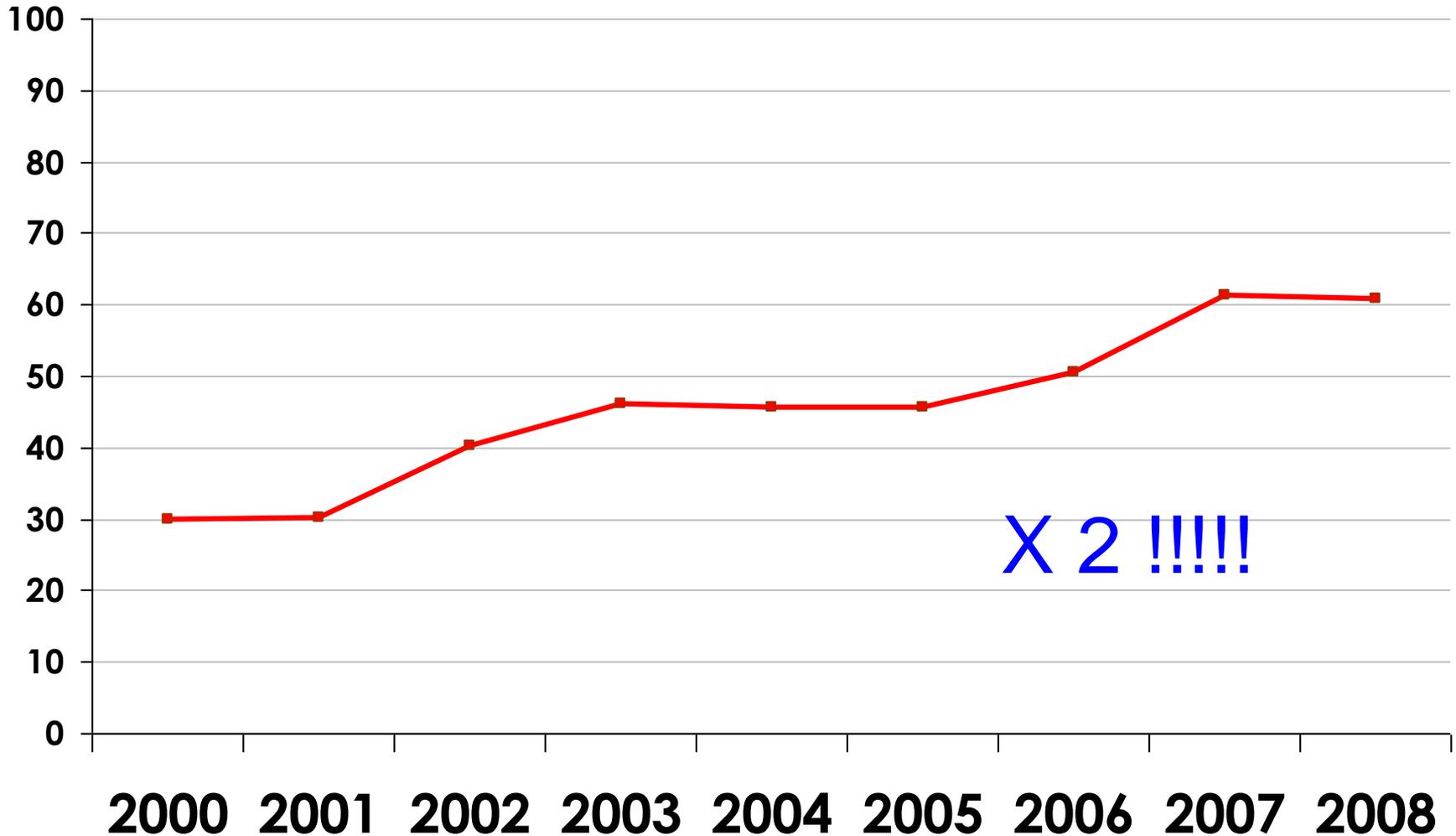
Calcola la proporzione di pazienti (ca invasivi o in situ) mastectomizzate N0 con lesioni in situ, microinvasive o invasive con lesione inferiore ai 3 cm per le quali è stata eseguita ricostruzione immediata, sul totale delle pazienti per le quali è disponibile l'informazione.

Dati: SQTM Screening Italia 2008

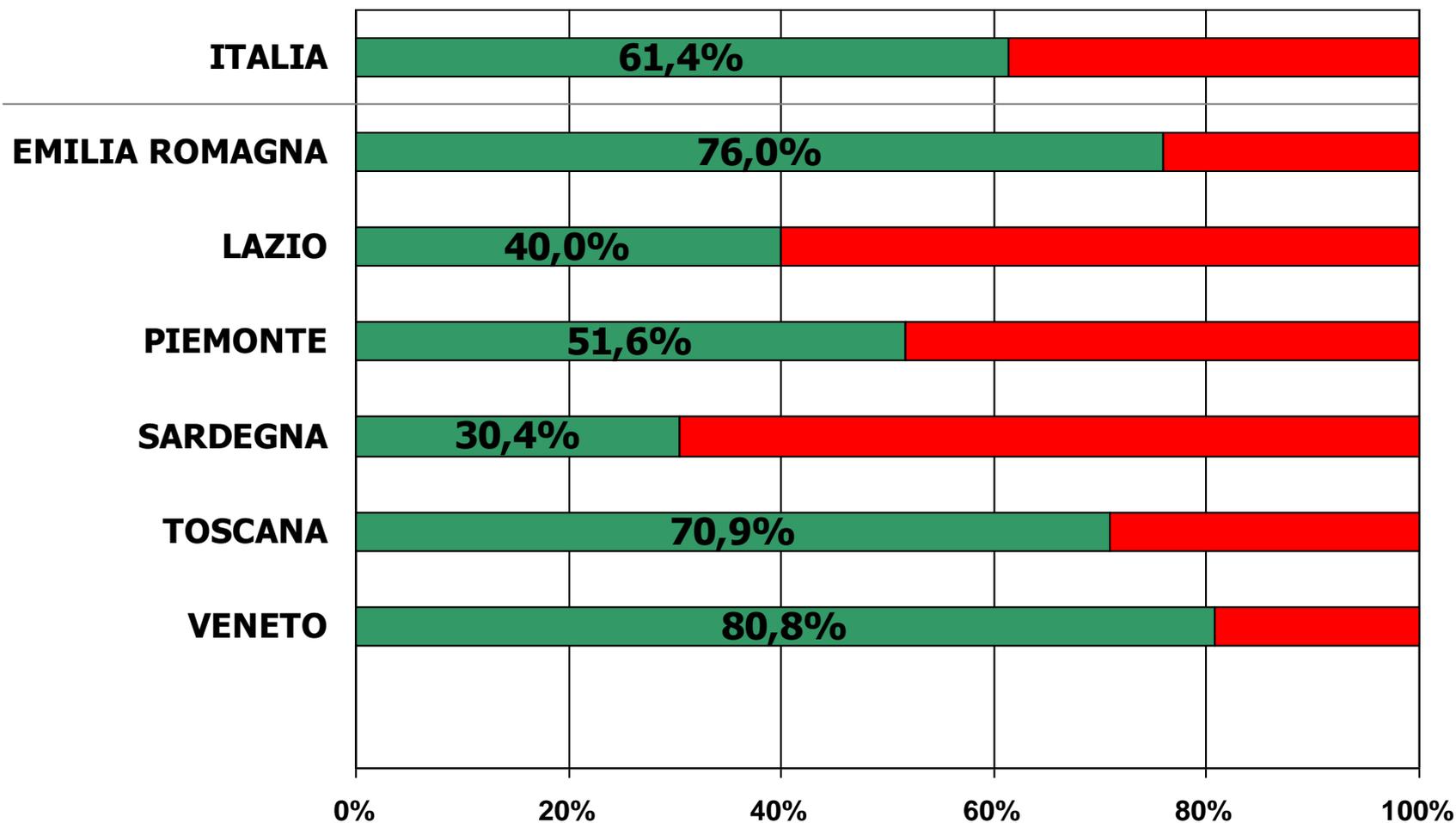


Ricostruzione immediata

Dati: SQTM Screening Italia 2000-2008



Indicatore – Ricostruzione Immediata



Ricostruzione immediata

- Proponibile a tutte le pazienti nella fascia 50-69 con DCIS o invasivi N0
- In pazienti motivate e consapevoli dell'iter ricostruttivo (espansione, Il intervento, se protesi immediata dolore post-op, se lembi: complessità dell'intervento chirurgico)
- Non controindicazioni assolute per terapie adiuvanti post-chirurgiche (espansori: radioterapia????)
- Notevole variabilità fra i Centri (disponibilità chirurgo plastico, formazione del chirurgo generale, disponibilità di tempi e spazi adeguati, disponibilità di risorse)

Ricostruzione immediata

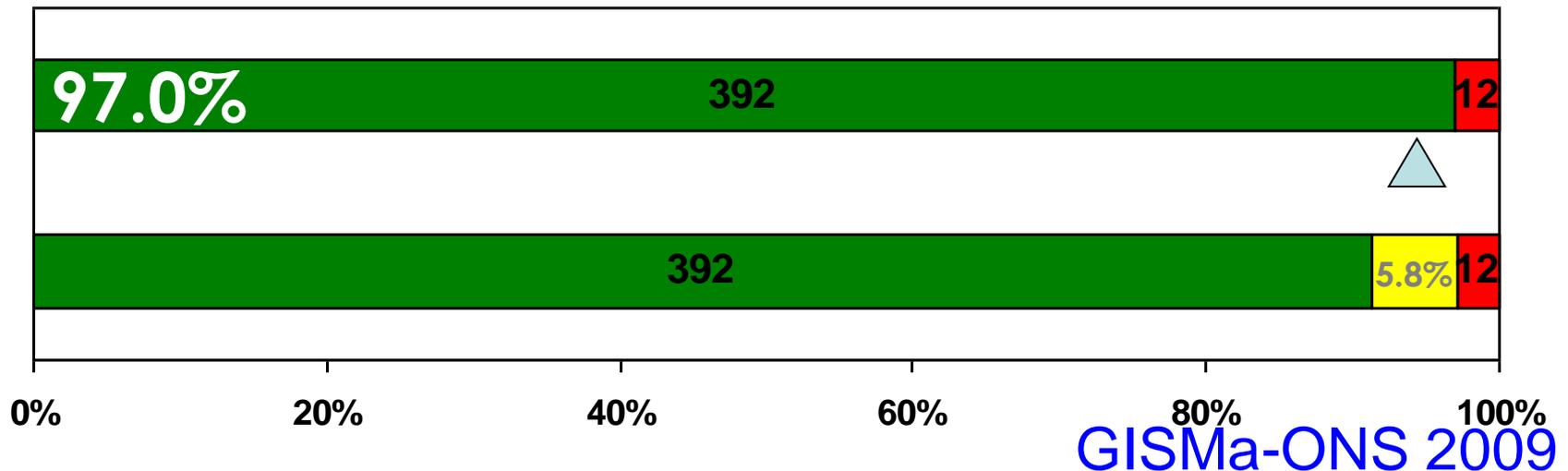
- Non sottovalutare la metodica, ma non enfatizzare le complicanze ed il disagio postoperatorio (maggiore il disagio psicologico della mastectomia!!!!) Comunicazione
- La paziente screen detected da un punto di vista emozionale è diversa dalla paziente “clinica” (parte da una condizione di persona “sana”) e la sua compliance psicologica è inferiore: accetta con molta più difficoltà un intervento demolitivo
- La ricostruzione immediata, se vi è una assoluta indicazione per chirurgia demolitiva, può rappresentare una importante sgravio psicologico

CDIS senza dissezione ascellare

CDIS senza dissezione ascellare ($\geq 95\%$)

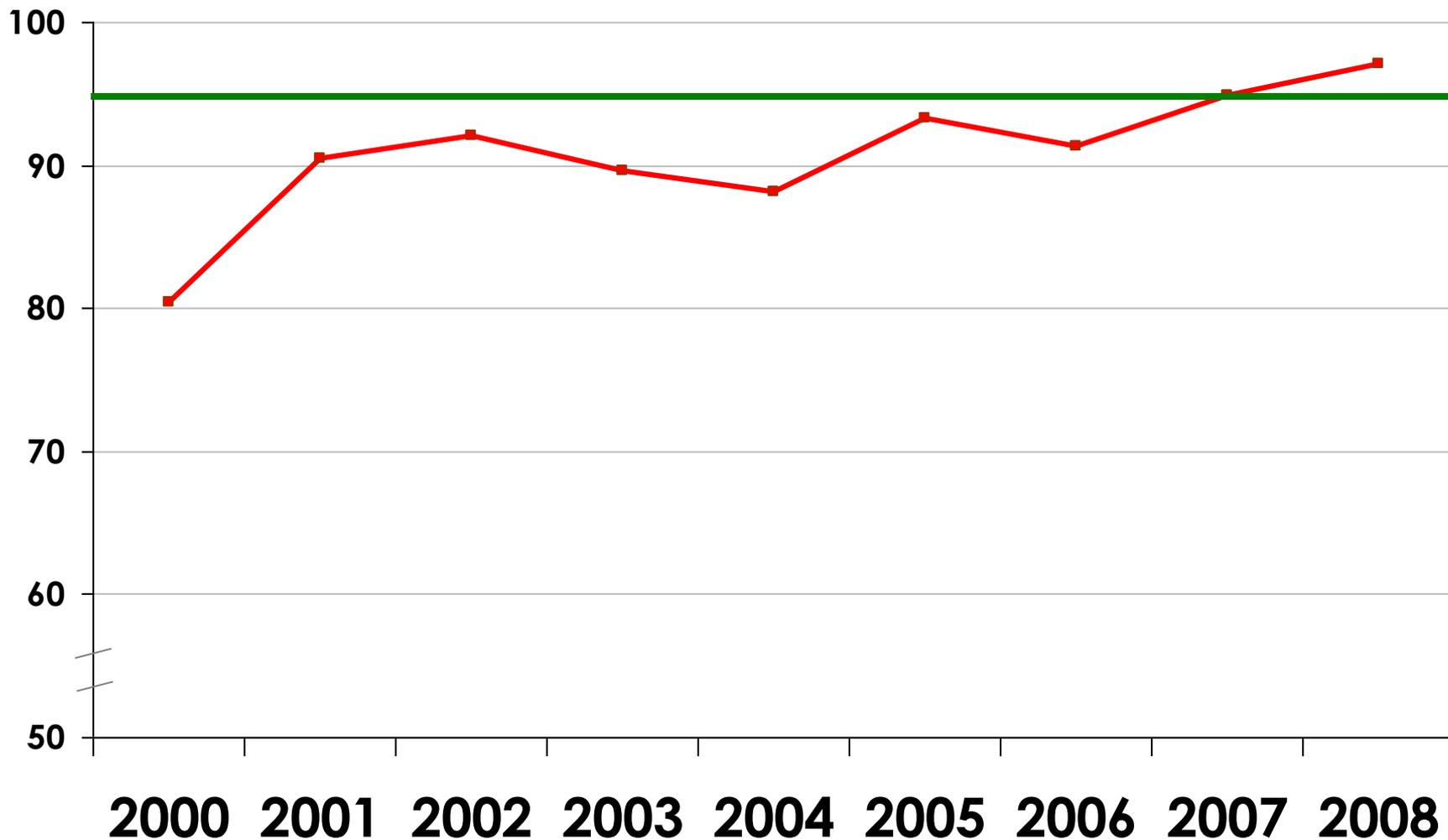
Indica la proporzione di pazienti con diagnosi di carcinoma in situ o duttale (o non altrimenti specificato) sulle quali non sia stato eseguito intervento di dissezione del cavo ascellare (nemmeno I livello) sul totale delle pazienti operate con tale diagnosi.

