

BREAST UNIT

RIQUALIFICAZIONE E POTEN-
ZIAMENTO DELL'OFFERTA A-
ZIENDALE

TUMORE ALLA MAMMELLA

SISTEMA DI RISPOSTE STRUT-
TURATE E INTEGRATE

CONTINUITÀ OSPEDALE-
TERRITORIO

Febbraio 2014

Breast Unit

Definizione di un percorso per la prevenzione,
diagnosi, cura, assistenza e follow up per il carci-
noma mammario.

DIREZIONE AZIENDALE

Indice

Premessa	3
Progetto	5
<i>Obiettivi</i>	5
<i>BREAST UNIT</i>	6
<i>Sistema degli indicatori</i>	7
Indicatori di progetto	7
Indicatori di processo	7
Indicatori clinici	8
Indicatori di risultato	8
Modello organizzativo	9
<i>Medici di medicina generale</i>	10
<i>Valutazione post intervento</i>	12
<i>Riabilitazione</i>	13
<i>Follow up</i>	13
<i>Tempistica</i>	14
Aspetti organizzativi	15
<i>Gruppo di lavoro, autorizzazione, accreditamento</i>	15
<i>Dotazioni strumentali</i>	15
<i>Rete e supporto esterno</i>	16

Premessa

Il carcinoma mammario (CM) è il tumore più frequente nel sesso femminile (una donna su dieci nell'arco della vita contrae il tumore), e rappresenta il 25% di tutti i tumori che colpiscono le donne. Costituisce la prima causa di morte per tumore nel sesso femminile, con un tasso di mortalità del 17% di tutti i decessi per causa oncologica. Si stima che in Italia ogni anno sopravvengano circa 37.000 nuovi casi di carcinoma mammario, l'80% dei quali in donne al di sopra di 50 anni.

In occasione della prima European Breast Cancer Conference organizzata dalla European Society of Mastology (EuSoMa), dalla European Organization for the Research and Treatment of Cancer, Breast Cancer Cooperative Group (EORTC-BCCG) e da Europa Donna, è emersa la raccomandazione che il trattamento delle pazienti avvenga attraverso un sistema di risposte organizzate e strutturate (Breast Unit) con caratteristiche multidisciplinari e multiprofessionali, e che tutti i Servizi coinvolti si dotino di un programma di monitoraggio dei risultati e della qualità.

Allo stato attuale la percentuale di pazienti con carcinoma mammario sopravvissuti a 5 anni si attesta attorno al 65% ed è in funzione dell'efficacia dei trattamenti praticati e dei fattori di rischio relativi alla stadiazione linfonodale e alle caratteristiche biologiche della neoplasia.

L'identificazione in uno stadio precoce consente, inoltre, di poter intervenire con interventi conservativi in un'alta percentuale di casi, riservando la chirurgia demolitiva agli stadi localmente più avanzati.

I benefici che derivano da una stretta collaborazione e dalla elevata specializzazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare sono stati dimostrati in numerose pubblicazioni europee e dai dati italiani, raccolti nell'ambito del Gruppo Italiano per lo Screening mammografico (GISMa).

Le direttive regionali e i programmi di screening oncologico hanno indicato, come priorità per il Servizio Sanitario Regionale, l'implementazione locale di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA), nell'ottica di ottimizzare la gestione dei pazienti con patologie neoplastiche.

In relazione a quanto sopra, il progetto per il nuovo atto aziendale della ASL di Cagliari, approvato nel dicembre del 2012, attualmente in fase di esame da parte dei competenti uffici regionali, propone l'attivazione di una Breast Unit, con l'obiettivo di garantire un'offerta strutturata e integrata, a fronte di quadri clinici che richiedono competenze molto specializzate e modalità multidisciplinari di intervento e risposte coordinate e organizzate da parte delle diverse unità interessate.

Nel nuovo progetto di atto aziendale, la ASL di Cagliari ha affidato al Dipartimento per la salute della donna un ruolo primario per la costruzione e lo sviluppo di reti di assistenza che interessano le patologie femminili; tra queste reti si dà particolare rilievo alla implementazione di una Breast Unit aziendale con il coinvolgimento di unità ospedaliere e territoriali, e la definizione e condivisione di percorsi integrati multidisciplinari in funzione dell'utente e dei suoi bisogni.

Detta rete deve essere progettata in vista di una razionalizzazione complessiva attraverso la quale si devono garantire: il miglioramento nella precocità degli interventi, una chiara definizione delle competenze delle unità interessate, lo sviluppo di protocolli relazionali tra le unità coinvolte, e una mi-

gliore performance complessiva misurabile attraverso indicatori specifici, tra cui hanno particolare rilievo quelli riferiti alla mortalità e alle recidive.

