



IV sessione **FORMANDO E RIFORMANDO**
Chairmen: D. Morrone, A. Sapino

Esperienze di audit clinico

M.P. Mano

S. Feira,

M. Tomatis, D. Casella



Centro di Riferimento per l'Epidemiologia
e la Prevenzione Oncologica in Piemonte



IV sessione **FORMANDO E RIFORMANDO**
Chairmen: D. Morrone, A. Sapino

Esperienze di audit clinico

M.P. Mano

S.Feira,

M.Tomatis, D.Casella





IV sessione **FORMANDO E RIFORMANDO**
Chairmen: D. Morrone, A. Sapino

Esperienze di audit clinico

M.P. Mano

S. Feira,

M. Tomatis, D. Casella





Raccomandazione Linee Guida Regionali

2002:



fett

ovv

a

re

a

operatori con un adeguato

di formazione specifica



)

ello



Raccomandazione *Linee Guida Regione Piemonte* *2002:*

“La paziente affetta da neoplasia mammaria dovrebbe essere gestita da un Gruppo Interdisciplinare di Cure (GIC) di senologia costituito da operatori con un *adeguato livello di formazione specifica*”

... gli specialisti devono avere una

- adeguata e specifica formazione post universitaria
- aggiornamento permanente

MULTIDISCIPLINARIETA'

RADIOLOGI

**COMUNICAZIONE
M-P
TRA SPECIALISTI**

PATOLOGI

**CHIR-CHI PLASTICI
ONCOL.
RADIOTER.
FKT**

sinergia

UNIVERSITA'



Programmi regionali



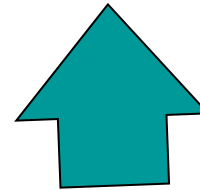
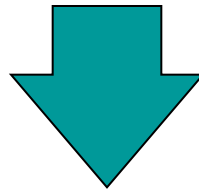
Centro di Riferimento per l'Epidemiologia
e la Prevenzione Oncologica in Piemonte

*PROGETTO FINANZIATO
DALLA RETE ONCOLOGICA
AREA FORMAZIONE*

ATTIVAZIONE

*FORMAZIONE PRATICA INTERATTIVA
fim*

MEDIANTE SITE - VISIT



*Attivazione di MASTER SENOLOGIA II
LIVELLO*

*DIPARTIMENTO SCIENZE
BIOMEDICHE ED ONCOLOGIA UMANA*

MASTER

Corso
perfezionamento

Seminari
comunicazione

GISMA
FONCAM

Fim

Formazione pratica

Corsi ECM
Nazionali ed
Internazionali

Corsi formazione
regionali operatori
screening

Vi sono evidenze che la formazione
influisce sulla qualità delle
prestazioni da parte dei clinici.

La docenza però

se limitata alle

LEZIONI TEORICHE

si è dimostrata essere
inefficiente

se limitata alle
LEZIONI TEORICHE



Gli studi condotti su questo argomento dimostrano che:

i bisogni di aggiornamento e conoscenza su aspetti controversi emergono dalla

discussione di realta' pratiche

solo a questo punto la "lezione" risulta essere efficace.

FIM = TIROCINIO PRATICO MASTER

DISCUSSIONE MULTIDISCIPLINARE

- PREOPERATORIA

- POSTOPERATORIA

INTERVENTO CHIRURGICO TUTORATO

Inserimento su SQTm PER

MONITORAGGIO



Torino, 28 maggio 2008

Master in senologia

Discente: Dott. Alessio Garotto
Tutor: Dott. ...

Ospedale "E. Agnelli" - Pinerolo (TO)

FIM

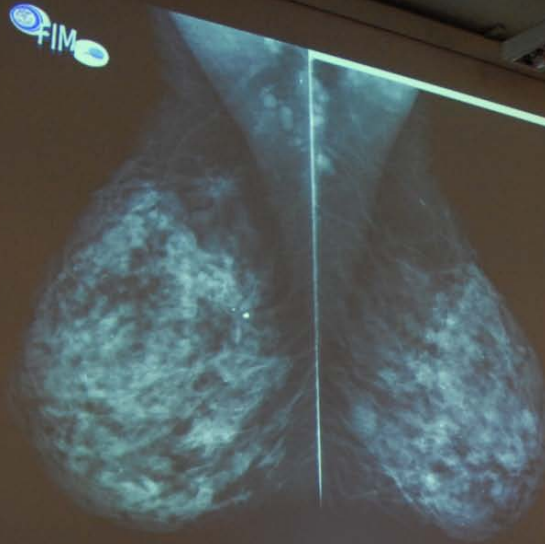


Immagine relative al caso discusso

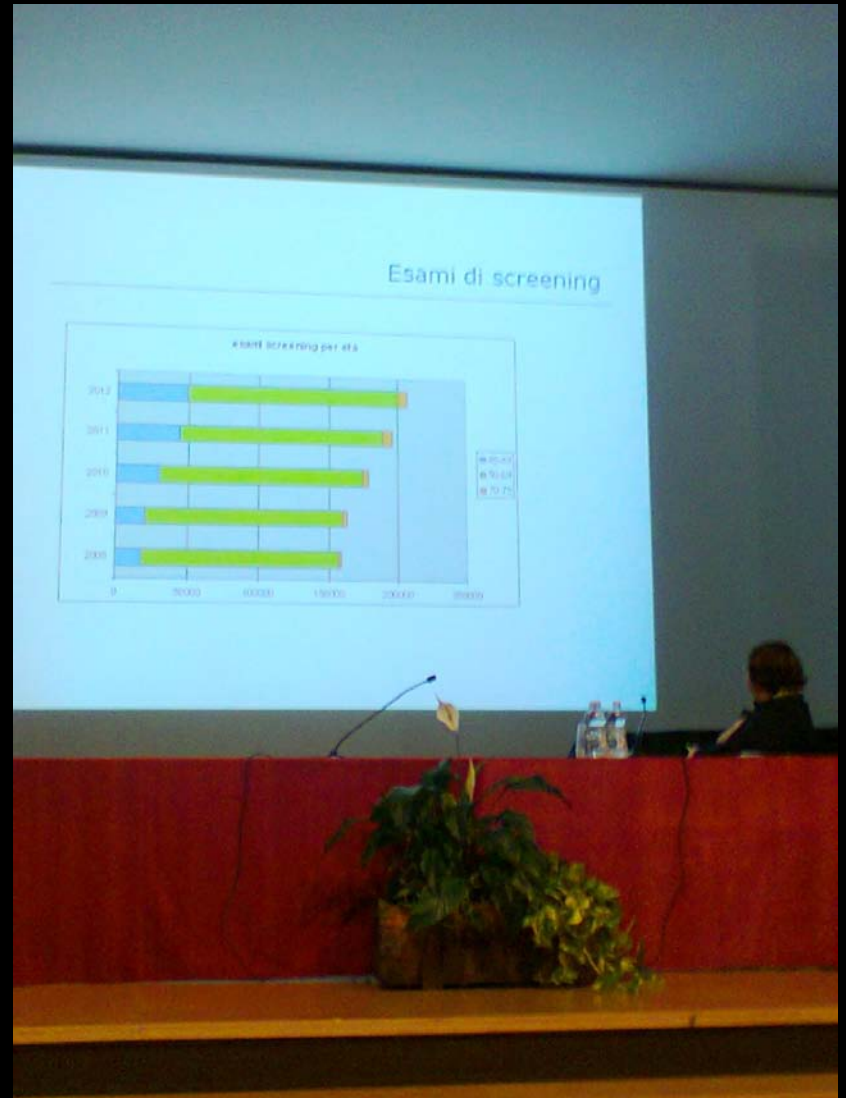
DISCUSSIONE DI CASI CLINICI



discussione multidisciplinare



LEZIONI TEORICHE



FORMAZIONE INTERATTIVA MULTIDISCIPLINARE

[Nuovo calendario degli incontri FIM disponibile online »](#)



Il progetto di formazione FIM (Formazione Interattiva Multidisciplinare) si pone l'obiettivo di promuovere e potenziare l'attività dei Gruppi Interdisciplinari di Cura (GIC) sul carcinoma della mammella, secondo i requisiti identificati nelle linee guida regionali della Commissione Oncologica.

La strada proposta dal progetto di formazione è quella di individuare problemi (attraverso il monitoraggio degli indicatori) e proporre correttivi nelle diverse realtà incrementando la formazione teorico pratica.

Vi sono evidenze che la formazione influisce sulla qualità delle prestazioni da parte dei clinici. La docenza però si è dimostrata essere inefficiente sull'obiettivo qualità se limitata alle lezioni impartite ex-cathedra. Gli studi, condotti su questo argomento, dimostrano come dalla discussione di realtà pratiche emergano bisogni di aggiornamento e conoscenza su aspetti controversi. solo a questo punto la

Inserisci username e password
per accedere all'area riservata del sito.

Username:

Password:

[login >>](#)

[informazioni](#)

FORMAZIONE INTERATTIVA MULTIDISCIPLINARE



Centro di Riferimento per l'Epidemiologia
e la Prevenzione Oncologica in Piemonte

[Nuovo calendario degli incontri FIM disponibile online »](#)

DIDATTICA

QUANDO È INDICATA LA DISSEZIONE ASCELLARE ALLA LUCE DEI DATI E DELLE LINEE GUIDA ATTUALMENTE PUBBLICATE (FIM 23 gennaio 2013)

- > [Presentazione EBM Studenti V anno](#)
- > [conclusioni FIM 23 gen 2013](#)

» [Requisiti minimi di refertazione strumentale e cito-istologica - Aprile 2012](#)

» [La valutazione dei margini - Francesca Pietribiasi 21 dicembre 2011](#)

RESOCONTI DAI CONVEGNI

- > [Convegno alimentazione ed attività fisica contro le malattie del benessere - febbraio 2012](#)
- > [Resoconti Convegno Attualità in senologia - Novembre 2011](#)
- > [Aggiornamenti convegno SIAPEC ott. 2011 - Francesca Pietribiasi](#)

- > **Consensus Conference San Gallen**
 - » [San Gallen marzo 2011 - Michela Donadio Marinella Mistrangelo](#)
 - » [Consensus Conference San Gallen 2009 - \(file pdf - 770Kb\)](#)
19/06/2009
Marinella Mistrangelo
COES - Molinette - Torino
San Gallen 2009

» [Valutazione dei risultati estetici dopo chirurgia conservativa - Maria Piera Mano maggio 2012](#)