Dati: SQTM Screening Italia 2008



CDIS senza dissezione ascellare

Dati: SQTM Screening Italia 2000-2008



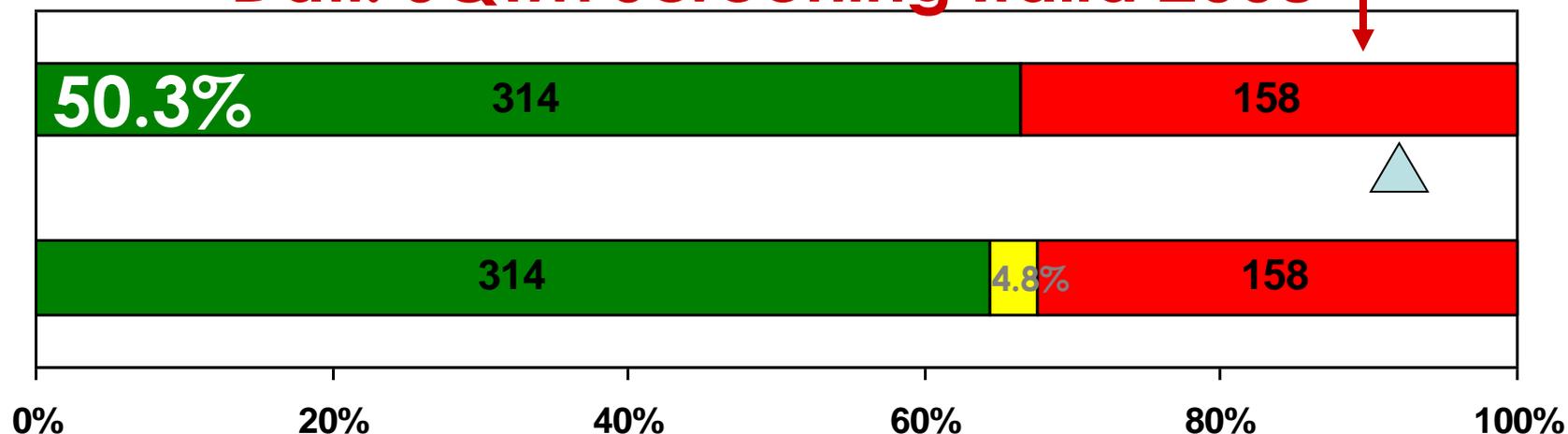
Esecuzione inappropriata di linfonodo sentinella o dissezione ascellare (in situ GI-II)

$\geq 95\%$

Indica la proporzione di pazienti con diagnosi di carcinoma in situ (esclusi microinvasivi) di basso grado e intermedio sulle quali sia stato eseguito intervento di dissezione ascellare (qualsiasi livello) o linfonodo sentinella sul totale delle pazienti operate con tale diagnosi.

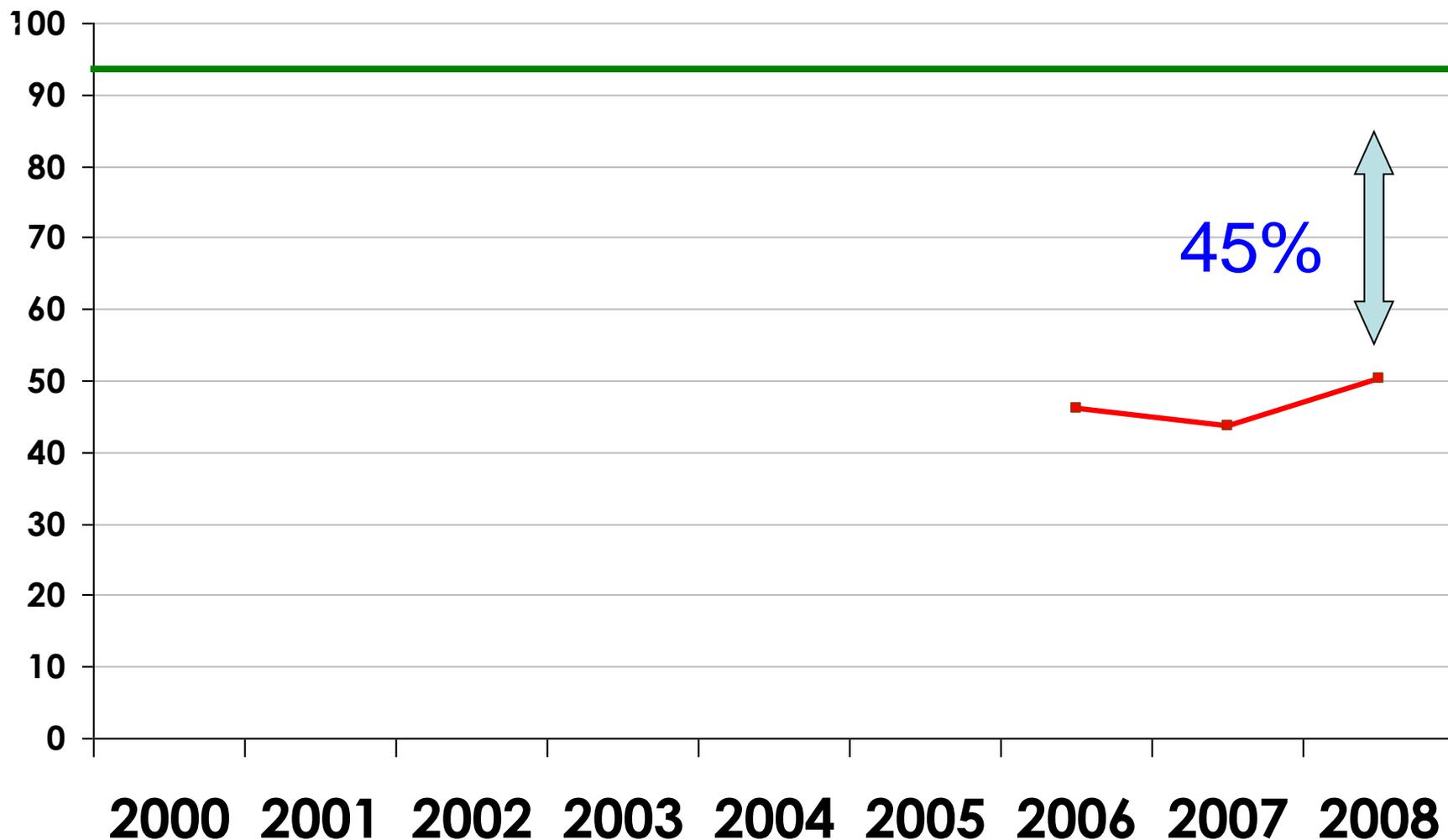
Il 49.7% è sottoposto a stadiazione ascellare

Dati: SQTM Screening Italia 2008

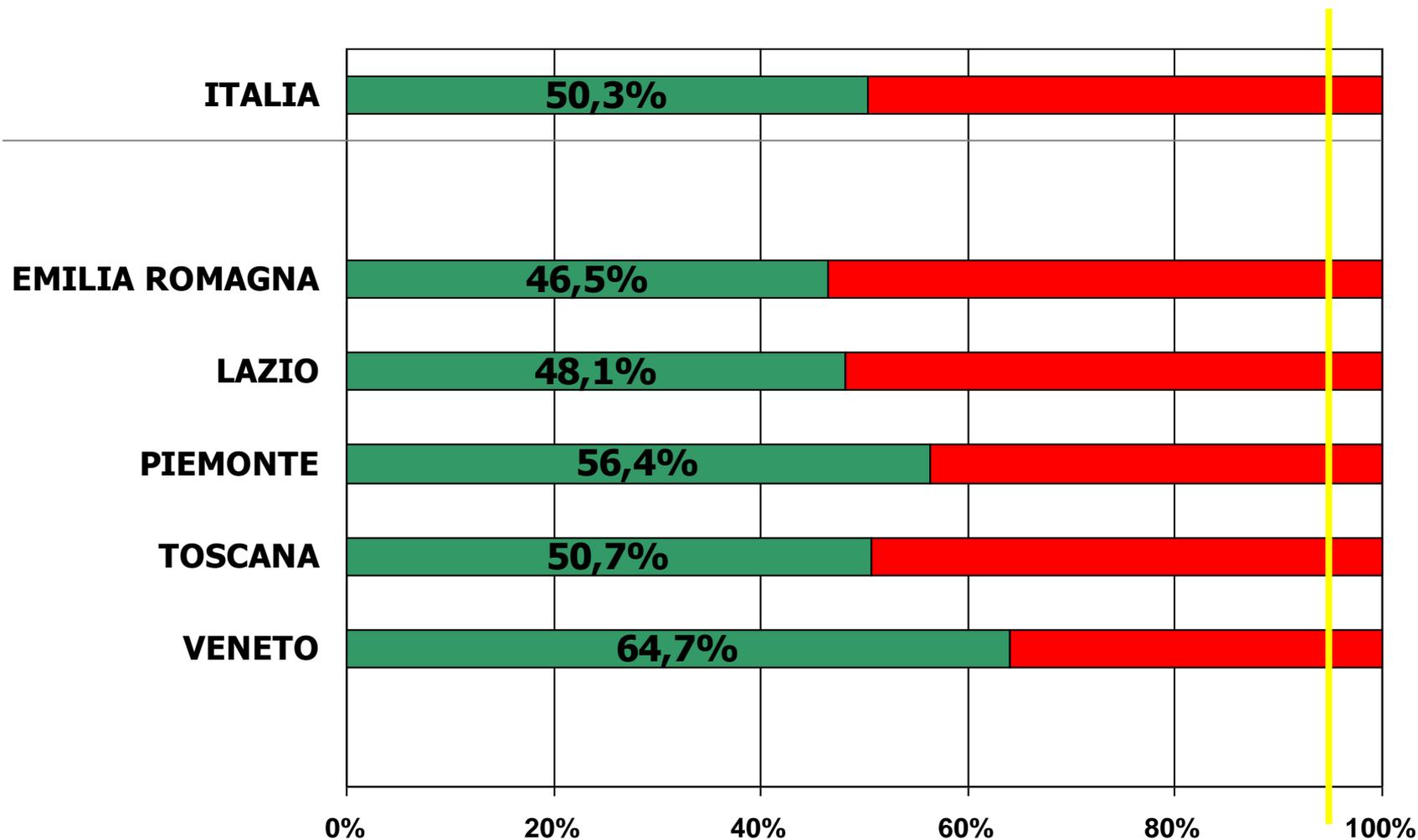


DCIS GI-II senza DA o SN

Dati: SQTM Screening Italia 2006-2008



Indicatore – DCIS GI-II senza DA o LS



CDIS senza dissezione ascellare o linfonodo sentinella

La dissezione ascellare nel DCIS “puro” non va eseguita

Indicazioni alla BLS nei CDIS

Deve essere eseguita in caso di mastectomia

Può essere eseguita nei DCIS **GII e/o estesi**
(con cluster di microcalcificazioni superiore a 3-5 cm)