Nella proposta contenuta nel nuovo atto aziendale, l'unità organizzativa di riferimento per la Breast Unit è la Chirurgia del seno. Questa unità oltre a svolgere le attività chirurgiche di elezione, dovrà assicurare impulso e coordinamento a tutti i percorsi rilevanti che danno corpo e sostanza alla Breast Unit.

In vista della riorganizzazione e razionalizzazione dei servizi, e del loro potenziamento, la ASL di Cagliari intende avviare un progetto per l'organizzazione di un sistema di risposte strutturate e integrate e di continuità ospedale-territorio per le patologie tumorali della mammella.

Nelle pagine successive si rappresentano le peculiarità e le caratteristiche del progetto.

Progetto

L'aumento della frequenza del carcinoma mammario deriva principalmente dall'incremento della vita media della popolazione femminile, dal miglioramento delle tecniche diagnostiche, dal diffondersi dei programmi di screening di massa, dalle modificazioni degli stili di vita della donna e dal contesto ambientale.

In tutto il mondo il tumore della mammella rappresenta una delle principali sfide per i sistemi sanitari, anche perché solo il 15% di questa neoplasia ha carattere ereditario, mentre il restante 85% ha un'origine considerata casuale sulla base delle attuali conoscenze.

L'incidenza di questo tumore ha registrato un aumento negli anni recenti, accompagnato però da una diminuzione della mortalità, grazie alla diagnosi precoce e all'utilizzo di migliori terapie integrate.

La crescita della consapevolezza da parte della popolazione e la diminuzione delle disuguaglianze nella diagnosi e nella cura a livello territoriale, con particolare riguardo alla diagnosi precoce dei tumori al seno e all'individuazione del percorso terapeutico migliore, rappresentano, quindi, riferimenti fondamentali per il miglioramento dell'assistenza e dei risultati.

Obiettivi

Gli obiettivi del progetto sono i seguenti:

1. Garantire per tutto il territorio aziendale un unico sistema di presa in carico della popolazione femminile, coordinando le attività e le funzioni nelle diverse sedi operative e negli ambulatori territoriali, e facilitando il percorso diagnostico terapeutico con l'intervento di un professionista (case manager).
2. Superare l'approccio settoriale e funzionale, facilitando l'approccio interdisciplinare alla patologia, con la costruzione di un modello assistenziale caratterizzato da forti relazioni orizzontali, oltre che verticali, e da équipes composte da differenti professionisti di tutti i livelli gerarchici, con forte autonomia e potere decisionale. In particolare, i gruppi di lavoro dovranno garantire un processo di integrazione delle competenze, non di semplice interazione.
3. Costruire percorsi differenziati coerenti con l'evoluzione della patologia, garantendo, al contempo, la tutela della paziente attraverso il coordinamento di interventi specializzati, di interventi multidisciplinari, e, occorrendo, di interventi multi settoriali.
4. Svolgere attività di promozione della salute e di prevenzione nelle comunità locali, e di sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari e socio sanitari con riguardo alle tematiche di competenza. Nel contempo, interagire con i medici di medicina generale al fine di favorire una maggiore capillarità nelle azioni di prevenzione e di follow up, e interventi più tempestivi e precoci per la diagnosi e la cura.
5. Garantire omogeneità di trattamento attraverso la definizione di protocolli e linee guida di riferimento, e condividere con le aziende della regione percorsi terapeutici e protocolli in modo tale da garantire a tutte le pazienti un omogeneo percorso di cure.
6. Migliorare l'accessibilità ai servizi sia di diagnosi che di cura.
7. Migliorare l'appropriatezza delle indagini eseguite e l'accuratezza diagnostica anche attraverso l'implementazione tecnologica.

8. Creare un modello organizzativo di riferimento nella Regione per la diagnosi e la terapia del tumore della mammella.
9. Migliorare la qualità dell'assistenza garantendo adeguato supporto psicologico e riabilitativo alle donne che entrano nei percorsi terapeutici.
10. Garantire che i percorsi di riorganizzazione, razionalizzazione e potenziamento avvengano senza creare disagi e discontinuità alle pazienti in fase di trattamento e/o con piani di intervento individuali già definiti.

BREAST UNIT

Le Breast Unit sono team multidisciplinari nel cui interno operano tutte le specialità mediche, tecniche e infermieristiche che interagiscono nella prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione del carcinoma mammario con le maggiori competenze specifiche e in assoluta coordinazione.