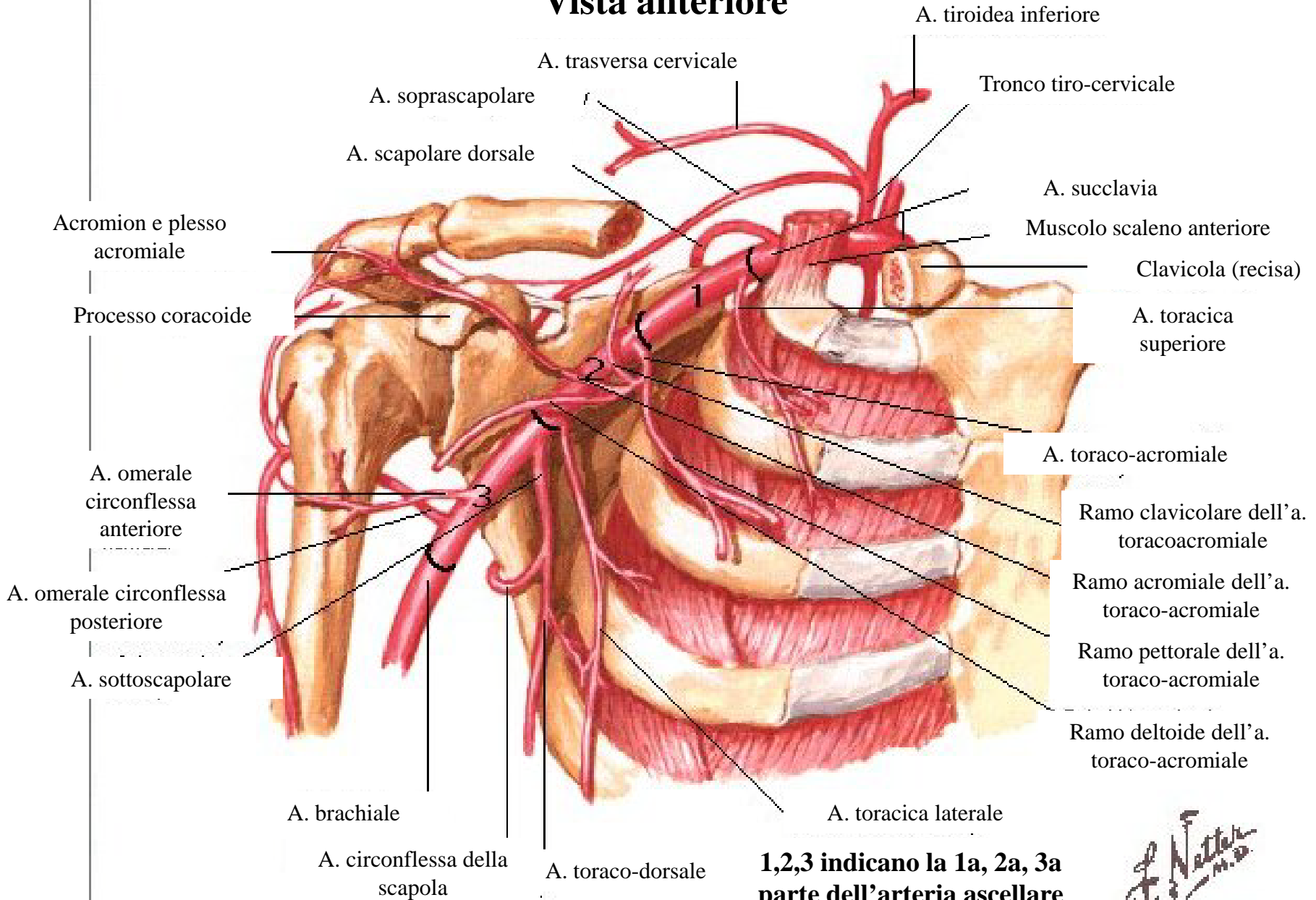
» [ANATOMIA della MAMMELLA e dell'ASCELLA](#)
(file pdf - 2Mb)
Prof. Piero Sismondi
Torino - Aula Infernotti
6 ottobre 2010

» [Indice Casi Clinici](#)

» [Logout](#)

Arteria ascellare e anastomosi attorno alla scapola

Vista anteriore



FORMAZIONE INTERATTIVA MULTIDISCIPLINARE



Centro di Riferimento per l'Epidemiologia
e la Prevenzione Oncologica in Piemonte

[Nuovo calendario degli incontri FIM disponibile online »](#)

LETTERATURA

» [Ricerche bibliografiche](#)

STILI DI VITA

- > [Milk: The promoter of chronic Western diseases](#)
- > [Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy](#)

Ruolo dell'attività fisica di resistenza nella riabilitazione e nella prevenzione delle recidive

- > [Clinical Practice Guidelines for Breast Cancer Rehabilitation](#)
- > [Randomized Controlled Trial of Weight Training and Lymphedema in Breast Cancer Survivors](#)
- > [Randomized pilot test of a lifestyle physical activity intervention for breast cancer survivors](#)
- > [Influence of pre-diagnostic recreational physical activity on survival from breast cancer](#)
- > [Effects of Aerobic and Resistance Exercise in Breast Cancer Patients Receiving Adjuvant Chemotherapy: A Multicenter Randomized Controlled Trial](#)
- > [Physical activity for cancer survivors: meta-analysis of randomised controlled trials](#)
- > [A Qualitative Exploration Of The Impact Of Yoga On Breast Cancer Survivors With Aromatase Inhibitor-Associated Arthralgias](#)
- > [A pilot study of a physical activity intervention targeted towards women at increased risk for breast cancer](#)
- > [Influence of Pre- and Postdiagnosis Physical Activity on Mortality in Breast Cancer Survivors: The Health, Eating, Activity, and Lifestyle Study](#)
- > [Alberta Physical Activity and Breast Cancer Prevention Trial: Sex Hormone Changes in a Year-Long Exercise Intervention Among Postmenopausal Women](#)

» [Indice Casi Clinici](#)

» [Logout](#)

Clinical Practice Guidelines for Breast Cancer Rehabilitation

Syntheses of Guideline Recommendations and Qualitative Appraisals*

Susan R. Harris, PhD, PT¹; Kathryn H. Schmitz, PhD, MPH²; Kristin L. Campbell, PhD, PT¹; and Margaret L. McNeely, PhD, PT³

BACKGROUND: Despite strides in early detection and management of breast cancer, the primary treatments for this disease continue to result in physical impairments for some of the nearly 3 million people diagnosed annually. Over the past decade, evidence-based clinical practice guidelines (CPGs) have been developed with goals of preventing and ameliorating these impairments. However, translation of these guidelines into clinical practice needs to be accelerated. **METHODS:** Relevant health science databases (2001-2011) were searched to identify CPGs on breast cancer rehabilitation for the following impairments: upper extremity restrictions, lymphedema, pain, fatigue, chemotherapy-induced peripheral neuropathy, treatment-related cardiotoxicity, bone health, and weight management. **RESULTS:** Recommendations from 19 relevant CPGs were first summarized by impairment within tables; commonalities across guidelines, within each impairment, were then synthesized within the article. The CPGs were rated using the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II); wide variability was noted in rigor of development, clarity of presentation, and stakeholder involvement. The most rigorous and comprehensive of those rated was the adult cancer pain guideline from the Scottish Intercollegiate Guidelines Network. **CONCLUSIONS:** Based on a large body of evidence published in recent years, including randomized trials and systematic reviews, there is an urgent need for updating the guidelines on upper extremity musculoskeletal impairments and lymphedema. Furthermore, additional research is needed to provide an evidence base for developing rehabilitation guidelines on management of other impairments identified in the prospective surveillance model, eg, arthralgia. *Cancer* 2012;118(8 suppl):2312-24. © 2012 American Cancer Society.

KEYWORDS: clinical practice guidelines, breast cancer, rehabilitation, qualitative appraisal.

Despite important strides in recent years in early detection^{1,2} and management of breast cancer,³⁻⁵ the primary treatments for this disease (surgery, radiation, and chemotherapy) continue to lead to significant morbidity for some of the nearly 3 million women (and men) around the world who are diagnosed annually.⁶ In addition to the profound psychosocial impact of receiving a breast cancer diagnosis, a number of physical impairments commonly result from the treatments designed to save or prolong the lives of those affected. These include impairments of upper extremity range of motion and strength, upper extremity and/or breast lymphedema, pain, fatigue, loss of sensation, and reduction in levels of physical activity and health-related quality of life.⁷⁻¹⁰

Despite the wide array of physical impairments that can occur after breast cancer treatments, there is little information in the peer-reviewed literature about how best to manage these impairments. Particularly lacking in the literature are recent, evidence-based, clinical practice guidelines (CPGs) on upper extremity impairments and arthralgia. CPGs are defined as “statements that include recommendations intended to optimize patient care that are informed by a systematic review of evidence and an assessment of the benefits and harms of alternative care options.”^{11(p29)} Critical reviews of practice guidelines have shown them to vary considerably in the strength of evidence used in their development, the search

FORMAZIONE INTERATTIVA MULTIDISCIPLINARE



Centro di Riferimento per l'Epidemiologia
e la Prevenzione Oncologica in Piemonte

[Nuovo calendario degli incontri FIM disponibile online >>](#)

LINEE GUIDA E DOCUMENTI DI CONSENSO

Documenti di consenso

Linee Guida

- » [Preservazione della fertilità in donne affette da carcinoma della mammella](#)
- » [La "Nipple Sparing Mastectomy"](#)
- » [Terapia Ormonale Sostitutiva, documento definitivo di consenso](#)

» [Indice Casi Clinici](#)

» [Logout](#)

Coordinatore del progetto

Dott. Mariapiera Mano
mariapiera.mano@unito.it

Responsabile scientifico

Dott. Mariapiera Mano
mariapiera.mano@unito.it

Segreteria

Sig. Simona Feira
simona.feira@cpo.it

Ultimo aggiornamento: 15.2.2013

[Nuovo calendario degli incontri FIM disponibile online »](#)

Gestione del caso

In discussione collegiale, considerate le dimensioni della mammella e la presenza di asimmetria tra le 2 mammelle, viene posta indicazione ad intervento di mastectomia sin skin-sparing con biopsia del linfonodo sentinella o, in alternativa, di partecipare ad un protocollo attivo nel Centro di chemioterapia neoadiuvante (per lesioni superiori ai 2 cm). La paziente rifiuta entrambe le proposte per cui si opta per quadrantectomia centrale sin, biopsia del linfonodo sentinella e rimodellamento controlaterale.

Fig. 7 - 10: fotografie preintervento della pz con disegno preoperatorio.

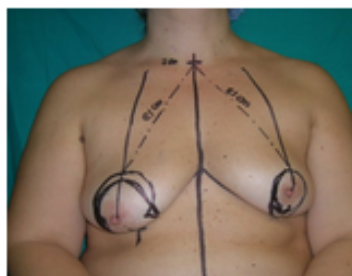


Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10

[» Home Page](#)

[» Indice dei Casi](#)

[» Logout](#)

> [Presentazione](#)

> [Diagnosi](#)

> [Gestione del caso](#)

> [Intervento](#)

> [Diagnosi istologica post-operatoria](#)

> [Conclusioni](#)

> [Bibliografia](#)

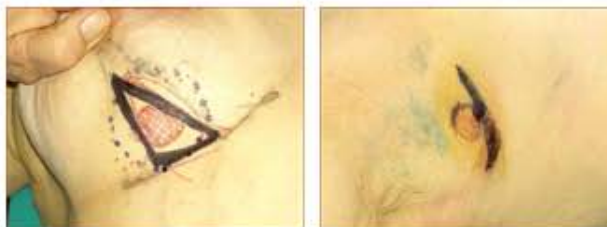
FORMAZIONE INTERATTIVA MULTIDISCIPLINARE



Centro di Riferimento per l'Epidemiologia
e la Prevenzione Oncologica in Piemonte

[Nuovo calendario degli incontri FIM disponibile online »](#)

Intervento Chirurgico



Disegni cutanei delle incisioni

1. Linfonodo sentinella

Sia la somministrazione del radioisotopo che del colorante Patent Blu hanno dato esito positivo.

Pertanto l'individuazione del linfonodo è avvenuta mediante la sonda rilevatrice di raggi gamma e la colorazione del linfonodo.



Reperimento ed asportazione del linfonodo sentinella



Valore medio in MBq, raggiunto dalla sonda rilevatrice di raggi gamma

[» Home Page](#)

[» Indice dei Casi](#)

[» Logout](#)

[» Presentazione](#)

[» Diagnosi](#)

[» Valutazione preoperatoria](#)

[» Intervento Chirurgico](#)

[» Istologia](#)

[» Bibliografia](#)

FORMAZIONE INTERATTIVA MULTIDISCIPLINARE



Centro di Riferimento per l'Epidemiologia
e la Prevenzione Oncologica in Piemonte

[Nuovo calendario degli incontri FIM disponibile online »](#)

Elenco dei casi clinici disponibili

[Istruzioni...](#)

Questa sezione presenta i casi clinici discussi nell'ambito degli incontri formativi; ogni caso illustrato con materiale iconografico fornito dagli specialisti che lo hanno trattato e riporta le strategie terapeutiche adottate in sede di discussione.