CDIS senza dissezione ascellare o linfonodo sentinella

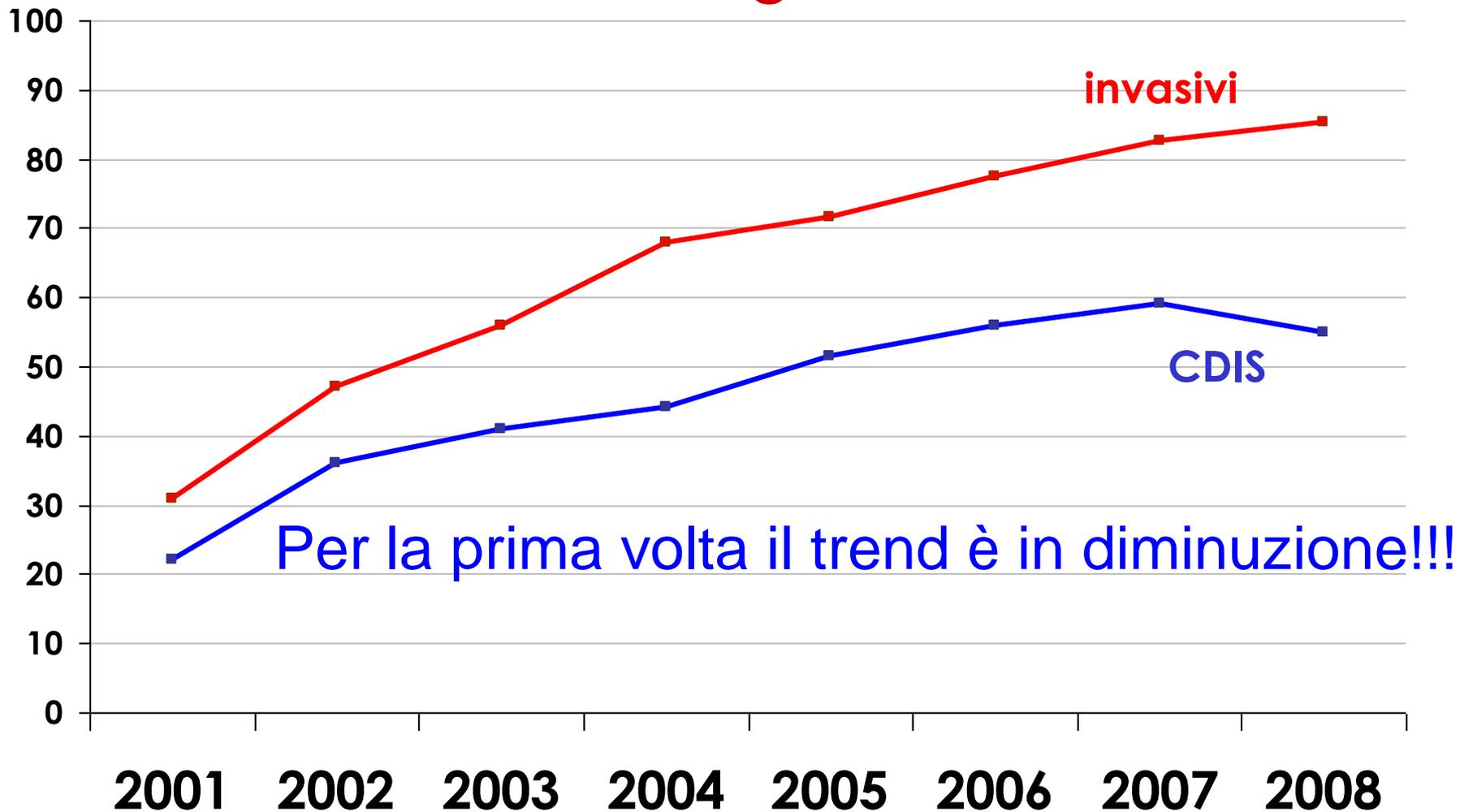
Multidisciplinarietà

Discussione collegiale dopo diagnosi di DCIS alla CNB fra **Patologo, Radiologo, Oncologo e Chirurgo** per limitare al massimo un intervento ascellare (soprattutto SLNB)

Prevedere con la paziente un eventuale intervento metacrono di SLNB in caso di ca microinvasivo o invasivo (15-20%) Comunicazione!!!!

Utilizzo della tecnica del linfonodo sentinella

Dati: SQTМ Screening Italia 2000-2008

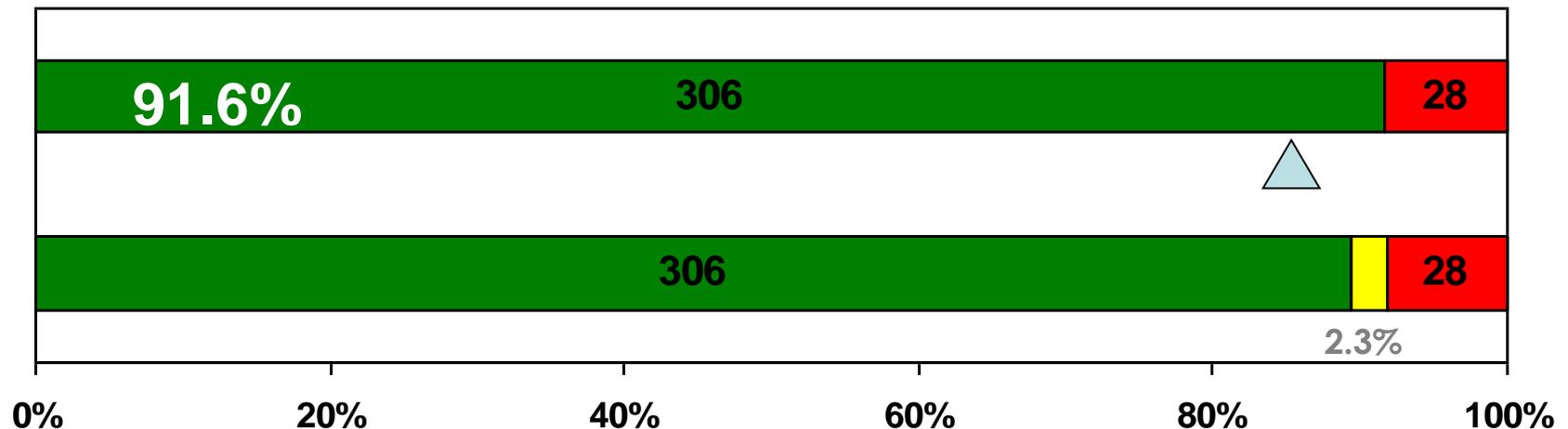


Chirurgia conservativa nei CDIS \leq 20mm

Chirurgia conservativa nei CDIS di dimensioni inferiori ai 20 mm ($\geq 85\%$)

Indica la proporzione di pazienti con diagnosi di carcinoma duttale in situ < ai 20mm sulle quali sia stato eseguito intervento conservativo sul totale delle pazienti operate con tale diagnosi.

Dati: SQTM Screening Italia 2008



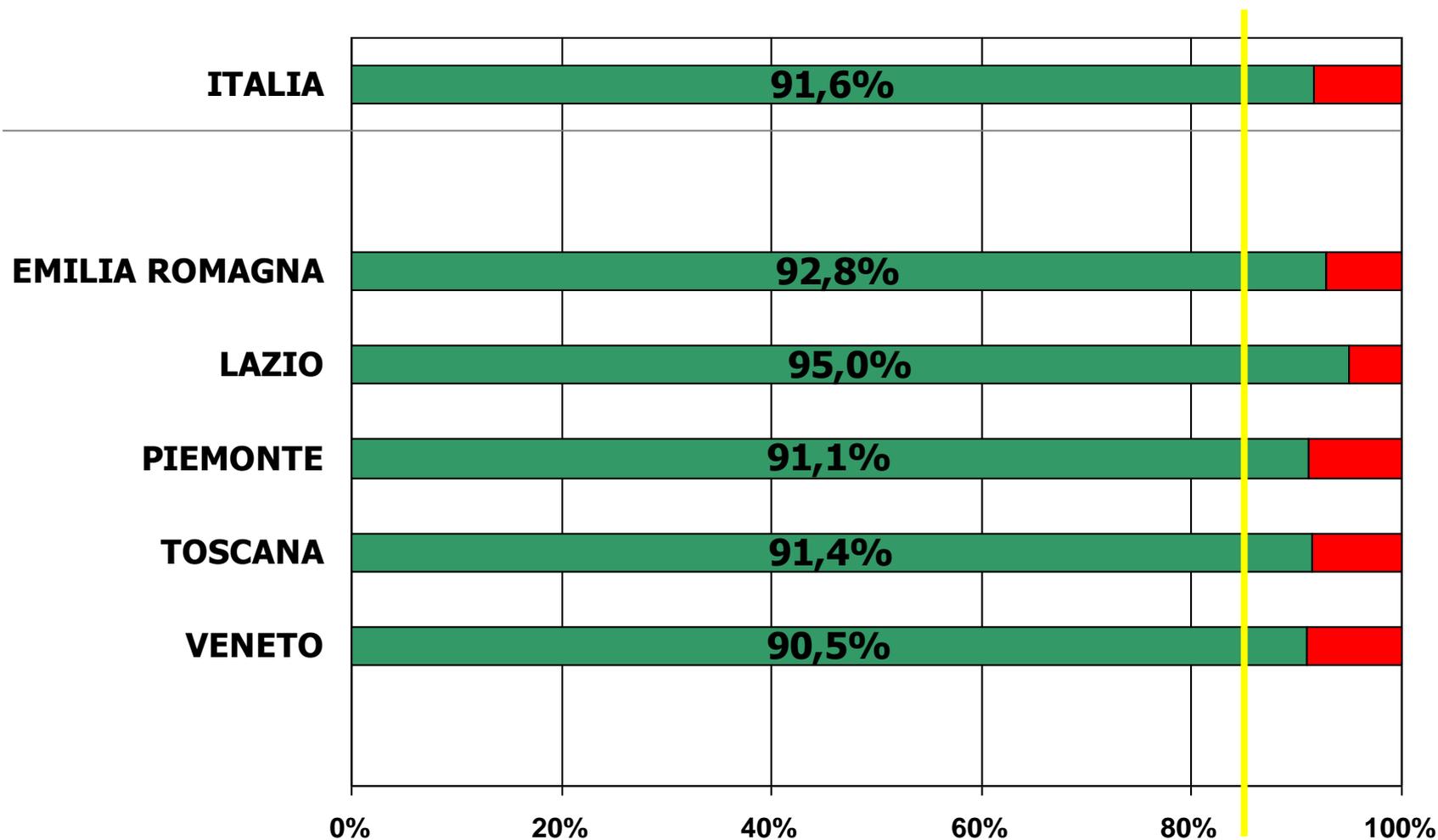
Chirurgia conservativa nei CDIS < 20mm

Dati: SQTM Screening Italia 2000-2008



GISMa-ONS 2009

Indicatore – Chirurgia conservativa nei CDIS < 20mm



Chirurgia conservativa nei CDIS \leq di 20mm

Obiettivo raggiunto, ma

In un 10% circa di pazienti : mastectomia

Preferenza della paziente?????? (comunicazione!)

Avvento delle tecniche skin sparing (nipple o solo skin)

Ricorrere a queste tecniche è sempre giustificato???



attualità in senologia

La «nipple sparing mastectomy» (NSM)

Coordinatori: L. Cataliotti - V. Galimberti - M.P. Mano

La NSM non deve essere considerata un'alternativa ad una chirurgia conservativa con buon risultato cosmetico. La validità oncologica della NSM è ormai consistente, ma il suo ruolo va meglio delineato per evitare un abuso di mastectomie a scapito delle tecniche conservative che possono trovare ulteriori indicazioni con l'utilizzo di tecniche di oncoplastica. E' inoltre necessario che questi interventi, che richiedono esperienza e una stretta collaborazione multidisciplinare, vengano eseguiti in centri dedicati dove la numerosità della casistica consente di ottenere i migliori risultati.

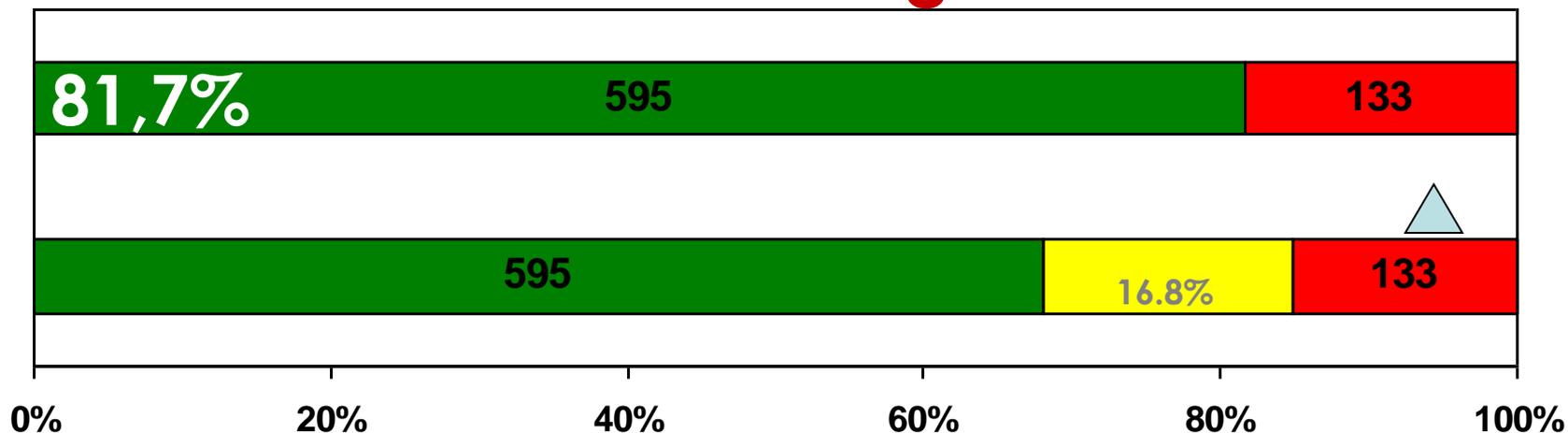
“ Non deve essere considerata un'alternativa ad una Ch. Conservativa con buon risultato cosmetico...”

No congelatore se diametro della lesione inferiore o uguale a 10 mm

No congelatore se diametro tumore ≤ 10 mm. ($\geq 95\%$)

Proporzione di pazienti operate per carcinoma mammario invasivo (esclusi microinvasivi) di diametro patologico massimo ≤ 10 mm per le quali non sia stato eseguito l'esame al congelatore, sul totale di pazienti con la medesima diagnosi.