L'urgenza di una riorganizzazione sanitaria in tal senso, è dettata dalla necessità di ridurre la forbice qualitativa della cura di questa malattia in centri non specializzati.

La Breast Unit rappresenta un modello innovativo di assistenza, specializzato nella diagnosi e cura del carcinoma mammario, dove la gestione è affidata a un gruppo di esperti con uno specifico training senologico. Pertanto, la presenza di un team coordinato permette, attraverso una offerta multidisciplinare, di rispondere nel migliore dei modi alla complessità della gestione del tumore della mammella.

Molte pubblicazioni scientifiche hanno confermato che l'impatto della specializzazione delle cure per questa malattia migliora le probabilità di sopravvivenza, migliora la qualità della vita delle pazienti, e garantisce l'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici più aggiornati e conformi alle linee guida più attuali.

I motivi che hanno portato alla nascita di tali team sono prevalentemente due: l'altissima incidenza di tale patologia e la sua eterogeneità.

Tali unità, oltre che avere importanti collegamenti tra le singole competenze in ambito aziendale, devono essere collegate tra loro a livello provinciale, regionale e nazionale.

L'attivazione di una Breast Unit in ambito aziendale, consente di dare risposte strutturate e organizzate a molte delle criticità individuate dalla Unione Europea e da diversi organismi internazionali con riferimento al tumore al seno.

Tra queste indicazioni hanno particolare rilievo:

- La necessità che ogni donna, a prescindere dal luogo di residenza, dalla posizione sociale, dalla professione, abbia accesso ad un percorso diagnostico e terapeutico comprendente anche la fase riabilitativa e di supporto.
- Il superamento delle differenze molto marcate in merito alla qualità delle cure tra stati membri, regioni, e persino fra gli ospedali di una stessa città, e, in conseguenza, alle possibilità di sopravvivenza.
- La garanzia di servizi di qualità, anche nella prospettiva di evitare esami e trattamenti superflui e di diagnosticare più tempestivamente un tumore della mammella, con possibile riduzione del numero di interventi demolitivi e della necessità di terapie complementari.

L'Unione Europea individua, inoltre, i seguenti parametri con riferimento allo screening:

- effettuazione degli screening solo da parte di strutture previste e accreditate,
- refertazione di ogni mammografia, secondo il sistema del "doppio cieco", effettuato da due radiologi, ognuno dei quali esamina ogni anno almeno 5000 mammografie,
- revisioni periodiche delle apparecchiature utilizzate, e controllo del processo di acquisizione delle immagini,
- aggiornamento professionale periodico del personale medico, infermieristico e di supporto.

Per la qualificazione e certificazione della Breast Unit si raccomandano, tra l'altro:

- una esperienza riferita ad almeno 150 nuovi casi anno di pazienti con diagnosi di cancro al seno,
- qualificazione specifica in patologie mammarie da parte di medici e operatori, nonché di radiologi, oncologi, patologi, personale infermieristico, tecnici di radiologia, e di un gestore dati,
- presenza di servizi di consulenza oncologica-psicologica, di sostegno psicoterapeutico, di servizi di fisioterapia, e accesso ai servizi sociosanitari.

Per l'organizzazione della Breast Unit della ASL di Cagliari, si rimanda al capitolo "Modello organizzativo".

Sistema degli indicatori

Nell'ambito della Breast Unit è fondamentale la costruzione di un sistema di indicatori adeguato per la valutazione dei risultati e la messa a punto di correttivi.

Di seguito, si forniscono, a titolo esemplificativo, alcuni indicatori di progetto, di processo, clinici e di esito che dovranno essere implementati.

Indicatori di progetto

Il progetto dovrà essere continuamente monitorato anche attraverso indici e indicatori in grado di fornire elementi di valutazione collegati a:

- Capacità di risposta dei servizi (numero contatti e rapporto con pazienti presi in carico prima dell'avvio del progetto e dopo, precocità degli interventi dove misurabile, numero di ricadute in rapporto ai pazienti in trattamento, ecc.),
- Potenziamento delle reti (protocolli, percorsi, unità coinvolte, ecc.),
- Altri indicatori in grado di favorire i processi decisionali della azienda con riferimento al sistema delle risposte collegate alle patologie tumorali del seno.

Il progetto dovrà fornire, inoltre, elementi per l'attuazione del nuovo atto aziendale, una volta che lo stesso sarà formalizzato e pienamente operativo. In questa prospettiva, saranno fornite indicazioni con riferimento alla organizzazione e al funzionamento dei processi collegati alle materie trattate, e contributi per la formazione dei regolamenti attuativi per i dipartimenti e le unità coinvolte.