Tutte le tappe dell'iter diagnostico-terapeutico sono registrate sulle corrispondenti pagine SQTM.

- > [Carcinoma duttale vs carcinoma duttale](#)
- > [Ca duttale della mammella non palpabile](#)
- > [Chemioterapia neoadiuvante con antracicline, taxani e trastuzumab](#)
- > [Carcinoma duttale infiltrante della mammella](#)
- > [Carcinoma della mammella dopo terapia neoadiuvante con femara](#)
- > [Malattia di Paget](#)
- > [Microcalcificazioni Q2 sin](#)
- > [Carcinoma lobulare del quadrante inferointerno della mammella destra](#)
- > [Secrezione capezzolo positiva per carcinoma](#)
- > [Amartoma](#)
- > [Tumore filloide benigno recidivo](#)
- > [CDIS diagnosticato con ago-biopsia con sistema VAB](#)
- > [Microcalcificazioni mammella destra](#)
- > [Caso di carcinoma duttale nas controlaterale a precedente carcinoma tubulare](#)
- > [Lesione mammaria del quadrante centrale sx + rimodellamento controlaterale](#)
- > [Lesione mammografica R3, B3 \("FEA"\)](#)
- > [Lesione non palpabile e verifica radiologica del pezzo operatorio](#)
- > [Gestione di caso senza diagnosi preoperatoria](#)

[» Home Page](#)

[» Indice dei Casi](#)

[» Logout](#)

- 2002: corso di perfezionamento in senologia
- **2004-05: master universitario di II livello in senologia oncologica sul carcinoma mammario**
- **2008-2009: master universitario di II livello in senologia- oncologica sul carcinoma mammario**

- **programma quadriennale Progetto FIM**
 - **2004-2009 Linfonodo sentinella**



Formazione degli specialisti in senologia

■ **MANO MARIA PIERA**

Coordinatore Progetto di Rete Oncologica Regione Piemonte e Valle D'aosta - Formazione Interattiva Multidisciplinare (Fim)
Ricercatore Dipartimento Scienze Biomediche ed Oncologia Umana
Università' Torino - CPO Piemonte

AVALLE FRANCESCA

Comune di Torino; formatrice adulti Comune e Università di Torino

PIETRIBIASI FRANCESCA

Dirigente Medico Anatomia Patologica
Asl To 5; Ospedale S. Croce; Moncalieri (To)

con i costi sostenuti per avere personale sufficiente e strutture adeguatamente attrezzate [10-11].

Un aspetto sottovalutato della patologia chirurgica mammaria, che ha comportato spesso una formazione insufficiente, è che viene considerata facile da trattare, in quanto non gravata da un tasso significativo di mortalità e di morbidità immediata; anche se tecnicamente non si tratta di una chirurgia particolarmente semplice, soprattutto se si vogliono ottenere buoni risultati estetici e funzionali.

In un passato recente, di conseguenza, questa chirurgia è stata affidata ai più giovani o ai meno esperti. Il fenomeno ha comportato in alcuni paesi addirittura una riduzione del-

Efficacia della formazione

Per valutare l'utilità della FIM sono stati analizzati da una parte **gli indicatori di qualità** della diagnosi e del trattamento e dall'altra è stato sondato, mediante questionario, l'effettiva **ottemperanza dei requisiti** (secondo criteri Eusoma e linee guida, 1-7) delle Unità di Senologia; i risultati sono stati correlati con i centri che hanno eseguito formazione (presenza di più specialisti con una frequenza di almeno un terzo degli incontri o un solo specialista con una frequenza ad almeno metà degli incontri: **FIM +**) verso gli altri (**FIM-**) e confrontati con il volume di attività (vol basso <50 nuovi casi anno, volume medio=50-150, alto vol>150).
E' stato infine valutato l'impatto dei seminari sulla comunicazione.

N. CENTRI PER REQUISITI EUSOMA , VOLUME ATTIVITA' E FORMAZIONE

| | <i>GIC</i> | <i>SQTM</i> | <i>SN</i> | <i>FKT</i> | <i>N. CENTRI</i> |
|---------------|------------|-------------|-----------|------------|------------------|
| >150 F+ | 4 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| 50-150 F+ | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| > 150 F- | 0 | 1 | 1 | 0 | 3 |
| 50-150 F- | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 |
| TOTALI | 9 | 5 | 6 | 5 | 15 |

Distribuzione casi screen-detected per volume e formazione

| | Fim si | Fim no | Totale |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|
| Vol - 50 | 0 | 29 | 29 |
| Vol 50-150 | 146 | 148 | 294 |
| Vol +150 | 173 | 267 | 440 |

| <i>Indicatore</i> | Risultato % | stand % | FIM - % | FIM+ % | Crude OR | p-value | Adj. OR* | p-value |
|--|-------------|-----------|-------------|-------------|----------|--------------|----------|--------------|
| Diagnosi cito/istologica preoperatoria positiva | 75.3 | 70 | 73.3 | 80.8 | 1.53 | <u>0.018</u> | 1.55 | 0.021 |
| pNO con solo sentinella | 89.7 | 95 | 87.1 | 94.7 | 2.65 | <u>0.010</u> | 2.59 | 0.022 |
| In situ (I e II) senza sentinella | 54.2 | 90 | 69.4 | 32.3 | 0.21 | <u>0.002</u> | 0.22 | 0.009 |
| Ricostruzione immediata nei pNO (CDIS e invasivi max 3 cm) | 58.3 | 80 | 52.8 | 72.4 | 2.35 | 0.070 | 3.86 | 0.017 |
| No congelatore in tumori fino a 1 cm | 77.0 | 95 | 70.9 | 91.5 | 4.43 | <u>0.002</u> | 4.00 | 0.009 |
| Numero linfonodi asportati > 9 | 91.1 | 95 | 90.6 | 92.6 | 1.30 | 0.660 | 1.10 | 0.870 |

Formazione Interattiva Multidisciplinare

Impatto della FIM sugli indicatori di qualità

CAMPIONE 699 pazienti

- donne (50-69 anni)
- residenti in Piemonte
- ricoverate in Piemonte nel primo semestre 2009 per tumore invasivo (casi incidenti)

DEFINIZIONE FIM

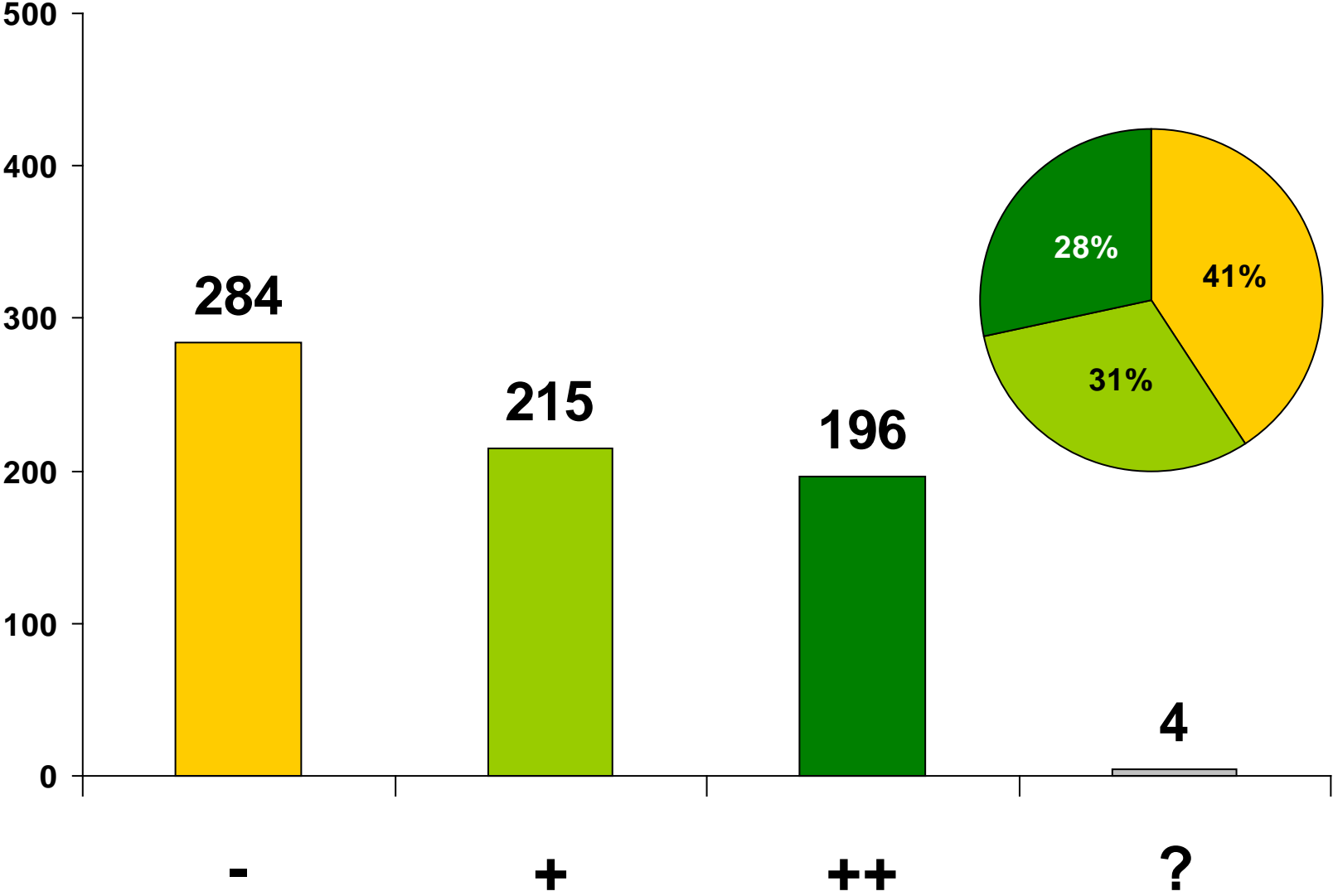
- ++ Almeno il 33% di incontri in media
- + Qualcuno ma meno del 33% di incontri in media
- Nessun incontro

Nota: il 100% di partecipazione viene raggiunto in caso di partecipazione di almeno un membro di tre gruppi disciplinari (trattamento, anatomia patologia, radiologia) a tutti i 26 incontri.