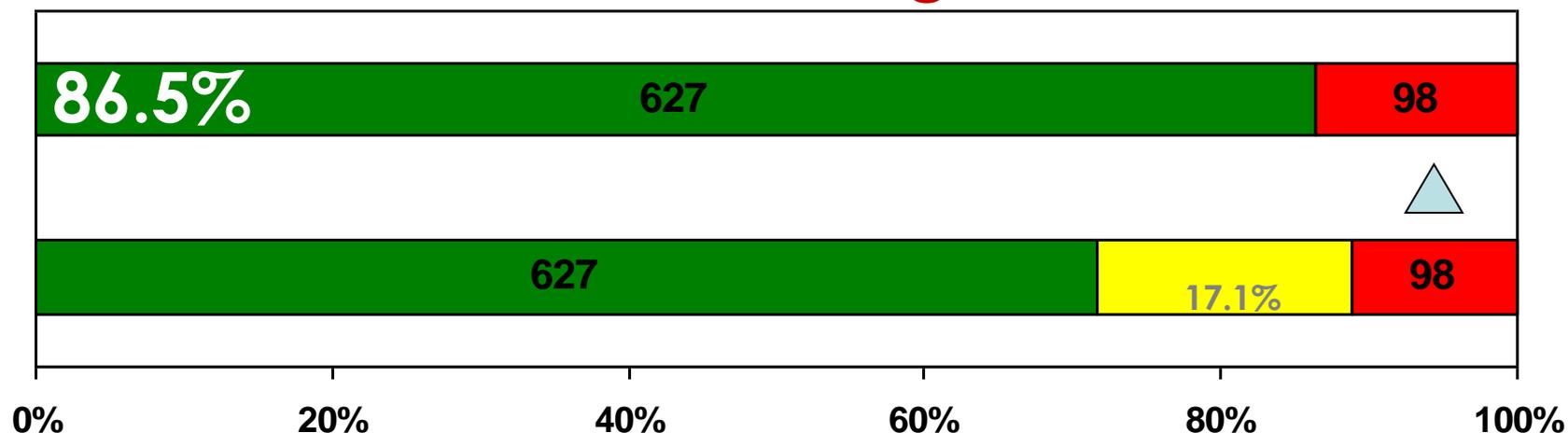
Dati: SQTM Screening Italia 2008



No congelatore sulla lesione se diametro tumore ≤ 10 mm. ($\geq 95\%$)

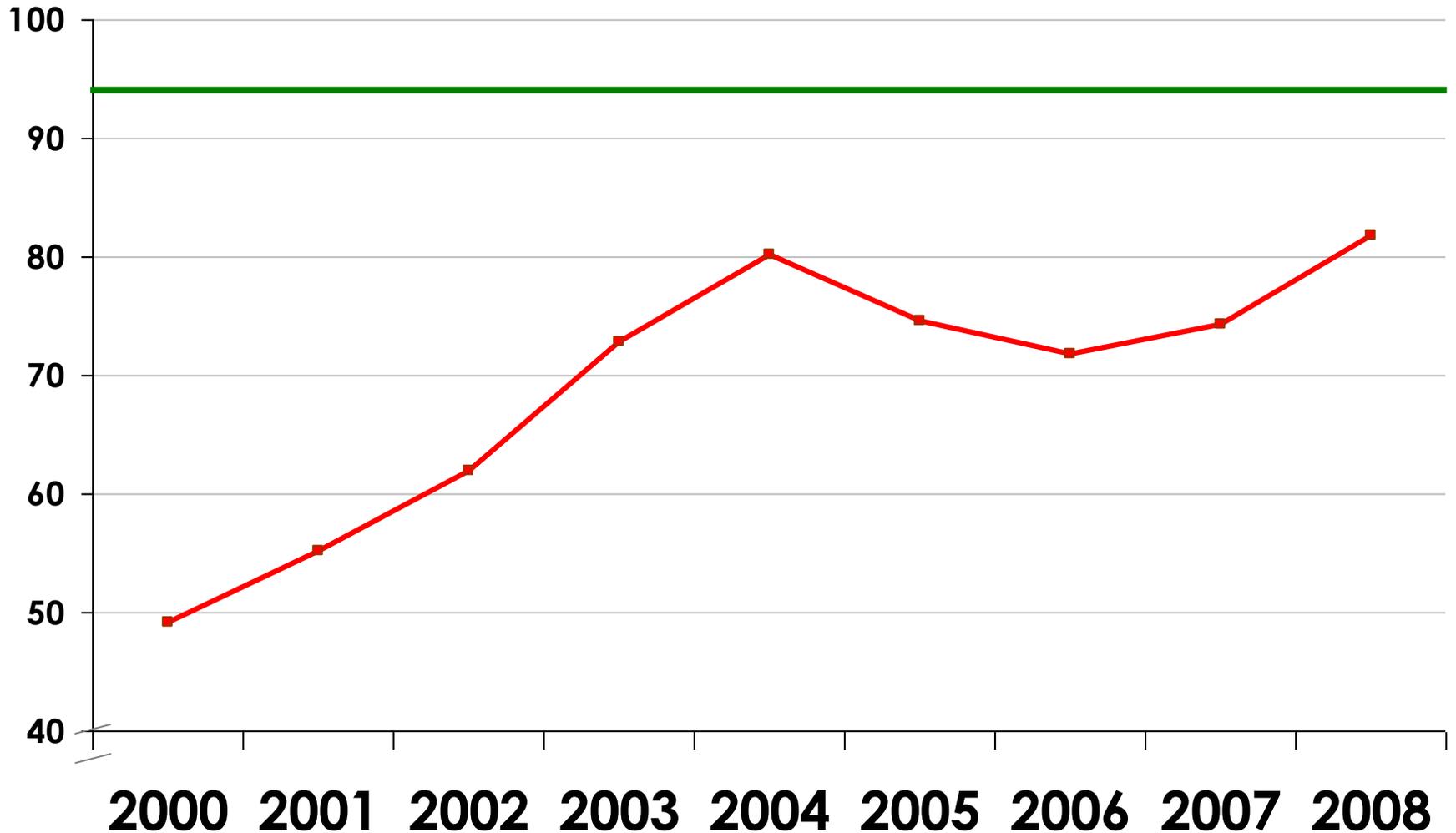
Proporzione di pazienti operate per carcinoma mammario invasivo (esclusi microinvasivi) di diametro patologico massimo ≤ 10 mm per le quali non sia stato eseguito l'esame al congelatore sulla lesione, sul totale di pazienti con la medesima diagnosi.

Dati: SQTM Screening Italia 2008



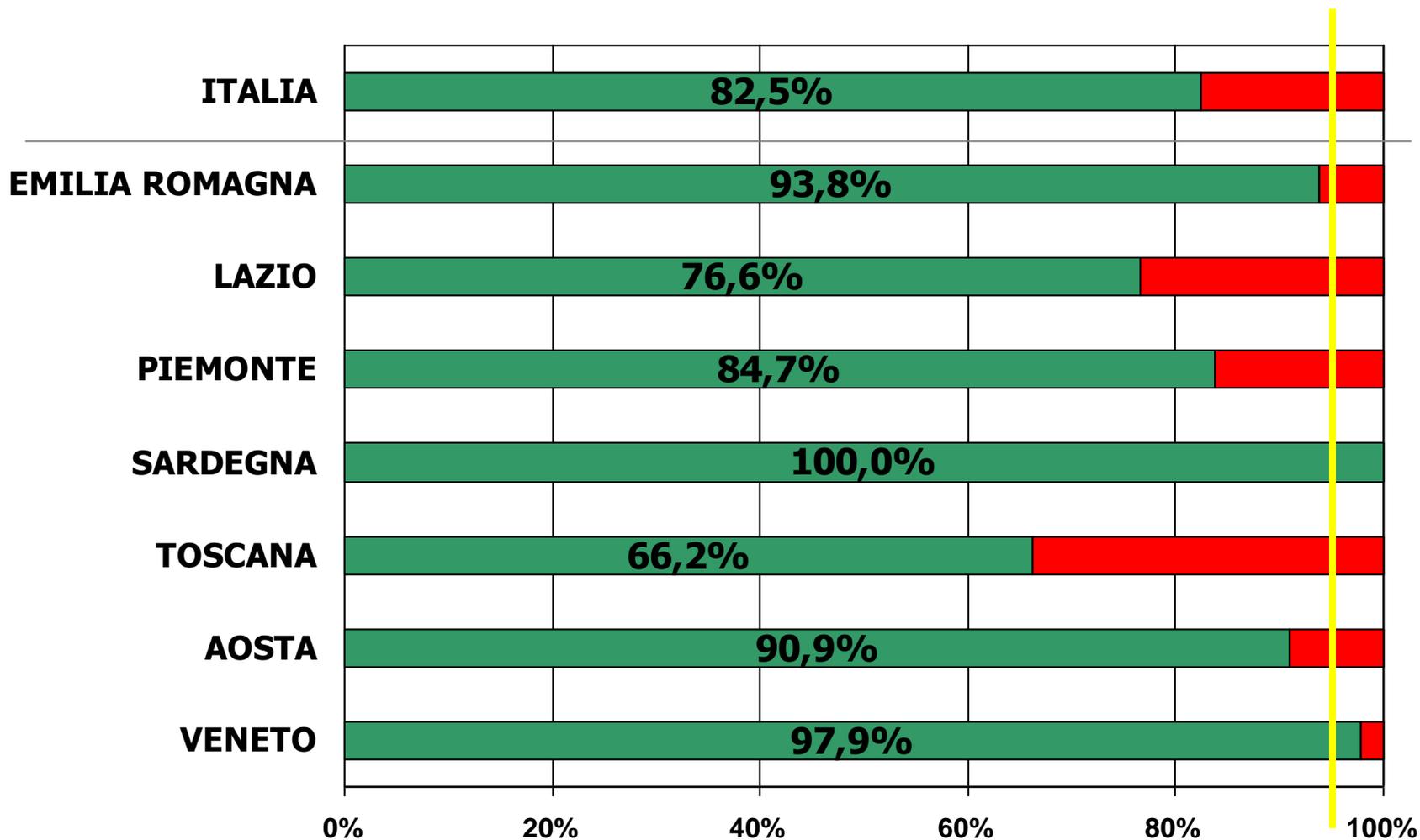
No congelatore se diametro tumore ≤ 10 mm.

Dati: SQTM Screening Italia 2000-2008



GISMA-ONS 2009

Indicatore – No congelatore se $T \leq 10$ mm.



- Indicatore influenzato da C1-B1 in queste neoplasie
- Potenziare la microistologia/citologia eco-stereotassica in Centri e con personale specializzato (formazione, volumi di attività) Centralizzare!!
- Scarsa compliance, rifiuto della paziente ad essere sottoposta ad ulteriore biopsia in caso di C1 o B1 o in caso di discordanza radio/cito-istologica

- Sicuramente da proscrivere per $T \leq$ a 6-7 mm (danni tissutali, cattiva valutazione nel definitivo dei parametri biopatologici)

- Per lesioni di 8-10 mm palpabili intraop???

Stadiazione ascellare con solo linfonodo
sentinella negli N0

Stadiaz. ascellare con solo linf. sentinella negli N0 $\geq 95\%$

Indica la proporzione delle pazienti con lesioni invasive pN0 sulle quali è stato eseguito il solo linfonodo sentinella sul totale delle pazienti sottoposte a stadiazione ascellare.

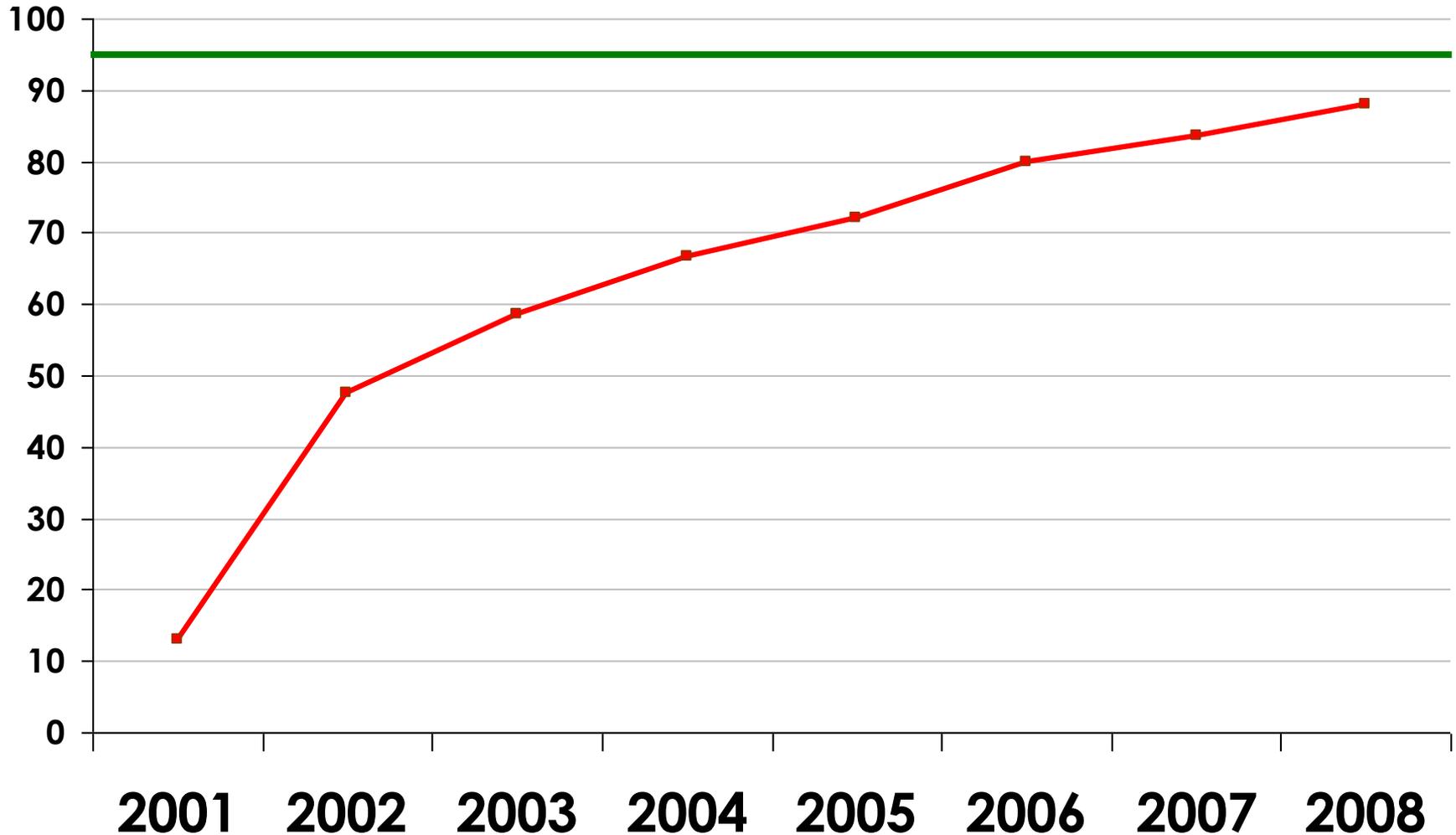
Il 11.9% è sottoposto anche a dissezione ascellare