Indicatori di processo

- frequenza degli incontri multidisciplinari (≥ 2 /mese),

- nuove pazienti valutate nelle riunioni multidisciplinari (≥ 150 /anno),
- intervallo fra diagnosi definitiva e intervento chirurgico (entro 21 giorni dalla prescrizione in almeno 80% dei casi, entro 30 giorni nel 100% dei casi),
- tempo di attesa del referto istologico completo (≤ 20 giorni in almeno 80% dei casi),
- intervallo fra diagnosi definitiva e inizio terapia medica primaria (≤ 14 giorni in almeno il 90% dei casi),
- intervallo tra intervento chirurgico e inizio della terapia medica adiuvante (≤ 5 settimane in almeno 80% dei casi),
- intervallo tra intervento chirurgico conservativo e inizio della radioterapia nelle pazienti non sottoposte a chemioterapia adiuvante (≤ 90 giorni in almeno 80% dei casi),
- intervallo tra il termine della chemioterapia adiuvante e l'inizio della radioterapia complementare (≤ 30 giorni in almeno 80% dei casi),
- pazienti perse al follow-up dei primi 5 anni ($\leq 5\%$), ad eccezione della libera scelta da parte della paziente.

Indicatori clinici

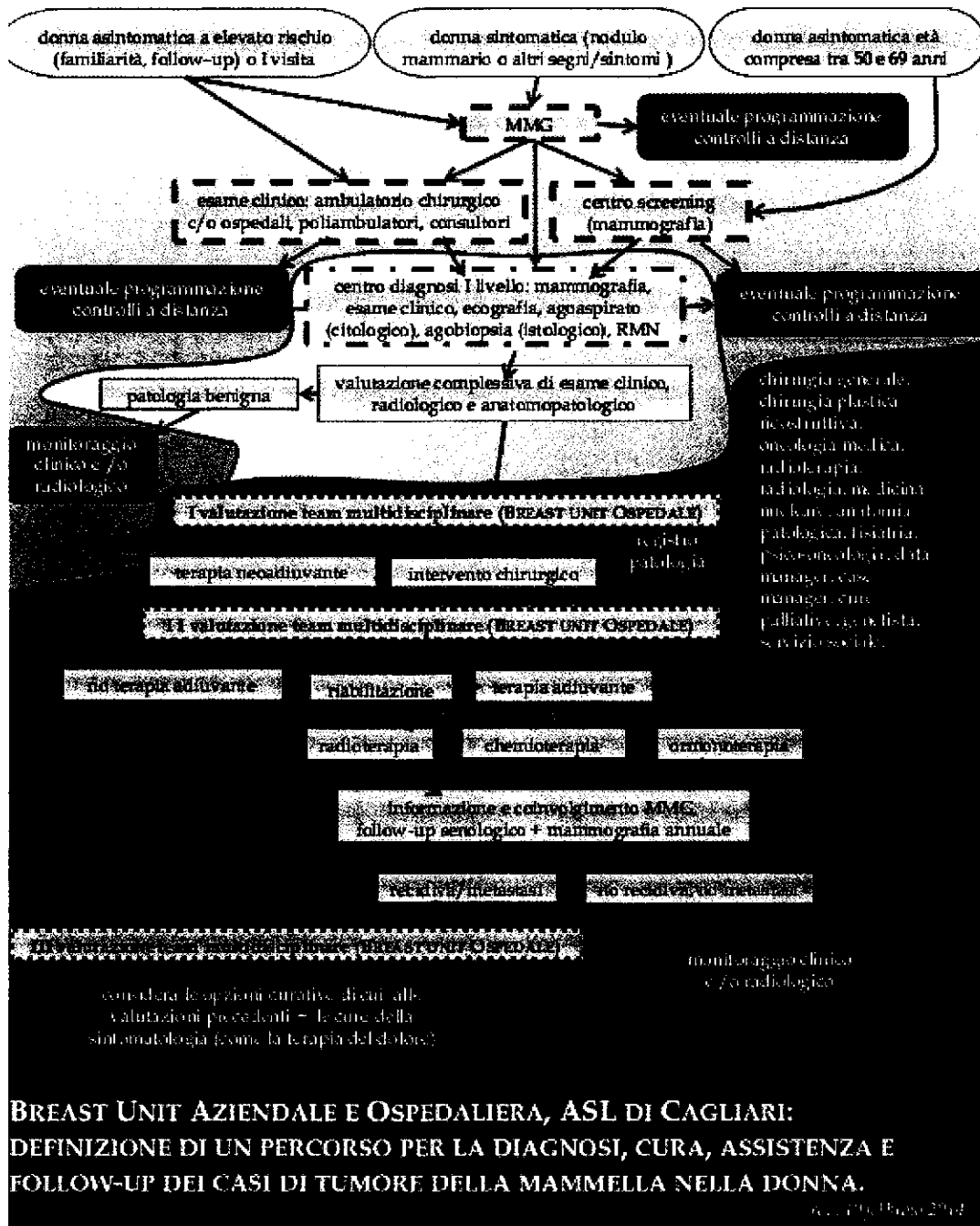
- Rx pezzo operatorio dopo exeresi di lesioni non palpabili $\geq 95\%$,
- Numero Interventi chirurgici conservativi nei casi di diametro < 2 cm. (pT1) $\geq 85\%$,
- Margini indenni (>1 mm) all'intervento chirurgico definitivo ($\geq 95\%$),
- Numero linfonodi ascellari asportati > 10 in caso di svuotamento ascellare ($\geq 95\%$),
- Non dissezione ascellare nei carcinomi duttali in situ (escluso linfonodo sentinella) ($\geq 99\%$),
- Tasso di identificazione del linfonodo sentinella in sala operatoria ($\geq 90\%$),
- Pazienti con tumore mammario con recettori ormonali positivi, a rischio minimo di recidiva, alle quali viene prescritta terapia ormonale adiuvante per 5 anni ($> 80\%$),
- Pazienti non ormono-responsive a cui viene offerto un trattamento chemioterapico ($\geq 80\%$),
- Pazienti con tumori unicentrici superiori a 2,5 cm di diametro che ricevono una terapia medica pre-chirurgica $> 70\%$.