DEFINIZIONE VOLUMI ATTIVITA' (Fonte SDO - anno 2009)

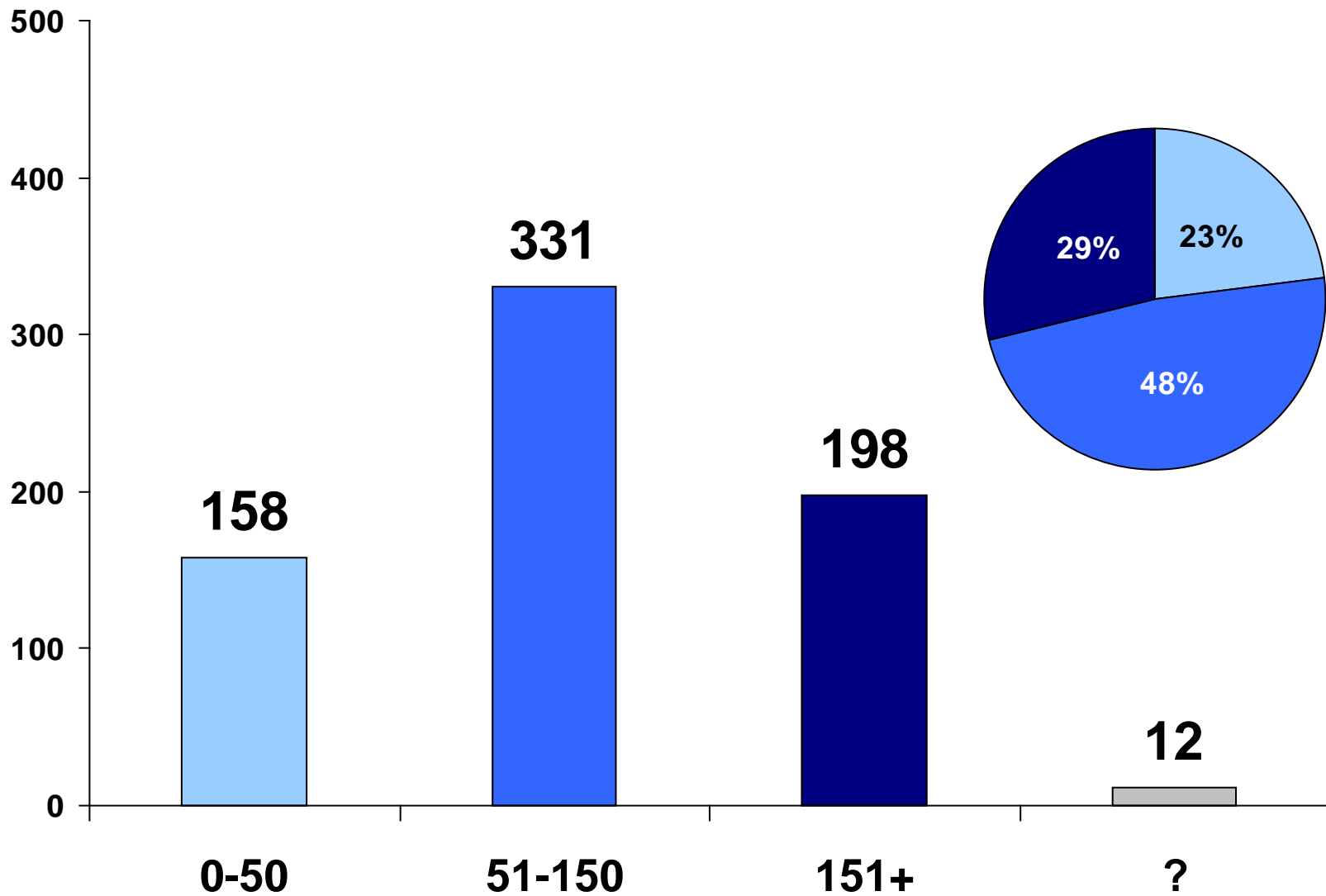
- Basso: < 50 casi operati in un anno
- Medio: 50-150 casi operati in un anno
- Alto: > 150 casi operati in un anno

Formazione Interattiva Multidisciplinare



Dati: 1° semestre 2009

Volumi di attività ricavati da SDO

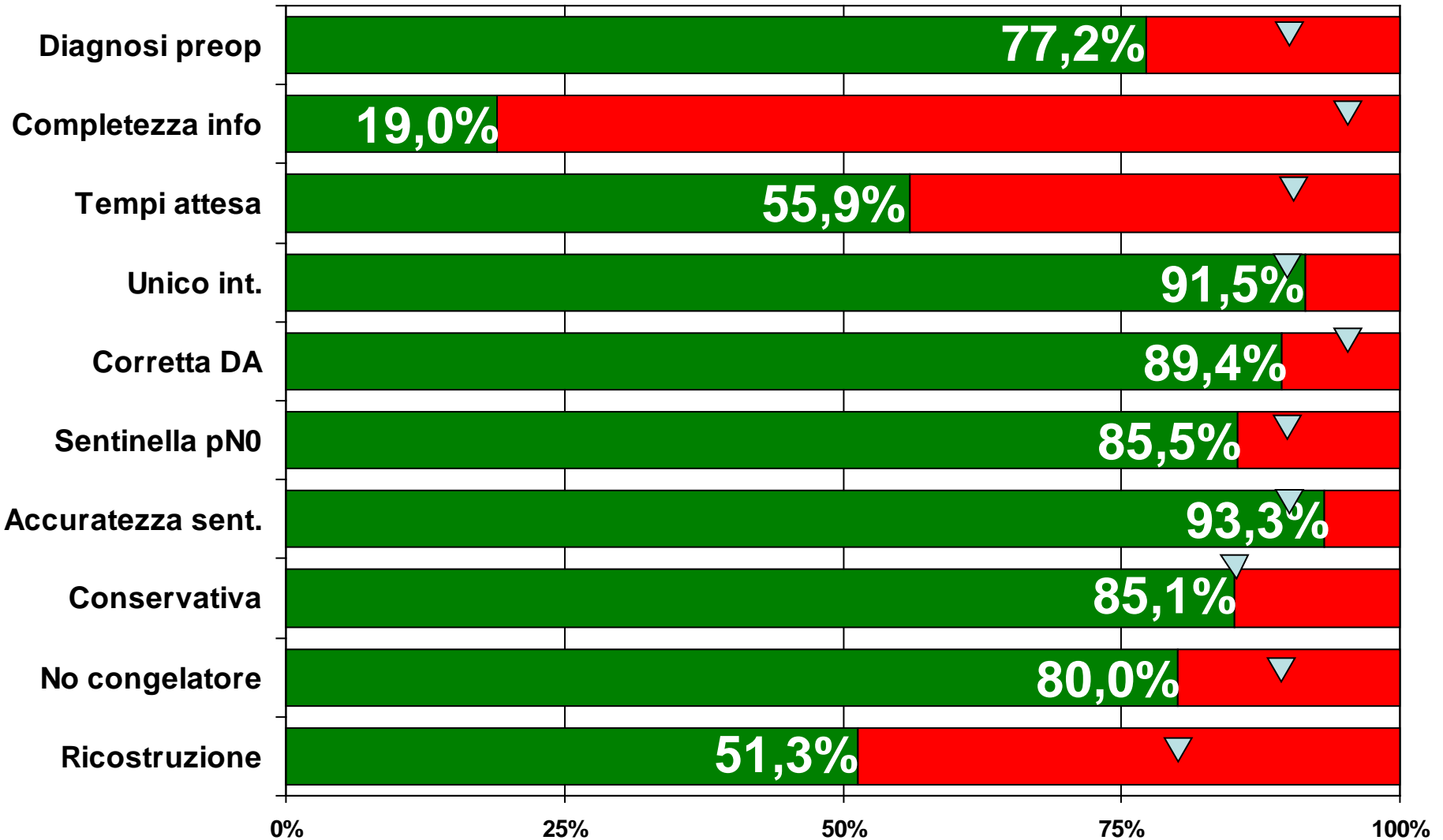


Dati: 1° semestre 2009

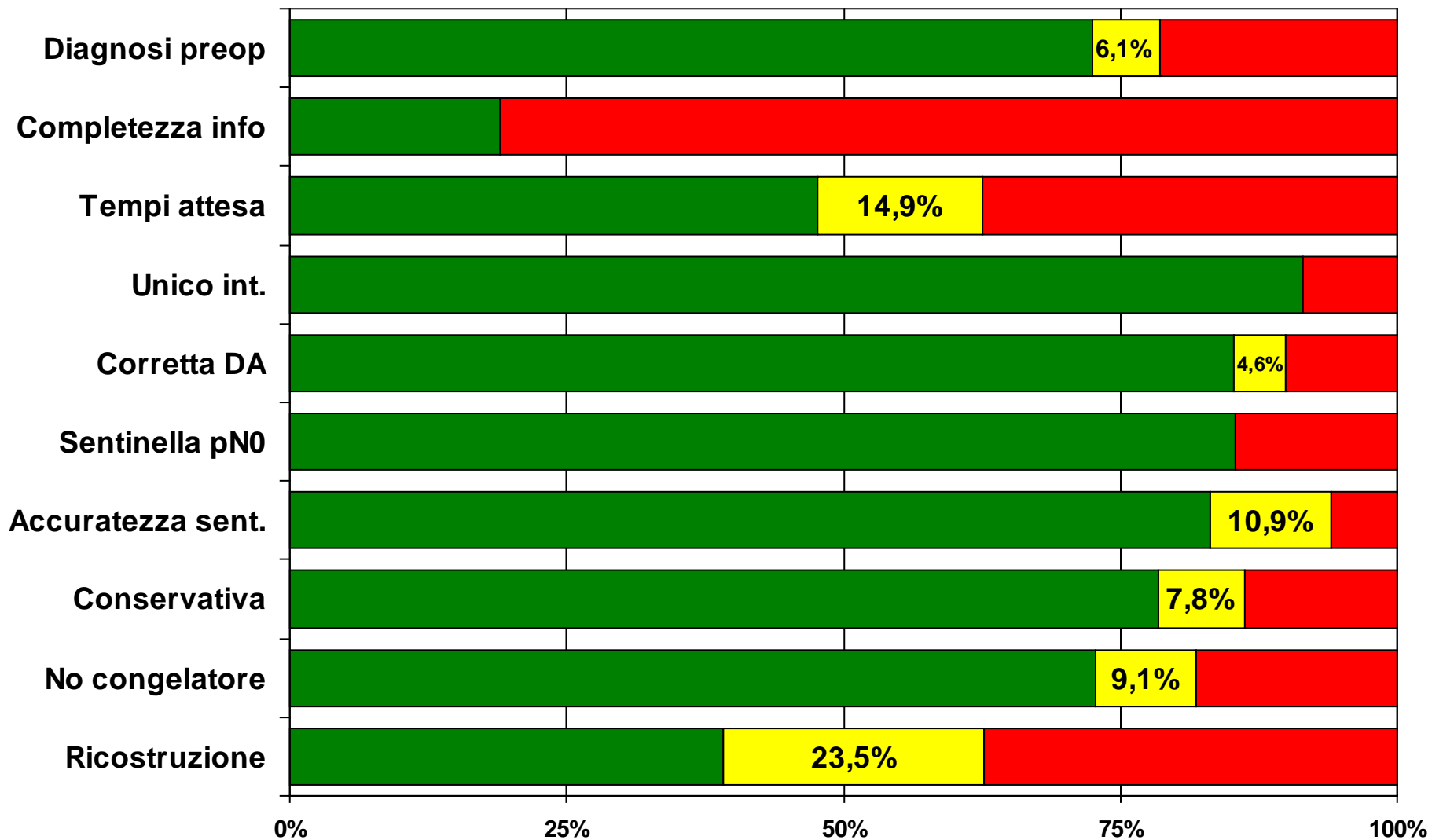
FIM × Volumi

| | 1-50 | 51-150 | 151+ | ? |
|-----------|-------------|---------------|-------------|----------|
| - | 118 | 88 | 70 | 8 |
| + | 13 | 103 | 99 | |
| ++ | 27 | 140 | 29 | |
| ? | | | | 4 |