Dati: SQTM Screening Italia 2008



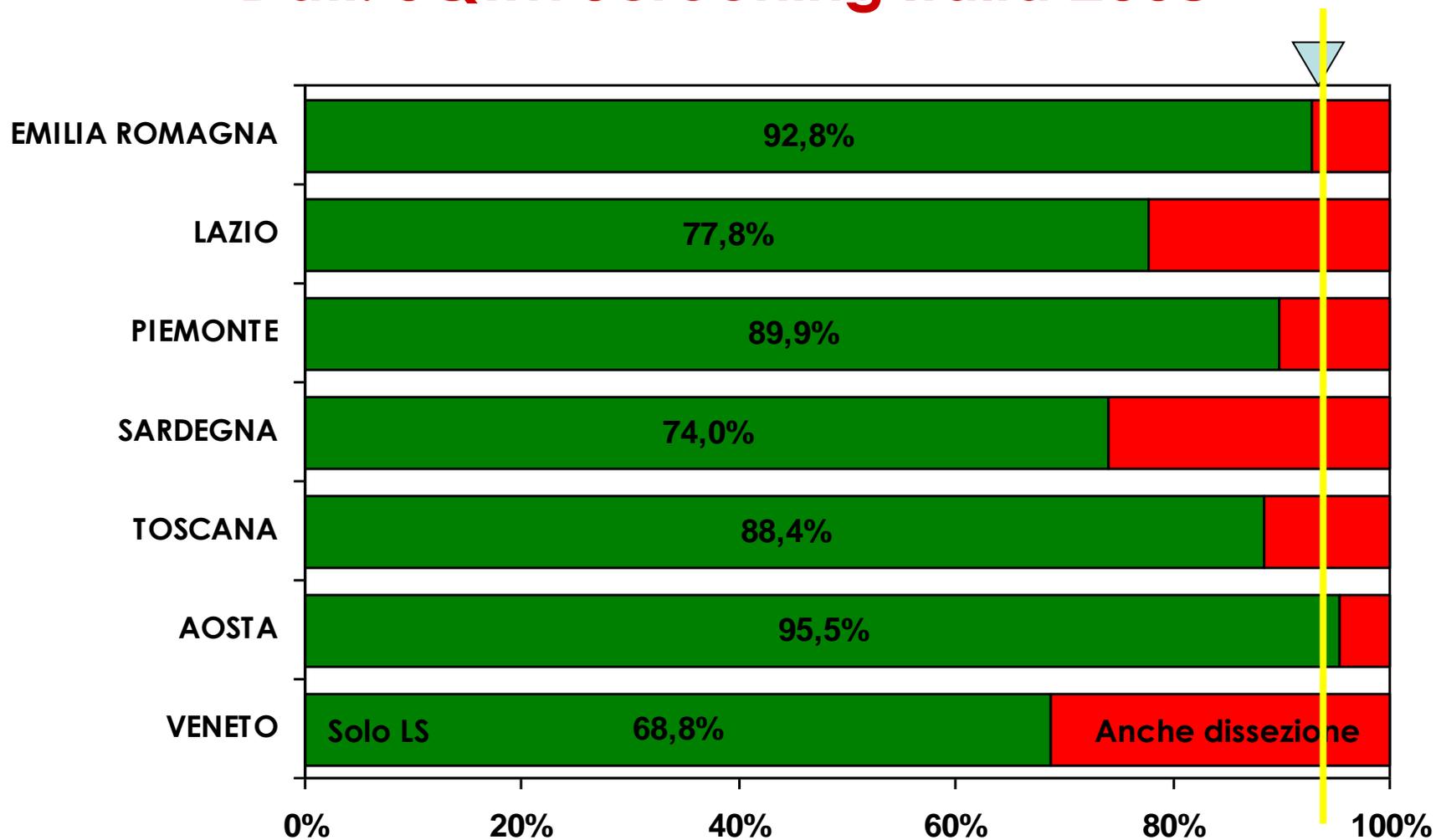
Stadiaz. ascellare con solo linf. sentinella negli N0

Dati: SQTМ Screening Italia 2001-2008



Stadiaz. ascellare con solo linf. sentinella negli N0

Dati: SQTM Screening Italia 2008



- La dissezione ascellare nei pN0 è associato, oggi, rappresenta un sovratrattamento con possibili, importanti conseguenze funzionali (implicazioni medico-legali?????)
- Ricorrere alla ecografia ascellare e citologia di linfonodi clinicamente sospetti

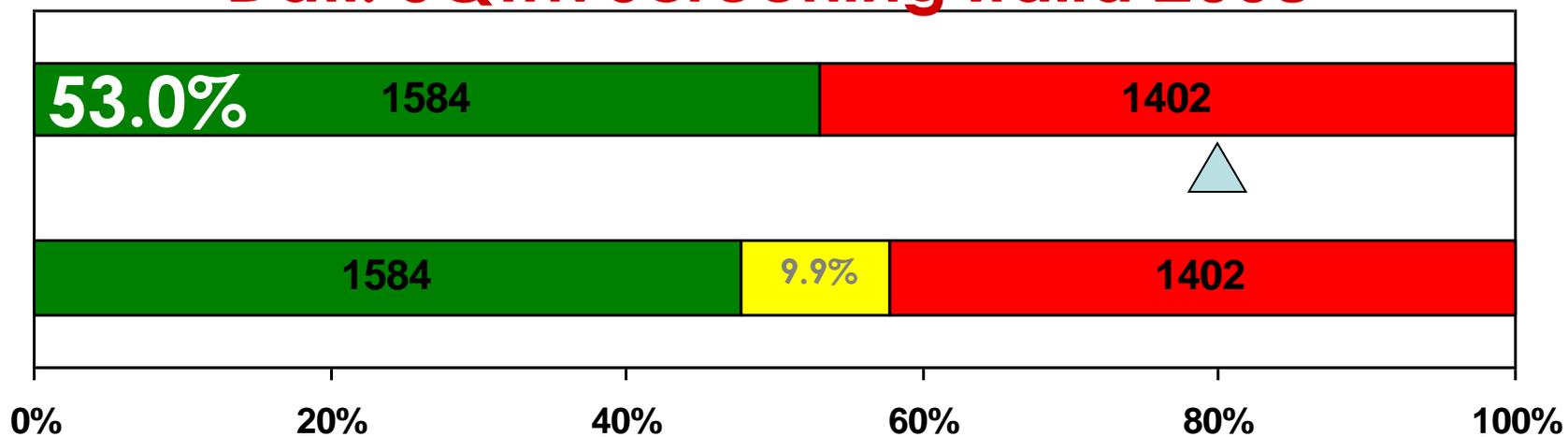
Non fidarsi solo della clinica e decidere una dissezione d'emblée

Tempi d'attesa

Intervento entro 30 gg. dalla prescrizione ≥ 80%

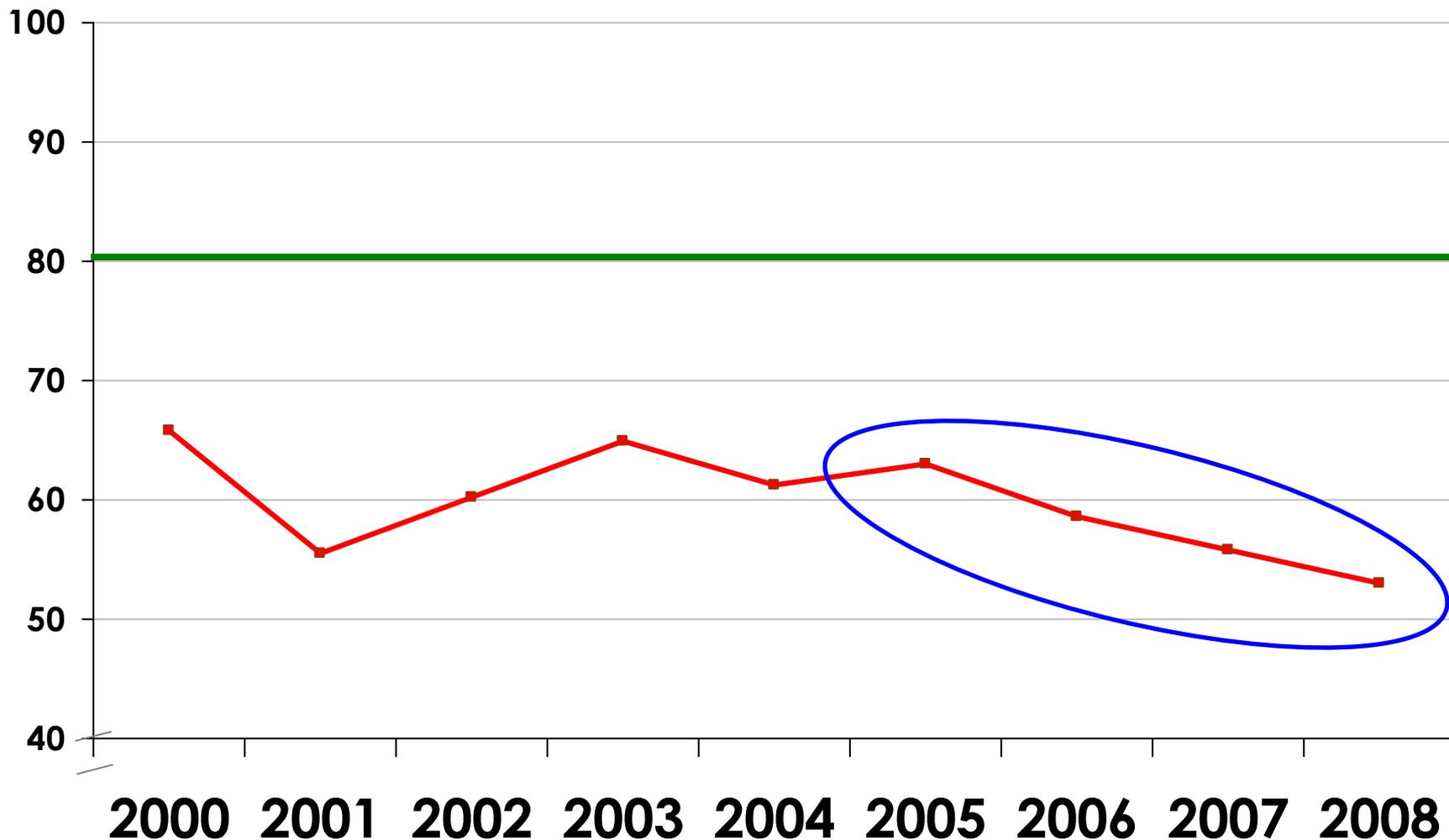
Calcola la proporzione di pazienti operate la prima volta per lesioni mammarie sospette (qualsiasi diagnosi, solo pazienti per le quali la prima terapia è la chirurgia) entro 30 giorni dall'indicazione chirurgica, sul totale delle pazienti operate per lesione mammaria sospetta.

Dati: SQTM Screening Italia 2008

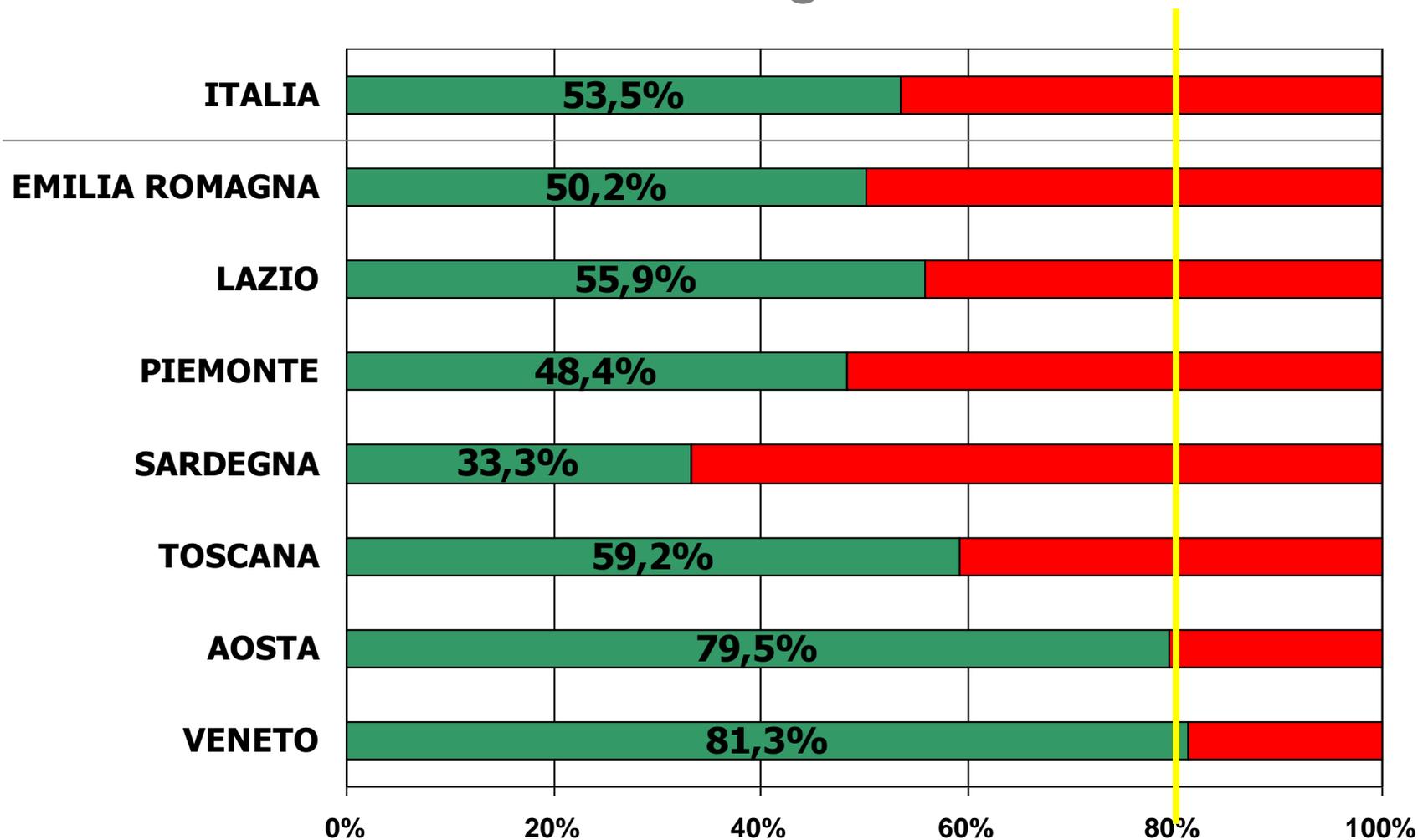


Intervento entro 30 gg. dalla prescrizione

Dati: SQTМ Screening Italia 2000-2008



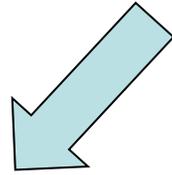
Indicatore – Intervento entro 30 gg dalla prescrizione chirurgica