Indicatori di risultato

- Recidive intramammarie dopo chirurgia conservativa ($\leq 5\%$ a 5 anni),
- Intervallo libero da malattia per stadio,
- Sopravvivenza globale per stadio.

Modello organizzativo

L'immagine successiva descrive il modello organizzativo per la Breast Unit di Cagliari.



Il modello organizzativo prevede un doppio sistema di orientamento della donna nel percorso di diagnosi e cura da attuarsi sia attraverso lo screening per le donne asintomatiche di età compresa tra 50 e 69 anni, sia attraverso i medici di medicina generale per le donne sintomatiche (nodulo mammario, segni, sintomi) e per quelle asintomatiche a elevato rischio (familiarità, follow up) o in 1^a visita.

In ogni caso, la scelta personale di un percorso di diagnosi e cura deve comportare l'inserimento della donna in un database specifico, e ciò deve essere fatto indipendentemente dall'esito della attività diagnostica. Infatti, nel caso in cui un sospetto diagnostico non venga confermato, si terrà comunque traccia dell'evento e dovrà essere programmata una successiva visita con nuovi accertamenti per un'ulteriore valutazione temporale del sospetto iniziale.

Medici di medicina generale

I medici di medicina generale svolgono in questa fase un ruolo determinante nelle modalità seguenti:

1. Richiesta di mammografia ,
2. Invio a un centro diagnosi senologica, con prescrizione di mammografia, esame clinico, ecografia, cui possono seguire eventuali ulteriori accertamenti (ago biopsia, risonanza magnetica, ecc.)
3. Esame clinico da svolgersi presso ambulatori ospedalieri, poliambulatori, consultori, i quali a loro volta possono indirizzare la donna ad un centro di diagnosi senologica di cui al precedente punto 2.

Attività Diagnostica

L'attività diagnostica per il tumore della mammella comprende due percorsi principali:

- Lo screening come percorso di chiamata attiva rivolto esclusivamente alle donne asintomatiche in età compresa tra i 50 e i 69 anni.
- La diagnostica clinica dedicata a tutte le altre donne sintomatiche e asintomatiche in età diversa da quella per la quale è previsto lo screening.

secondo le linee guida della FONCAM (Forza Operativa Nazionale Carcinoma Mammario) e della Commissione Oncologica Nazionale, l'attività diagnostica dovrebbe essere concentrata in unità operative che svolgono entrambi percorsi citati.

Per poter garantire risposte efficaci, detti percorsi devono svolgersi in modo separato e distinto, in quanto sono rivolti a target diversi e richiedono modalità organizzative e attuative differenti.

Screening

Lo screening è un programma di chiamata attiva organizzato con un percorso diagnostico completo, finanziato dall'Assessorato Regionale della Sanità, rivolto alle donne asintomatiche nella fascia di età a rischio, 50/69 anni, totalmente gratuito, che prevede i controlli periodici mammografici. Nel momento dello screening, in caso di risultanze positive, alle pazienti deve essere data la garanzia di trattamenti terapeutici adeguati.

