

Toscana

Marco Zappa

DGR TOSCANA n° 272/2014 di *“Riordino della rete chirurgica oncologica toscana: primi indirizzi alle aziende sanitarie per la costituzione della Rete dei Centri di Senologia e requisiti organizzativi assistenziali”* con la quale si da

A VOTI UNANIMI DELIBERA

di procedere all'istituzione della rete dei Centri di Senologia all'interno della rete oncologica toscana prevedendo l'istituzione di un Centro con bacino d'utenza non inferiore a 250.000-300.000 abitanti;

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI

PROVVEDIMENTO DEL DIRETTORE GENERALE

n° 328 del 20/5/2014

Oggetto:

PROGETTO PER L'ISTITUZIONE DEL CENTRO DI SENOLOGIA AOU CAREGGI - BREAST UNIT ^{MT}

PROPOSTA N° 359

IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE



Tutto bene ?

Probabilmente sì

Ma

Servizi e specialisti che compongono il Centro di Senologia

Radiologia

Il servizio di radiologia deve avere almeno 2 radiologi che dedicano almeno il 50% della propria

Ogni radiologo deve refertare di norma 1.000 mammografie,

deve eseguire di norma 250 ecografie mammarie, eseguire di norma 100 procedure tra agoaspirati e agobiopsie e almeno 25 procedure microbiottiche con tecnica vuoto assistita (VABB) in un anno.

Ogni radiologo che esegue risonanza magnetica mammaria (RM) ne deve refertare almeno 50 per anno.

I Centri di Senologia sono

- I Centri integrati di Trattamento dei tumori mammari (ovviamente in rapporto con i programmi / processi di diagnosi)
- Oppure
- Sono i Centri integrati di Diagnosi e Trattamento dei tumori mammari

In toscana probabilmente è vera la prima interpretazione

Tabella riassuntiva degli indicatori.

| |
|---|
| Definizione |
| A. DIAGNOSI |
| 1. Proporzione di casi di carcinoma mammario (invasivo o intraduttale) con una diagnosi pre-operatoria definitiva (C5 o B5) |
| 2.a Proporzione di casi di carcinoma invasivo nei quali siano disponibile le informazioni relative a: |
| 2.a.1. tipo istologico |
| 2.a.2. grading |
| 2.a.3. stato recettoriale ER/PR |
| 2.a.4. stadio e dimensioni patologiche |
| 2.a.5. stato recettori HER2 |
| 2.a.6. valore Ki67 |
| 2.a.7. presenza di invasione vascolare peritumorale |
| 2.a.8. distanza minima dal margine libero |
| 2.b Proporzione di casi di carcinoma non invasivo nei quali siano disponibile le informazioni relative a: |
| 2.b.1 tipo istologico |
| 2.b.2 grading |
| 2.b.3 dimensioni patologiche |
| 2.b.4 distanza minima dal margine libero |
| 2.b.5 necrosi comedonica |
| B. TEMPI DI ATTESA |
| 3. Inizio trattamento entro 30 giorni dalla indicazione terapeutica del GOM |
| C. CHIRURGIA |
| 4. Percentuale di interventi conservativi sul totale |
| 5. Percentuale di biopsie del linfonodo sentinella contestualmente all'intervento conservativo |
| 6. Percentuale di dissezioni radicali del cavo ascellare contestualmente all'intervento conservativo |
| 7. Percentuale di re-intervento entro 4 mesi |
| 8. Numero di linfonodi asportati nelle dissezioni radicali ascellari |
| D. RADIOTERAPIA |
| 9. Percentuale di donne sottoposte a radioterapia dopo intervento conservativo entro 6 mesi |
| E. ONCOLOGIA MEDICA |
| 10. Percentuale di pazienti con carcinoma invasivo endocrino sensibile che effettua terapia ormonale adiuvante |
| 11. Percentuale di pazienti con carcinoma invasivo ER- (T>1cm o N+) che eseguono chemioterapia adiuvante |

- Quale è il ruolo dello screening ?
- Si istituzionalizzano due “regimi” ?

Si possono pensare

Percorsi diagnostici differenti per livello di rischio differente

Non

Percorsi diagnostici differenti a seconda della provenienza