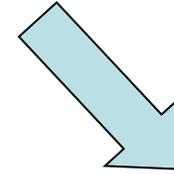
Questo indicatore incide su:

- Ansia paziente
- Ricorso a centri non dedicati, con bassi volumi operatori, con ripercussioni negative su qualità del trattamento e sulla prognosi
- Credibilità/efficienza di tutto il percorso screening

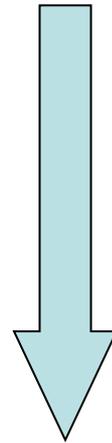
Liste d'attesa



Spazi operatori
(ore di sala operatoria)



Letti degenza



Organizzazione della degenza

1) Spazi operatori (ore di sala operatoria)

- Razionalizzare i tempi operatori a disposizione
(Direttore di Unità Operativa)
- Chirurgia dedicata di settore dove si trattano prevalentemente patologie mammarie
(Direttore di Dipartimento – Direttore Generale)
- Equipe di Chirurghi dedicati
(formazione!!! Università, Scuole di Specializzazione, Centri di Riferimento Regionali e Nazionali Accreditati)

Sgravi e “aggravi” temporali

Tempi recuperabili



- Evitare EII sulla lesione (Diagnosi preoperatoria nei cancri C5 B5, No congelatore in ca <10 mm) ;
- BLS come primo tempo → quadrant.+ oncoplastica durante EII del LS
- Evitare il reintervento negli N+ con EII del LS

Maggiore impegno temporale (virtuoso)



- Ricostruzione immediata, oncoplasica
- Rimodellamento controlaterale
- Radiografia del pezzo operatorio nelle lesioni non palpabili
- Radioterapia intraoperatoria????

2) Letti degenza

- La chirurgia della mammella consente un alto turn-over nel reparto di degenza
- Degenza postoperatoria contenuta grazie, in molti casi, alla BLS (indicatore:LS negli N0)
- Chirurghi dedicati: ridotte complicanze postoperatorie immediate

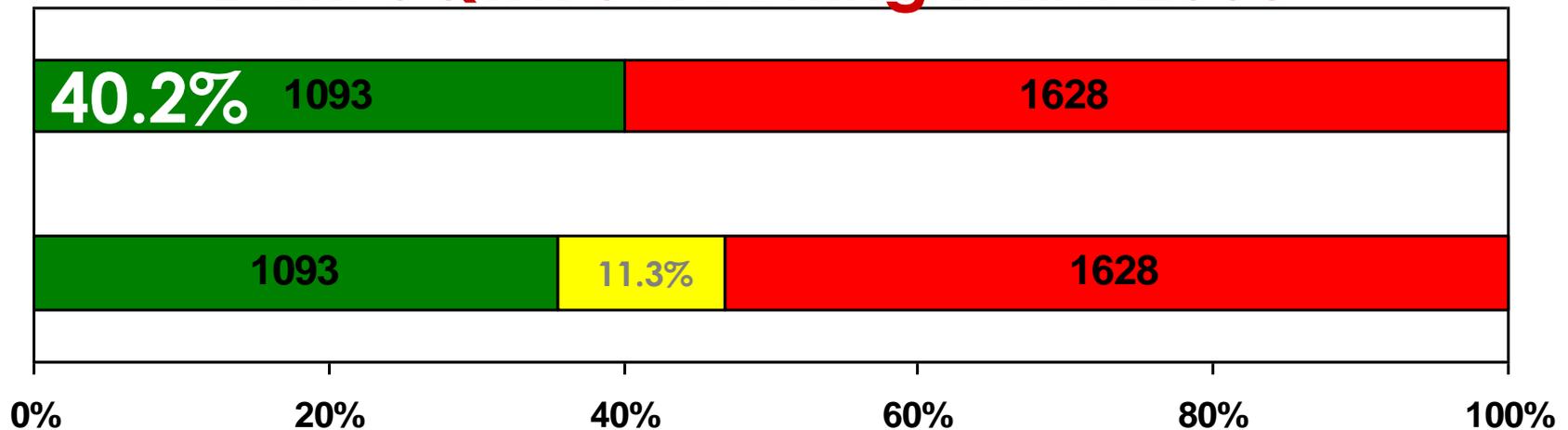
3) Organizzazione della degenza

- Identificazione da parte degli Assessorati Regionali di Unità Operative dedicate, che trattino alti volumi di patologia mammaria, nell'ambito di percorsi diagnostici terapeutici multidisciplinari, che possano prendere in carico totalmente la paziente
- Valutare le criticità e le necessità specifiche ed assegnare risorse adeguate, nell'ottica della performance, del rispetto degli obiettivi degli indicatori e della qualità della cura

Intervento entro 60 gg. dalla mx di screening

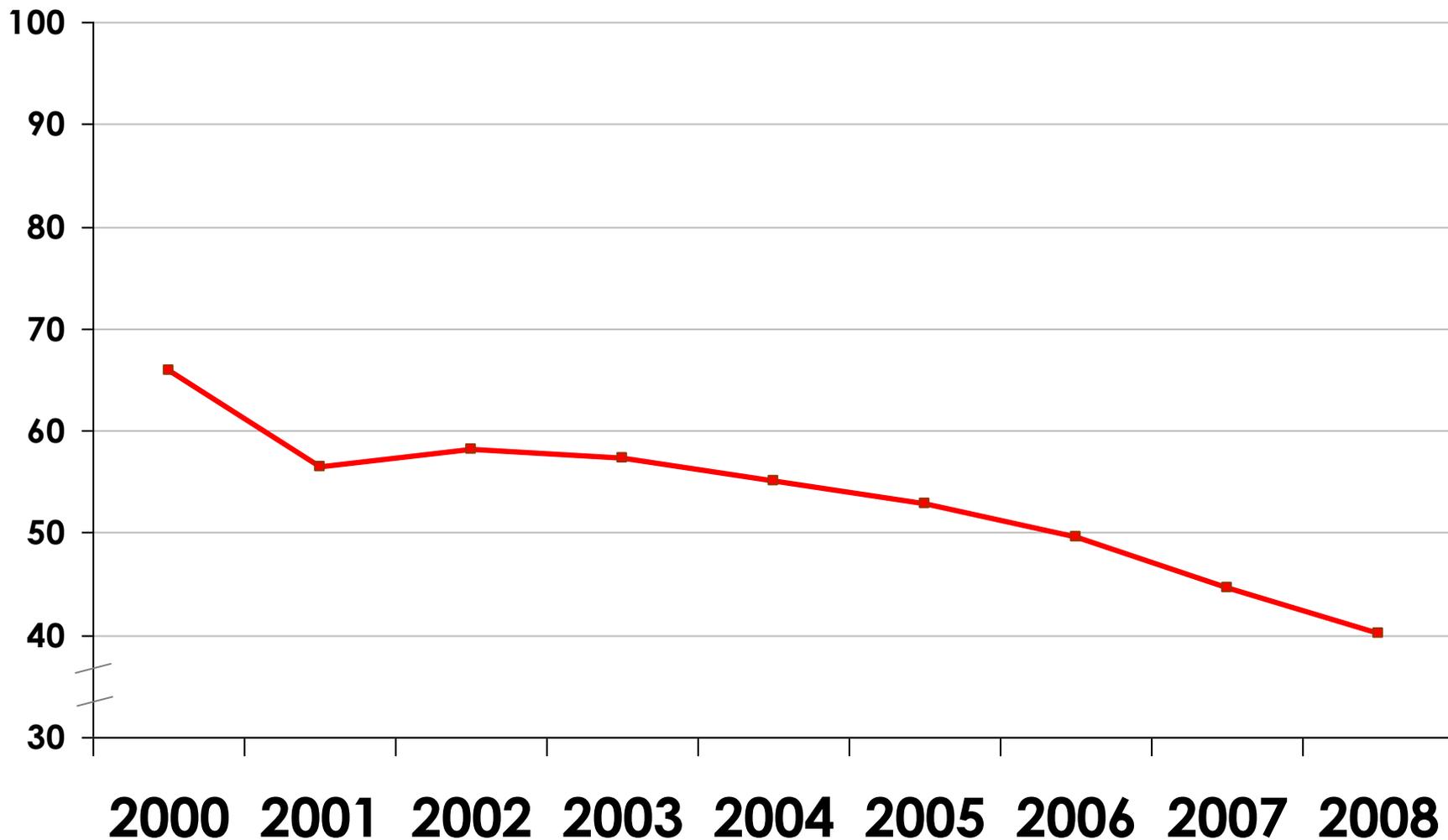
Calcola la proporzione di pazienti operate la prima volta per lesioni mammarie sospette (qualsiasi diagnosi, solo pazienti per le quali la prima terapia è la chirurgia) entro 60 giorni dalla mammografia di screening, sul totale delle pazienti operate per lesione mammaria sospetta.

Dati: SQTM Screening Italia 2008*



Intervento entro 60 gg. dalla mx di screening

Dati: SQTМ Screening Italia 2000-2008



Monitoraggio delle tempistiche!!!!

Tempistica del richiamo fra I e II livello diagnostico,
tempistica per esecuzione biopsia preoperatoria,
tempistica per i referti cito/istologici

Monitoraggio dei tempi di attesa per comunicazione
referti, informazione paziente,
visita e prescrizione chirurgica

**SURVEY GISMa SU DIAGNOSI E TERAPIA
DELLE LESIONI IDENTIFICATE ALLO SCREENING 2008**

Coordinamento:

A.Ponti, M.Tomatis, M.P. Mano, N.Segnan

Hanno contribuito alla raccolta dati:

Piemonte R.Bordon, D.Casella

Valle d'Aosta G.Donati, R.Berti

**Emilia Romagna S.Mancini, C.Naldoni, A.Ravaioli,
M.Taffurelli, F.Falcini**

Veneto M.Vettorazzi, M.Zorzi

Toscana P.Mantellini, P.Piccini, D.Tanzini

Lazio D.Baiocchi, A.Barca, G.Pagano

Sardegna D.Rodella, D.Del Rio, M.L.