I programmi di screening del cancro della mammella sono stati avviati nella ASL di Cagliari nel 2011. L'operatività del Centro è garantita, attualmente, attraverso l'unità di Promozione della salute e medicina delle migrazioni, aggregata al Dipartimento di Prevenzione.

A detta unità fanno riferimento sia l'attività di gestione organizzativa e amministrativa della popolazione target, sia l'attività di diagnosi vera e propria; quest'ultima si svolge attraverso una Unità di Refertazione Centralizzata e attraverso sedi decentrate nel territorio.

La mammografia, svolta da tecnici sanitari di radiologia medica, è incanalata verso l'unità di refertazione centralizzata, e refertata dai medici di radiologia della sede centrale, con il sistema del doppio ceco. La stessa équipe di radiologi effettua tutti gli approfondimenti necessari.

In caso di riscontro positivo, dopo la tipizzazione cito/istologica, alla luce del referto, i casi sono valutati complessivamente da un team composto da radiologo, anatomo-patologo e chirurgo.

Al termine delle indagini, la diagnosi è comunicata alla donna dal radiologo; in caso di necessità, la donna è indirizzata all'ospedale Businco, con la documentazione di tutti gli esami effettuati e con una relazione conclusiva.

Senologia Clinica

La senologia clinica è un percorso diagnostico rivolto alle donne di tutte le età, sintomatiche e non, che richiedono un controllo senologico.

Le prestazioni sono erogate su richiesta del MMG e dietro pagamento di un ticket sanitario, con l'eccezione dei casi previsti dalla legge.

L'attività diagnostica, comprendente il controllo clinico e la mammografia, è svolta con la collaborazione del medico radiologo e del tecnico sanitario di radiologia medica, presso la sede centrale o presso sedi periferiche; in caso di necessità sono svolti tutti gli esami e gli eventuali approfondimenti non invasivi che occorrono.

Nei casi di sospetto diagnostico è prevista la prosecuzione dell'iter con approfondimenti invasivi che dovrebbero svolgersi nella sede centrale, che dispone dei mezzi necessari, con il coinvolgimento dei radiologi delle sedi periferiche che hanno proposto la necessità di approfondimenti.

In caso di riscontro positivo, dopo la tipizzazione cito/istologica, alla luce del referto, i casi sono valutati complessivamente da un team composto da radiologo, anatomo - patologo e chirurgo.

Al termine, la donna sarà informata personalmente sul risultato degli approfondimenti e, se necessario, avviata all'Ospedale Businco con la documentazione di tutti gli esami effettuati e con una relazione conclusiva.

Consenso Informato e Case Manager

I casi clinici verranno assegnati al case manager che seguirà l'intero percorso della paziente. Inoltre, dovrà essere formalmente identificato un data manager, allo scopo di garantire l'aggiornamento dei database e del registro tumori.

L'assegnazione di un case manager ha lo scopo di facilitare il percorso clinico della paziente e, soprattutto, di accompagnare la donna in trattamento con una figura professionale in grado di dialogare con tutte le unità e i professionisti coinvolti, e di attivare e sollecitare la rete dei servizi, anche in base ai bisogni della paziente e alla evoluzione delle cure. Il case manager trasmette la certezza, che il passaggio da un professionista a un altro, o da un servizio a un altro, è determinato da un piano unitario di diagnosi e cura.

I requisiti EUSOMA prevedono, che la comunicazione della diagnosi sia il più tempestiva possibile.

Comunicazioni preliminari possono essere effettuate dai singoli specialisti per gli ambiti di propria competenza. A seguito della discussione del caso, in sede di valutazione multidisciplinare (collegiali) per la conferma della diagnosi e la stesura dei piani di trattamento, il paziente verrà informato a cura del clinico (unità clinica) che lo prenderà in carico .

Un infermiere, dedicato all'assistenza oncologica (case manager) dovrà essere presente a tutte le fasi di comunicazione della diagnosi e dei trattamenti e delle diverse opzioni terapeutiche proposte.

A ciascun paziente dovrà essere data la più ampia informazione, su ciascuna fase del percorso diagnostico terapeutico ed assicurato un tempo adeguato per poter valutare tutte le opzioni proposte e così manifestare un Consenso Informato che sia tale.