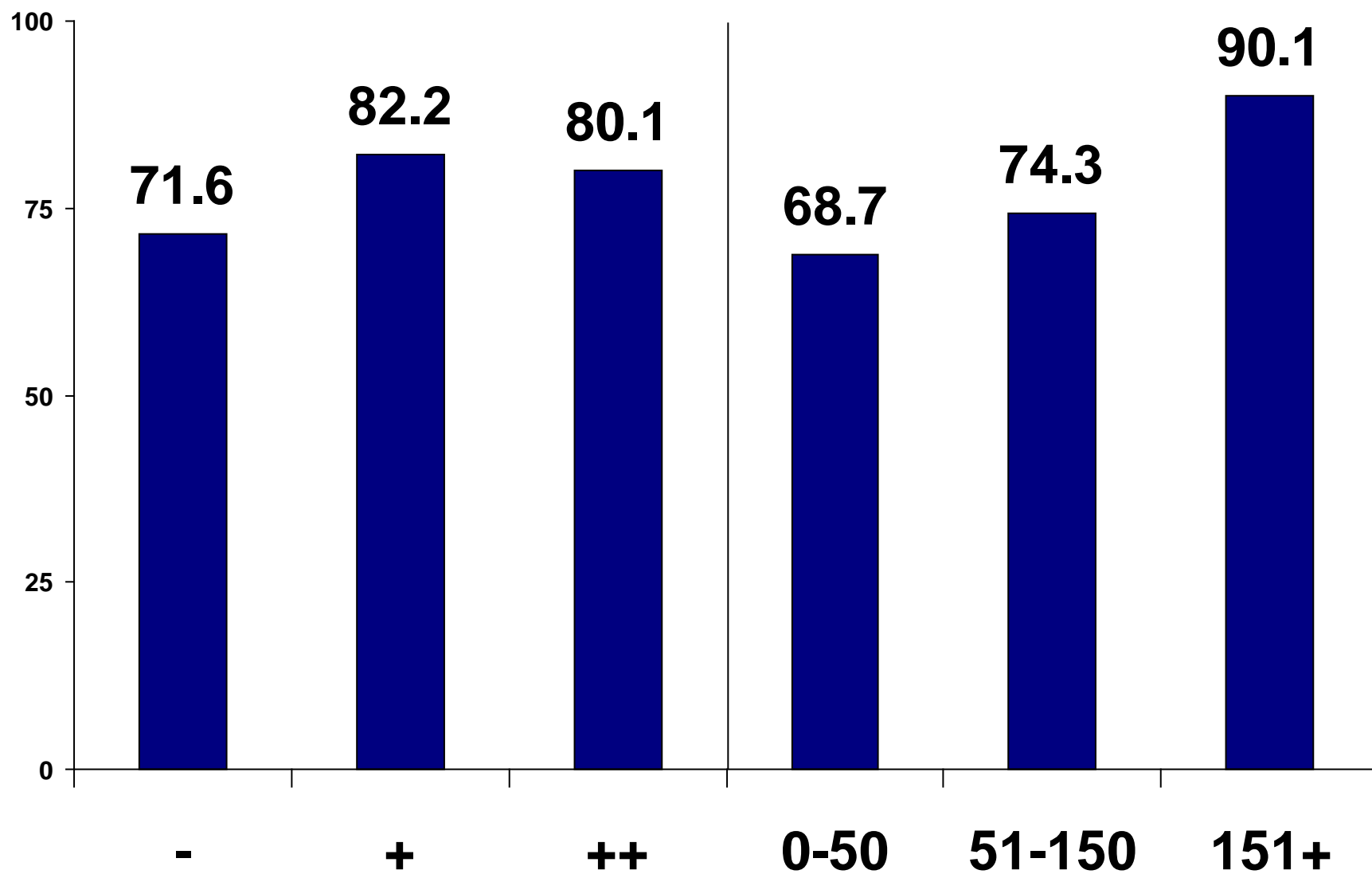
Risultato dei 10 indicatori analizzati



Distribuzione dei missing nei 10 indicatori analizzati



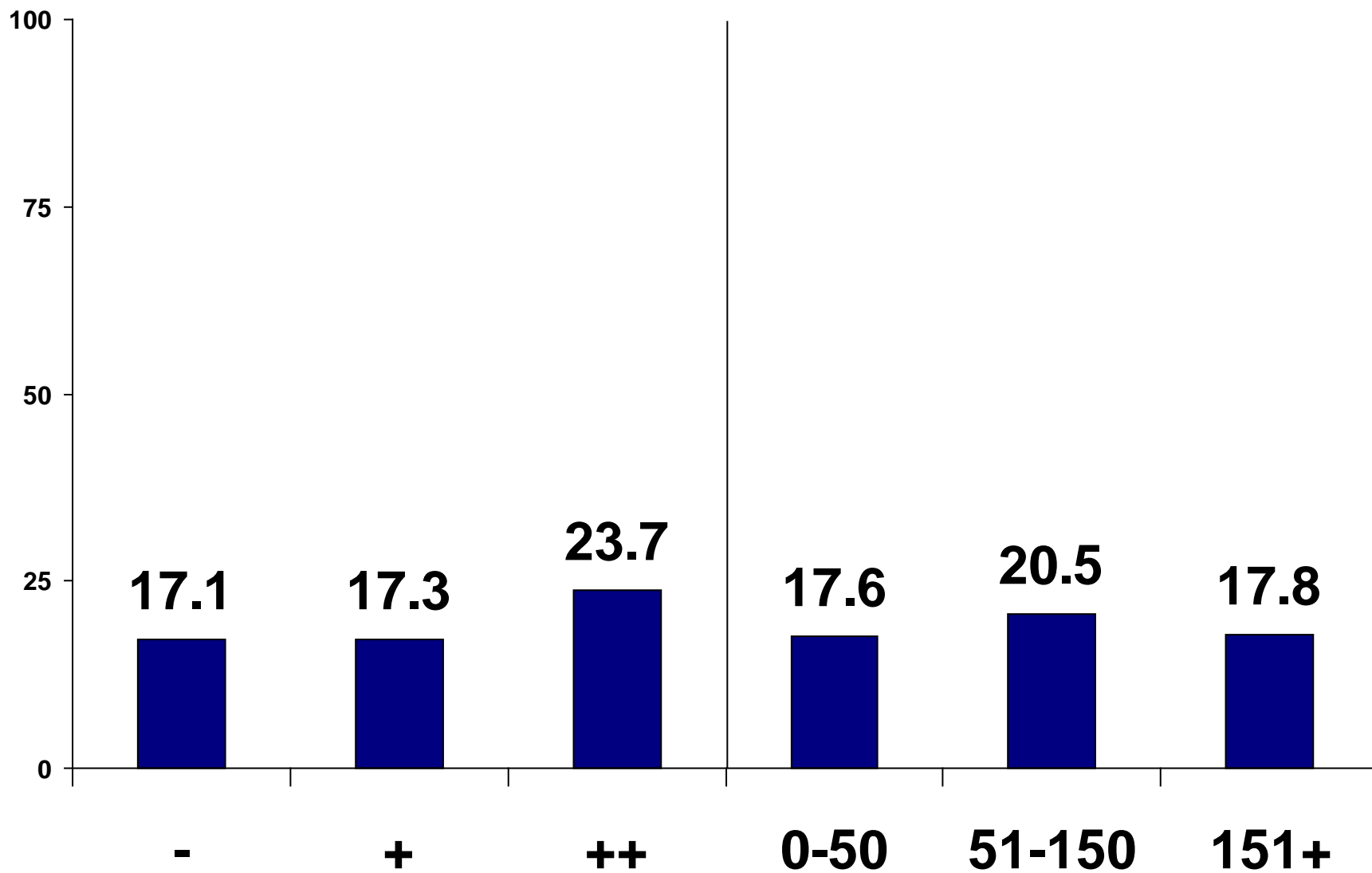
1 - Diagnosi preoperatoria positiva



1 - Diagnosi preoperatoria positiva

| N=645 | % | Univariata | | Multivariata | |
|--------|-------------|------------|------------------|--------------|------------------|
| | | OR | p-value | OR | p-value |
| - | 71.6 | ref. | | ref. | |
| + | 82.2 | 1.83 | 0.0136 | 1.59 | 0.0699 |
| ++ | 80.1 | 1.6 | 0.0475 | 1.8 | 0.0166 |
| 1-50 | 68.7 | ref. | | ref. | |
| 51-150 | 74.3 | 1.32 | 0.2431 | 1.03 | 0.9015 |
| 151+ | 90.1 | 4.16 | <0.001 | 3.62 | <0.001 |

2a — Completezza della caratterizzazione prognostica/predittiva nei tumori invasivi

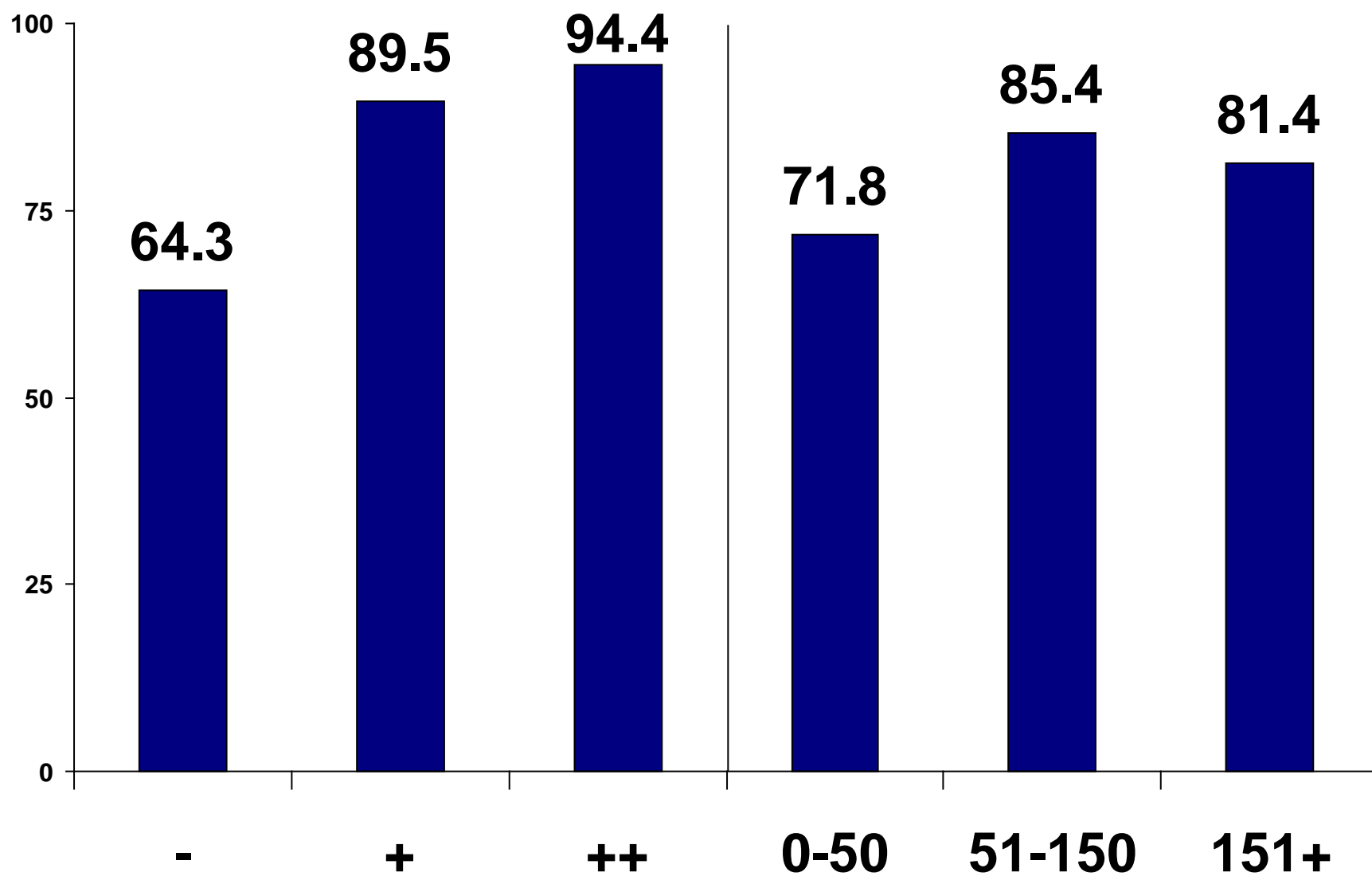


Dati: 1° semestre 2009

2a – Completezza della caratterizzazione prognostica/predittiva nei cancri invasivi

| N=610 | % | Univariata | | Multivariata | |
|--------|-------------|------------|---------|--------------|---------|
| | | OR | p-value | OR | p-value |
| - | 17.1 | ref. | | ref. | |
| + | 17.3 | 1.02 | 1 | 1 | 0.9984 |
| ++ | 23.7 | 1.51 | 0.1179 | 1.46 | 0.1478 |
| 1-50 | 17.6 | ref. | | ref. | |
| 51-150 | 20.5 | 1.2 | 0.5552 | 1.08 | 0.7727 |
| 151+ | 17.8 | 1.01 | 1 | 1 | 0.9721 |