SURVEY GISMa SU DIAGNOSI E TERAPIA DELLE LESIONI IDENTIFICATE ALLO SCREENING

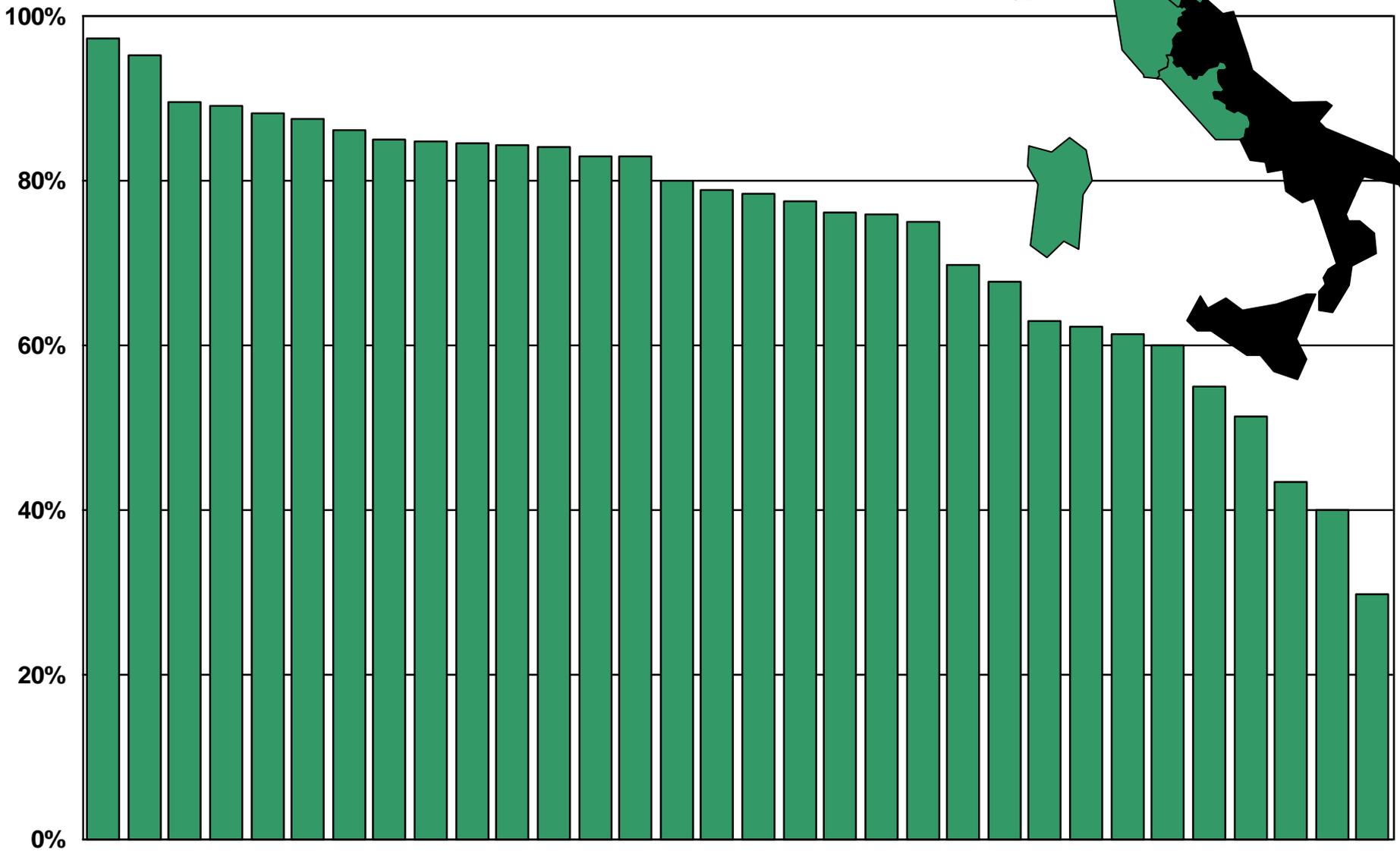
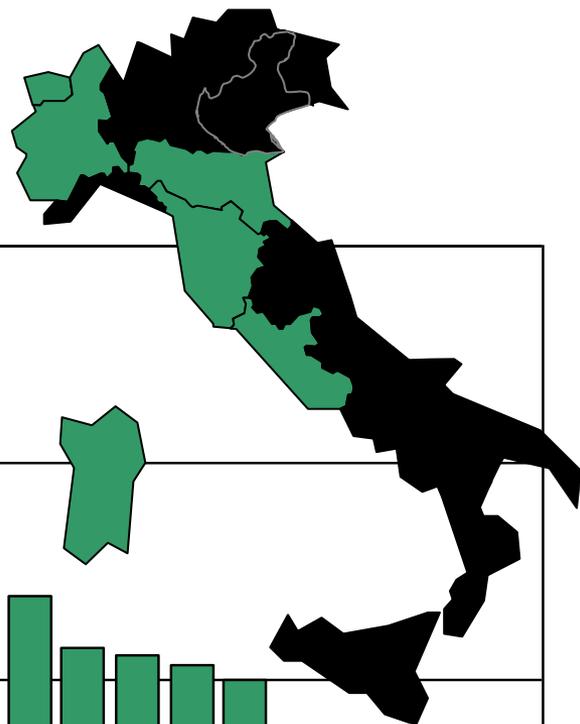
Anno 2008

DATI PRELIMINARI

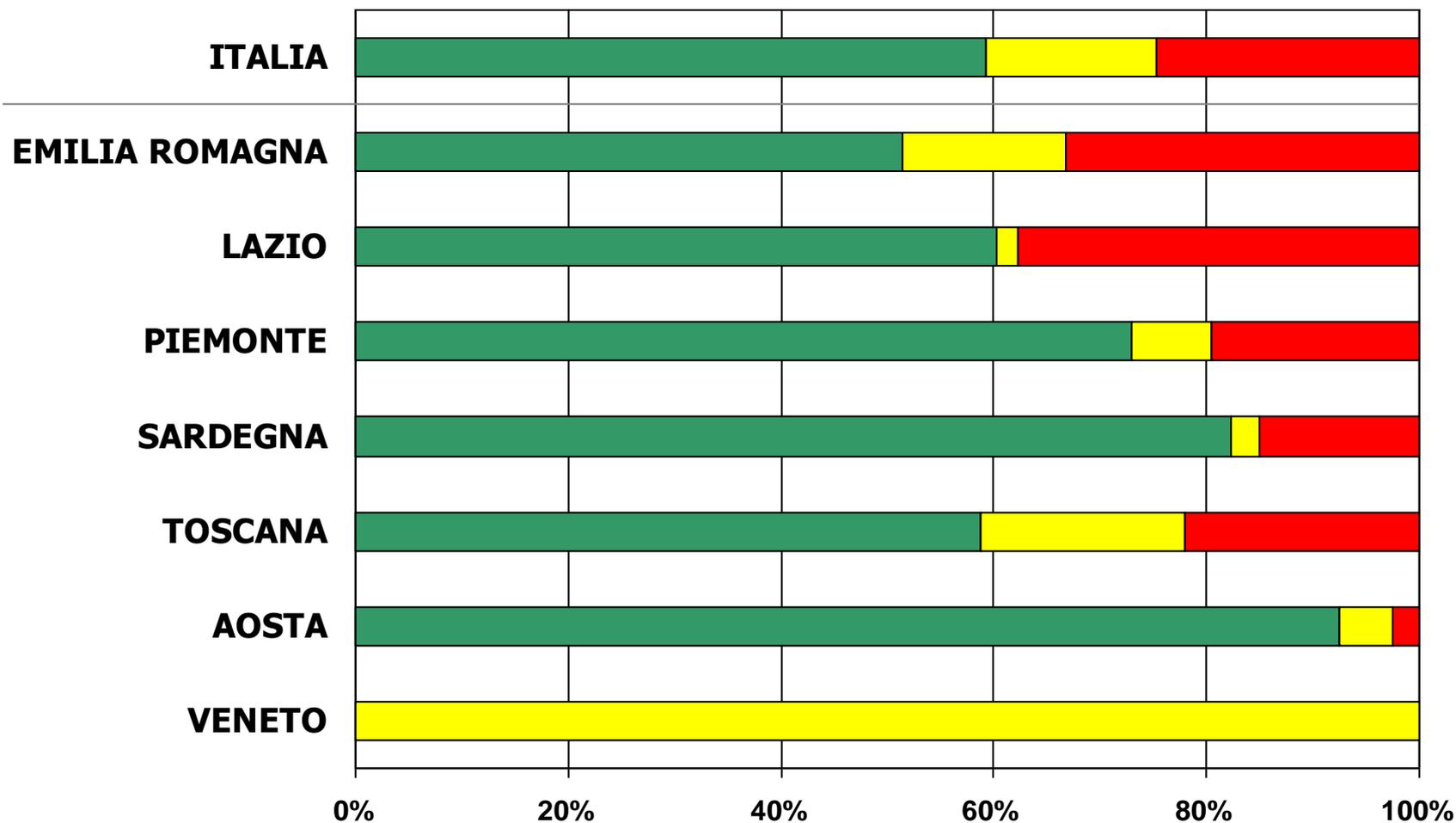
Piemonte	R.Bordon, M.P.Mano, D.Casella
Valle d'Aosta	G.Donati, R.Berti
Emilia Romagna	S.Mancini, C.Naldoni, A.Ravaioli, M.Taffurelli, F.Falcini
Veneto	M.Vettorazzi, M.Zorzi
Toscana	P.Mantellini, P.Piccini, D.Tanzini
Lazio	D.Baiocchi, A.Barca, G.Pagano
Sardegna	D.Rodella, D.Del Rio, M.L.

Intervento entro 90 giorni da screening

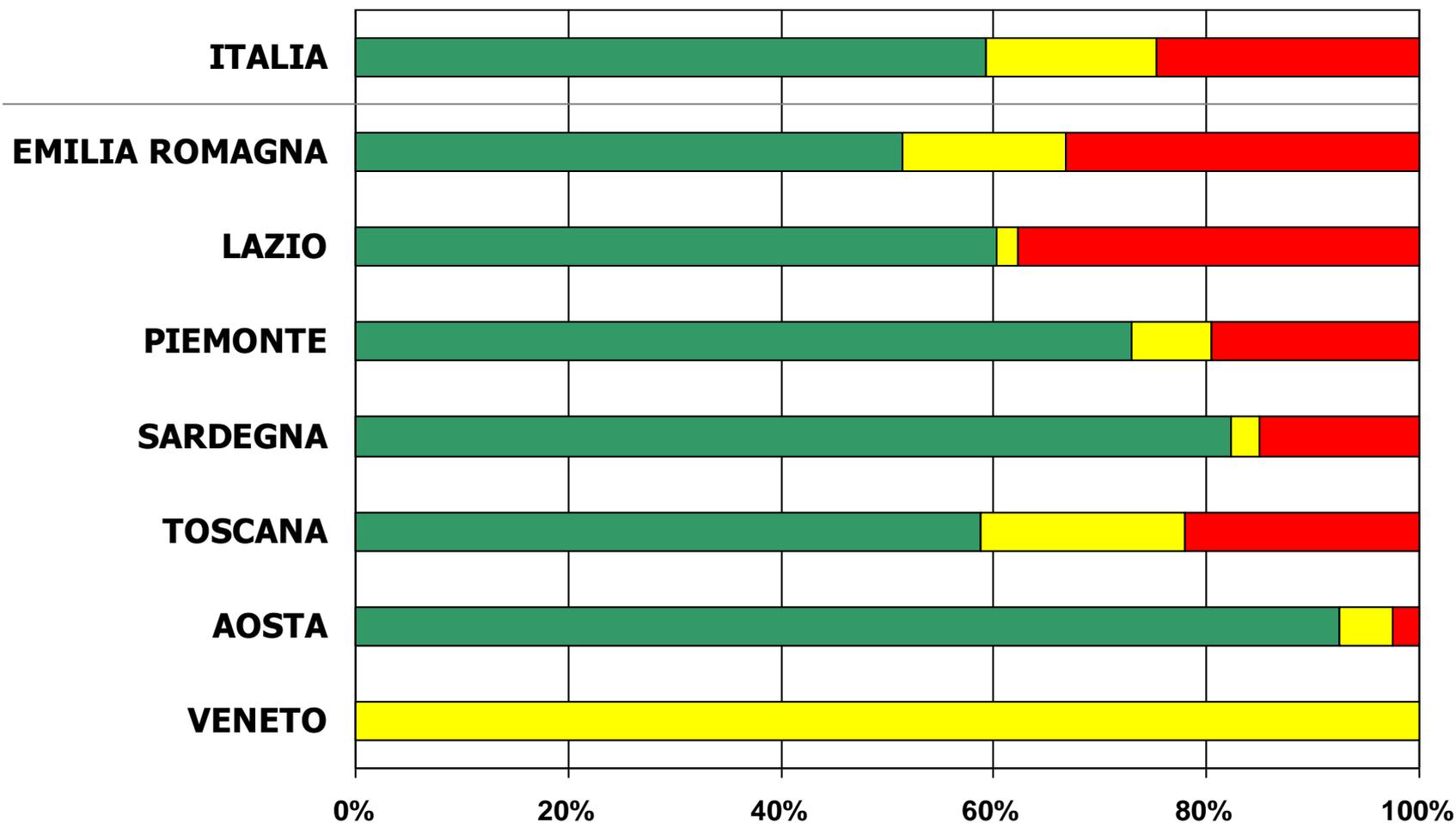
Range: 29,7% - 97,2%



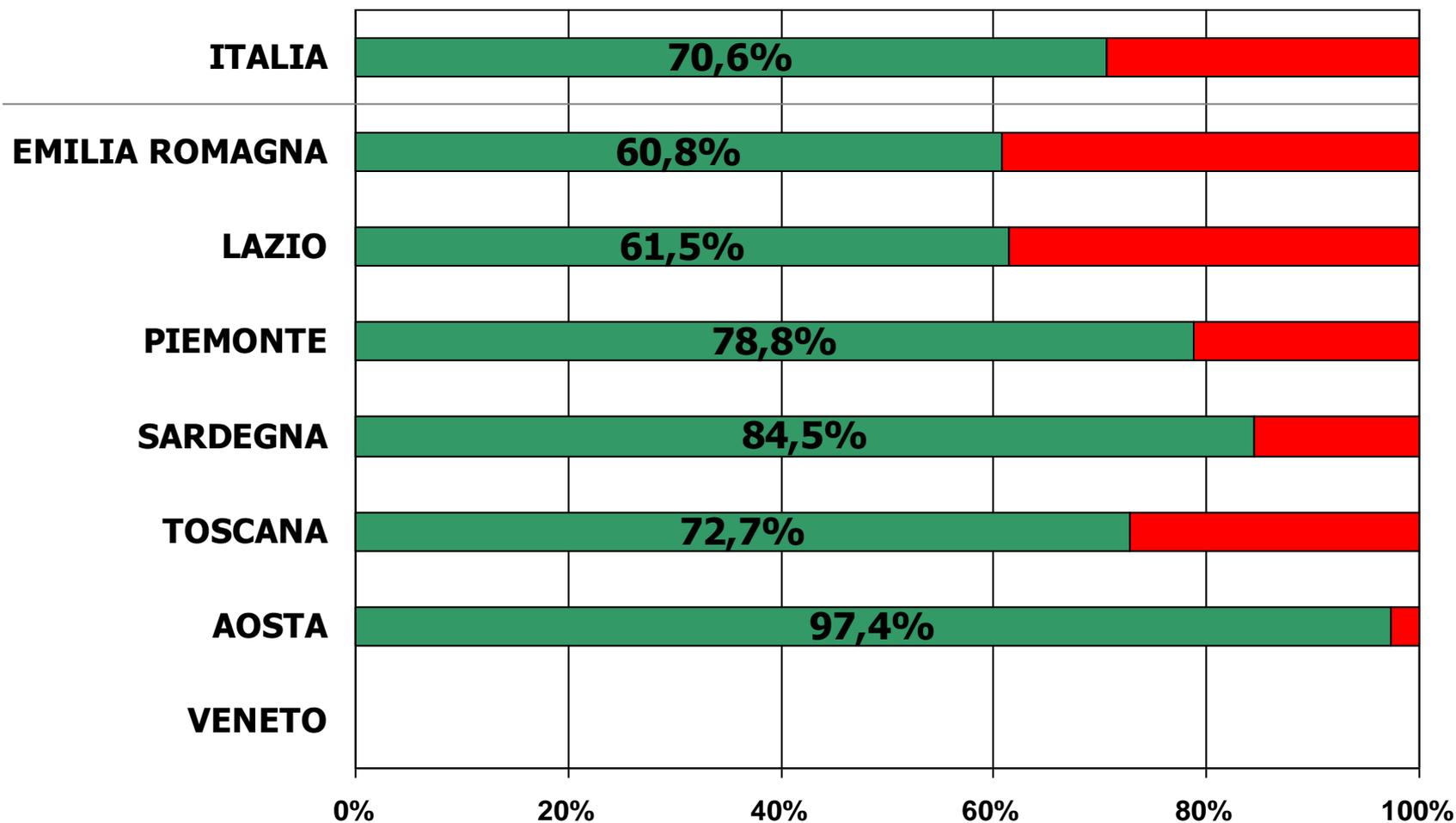
Indicatore – Intervento entro 90 giorni da screening