Intervento Chirurgico

Alla prima valutazione del team multidisciplinare segue l'intervento chirurgico, che rappresenta il primo approccio terapeutico del carcinoma mammario operabile. In caso di neoplasia localmente avanzata l'intervento può essere preceduto dalla chemio o ormono terapia.

Il trattamento chirurgico ha come finalità l'asportazione radicale della neoplasia, l'acquisizione di parametri prognostici e predittivi per le successive terapie adiuvanti (chemio, ormono e radioterapia), oltre a dover garantire un buon risultato estetico- funzionale anche con l'utilizzo di tecniche di oncoplastica.

Ogni qualvolta sia possibile l'approccio deve essere conservativo (tumorectomia, quadrantectomia) con l'asportazione solo di una parte della ghiandola mammaria o, quando questo non è possibile per la presenza di controindicazioni, demolitivo (mastectomia) con asportazione di tutta la ghiandola mammaria.

Il moderno approccio prevede lo studio del linfonodo sentinella (la prima stazione linfonodale alla quale pervengono le cellule neoplastiche del tumore), studio che consente di selezionare le pazienti da sottoporre a linfadenectomia ascellare (asportazione di tutti i linfonodi)

Nella ASL di Cagliari tali tipi di intervento sono effettuati nel P.O. Businco.

Valutazione post intervento

All'intervento chirurgico segue una seconda valutazione del team multidisciplinare, con la partecipazione degli specialisti previsti in base al protocollo. Gli esiti di detta valutazione sono i seguenti:

1. richiesta di terapia adiuvante (radioterapia, chemioterapia, ormonoterapia), con eventuale preventiva riabilitazione,
2. nessuna terapia adiuvante, con riabilitazione.

Agli interventi di chirurgia conservativa, seguono, di solito, trattamenti radioterapici, volti a distruggere eventuali cellule cancerose residue.

Nella ASL di Cagliari, tutti i trattamenti post operatori di radioterapia, chemioterapia e ormonoterapia, sono effettuati da unità di oncologia e di radio oncologia operanti presso il PO Businco. Per quanto riguarda la chemioterapia e l'ormonoterapia possono essere effettuate anche nelle sedi periferiche.

Riabilitazione

La riabilitazione è l'insieme degli interventi finalizzati a ridurre le complicanze e gli effetti collaterali conseguenti ai trattamenti.

In questa fase, i fisioterapisti affiancano la donna per lo svolgimento di esercizi utili per riacquistare mobilità, forza muscolare, e alleviare stati di rigidità e di dolore.

Nella ASL di Cagliari, i trattamenti riabilitativi specifici collegati a patologie tumorali sono effettuati presso l'unità di Recupero e riabilitazione funzionale operante presso il PO Businco.

Follow up

Nel tumore alla mammella il follow up deve essere organizzato e tempificato in base al rischio clinico per la recidiva, per la formazione di un nuovo tumore, o per la possibilità di metastasi.

Per le pazienti a basso rischio, deve essere programmata una visita annuale con mammografia, e altri accertamenti correlati ai sintomi.

Per le pazienti a medio rischio, è opportuna una visita semestrale, la mammografia annuale, esami ematochimici e marcatori semestrali, e altri accertamenti collegati a eventuali sintomi.

Per le pazienti ad alto rischio, si procede, in genere, con visite oncologiche ogni 4 mesi per due anni, poi ogni 6 mesi per tre anni, con esami ematochimici e marcatori semestrali, con mammografia annuale, con radiografia del torace, ecografia epatica, scintigrafia ossea annuale, e con altri accertamenti in base ai sintomi.

Ed infine, visite annuali dopo il primo quinquennio, salvo diverse valutazioni individuali in itinere,

Nelle fasi del follow up, intervengono a supporto del medico di medicina generale, il centro diagnosi ospedaliero, e le unità di diagnosi specializzate citate in precedenza. Il case manager continua a operare dal momento che il follow up è parte del complessivo percorso diagnostico e terapeutico.

In questa fase, il data manager assicura l'aggiornamento dei data base, con riguardo ai trattamenti effettuati.

Nel caso di recidiva/metastasi segue una ulteriore valutazione multidisciplinare collegata alle opzioni di cura di cui alle fasi in precedenza esaminate, e alle cure specifiche per la sintomatologia (terapia del dolore, ecc.).

Nel caso di non recidiva o di nessuna metastasi deve essere programmato il monitoraggio clinico e/o radiologico.

Tempistica

Con riguardo al modello organizzativo esposto, il rispetto dei tempi riferiti alle diverse fasi è fondamentale per l'efficacia delle cure, per la scelta del trattamento migliore, per il miglioramento delle possibilità di sopravvivenza e della qualità della vita.