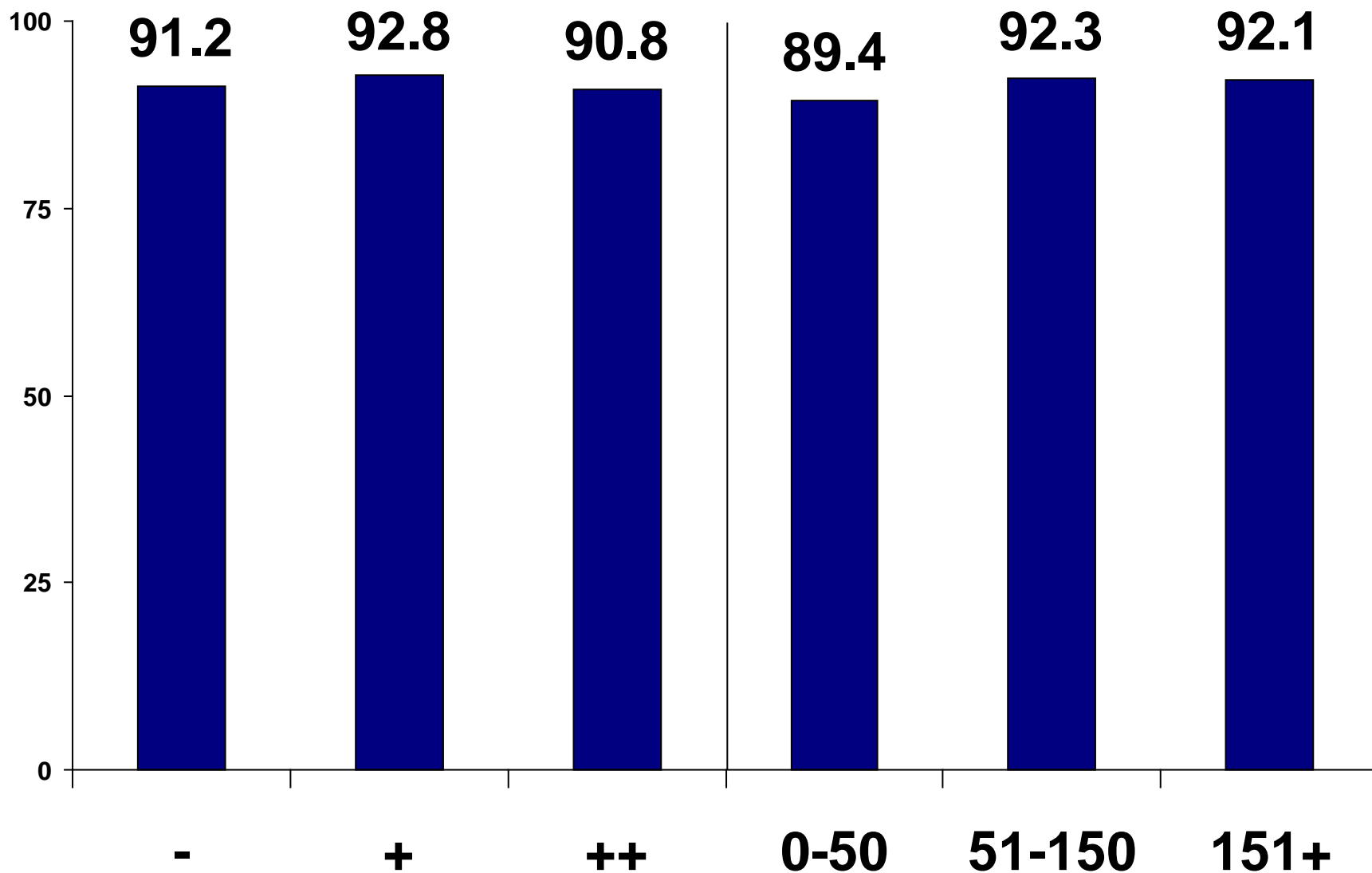
S2 – No congelatore in cancri fino a 10 mm



S2 – No congelatore in cancri fino a 10 mm

| N=130 | | Univariata | | Multivariata | |
|--------|-------------|------------|---------------|--------------|---------------|
| | | OR | p-value | OR | p-value |
| | % | | | | |
| - | 64.3 | ref. | | ref. | |
| + | 89.5 | 4.72 | 0.0122 | 5.35 | 0.0128 |
| ++ | 94.4 | 9.44 | 0.0022 | 9.6 | 0.0054 |
| 1-50 | 71.8 | ref. | | ref. | |
| 51-150 | 85.4 | 2.3 | 0.1957 | 0.93 | 0.912 |
| 151+ | 81.4 | 1.72 | 0.4431 | 0.77 | 0.6753 |

6a – Unico intervento per il trattamento del ca invasivo

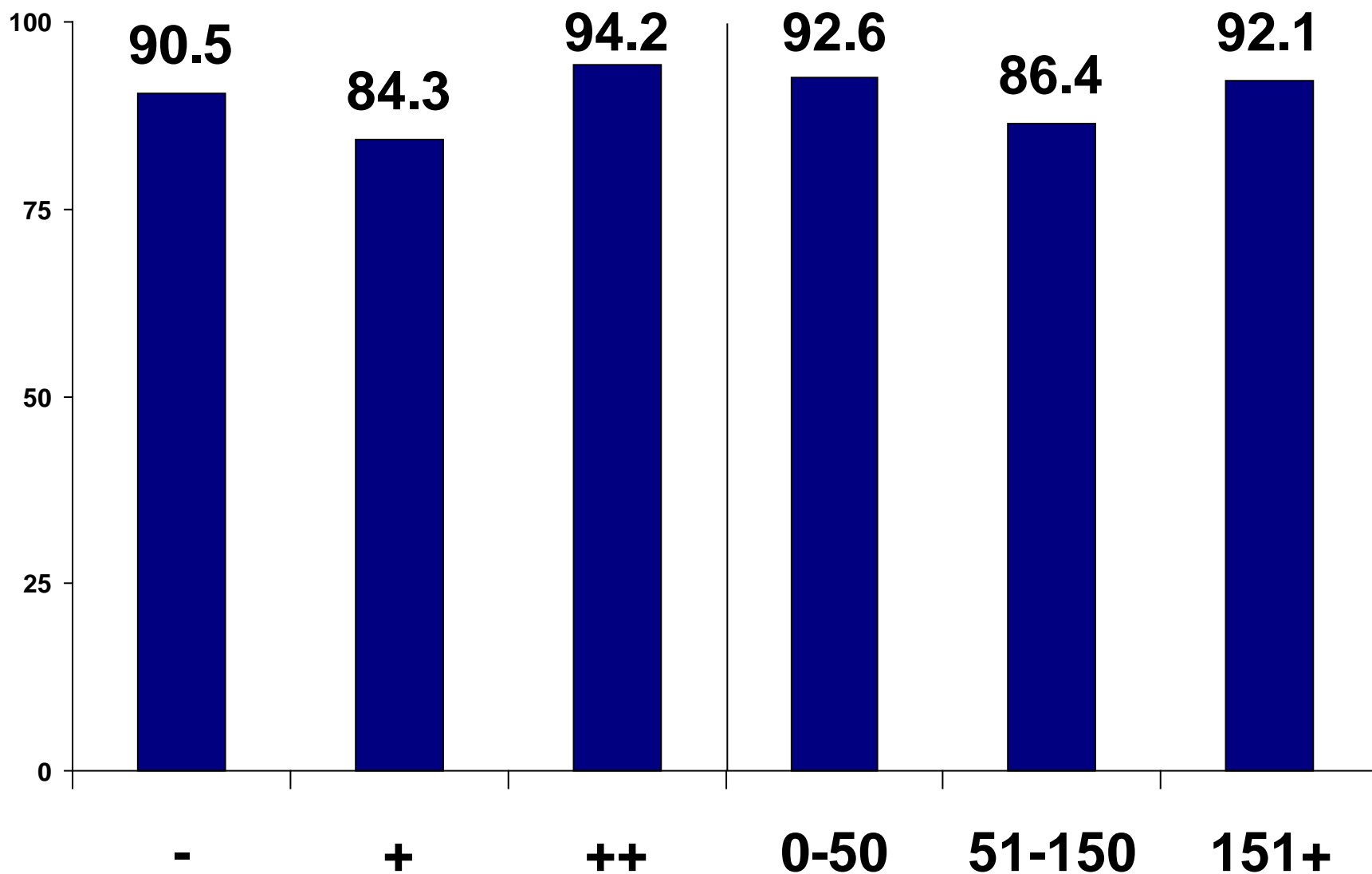


Dati: 1° semestre 2009

6a – Unico intervento per il trattamento del ca invasivo

| N=602 | % | Univariata | | Multivariata | |
|--------|-------------|------------|---------|--------------|---------|
| | | OR | p-value | OR | p-value |
| - | 91.2 | ref. | | ref. | |
| + | 92.8 | 1.25 | 0.6718 | 1.09 | 0.8318 |
| ++ | 90.8 | 0.95 | 1 | 0.83 | 0.6243 |
| 1-50 | 89.4 | ref. | | ref. | |
| 51-150 | 92.3 | 1.42 | 0.3976 | 1.47 | 0.3087 |
| 151+ | 92.1 | 1.39 | 0.5217 | 1.34 | 0.4864 |