Indicatore – Intervento entro 90 giorni da screening

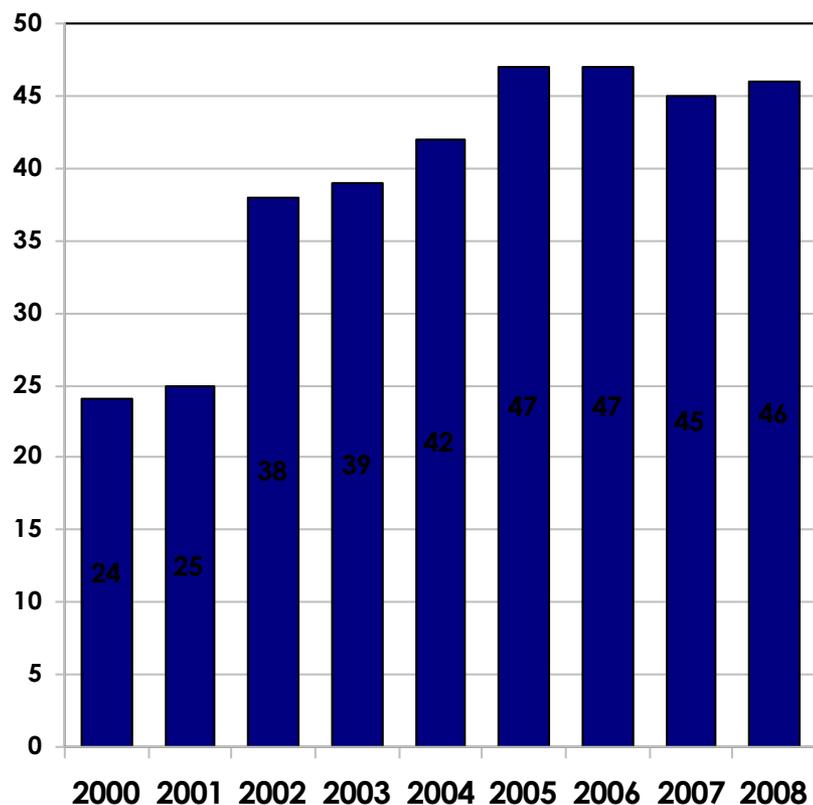


Indicatore – Intervento entro 90 giorni da screening

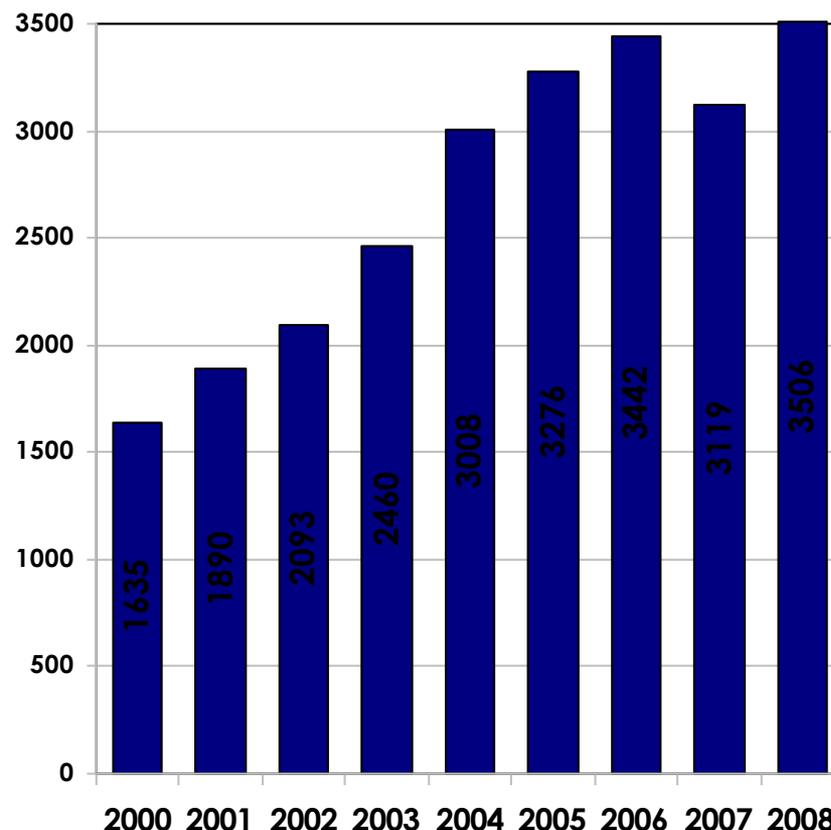


Programmi di screening e numero casi

Dati: SQTМ Screening Italia 2000-2008



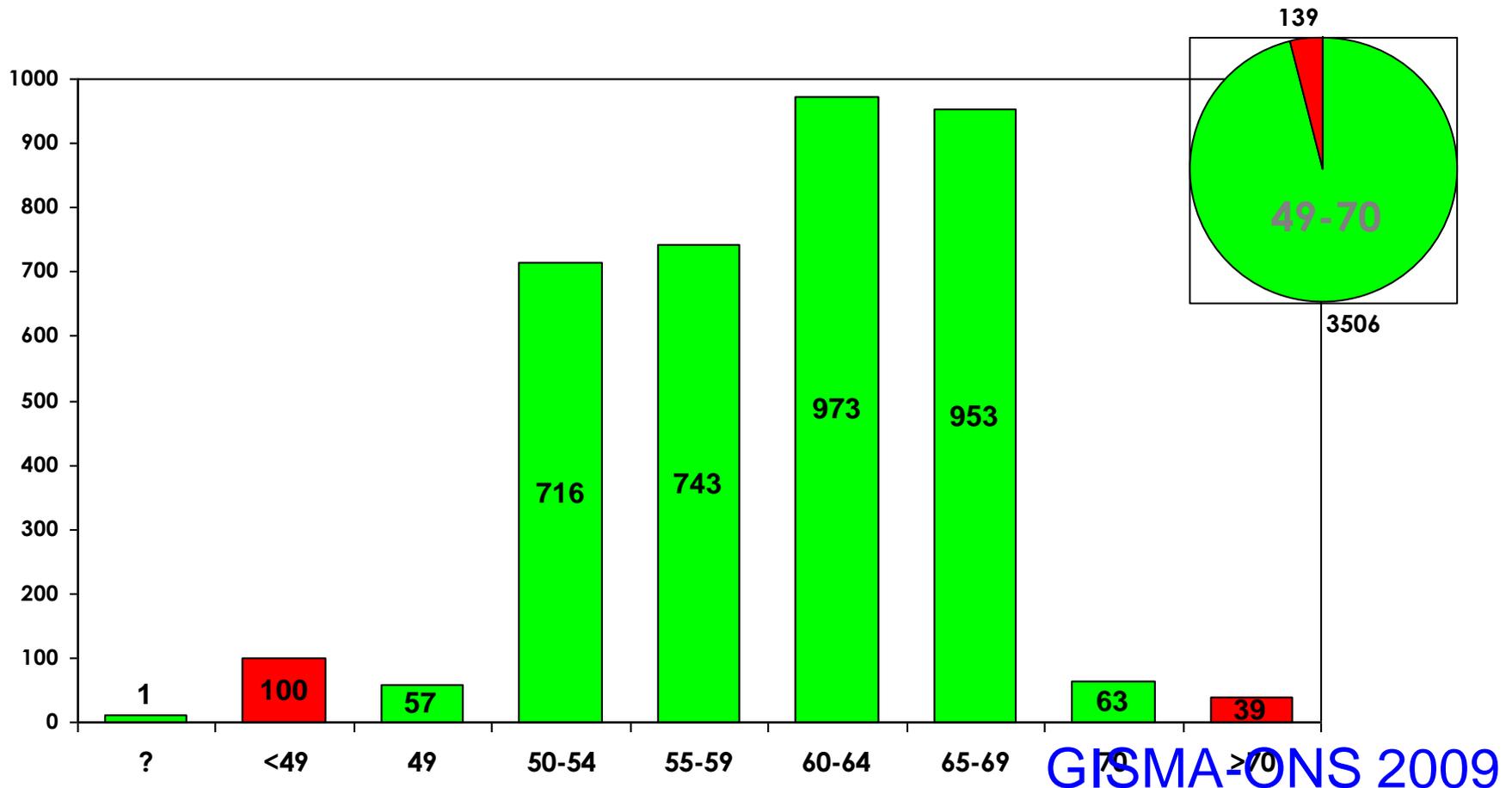
N. programmi



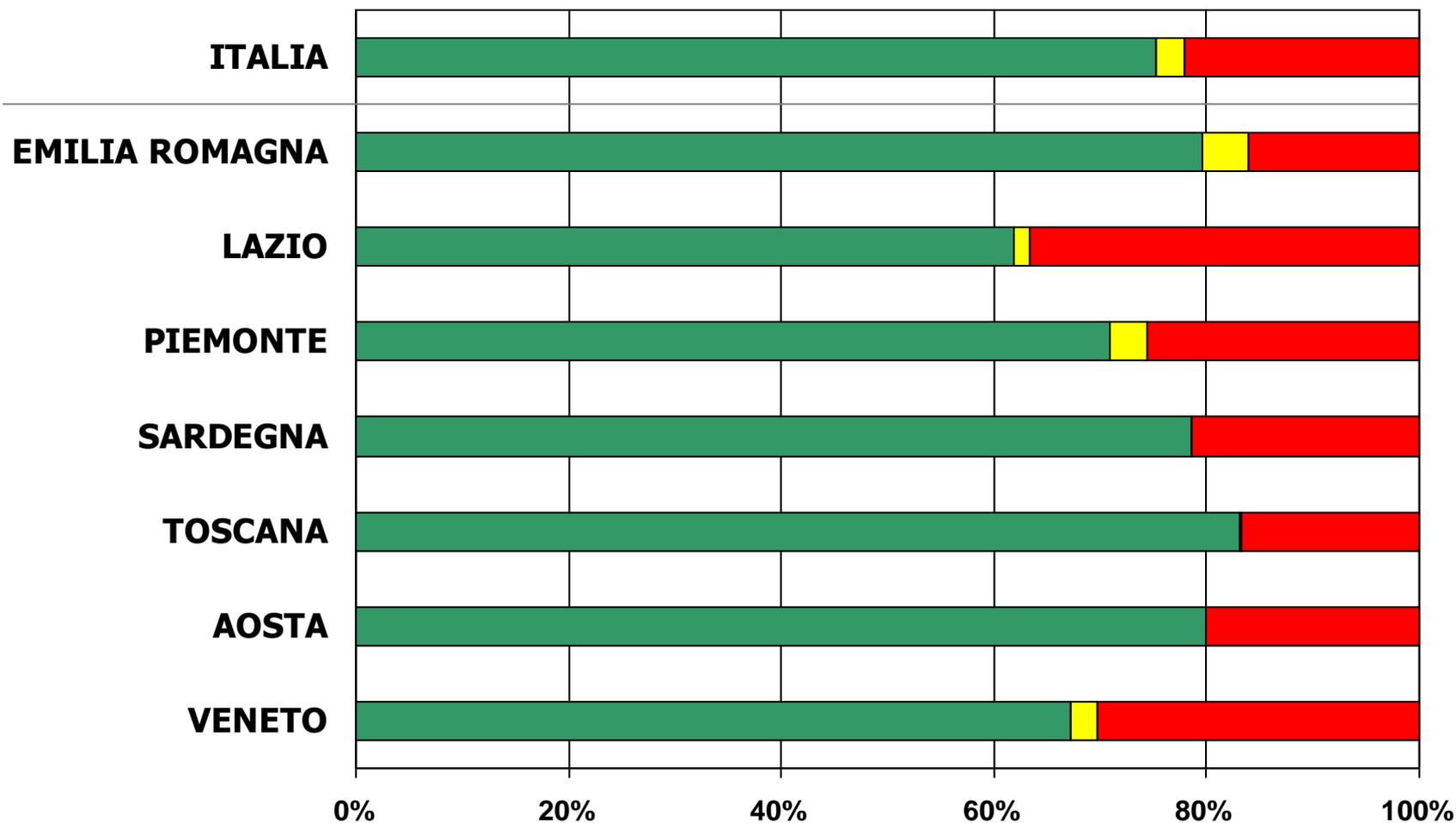
N. casi (tot. 24429)

Distribuzione dei casi per età all'intervento

Dati: SQTM Screening Italia 2008



Indicatore - Diagnosi preoperatoria (C5/B5)



“No congelatore” vs “No congelatore sulla lesione”
se diametro tumore ≤ 10 mm.