Nel contesto, il sistema dovrà essere organizzato per garantire almeno la seguente tempistica considerata critica:

- Referto in cinque giorni sia in caso di screening, sia in caso di esami clinici,
- Inizio delle cure entro quattro settimane dalla diagnosi di carcinoma mammario,
- Ricostruzione della mammella nel minore tempo possibile.

Aspetti organizzativi

Gruppo di lavoro, autorizzazione, accreditamento

Nella realtà della ASL di Cagliari l'operatività di una Breast Unit può essere garantita attraverso la disponibilità delle principali discipline richieste.

Dette discipline sono tra loro molto eterogenee e sono aggregate a Dipartimenti specialistici, che devono essere raccordati tra loro per lo svolgimento dei compiti necessari al funzionamento della Breast Unit.

Dal punto di vista organizzativo, il raccordo potrebbe essere garantito con un dipartimento funzionale aziendale mirato, oppure con un gruppo di lavoro. Questa seconda possibilità può essere agevolmente realizzata anche senza modifiche dell'atto aziendale, con uno specifico atto di organizzazione in cui si precisano le finalità del gruppo di lavoro, le risorse/unità coinvolte, il responsabile organizzativo, le modalità operative.

Bisogna considerare, inoltre, che alcune attività di rilievo con riguardo alle patologie tumorali della mammella sono svolte, in provincia, anche dalla Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari e dalla Azienda Ospedaliera Brotzu.

Al fini degli obiettivi stabiliti dalla Unione Europea è opportuno sottolineare la necessità di un raccordo tra le diverse aziende per garantire l'uniformità dei percorsi garantiti alle donne nel territorio, con modalità e criteri stabiliti dalla RAS.

La RAS dovrebbe anche stabilire i requisiti di autorizzazione e accreditamento per la partecipazione delle strutture nella Breast Unit.

Dotazioni strumentali

La ASL di Cagliari, per supportare le attività di diagnosi, cura, assistenza e follow up delle patologie neoplastiche della mammella, ha disposto il potenziamento delle apparecchiature e delle tecnologie dedicate.

Nel contesto, è opportuno sottolineare che la mammografia e la maggior parte delle attività diagnostiche devono svolgersi secondo criteri che prevedono apparecchiature e sistemi di rilevazione dedicati, soggetti a regolari controlli di qualità.

Attualmente sono in fase di acquisizione le seguenti apparecchiature e tecnologie:

- N. 8 mammografi digitali con doppio monitor di refertazione. Di questi, N. 7, di cui uno con modulo per tomosintesi, saranno resi disponibili nell'unità diagnostica territoriale, e uno, con modulo di tomosintesi, sarà reso disponibile presso il PO Businco.
- N. 2 sistemi di prelievo istologico multiplo mammario (mammotome), da rendere disponibili, uno in area territoriale e uno in area ospedaliera.

- N. 1 apparecchiatura per l'analisi del linfonodo sentinella nel carcinoma mammario, presso il PO Businco.
- N. 1 ecografo multidisciplinare con modulo per elastosonografia, presso il PO Businco.
- N. 2 ecografi di alta fascia, da rendere disponibili, uno in area territoriale e uno in area ospedaliera.

Presso il PO Businco sono disponibili, inoltre:

- RMN 1,5 Tesla GE con bobina dedicata allo studio della mammella.
- Acceleratore lineare 6MEV.
- Radioterapia stereotassica.

Si prevede, infine, di poter acquisire apparecchiature per ipertermia oncologica, quanto prima.

Rete e supporto esterno

Oltre che tra le unità della azienda, dovrà essere promossa una piena collaborazione con i servizi sociali con lo scopo di rafforzare la capillarità della assistenza, di modularla in base alle effettive necessità, e di valorizzare l'apporto di tutte le risorse disponibili per garantire maggiore efficacia ai percorsi di cura.

Nel contesto, assume particolare rilevanza l'ulteriore sviluppo nel territorio di competenza di rapporti con associazioni o gruppi che possono svolgere attività di supporto nelle problematiche collegate. Con detti gruppi e con le associazioni di volontariato dovranno essere valorizzati rapporti e relazioni, anche con lo scopo di favorire la prevenzione, la percezione del problema, e di sostenere le persone malate prima, durante, e dopo gli interventi.

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 105 DEL 10 FEB. 2014
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis) IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Tardelli)
IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Emilio Simeone)

ASLCagliari
Il presente allegato è composto da
n. 16 fogli di n. 16 pagine
Il Responsabile della U.O.C.
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Dott.ssa Savina Ortu