7 – Almeno 10 linfonodi asportati nella dissezione ascellare

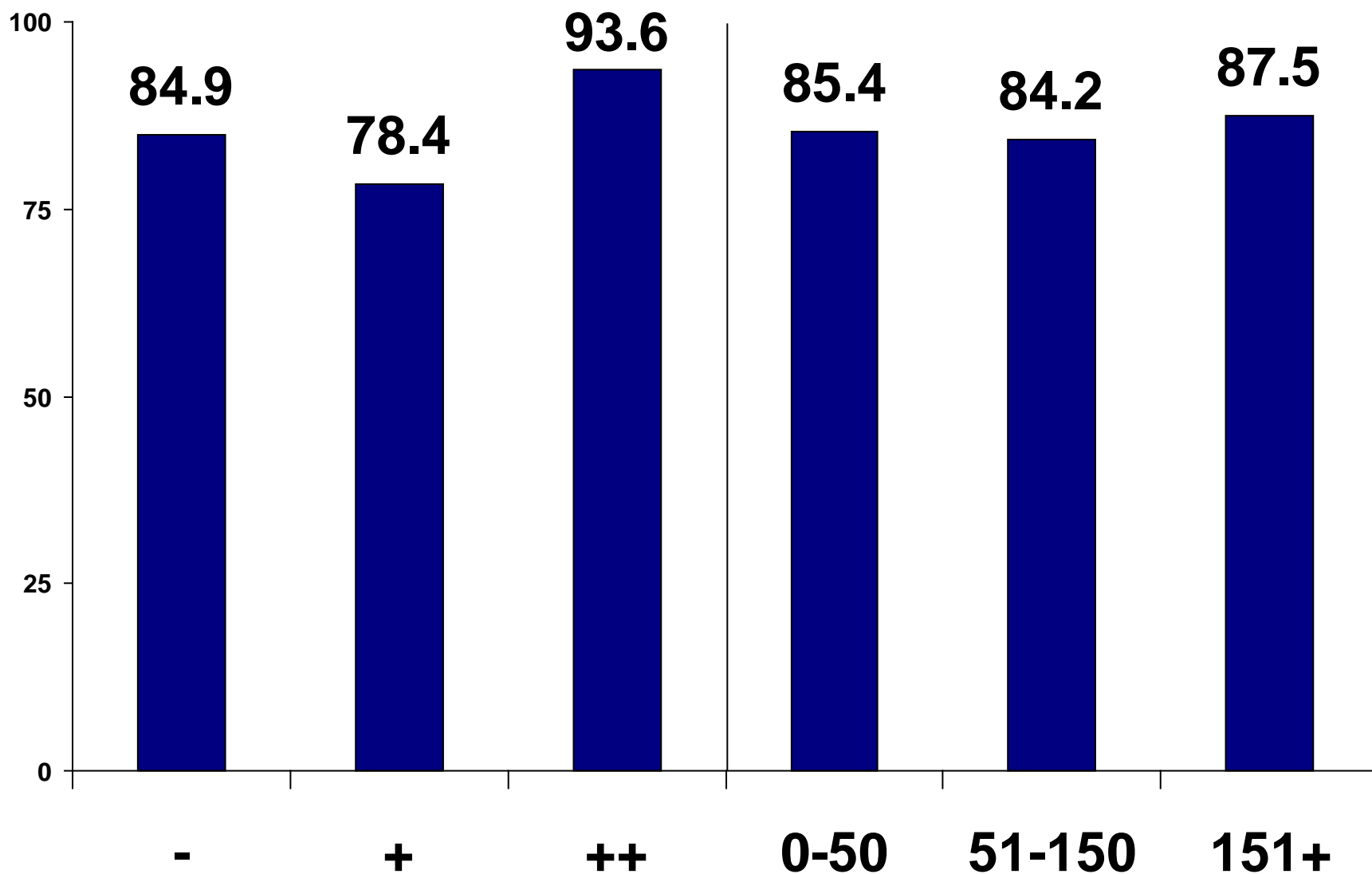


Dati: 1° semestre 2009

7 – Almeno 10 linfonodi asportati nella dissezione ascellare

| N=227 | | Univariata | | Multivariata | |
|--------|-------------|------------|---------|--------------|---------|
| | | OR | p-value | OR | p-value |
| | % | | | | |
| - | 90.5 | ref. | | ref. | |
| + | 84.3 | 0.56 | 0.3187 | 0.57 | 0.2857 |
| ++ | 94.2 | 1.72 | 0.6200 | 2.35 | 0.2314 |
| 1-50 | 92.6 | ref. | | ref. | |
| 51-150 | 86.4 | 0.51 | 0.3619 | 0.5 | 0.2752 |
| 151+ | 92.1 | 0.93 | 1 | 1.27 | 0.7559 |

8 – Esame del solo linfonodo sentinella in casi pN0

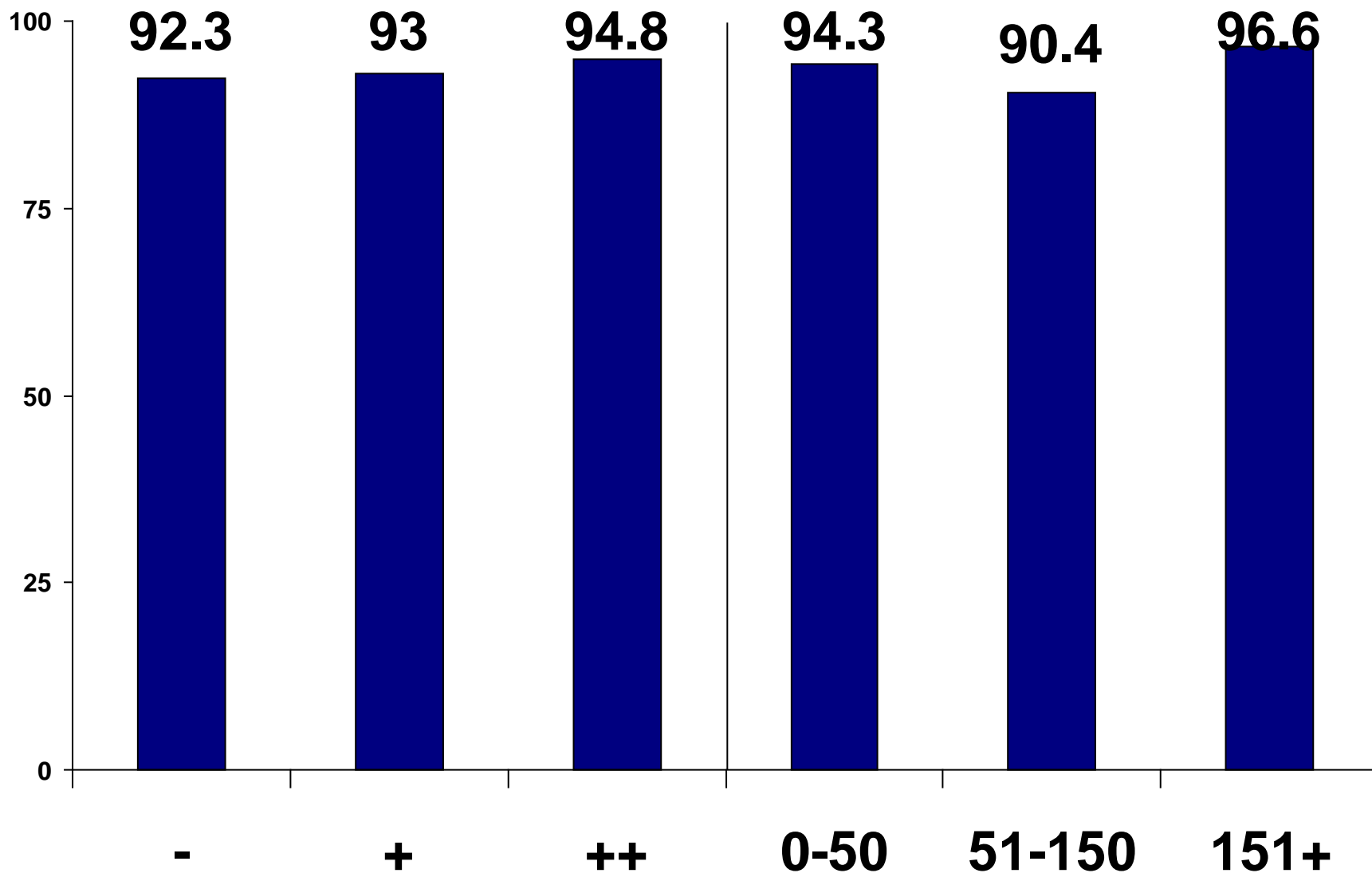


Dati: 1° semestre 2009

8 – Esame del solo linfonodo sentinella in casi pN0

| N=330 | % | Univariata | | Multivariata | |
|--------|-------------|------------|---------|--------------|---------------|
| | | OR | p-value | OR | p-value |
| - | 84.9 | ref. | | ref. | |
| + | 78.4 | 0.64 | 0.2628 | 0.62 | 0.2102 |
| ++ | 93.6 | 2.61 | 0.0669 | 2.88 | 0.0375 |
| 1-50 | 85.4 | ref. | | ref. | |
| 51-150 | 84.2 | 0.91 | 0.965 | 0.86 | 0.7306 |
| 151+ | 87.5 | 1.2 | 0.8451 | 1.49 | 0.4024 |

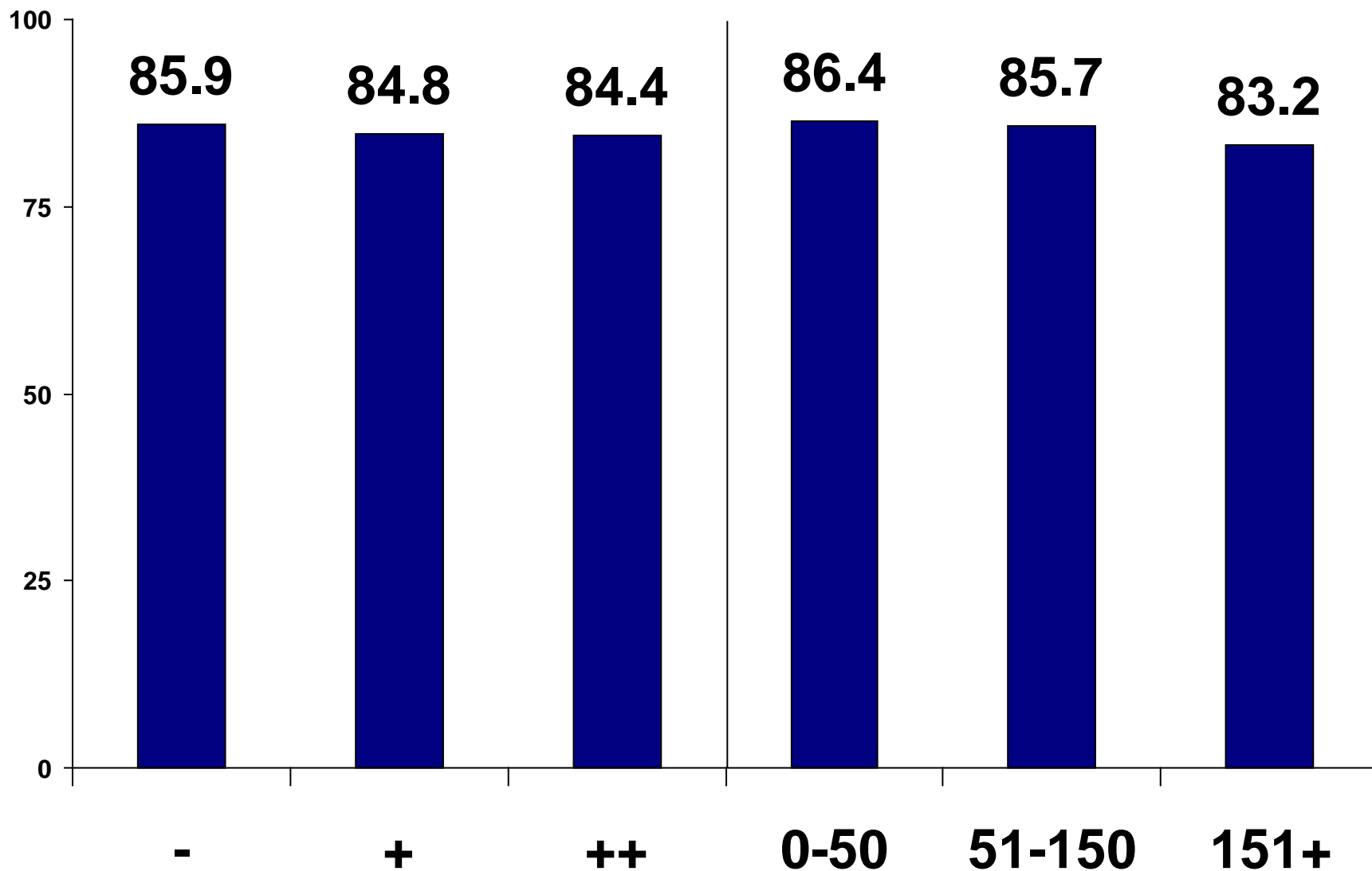
10 – Asportazione di non più di 3 linfonodi nella procedura di esame dell'ascella con linfonodo sentinella



10 – Asportazione di non più di 3 linfonodi nella procedura di esame dell'ascella con linfonodo sentinella

| N=460 | % | Univariata | | Multivariata | |
|--------|-------------|------------|---------|--------------|---------|
| | | OR | p-value | OR | p-value |
| - | 92.3 | ref. | | ref. | |
| + | 93.0 | 1.1 | 0.9910 | 1.11 | 0.8295 |
| ++ | 94.8 | 1.52 | 0.5084 | 2.15 | 0.1245 |
| 1-50 | 94.3 | ref. | | ref. | |
| 51-150 | 90.4 | 0.57 | 0.3351 | 0.46 | 0.1379 |
| 151+ | 96.6 | 1.72 | 0.5665 | 1.7 | 0.4174 |

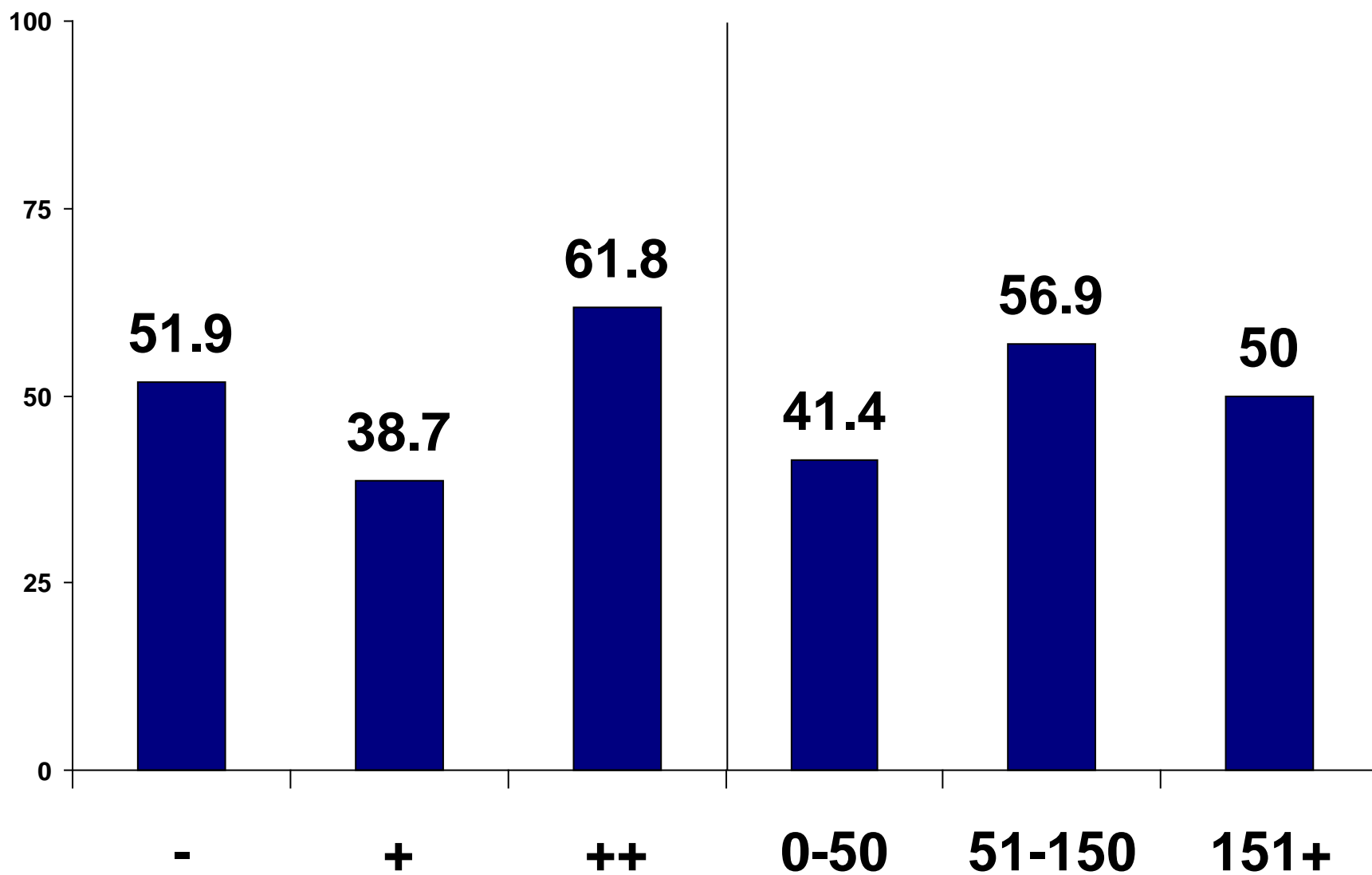
11 – Intervento conservativo in ca invasivi fino a 30 mm



11 – Intervento conservativo in ca invasivi fino a 30 mm

| N=484 | | Univariata | | Multivariata | |
|--------|-------------|------------|---------|--------------|---------|
| | | OR | p-value | OR | p-value |
| | % | | | | |
| - | 85.9 | ref. | | ref. | |
| + | 84.8 | 0.91 | 0.8965 | 0.96 | 0.9088 |
| ++ | 84.4 | 0.88 | 0.8003 | 0.87 | 0.6666 |
| 1-50 | 86.4 | ref. | | ref. | |
| 51-150 | 85.7 | 0.94 | 0.9713 | 0.98 | 0.9538 |
| 151+ | 83.2 | 0.78 | 0.5844 | 0.79 | 0.5188 |

S12 – Ricostruzione immediata

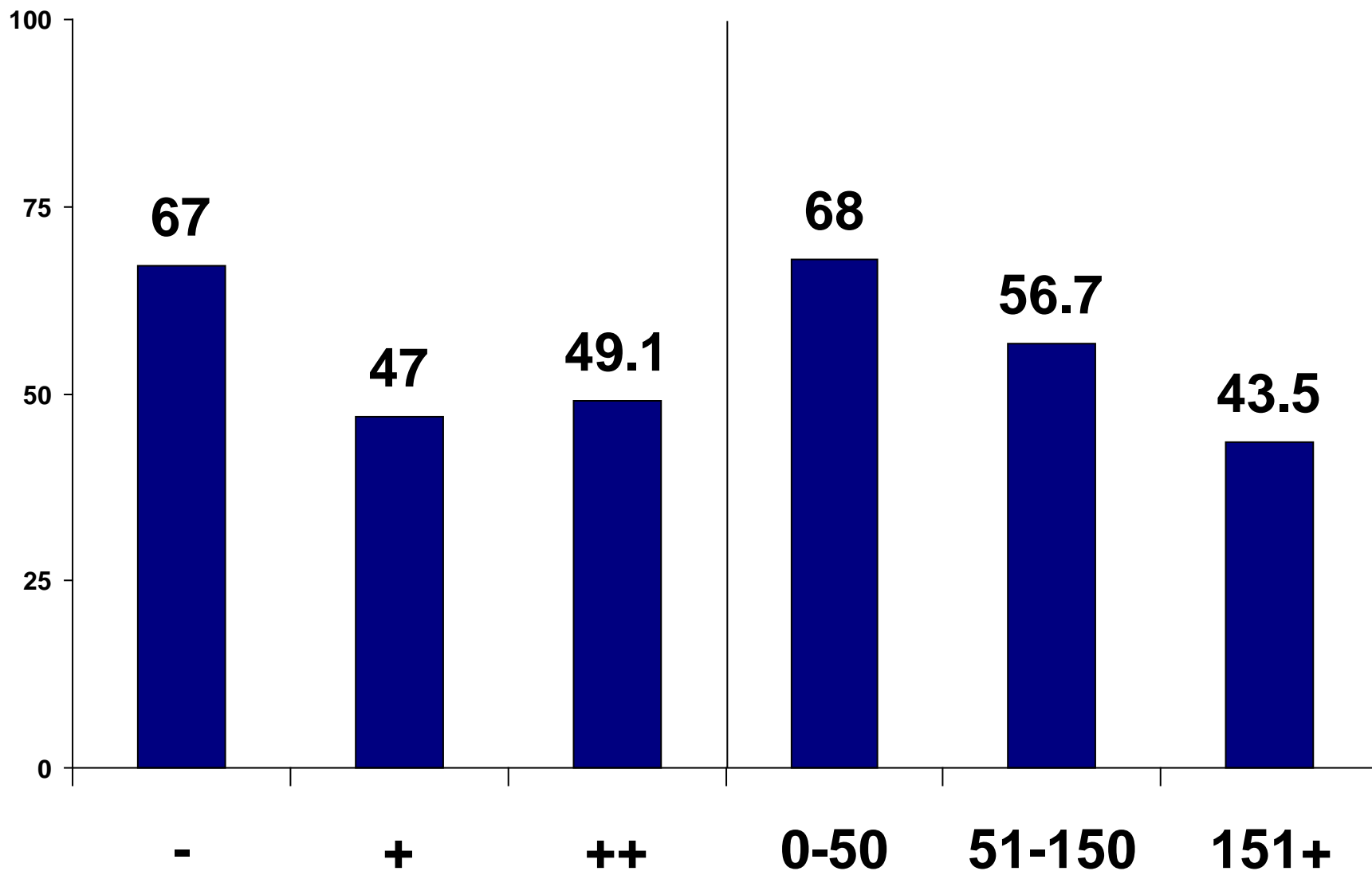


Dati: 1° semestre 2009

S12 – Ricostruzione immediata

| N=117 | | Univariata | | Multivariata | |
|--------|-------------|------------|---------|--------------|---------|
| | | OR | p-value | OR | p-value |
| | % | | | | |
| - | 51.9 | ref. | | ref. | |
| + | 38.7 | 0.58 | 0.3475 | 0.5 | 0.157 |
| ++ | 61.8 | 1.5 | 0.4987 | 1.33 | 0.5354 |
| 1-50 | 41.4 | ref. | | ref. | |
| 51-150 | 56.9 | 1.87 | 0.2552 | 1.87 | 0.1899 |
| 151+ | 50.0 | 1.42 | 0.6869 | 1.88 | 0.2618 |

5a – Inizio del trattamento entro 30 giorni dalla indicazione terapeutica



5a – Inizio del trattamento entro 30 giorni dalla indicazione terapeutica

| N=547 | % | Univariata | | Multivariata | |
|--------|-------------|------------|------------------|--------------|---------------|
| | | OR | p-value | OR | p-value |
| - | 67.0 | ref. | | ref. | |
| + | 47.0 | 0.44 | 0.0002 | 0.46 | 0.0009 |
| ++ | 49.1 | 0.48 | 0.0005 | 0.44 | 0.0003 |
| 1-50 | 68.0 | ref. | | ref. | |
| 51-150 | 56.7 | 0.62 | 0.0411 | 0.9 | 0.679 |
| 151+ | 43.5 | 0.36 | <0.001 | 0.44 | 0.0023 |

- 2002: corso di perfezionamento in senologia
- 2004-05: master universitario di II livello in senologia oncologica sul carcinoma mammario
- 2008-2009: master universitario di II livello in senologia- oncologica sul carcinoma mammario
- 2010-2011 master universitario di II livello in senologia oncologica sul carcinoma mammario
- programma quadriennale Progetto FIM
(2 edizioni)
 - 2004-2009 Linfonodo sentinella
 - 2009-2013 Oncoplastica-esiti estetici